

ΕΘΝΙΚΟ ΜΕΤΣΟΒΙΟ ΠΟΛΥΤΕΧΝΕΙΟ

Σχολή Ήλεκτρολόγων Μηχανικῶν  
καὶ Μηχανικῶν Ὑπολογιστῶν

Τομέας Ἀνθρωπιστικῶν καὶ Κοινωνικῶν  
Ἐπιστημῶν καὶ Δικαίου (Σ.Ε.Μ.Φ.Ε.)

Διπλωματικὴ ἔργασία γιὰ τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο»

Ἐπιβλέπων καθηγητῆς  
Ἀριστείδης Μπαλτάς

Φοιτήτρια ἐπὶ πτυχίῳ  
Μπέτση Σοφία

Ἀθήνα 2010



# ΕΘΝΙΚΟ ΜΕΤΣΟΒΙΟ ΠΟΛΥΤΕΧΝΕΙΟ

Σχολή Ήλεκτρολόγων Μηχανικών  
καὶ Μηχανικῶν Ὑπολογιστῶν

Τομέας Ἀνθρωπιστικῶν καὶ Κοινωνικῶν  
Ἐπιστημῶν καὶ Δικαίου (Σ.Ε.Μ.Φ.Ε.)

*Διπλωματικὴ ἐργασία γιὰ τὸν  
«ἐγκεφαλικὸ θάνατο»*

Ἐπιβλέπων καθηγητῆς  
Ἀριστείδης Μπαλτάς

Φοιτήτρια ἐπὶ πτυχίῳ  
Μπέτση Σοφία

**Ἀθήνα 2010**



## Πρόλογος

Εύχαριστώ τὸν σύμβουλο καθηγητὴ κ. Ἀριστείδη Μπαλτᾶ καὶ τὰ ἄλλα μέλη τῆς ἐπιτροπῆς κ.κ. Κωνσταντῖνο Βουρνᾶ καὶ Νικόλαο Οὐζούνογλου, καθηγητὲς στὸ Ἐθνικὸ Μετσόβιο Πολυτεχνεῖο. Ἐπίσης, γιὰ τὴν διόρθωση τοῦ κειμένου τῆς παρούσης ἐργασίας, εὐχαριστῶ πολὺ τὴν κα Σταυρούλα Τσινόρεμα, καθηγήτρια Φιλοσοφίας στὴ Φιλοσοφικὴ Σχολὴ τοῦ Ρεθύμνου, τὸν κ. Στέλιο Βιρβιδάκη, καθηγητὴ Ἠθικῆς στὸ Τμῆμα Μ.Ι.Θ.Ε., τῆς Φιλοσοφικῆς Σχολῆς τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν, καθὼς καὶ τὸν κ. Κωνσταντῖνο Καρακατσάνη, καθηγητὴ Πυρηνικῆς Ἰατρικῆς στὸ Α.Π.Θ. Ἐξίσου εὐχαριστῶ, γιὰ τὴ βοήθεια στὴν ἀνέυρεση τῆς βιβλιογραφίας, τοὺς κ.κ. Ἀθανάσιο Ἀβραμίδη, καρδιολόγο καὶ ἐπίκουρο καθηγητὴ τῆς Παθολογίας στὴν Ἰατρικὴ Σχολὴ τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν, Χρῆστο Βούλγαρη, ὁμότιμο καθηγητὴ τῆς Θεολογικῆς Σχολῆς Ἀθηνῶν, Δημήτρη Τζεράνη, ὑποψήφιο διδάκτορα στὸ Μ.Ι.Τ., καὶ Χρῆστο Τσεκούρα, φιλόλογο, καθὼς καὶ τὶς κ.κ. Μαριάννα Δρακοπούλου, προϊσταμένη γραμματέα τῆς Ἐθνικῆς Ἐπιτροπῆς Βιοηθικῆς, Καλλιόπη Κοντομηνᾶ, προϊσταμένη γραμματέα στὸν Πανελλήνιο Ἰατρικὸ Σύλλογο, Πέννυ Νικολαΐδου, ἀπὸ τὸ Ἐθνικὸ Κέντρο Τεκμηρίωσης, Ἐλισάβετ Συμεωνίδου-Καστανίδου, καθηγήτρια Ποινικοῦ Δικαίου στὸ Α.Π.Θ.

Μπέτση Σοφία.  
Ἀθήνα, βί'.



## Πίνακας περιεχομένων

Πρόλογος	σ. 3
Πίνακας περιεχομένων	σ. 5
Πίνακας βραχυγραφιών	σ. 7

### Κεφάλαιο Α' :

#### Άποσαφήνιση έννοιων και ιστορική αναδρομή

<b>I/</b> Η ήθικη ως κλάδος τής φιλοσοφίας	σ. 9
<b>1.</b> Όρισμός	
<b>2.</b> Πρόσφατη ιστορία	
<b>II/</b> Η ιατρική ήθικη ανά τους αιώνες	σ.13
<b>1.</b> Ο ρόλος τής ήθικης στην ιατρική	
<b>2.</b> Ιστορική ανασκόπηση τής ιατρικής ήθικης	
<b>III/</b> Η σχέση τής βιοηθικής με την ιατρική ήθικη	σ. 23
<b>IV/</b> Οί ιστορικές καταβολές τής βιοηθικής	σ. 25
<b>Βιβλιογραφία</b>	σ. 38

### Κεφάλαιο Β' :

#### Τί είναι ό «έγκεφαλικός θάνατος»;

<b>I/</b> Η εμφάνιση τής έννοιας τοῦ «έγκεφαλικού θανάτου»	σ. 43
<b>II/</b> Ιατρική θεώρηση (παθολογία, διαγνωστικά κριτήρια, διατύπωση ιατρικών άμφιβολιών)	σ. 45
<b>III/</b> Φιλοσοφική θεώρηση	σ. 119
<b>Βιβλιογραφία</b>	σ. 131

**Κεφάλαιο Γ' :**  
**«Έγκεφαλικός θάνατος» και μεταμοσχεύσεις**

<b>I/</b> Ἡ ἱστορική σύνδεση τῶν μεταμοσχεύσεων μὲ τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο»	σ. 141
<b>II/</b> Ἡ ἠθική τῶν μεταμοσχεύσεων ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκρὰ» δότη	σ. 154
<b>III/</b> Νομική θεώρηση τῶν μεταμοσχεύσεων ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκρὰ» δότη	σ. 167
<b>Βιβλιογραφία</b>	σ. 195



## Πίνακας βραχυγραφιών

Α.Π.	άρτηριακή πίεση
Α.Π.Θ.	Άριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Η.Ε.Γ.	ήλεκτροεγκεφαλογράφημα
Η.Κ.Γ.	ήλεκτροκαρδιογράφημα
ΚΕ.Σ.Υ.	κεντρικό συμβούλιο υγείας
Κ.Ν.Σ.	κεντρικό νευρικό σύστημα
Π.Ν.Σ.	περιφερικό νευρικό σύστημα
Μ.Ε.Θ.	μονάδα έντατικής θεραπείας
Φ.Ε.Κ.	φύλλο έφημερίδος τής Κυβέρνησης
A.A.N.	American Academy of Neurology
<i>Am.J.Med. Sci.</i>	American Journal of Medical Science
<i>Can.J.Anesth.</i>	Canadian Journal of Anesthesia
CO <sub>2</sub>	διοξείδιο του άνθρακα
J.A.M.A.	Journal of American Medical Association
O <sub>2</sub>	όξυγόνο
<i>Rev.Neurol.</i>	Revue Neurologique
<i>Soc. Sci. Med.</i>	Social Science Medicine



## Κεφάλαιο Α' :

### Άποσαφήνιση έννοιων και ιστορική αναδρομή

#### I/ Ἡ ἠθική ὡς κλάδος τῆς φιλοσοφίας

##### 1. Ὅρισμὸς τῆς ἠθικῆς<sup>1</sup>

Ἡ ἠθική εἶναι μιὰ περιοχὴ μελέτης τῆς φιλοσοφίας, ἢ δὲ φιλοσοφία ἀνήκει στὶς ἀνθρωπιστικὲς ἐπιστῆμες.<sup>2</sup> «Ἡ φιλοσοφία, ὡς συστηματικὴ προσπάθεια διασάφησης θεμελιωδῶν ἐννοιῶν, δικαιολόγησης βασικῶν πεποιθήσεων, ἀλλὰ καὶ διαμόρφωσης μιᾶς συνολικῆς εἰκόνας τῶν σχέσεων τοῦ ἀνθρώπου μὲ τὸν κόσμον καὶ τοὺς συναθρώπους του, στρέφεται μὲ ἰδιαίτερο ἐνδιαφέρον στὴ μελέτη τῶν φαινομένων τοῦ ἠθικοῦ βίου. Ἡ ἠθική ὀρίζεται ὡς «ἓνα σύνολο ἀξιῶν, ἀρχῶν καὶ κανόνων ποὺ ρυθμίζουν τὴν ἀνθρώπινη συμπεριφορὰ καὶ ἀφοροῦν στὸ πῶς οἱ πράξεις τοῦ δρώντος ὑποκειμένου μποροῦν νὰ ἐπηρεάσουν σημαντικὰ ὄχι μόνον τὴ δική του ζωὴ, ἀλλὰ καὶ τὴ ζωὴ τῶν ἄλλων. Πρόκειται δηλαδὴ γιὰ ἓναν κοινωνικὸ θεσμὸ ρύθμισης τῆς συμπεριφορᾶς στὸ βαθμὸ ποὺ αὐτὴ ἀφορᾶ καὶ στοὺς συναθρώπους τοῦ δρώντος ὑποκειμένου».<sup>3</sup> Σύμφωνα μὲ αὐτὴν τὴν κανονιστικὴ ἀντιμετώπιση τῆς ἠθικῆς, οἱ βασικὲς ἠθικὲς ἀξίες καὶ ἀρχὲς νοοῦνται ὡς ρυθμιστικὰ ιδεώδη τῆς πράξης.

Ἡ ἠθική καθίσταται ἓνα κύριο ἀντικείμενο τῆς πρακτικῆς φιλοσοφίας, στὸ μέτρο ποὺ οἱ θεωρητικὲς φιλοσοφικὲς συζητήσεις ἀποσκοποῦν τελικὰ στὸν ὀρθὸ προσανατολισμὸ τῶν πράξεων καὶ τὴ διαμόρφωση τῆς συμπεριφορᾶς»,<sup>4</sup> ὥστε οἱ ἠθικὲς πεποιθήσεις νὰ συνιστοῦν κίνητρα τῶν πράξεων. Ὡς ἐλάχιστη ἀξίωση ἢ ἠθικὴ ἀφορᾶ στὸ πῶς «βιωτέον ἐστὶ», δηλαδὴ στὸ τί βίον πρέπει νὰ διάγει ὁ ἀνθρώπος, πῶς πρέπει νὰ συμπεριφέρεται, δεδομένης τῆς (εὐεργετικῆς ἢ βλαπτικῆς) ἐπίδρασης ποὺ δύνανται νὰ ἀσκήσουν οἱ πράξεις του στοὺς ἄλλους

---

<sup>1</sup> Γιὰ τοὺς ὀρισμοὺς αὐτῆς τῆς ἐνότητος, ὄρ. Βιρβιδάκης 2008, σσ. 5- 10 καὶ γιὰ τὴ γενικότερη ἀνάπτυξή της, Δραγῶνα- Μονάχου 1995, σσ. 46- 59.

<sup>2</sup> Kuczewski 2002, p. 2.

<sup>3</sup> ὄρ. Βιρβιδάκης 2008, σ. 5.

<sup>4</sup> ὄρ. ἔ.ἀ., σ. 7.

άνθρώπους. Ἡ δὲ ἠθικὴ φιλοσοφία νοεῖται ὡς «ἄμεση ἀναστοχαστικὴ προέκτασις τῆς καθημερινῆς, προφιλοσοφικῆς σύλληψης»<sup>5</sup> τῆς ἠθικῆς μὲ τὸν ὡς ἄνω ὀρισμὸ (ὡς συνόλου ἀξιῶν καὶ ἀρχῶν γιὰ τὴ ρύθμιση τῆς συμπεριφορᾶς μας). Ἔχει ὡς ἀντικείμενό της τὴν κοινὴ ἠθικὴ, τὴν ὁποία ἐπεξεργάζεται κριτικὰ μὲ βάση τὴ λογικὴ. Ἀσχολεῖται μὲ τὸ τί εἶναι ὀρθό, ἀπὸ ὅσα γίνονται ἀποδεκτὰ ὡς ἠθικὲς ἀξίες.

Ἰπὸ μιὰ θεώρηση καθαρὰ φιλοσοφικῆ, διακρίνονται δύο προσεγγίσεις τῆς ἠθικῆς φιλοσοφίας: Ἀφ' ἑνός, διακρίνεται ἡ οὐσιώδης φιλοσοφικὴ ἠθικὴ, ποὺ προτείνει γενικὲς κανονιστικὲς ἀρχές, ἐκ τῶν ὁποίων συνάγονται κανόνες ὥστε νὰ καθίσταται δυνατὴ ἡ καθοδήγηση καὶ ἡ ἀξιολόγηση τῆς ἀνθρώπινης συμπεριφορᾶς βάσει κριτηρίων ἠθικότητας. Στόχος τῆς κανονιστικῆς ἠθικῆς εἶναι ἡ εὕρεση τοῦ κριτηρίου τοῦ ἠθικὰ ὀρθοῦ καὶ ἐσφαλμένου, ποὺ πρέπει νὰ καθορίζει «τὸ ἀνθρώπινο πράττειν». Ἡ κανονιστικὴ ἠθικὴ, ἀποτελούμενη ἀπὸ τὴν ἠθικὴ θεωρία καὶ τὴν ἐφαρμοσμένη ἠθικὴ, θέτει τὸ ἐρώτημα τοῦ τί ὀφείλει κανεὶς νὰ πράξει, υἱοθετώντας κάποιες ἠθικὲς ἀξιολογήσεις καὶ ἀπορρίπτοντας ἄλλες. Ἡ ἐφαρμοσμένη ἠθικὴ φιλοσοφία τώρα, μὲ τὴν ἀποσαφήνιση τῆς ἠθικῆς γλώσσας, τοῦ νοήματος, τῆς χρήσης καὶ τῆς λογικῆς αὐτῆς, σκοπεύει στὸ νὰ βοηθήσει τοὺς ἀνθρώπους νὰ βροῦν ἱκανοποιητικὲς ἀπαντήσεις στὰ ἠθικὰ ἐρωτήματα ποὺ τοὺς ἀπασχολοῦν στὴ ζωὴ τους, νὰ μπορέσουν δηλαδὴ νὰ ἀντιμετωπίσουν καίρια ἠθικὰ προβλήματα.

Ἀφ' ἑτέρου, διακρίνεται ἡ μεταηθικὴ, ποὺ ὀρίζεται ὡς ἡ «γενικότερη φιλοσοφικὴ ἀνάλυση ὄλων τῶν σημασιολογικῶν, μεθοδολογικῶν, γνωσιολογικῶν καὶ ὄντολογικῶν ζητημάτων στὸ πεδίο τῆς ἠθικῆς»,<sup>6</sup> ἀφορᾶ δηλαδὴ στὴν ἐξαγωγή συμπερασμάτων γιὰ τὸ νόημα τῶν ἠθικῶν ὄρων. Ἀσχολεῖται μὲ ζητήματα ὅπως ἡ σχέση ἀνάμεσα στὶς ἀξίες, τὰ κίνητρα καὶ τὶς αἰτίες τῶν πράξεων, καὶ εἰδικότερα, μὲ τὸ πῶς ἡ ἠθικὴ μᾶς προτρέπει ἢ ἀποτρέπει ἀπὸ τὴν ἐπιτέλεση πράξεων ποὺ νὰ συμφωνοῦν ἢ ὄχι, μὲ τὶς ἐπιταγές της. Ἐπίσης, θέτει ἐρωτήματα γιὰ τὴ φύση τῆς ἐλευθερίας καὶ τὴ σημασία αὐτῆς ὅσον ἀφορᾶ στὴν ἠθικὴ εὐθύνη<sup>7</sup> ἢ γιὰ τὸ πῶς ὀρίζεται τὸ καλὸ καὶ πῶς διαχωρίζεται ἀπὸ τὸ κακό, σὲ μιὰ ἀναζήτηση τῆς κατανόησης τῆς φύσεως τῶν ἠθικῶν ἰδιοτήτων καὶ ἀξιολογήσεων. Ἡ μεταηθικὴ προσπαθεῖ νὰ δεσμεύσει τὴν πράξη μὲ ἠθικὰ κριτήρια, ἀσχολούμενη μὲ τὶς ἠθικὲς δεσμεύσεις καὶ πράξεις, τὰ ἠθικὰ περιεχόμενα καὶ τὴν ἠθικὴ ζωὴ.

---

<sup>5</sup> ὄρ. Βιρβιδάκης 2008, σ. 7.

<sup>6</sup> Αὐτόθι.

<sup>7</sup> Sayre- McCord.

## 2. Πρόσφατη ιστορία τῆς ἠθικῆς φιλοσοφίας<sup>8</sup>

Κατὰ τὸν εἰκοστὸ αἰῶνα, ὁ παραδοσιακὸς ἠθικὸς στοχασμὸς ἤρθε ἀντιμέτωπος μὲ κάποια ἐσωτερικά του ἀδιέξοδα καὶ προέβη στὴν ἔντονη αὐτοκριτικὴ τῶν κατηγοριῶν τῶν ἠθικῶν θεωριῶν, μεταξὺ ἄλλων καὶ λόγω τοῦ πλουραλισμοῦ αὐτῶν. Στὶς ἀρχὲς τοῦ αἰῶνα, ἡ ἠθικὴ φιλοσοφία φάνηκε νὰ ἀρνεῖται τὴν παραδοσιακὴ κανονιστικὴ ἠθικὴ. Μὲ τὴ δημοσίευση τοῦ ἔργου *Principia Ethica* τοῦ G.E. Moore κατὰ τὸ ἔτος 1903, εἰσάγεται στὸν ἠθικὸ προβληματισμὸ τὸ γενικότερο πλαίσιο τῆς ἀναλυτικῆς φιλοσοφίας. Ὑπὸ τὴν ἐπίδραση αὐτοῦ τοῦ ἔργου, «ἡ ἀγγλικὴ ἠθικὴ γίνεται αὐστηρὰ θεωρητικὴ καὶ ἀκαδημαϊκὴ, μένει ἔξω ἀπὸ τὴν κοινωνία καὶ τὰ προβλήματα τῆς καὶ ἐπιδίδεται στὴ σχολαστικὴ ἀνάλυση ἠθικῶν ὄρων καὶ τὸν καθορισμὸ τοῦ λογικοῦ καθεστῶτος τῶν ἠθικῶν κρίσεων».<sup>9</sup> Στὰ δὲ μέσα τοῦ αἰῶνα, ἡ ἠθικὴ προβληματικὴ, ὑπὸ τὴν ἐπιρροὴ τοῦ L. Wittgenstein, περιορίζεται στὸν καθορισμὸ τοῦ νοήματος καὶ τῆς δομῆς τῆς γλώσσας τῆς ἠθικῆς.

Θέματα ἠθικῆς περιεχομένου καὶ πρακτικῆς ὕφης ἐμφανίζονται ξανὰ στὸ ἔργο τοῦ Hare. Ἐξάλλου καὶ ὁ G. J. Warnock θεώρησε ἀπαραίτητο ἡ ἠθικὴ νὰ προχωρήσει πέραν τῆς μονομεροῦς γλωσσικῆς ἀνάλυσης, δεδομένου ὅτι τὸ περιεχόμενό τῆς δὲν ἐξαντλεῖται σὲ οὐδεμίαν χρῆση ἢ ἐνέργεια τοῦ λόγου. Ἐντοπίζεται δηλαδὴ τὸ ἐνδιαφέρον τοῦ ἠθικοῦ φιλοσόφου στὴ βάση τῆς ἠθικότητος, στὸν ἠθικὸ χαρακτῆρα τῆς ἠθικῆς ἀπόφασης, συμβουλῆς καὶ κρίσης, καὶ ὄχι στὴ διαφορὰ τους ὡς ὁμιλιακῶν πράξεων. Μὲ τὴν ἀναγνώριση τῆς ἀνάγκης νὰ ἔχει ἡ ἠθικὴ ἓνα πρακτικὸ περιεχόμενον, ἀναβιώνει ἡ κανονιστικὴ, οὐσιώδης ἠθικὴ κατὰ τὴ δεκαετία τοῦ '70, μὲ ἐκπροσώπους τοὺς J. Rawls, W. Frankena, Toulmin, Rachels, καὶ Alasdair MacIntyre. Τὰ ἔργα τῶν δύο τελευταίων, *A Theory of Justice* (1971) καὶ *After Virtue* (1981) ἀντίστοιχα, ἀποτελοῦν ὀρόσημα γιὰ τὴ σύγχρονη ἠθικὴ.

Ἔτσι ἡ ἠθικὴ φιλοσοφία στὶς ἡμέρες μας ἐκφράζει εὐαισθησία γιὰ ἄλλους φιλοσοφικοὺς κλάδους, τὴν ἐπιστήμη, τὴν ἐπαγγελματικὴ καὶ τὴ δημόσια ζωὴ, τοὺς θεσμούς, τὴν πολιτικὴ, τὴ διοίκηση, τοὺς χώρους λήψεως ἀποφάσεων, καὶ τὸ περιβάλλον, πραγματοποιώντας μιὰ κοινωνιολογικὴ στροφὴ. Γίνεται ὄλο καὶ περισσότερο πρακτικὴ, κοινωνικὴ καὶ ἐφαρμοσμένη ἠθικὴ, καὶ δὲν περιορίζεται σὲ μεταηθικὲς διερευνήσεις. Ἐξάλλου, καὶ ἡ ἴδια ἡ μεταηθικὴ δὲν ἐξαντλεῖται σὲ

<sup>8</sup> Γιὰ τὴν ἀνάπτυξη τῶν ιδεῶν αὐτῆς τῆς ἐνότητας, Δραγῶνα- Μονάχου 1995, σσ. 17- 42.

<sup>9</sup> ὄρ. Δραγῶνα- Μονάχου 1995, σ. 23.

λογικές και γλωσσικές αναλύσεις, αλλά αποκτᾶ εὐρύτερο φιλοσοφικὸ περιεχόμενο. Οἱ ἱστορικὲς δὲ περιστάσεις εὐνοοῦν αὐτὸ τὸ πρακτικὸ ἐνδιαφέρον καὶ ἡ ἠθικὴ διάσταση ἀναγνωρίζεται ὡς ρυθμιστικὴ ἀρχὴ ὄχι μόνον τῆς ἰδιωτικῆς ἀλλὰ καὶ τῆς δημόσιας ζωῆς.

Ἡ ἠθικὴ φαίνεται τώρα νὰ ἐπιζητεῖ τὴ θεμελίωσὴ τῆς σὲ κάποιο εἶδος συμφωνίας ἢ συναίνεσης, ποὺ νὰ τὴν νοηματοδοτεῖ μὲ ἔμφαση στὸν κοινωνικὸ τῆς ρόλο. Παράλληλα, βασισμένη στὶς ἔρευνες καὶ τὰ πορίσματα τῆς γνωσιακῆς ἐπιστήμης,<sup>10</sup> τείνει νὰ ἀναγνωρίσει τὸ ρόλο τῶν ἀνθρωπίνων δικαιωμάτων, κινούμενη πρὸς πρακτικὲς ἐφαρμογές, προκειμένου νὰ ἐπιλύσει τὰ νέα ἠθικὰ διλήμματα στὴν περιοχὴ τῆς ἰατρικῆς καὶ τῆς δημόσιας ἠθικῆς. Ἔτσι, συνολικὰ διαπιστώνεται ἡ ἐπικράτηση τῆς κανονιστικῆς ἠθικῆς καὶ μεταηθικῆς μέχρι τὸ '70, τὴν ὁποία ἀκολούθησε ἡ ἐνασχόληση μὲ τὴν ἐφαρμοσμένη ἠθικὴ.

Ἐξάλλου, ἡ ἀνεπάρκεια τῆς μεταηθικῆς προβάλλει καὶ ὡς ἓνας βασικὸς λόγος ἀνάδυσης τῆς ἴδιας τῆς βιοηθικῆς. Εἰδικότερα, ἀπὸ τὶς ἐφαρμογές τῶν ἐπιστημονικῶν καὶ τεχνολογικῶν ἐπιτευγμάτων τοῦ εἰκοστοῦ αἰῶνα (πυρηνικὴ ἐνέργεια, ἀτομικὴ βόμβα, κίνδυνος τοῦ οἰκολογικοῦ ὀλέθρου, βιοϊατρικὲς ἐξελίξεις), προέκυπταν σοβαρὰ κοινωνικὰ προβλήματα ὅπως ἡ ἀντίδραση στὸν πόλεμο τῶν χοίρων μεταξὺ Η.Π.Α. καὶ Κούβας (κρίση πυραύλων). Στὶς δεκαετίες τοῦ '60 καὶ τοῦ '70, πραγματοποιήθηκαν μαζικὲς καταλήψεις τῶν ἀμερικανικῶν πανεπιστημίων, ἀρχικὰ ὡς ἀντίδραση στὸν πόλεμο τοῦ Βιετνάμ, ἀργότερα δὲ μὲ αἴτημα τὰ διδασκόμενα μαθήματα νὰ διαποτιστοῦν ἀπὸ μιὰ εὐαίσθησια ἀπέναντι στὰ τρέχοντα κοινωνικὰ ζητήματα. Ἡ μέχρι τὴ δεκαετία τοῦ '60 δεσπόζουσα μεταηθικὴ προσέγγιση καὶ οἱ καθιερωμένες ἀρχές τῆς ἰατρικῆς ἠθικῆς ἀπέτυχαν νὰ ἀντιμετωπίσουν αὐτὰ τὰ πρακτικὰ προβλήματα, τὰ ὁποῖα τὶς ξεπερνοῦσαν καὶ ἀπαιτοῦσαν μιὰ ἀναθεωρημένη προσέγγιση.

Ἡ βιοηθικὴ ἐκλήθη νὰ ἀντιμετωπίσει ἀκριβῶς αὐτὴ τὴν ἀνεπάρκεια τῆς κλασικῆς ἰατρικῆς ἠθικῆς καὶ δεοντολογίας. Ἡ φιλοσοφία στράφηκε ξανά, πρὸς τὴν οὐσιώδη ἐφαρμοσμένη ἠθικὴ, προκειμένου νὰ ἀνταποκριθεῖ στὴν προ-

---

<sup>10</sup> Σύμφωνα μὲ τὴν *standford encyclopedia of philosophy*, ἡ γνωσιακὴ ἐπιστήμη εἶναι τὸ διεπιστημονικὸ πεδίο ποὺ ἀσχολεῖται μὲ τὴ μελέτη τοῦ νοῦ καὶ τῆς νοημοσύνης, ἀντλώντας γνώσεις καὶ ἐρευνητικὴ μεθοδολογία ἀπὸ ἐμπειρικοὺς ἐπιστημονικοὺς κλάδους, ὅπως οἱ νευροεπιστήμες, ἡ γνωστικὴ καὶ ἐξελικτικὴ ψυχολογία, ἡ τεχνητὴ νοημοσύνη, ἡ γλωσσολογία, ἡ φιλοσοφία, ἡ φυσιολογία, ἡ βιολογία, ἡ ἀνθρωπολογία κ.ἄ. Ἡ ἔρευνά τῆς ἐστιάζεται στὴ μελέτη τῆς ἀντίληψης, τῆς προσοχῆς, τῆς νόησης, τῆς δράσης, τῆς γλώσσας, τῆς μνήμης, τῆς μάθησης καὶ τῆς γνωσιακῆς ἀνάπτυξης. Ἡ γνωσιακὴ ἐπιστήμη ἄρχισε νὰ ἀναδύεται ὡς αὐτόνομο ἐπιστημονικὸ πεδίο στὰ τέλη τῆς δεκαετίας τοῦ 1950, ὡς ἀποτέλεσμα τῆς ἐγκατάλειψης τοῦ συμπεριφορισμοῦ στὴ μελέτη τοῦ νοῦ, τῆς ἀνάπτυξης τῶν ὑπολογιστῶν καὶ τῆς τεχνητῆς νοημοσύνης εἰδικότερα, καὶ τοῦ φορμαλισμοῦ στὴ γλωσσολογία ποὺ εἰσήγαγε ὁ Νόαμ Τσόμσκι.

βληματική για την επιστημονική έρευνα, με ευρύτερες κοινωνικές, πολιτικές και δικαιοϊκές διαστάσεις.<sup>11</sup>

## II/ Ἡ ἱατρικὴ ἠθικὴ ἀνὰ τοὺς αἰῶνες

### 1. Ὁ ρόλος τῆς ἠθικῆς στὴν ἱατρικὴ

Ἡ ἠθικὴ μπορεῖ νὰ θεωρηθεῖ ὡς ἓνα ὑποθετικο- παραγωγικὸ σύστημα, τὸ κῦρος τοῦ ὁποῖου ἐπαληθεύεται ἢ διαψεύδεται ἀπὸ τὴν πράξη.<sup>12</sup> Ἡ παραδοσιακὴ πρακτικὴ ἠθικὴ, δηλαδὴ ἀκριβῶς «ἡ ἐφαρμογὴ τῆς θεωρητικῆς ἠθικῆς σὲ πρακτικὰ ζητήματα»,<sup>13</sup> ἔχει σήμερα διευρυνθεῖ καὶ ἐμφανίζεται σὲ μιὰ συστηματικότερη μορφή, ὡς ἐφαρμοσμένη ἠθικὴ. Γενικότερα στὴν ἐφαρμοσμένη ἠθικὴ, σημασία ἔχει «ἡ αὐστηρότητα τοῦ ἐπιχειρήματος, ἡ πρωτοτυπία τῶν ἰδεῶν, ἡ διασάφηση ἑνὸς σοβαροῦ φιλοσοφικοῦ ζητήματος, ἡ σαφήνεια τῆς παρουσίας καὶ ἡ συνάφεια μὲ κάποιο σημαντικό πρακτικὸ πρόβλημα».<sup>14</sup> Ἡ ἱατρικὴ ἠθικὴ ἀποτελεῖ μὲ τὴ σειρά τῆς ἓναν κλάδο τῆς ἐφαρμοσμένης ἠθικῆς.

Σύμφωνα μὲ τὴν κριτικὴ Elizabeth Telfer, «ὁ σωστὸς ρόλος τῆς ἠθικῆς φιλοσοφίας στὴν ἱατρικὴ εἶναι μόνον ἐκεῖνος τῆς διασαφήνισης».<sup>15</sup> Δηλαδὴ οἱ φιλόσοφοι καλοῦνται νὰ ἀναλύουν προβλήματα στὴν καθημερινὴ γλῶσσα καὶ ἐν συνεχείᾳ νὰ προτείνουν τὶς διάφορες πιθανὲς λύσεις στὰ δρῶντα ὑποκείμενα, ὅπως εἶναι οἱ ἀσθενεῖς ἢ ὅσοι καθορίζουν τὶς τακτικὲς, οὕτως ὥστε νὰ τὰ βοηθήσουν νὰ ἀποφασίσουν. Σκοπὸς τῆς κλινικῆς ἠθικῆς θεωρίας εἶναι νὰ προτείνει στοὺς ἀσθενεῖς καὶ τοὺς ἱατροὺς ἓναν ἀριθμὸ τρόπων δράσης τοὺς ὁποῖους μποροῦν νὰ ἀκολουθήσουν.<sup>16</sup> Εἰδικότερα, ἡ βοήθεια τῆς φιλοσοφίας στὴν ἱατρικὴ πράξη ἔγκειται στὴν «ἀνάλυση συγκεκριμένων καταστάσεων ποὺ ἐμφανίζονται στὰ διάφορα ἱατρικὰ διλήμματα, τὴν ἱεράρχηση τῶν ἠθικῶν ἀρχῶν ποὺ συγκρούονται σὲ καθένα ἀπὸ αὐτά, τὴν ἄρθρωση ἐπιχειρημάτων, τὴ

---

<sup>11</sup> Τσινόρεμα 2006, σελ. 221.

<sup>12</sup> Δραγῶνα- Μονάχου 1995, σ. 380.

<sup>13</sup> ὁρ. Singer 1986, σ. 1.

<sup>14</sup> ἔ.ἀ., σ. 5.

<sup>15</sup> ὁρ. Telfer 1995, p. 204.

<sup>16</sup> Thomasma 2007, σσ. 177- 8.

στάθμιση δεδομένων και την επιλογή τῶν ἀρχῶν πού δικαιώνουν τὴ συγκεκριμένη στάση».<sup>17</sup>

Στὴν ἀρχαιότητα, ἡ φιλοσοφία διαδραμάτιζε ρόλο τροφοδότησης τῆς ἱατρικῆς. Προκειμένου νὰ ἀναγάγουν τὴν ἱατρικὴ ἀπὸ τέχνη σὲ ἐπιστήμη, οἱ πρῶτοι συστηματικοὶ γιατροὶ ἀντλοῦσαν τὴν ἱατρικὴ γνῶση ἀπὸ τὴ φιλοσοφία. Τὸ ἐνδιαφέρον γιὰ τὴν ἠθικὴ προσέδιδε κύρος στὸ ἱατρικὸ ἐπάγγελμα, τὰ δὲ φιλοσοφικὰ ἐργαλεῖα τῆς διαλεκτικῆς καὶ τοῦ πρακτικοῦ συλλογισμοῦ χρησιμοποιῦνταν ἀποτελεσματικὰ στὴν ἱατρικὴ.<sup>18</sup> Ὁ ρόλος καὶ ἡ χρῆση τῆς ρητορικῆς τέχνης στὴν ἱατρικὴ ἐπισημαίνεται καὶ ἀπὸ τὸν Γοργία στὸν ὁμώνυμο διάλογο, ὅπου ἀναφέρει στὸν Σωκράτη ὅτι ὅταν ἕνας γιατρός δὲν μποροῦσε νὰ πείσει τὸν ἀσθενῆ νὰ πιεῖ τὸ φάρμακό του ἢ νὰ ἀκολουθήσει τὴν ὑποδεικνυόμενη θεραπεία, τότε τὸν ἔπειθε ἐκεῖνος μὲ τὴ ρητορικὴ τέχνη. Ἔτσι, ἡ τέχνη τῆς πειθοῦς ἀναδύεται σὲ σχέση μὲ τὴν τέχνη τῆς ἱατρικῆς, διότι τὸ προϊόν τοῦ γιατροῦ-τεχνίτη δύσκολα ἐπιδεικνύεται ἐκτὸς τῆς πρακτικῆς ἢ μιᾶς ἀνταλλαγῆς λέξεων, δηλαδή ἀνευ διαλόγου.<sup>19</sup>

Σὲ ἕνα ἀπόσπασμα τοῦ πρώτου αἰῶνα π.Χ. ἀπὸ τὸν Φίλωνα τὸν Λαρισαῖο, τὸν τελευταῖο ἐπικεφαλῆς τῆς Ἀκαδημίας τοῦ Πλάτωνα, παρουσιάζεται ἡ ἀναλογία τῆς ἱατρικῆς μὲ τὴ φιλοσοφία: Ὁ ἱατρός πρέπει κατ' ἀρχὰς νὰ πείσει τὸν ἀσθενῆ νὰ δεχθεῖ τὴν θεραπεία, μὲ τὸν τρόπο πού ὁ φιλόσοφος παρακινεῖ τὸν συνομιλητὴ πρὸς τὴν ἀρετὴ, δηλαδή μὲ τὸν προτρεπτικὸ λόγο. Στὴ συνέχεια, ὁ ἱατρός πρέπει νὰ ἐφαρμόσει τὴν θεραπεία, ἀφαιρώντας τὶς αἰτίες πού παράγουν τὴν ἀσθένεια καὶ ἐγκαθιστώντας αὐτὸ πού παράγει τὴν ὑγεία. Ὁμοίως, ὁ φιλόσοφος χρησιμοποιεῖ τὸ ἐπιχείρημα γιὰ νὰ ἐξαλείψει τὶς ἐσφαλμένες πεποιθήσεις καὶ νὰ ἐγκαθιδρύσει ὀρθές. Τέλος, ὅπως ἡ ὅλη προσπάθεια τῆς ἱατρικῆς κατευθύνεται πρὸς τὸ σκοπὸ τῆς, τὴν ὑγεία, ἔτσι καὶ ἡ συνολικὴ προσπάθεια τῆς φιλοσοφίας κατευθύνεται πρὸς τὴν εὐδαιμονία, πού ἦταν ὁ σκοπὸς τῆς ζωῆς γιὰ τοὺς ἀρχαίους Ἕλληνες.<sup>20</sup>

Γιὰ τὴ συμβολὴ τῆς ἀρχαίας φιλοσοφίας στὴν ἱατρικὴ, ὁ Ἱπποκράτης (460-377 π.Χ) γράφει ὅτι «ξεκινοῦμε στὴν ἱατρικὴ μερικὲς φορές μιλώντας, ἄλλες φορές πράττοντας».<sup>21</sup> «Αὐτὴ ἡ ἀξίωση ἀναδύεται αὐτομάτως ἀπὸ τὸ ἐνδιαφέρον γιὰ τὴν κατάλληλη φροντίδα τοῦ ἀρρώστου (μὲ τὴ σωστὴ ἐφαρμογὴ τῆς

<sup>17</sup> ὄρ. Δραγῶνα-Μονάχου 1995, σσ. 389- 390.

<sup>18</sup> ἔ.ἀ., σ. 375.

<sup>19</sup> Bartz 2007, σ. 57.

<sup>20</sup> Annas 2007, σσ. 234- 8.

<sup>21</sup> ὄρ. Περὶ Νούσων I, L.C.L., τ. V, σ. 119.



πρόγνωσης και τῆς τέχνης) και τὸν κατάλληλο τρόπο προσέγγισής του (μὲ τὸ σωστὸ χαρακτήρα και τὴ ρητορική)». <sup>22</sup> Συνεπῶς, τὸ «ὠφελείν ἢ μὴ βλάπτειν» <sup>23</sup> κατανοεῖται ὡς μέρος μιᾶς στρατηγικῆς γιὰ τὴ θεραπεία, ποὺ εἶναι κατ' ἀνάγκην ἐνσωματωμένη στὶς στενὲς προσωπικὲς συναντήσεις και ἀλληλεπιδράσεις μέσω τῆς διαλεκτικῆς. Κατὰ τὴν κρατοῦσα, λοιπὸν, ἄποψη οἱ φιλόσοφοι ἦταν ἐκεῖνοι ποὺ ἔθεσαν τὰ θεμέλια τῆς ἰατρικῆς θεωρίας. Ὡστόσο, ἔχει ὑποστηριχθεῖ και τὸ ἀντίθετο, ὅτι μᾶλλον ἢ ἀρχαία ἑλληνικὴ ἰατρικὴ ἐπηρέασε τὴ φιλοσοφικὴ σκέψη. <sup>24</sup>

Ἦδη ἀπὸ τὴν ἀρχαιότητα και ἕως σήμερα, ἡ σχέση τῆς φιλοσοφίας μὲ τὴν ἰατρικὴ ἀποτελεῖ σημαντικότερο και πολυπλοκότερο πρόβλημα. Ἀφ' ἑνός, ἡ ἰατρικὴ ἠθικὴ ἀπαιτεῖ γιὰ τὴ συστηματοποίησή της φιλοσοφικὲς καταβολές, μεθόδους και ἀνάλυση. Ἀφ' ἑτέρου, ἀφορᾶ στὰ ἠθικὰ προβλήματα ποὺ ἐμφανίζονται στὴν ἰατρικὴ πράξη, τὴν τελικὴ εὐθύνη γιὰ τὰ ὁποῖα τὴν ἔχει ὁ ἰατρός. Αὐτὴ ὅμως ἡ τελικὴ ἔκκληση στὴ συνείδηση τοῦ ἰατροῦ προϋποθέτει μιὰ φιλοσοφικὴ ὑποδομὴ. Ἡ συνείδηση τοῦ ἰατροῦ ἀποτελεῖ μιὰ πηγὴ προσωπικῆς ἠθικῆς και ἡ ἀντίδραση αὐτοῦ, ὑπολογιστικὴ ἢ συναισθηματικὴ, ἀνεξέλεγκτη και κάποτε λανθασμένη, ἀνάγεται ἐν τέλει σὲ αὐθαιρεσία. Ἡ διασφάλιση ὅμως τῆς ἠθικῆς εὐθύνης ἀπαιτεῖ ἠθικὸ προβληματισμό. Συνεπῶς, «ἡ συνείδηση πρέπει νὰ διακριθεῖ ἀπὸ τὴν ἠθικὰ ἐνσυνείδητη πράξη ποὺ προϋποθέτει στοχασμὸ πάνω στὴ συγκεκριμένη κατάσταση μὲ ἐπιλογὴ ἐναλλακτικῶν λύσεων σχετικῶν μὲ τὰ γεγονότα και ἀνάλογη ἀπόφαση, μὲ τὴν πεποίθηση ὅτι ἡ τελικὴ ἐπιλογὴ εἶναι ἡ καλύτερη ἐφικτὴ, και μὲ δικαίωση τῆς πράξης μὲ βάση τὴν ἠθικὴ ὀρθότητα». <sup>25</sup>

Γενικά, ὑπάρχουν διάφορες ἀπόψεις περὶ τῆς σχέσεως τῆς ἰατρικῆς μὲ τὴν ἠθικὴ: στὴν ἀρχαιότητα ἦταν ἀλληλοτροφοδοτούμενη, ὅπως περιεγράφη ἀνωτέρω. Ἦταν δὲ και ἀνταγωνιστικὴ, ἀφοῦ καθεμιά τους ἀνεξάρτητα διεκδικοῦσε μιὰ πρόταση γιὰ τὸ «εὐ ζῆν». <sup>26</sup> Κατὰ τὸν Λατῖνο ἐγκυκλοπαιδιστὴ Κέλσο, ὁ Ἴπποκράτης ἀπέσπασε τὴν ἰατρικὴ ἀπὸ τὴ φιλοσοφία, <sup>27</sup> ὑποστηρίζοντας μιὰ πιὸ φυσιοκρατικὴ προσέγγιση τῆς ἀσθένειας και τῶν συμπτωμάτων της. <sup>28</sup> Στὶς

<sup>22</sup> Bartz 2007, σ. 65.

<sup>23</sup> Ἐπιδημίας I, L.C.L., τ. I, σ. 165.

<sup>24</sup> Καλοκαιρινοῦ 2007, σ. 530.

<sup>25</sup> ὄρ. Δραγῶνα- Μονάχου 1995, σσ. 390-391 και γιὰ τὸν προβληματισμὸ αὐτῆς τῆς παραγράφου, Δραγῶνα- Μονάχου 1995, σσ. 377- 391.

<sup>26</sup> Τῆς ἰδίας 2007, σ. 15.

<sup>27</sup> Καλοκαιρινοῦ 2007, σ. 536.

<sup>28</sup> Tress 2007, σ. 396.

μέρες μας, πάλι, όρισμένοι ισχυρίζονται ότι ή ιατρική ήθική διεκδικεί τήν ανεξαρτητοποίησή της από τή φιλοσοφία, έπιδιώκοντας νά αποτελέσει «ένα διεπιστημονικά ένοποιημένο γνωστικό αντικείμενο με κέντρο τήν έννοια τών δικαιωμάτων και βάση τήν αύτονομία του ασθενούς».<sup>29</sup> Ωστόσο, ή πλέον διαδεδομένη άποψη σήμερα κατατάσσει τήν ιατρική ήθική μεταξύ τών κλάδων τής έφαρμοσμένης ήθικης φιλοσοφίας.

## 2. Ίστορική άνασκόπηση τής ιατρικής ήθικης

Ή ιατρική ήθική, ως σύνολο αντίλήψεων για τó τί αποτελεί όρθή συμπεριφορά τών γιατρών άπέναντι στους ασθενείς τους, έχει μακρά ιστορία, με βασικό σταθμό τους ίπποκρατικούς κώδικες έπαγγελματικής δεοντολογίας.

Στις άρχαιότατες κοινωνίες τις όργανωμένες σε φυλές, πριν άκόμη από τήν έπινόηση τής γραφής, ή παροχή τής ιατρικής φροντίδος διέπετο από άξίες, περισσότερο ή λιγότερο καλά διατυπωμένες.<sup>30</sup> Μπορεί δέ νά ύποστηριχθεί ότι ή νομική πλευρά τής ιατρικής δεοντολογίας πρωτοεμφανίζεται στον βαβυλωνιακό κώδικα του Χαμουραπί (1750 π.Χ.). Αύτός είναι και ó γνωστότερος έκ τών νομικών κωδίκων τής Άρχαίας Μεσοποταμίας και ούσιαστικά, όσα προβλέπει, είχαν έμφανισθεί σε προγενέστερους κώδικες. Καθορίζει ένα δίκαιο, βάσει του όποιου χειρουργός που πραγματοποιήσε έγχείριση με χάλκινο νυστέρι και προκάλεσε τόν θάνατο του ασθενούς ή τήν άπώλεια του όφθαλμου του, τιμωρείται. Έάν μόν ό ασθενής ήταν εύγενής, έπιβαλλόταν άκρωτηριασμός του χεριού του ιατρού. Έάν δέ ήταν σκλάβος, ó ιατρός ύποχρεούταν νά άποζημιώσει τόν άφεντη του ασθενούς.<sup>31</sup>

Άλλες διατάξεις τής ιατρικής ήθικης ήταν ένσωματωμένες σε μιá θρησκευτική παράδοση. Έπιγραφή σε ένα μνημείο στο ιερό του Άσκληπιού (που ήταν σημαντικό θεραπευτικό κέντρο) παροτρύνει τους ιατρούς νά βοηθούν έξίσου τους σκλάβους, τους πάμπτωχους, τους πλουσίους και τους πρίγκηπες, φερόμενοι σε όλους σαν σε άδελφούς.<sup>32</sup> Έξάλλου, οι άρχαίοι απέδιδαν κάποιες ασθένειες στο θυμό τών θεών, γι' αυτό και ένέτασαν τή θεραπεία σε λατρευτικές πρακτικές

---

<sup>29</sup> όρ. Δραγώνα- Μονάχου 1995, σ. 377.

<sup>30</sup> Kuhse & Singer 1998, p. 4.

<sup>31</sup> Larue 1991, pp. 32- 33.

<sup>32</sup> Kuhse & Singer 1998, p. 4.

πού αποσκοπούσαν στὸν ἐξευμενισμό αὐτῶν.<sup>33</sup> Ἡ ἰατρική, μὴ ὄντας ἐπαγγελματική, περιελάμβανε τελετουργικούς τρόπους θεραπείας (π.χ. ἐπάωση), οἰωνοσκοπίες (ὅπως τοῦ μάντεως Κάλχα γιὰ τὸν λοιμὸ: «οἰωνοπόλων ὄχ' ἄριστος [...] διὰ μαντοσύνην» στὴν Ἰλιάδα, α 68- 72), καὶ ἥπατοσκοπίες.<sup>34</sup> Ἡ ἀρχαία ἑλληνική γραμματεία βρίθει ἀναφορῶν σὲ τέτοιους παραδοσιακούς θεραπευτές, ὅπως ἐπὶ παραδείγματι στὴ συντεχνία τῶν Ἀσκληπιάδων ἢ σὲ ἰατρομάντις καὶ τερασκόπους, ὅπως ἀναφέρει ὁ Αἰσχύλος στὶς *Εὐμενίδες* (60- 64). Ὁ ἴδιος δὲ ὁ Σοφοκλῆς (495- 406 π.Χ.) ἦταν τέτοιος θεραπευτής.

Στὴν ἀρχαία Ἑλλάδα, μεταξὺ τοῦ ὀγδόου καὶ τοῦ πέμπτου αἰῶνα π.Χ., ἡ ἰατρική δὲν ἦταν ὀργανωμένο ἐπάγγελμα, ὅποτε ὁποιοσδήποτε μποροῦσε νὰ τὴν ἀσκήσει, καὶ πολλοὶ τὸ ἔκαναν, μεταξὺ τῶν ὁποίων καὶ φιλόσοφοι. Ἡ συνάφεια ἰατρικῆς καὶ ἠθικῆς ἀνάγεται σὲ αὐτοὺς τοὺς ἀρχαίους ἰατροφιλοσόφους. Οἱ Ἕλληνες φιλόσοφοι δίδουν πράγματι τὶς πρῶτες ἀπαντήσεις σὲ ἐρωτήματα ζωῆς καὶ θανάτου, σχέσεως ἰατροῦ μὲ ἀσθενῆ, σεβασμοῦ τῆς αὐτονομίας ἢ ἄσκησης πατερναλισμοῦ,<sup>35</sup> ἀλλὰ καὶ σὲ φλέγοντα βιοηθικὰ ζητήματα ὅπως ἡ ἄμβλωση καὶ ἡ εὐθανασία.

Πιὸ συγκεκριμένα, στὶς ἱπποκρατικὲς πραγματεῖες ἐγείρονται ἠθικοὶ προβληματισμοὶ πού προκύπτουν ἀπὸ τὴν πρακτικὴ τῆς ἰατρικῆς καὶ ἐπηρεάζουν τὶς, μεταγενέστερες καὶ πιὸ συγκροτημένες, φιλοσοφίες τοῦ Πλάτωνα (427- 347 π.Χ.) καὶ τοῦ Ἀριστοτέλη (384- 323 π.Χ.).<sup>36</sup> Τὸ ἱπποκρατικὸ *corpus* εἶναι μιὰ συλλογὴ ἀπὸ 60 περίπου ἀνώνυμα κείμενα πού συγκεντρώθηκαν τὸν 3<sup>ο</sup> αἰῶνα π.Χ. Περιλαμβάνει, μεταξὺ ἄλλων, τὶς ἀκόλουθες πραγματεῖες: *Προγνωστικόν*, *Ἐπιδημῖαι I*, *Ἐπιδημῖαι III*, *Περὶ διαίτης ὀξέων*, *Περὶ διαίτης ὑγιεινῆς*, *Περὶ ἀέρων ὑδάτων τόπων*, *Περὶ Νούσων I- III*, *Περὶ τῆς ἱερῆς νούσου*, *Περὶ παθῶν*, *Περὶ φύσιος ἀνθρώπου*, *Περὶ ἀρχαίης ἰατρικῆς*, *Περὶ τέχνης*, *Περὶ ἰατρικῆς ἐπιστήμης*, *Ὅρκος*, *Περὶ ἰατροῦ*, *Νόμος*, *Περὶ εὐσχημοσύνης*, *Παραγγελίαι*. Οἱ πέντε τελευταῖες εἶναι «οἱ κατ' ἐξοχὴν δεοντολογικὲς διατριβὲς τοῦ Ἰπποκράτη, στὶς ὁποῖες θὰ μπορούσαμε κάλλιστα νὰ ποῦμε ὅτι ἀνάγεται ἡ σύγχρονη βιοηθική».<sup>37</sup>

Ὅπως δὲ τὸ ἰδρυτικὸ κείμενο τῆς ἰατρικῆς ἠθικῆς εἶναι ὁ Ὅρκος τοῦ Ἰπποκράτη, τὸ πρῶτο γνήσιο φιλοσοφικὸ κείμενο (460 π.Χ.). Ὁ Ἰπποκράτης

<sup>33</sup> Bartz 2007, σσ. 38- 40.

<sup>34</sup> Tress 2007, σσ. 395- 397.

<sup>35</sup> Δραγῶνα- Μονάχου 2007, σ. 17.

<sup>36</sup> ἔ.ἀ., σ. 14.

<sup>37</sup> ὄρ. Καλοκαιρινοῦ 2007, σ. 527.

καταγόταν ἐκ τῆς Κῶ, ἦταν σύγχρονος τοῦ Σωκράτη, διάσημος στὴν ἐποχὴ του καὶ πιθανότατα δίδαξε τοὺς μαθητές του ἐπ’ ἀμοιβῆ. Στὸν Ὁρκο, τίθεται τόσο ἐναντίον τῆς ἐπικουρούμενης ἀπὸ τὸν ἰατρὸ αὐτοκτονίας ὅσο καὶ ἐναντίον τῆς ἔκτρωσης: «Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι συμβουλίην τοιήνδε: ὁμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω».<sup>38</sup> Αὐτὲς οἱ ἀπόψεις εἶναι σύμφωνες μὲ τὴν ἀντίληψη περὶ ἱερότητας τῆς ζωῆς, ἢ ὁποῖα φαίνεται νὰ εἶναι πανανθρώπινη, κοινὴ τόσο παγκοσμίως ὅσο καὶ διαχρονικῶς.<sup>39</sup> Ἐπίσης, μὲ τὸν Ὁρκο ὁ ἰατρὸς ὀρκίζεται νὰ ἀφήσει κάθε ἀδικία καὶ βλάβη κατὰ μέρος (ἢ σύγχρονη ἀρχὴ τῆς μὴ κακοποίησης) καὶ νὰ εἰσέρχεται στὶς οἰκίαι τῶν ἀρρώστων μόνο γιὰ τὸ καλὸ τους (ἢ σύγχρονη ἀρχὴ τῆς εὐποιΐας).<sup>40</sup>

Οἱ ἱπποκρατικοὶ εἰσήγαγαν τὴν πρακτικὴ τῆς ὀρθολογικῆς ἱατρικῆς, ἔχοντας ὅμως ἀνθρωπολογικὸ ἐνδιαφέρον γιὰ τὸν ἀσθενῆ. Ἀσκοῦσαν τὴν προγνωστικὴ μέθοδο ἐξετάζοντας καὶ παρατηρώντας τὰ σημάδια τοῦ ἀρρώστου σώματος καὶ τὰ προϊόντα τὰ ἐκκρινόμενα ἀπὸ αὐτό, ἐπαγρυπνώντας καὶ φροντίζοντας τὸν ἀσθενῆ.<sup>41</sup> Αὐτό, ἀπὸ τὴ μιὰ πλευρὰ τοὺς διαφοροποίησε ἀπὸ τοὺς παραδοσιακοὺς θεραπευτές, καὶ ἀπὸ τὴν ἄλλη ἐπεσήμανε τὴ σημασία τοῦ χαρακτήρα τοῦ ἰατροῦ.

Ὁ χαρακτήρας γιὰ τὸν ἀρχαῖο Ἕλληνα συνένωνε τὸν κοινωνικὸ ρόλο μὲ τὴν προσωπικότητα (ψυχολογικὸ τύπο) τοῦ ἀτόμου, νομιμοποιώντας ἠθικὰ ἕναν κοινωνικὸ τρόπο ὑπαρξῆς. Ὁ ἱπποκρατικὸς ἰατρὸς ὤφειλε νὰ ἀνταποκριθεῖ στὴν ἐμπιστοσύνη ποὺ τοῦ ἔδειχνε ὁ ἀσθενής, ἀντιμετωπίζοντάς τον μὲ ἐγκράτεια, σεβασμὸ, προσοχή, κατανόηση, ἀγαθὴ καὶ εὐσπλαχνικὴ διάθεση. Ἡ προαγωγή τῆς ὑγείας δηλαδή, ὡς τὸ τέλος τῆς ἱατρικῆς τέχνης, ἔπρεπε νὰ συνδυάζεται μὲ τὴν προαγωγή τοῦ ἐνάρετου καὶ εὐδαίμονα βίου, ποὺ θεωροῦνταν τὸ τέλος (ὁ σκοπὸς) τοῦ ἀνθρώπου.

Βιοηθικὲς ἀρχές θὰ μπορούσαν ἐξίσου νὰ ἐντοπισθοῦν στὸ ἔργο τοῦ ἱατροφιλοσόφου Γαληνοῦ καὶ δὴ στὴν πραγματεία του μὲ τίτλο, «Ὅτι ὁ ἄριστος ἰατρὸς καὶ φιλόσοφος», στὴν ὁποῖα ἀξιολογεῖ τὴ φιλοσοφία γιὰ τὴ μεθοδολογικὴ κατανόηση τῆς ἱατρικῆς ποὺ παρέχει. Σύμφωνα μὲ τὸ Γαληνὸ, ἡ παιδεία τοῦ ἰατροῦ ἔπρεπε νὰ εἶναι εὐρύτερη καὶ νὰ περιλαμβάνει κάποια γνώση τῶν ἐλευθερίων μαθημάτων, δηλαδή τῆς ἀριθμητικῆς, τῆς γεωμετρίας, τῆς ἀστρονομίας,

<sup>38</sup> ὁρ. Ὁρκος 19- 22, L.C.L., τ. I.

<sup>39</sup> Σαρειδάκης 2008, σσ. 40- 41.

<sup>40</sup> ὁρ. Ὁρκος 24- 26, L.C.L., τ. I καὶ Καλοκαιρινοῦ 2007, σ. 543, Kuhse & Singer 1998, p. 5.

<sup>41</sup> Bartz 2007, σσ. 43- 49.

τῆς μουσικῆς, τῆς γραμματικῆς, τῆς διαλεκτικῆς καὶ τῆς ρητορικῆς. Καὶ αὐτὸ ὠφειλόταν στὸ ὅτι γιὰ τὴν ἄσκηση τῆς ἰατρικῆς τέχνης δὲν ἀρκοῦσε ἡ ἰατρικὴ γνώση καὶ ἡ πρακτικὴ ἐξάσκηση, ἀλλὰ ἀπαιτοῦνταν καὶ ἡ καλλιέργεια τῶν ἀρετῶν.<sup>42</sup>

Ὅσον ἀφορᾷ στοὺς Πειθαγορείους,<sup>43</sup> μπορεῖ νὰ εἰπωθεῖ ὅτι πειθαρχούμενες στὸν ἱπποκρατικὸ Ὅρκο, ἀδελφότητες καὶ συντεχνίες πυθαγορικῆς παράδοσης διέπονταν ἀπὸ κάποιου εἴδους εὐσχημοσύνη στὶς σχέσεις τους μὲ τοὺς ἀσθενεῖς. Ἐπὶ ἰατρικῶν θεμάτων ἔγραψαν κυρίως οἱ Πυθαγόρειοι ποὺ ἐγκαταστάθηκαν στὸν Κρότωνα τῆς Ἰταλίας, ὅπου προϋπήρχε μιὰ ἰατρικὴ παράδοση. Ὁ Ἀλκμαίων ὁ Κροτωνιάτης, ὁ Ἐμπεδοκλῆς ὁ Ἀκραγαντίνος, ὁ Φιλιστίων καὶ ὁ Πausανίας ἦταν ἀπὸ τοὺς ἡγέτες τῆς ἰατρικῆς σχολῆς τῆς Ἰταλίας καὶ βρισκόνταν σὲ σύγκρουση μὲ τοὺς Ἀσκληπιάδες τῆς Κῶ καὶ τῆς Κνίδου. Πιὸ πολὺπλοκες θεωρίες φυσιολογίας ἀνέπτυξαν μεταγενέστεροι φιλόσοφοι, ὅπως ὁ Ἀναξαγόρας, ὁ Διογένης ὁ Ἀπολλωνιάτης, ὁ Δημόκριτος, ὁ Ἴππων ὁ Σάμιος καὶ ὁ Φιλόλαος ὁ Κροτωνιάτης. Τὸ 500 π.Χ. ἐξάλλου, συνυπήρχαν πολλὲς διαφορετικὲς σχολὲς ἐξάσκησης τῆς ἰατρικῆς καὶ καθεμίᾳ τους εἶχε διαφορετικὲς πεποιθήσεις, ἰατρικὲς, φιλοσοφικὲς καὶ θρησκευτικὲς.<sup>44</sup>

Ἐν συνεχείᾳ, τόσο ὁ Πλάτων ὅσο καὶ ὁ Ἀριστοτέλης ἔγραψαν ἐκτενῶς γιὰ ζητήματα ποὺ ἀπασχολοῦν τὴ σύγχρονη βιοηθικὴ. Ἡ χρῆση τῆς ἰατρικῆς ὡς μοντέλου τῆς ἠθικῆς εἶχε ἐπισημανθεῖ ἀπὸ τὸν Ἀριστοτέλη, ποὺ ἦταν υἱὸς ἰατροῦ.<sup>45</sup> Καὶ μπορεῖ νὰ ἐντοπισθεῖ μιὰ ἰατρικὴ ἀφετηρία στὶς ἔννοιες τῆς ἰσορροπίας καὶ τῆς μεσότητος, ποὺ εἶναι κεντρικὲς στὸν Πλάτωνα καὶ στὸν Ἀριστοτέλη. «Οἱ πολλὲς ἀναφορὲς τοῦ Πλάτωνα στὴν ἰατρικὴ τέχνη καὶ ὁ συχρὸς πράγματι παραλληλισμὸς ἀπὸ τὸν Ἀριστοτέλη τῆς ἠθικῆς μὲ τὴν ἰατρικὴ, σὲ μεθοδολογικὰ θέματα σχετικὰ μὲ τὴν ἀοριστία τῆς ἠθικῆς γνώσης καὶ τὴν ἔμφαση στὴν πράξη καὶ τὸν «καιρὸ»<sup>46</sup> παρὰ στὴ θεωρία, ἐπικυρώνουν τὴν ἀμφισβήτηση τοῦ αὐστηρὰ ἐπιστημονικοῦ χαρακτῆρα τόσο τῆς ἠθικῆς ὅσο καὶ τῆς ἰατρικῆς».<sup>47</sup>

<sup>42</sup> Γιὰ τὶς ιδέες ποὺ ἐκφράζονται σὲ αὐτὴ καὶ τὴν προηγούμενη παράγραφο, Καλοκαιρινοῦ 2007, σσ. 540- 546.

<sup>43</sup> Γιὰ τὴν ἀνάπτυξη αὐτῆς τῆς παραγράφου, Καλοκαιρινοῦ 2007, σσ. 530- 2.

<sup>44</sup> Kuhse & Singer 1998, p. 4.

<sup>45</sup> Σύμφωνα μὲ τὴν Tress 2007, σ. 39, ὁ πατέρας τοῦ Ἀριστοτέλη ἦταν ὄπαδὸς τοῦ Ἀσκληπιοῦ καὶ ὑπῆρθε ὡς ἰατρὸς στὴ βασιλικὴ οἰκογένεια τῆς Μακεδονίας.

<sup>46</sup> «καιρὸς»: ἡ διαμόρφωση τοῦ λόγου ὥστε νὰ ταιριάζει τὴ συγκεκριμένη χρονικὴ στιγμή σὲ μιὰ κοινότητα: τὸ ἀρμόζον στὸ χρόνο, τὸ χῶρο καὶ τὶς περιστάσεις. Γιὰ τὸν ὀρισμὸ τῆς ἔννοιας αὐτῆς, Chambers 2007, σ. 203.

<sup>47</sup> Δραγῶνα- Μονάχου 2007, σ. 14.

Ειδικότερα, ο Πλάτων (427- 347 π.Χ.) έγραψε για τὸ εἶδος, τὴ δομὴ καὶ τὸ σκοπὸ τῆς ἰατρικῆς τέχνης,<sup>48</sup> καθὼς καὶ τὴν ἀποσύνδεση αὐτῆς, ὡς «ἐπιστήμης τῆς ὑγείας» ἢ δεξιολογίας, ἀπὸ τῆ μισθαρνία. Χαρακτηριστικὸ εἶναι τὸ ἐρώτημα ποὺ θέτει ὁ Σωκράτης (469 π.Χ.) στὴν *Πολιτεία* τοῦ Πλάτωνα (342d): «Ἄλλο τι οὖν, ἢν δ' ἐγὼ, οὐδὲ ἰατρὸς οὐδεὶς, καθ' ὅσον ἰατρὸς, τὸ τῷ ἰατρῷ συμφέρον σκοπεῖ οὐδ' ἐπιτάττει, ἀλλὰ τῷ κάμνοντι; ὠμολόγηται γὰρ ὁ ἀκριβῆς ἰατρὸς σωμάτων εἶναι ἄρχων ἀλλ' οὐ χρηματιστής. Ἡ οὐχ ὠμολόγηται;» (Δηλαδή: Ὡστε κανεὶς γιατρός, εἶπα ἐγὼ, ἐφ' ὅσον εἶναι γιατρός, δὲν ἐπιδιώκει οὔτε ἐπιβάλλει τὸ προσωπικὸ του συμφέρον, ἀλλὰ ἐκεῖνο τοῦ ἀρρώστου; Διότι συμφωνήσαμε ὅτι ὁ πραγματικὸς γιατρός εἶναι ἄρχοντας τῶν σωμάτων καὶ δὲν ἐργάζεται για χρήματα. Ἡ δὲν τὸ συμφωνήσαμε;)

Αὐτὴ ἡ ἀρχαία σύλληψη τῆς ἰατρικῆς ὡς τέχνης παρέχει ἕναν τρόπο ἐννοιολόγησης τοῦ ρόλου τοῦ γιατροῦ ὡς ἐκείνου ποὺ παρέχει φροντίδα στὸν ἀσθενῆ, τὸν περιθάλπει καὶ τὸν ὑπερασπίζεται. Αὐτὴ δὲ ἡ θεώρηση τῆς θέσεως τοῦ ἰατροῦ εἶναι σπουδαία, ὡς ἀπάντηση στὴν κρίση στὸ πεδίο τῆς ἰατρικῆς φροντίδας ποὺ παρατηρεῖται στὴν ἐποχὴ μας σὲ πολλὰς χώρες.<sup>49</sup> Πιο συγκεκριμένα, τὸ πρόβλημα ἔγκειται στὴ σοβαρὴ διάβρωση τῆς ἐμπιστοσύνης ποὺ «ἦταν κάποτε βασικὸ στοιχεῖο τῆς σχέσεως ἰατροῦ- ἀσθενοῦς καὶ χαρακτηριστικὸ γνώρισμα τῆς ποιότητας τοῦ ἰατρικοῦ ἐπαγγέλματος. Ἐνα ἰδιαιτέρως ἰσχυρὸ στοιχεῖο ποὺ καθοδηγεῖ αὐτὴν τὴν αἴσθηση τῆς δυσπιστίας εἶναι ἡ ἀυξανόμενη συνειδητοποίηση ὅτι οἱ ἐπιχειρήσεις καὶ τὰ οικονομικὰ συμφέροντα παίζουν ἕναν ἀυξανόμενα σημαντικὸ ρόλο στὴν πρακτικὴ τῆς ἰατρικῆς καὶ στὴ λήψη ἰατρικῶν ἀποφάσεων».<sup>50</sup> Ἡ νοσηματοδότηση τῆς παροχῆς ἰατρικῶν ὑπηρεσιῶν ὡς προσφορὰ στὸν ἀσθενῆ ἔχει τὴ δυνατότητα νὰ ἐπανεγκαθιδρύσει αὐτὴ τὴ διασαλευμένη ἐμπιστοσύνη, ἀποκαθιστώντας τὴ σχέση τοῦ ἀσθενοῦς μὲ τὸν ἰατρό.

Ἐπίσης, στὴν *Πολιτεία* ὁ Πλάτων εὐνοεῖ μορφὲς ἰατρικοῦ πατερναλισμοῦ, θεωρώντας τὸν ἰατρὸ ἀυθεντία για τὴ λήψη ἀποφάσεων σὲ ὀριακὰς καταστάσεις: Προβάλλει τὴν ἀποψη ὅτι ὁ ἰατρὸς εἶναι ὁ μόνος κριτῆς σὲ θέματα ὑγείας καὶ τερματισμοῦ τῆς ζωῆς, ἰσχυρίζομενος ὅτι ἡ ἀυθεντία ἔγκειται στὴν ἐπιδεξιότητα ἢ τὴν ἰκανότητά του. Στὸν δὲ *Πολιτικὸ* (293a- c), ἀπορρίπτει μὲ ἕναν μᾶλλον ὀλοκληρωτικὸ τρόπο τὴ θέση τῆς συγκατάθεσης καὶ τὴν ἄσκηση τῆς αὐτο-

<sup>48</sup> Σημαντικὴ εἶναι καὶ ἡ ἐνασχόληση τῶν ἱπποκρατικῶν μὲ τὴν ἐννοια τῆς ἰατρικῆς ὡς τέχνης, καὶ εἰδικότερα στὰ ἔργα *Περὶ ἀρχαίας ἰατρικῆς* καὶ *Περὶ τέχνης*, τοῦ ἱπποκρατικοῦ corpus.

<sup>49</sup> Thomasma 2007, σ. 146.

<sup>50</sup> ὁρ. London 2007, σσ. 251- 253.

νομίας<sup>51</sup> από τον ασθενή κατά τη διάρκεια της ιατρικής θεραπείας, προσδίδοντας άπεριόριστη εξουσία στον ιατρό να καθορίσει τη θεραπεία και να την επιβάλλει.

Τόσο για τον Πλάτωνα όσο και για τον Άριστοτέλη, η κατοχή μιᾶς συγκεκριμένης γνώσης ή τέχνης εξοπλίζει τον κάτοχό της με την ικανότητα είτε να πραγματοποιήσει την κανονική λειτουργία αυτής, είτε να παράγει έσκεμμένα το αντίθετο από το σκοπό της. Δεδομένου ότι η υγεία είναι ο σκοπός της ιατρικής τέχνης, ο ιατρός ως κάτοχος της γνώσης αυτής, μπορεί να θεραπεύσει τον ασθενή, αλλά και να τον σκοτώσει. Έξάλλου, και οι δύο συζητούν περιπτώσεις οι οποίες, κατά την κρίση τους, δικαιολογούν είτε την παθητική είτε την ένεργητική εϋθανασία. Ωστόσο, απορρίπτουν την έμπλοκή του ιατροϋ στην απόφαση για τον τερματισμό της ζωής, θεωρώντας ότι αυτή έμπίπτει στο πεδίο της ήθικης ή πολιτικής διαβούλευσης και γνώσης.<sup>52</sup>

Ο Άριστοτέλης ήταν ο πρώτος που εξέτασε προσεκτικά τις έννοιες του *δυνάμει* και του *ένεργεία*, οι οποίες βρίσκουν έφαρμογή στα έρωτήματα περι του ήθικα έπιτρεπτοϋ ή μη τών άμβλώσεων, της αρχής της ανθρώπινης ζωής και του ήθικου καθεστώτος του έμβρύου. "Έτσι τὰ έργα του *Φυσική άκρόασις II*, *Μετά τὰ Φυσικά VII* και *Μετά τὰ Φυσικά IX* παρέχουν μιᾶ πολύτιμη πηγή για την ανάπτυξη μιᾶς κριτικής εναντίον της διακρίσεως μεταξύ προσώπου και ανθρώπινου όντος. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την άριστοτελική κατανόηση της έννοιας της δυνητικότητας, ή δυνητικότητα του έμβρύου είναι ήθικώς σημαντική και μάλιστα άκριβώς ή ίδια με τη δυνητικότητα του περισσότερο ανεπτυγμένου ανθρώπινου όντος. Αυτή δέ ή προσέγγιση μπορεί να έχει ευρύτερες συνέπειες για την έφαρμοσμένη και τη συστηματική ήθική, έπεκτεινόμενη επί παραδείγματι στο θέμα της εϋθανασίας.<sup>53</sup>

Έκτος της τέχνης στην οποία έγινε ήδη αναφορά, μιᾶ άλλη έννοια που άπασχόλησε τον Πλάτωνα και τον Άριστοτέλη και μπορεί να βρεῖ σημαντική έφαρμογή στη σύγχρονη βιοηθική, είναι ή *φρόνησις*. Ειδικότερα, ή άριστοτελική

---

<sup>51</sup> Η έννοια της αυτονομίας είναι νεότερη και δέν είχε συλληφθεῖ ακόμη την έποχή στην οποία αναφερόμαστε. Ωστόσο, κάποιοι μελετητές του Πλάτωνα υποστηρίζουν ότι αναγνωρίζουν στα κείμενά του, τη στάση που είχε ο φιλόσοφος απέναντι στην έν λόγω έννοια.

<sup>52</sup> Για μιᾶ ανάλυση του τρόπου με τον οποίο αντιμετώπιζον ο Πλάτων και ο Άριστοτέλης το ζήτημα της αναγνώρισης της αϋθεντίας του ιατροϋ και της άσκησης εξουσίας εκ μέρους του, Αναγνωστόπουλος 2007, σσ. 487- 512. Για μιᾶ αναφορά δέ στην σημασία που έδιδαν και οι δύο στην έννοια της τέχνης, Polansky 2007, σσ. 91- 97.

<sup>53</sup> Για την διάκριση της δυνητικότητας στα διάφορα είδη της- υλική, ούσιώδης, ειδική, καταστασιακή- κατά τον Άριστοτέλη, Megone 2007, σσ. 293- 312.

ἔννοια τῆς «φρονήσεως»: Ἡ φρόνησις (πρακτικὸς λόγος ἢ πρακτικὴ σοφία<sup>54</sup>) ὀρίζεται ὡς ἡ ἀρετὴ πῶς νὰ ἐνεργήσουμε σωστὰ σὲ συγκεκριμένες περιστάσεις ποὺ δὲν μποροῦν νὰ ἐκφραστοῦν μὲ κανόνες γενικῆς ἐφαρμογῆς. Κατὰ δὲ τὴν κλινικὴ κρίση τοῦ ἱατροῦ, αὐτὸς πρέπει νὰ διακρίνει τὴν κατάλληλη κατὰ περίπτωσιν δρᾶσιν προκειμένου νὰ κάνει μιὰ ἀξιόπιστη ἠθικὴ ἐπιλογή. Ὡς ἐκ τούτου, ἡ φρόνησις προβάλλεται ἀπὸ σύγχρονους μελετητὲς ὡς ἡ βασικὴ μεθοδολογικὴ δυνατότητα στὴν κλινικὴ ἱατρικὴ (ὡς ἡ καταλληλότερη ἔννοια γιὰ νὰ περιγράψῃ τὸν τρόπο συμπεριφορᾶς τοῦ ἱατροῦ πρὸς τὸν ἀσθενῆ).<sup>55</sup> Τέλος, ὀρισμένοι τὴν προτείνουν ὡς ἕναν πιθανὸ τρόπο διασφάλισης τῆς ἠθικῆς συμφωνίας,<sup>56</sup> ἀναπτύσσοντας μιὰ νέα ἠθικὴ θεωρία, μὲ βάση αὐτὴ τὴν ἔννοια.<sup>57</sup>

Στὴν ἑλληνιστικὴ περίοδο, εἶχαν διαμορφωθεῖ ἀνταγωνιζόμενες μεταξὺ τους ἱατρικὲς σχολές, ὑπὸ τὴν ἐπίδραση τοῦ Πλάτωνα. Ἐνα ἰδιαίτερος διαδεδομένο φιλοσοφικὸ μοντέλο ἐκείνης τῆς ἐποχῆς εἶναι αὐτὸ τῆς θεραπείας, μὲ συχνότατη τὴ σύγκριση φιλοσόφου καὶ ἱατροῦ. Αὐτὸ εἶχε ἤδη ἐπισημανθεῖ ἀπὸ τὸν Πλάτωνα στὸν διάλογο *Χαρμίδης* (156b3- c6), ἀλλὰ καὶ γενικότερα ἡ φιλοσοφία τοῦ Πλάτωνα ἐπέδρασε στὴ διαμόρφωση τῶν ἱατρικῶν σχολῶν (*δογματιστῶν, ἐμπειριστῶν, μεθοδιστῶν, πνευματιστῶν*) τῆς ἑλληνιστικῆς ἐποχῆς. Χαρακτηριστικὰ, ἐνδεικτικὸ τῆς συνάφειας τῆς φιλοσοφίας μὲ τὴν ἠθικὴ τὴν ἐποχὴ αὐτὴ εἶναι ὅτι ὁ γνωστὸς σκεπτικὸς φιλόσοφος Σέξτος Ἐμπειρικὸς ἦταν γιὰ τὸν ἱατρό. Στὴν ὕστερη ρωμαϊκὴ αὐτοκρατορία, ὅταν μεσουρανοῦσε ἡ ἀναλογία τῆς θεραπείας μὲ τὴν φιλοσοφία, οἱ κυριότερες σχολὲς ἱατρικοῦ στοχασμοῦ- ὀρθολογιστῆς, ἐμπειρικοὶ καὶ μεθοδικοί- ἀνταγωνίζονταν μεταξὺ τους γιὰ τὸ ποιά ἀπὸ τὶς τρεῖς θὰ περιθάλλῃ περισσότερους ἀσθενεῖς καὶ ποιᾶς ἡ θεωρία θὰ ἐπικρατήσῃ.<sup>58</sup>

Παράλληλα, στὰ γραπτὰ τῶν στωϊκῶν φιλοσόφων, μπορεῖ κανεὶς νὰ διακρίνει τὴν τοποθέτησή τους ἀπέναντι στὸ βασικότατο βιοηθικὸ ζήτημα τῆς εὐθανασίας. Μὲ τὸ παράδειγμα αὐτοκτονιῶν ἀπὸ ἐξέχοντες στωϊκοὺς, ὅπως ὁ Ζήνων (ὁ θεμελιωτὴς τῆς σχολῆς), ὁ Κάτωνας καὶ ὁ Σενέκας, οἱ περισσότεροι στωϊκοὶ τείνουν νὰ εὐνοοῦν τὴν αὐτοκτονία. Ἀντιμετωπίζουν κατ' ἀρχὰς τὸν θάνατο ὡς «ἀδιάφορον», θεωρώντας τὴν ἀρετὴ ὡς τὸ μόνον ἀληθινὰ καλὸ καὶ τὴ φαυλότητα ὡς τὸ μόνον ἀληθινὰ κακό. Σὲ περίπτωσιν ὅμως ποὺ μιὰ ἐνάρετη πράξις (ἕνα

<sup>54</sup> Polansky 2007, σσ. 99- 104.

<sup>55</sup> Montgomery 2007, σσ. 135- 141 καὶ Thomasma 2007, σσ. 160- 181.

<sup>56</sup> Johnsen & Toulmin 1988.

<sup>57</sup> Johnsen 1991, Toulmin 1981 καὶ MacIntyre 1981, 1988.

<sup>58</sup> Annas 2007, σσ. 215- 9.



έγγενες καλὸ) καταλήγει σὲ ἕναν θάνατο (ἕνα κακό), τότε κάποιοι θὰ δέχονταν τὸν θάνατο ὡς συνέπεια, θεωρώντας αὐτὸ τὸ «ἀδιάφορον» ἐν προκειμένω προτιμητέο.<sup>59</sup>

Ὡστόσο, ὀρισμένοι στωϊκοὶ ἀντιτάσσονται στὴν εὐθανασία. Ὁ φιλόσοφος Ἐπίκτητος (50 π.Χ.) ἐπὶ παραδείγματι, προβάλλει τὴν ἀποψη ὅτι αὐτὴ δὲν εἶναι ἢ πιὸ ἐνάρετη πορεία δράσης. Ἀντιθέτως, ὑποστηρίζει ὅτι ὁ ἄνθρωπος ὀφείλει νὰ ἀσκεῖ τὴν ἐλεύθερη προαίρεσή του κινούμενος πρὸς τὸ ἀγαθὸ, καὶ ἀποδεχόμενος τὸ ἀναπόδραστον τοῦ θανάτου ὡς ἐξωτερικὸ γεγονὸς ποῦ ὁ ἴδιος δὲν μπορεῖ νὰ ἐλέγξει.<sup>60</sup> (Γενικότερα βέβαια, ὁ Ἐπίκτητος δὲν διακρίνει τὰ ἀδιάφορα σὲ προτιμητέα καὶ μὴ, ὅπως ἄλλοι στωϊκοί.) Στὸ ἔργο του δὲ *Διατριβαί*, ὁ Ἐπίκτητος φαίνεται νὰ κάνει ἀκόμη καὶ μιὰ ἠθικὴ διάκριση μεταξὺ τῆς παθητικῆς παραίτησης ἀπὸ τὴν ἰατρικὴ θεραπεία καὶ τῆς ἐνεργητικῆς πρόκλησης ἀπὸ ἕναν ἄνθρωπο τοῦ ἴδιου τοῦ θανάτου του.<sup>61</sup>

### III/ Ἡ σχέση τῆς βιοηθικῆς μὲ τὴν ἰατρικὴ ἠθικὴ

Οὐσιαστικά, ἡ βιοηθικὴ εἶναι μιὰ εὐρύτερη κατηγορία, τῆς ὁποίας ὑποσύνολο εἶναι ἡ ἰατρικὴ ἠθικὴ. Ὁ χαρακτήρας τῆς βιοηθικῆς εἶναι πολυθεματικὸς καὶ διεπιστημονικὸς. Τὸ γνωστικὸ της πεδίο εἶναι εὐρὺ καὶ ἀφορᾷ ἰατροὺς, βιολόγους, γενετιστές, θεολόγους, φιλοσόφους, νομικούς, ψυχολόγους, κοινωνιολόγους, πολιτικούς καὶ κοινωνιολόγους. Ἡ βιοηθικὴ μπορεῖ νὰ θεωρηθεῖ εἴτε ὡς κλάδος τῆς ἠθικῆς φιλοσοφίας, εἴτε ὡς ἕνας διεπιστημονικὸς κλάδος.

Ὡς μελέτη τῶν ἠθικῶν προβλημάτων ποῦ προκύπτουν ἀπὸ τὴν ἀνθρώπινη παρέμβαση στὴν ἀνθρώπινη ζωὴ, ἡ βιοηθικὴ συγγενεῖ μὲ τὴν ἰατρικὴ ἠθικὴ ἢ δεοντολογία, τῆς ὁποίας ὁ ἐπαγγελματικὸς χαρακτήρας ἔρχεται σὲ ἀντίθεση μὲ τὸν βαθύτερο προβληματισμὸ τῆς ἠθικῆς. Ἡ βιοηθικὴ στοχεύει μᾶλλον στὴν καλύτερη κατανόηση τῶν ζητημάτων, παρὰ στὴν ἀνάπτυξη κανόνων ἠθικῆς συμπεριφορᾶς (ὅπως ἡ ἰατρικὴ ἠθικὴ). Ἀξιοποιεῖ τὰ ἀποτελέσματα τῆς τεχνολογίας καὶ τὰ εὐρήματα τῶν κοινωνικῶν ἐπιστημῶν προκειμένου νὰ ἀσχοληθεῖ μὲ θέματα θεμελίωσης καὶ μὲ τὴ δικαιολόγηση κανόνων. Θέτει βαθιὰ φιλοσοφικὰ ἐρωτήματα γιὰ τὴ φύση τῆς ἠθικῆς, τὴν ἀξία τῆς ζωῆς καὶ τὴν ἔννοια τοῦ

<sup>59</sup> Cosans 2007, σσ. 421- 2.

<sup>60</sup> ἔ.ἄ., σ. 428- 437.

<sup>61</sup> ἔ.ἄ., σ. 448.

άνθρωπινου προσώπου. Ἐν ἀντιθέσει τώρα πρὸς τὴ βιοηθική, ἡ ἰατρικὴ ἠθικὴ συνήθως δὲν θέτει ἐρωτήματα ἀφορῶντα τόσο στὴν ἀνθρώπινη ὑπόσταση ἢ τὴ φύση τῶν δικαιωμάτων τοῦ ἀνθρώπου, ὅσο στὶς ἠθικὲς ἀξίες ποὺ διέπουν τὶς διαπροσωπικὲς ὑποχρεώσεις στὴ σχέση τοῦ ἀσθενοῦς μὲ τὸν ἰατρό.

Θεματολογικά, ἡ ἰατρικὴ δεοντολογία ἀναφέρεται κυρίως στὶς ὑποχρεώσεις τοῦ ἰατροῦ ἔναντι τοῦ ἀσθενοῦς, καὶ τῶν συναδέλφων του, καθὼς καὶ τῆς γενικότερης κοινωνίας ἐντὸς τῆς ὁποίας ἐργάζεται. Παραδοσιακὰ δέ, ἐπικεντρώνεται στὶς ἠθικὲς διαστάσεις τῶν σχέσεων τῶν ἰατρῶν τόσο μεταξύ τους ὅσο καὶ μὲ τοὺς ἀσθενεῖς, καθὼς καὶ στὶς ἀρετὲς ποὺ χαρακτηρίζουν ἕναν καλὸ ἰατρό.<sup>62</sup> Πραγματεύεται προβλήματα ὅπως ἡ ἐνημέρωση καὶ ἡ συναίνεση τοῦ ἀσθενοῦς, ἡ ἀκριβοδίκαιη κατανομὴ τῶν θεραπευτικῶν πόρων, ἡ ἐχεμύθεια καὶ ἡ πιθανὴ ἄρση αὐτῆς.

Ὡς εὐρύτερος ὅρος, ἡ βιοηθικὴ περιλαμβάνει ζητήματα τὰ ὁποῖα δὲν ἐντάσσονται κατ' ἀνάγκην στὴν ἰατρικὴ ἠθικὴ, ὅπως ἐπὶ παραδείγματι τὴν ἠθικὴ τῆς ἐπιστημονικῆς ἔρευνας, τὴν περιβαλλοντικὴ ἠθικὴ, καὶ ἠθικὰ ζητήματα σχετικὰ μὲ νέες ἐπιστημονικὲς τεχνικὲς ὅπως ἡ κλωνοποίηση.<sup>63</sup> Ἡ βιοηθικὴ ἀσχολεῖται μὲ προβλήματα ὅπως ἡ ἰατρικῶς ὑποβοηθούμενη ἀναπαραγωγή, ἡ προγεννητικὴ ἐξέταση, ἡ προεμφυτευτικὴ γενετικὴ διάγνωση, ὁ πειραματισμὸς πάνω σὲ ἀνθρώπινα ἔμβρυα, ἡ θεραπευτικὴ καὶ ἡ ἀναπαραγωγικὴ κλωνοποίηση, ἡ μεταμόσχευση ἀνθρώπινων ἰστῶν καὶ ὀργάνων ἀπὸ ζῶντα ἢ πτωματικὸ δότῃ, ὁ καθορισμὸς τῆς ἀρχῆς καὶ τοῦ τέλους τῆς ζωῆς, ἡ εὐθανασία, ἡ αὐτοκτονία, ἡ γενετικὴ συμβουλευτικὴ καὶ ἡ καταπραῦντικὴ ἰατρικὴ.<sup>64</sup>

Ἀκόμη καὶ ζητήματα κοινὰ γιὰ αὐτὲς τὶς δύο κατηγορίες ἠθικῆς, καθεμιὰ τους τὰ ἀντιμετωπίζει διαφορετικὰ. Πιὸ συγκεκριμένα, ἡ βιοηθικὴ μπορεῖ νὰ θεωρηθεῖ ὡς μιὰ γενικότερη καὶ φιλοσοφικὰ τεκμηριωμένη προσέγγιση σὲ ζητήματα τὰ ὁποῖα ἡ ἰατρικὴ ἠθικὴ ἐξετάζει ὑπὸ μιὰ αὐστηρότερα κλινικὴ ὀπτική. Τὸ ἐνδιαφέρον τῆς μὲν ἰατρικῆς ἠθικῆς περιορίζεται στὶς προσωπικὲς ἐπιλογὲς τῶν ἀνθρώπων, τῆς δὲ βιοηθικῆς ἐπεκτείνεται στὴν ἐξέταση τῶν συνεπειῶν ποὺ οἱ ἀτομικὲς ἀποφάσεις μπορεῖ νὰ ἔχουν γιὰ τὴν κοινωνία, τὴν πολιτικὴ καὶ τὴν οἰκονομία, δηλαδὴ τὶς ἐξετάζει ὑπὸ τὸ πρίσμα τῶν ἠθικοκοινωνικοπολιτικῶν τους προεκτάσεων. Ἐπὶ παραδείγματι, ἕνα βιοηθικὸ ἐρώτημα γιὰ τὸ ζήτημα τῶν ἀμβλώσεων θὰ ἦταν: τί εἶδους κοινωνία γινόμαστε ἐὰν ἡ ἀμβλωση χρησιμοποιοεῖται συχνὰ ὡς μέθοδος ἐλέγχου τῶν γεννήσεων; Τὸ ἴδιο ζήτημα ὑπὸ μιὰ κλι-

<sup>62</sup> Kuhse & Singer 1998b, p. 4.

<sup>63</sup> Σαρεϊδάκης 2008, σελ. 34 καὶ Kuczewski 2002, p. 2.

<sup>64</sup> Καλοκαιρινοῦ 2007, σ. 552- 3.

νική προοπτική θα μπορούσε να εγείρει το ερώτημα: τί δικαίωμα έχει ο ιατρός να επιβάλλει θεραπεία σε μιὰ αποθνήσκουσα γυναίκα προκειμένου να φέρει στη ζωή τὸ βρέφος ποὺ ἐκείνη κυφορεῖ;<sup>65</sup>

Σύμφωνα μὲ τὸν ἠθικὸ φιλόσοφο Al Jonsen, ἡ σύγχρονη βιοηθικὴ διαφέρει ἀπὸ τὴν ἰατρικὴ ἠθικὴ, ὅπως ἡ δευτέρη ἐξελίχθηκε ἀνὰ τοὺς αἰῶνες, μεταξὺ ἄλλων, καὶ κατὰ τὸ ὅτι ἡ μὲν ἰατρικὴ ἠθικὴ ἀντιμετωπιζόταν παραδοσιακὰ ὡς μέρος εἴτε τῆς ἠθικῆς εἴτε τῆς ἰατρικῆς πράξης, ἡ δὲ βιοηθικὴ κατέστη τὰ τελευταῖα σαράντα χρόνια μέρος τοῦ δημόσιου διαλόγου.<sup>66</sup> Αὐτὸ δικαιολογεῖται ἐν μέρει λόγω τοῦ ὅτι ἡ βιοηθικὴ περιλαμβάνει θέματα δημόσιας πολιτικῆς καὶ ἐλέγχου τῶν σκοπῶν καὶ τῶν ἐνεργειῶν τῶν ἐπιστημόνων, τὰ ὅποια ἀφοροῦν στοὺς πολίτες καὶ, ὡς ἐκ τούτου, τοὺς ἐνδιαφέρουν.

#### **IV/ Οἱ ἱστορικὲς καταβολὲς τῆς βιοηθικῆς**

Ἡ βιοηθικὴ ὡς ὄρος πρωτοχρησιμοποιήθηκε στὰ 1970 ἀπὸ τὸν V.R.Potter στὸ ἄρθρο του «*Bioethics : Science of survival*», ἀν καὶ περιορισμένη τότε μόνο στὴν οἰκολογικὴ τῆς διάσταση. Ἀναφορὲς στὴν ἔννοιά τῆς εἶχαν γίνει καὶ ἐνωρίτερα σὲ θεολογικὰ ἔργα ὅπως στὰ «Ἠθικὰ Προβλήματα στὴν ἰατρικὴ» τοῦ Joseph Fletcher (1954), καὶ «Ὁ ἀσθενὴς ὡς πρόσωπο» τοῦ Paul Ramsey. Ὡς ἀκαδημαϊκὸς δὲ κλάδος ἄρχισε νὰ καθιερῶνεται τὸ 1973, ὅπότε οἱ Samuel Gorowitz et al. διαμόρφωσαν τὸ μάθημα «Ἠθικὰ προβλήματα στὴν ἰατρικὴ» στὸ πανεπιστήμιο τοῦ Cleveland.<sup>67</sup> Τὸ 1969 ἰδρύθηκε τὸ Hastings Center ἀπὸ τὸν Daniel Callahan καὶ τὸ 1971, τὸ Kennedy Institute ἀπὸ τὸν André Hellegers.<sup>68</sup> Πρόκειται γιὰ τὰ δύο σημαντικότερα ἕως σήμερα κέντρα βιοηθικῆς, μὲ ἐκδόσεις ἀξιόπιστων περιοδικῶν καὶ πολὺπλευρῆ δραστηριότητα ποὺ βοήθησε στὴ διάδοση τῆς βιοηθικῆς ὡς ὄρου, ἀλλὰ καὶ ὡς νέου ἐπιστημονικοῦ πεδίου.

Στὴν ἀνάδυση αὐτοῦ τοῦ νέου φιλοσοφικοῦ κλάδου συνέτειναν βασικὰ οἱ ἀκόλουθοι λόγοι:

---

<sup>65</sup> Kuczewski 2002, p. 2.

<sup>66</sup> Kuczewski 2002, p. 3.

<sup>67</sup> Δραγῶνα- Μονάχου 1995, σσ. 381- 3.

<sup>68</sup> Γιὰ τὴ σχέση τῶν Potter, Hellegers καὶ Callahan μὲ τὴν ἐπινοήση τοῦ ὄρου «βιοηθικὴ», Reich 1994.

## 1) Τὰ τεχνολογικά ἐπιτεύγματα<sup>69</sup>

Ἀπὸ τῆ δεκαετία τοῦ 1960 ἔχουν σημειωθεῖ ἐπαναστατικὲς ἀλλαγές στὶς βιοϊατρικὲς ἐπιστῆμες καὶ τὴν κλινικὴ ἰατρικὴ. Ἦδη ἀπὸ τὸ '50, χάρις στοὺς τεχνητοὺς ἀναπνευστήρες, διατηροῦνται στὴ ζωὴ ἄνθρωποι ποὺ διαφορετικὰ θὰ εἶχαν πεθάνει. Ἐφαρμόζεται αἰμοκάθαρση στοὺς νεφροπαθεῖς, καὶ ξεκινοῦν προσπάθειες τεχνητῆς ἀναπαραγωγῆς καὶ προγεννητικοῦ ἐλέγχου. Τὸ 1967 πραγματοποιεῖται ἡ πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς. Ἡ διαθεσιμότητα αὐτῆς τῆς τεχνολογίας ἐγείρει τὸ ἐρώτημα ποιά εἶναι τὰ ὄρια ἐφαρμογῆς τῆς στὴν προσπάθεια ἐπιμήκυνσης τῆς ζωῆς τοῦ ἀσθενοῦς.

Στὶς ἡμέρες μας, διευρυνομένης τῆς σφαίρας ἐπιρροῆς τῆς ἀνθρωπίνης παρεμβάσεως, μὲ τὴν ἀρωγὴ τῆς ἐπιστήμης καὶ τῆς τεχνικῆς, ζητήματα ποὺ μέχρι πρότινος βρισκόνταν ἐκτὸς ἀρμοδιότητος τοῦ ἀνθρώπου (ὅπως ἐπὶ παραδείγματι τὸ φυσικὸ ὄριο τῆς ζωῆς) μετατοπίζονται στὴ δικαιοδοσία του. Τοιοῦτοτρόπως, προκύπτουν νέα ἠθικὰ ἐρωτήματα περὶ τῶν σκοπῶν καὶ τῶν ὁρίων αὐτῆς τῆς πρακτικῆς δυνατότητας καὶ παρουσιάζεται ἡ ἀνάγκη νὰ προσεγγιστεῖ ἡ σύγχρονη βιοϊατρικὴ ἀπὸ πλευρᾶς τῶν ἠθικῶν διαστάσεων τῆς κοινωνικῆς πράξης καὶ τῶν σύνθετων σχέσεων ἐπιστήμης καὶ κοινωνίας. Πρὸς ἰκανοποίηση αὐτῆς τῆς ἀνάγκης, ἀναδύεται τὸ διεπιστημονικὸ πεδίο τῆς βιοηθικῆς.

## 2) Ἡ ἀπόρριψη τοῦ ἰατρικοῦ πατερναλισμοῦ

Ὁ βιοηθικὸς προβληματισμὸς γίνεται ἐντονότερος στὴ βάση τοῦ αἰτήματος νὰ ἀναγνωριστοῦν τὰ ὄρια τῆς κλασικῆς δεοντολογικῆς αὐτορρύθμισης τῆς ἰατρικῆς. Μέχρι τὸ '60, τὸ ἰατρικὸ ἐπάγγελμα ἦταν αὐτόνομο καὶ ἐλεύθερο ἀπὸ ἐξωτερικὸ νομικὸ διακανονισμό. Ἡ ἰατρικὴ ἠθικὴ ἀφοροῦσε κυρίως στὴ σωστὴ ἰατρικὴ πρακτικὴ. Αὐτὸ ὅμως τὸ πατερναλιστικὸ μοντέλο σταδιακὰ ἀντικαθίσταται ἀπὸ ἓνα φιλελεύθερο.<sup>70</sup>

<sup>69</sup> Kuhse & Singer 1998b, pp. 3- 8 καὶ Τσινόρεμα 2006, σσ. 215- 218.

<sup>70</sup> Van Der Burg 1998, p. 54.

### 3) Ἡ υπεράσπιση τῶν δικαιωμάτων τῶν ἀσθενῶν

Μέσα στὰ εὐρύτερα κοινωνικὰ πλαίσια, ἐμφανίζεται μιὰ προσπάθεια προάσπισης τῆς θεωρίας τῶν δικαιωμάτων τοῦ ἀνθρώπου. Στὸ χῶρο τῆς ἰατρικῆς, τὰ δικαιώματα αὐτὰ συγκεκριμενοποιοῦνται στὴν ἔννοια τῆς αὐτονομίας τοῦ ἀσθενοῦς, τοῦ αὐτοπροσδιορισμοῦ του, καὶ στὴν ἀνάμειξή του σὲ ζητήματα ποὺ ἀφοροῦν στὴ θεραπεία του. Τὰ κινήματα υπεράσπισης τῶν ἀνθρωπίνων δικαιωμάτων ἐπιδιώκουν νὰ ἐξασφαλίσουν γιὰ τὸν ἀσθενῆ, ὅτι αὐτὸς θὰ διαδραματίζει βασικὸ ρόλο στὸν καθορισμὸ τῆς θεραπείας του καὶ θὰ λαμβάνει ἀπὸ κοινοῦ μὲ τὸν ἰατρό, τὶς ἀποφάσεις ποὺ ἀφοροῦν σὲ αὐτόν.

### 4) Ἡ ἀλλαγὴ τῶν σκοπῶν τῆς ἰατρικῆς<sup>71</sup>

Πέραν τῶν ἐξωτερικῶν παραγόντων, σημειώνονται καὶ ἐσωτερικὲς ἀλλαγές στὴν ἴδια τὴν ἰατρικὴ, καὶ εἰδικότερα στὸ πῶς ἀντιλαμβανόμαστε τοὺς θεμελιώδεις σκοπούς της. Παραδοσιακά, ἡ ὑγεία θεωροῦνταν ὡς ἓνα ἀντικειμενικὸ ζήτημα καθορισμένο ἀπὸ τὴ βιολογία καὶ τὴν ἰατρικὴ ἐπιστήμη. Οἱ δὲ ἰατροί, πιστοὶ στὶς ἀρχές τοῦ βέλτιστου ὄφελους τοῦ ἀσθενοῦς καὶ τῆς μὴ βλάβης, ἐπιδίωκαν νὰ διαφυλάττουν καὶ νὰ υπερασπίζονται τὴ ζωὴ καὶ νὰ προωθοῦν τὴν ὑγεία τῶν ἀσθενῶν. Αὐτὸ τὸ μοντέλο ἰατρικῆς ἠθικῆς ὀνομάζεται στὴ βιβλιογραφία «πατερναλιστικὸ».

Μετὰ τὰ μέσα τοῦ εἰκοστοῦ αἰῶνα, στὴν προώθηση τῆς εὐζωΐας τοῦ ἀσθενοῦς προστέθηκε ὁ σεβασμὸς τοῦ αὐτοπροσδιορισμοῦ του, βάσει ἑνὸς νέου μοντέλου ἰατρικῆς ἠθικῆς μὲ κέντρο τὶς ἔννοιες τῶν δικαιωμάτων καὶ δὴ τῆς αὐτονομίας του. Δηλαδή ὑποστηρίχθηκε ὅτι οἱ ὑποκειμενικοὶ στόχοι καὶ ἀξίες τοῦ συγκεκριμένου ἀτόμου ἐπηρεάζουν ἓν μέρος τὸν πρωταρχικὸ σκοπὸ τῆς ἰατρικῆς. Ἡ ἠθικὴ ἀπόφαση ἀνατίθεται στὴν ἐπιλογή τοῦ ὑποκειμένου, ἀποσπώμενη ἀπὸ τὴν ἐπιταγὴ τοῦ ἰατροῦ νὰ ἐνεργεῖ πρὸς ὄφελος τοῦ ἀρρώστου. Τὸ τί ἐξυπηρετεῖ περισσότερο τὴν εὐζωΐα τοῦ ἀσθενοῦς ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὸ ποιά θεραπεία, συμπεριλαμβανομένου τοῦ ἐνδεχομένου τῆς μὴ θεραπείας, προάγει καλύτερα τὶς ἀξίες του καὶ τὸ σχέδιό του γιὰ τὴ ζωὴ του στὸ σύνολό της.

Ἐπ' αὐτὴν τὴν ἔννοια, ὁ ἰατρὸς καλεῖται νὰ ἀξιοποιήσῃ τὶς ἰκανότητές του γιὰ νὰ βοηθήσῃ τὸν ἀσθενῆ, παρουσιάζοντάς του ἐναλλακτικοὺς τρόπους θερα-

<sup>71</sup> Brock 1998, p. 232, Capron 1998, pp. 262- 263.

πείας και σεβόμενος τις αντιλήψεις του, βάσει τών όποιών θα ληφθεῖ ἡ τελική απόφαση. Ἐξάλλου, αποφάσεις ὅπως ἡ συνέχιση ἢ μὴ τῆς ὑποστήριξης τῆς ζωῆς τοῦ ἀσθενοῦς, θεωρεῖται ὅτι δὲν εἶναι τεχνικῆς φύσεως, ὥστε νὰ τίς λάβει μόνος του ὁ ἰατρός, ἀλλὰ ἠθικῆς φύσεως, ὁπότε ἀπαιτεῖται ἡ συναίνεση τοῦ ἀρρώστου, κατόπιν ἐνημέρωσής του. Ἐνίοτε δέ, ἡ ἀποψη τοῦ ἀσθενοῦς εἶναι τὸ μόνον κριτήριον ποῦ διαφοροποιεῖ τίς πλεῖστες θεραπείες ποῦ μποροῦν νὰ ἐφαρμοστοῦν στήν περίπτωσή του.

Γιὰ περιπτώσεις ποῦ ὁ ἀσθενὴς ἀδυνατεῖ νὰ συναινέσει, ἐπειδὴ βρίσκεται σὲ κάποια κωματώδη κατάσταση, ξεκίνησαν ἀπὸ τὸ 1967 στὶς Η.Π.Α. οἱ «διαθηκὲς ζωῆς». Αὐτὲς ἐπιτρέπουν σὲ ἕνα πρόσωπο νὰ ἀφήσει ὁδηγίες γιὰ τὴν ἔκταση τῆς ἰατρικῆς φροντίδας ποῦ θὰ ἤθελε νὰ δεχθεῖ τίς τελευταῖες ἡμέρες τῆς ζωῆς του.

## 5) Ὁ φεμινισμὸς<sup>72</sup>

Ὁ σκοπὸς τοῦ φεμινιστικοῦ κινήματος φαίνεται νὰ ἦταν ἡ ἐξάλειψη τῆς κατάπισης τῶν γυναικῶν σὲ κάθε ἔκφασή της. Στὴν ἰατρική, οἱ φεμινίστριες ἐντόπισαν τὸ δυτικὸ στερεότυπο τῆς ἀνδρικῆς ὑπεροχῆς, στὴν ἀπόδοση στοὺς μὲν ἄνδρες ἰατροὺς τῆς ἰατρικῆς θεραπείας, στὶς δὲ γυναῖκες νοσηλεύτριες μόνον τῆς φροντίδας τοῦ ἀσθενοῦς. Ἐπίσης, ὑποστήριξαν ὅτι οἱ γυναῖκες ἐλάμβαναν χειρότερης ποιότητας ἰατρικὴ φροντίδα, δὲν ἐνημερώνονταν κατάλληλα γιὰ τὴν κατάστασή τους καὶ τίς ἐπιλογὲς θεραπείας καὶ δὲν τοὺς ἀναγνωρίζοταν τὸ δικαίωμα νὰ ἀποφασίζουν ὡς ἐνήλικες γιὰ τὴν ἰατρική τους περίθαλψη.

Οἱ φεμινίστριες κατέκριναν τὴν ἰατρική ὡς φορέα τοῦ κοινωνικοῦ ἐλέγχου τῶν γυναικῶν. Πρῶτες ἤγειραν ἕνα θέμα ποῦ πῆρε τεράστιες διαστάσεις στὴ βιοηθική, ὅσον ἀφορᾷ στὴν προστασία τῶν ἀνθρωπίνων ὑποκειμένων ποῦ χρησιμοποιοῦνται στὰ πειράματα, ἐπισημαίνοντας τὴν ἀνηθικότητα τοῦ πειραματισμοῦ ἐπὶ γυναικῶν, τὴν ἐκμετάλλευση καὶ κακοποίησή τους σὲ μὴ ἀπαραίτητες ὑστερεκτομὲς καὶ γενετικὲς τροποποιήσεις ποῦ πραγματοποιοῦνταν ἐν ἀγνοία τους. Κατεδίκασαν δὲ ὡς ἰατρικά, ἐπιστημονικὰ καὶ ἠθικὰ προβληματι-

---

<sup>72</sup> Crosthwaite 1998, pp. 32- 35.

κή, την έλλιπη αντιπροσώπευση ή και τόν αποκλεισμό τών γυναικών από μελέτες άφοροϋσες σε άσθένειες που τics προσβάλλουν έξίσου όσο τούς άνδρες.<sup>73</sup>

## 6) 'Η νοσηλευτική ήθική<sup>74</sup>

Μια άλλη πηγή ήθικής στον τομέα τής υγείας, έκτος από την ιατρική, είναι ή νοσηλευτική ήθική. 'Η νοσηλευτική γίνεται έπάγγελμα στην Άγγλία του 19<sup>ου</sup> αιώνα, όπου ή Florence Nightingale ιδρύει την πρώτη σχετική σχολή και θέτει κανόνες στην άσκηση τής νοσηλευτικής, δίδοντας πρώτηστη σημασία στον καλό χαρακτήρα τής νοσηλεύτριας. Το 1899 θεσπίζεται το Διεθνές Συνέδριο Νοσηλευτριών και διαδίδονται έξειδικευμένα περιοδικά έντυπα, όπως το *American Journal of Nursing*. Το 1901, ή Isabel Hampton Robb, μια ήγέτρια τών νοσηλευτριών τής έποχής, συγγράφει το «*Nursing Ethics for hospitals and private use*», ένα από τα πρώτα βιβλία νοσηλευτικής ήθικής.

Στο άρθρο 7 του Διεθνούς Κώδικα Νοσηλευτικής 'Ηθικής του 1965, δηλώνεται ότι ή νοσηλεύτρια είναι ύποχρεωμένη να έκτελει τics έντολες του ιατροϋ έξυπνα και πιστά. Αύτη ή διατύπωση άντανακλά την έως τότε έπικρατοϋσα άποψη ότι ή πρώτηστη εϋθύνη τών νοσηλευτριών δεν ήταν άπέναντι στους άσθεनेίς, αλλά άπέναντι στους ιατροϋς, στους όποιους ώφειλαν άπόλυτη ύπακοή. Δεδομένου ότι οί περισσότερες νοσηλεύτριες ήταν γυναίκες, ενώ οί περισσότεροι ιατροί ήταν άνδρες, ή μεταξύ τους σχέση θεωρήθηκε ως ένδεικτική τών διαφορετικών κοινωνικών θέσεων και ρόλων τών δύο φύλων.

Ο Κώδικας για τics Νοσηλεύτριες, που εξέδωσε το Διεθνές τους Συμβούλιο το 1973, μετατοπίζει την πρώτηστη εϋθύνη τους, θέτοντάς την άπέναντι στους άσθεनेίς, τους χρήζοντας φροντίδας. Αύτη ή άλλαγή άντανακλά την αναβίωση τής φεμινιστικής σκέψης στα τέλη τής δεκαετίας του '60. 'Η άμφισβήτηση του ρόλου τών νοσηλευτριών συνέπλευσε με ένα κίνημα γυναικών φιλοσόφων (Carol Gilligan, Nona Lyons, Nell Noddings κ. ά.) που άπέρριπταν την παραδοσιακή κανονιστική ήθική και πρότειναν άντ' αύτης μιαν «ήθική φροντίδας».<sup>75</sup>

<sup>73</sup> Αύτος ό αποκλεισμός αποδίδεται στις βιολογικές διαφορές τών γυναικών από τούς άνδρες, μιās και ή ένσωμάτωση στην έρευνα παραγόντων όπως οί όρμονικοί κύκλοι και ή πιθανότητα έγκυμοσύνης, την καθιστούν πιο πολύπλοκη και δαπανηρή.

<sup>74</sup> Kuhse & Singer 1998b, pp. 6- 7.

<sup>75</sup> Manning 1998, pp. 99- 101.



## 7) Τὰ ἰατρικὰ πειράματα<sup>76</sup>

Ἡ ἱστορικὴ συγκρότηση τῆς βιοηθικῆς βασίστηκε στὴ συζήτηση γιὰ τὴν ἠθικὴ εὐθύνη τῶν ἐπιστημόνων ἔναντι τῆς κοινωνίας, τὸν δημόσιο ἔλεγχο καὶ τὴν λογοδοσία αὐτῶν γιὰ τὴν βιοϊατρικὴ ἔρευνα ἐπὶ ἀνθρωπίνων ὑποκειμένων. Πειράματα ποὺ δὲν ἔχουν παρὰ μικρὸ ἢ καὶ κανένα θεραπευτικὸ ὄφελος γιὰ τὰ ὑποκείμενα, καὶ τουναντίον φέρουν κάποιο βαθμὸ ἐπικινδυνότητας γιὰ ἐκεῖνα, πρωτοεμφανίστηκαν σὲ εὐρεῖα κλίμακα στὸ Παρίσι στὶς ἀρχές τοῦ 19<sup>ου</sup> αἰῶνα καὶ ἀφοροῦσαν στὴν προσβολὴ ἀνθρώπων μὲ μικρόβια σύφιλης ἢ γονόρροιας. Πλεῖστα τέτοια ἠθικῶς ἀπαράδεκτα πειράματα, ποὺ ἔθιξαν θεμελιώδη δικαιώματα τῶν πολιτῶν, προκάλεσαν ὀξεῖα δημόσια ἀντίδραση, σκεπτικισμὸ καὶ δυσπιστία ἔναντι τῶν ἰατρικῶν κοινοτήτων. Πιὸ συγκεκριμένα:

⌘ Κατὰ τὸν Β' Παγκόσμιο Πόλεμο διεξήχθησαν στὴ ναζιστικὴ Γερμανία ἀπάνθρωπα πειράματα ἐπὶ ἀνθρώπων, μὲ εὐγονικοὺς σκοποὺς (τὸν ἐξαγνισμὸ τῆς γερμανικῆς φυλῆς καὶ τὴν ἀνάδειξή της σὲ ἀρεία), τὰ ὁποῖα καταδικάστηκαν ἀργότερα ὡς ἐγκλήματα πολέμου κατὰ τῆς ἀνθρωπότητος. Πραγματοποιήθηκαν προγράμματα ἐξόντωσης γιὰ δοκιμὴ τῶν ἀνθρωπίνων ἀντοχῶν σὲ χαμηλὲς πιέσεις, σὲ παγωμένο νερὸ καὶ σὲ δηλητήρια. Οἱ ὑπεύθυνοι ἰατροὶ καταδικάστηκαν στὴ δίκη τῆς Νυρεμβέργης (1946- 1947), ἡ ὁποία συνοδεύτηκε ἀπὸ τὸν ὁμώνυμο κώδικα, ὅπου διατυπώνονται δέκα ἀρχές δεσμευτικὲς γιὰ κάθε ἐρευνητὴ ποὺ χρησιμοποιεῖ ἀνθρώπινα ὑποκείμενα σὲ ἰατρικὰ πειράματα.

Παραδόξως, ἡ Γερμανία εἶχε πρωτοπορήσει στὴν ἀνάπτυξη ἰατρικῶν ἠθικῶν κωδίκων. Στὰ 1900, ὁ Πρῶσος ὑπουργὸς εἶχε ἀπευθύνει μιὰ κατευθυ-ντήρια ἐπιστολὴ πρὸς τοὺς διευθυντὲς τῶν κλινικῶν, ἐνῶ τὸ 1931 ὁ ὑπουργὸς ἐσωτερικῶν δημοσίευσε τὴ Richtlinien, ἀπαιτώντας τὴν ἐνήμερη συναίνεση τῶν ἀνθρώπων οἱ ὁποῖοι χρησιμοποιοῦνταν σὲ πειράματα, καὶ ἀποκλείοντας πειράματα ποὺ θὰ ἔθεταν παιδιὰ ἔστω καὶ στὸν παραμικρὸ κίνδυνο.

⌘ Στὶς Η.Π.Α., ἡ βιοηθικὴ ἀναδύθηκε μέσα ἀπὸ μιὰ εὐρύτατη δημόσια κατάκραυγὴ καὶ καταδίκη σκανδάλων ποὺ ἀφοροῦσαν σὲ καταχρήσεις μεμονωμένων ἰατρῶν, ἀλλὰ καὶ ὀλόκληρων νοσοκομείων εἰς βάρος ἀτόμων εὐρισκομένων σὲ συνθήκες κοινωνικῆς ὑστέρησης καὶ ἐχόντων ἀσθενῆ

---

<sup>76</sup> McNeil 1998, p. 369- 372, καὶ γιὰ τὴν ἀνάπτυξη αὐτῶν, Τσινόρεμα 2006, σσ. 220- 221.



ικανότητα συναίνεσης (φυλακισμένοι, παιδιά κ.τ.λ.). Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, δοκιμάζονταν χειρουργικές τεχνικές σε σκλάβους, με υποβολή αυτών σε πολλαπλές έγχειρήσεις και άλλους απάνθρωπους τρόπους. Το 1963, ηλικιωμένοι ασθενείς στο Έβραϊκό Νοσοκομείο Χρονίων Παθήσεων στο Brooklyn έμβολιάστηκαν με καρκινικά κύτταρα χωρίς τη συγκατάθεσή τους (μελέτη Sloane- Kettering).<sup>77</sup> Από τα μέσα της δεκαετίας του 1950 μέχρι τις αρχές του '70, η έρευνητική ομάδα του Saul Krugman<sup>78</sup> μελετούσε τον ιό της ήπατίτιδας με σκοπό την ανακάλυψη κατάλληλου για αυτήν έμβολίου. Προς τοῦτο, μόλυνε συστηματικά, με ιούς ήπατίτιδας, παιδιά με νοητική καθυστέρηση, νεοεισαχθέντα στο ίδρυμα Willowbrook της Πολιτείας της Νέας Υόρκης, ὥστε νὰ καταγράψει τὴ «φυσικὴ πορεία» τῆς νόσου.

Τὸ δὲ Ἰνστιτούτο Tuskegee παρακολουθοῦσε Ἀφροαμερικανούς συφιλιδικούς ἀπὸ τὸ Macon County τῆς Alabama, ἀγράμματους καὶ φτωχοὺς, ἐπὶ σαράντα ἔτη χωρὶς νὰ τοὺς προσφέρει θεραπεία, στὰ πλαίσια μιᾶς μελέτης τῆς «φυσικῆς ἐξέλιξης» τῆς γονόρροιας. Τὴν ἔρευνα τὴν ξεκίνησε τὸ 1932 ἡ Ὑπηρεσία Δημόσιας Ὑγείας τῶν Η.Π.Α., με ἑξακόσιους ἄνδρες (τετρακόσιους ἀσθενεῖς καὶ διακόσιους στὴν ομάδα ἐλέγχου), στοὺς ὁποίους προσέφερε δωρεάν ζεστὰ γεύματα, ἰατρικὴ περίθαλψη γιὰ κάθε ἀσθένεια, ἐκτὸς ἀπὸ τὴ σύφιλη, μετακινήσεις ἀπὸ καὶ πρὸς τὰ νοσοκομεία καθὼς καὶ ταφὴ κατόπιν νεκροψίας. Οἱ συμμετέχοντες δὲν γνώριζαν οὔτε ὅτι ἔπασχαν ἀπὸ τὴ νόσο οὔτε ὅτι ὑπέκειντο σὲ πειραματικὴ παρακολούθηση.

Οἱ ἐρευνητὲς χρησιμοποίησαν ὡς δικαιολογία τὴ δαρβινικὴ ἱεραρχία, στὴν ὁποία οἱ «Νέγροι» κατατάσσονταν ὡς τὸ κατώτατο εἶδος, λόγω τῆς ἐξωτερικῆς τους μορφῆς (δομὴ τοῦ κρανίου, παρειές, προεξέχον σαγόνι). Ἀκόμη, ὑποστήριζαν ὅτι οἱ «Νέγροι», ἰδιαίτερα ἐπιρρεπεῖς στὴν κακία, τὴν ἐγκληματικότητα καὶ τὴν ἀσθένεια, καὶ ὑποκείμενοι σὲ μιὰ φθίνουσα ἐξελικτικὴ πορεία, δὲν θὰ ἐντάσσονταν ποτὲ στὸν λευκὸ πληθυσμὸ τῶν Ἀμερικανῶν. Ἡ ὑπερβολικὴ τους δὲ ἐρωτικὴ ἐπιθυμία μπορούσε νὰ τοὺς ὀδηγήσει σὲ διαστροφή καὶ ἐπιθέσεις σὲ λευκὲς γυναῖκες. Εὐρέως προσβεβλημένοι ἀπὸ σύφιλη (σὲ ποσοστὸ ἄνω τοῦ 50% ὄσων ἦταν ἡλικίας ἄνω τῶν 25), ἀκόμη καὶ ἐὰν ἐλάμβαναν θεραπεία, οἱ Νέγροι ἦταν καταδικασμένοι.<sup>79</sup> Στὴν μεταξύ τους ἀλληλογραφία, οἱ ἰατροὶ γράφουν ἀπροκάλυπτα ὅτι ἐξαπατοῦν εὐκόλα τοὺς

---

<sup>77</sup> Βουγιουκλάκης 2002, σ. 224.

<sup>78</sup> Ἰατροῦ- καθηγητοῦ τοῦ πανεπιστημίου τῆς Νέας Υόρκης

<sup>79</sup> Γιὰ τὸν ἀμερικάνικο ρατσισμὸ ἀπέναντι στοὺς Νέγρους, Brandt 1978, pp. 21- 22.

ασθενείς αυτούς λόγω της κατώτερης νοημοσύνης τους και ότι το μόνο συμφέρον ἐπ' αὐτῶν θὰ εἶναι τὰ ἀποτελέσματα τῆς νεκροψίας.<sup>80</sup>

Οἱ ἐρευνητές, μὲ τὴ συνεργία τῆς πολιτείας, ἀπέκλεισαν κάθε πηγὴ θεραπείας ἀπὸ τὰ «πειραματόζωά» τους, παραβλέποντας τὴν ἀνακάλυψη τῆς θεραπευτικῆς πενικιλίνης κατὰ τὴ δεκαετία τοῦ '50, καὶ παραβιάζοντας μὲ πρωτοφανῆ τρόπο τὸν κώδικα τῆς Νυρεμβέργης. Τὸ 1972, ὁπότε δημοσιεύθηκε ἡ ὑπόθεση, μόνον ἑβδομήντα τέσσερις ἐκ τῶν συμμετεχόντων στὸ πείραμα ἦταν ἀκόμα ζωντανοί, καὶ ἡ ἔρευνα τερματίστηκε, ὡς οὕσα ἠθικὰ ἀδικαιολόγητη. Συνεστήθη δὲ εἰδικὴ ἐπιτροπὴ τοῦ Κογκρέσου πού, ἐκδίδοντας τὴν περίφημη Belmont Report, καθιέρωσε τρεῖς θεμελιώδεις ἀρχές γιὰ τὴ ρύθμιση τοῦ πειραματισμοῦ σὲ ἀνθρώπινα ὑποκείμενα: τὸν σεβασμὸ τοῦ προσώπου, τὴν ἀγαθοπραξία<sup>81</sup> καὶ τὴ δικαιοσύνη.

⌘ Ἀνάλογο πείραμα εἶχε προηγηθεῖ σὲ 2000 συφιλιδικούς ασθενεῖς στὸ Ὁσλο τῆς Σουηδίας μεταξὺ 1890 καὶ 1910 καὶ σὲ ἄλλους 473 μεταξὺ 1925 καὶ 1927.<sup>82</sup>

## 8) Δημόσιος διάλογος

Τὸ αὐξημένο δημόσιο ἐνδιαφέρον γιὰ ἠθικὰ ζητήματα στὸ χῶρο τῆς βιοϊατρικῆς ὀφείλεται σὲ πολλοὺς παράγοντες: κατ' ἀρχάς, στὰ τεχνολογικὰ ἐπιτεύγματα στὴν κλινικὴ ἰατρικὴ, πού χρησιμοποιήθηκαν εἰς βάρος τοῦ ἀνθρώπου καὶ ἔτσι ἔγιναν ἀντικείμενο κριτικῆς ἀπὸ τὰ κοινωνικὰ κινήματα τῶν δεκαετιῶν τοῦ '60 καὶ τοῦ '70, ὡς νέοι τρόποι ἄσκησης κοινωνικοῦ ἐλέγχου καὶ τεχνολογικῆς χειραγώγησης τῆς συμπεριφορᾶς.<sup>83</sup> Ἡ δημόσια προσοχὴ στράφηκε πρὸς τὰ ἀπαράδεκτα πειράματα ἐπὶ ἀνθρώπινων ὑποκειμένων, στὰ ὁποῖα ἔγινε ἀναφορὰ προηγουμένως.

Ἐπίσης, ἀναπτύχθηκε μιὰ ἐντεινόμενη ἀνησυχία γιὰ τὴν ἐξουσία πού ἀσκοῦν οἱ ἰατροὶ καὶ οἱ ἐπιστήμονες, σὲ σχέση μὲ τὴ διεκδίκηση τοῦ δικαιώματος τῶν ἀσθενῶν (καὶ γενικότερα τῶν πολιτῶν) νὰ συμμετέχουν στὴ λήψη ἀποφάσεων πού τοὺς ἀφοροῦν. Ἐτσι προέκυψε μιὰ κριτικὴ ἀμφισβήτηση τῆς βάσεως ἐπὶ

---

<sup>80</sup> ἔ.ἀ., pp. 24- 25.

<sup>81</sup> Ἡ ἀρχὴ τῆς ἀγαθοπραξίας ἐπιτάσσει νὰ ἀποφεύγουμε τὸ κακὸ καὶ νὰ πράττουμε τὸ καλὸ. Μπορεῖ νὰ θεωρηθεῖ ὅτι ἀπαρτίζεται ἀπὸ τὶς ἐξῆς προστακτικές: ὀφείλει κανεὶς νὰ μὴ βλάπτει, νὰ ἐμποδίζει καὶ νὰ ἐξαλείφει τὸ κακὸ, καὶ τέλος, νὰ πράττει τὸ ἀγαθὸ. Γιὰ ἐκτενέστερη ἀνάλυση τῆς ἔννοιας, Frankena 1973, pp. 35- 45.

<sup>82</sup> Brandt 1978, pp. 22- 23.

<sup>83</sup> Τσινόρεμα 2006, σσ. 220- 221.

της οποίας λαμβάνονται τέτοιες αποφάσεις.<sup>84</sup> Όπως περιγράφηκε ανωτέρω, η πολιτισμική τάση μεταστράφηκε από μια πατερναλιστική θεώρηση του ιατρικού επαγγέλματος, σε μια προάσπιση της αυτονομίας του ασθενούς.

Έτσι, διεθνείς οργανισμοί συνέγραψαν ήθικους κώδικες. Το 1948 η Γενική Συνέλευση του Οργανισμού Ήνωμένων Έθνών (UNESCO) υιοθέτησε την Καθολική Διακήρυξη Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Το 1964 η Παγκόσμια Ίατρική Ένωση διεμόρφωσε τη Διακήρυξη του Έλσίνκι, που διαφέρει από τον Κώδικα της Νυρεμβέργης (1947) ουσιαστικά κατά το ότι διακρίνει την ιατρική έρευνα σε θεραπευτική και μή.<sup>85</sup>

Μεγάλη δημοσιότητα έλαβαν και πολλές δίκες για βιοηθικά ζητήματα, όπως η γνωστότατη περίπτωση της Karen Ann Quinlan (1976). Στην ηλικία των 21 ετών, η Karen περιέπεσε σε μόνιμη φυτική κατάσταση και μετά από κάποιους μήνες οι θετοί γονείς της ζήτησαν να αποσυνδεθεί από τον αναπνευστήρα. Οι γονείς της ήταν καθολικοί, και η καθολική ήθικη δεν απαιτεί την εφαρμογή υπερβολικών μέτρων (*extraordinary means*) για τη διατήρηση ενός ασθενούς στη ζωή. Τέτοια μέτρα είναι κάθε διαδικασία που ενδέχεται να επιθέσει βάρος στον ασθενή, την οικογένειά του ή άλλους ανθρώπους, και που υπερβαίνει τη βασική φροντίδα για τη διατήρηση στη ζωή, την αξιοπρέπεια και τις παροχές φαγητού, νερού, αέρα. Ένας ασθενής δικαιούται να αρνηθεί να δεχθεί τέτοια μέτρα, ακόμα κι αν αυτό επιταχύνει την επέλευση του φυσικού θανάτου του. Νομικά, η δήλωση πρέπει να γίνει είτε προηγουμένως από τον ίδιο τον ασθενή, είτε από τους κηδεμόνες του. Άκριβως σε αυτό βασίστηκαν οι γονείς της Karen Quinlan όταν ζήτησαν την απομάκρυνση του αναπνευστήρα.

Ωστόσο, το νοσοκομείο αρνήθηκε, υποστηρίζοντας ότι αυτό θα ισοδυναμούσε με το να τη σκοτώσουν. Η οικογένεια Quinlan τότε προσέφυγε στο Ανώτατο Δικαστήριο του New Jersey, που την έδικαίωσε βάσει της αρχής του διπλού αποτελέσματος.

Στην αναφορά του δικαστηρίου για την υπόθεση<sup>86</sup>, δηλώνεται ότι «έπ' ουδενί λόγω δεν πρέπει να θεωρηθεί αυτή η υπόθεση ως εϋθανασία. Η διακοπή των προσπαθειών ανάνηψης είναι μια έμμεση πρόκληση της διακοπής της ζωής, οπότε εφαρμόζεται στην υπόθεση αυτή η αρχή του διπλού αποτελέσματος.<sup>87</sup>

---

<sup>84</sup> Kuhse & Singer 1998b, p. 3.

<sup>85</sup> βρ. την πρώτη υποσημείωση στην Belmont Report 1979.

<sup>86</sup> Κείμενο της απόφασης του Ανώτατου Δικαστηρίου του New Jersey: "On the Matter of Quinlan" 1976, p. 15.

<sup>87</sup> Ο Βιρβιδάκης 2008, σ. 33, παραθέτει τον όρισμό αυτής της γνωστής αρχής.

Βάσει αυτής της αρχής αναγνωρίζεται ότι: « Σε κάθε περίπτωση πράξης κατά την οποία επιδιώκεται ένα καλό αποτέλεσμα  $\chi$ , αλλά ταυτόχρονα προκαλείται και κάποιο κακό και ήθικα μεμπτό αποτέλεσμα  $\psi$ , ή πράξη είναι ήθικα έπιτρεπτή εάν και μόνο εάν πληροϋνται οι εξής όροι : i) ή πρόθεση του δρώντος είναι να έπιτευχθεί τὸ  $\chi$  και ὄχι τὸ παρεπόμενο αποτέλεσμα  $\psi$ , ii) τὸ  $\psi$  είναι πράγματι αναπόφευκτο, iii) τὸ  $\psi$  δὲν αποτελεί τὸ μέσο για τὴν έπίτευξη του  $\chi$ , iv) τὸ  $\psi$  δὲν είναι δυσανάλογο με τὸ  $\chi$ .»

Παρά ὅμως τὴν ἀποσύνδεσή της ἀπὸ τὴν τεχνητὴ ὑποστήριξη τῆς ἀναπνοῆς, ἡ Karen συνέχισε νὰ ἀναπνέει αὐτόματα για ἔννεα ἀκόμη χρόνια. Ἡ ὑπόθεση αὐτὴ ἤγειρε ἐρωτήματα βιοηθικὰ (εὐθανασία), θεολογικά, νομικά, και συντέλεσε στὴν ἀνάπτυξη τῶν διαθηκῶν ζωῆς και τῶν έπιτροπῶν βιοηθικῆς μέσα σὲ νοσοκομεῖα.<sup>88</sup> Ἀλλὰ εἶναι πολὺ μακρὺς ὁ κατάλογος τῶν δικαστικῶν ὑποθέσεων τέτοιας φύσεως πὸ ἀπασχόλησαν τὴν κοινὴ γνώμη, ἀναφορικὰ με τὴν εὐθανασία και τὴν ἀπόσυρση τῶν μέτρων τῶν ὑποστηρικτικῶν τῆς ζωῆς, συνήθως ἀπὸ ἄτομα πὸ βρίσκονταν σὲ μόνιμη φυτικὴ κατάσταση.

## 9) Ἐπιτροπὲς βιοηθικῆς

Στὰ τέλη τῆς δεκαετίας τοῦ '40 σχηματίστηκε στις Η.Π.Α. μιὰ ἀπὸ τὶς πρῶτες έπιτροπὲς βιοηθικῆς, ὑπεύθυνη για τὴ διάδοση τῆς ἀτομικῆς ἐνέργειας. Ἄλλη τέτοια έπιτροπὴ ὀρίστηκε τὸ 1962 ἀπὸ τὸ Κέντρο τεχνητοῦ νεφροῦ στὸ Seattle τῆς Washington, προκειμένου νὰ ἐπιλέγει ποιοὶ νεφροπαθεῖς θὰ γίνονταν δεκτοὶ πρὸς θεραπεία. Αὐτὴ ἡ ἀνάγκη ἐπιλογῆς τῶν ἀσθενῶν προέκυψε ἐπειδὴ ἐκεῖνοι ἦταν πάρα πολλοί, ἐν ἀντιθέσει πρὸς τὰ μηχανήματα πὸ χρησιμοποιοῦνταν για τὴν αἰμοκάθαρση, τὰ ὁποῖα ἦταν περιορισμένου ἀριθμοῦ και μεγάλου κόστους.<sup>89</sup> Στὰ κριτήρια πὸ χρησιμοποίησε ἡ συγκεκριμένη έπιτροπὴ διαπιστώθηκε κάποια προκατάληψη βάσει τῆς κοινωνικῆς τάξης και τῆς ἐθνικῆς καταγωγῆς, πὸ ὀδήγησε σὲ ἀναζήτηση καλύτερων λύσεων σὲ τέτοια ἠθικὰ προβλήματα.<sup>90</sup> Ἄλλες δὲ ἀμερικάνικες έπιτροπὲς ἀποφάσιζαν για τὴ διενέργεια ἐκτρώσεων και στερῶσεων.

<sup>88</sup> Τὰ στοιχεῖα για τὴ δικαστικὴ ὑπόθεση Quinlan ἀντλήθηκαν ἀπὸ τὴν wikipedia.

<sup>89</sup> Για μιὰ συζήτηση για τὰ γενικότερα κριτήρια πὸ ἐφαρμόζονται στὴν ἐπιλογή τῶν ἀσθενῶν πὸ θὰ δεχθοῦν θεραπεία (ἐπιλέγονται μόνο κάποιοι λόγω τῆς ἀνεπάρκειας τῶν νοσοκομειακῶν πόρων), Harris 1998 καθὼς και Marchand & Winkler 1998.

<sup>90</sup> Kuhse & Singer 1998b, p. 8.

Ὁ ἀριθμὸς τῶν βιοηθικῶν ἐπιτροπῶν ἀξάνεται συνεχῶς ἀπὸ τὴ δεκαετία τοῦ '70 καὶ μετὰ. Στὴ διάδοσή τους συνέβαλε ἡ δημοσιοποίηση τῆς ὑπόθεσης Quinlan, τοῦ σκανδάλου στὸ Tuskegee καὶ πάμπολλων παρόμοιων ζητημάτων. Ἀργότερα, στὶς ἀρχὲς τοῦ '80, ἡ νομοθετικὴ προσπάθεια τοῦ Reagan νὰ ἐφαρμόζεται ἐπιθετικὴ θεραπεία σὲ νεογέννητα βρέφη μὲ βαριὰ ἀναπηρία περιελάμβανε ἀναφορὲς σὲ ἀντίστοιχες ἐπιτροπὲς ὑπεύθυνες γιὰ τὴ φροντίδα τῶν παιδιῶν.<sup>91</sup> Σήμερα, τὰ εἶδη τῶν βιοηθικῶν ἐπιτροπῶν μποροῦν νὰ συνοψισθοῦν σέ: νοσοκομειακὲς, ἐρευνῶν (IRBs- institutional review boards, δηλαδὴ διοικητικὲς ἐπιτροπὲς), ἐθνικὲς (NECs) καὶ πολυεθνικὲς (π.χ. εὐρωπαϊκὲς).

## **10) Ἡ ἀποτυχία τοῦ σχεδίου τοῦ διαφωτισμοῦ<sup>92</sup>**

Ἐνας πρὸ οὐσιαστικὸς λόγος ποὺ ἐνδεχομένως ἐξηγεῖ τὴν ἐμφάνιση τῆς βιοηθικῆς ὡς κλάδου τῆς ἠθικῆς, καθὼς καὶ τὸ σημαντικὸ ρόλο ποὺ αὐτὴ καλεῖται νὰ διαδραματίσει, εἶναι ἡ ἀποτυχία τοῦ σχεδίου τοῦ διαφωτισμοῦ, ποὺ ἀφοροῦσε στὴν ἔκκληση στὸ λόγο γιὰ τὴν ἀνεύρεση μιᾶς ἀντικειμενικῆς βάσης τῆς ἠθικῆς. Ἐκτοτε, μὲ ἀξιοσημείωτη τὴ συμβολὴ τῆς φιλοσοφίας τοῦ Κάντ καὶ τῆς καζουίστρικῆς ἠθικῆς τοῦ Καλβίνου, ἐπικράτησε ἡ κοσμικὴ ἀπόρριψη τῆς θεολογίας καὶ ἡ ἐγκατάλειψη τῆς ιδέας ὅτι ὁ ἄνθρωπος ἔχει ἕνα σκοπὸ. Παρ' ὅτι δὲ τὸ σχέδιό του κεῖται νεκρὸ, ὁ διαφωτισμὸς ἄφησε στὴ σύγχρονη κοινωνία ὡς κληρονομία ἕναν νέον τύπον ἀνθρώπου, τὸν ὀρθολογιστὴ- φιλελεύθερο (κατὰ τὸν χαρακτηρισμὸ τοῦ MacIntyre), καθὼς καὶ τὴν ἔννοια τῶν ἀτομικῶν δικαιωμάτων.

Στὸ πλαίσιο τῆς φιλελεύθερης κοινωνίας, τὰ δρώντα ὑποκείμενα δὲν συμμαρίζονται κάποια κοινὴ ιδέα περὶ τοῦ ἀγαθοῦ, οὔτε ἐπιδιώκουν τὴν πραγμάτωση κάποιου κοινοῦ σκοποῦ, μὲ συνέπεια ἡ ἐποχὴ μας νὰ χαρακτηρίζεται ἀπὸ συνεχεῖς καὶ ἀσύμμετρες διαφωνίες, χωρὶς νὰ ὑπάρχει ὀρθολογικὴ μεθοδὸς γιὰ τὴν ἐξασφάλιση συμφωνίας, οὔτε νὰ μποροῦν νὰ εὐρεθοῦν κοινὲς κανονιστικὲς ἀρχὲς (διότι αὐτὲς δὲν δύνανται νὰ θεμελιωθοῦν παρὰ μόνον σὲ ἀναφορὰ μὲ μιὰν ἀντίληψη τοῦ ἀγαθοῦ γιὰ τὸν ἄνθρωπο). Ἀπομένουν ἔτσι δύο τρόποι κοινωνικῆς ζωῆς: εἴτε κυριαρχοῦν οἱ ἐλεύθερες καὶ αὐθαίρετες ἐπιλογὲς τῶν

---

<sup>91</sup> Moreno 1998, pp. 476- 478.

<sup>92</sup> Καλοκαίρινοῦ 2007, σσ. 546- 549.

ατόμων, είτε εγκαθιδρύεται ένα πρωτίστως γραφειοκρατικό και νομικό κράτος, πού προσπαθεί να ελέγξει τις αυθαίρετες επιλογές.

Ο κυρίαρχος τύπος ανθρώπου σ' αυτό το είδος της κοινωνίας, είναι ο δεξιότεχνης ή ο έμπειρογνώμων, πού είναι προπαντός τεχνοκράτης ή μηχανικός. Αυτόι οί διανοούμενοι του διαφωτισμού άδιαφορούν για την παράδοση στην όποία ανήκουν, ενδιαφερόμενοι μόνο για την εξέυρεση μιās λογικῆς ούδέτερης αρχῆς, πού θα εξασφαλίζει όμοφωνία στη συναγωγή ήθικοπολιτικῶν αρχῶν. Άπουσία ένός τελειωτικού λόγου πού να δικαιολογεῖ την άνωτερότητα της αντίληψης περι άγαθοῦ μιās κοινωνίας έναντι κάποιας άλλης, ό φιλελεύθερος όρθολογιστής δέν ενδιαφέρεται για τό τί ήθικες πεποιθήσεις υίοθετεῖ κάποιος, αλλά τις άποδέχεται όλες εξίσου, έφ' όσον δέν παραβιάζουν την αρχή της ούδετερότητας, την μοναδική εξάλλου αρχή πού αναγνωρίζει. Πιστός σ' αυτήν την αρχή, δέν εργάζεται για την προαγωγή του κοινού άγαθοῦ της κοινωνίας του, άφου αυτό θα την παραβίαζε.

Άντιθέτως, ό «όρθολογιστής- φιλελεύθερος» έντρυφά στην περαιτέρω ανάπτυξη της δεξιότητάς του, και της έμπειρογνωμοσύνης στο συγκεκριμένο πεδίο με τό όποιο ασχολείται. Τό δέ γραφειοκρατικό κράτος καθορίζει τό πλαίσιο έφαρμογῆς τῶν αποτελεσμάτων της έπιστήμης του. Έτσι διαπιστώνεται ότι στη σύγχρονη κοινωνία, ή εργαλειακή γνώση και ή έπιδεξιότητα έχουν πάρει τη θέση της άρετῆς, και ό τεχνοκράτης μηχανικός, του ένάρετου ανθρώπου. Η πρόκληση για τη βιοηθική είναι να διασφαλίσει κατά κάποιον τρόπο την ίσορροπία μεταξύ τέχνης και άρετῆς και την ένότητα μεταξύ του τεχνοκράτη και του ένάρετου χαρακτήρα.

Η βιοηθική καλείται, επίσης, να συμβάλλει στην αντικατάσταση της έννοιας τῶν δικαιωμάτων από μιὰ άλλη, με πλουσιότερο ήθικό περιεχόμενο. Αυτό πού συμεριζόμαστε επί του παρόντος είναι μιὰ έννοια τῶν άτομικῶν δικαιωμάτων, ή όποία είναι μάλλον διαχωριστική, παρά ένοποιητική, και άποδεικνύεται πολύ ανεπαρκής για να διευθετήσε τις συζητήσεις μας. Οί επικλήσεις τῶν δικαιωμάτων είναι άτέρμονα άλληλοσυγκρουόμενες και δέν όδηγοῦν τὰ ζητήματα σε μιὰ κατάληξη, παρά μόνο σε νέους γύρους έντονων συζητήσεων.

Η τάση, λοιπόν, της κοινωνίας μας να διεξάγει τόν πολιτικό και τόν ήθικό της διάλογο με όρους τῶν δικαιωμάτων δέν είναι γενικά ίκανοποιητική, διότι υπάρχουν πολλά περισσότερα στην ήθική από τὰ αίτήματα τῶν δικαιωμάτων.<sup>93</sup> Ο ίσχυρισμός του δικαιώματος στην επιλογή δέν έγγυάται την ήθικότητα

---

<sup>93</sup> Callahan 1990, 20.

όποιασδήποτε συγκεκριμένης επιλογής. Συγκεκριμένα, στην ιατρική ήθική, τὸ δικαίωμα τῆς ἐπιλογῆς τοῦ ἀσθενοῦς εἶναι ἄσχετο πρὸς τὸ ἠθικὸ περιεχόμενον αὐτῆς, μιᾶς καὶ ἡ ἀνεξάρτητη πράξη δὲν εἶναι κατ' ἀνάγκην ἠθικὰ ὀρθή.<sup>94</sup> Ἐπιπλέον, ἔλλοχεύει ὁ κίνδυνος ἡ ἐπίκληση τῶν δικαιωμάτων νὰ καταλήξει μιὰ κοινοτοπία, μιὰ ἄρνηση τῶν ἠθικῶν δεσμεύσεων καὶ μιὰ ἀποφυγὴ τῶν ἠθικῶν ὑποχρεώσεων τῶν ἀτόμων.

Βάσει τῆς ἀριστοτελικῆς ἔμπνευσης, ἀρεταϊκῆς θεωρίας τοῦ κοινοτισμοῦ τὴν ὁποία ἐπεξεργάζεται ὁ McIntyre, ὁ λόγος γιὰ τὶς ἀτέλειωτες δημόσιες διαμάχες εἶναι τὸ ὅτι ἔχουμε χάσει μιὰ κοινὴ κατανόηση τῆς ἔννοιας τοῦ ἀγαθοῦ καὶ τῆς ἀγαθῆς ζωῆς, μιὰ κοινὴ ἱεραρχία τῶν ἀγαθῶν ἢ ἓνα κοινὸ τέλος (σκοπὸ), τὰ ὁποῖα θὰ μπορούσαν νὰ διευθετήσουν τέτοια ζητήματα. Ἡ ἔννοια τῶν δικαιωμάτων ἀποδεικνύεται παντελῶς ἔλλιπής καὶ προβάλλει ἡ ἀνάγκη νὰ εὑρεθεῖ ἓνα μεστότερο ἠθικὸ ἐννοιολογικὸ σχῆμα,<sup>95</sup> τὸ ὁποῖο γιὰ τὸν κοινοτιστὴ ἐν προκειμένῳ εἶναι μιὰ συγκεκριμένη ἀντίληψη τῆς ἠθικῆς ἀλήθειας μὲ ἀπτό περιεχόμενον.<sup>96</sup>

Τέλος, ἡ βιοηθικὴ ἐκλήθη νὰ καλύψει τὴν ἀνεπάρκεια τῆς μεταηθικῆς, ὅπως περιγράφηκε στὶς δύο τελευταῖες παραγράφους τῆς ὑποενότητας I.2, ὑπὸ τὸν τίτλο «Πρόσφατη ἱστορία τῆς ἠθικῆς φιλοσοφίας».

---

<sup>94</sup> Τσινόρεμα 2006, σ. 236.

<sup>95</sup> Emanuel, 32- 3.

<sup>96</sup> Kuczewski 2007, σσ. 334- 8.

## Έλληνική Βιβλιογραφία

- Άναγνωστόπουλος Γιώργος (2007), «*Η εὐθανασία και ὁ ρόλος τοῦ ἱατροῦ*», στὸ Kuczewski & Polansky, σσ. 457- 525.
- Βιρβιδάκης Στέλιος (2008), «*Εἰσαγωγή στὴν ἠθικὴ φιλοσοφία*», *Ανέκδοτες σημειώσεις πανεπιστημιακῶν παραδόσεων*, Ἀθήνα.
- Βουγιουκλάκης Γ (2002), «*Βιοηθικὴ στὴν ὀδοντιατρικὴ ἔρευνα*», *Ἑλληνικὰ στοματολογικὰ χρονικά*, 46, σσ. 223- 225.
- Δραγῶνα- Μονάχου Μυρτῶ (1995), «*Σύγχρονη ἠθικὴ φιλοσοφία: Ὁ ἀγγλόφωνος στοχασμός*», Ἀθήνα: Ἑλληνικὰ Γράμματα.
- Δραγῶνα- Μονάχου Μυρτῶ (2007), «*Πρόλογος*», στὸ Kuczewski & Polansky, σσ. 13- 23.
- Ἴπποκράτης, «*Ἐπιδημίαι Ι*», στὸ L.C.L., τ. Ι.
- Ἴπποκράτης, «*Περὶ Νούσων Ι*», στὸ L.C.L., τ. V.
- Καλοκαιρινοῦ Ἑλένη (2007), «*Ἐπίμετρο*», στὸ Kuczewski & Polansky, σσ. 527- 584.
- Τσινόρεμα Σταυρούλα (2006), «*Ἡ βιοηθικὴ καὶ ἡ σύγχρονη κριτικὴ τῆς πράξης*», *Δευκαλίων* 24/2, σσ. 213- 250.



## Ξένη Βιβλιογραφία

- Annas Julia (2007), «Φιλοσοφική θεραπεία, αρχαία και σύγχρονη», στο Kuczewski & Polansky, σσ. 215- 248.
- Bartz Robert (2007), «Ένθυμούμενοι τούς Ίπποκρατικούς», στο Kuczewski & Polansky, σσ. 35- 79.
- Brandt Allan M (1978), «Racism and Research: The Case of the Tuskegee Syphilis Study», *Hastings Center Report* 8, no. 6, pp. 21- 29.
- Brock, Dan (1998), «*Medical decisions at the end of life*», στο Kuhse & Singer, pp. 231- 241.
- Callahan D (1990), «An ethical challenge to prochoice advocates: Abortion and the pluralistic proposition», *Commonweal* 117(20).
- Capron Alexander Morgan (1998), «*Advance directives*», στο Kuhse & Singer, pp. 261- 271.
- Chambers Tod (2007), «Οί έξομολογήσεις ενός άμετανόητου σοφιστή», στο Kuczewski & Polansky, σσ. 189- 456.
- Cosans Christopher (2007), «*Αντιμετωπίζοντας τὸ θάνατο ὡς Στωϊκός*», στο Kuczewski & Polansky, σσ. 419- 456.
- Crosthwaite Jan (1998), «*Gender and bioethics*», στο Kuhse & Singer, pp. 32- 40.
- De Castro Leonardo (1998), «*Ethical issues on human experimentation*», στο Kuhse & Singer, pp. 379- 389.
- Elliott Carl (1998), «*Patients doubtfully capable or incapable of consent*», στο Kuhse & Singer, pp. 452- 462.
- Emanuel EJ (1991), «*The ends of human life: Medical Ethics in a liberal polity*», Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Frankena WK (1973), «*Ethics*», Englewood Cliffs: Prentice Hall, 2<sup>nd</sup> edition.
- Harris John (1998), «*Micro- allocation: deciding between patients*», στο Kuhse & Singer, pp. 293- 305.
- Johnsen AR & Toulmin S (1988), «*The abuse of casuistry: A History of Moral Reasoning*», Berkeley: University of California Press.
- Johnsen AR (1991), «*Casuistry as a Methodology in Clinical Ethics*», *Theoretical Medicine* 12 (4): 295- 307.

- Kuczewski Mark (2002), «*Lecture 1 Bioethics: History & Resources*», Neiswanger Institute for Bioethics & Health Policy, Loyola University Chicago Stritch School of Medicine: web-based MA in Bioethics and Health Policy Program, <http://www-hsc.usc.edu/~mbernste/tae.histandref.kuczewski.html>.
- Kuczewski Mark & Polansky Ronald (2007), «*Βιοηθική: ἀρχαῖα θέματα σὲ σύγχρονους προβληματισμούς*», Ἀθήνα: Ἐκδόσεις Τραυλός.
- Kuczewski Mark G (2007), «*Μπορεῖ ὁ κοινοτισμὸς νὰ θέσει τέλος στὶς δημόσιες συζητήσεις;*», στὸ Kuczewski & Polansky, σσ. 333- 354.
- Kuhse Helga & Singer Peter (1998a), *A Companion to Bioethics*, Massachusetts, USA: Blackwell Publishers.
- Kuhse Helga & Singer Peter (1998b), «*What is Bioethics? A historical introduction*», στὸ Kuhse & Singer, pp. 3- 11.
- Larue Gerald (1991), «*Ancient Ethics*», στὸ Singer 1991, pp. 29- 40.
- Σαρειδάκης Ἐμμανουήλ (2008), «*Βιοηθική*», Ἀθήνα: Ἐκδόσεις Παπαζήση.
- L.C.L.: Jones W.H.S. (1984), «*Hippocrates*», Cambridge, Massachusetts, London: The Loeb Classical Library.
- London Alex John (2007), «*Ὁ Θρασύμαχος καὶ ἡ διαχείριση τῆς περίθαλψης*», στὸ Kuczewski & Polansky, σσ. 251- 292.
- MacIntyre A (1981), «*After Virtue: A study in moral theory*», Notre Dame, Ind.: University of Notre Dame Press.
- MacIntyre A (1988), «*Whose justice, whose rationality?*», Notre Dame, Ind.: University of Notre Dame Press.
- Manning Rita (1998), «*A care approach*», στὸ Kuhse & Singer, pp. 98- 105.
- Marchand, Sarah & Winkler, Daniel (1998), «*Macro- allocation: dividing up the health care budget*», στὸ Kuhse & Singer, pp. 306- 315.
- McNeil Paul (1998), «*Experimentation on human beings*», στὸ Kuhse & Singer, pp. 369- 378.
- Megone Christopher (2007), «*Δυνητικότητα καὶ πρόσωπα: μιὰ ἀριστοτελικὴ προοπτικὴ*», στὸ Kuczewski & Polansky, σσ. 293- 332.
- Montgomery Kathryn (2007), «*Ἡ φρόνηση καὶ ἡ ἐσφαλμένη περιγραφὴ τῆς ἱατρικῆς: ἐνάντια στὴν ἐναρκτήρια ὁμιλία τῆς ἱατρικῆς σχολῆς*», στὸ Kuczewski & Polansky, σσ. 127- 143.
- Moreno Jonathan (1998), «*Ethics committees and ethics consultants*», στὸ Kuhse & Singer, pp. 475- 484.
- Polansky Ronald (2007), «*Εἶναι ἡ ἱατρικὴ τέχνη, ἐπιστῆμη ἢ πρακτικὴ σοφία;*», στὸ Kuczewski & Polansky, σσ. 81- 125.

- Reich Warren Thomas (1994), «The word “bioethics”: its birth and the legacies of those who shaped it», The John Hopkins University Press: *Kennedy Institute of Ethics Journal* Vol. 4, no. 4, 319- 335.
- Sayre-McCord Geoff, <http://plato.stanford.edu/entries/metaethics/>.
- Singer Peter (1986), «*Applied Ethics*», Oxford: Oxford University Press.
- Singer Peter (1991), «*A Companion to Ethics*», Massachusetts, USA: Blackwell Publishers.
- Supreme Court of New Jersey (1976), «In re Quinlan: IN THE MATTER OF KAREN QUINLAN, AN ALLEGED INCOMPETENT», 70 N.J. 10; 355 A.2d 647; 1976 N.J. LEXIS 181; 79 A.L.R.3d, January 26, Argued, March 31, Decided
- Telfer Elizabeth (1995), «The Elimination of Morality?», *Philosophical Books* 36(3): 204- 206.
- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979), «*The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects in research*», <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont>.
- Thomasma David (2007), «'Ο Ἀριστοτέλης, ἡ φρόνησις καὶ ἡ μεταμοντέρνα βιοηθική», στὸ Kuczewski & Polansky, σσ. 145- 187.
- Tress Daryl (2007), «'Ιατρικὴ ἠθικὴ καὶ τὸ βέλτιστο συμφέρον τοῦ ἄρρωστου παιδιοῦ», στὸ Kuczewski & Polansky, σσ. 355- 418.
- Toulmin S (1981), «The tyranny of principles», *Hastings Center Report* 11(6): 31- 39.
- Tschudin Verena (1998), «*Special issues facing nurses*», στὸ Kuhse & Singer, pp. 463- 471.
- Van Der Burg Wibren (1998), «*Law and bioethics*», στὸ Kuhse & Singer, pp. 49- 57.
- Young Robert (1998), «*Informed consent and patient autonomy*», στὸ Kuhse & Singer, pp. 441- 451.



## Κεφάλαιο Β’:

### Τί είναι ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος»;

«Ὁ θάνατος εἶναι τὸ γεγονὸς ποὺ χωρίζει τὴ διαδικασία τοῦ “θνήσκειν” ἀπὸ τὴ διαδικασία τῆς ἀποσύνθεσης».<sup>97</sup>  
«Ὁ “ἐγκεφαλικὸς θάνατος” εἶναι διαδικασία θανάτου, πορεία πρὸς τὸ θάνατο, ἀλλὰ ὄχι θάνατος».<sup>98</sup>

---

<sup>97</sup> Taylor 1997.

<sup>98</sup> Παναγόπουλος 1998.



## I/ Ἡ ἐμφάνιση τῆς ἐννοίας τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου»

Ἄνα τοὺς αἰῶνες, ὁ θάνατος προσδιοριζόταν ὡς ἓνα βιολογικὸ γεγονὸς, ἢ ἰατρικὴ διαπίστωση τοῦ ὁποίου γινόταν μὲ τὴν ὀριστικὴ παύση τῶν βασικῶν ζωτικῶν λειτουργιῶν τῆς κυκλοφορίας τοῦ αἵματος καὶ τῆς ἀναπνοῆς. Στὴ βιβλιογραφία, ὁ ἀνωτέρω ἀναφέρεται ὡς ὁ παραδοσιακὸς (συμβατικὸς) καρδιοαναπνευστικὸς ὀρισμὸς τοῦ θανάτου.

Ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» ἢ τὸ ὀλικὸ ἔμφρακτο τοῦ ἐγκεφάλου εἶναι μιὰ νευροπαθολογοανατομικὴ ὄντοτητα ποὺ πρωτοπεριγράφεται ἀπὸ τὸν Cushing στὰ 1902.<sup>99</sup> Κατὰ τὸ ἔτος 1959 δέ, δημοσιεύονται μελέτες γιὰ τὰ κλινικὰ χαρακτηριστικὰ αὐτῆς τῆς ὄντοτητας,<sup>100</sup> χωρὶς ἀκόμη νὰ ἐξισώνεται αὐτὴ ὡς κατάσταση, μὲ τὸν βιολογικὸ θάνατο τοῦ ἀνθρώπου.<sup>101</sup> Εἰδικότερα, ὁ Wertheimer ἔγραψε γιὰ τὸ «θάνατο τοῦ νευρικοῦ συστήματος».<sup>102</sup>

Λίγο ἀργότερα, ἐκείνη τὴ χρονιά, οἱ Mollaret καὶ Goulon ταυτίζουν τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο» μὲ τὸ «ὑπερβεβηκὸς κῶμα» («le coma dépassé» / «a state beyond coma»)<sup>103</sup> στὴν κατάσταση αὐτὴ, ὁ ἀσθενὴς βρίσκεται σὲ βαθὺ ἀπνοικὸ κῶμα, ἔλλειψη τῆς ἀντιδράσεως τῶν κορῶν στὸ φῶς, ποικιλοθερμία καὶ πτώση τῆς ἀρτηριακῆς πίεσεως, ἐνῶ ἔχει σταματήσει ἢ χορήγηση φαρμάκων σὲ αὐτόν.<sup>104</sup> Θεωροῦν λοιπὸν νεκρὸ ἓνα ἄτομο ποὺ ἔχει ἐπίπεδο H.E.G. καὶ δὲν παρουσιάζει ἀντανακλαστικὰ τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους οὔτε ὅποιαδήποτε αὐτόματη ἀναπνευστικὴ ἢ κινητικὴ δραστηριότητα, ἄρα στὸ ἄτομο αὐτὸ ὄχι μόνον ὁ ἐγκέφαλος, ἀλλὰ καὶ ὁ νωτιαῖος μυελὸς εἶναι νεκρός.<sup>105</sup>

Ὁ ὅρος «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» καθιερώνεται ὡς ἓνα νέο κριτήριον θανάτου τὸ 1968, ἀπὸ τὴν ἐπὶ τούτῳ συσταθεῖσα ἐπιτροπὴ τῆς Ἰατρικῆς Σχολῆς τοῦ ἀμερικάνικου πανεπιστημίου τοῦ Harvard. Αὐτὸ τὸ νευρολογικὸ κριτήριον βρῖσκει ἐφαρμογὴ σὲ ἀσθενεῖς εὐρισκομένους σὲ κωματώδη κατάσταση, τὸ κεντρικὸ νευρικὸ σύστημα τῶν ὁποίων δὲν παρουσιάζει εὐδιάκριτη δραστηριότητα.<sup>106</sup>

<sup>99</sup> Cushing 1902.

<sup>100</sup> Fishgold & Mathis 1959, Jouvét 1959.

<sup>101</sup> Shewmon, 1997, p. 75.

<sup>102</sup> ὁρ. Wertheimer et al 1959.

<sup>103</sup> ὁρ. Mollaret & Goulon 1959.

<sup>104</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 17.

<sup>105</sup> ΚΕ.Σ.Υ. 1985, σ. 4.

<sup>106</sup> ὁρ. Beecher et al. 1968, p. 337.

Τὸ 1971 οἱ νευροχειρουργοὶ Mohandas καὶ Chou, τοῦ ἐπίσης ἀμερικάνικου πανεπιστημίου τῆς Minnesota προτείνουν ὡς κριτήριον διάγνωσης τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» τὴ μὴ ἀναστρέψιμη παύση τῶν λειτουργιῶν τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους.<sup>107</sup> Αὐτὰ τὰ νέα κριτήρια υἰοθετοῦνται στὴ Μ. Βρετανία τὸ 1976,<sup>108</sup> καθὼς καὶ τὸ 1979.<sup>109</sup> Τὸ 1981 συστήνεται νέα ἀμερικάνικη ἐπιτροπὴ ἐμπειρογνομόνων στὸ θέμα τοῦ θανάτου, ποὺ διατυπώνει τὸν ἐνιαῖο ὄρισμό τοῦ θανάτου, ἐξισώνοντας τὴν ἰσχὺ τῶν νευρολογικῶν κριτηρίων διάγνωσης τοῦ θανάτου μὲ αὐτὴ τῶν παραδοσιακῶν καρδιοαναπνευστικῶν.<sup>110</sup>

Τὸ δὲ 1987 δημοσιεύονται εἰδικὰ κριτήρια διάγνωσης τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» γιὰ παιδιά.<sup>111</sup> Ἐκτοτε, ἔχουν διατυπωθεῖ δεκάδες παραλλαγές τῶν ἀνωτέρω, ὅπως τὰ σκανδιναβικὰ κριτήρια<sup>112</sup> ἢ τὰ κριτήρια τοῦ Καναδά.<sup>113</sup> Ἀξιοσημείωτη εἶναι ἡ δημοσίευση τῆς ὑποεπιτροπῆς τῆς A.A.N. τὸ 1995, ἡ ὁποία παρέχει ἓναν ἀκριβῆ ἀλγόριθμο τῆς νευρολογικῆς ἐξέτασης γιὰ τὴ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου».<sup>114</sup>

---

<sup>107</sup> ὄρ. Mohandas & Chou 1971.

<sup>108</sup> ὄρ. Conference of Medical Royal Colleges and their faculties in the UK 1976.

<sup>109</sup> ὄρ. Conference of Medical Royal Colleges and their faculties in the UK 1979.

<sup>110</sup> ὄρ. President's Commission for the study of ethical problems in biomedical and behavioral research 1981.

<sup>111</sup> ὄρ. Task force for the determination of brain death in children 1987 καὶ Ad Hoc Committee on brain death of the children's hospital in Boston 1987.

<sup>112</sup> ὄρ. Swedish Committee on Defining Death 1984.

<sup>113</sup> ὄρ. Canadian Neurocritical Care Group 1999.

<sup>114</sup> ὄρ. The Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology 1995.



## II/ Ίατρικὴ θεώρηση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου»

### 1. Παθολογία τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου»

#### 1.1 Εἰσαγωγή

Τὸ κεντρικὸ νευρικὸ σύστημα τοῦ ἀνθρώπου ἀποτελεῖται ἀπὸ τὸν ἐγκέφαλο καὶ τὸν νωτιαῖο μυελό. Ὁ ἐγκέφαλος βρίσκεται μέσα στὸ κρανίο, ἐνῶ ὁ νωτιαῖος μυελὸς μέσα στὸν σπονδυλικὸ σωλῆνα.<sup>115</sup> Προκειμένου νὰ μελετηθεῖ ἡ τοπογραφία τοῦ ἐγκεφάλου, αὐτὸς διαχωρίζεται σὲ τρία κύρια τμήματα: τὸ φλοιό, τὸ στέλεχος καὶ τὴν παρεγκεφαλίδα.

Τὸ στέλεχος εἶναι οὐσιαστικὰ μιὰ μικρὴ προέκταση τοῦ νωτιαίου μυελοῦ, ἢ ὁποία τὸν συνδέει μὲ τὸν φλοιό καὶ τὴν παρεγκεφαλίδα. Πρόκειται γιὰ μιὰ περιοχὴ στὴ βάση τοῦ ἐγκεφάλου, μεταξὺ τῆς παρεγκεφαλίδας καὶ τῶν ἐγκεφαλικῶν ἡμισφαιρίων, ἀποτελούμενη ἀπὸ σκέλη, τὴ γέφυρα καὶ τὸν προμήκη μυελό. Ἐκεῖ βρίσκονται οἱ πυρῆνες, σχηματισμοὶ ποὺ συμμετέχουν στὴ ρύθμιση τῶν λειτουργιῶν τῶν ἡμισφαιρίων καὶ τοῦ φλοιοῦ τοῦ ἐγκεφάλου, γιὰ τὴ διατήρηση τῆς ἐνσυνείδητης καὶ γνωστικῆς καταστάσεως. Ἐπίσης, ὁ δικτυωτὸς σχηματισμὸς, τὸ κέντρο πολλῶν αὐτομάτων- ἀκουσίων κινήσεων, μεταξὺ τῶν ὁποίων ἡ καρδιακὴ καὶ ἡ ἀναπνευστικὴ. Ἀπὸ ἐκεῖ ἐκφύονται καὶ τὰ περισσότερα ἐγκεφαλικά νεῦρα.<sup>116</sup>

Τὸ ἐγκεφαλικὸ στέλεχος ἀποτελεῖ ἓνα κέντρο ὀλοκλήρωσης ποικίλων κινητικῶν ἀντιδράσεων καθὼς καὶ πολλῶν σπλαχνικῶν λειτουργιῶν, ὅπως ὁ ἔλεγχος τοῦ καρδιακοῦ ρυθμοῦ καὶ τῆς ἀναπνευστικῆς συχνότητος. Διαδραματίζει οὐσιαστικὸ ρόλο στὴν ἔναρξη καὶ διατήρηση τῆς αὐτόματης ἀναπνοῆς, τὸν συντονισμὸ τῶν κυκλικῶν ἀναπνοῶν, τὴν διατήρηση τῆς ἀρτηριακῆς πίεσης καὶ τὴν κανονικὴ λειτουργία τοῦ φλοιοῦ τοῦ ἐγκεφάλου.<sup>117</sup>

Μέσα στὸν ἐγκέφαλο βρίσκονται ἐγκατεστημένες οἱ συνειδητὲς λειτουργίες τοῦ νευρικοῦ συστήματος. Τὸ λειτουργικὸ κομμάτι τοῦ ἐγκεφάλου εἶναι ὁ ἐγκεφαλικὸς φλοιός, ὁ ὁποῖος λαμβάνει αἰσθητήρια πληροφορία ἀπὸ τὸ δέρμα,

<sup>115</sup> ὄρ. Clark 2004, σ. 186.

<sup>116</sup> Ἀβραμίδης 2003, σ. 11 γιὰ τὰ στοιχεῖα αὐτῆς τῆς παραγράφου.

<sup>117</sup> Guyton 1991, pp. 444- 5, ὅπως ἀναφέρει ὁ Καρακατσάνης 2008, σ. 42.

τούς ὀφθαλμούς, τὰ ὠτα καὶ ἄλλους δέκτες ἐξωτερικῶν ἐρεθισμάτων.<sup>118</sup> Στὸν φλοιὸ ἢ σὲ ὑποφλοιώδεις ἀνατομικοὺς σχηματισμοὺς καταφθάνουν πληροφορίες γιὰ ἐξωτερικὲς μεταβολές, ἀνιχνευμένες ἀπὸ περιφερειακοὺς βιολογικοὺς αἰσθητήρες (θερμοκρασίας, πόνου, ἀπλῆς ἐπαφῆς, πίεσης, ὄρασης, ἀκοῆς, ἰσορροπίας, γεύσης καὶ ὄσφρησης), μέσω ἀνιουσῶν αἰσθητήριων νευρικῶν ἀξόνων.

Ὅμοίως, ὑπάρχουν κατιοῦσες κινητικὲς νευρικὲς ὁδοί, οἱ ὁποῖες καταλήγουν στοὺς κινητήριους νευρῶνες τοῦ νωτιαίου μυελοῦ, πὺ μὲ τὴ σειρά τους ἐλέγχουν τὴ συσταλτικὴ δραστηριότητα τοῦ σκελετικοῦ μυϊκοῦ συστήματος. Σὲ αὐτὲς τὶς κατιοῦσες ὁδοὺς, μεταφέρονται οἱ ἀπεσταλμένες ἀπὸ τὸν ἐγκέφαλο ἐντολὲς γιὰ τὴ διενέργεια κινήσεων.<sup>119</sup>

Κατὰ αὐτὸν τὸν τρόπο, τὸ κεντρικὸ νευρικὸ σύστημα λαμβάνει εἰσερχόμενα μηνύματα ἀπὸ κάθε μέρος τοῦ σώματος, συμπεριλαμβανομένων τῶν αἰσθητήριων ὀργάνων. Ὁ ὑποθάλαμος, πὺ βρίσκεται στὴ βάση τοῦ ἐγκεφάλου, ἐλέγχει τὴν κατάσταση τοῦ ἐνδοκρινικοῦ συστήματος μέσω ὁρμονικῶν δεκτῶν πάνω στὶς νευρικὲς του μεμβράνες. Ὁ ἐγκέφαλος δέχεται καὶ ἐπεξεργάζεται ὅλες αὐτὲς τὶς πληροφορίες καὶ ἀποστέλλει σήματα ἐλέγχου μέσω τῶν νευροδιαβιβαστῶν, προκειμένου νὰ συντονίσει αὐτὰ τὰ ὄργανα καὶ τοὺς ἰστούς. Ὁ συντονισμὸς αὐτὸς ὑπερβαίνει τὴ λειτουργία τῶν μεμονωμένων ἰστῶν, ὀργάνων καὶ ὀργανικῶν συστημάτων καὶ ἀφορᾷ στὸν ὀργανισμὸ ὡς ἐνιαῖο σύνολο. Ἄλλωστε, ἀκόμη καὶ γιὰ τὸ ἀνοσοποιητικὸ σύστημα πὺ ἐπὶ μακρὸν θεωροῦνταν ὅτι λειτουργοῦσε αὐτόνομα, σήμερα εἶναι γνωστὸ ὅτι ἡ λειτουργία του ρυθμίζεται ἀπὸ τὸν ἐγκέφαλο.<sup>120</sup>

## 1.2 Αἰτίες πρόκλησης τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου»

Οἱ συνηθέστερες αἰτίες πρόκλησης τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» εἶναι:

⌘ **Γιὰ τοὺς ἐνήλικες:** ἡ ἐνδοκρανικὴ αἱμορραγία,<sup>121</sup> οἱ ἐγκεφαλικὲς κακώσεις (συχνὰ ὀφειλόμενες σὲ αὐτοκινητιστικὰ ἀτυχήματα), ἡ ὑποξία,<sup>122</sup> ὁ ὄγκος, ὁ

<sup>118</sup> ξ. ἀ., σσ. 190- 192.

<sup>119</sup> ξ. ἀ., σσ. 187- 189.

<sup>120</sup> Shewmon 1997, p. 36.

<sup>121</sup> Widjicks 1995, p. 1003.

<sup>122</sup> Ἡ ἐγκεφαλικὴ ὑποξία ἀναφέρεται σὲ μιὰ κατάσταση μειωμένης παροχῆς ὀξυγόνου στὸν ἐγκέφαλο, ἐνῶ ἡ αἱματικὴ ροὴ εἶναι ἐπαρκής. Ἐγκεφαλικὴ ὑποξία μποροῦν νὰ ἐπιφέρουν ὁ πνιγμὸς, ἡ καρδιακὴ ἀνακοπή, ὁ τραυματισμὸς τοῦ ἐγκεφάλου, ἡ δηλητηρίαση ἀπὸ μονοξείδιο τοῦ ἄνθρακα, ἢ μιὰ ἐπιπλοκὴ τῆς ὀλικῆς

ύδροκέφαλος, τὸ ἔμφρακτο, ἡ ὑπόταση, οἱ βαριές μεταβολικές, ἔνδοκρινικές καὶ ἠλεκτρολυτικές διαταραχές, οἱ σπασμοὶ καὶ τὰ τοξικὰ ἐπίπεδα φαρμάκων.<sup>123</sup>

⌘ Για τὰ παιδιά, τὰ προαναφερθέντα αἷτια ἢ ἡ ἀσφυξία. Σημειώνεται δὲ ὅτι τὰ ἐγκεφαλικά τους τραύματα ὀφείλονται συχνὰ σὲ κακοποίηση.<sup>124</sup>

Αὐτὲς οἱ ἀρχικὲς αἰτίες προκαλοῦν μιὰ πρωτογενῆ καταστροφικὴ βλάβη τοῦ ἐγκεφάλου, στὴν ὁποία ὀφείλεται τὸ κῶμα καὶ ἄλλη ἐκτεταμένη δευτερογενὴς βλάβη (ἐκτεταμένο ἔμφρακτο, ἀνάπτυξη οἰδήματος, ἐγκολεασμὸς τμημάτων τοῦ ἐγκεφάλου καὶ αὐξηση τῆς ἔνδοκρανιακῆς πίεσεως).<sup>125</sup> Λεπτομερέστερα, σὲ περίπτωση τραυματισμοῦ τοῦ ἐγκεφάλου, προκαλεῖται οἴδημα, ὅπως θὰ συνέβαινε ἐξάλλου σὲ ἀνάλογη περίσταση καὶ γιὰ κάθε ἄλλο ἰστὸ τοῦ σώματος. Αὐξάνεται, ἔτσι, ὁ ὄγκος τοῦ ἐγκεφάλου εἰς βάρους τῶν ὑγρῶν μερῶν τοῦ κρανίου καί, ἐπειδὴ ἡ χωρητικότητα τοῦ κρανίου τῶν ἐνηλίκων δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ αὐξηθεῖ (σὲ ἀντίθεση μὲ τὸ παιδικὸ κρανίον), ἡ ἔνδοκρανιακὴ πίεση ἀρχίζει νὰ αὐξάνεται ἀπότομα, γεγονός πὸ ἔχει ὡς ἀποτέλεσμα τὴ μείωση τῆς αἱματικῆς ροῆς στὸν ἐγκέφαλο καὶ τὴν ἰσχαιμία. Ἡ ἰσχαιμία αὐξάνει ἀκόμη περισσότερο τὸ οἴδημα,<sup>126</sup> διεργασία πὸ συνεχίζεται ἕως ὅτου δὲν εἰσέρχεται πλέον καθόλου αἷμα μέσα στὸ κρανίον.<sup>127</sup> Μετὰ ἀπὸ ἓνα κρίσιμο σημεῖο, ὁ ἐγκέφαλος κυριολεκτικὰ αὐτοκαταστρέφεται, τείνοντας νὰ ὑποστεῖ «ὄλικὸ ἔμφρακτο».<sup>128</sup>

Οἱ «ἐγκεφαλικά νεκροὶ» ἀσθενεῖς χάνουν τὰ ἀντανακλαστικά τους φυγοκέντρως, δηλαδὴ ἀπὸ τὴν κεφαλὴ πρὸς τὰ ἄκρα τοῦ σώματος· ὁ προμήκης μυελὸς εἶναι τὸ τελευταῖο μέρος τοῦ ἐγκεφάλου πὸ παύει νὰ λειτουργεῖ. Μέχρις ὅτου καταστραφεῖ πλήρως τὸ ἐγκεφαλικὸ στέλεχος, μπορεῖ νὰ μεσολαβήσουν ἀρκετὲς ὥρες, κατὰ τὴ διάρκεια τῶν ὁποίων ἐνδέχεται νὰ παραμένει κάποια λειτουργία τοῦ προμήκου μυελοῦ (π.χ. κανονικὴ αἱματικὴ πίεση ἢ βήχας κατόπιν ἐρεθισμοῦ τῆς τραχείας ἢ ταχυκαρδία μετὰ ἀπὸ τὴν χορήγηση 1 mg ἀτροπίνης).

---

ἀναισθησίας. Τὰ ἐγκεφαλικά κύτταρα εἶναι ἐξαιρετικὰ εὐαίσθητα στὴν ἀποστέρηση τοῦ ὀξυγόνου καὶ πεθαίνουν λίγα λεπτὰ μετὰ τὴ διακοπὴ τῆς παροχῆς ὀξυγόνου. Ὅταν ἡ ὑποξία διαρκεῖ γιὰ μεγάλα χρονικά διαστήματα, μπορεῖ νὰ προκαλέσει κῶμα ἢ ἀκόμη καὶ τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο» τοῦ ἀσθενοῦς. Οἱ πληροφορίες αὐτὲς ἀντλήθηκαν ἀπὸ τὴν ἴστοσελίδα: <http://www.ninds.nih.gov/disorders/anoxia/anoxia.htm>

<sup>123</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 41.

<sup>124</sup> Ashwal & Schneider 1987, p. 69.

<sup>125</sup> Για τὴν περιγραφὴ αὐτῆ, Shewmon 1997, p. 39.

<sup>126</sup> Ropper & Rockoff 1993.

<sup>127</sup> Heiskamen 1974.

<sup>128</sup> Swedish Committee on Defining Death 1984.

Συνεπῶς ἀπὸ ἀπόψεως παθολογοφυσιολογίας, ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» ἀφορᾶ στὴ νέκρωση μόνο τοῦ ἐγκεφάλου. Ὁ κοινὸς μηχανισμὸς προκλήσεως καθολικοῦ ἐγκεφαλικοῦ ἐμφράκτου εἶναι ἡ ὀριστικὴ διακοπὴ τῆς ἐνδοκρανιακῆς κυκλοφορίας τοῦ αἵματος· αὐτὴ συμβαίνει εἴτε ὅταν ἡ τιμὴ τῆς ἐνδοκρανιακῆς πίεσης εἶναι ὑψηλότερη τῆς μέσης συστηματικῆς ἀρτηριακῆς εἴτε λόγω καρδιακῆς ἀνακοπῆς.<sup>129</sup>

### **1.3 Λειτουργίες ποὺ ἔχουν παρατηρηθεῖ σὲ «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» ἀσθενεῖς**

- ⌘ Οἱ πνεύμονες ἀνταλλάσσουν κανονικὰ ὀξυγόνο καὶ διοξείδιο τοῦ ἄνθρακα, ὅταν ἐξασφαλισθεῖ τὸ μηχανικὸ μέρος τῆς ἀναπνοῆς, δηλαδὴ ἡ ἔκπτυξη τοῦ θώρακα· στοὺς «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» δὲν ἔχει παραβλαβεῖ ἡ ἀνταλλαγὴ τῶν ἀναπνευστικῶν ἀερίων, ἀλλὰ ἡ ἰκανότητα τοῦ θώρακα νὰ ἐκπύσσεται. Ἐὰν διασφαλισθεῖ μὲ τὸν ἀναπνευστήρα ἡ ἔκπτυξη τοῦ θώρακος, τότε ὁ θώρακας μπορεῖ νὰ ἐπανέλθει στὴ θέση του χάρις στὴν ἐλαστικότητά του, καὶ τὰ ἀέρια τῆς ἀναπνοῆς νὰ ἀνταλλαγοῦν κανονικά.
- ⌘ Ἐὰν ἡ σπονδυλικὴ στήλη εἶναι ἀνέπαφη καὶ ὁ νωτιαῖος μυελὸς ἄθικτος (ὅπως συμβαίνει συνήθως),<sup>130</sup> οἱ προγαγγλιακοὶ νευρῶνες παρέχουν ἐπαρκῆ συμπαθητικὸ ἀγγειακὸ τόνο, ὥστε νὰ διατηρεῖται ἡ ἀρτηριακὴ πίεση τοῦ αἵματος χωρὶς φαρμακευτικὴ βοήθεια
- ⌘ Οἱ τροφὲς ἀπορροφῶνται καὶ ἀφομοιώνονται: ἐὰν ὑπάρχει κινητικότητα στὴν πεπτικὴ ὁδὸ (ἂν καὶ σὲ πολλοὺς «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» αὐτὸ δὲ συμβαίνει), μπορεῖ νὰ γίνῃ πέψη τῆς χορηγούμενης, μέσω ρινογαστρικοῦ σωλῆνα, τροφῆς, εἰδάλλως ἀπαιτεῖται παρεντερικὴ χορήγηση τῶν τροφῶν.
- ⌘ Σὲ κάθε περίπτωση, τὸ αἷμα κυκλοφορεῖ, διανέμοντας θρεπτικὰ συστατικὰ σὲ ὅλο τὸ σῶμα, παρέχοντας τὶς ἀπαραίτητες οὐσίες στὰ κύτταρα γιὰ ἐνέργεια, αὔξηση καὶ ἀποκατάσταση αὐτῶν· ἔτσι, τὰ κύτταρα ἀφομοιώνουν τὶς θρεπτικὲς οὐσίες καὶ παράγουν ἐνέργεια, ἐνῶ τὸ αἷμα ἀποβάλλει τὰ ἄχρηστα προϊόντα τοῦ μεταβολισμοῦ τῶν κυττάρων,
- ⌘ οἱ πληγῆς ἐπουλώνονται,

---

<sup>129</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 40.

- ⌘ τὸ ἥπαρ ἀποτοξινώνει τὸ αἷμα καὶ διατηρεῖ τὸ σῶμα σὲ μιὰ ἀπίστευτα σύνθετη χημικὴ ὁμοιοστατικὴ ἰσορροπία,
- ⌘ οἱ νεφροὶ παράγουν οὔρα (ὅποτε ἐξακολουθοῦν οἱ λειτουργίες τῆς οὔρησης καὶ τῆς ἀφόδευσης) καὶ διατηροῦν τὸ ἰσοζύγιο τῶν ὑγρῶν καὶ τῶν ἠλεκτρολυτῶν,
- ⌘ τὸ ἀνοσοποιητικὸ σύστημα ἀναγνωρίζει τὰ ξένα σώματα καὶ καταπολεμᾷ τὶς λοιμώξεις,
- ⌘ πολλοὶ ἐνδοκρινεῖς ἀδένες ἐξακολουθοῦν νὰ λειτουργοῦν, ἀνεξάρτητα ἀπὸ τὸν ὑποθάλαμο,<sup>131</sup>
- ⌘ καὶ μπορεῖ νὰ συνεχιστεῖ ἡ κυφορία καὶ νὰ πραγματοποιηθεῖ ὁ τοκετὸς μὲ καισαρική τομή, βιώσιμων νεογνῶν, ὅπως συνέβη σὲ 13 περιπτώσεις, ὅπου «ἐγκεφαλικά νεκροὶ» ἀσθενεῖς παρέμειναν σὲ Μονάδες Ἐντατικῆς Θεραπείας γιὰ διάστημα 14 ἕως 107 ἡμερῶν.

## 2. Διαγνωστικὰ κριτήρια

Σήμερα, δὲν ὑπάρχει ἓνα καθολικὰ ἀποδεκτὸ πρότυπο γιὰ τὸν καθορισμὸ τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου». Κάθε χῶρα δύναται νὰ ἐπιλέξει, ἀνάμεσα σὲ πολλὰ κριτήρια, αὐτὰ ποὺ θεωρεῖ κατάλληλα γιὰ τὴ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» ἢ ἀκόμη καὶ νὰ ὀρίσει νέα κριτήρια, ἐνταγμένα στὴ νομοθεσία τῆς ἢ σὲ ἰατρικοὺς κώδικες. Σὲ ὅλα τα πρωτόκολλα διαγνώσεως τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» ἀπαραίτητα κριτήρια θεωροῦνται ἡ ὑπαρξὴ ἀπνοϊκοῦ κώματος καὶ ἀπουσίας τῶν ἀντανακλαστικῶν τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους. Παραλλαγὲς παρατηροῦνται κυρίως στὴ χρῆση ἢ μὴ παρακλινικῶν διαγνωστικῶν δοκιμασιῶν.

Ἀκολούθως παρατίθενται οἱ σημαντικότερες δημοσιευμένες ἰατρικὲς ὁδηγίες γιὰ τὸν καθορισμὸ τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου»:

### 2.1 Κριτήρια διάγνωσης τοῦ 1968 (ἐπιτροπὴ τοῦ Harvard)

Βασικὲς προϋποθέσεις γιὰ τὴ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» εἶναι:<sup>132</sup>

<sup>131</sup> Shewmon 1997, p. 66.

<sup>132</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 23.

- ⌘ ή ύπαρξη γνωστής, μη επανορθώσιμης ένδοκρανιακής βλάβης που να αίτιολογεί τή συμπτωματολογία του άσθενού,
- ⌘ ή άπουσία καρδιακής καταπληξίας που δύναται να καταστείλει παροδικά τήν έγκεφαλική ήλεκτρική δραστηριότητα δια τής σοβαρής έλάττωσης τής αίματικής ροής στον έγκέφαλο, καθώς και
- ⌘ ή άπουσία επανορθώσιμων διαταραχών (ήλεκτρολυτικών ή ύπερωσμωτικού κώματος ή ένδοκρανιακών αίματωμάτων ή δηλητηρίασης με φάρμακα κατασταλτικά του Κ.Ν.Σ., όπως βαρβιτουρικά, που μπορούν να έπιφέρουν ήλεκτροεγκεφαλογραφική σιγή, κ.ά.).

Ό «έγκεφαλικός θάνατος» διαγιγνώσκεται σε έναν άσθενή ό όποιος:

- ⌘ βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση,
- ⌘ δέν είναι ικανός να προσλάβει έρεθίσματα και να άνταποκριθεί σε αυτά: δέν άντιδρά στον δυνατό ήχο, στο φώς για μιá ώρα, στήν αφή ούτε στον πόνο, άκόμη και στα πλέον όδυνηρά έξωτερικά έρεθίσματα, ούτε με τή φωνή του ούτε με στεναγμό ούτε καν με τήν έπιτάχυνση τής άναπνοής του,
- ⌘ δέν παρουσιάζει αυτόματες κινήσεις ούτε αυτόματη άναπνοή (κατά τή διάρκεια 3 λεπτών μετά τήν άποσύνδεσή του από τον άναπνευστήρα),
- ⌘ δέν έμφανίζει: βλεφαρισμούς, δυνατότητα κατάποσης/ χασμήματος, άρθρωση λόγου, άντανακλαστικά του κερατοειδούς, του φάρυγγα, τενόντια, άντίδραση σε ένοχλητικά έρεθίσματα στο πέλμα και άλλου, άντανακλαστικά τών κορών σε λαμπρό φώς ή τών όφθαλμών σε στροφή τής κεφαλής ή μετά από διακλυσμό τών ώτων με παγωμένο νερό.<sup>133</sup>

Χωρίς να θεωρείται άπαραίτητο κριτήριο, είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί ως έπιβεβαιωτική έγραστηριακή δοκιμασία τó ίσηλεκτρικό ήλεκτροέγκεφαλογράφημα. Όταν αυτό δέν είναι διαθέσιμο, ή άπουσία έγκεφαλικής λειτουργίας καθορίζεται άποκλειστικώς βάσει τών κλινικών σημείων ή τής άπουσίας τής κυκλοφορίας ή τής δραστηριότητας τής καρδιάς.

Η μη άναστρεψιμότητα έξασφαλίζεται από τήν επανάληψη τής κλινικής εξέτασης και του Η.Ε.Γ. κατόπιν παρέλευσης ένός είκοσιτετραώρου ή και ένωρίτερα, εάν άναδειχθεί με είδικές έξετάσεις (ραδιοϊσοτοπικές) μη ύπαρξη έγκεφαλικής αίματικής ροής.

<sup>133</sup> Mernoff 2003, σ. 12.

Έφ' ὅσον πληροῦνται τὰ ὡς ἄνω κριτήρια, ἀναγγέλεται ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» τοῦ ἀτόμου καὶ ἔπειτα ἀποσυνδέεται ὁ ἀναπνευστήρας, κατόπιν ἀποφάσεως τριμελοῦς ἐπιτροπῆς ἰατρῶν, στὴν ὁποία μετέχει ἓνας νευρολόγος ἢ νευροχειρουργός, ἓνας ἐντατικολόγος καὶ ὁ θεράπων ἰατρός τοῦ ἀσθενοῦς .

## 2.2. Κριτήρια διάγνωσης τοῦ 1971 (Minnesota)

Δεδομένου ὅτι οἱ βλάβες τοῦ ἐγκεφάλου τοῦ ἀσθενοῦς εἶναι ἀνεπανόρθωτες ὡς ἐκ τῆς φύσεως καὶ τῆς ἐκτάσεώς τους, αὐτὸς χαρακτηρίζεται ὡς «ἐγκεφαλικά νεκρός», ἐφ' ὅσον δὲν παρουσιάζει ἀναπνευστικὲς κινήσεις, κατὰ τὴ διάρκεια τετράλεπτης ἀποσυνδέσεως ἀπὸ τὸν ἀναπνευστήρα ἢ αὐτόματες κινήσεις ἢ ἀντανακλαστικὰ τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους τουλάχιστον γιὰ 12 ὥρες. Ὡς συνθήκη ἀναγκαία καὶ ἐπαρκῆς γιὰ τὴ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», ὀρίζεται ἡ μόνιμη ἔλλειψη λειτουργικότητας τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους.

<b>Κριτήρια διάγνωσης τοῦ 1968</b>	<b>Κριτήρια διάγνωσης τοῦ 1971</b>
μὴ ἀνταπόκριση σὲ ἐρεθίσματα	μὴ ἐπανορθώσιμη βλάβη ἐγκεφάλου
ἀπουσία κινήσεων γιὰ μία ὥρα	ἀπουσία αὐτομάτων κινήσεων
ἄπνοια 3 λεπτὰ μὲ ἀποσυνδεδεμένο ἀναπνευστήρα	ἄπνοια διάρκειας 4 λεπτῶν
ἀπουσία ἀντανακλαστικῶν ἐγκεφαλικοῦ στελέχους	ἀπουσία ἀντανακλαστικῶν ἐγκεφαλικοῦ στελέχους
ἰσοηλεκτρικὸ Η.Ε.Γ. γιὰ ἐπιβεβαίωση (προαιρετικὸ)	μόνιμη ἔλλειψη λειτουργικότητος στελέχους τοῦ ἐγκεφάλου
ἐπανάληψη δοκιμασιῶν κατόπιν παρέλευσης 24ώρου	τὰ σημεῖα αὐτὰ πρέπει νὰ ἐπιμένουν τουλάχιστον γιὰ 12 ὥρες

### **Συνοπτικὴ ἀντιπαραβολὴ τῶν διαγνωστικῶν κριτηρίων τοῦ '68 καὶ τοῦ '71.**



### 2.3. Κριτήρια διάγνωσης του 1981 (έπιτροπή Η.Π.Α.)

Βάσει του *ένιαίου όρισμού του θανάτου* που διατύπωσε αυτή η έπιτροπή, νεκρό χαρακτηρίζεται ένα άτομο που παρουσιάζει:

1. είτε μη αναστρέψιμη παύση της κυκλοφορικής και αναπνευστικής λειτουργίας
2. είτε μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών ολόκληρου του έγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου και του έγκεφαλικού στελέχους.

Στην πρώτη περίπτωση, η παύση διαπιστώνεται παρά την κλίνη του άσθενους, τουλάχιστον ως άπουσία ανταποκρίσεως, καρδιακού παλμού και αναπνοής, ενώ είναι πιθανόν να χρειαστεί και διενέργεια ΗΚΓ. Η δέ μη αναστρεψιμότητα αναγνωρίζεται βάσει της έπιμενούσης παύσεως των λειτουργιών μετά από μια κατάλληλη περίοδο παρακολούθησης ή και προσπάθειας θεραπείας.

Στη δεύτερη περίπτωση, και πάλι η εξέταση που πραγματοποιείται είναι κλινική. Η αναγνώριση της παύσεως προϋποθέτει την ύπαρξη βαθέος κώματος (άνικανότητα πρόσληψης έρεθισμάτων και άπόκρισης σέ αυτά), την άπουσία των έγκεφαλικών λειτουργιών και των άντανακλαστικών του έγκεφαλικού στελέχους· αυτά είναι τά άντανακλαστικά των κορών στο φώς, του κερατοειδοϋς, τδ όφθαλμο- κεφαλικδ άντανακλαστικό, τδ αναπνευστικό, τδ όφθαλμο- αιθουσαίο, τδ στοματο- φαρυγγικό και οί άντανακλαστικές κινήσεις των μυών του προσώπου στον ίσχυρο έρεθισμό κάποιου σημείου του σώματος. Σέ περίπτωση που δέν είναι δυνατή η έπαρκής άξιολόγηση αυτών των άντανακλαστικών,<sup>134</sup> συνιστάται η διενέργεια έργαστηριακών έπιβεβαιωτικών δοκιμασιών.

Η μη αναστρεψιμότητα διασφαλίζεται είτε άπο

- ⌘ την άπουσία άρτηριακής αίματικής ροής προς τδν έγκέφαλο για περισσδτερα άπο 10 λεπτά, όπως άποδεικνύεται με την κλασική ή ραδιοϊσοτοπική άγγειογραφία, είτε άπο

---

<sup>134</sup> Όπως έπι παραδείγματι σέ σοβαρο τραυματισμο του σπλαγχνικού κρανίου, σέ κάταγμα του λιθοειδοϋς όστοϋ ή της άυθενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, σέ συγγενείς ή έπίκτητες άνωμαλίες των κορών των όφθαλμών, έπι ύποθερμίας, καταπληξίας, έπι ύπάρξεως τοξικών έπιπέδων φαυμάκων- που δύνανται νά καταστειλδν την ήλεκτρική δραστηριότητα του έγκεφάλου- ή σοβαρών διαταραχών- ένδοκρινικών (ύποθυροειδισμός), μεταβολικών (ύπερωσμωτικό κώμα, ήπατική έγκεφαλοπάθεια, ούραιμία τελικού σταδίου) ή ήλεκτρολυτικών (ύπονo- τριαϊμίας ή ύποφωσφαταιμίας), βαριάς μέθης, έντονης ύπογλυκαιμίας, σέ περίπτωση με ίστορικό χρόνιας πνευμονικής νόσου με κατακράτηση CO<sub>2</sub> ή ίστορικό άπνοιας κατά τή διάρκεια του ύπνου. Καρακατσάνης 2008, σελ. 26.



⌘ την έπαρκή αιτιολόγηση τής απώλειας τών έγκεφαλικών λειτουργιών βάσει τής προσδιορισμένης αίτιας του κώματος, σε συνδυασμό με τόν άποκλεισμό τής πιθανότητας ανάκτησης οποιασδήποτε έγκεφαλικής λειτουργίας και τήν επιμένουσα παύση κατά τή διάρκεια κατάλληλου χρονικού διαστήματος ή και προσπάθειας θεραπείας.

Σύμφωνα με τήν άμερικάνικη έπιτροπή του 1981, μπορεί να παρατηρηθούν άντανακλαστικά του νωτιαίου μυελού, καθώς και δραστηριότητα του περιφερικού νευρικού συστήματος και μετά τόν «έγκεφαλικό θάνατο».

Οί έπιβεβαιωτικές δοκιμασίες που προτείνονται για τήν όριστική διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου» είναι: τò Η.Ε.Γ., ή ραδιοϊσοτοπική και ή τετραγγειακή άγγειογραφία (ή όποία έπιτυγχάνεται με άμφοτερόπλευρο ένδοκρανικό καθετηριασμό τών καρωτίδων και τών σπονδυλικών άρτηριών). Τέλος σε περίπτωση που έχουμε έγκεφαλογραφική σιγή ως ψευδώς θετικό εύρημα λόγω φαρμακευτικής δηλητηρίασης, λαμβάνονται και τὰ άκουστικά και σωματο-αίσθητὰ προκλητὰ δυναμικά βραχείας λανθάνουσας περιόδου, τὰ όποία μένουν άνεπηρέαστα από τὰ φάρμακα.

Τὰ άποτελέσματα τής δομικής έγκεφαλικής βλάβης μπορεί να επιδεινωθούν λόγω καρδιακής άνακοπής, ύποξιας ή βαριας ύπότασης. Γι' αυτό, ή εξέταση για τή διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου» πρέπει να απέχει χρονικά από τò άρχικό έπεισόδιο που προκάλεσε τή βλάβη κατά 12 έως 24 ώρες.

#### **2.4. Περιληπτική δήλωση τών πρακτικών παραμέτρων για τόν καθορισμό του «έγκεφαλικού θανάτου» στους ένήλικες (1995-ύποεπιτροπή τής Άμερικάνικης Άκαδημίας Νευρολογίας)**

Αυτή ή ύποεπιτροπή, άνταποκρινόμενη στην άνάγκη για προτυποποίηση τών κριτηρίων τής νευρολογικής εξέτασης για τή διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου», παρείχε έναν άλγόριθμο με άκριβείς όρισμούς και σαφώς καθορισμένες μεθόδους εξέτάσεως. Ταύτισε δè τόν «έγκεφαλικό θάνατο» με τήν μη άναστρέψιμη απώλεια τής λειτουργίας του έγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου και του έγκεφαλικού στελέχους.<sup>135</sup>

⌘ Ός προαπαιτούμενα όρισε τὰ έξής: τήν νευρο-άπεικονιστική ή κλινική άπόδειξη μιās όξείας καταστροφής του κεντρικού νευρικού συστήματος,

<sup>135</sup> Mernoff 2003, σ. 24.

συμβατής με την κλινική διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου», τον αποκλεισμό των επίπλεγμένων ιατρικών καταστάσεων (ηλεκτρολυτικών ή ενδοκρινολογικών), την απουσία δηλητηρίασης με φάρμακα και την προϋπόθεση ή θερμοκρασία του σώματος να είναι τουλάχιστον 32°C (90°F).

- ⌘ Για τη διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου», απαιτήσε την ύπαρξη κώματος ή μη ανταπόκρισης σε ειδικά καθορισμένα έρεθίσματα, την απουσία των αντανακλαστικών του έγκεφαλικού στελέχους: απουσία όφθαλμικών κινήσεων, ανταπόκρισης σε έρεθίσματα με κινήσεις του προσώπου, απουσία των αντανακλαστικών του φάρυγγος και της τραχείας, και τέλος άπνοια, για την εκτέλεση της δοκιμασίας της οποίας παρείχε μια πολύ συγκεκριμένη περιγραφή (πρέπει ή θερμοκρασία του σώματος του ασθενούς να είναι μεγαλύτερη από 36.5°C, ή μερική πίεση του όξυγόνου μεγαλύτερη από 200 mmHg και ή μερική πίεση του διοξειδίου του άνθρακος μεγαλύτερη από 40mmHg, να μην υπάρχει υπόταση ή υποθερμία (θερμοκρασία σώματος  $\theta < 32.2^{\circ}\text{C}$ ), νευρομυϊκό μπλοκάρισμα ή καταπληξία ή τοξικά επίπεδα φαρμάκων στο αίμα- ιδιαίτερα κατασταλτικών του Κ.Ν.Σ.- ή σοβαρές καρδιακές άρρυθμίες ή σοβαρή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Άλλη, τέλος, προϋπόθεση είναι να υπάρχει θετικό ισοζύγιο υγρών για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των έξι ωρών.
- ⌘ Παραπλανητικοί παράγοντες για τη διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου» είναι: το σοβαρό τραύμα στο πρόσωπο, οι προϋπάρχουσες ανωμαλίες στις κόρες των όφθαλμών, τα τοξικά επίπεδα ήρεμιστικών και άλλων φαρμάκων (αντιχολινεργικών, χημειοθεραπευτικών παραγόντων ή αμινογλυκοσιδών, και, τέλος, ή χρόνια κατακράτηση του CO<sub>2</sub>.
- ⌘ Κλινικές παρατηρήσεις συμβατές με τη διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου» είναι οι ακόλουθες: αυτόματες κινήσεις, αναπνευστικές κινήσεις, εφίδρωση, έρυθρίαση, ταχυκαρδία, το αντανακλαστικό Babinski, απουσία σακχαρώδους διαβήτου, φυσιολογική αρτηριακή πίεση, χωρίς τη χορήγηση αγγειοσυσταλτικών φαρμάκων (αμινών), επιφανειακά κοιλιακά αντανακλαστικά και τριπλή αντανακλαστική απόκριση των άκρων.
- ⌘ Σύμφωνα με την Αμερικανική Νευρολογική Ακαδημία, ή διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου» γίνεται με κλινική αξιολόγηση παρά την κλίνη του ασθενούς και οι έπιβεβαιωτικές εργαστηριακές δοκιμασίες θεωρούνται απαραίτητες, όταν οι κλινικές δοκιμασίες δέν μπορούν ν' αξιολογηθούν ασφαλώς. Προκειμένου να τεκμηριωθεί ότι ή κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη,

προτείνεται επανάληψη τής κλινικής αξιολόγησης μετά από έξι ώρες, διάστημα αυθαίρετα όρισμένο. Μεταξύ τών επιβεβαιωτικών δοκιμασιών περιλαμβάνονται ή συμβατική και ή ραδιοϊσοτοπική αγγειο-γραφία, τò άπλò ή τομογραφικό σπινθηρογράφημα με Tc99m- HMPAO, τò διακρανιακό υπερηχογράφημα Doppler, ή αγγειογραφία με τòn μαγνητικό συντονισμό και τὰ προκλητὰ δυναμικά του έγκεφαλικού στελέχους. Φαίνεται ότι ακριβέστερες εξετάσεις για τήν επιβεβαίωση του «έγκεφαλικού θανάτου» είναι τò άπλò ή τομογραφικό σπινθηρογράφημα με Tc99m- HMPAO και τò σπινθηρογράφημα με τή μέθοδο PET και χρήση του ραδιοφαρμάκου F-18-FDG (φθοριωμένη γλυκόζη).

- ✂ Τò προτυποποιημένο έγγραφο τής ιατρικής αναφορᾶς περιλαμβάνει τήν αιτιολογία τής κατάστασης και τής μη αναστρεψιμότητας αυτής, τή δήλωση ότι απουσιάζουν τὰ αντανακλαστικά του έγκεφαλικού στελέχους, ή κινητική ανταπόκριση στòn πόνο και ή αναπνοή με μερική πίεση του CO<sub>2</sub> ≥ 60 mm Hg, τή δικαιολόγηση τής αναγκαιότητας επιβεβαιωτικής δοκιμασίας και παρουσίαση του αποτελέσματος αυτής, και τήν επανάληψη τής νευρολογικής εξέτασης κατόπιν έξι ώρων (χρονικό διάστημα θεωρούμενο εύλογο από τήν έπιτροπή, αν και αυθαίρετα όριζόμενο υπ'αυτής).

ΦΥΛΛΟ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Όνοματεπώνυμο αρρώστου :  
 Ημερομηνία και χρόνος γέννησης :

Αρ. Μητρώου :  
 Φύλο :

1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

	<u>Ιατρός Α'</u>	<u>Ιατρός Β'</u>	<u>Ιατρός Γ'</u>
1.1. Καθορίστε την αιτία του κώματος, εφόσον πιστεύετε ότι ο ασθενής πάσχει από ΜΗ αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη:	_____	_____	_____
Πόσος χρόνος παρήλθε από την έναρξη του κώματος;	_____	_____	_____
1.2. Έχουν αποκλεισθεί δυνητικά αναστρέψιμες καταστάσεις κώματος από:	_____	_____	_____
- Κατασταλτικά φάρμακα;	_____	_____	_____
- Μυοχαλαρωτικά φάρμακα;	_____	_____	_____
- Υποθερμία;	_____	_____	_____
- Μεταβολικές- Ενδοκρινικές αιτίες;	_____	_____	_____
3. Έχουν αποκλεισθεί:	_____	_____	_____
- Επιληπτικοί σπασμοί;	_____	_____	_____
- Στάσεις αποφλοιώσης και απεγκεφαλισμού;	_____	_____	_____

2. ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ

	<u>Ιατρός Α'</u>		<u>Ιατρός Β'</u>		<u>Ιατρός Γ'</u>	
	1ος	2ος έλεγχος	1ος	2ος έλεγχος	1ος	2ος έλεγχος
2.1. Παρατηρούνται κινήσεις οφθαλμών κούκλας;	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.2. Αντιδρούν οι κόρες στο φώς;	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.3. Υπάρχουν αντανακλαστικά κερατοειδούς;	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.4. Διαπιστώνονται κινήσεις οφθαλμών στον ερεθισμό του τυμπάνου; (έγχυση 20 ΜL παγωμένου νερού)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.5. Υπάρχουν μορφασμοί του προσώπου μετά επώδυνο ερεθισμό προσώπου, άκρων;	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.6. Υπάρχουν αντανακλαστικά κατάποσης, βήχα μετά ερεθισμό με τραχειοκαθετήρα;	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.7. Κατά την δοκιμασία της άπνοιας αερίσθηκε ο ασθενής για 10 λεπτά με 100% O <sub>2</sub> ;	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Πρίν την αποσύνδεση ήταν το P <sub>a</sub> CO <sub>2</sub> 40 MM HG;	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Χρηγήθηκε ενδοτραχειακά 100 % O <sub>2</sub> κατά την αποσύνδεση;	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Παρατηρήθηκαν αναπνευστικές κινήσεις μετά 10 MIN. αποσύνδεσης;	_____	_____	_____	_____	_____	_____

\_\_\_\_\_ Ιατρός Α' \_\_\_\_\_ Ιατρός Β' \_\_\_\_\_ Ιατρός Γ'  
 Ημερομηνία και χρόνος Α' έλεγχου \_\_\_\_\_

./.

**Απόφαση 9/20.3.85 τής 21<sup>ης</sup> δλομέλειας του ΚΕ.Σ.Υ.  
 και γνωμοδότηση για τα κριτήρια διάγνωσης του «έγκεφαλικού θανάτου»**

## 2.5 Συνοπτική παρουσίαση τής διαγνωστικής εξέτασης για τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο»<sup>136</sup>

Πρέπει κατ' ἀρχὰς νά:

- ⌘ Διαπιστωθεῖ ὅτι ὁ ἀσθενὴς βρίσκεται σὲ ἀπνοικὸ κῶμα καὶ ἡ ἀναπνευστικὴ του λειτουργία ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὸν ἀναπνευστήρα. Ἐὰν δὲν ὑπάρχει ἄπνοια, δὲν τίθεται κᾶν θέμα βλάβης τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους.
- ⌘ Καθοριστεῖ ἡ αἰτία τοῦ κώματος: δὲν ἔχει ἀξία ἡ διαπίστωση τῆς ἀπουσίας τῆς λειτουργικότητας τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους, ἐὰν δὲν εὑρεθεῖ ἀδιαφιλονίκητη αἰτία ποὺ νὰ μπορεῖ νὰ τὴν ἐρμηνεύσει. Οἱ συνηθέστερες αἰτίες μόνιμης βλάβης τοῦ στελέχους εἶναι οἱ βαρεῖες κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, ἡ ἐνδοκρανιᾶκή ἢ ἀνευρυσματικὴ ὑποαραχνοειδῆς αἱμορραγία, οἱ χωροκατακτικὲς βλάβες τοῦ ἐγκεφάλου, ὁ ὄγκος στὸν ἐγκέφαλο, ἡ καρδιακὴ ἀνακοπή, ἡ ἐγκεφαλικὴ ὑποξία, ἡ ἀνοξικὴ ἐγκεφαλοπάθεια καὶ ὁ πνιγμὸς (ἀσφυξία μὲ ἀναπνευστικὴ ἀνακοπή). Πρέπει νὰ ὑπάρχουν ξεκάθαρες κλινικὲς ἢ νευρο-ἀπεικονιστικὲς ἀποδείξεις μιᾶς ὀξείας προσβολῆς τοῦ Κ.Ν.Σ. συμβατῆς μὲ τὴν μὴ ἀναστρέψιμη ἀπώλεια τῶν νευρολογικῶν λειτουργ-γιῶν.<sup>137</sup>
- ⌘ Γίνει παρακλινικὸς ἔλεγχος γιὰ τὴ διερεύνηση καὶ τὸν ἀποκλεισμὸ τῆς πιθανότητας ὑπαρξῆς παραπλανητικῶν κλινικῶν καταστάσεων ὅπως:
  - ⌘ ἀναστρέψιμης καταστολῆς τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους: ἀπὸ φάρμακα ποὺ καταστέλλουν τὸ Κ.Ν.Σ. ἢ προκαλοῦν ἀποκλεισμὸ τῆς νευρομυϊκῆς σύναψης, ἀπὸ μεταβολικὲς καὶ ἐνδοκρινικὲς διαταραχὲς ἢ βαθεῖα ὑπόξια,
  - ⌘ σημαντικῶν διαταραχῶν τῆς ὀξεοβασικῆς καὶ ἠλεκτρολυτικῆς (φωσφορικὸ ἄλας, κάλιο, μαγνήσιο) ἰσορροπίας ἢ τῆς ἐνδοκρινικῆς καὶ μεταβολικῆς λειτουργίας (ἀκόμη καὶ ἐκ γενετῆς σφάλματα τοῦ μεταβολισμοῦ), οἱ ὁποῖες μποροῦν νὰ ἐπιφέρουν σύγχυση στὴν κλινικὴ ἀξιολόγηση, ἐπιφέροντας ἓνα δυνητικὰ ἀναστρέψιμο κῶμα,<sup>138</sup>
  - ⌘ σοβαρῆς ὑποθερμίας ( $\theta \leq 32^\circ\text{C}$ ) ἢ ὑπότασης,
  - ⌘ ἐνδείξεων φαρμακολογικῆς δηλητηρίασης ἢ ὑπαρξῆς τοξικῶν ἐπιπέδων φαρμάκων, ποὺ μπορεῖ νὰ ἔχουν προκαλέσει ἢ νὰ συνεισφέρουν στὴν

<sup>136</sup> ΚΕ.Σ.Υ., σσ. 6- 7 καὶ Widjicks 2001, pp. 1215- 1220.

<sup>137</sup> Machado, p. 76.

<sup>138</sup> αὐτόθι.

κωματώδη κατάσταση του ασθενούς και να αποκλείουν τη διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου».

- ⌘ Αποδειχθεί ή μη αναστρεψιμότητα της καταστάσεως του ασθενούς.
- ⌘ Γίνονται κλινικές δοκιμασίες που θεωρείται ότι δύνανται να αποδείξουν την οριστική κατάργηση των αντανακλαστικών του έγκεφαλικού στελέχους και την ύπαρξη άπνοιας. Ουσιαστικά, εκτελούνται οι δοκιμασίες των αντανακλαστικών που εξαρτώνται από το έγκεφαλικό στέλεχος. Πρέπει αρχικά να ελεγχθεί ή απουσία δράσης φαρμάκων (ατροπινικής ή τοξικής από αμινογλυκοσίδες ή κατασταλτικής από αντιχολινεργικά, ήρεμιστικά, αντισπασμωδικά και τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ή φαρμάκων που προκαλούν νευρομυϊκό αποκλεισμό). Επίσης, να αξιολογηθεί, βάσει της υπάρξεως ή μη κινητικής ανταπόκρισης σε όδυνηρό έρέθισμα, το εάν ο ασθενής βρίσκεται σε βαθύ άπνοϊκό κώμα. Τα δε αντανακλαστικά που πρέπει να βρεθούν καταργημένα κατόπιν ελέγχου είναι τα ακόλουθα:
  - ⌘ Το όφθαλμο- κεφαλικό: Πρὸς τοῦτο, πραγματοποιεῖται ταχεῖα στροφή τῆς κεφαλῆς τοῦ ἀσθενοῦς. Ἡ ταυτόχρονη κίνηση τῶν ὀφθαλμῶν πρὸς τὴν ἴδια κατεύθυνση μὲ τὴν κεφαλὴ δείχνει βλάβη τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους. Ὁ συγκεκριμένος ἔλεγχος δὲν πραγματοποιεῖται σὲ ἀσθενεῖς μὲ κάκωση τῆς αὐχενικῆς μοίρας τῆς σπονδυλικῆς στήλης.
  - ⌘ Το αντανακλαστικό τῆς κόρης σὲ φῶς: Πρέπει νὰ ἀπουσιάζει κάθε ἀντίδραση τῆς κόρης σὲ ἔντονο φῶς.
  - ⌘ Το αντανακλαστικό τοῦ κερατοειδοῦς: Ἐφαρμόζοντας ἔντονο ἐρέθισμα μὲ τολύπιο βάμβακος στὸν κερατοειδῆ δὲν παρατηρεῖται ἀντίδραση (κλείσιμο τῶν βλεφάρων).
  - ⌘ Το αἰθουσο- οφθαλμικό ἀντανακλαστικό: Ἐρεθίζεται ἡ τυμπανικὴ μεμβράνη μὲ ἔγχυση 20 ml παγωμένου νεροῦ. Ὅποιαδήποτε ἀπόκλιση τῶν ὀφθαλμῶν πρὸς τὴν πλευρὰ τοῦ ἐρεθίσματος σημαίνει ὅτι ἓνα μέρος τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους εἶναι ζωντανό. Σημειωτέον ὅτι ἡ παρουσία θρόμβου αἵματος ἢ κυψελίδας στὸν ἔξω ἀκουστικό πόρο μπορεῖ νὰ ἐμποδίσει τὴν ἀντίδραση ἑνὸς μὴ «ἐγκεφαλικά νεκροῦ» ἀτόμου σὲ αὐτὸ τὸ ἐρέθισμα, ὁπότε νὰ δώσει ψευδῶς θετικὸ (παθολογικὸ) ἀποτέλεσμα. Ἡ ἀνίχνευση μικρῶν ὀφθαλμικῶν κινήσεων ἀπαιτεῖ πολλὴ προσοχή, γιατί μπορεῖ ὁ ἰατρός νὰ ἐξαπατηθεῖ. Πρέπει δὲ νὰ ὑπάρχει μιὰ χρονικὴ ἀπόσταση πέντε λεπτῶν ἀνάμεσα στὸν ἔλεγχο τοῦ ἑνὸς καὶ τοῦ ἄλλου



αυτιού. Τέλος, όρισμένα φάρμακα όπως τὰ τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τὰ αντιχολινεργικά, τὰ αντιεπιληπτικά, οί αμινογλυκοσίδες και οί χημειοθεραπευτικοί παράγοντες μπορεί νὰ ελάττωσουν αυτό τὸ αντανακλαστικό.

⌘ Οί αντανακλαστικές κινήσεις τῶν μυῶν τοῦ προσώπου στὸν ισχυρὸ ἐρεθισμό ὁποιοῦδήποτε σημείου τοῦ σώματος: αυτό τὸ αντανακλαστικό ἀπουσιάζει, ὅταν δὲν προκαλοῦνται μορφασμοί πόνου κατόπιν ἐπώδυνου ἐρεθισμού.

⌘ Φαρυγγο- λαρυγγικά αντανακλαστικά: Ὅταν τὸ ἐγκεφαλικὸ στέλεχος εἶναι νεκρὸ, ἢ εἴσοδος στὴν τραχεία (μέσα ἀπὸ τὸν ἐνδοτραχειακὸ σωλήνα) ἐνὸς καθετήρα ἀναρρόφησης δὲν προκαλεῖ καταποτικές κινήσεις οὔτε παρατηρεῖται βήχας ὡς ἀντίδραση σὲ βρογχικὸ ἐρεθισμό.

⌘ Διενεργηθεῖ, ἂν εἶναι ἀπαραίτητο, ἀξονική τομογραφία (CT scan) τοῦ ἐγκεφάλου ἢ τοξικολογικές ἐξετάσεις. Κατόπιν, πρέπει νὰ ἀναλυθοῦν τὰ νευρο- απεικονιστικά εὑρήματα, τὰ ὁποῖα συνήθως ὑποδεικνύουν κάποιο οἴδημα ἢ πολλαπλές κακώσεις τῶν ἐγκεφαλικῶν ἡμισφαιρίων μὲ οἴδημα. Σημειωτέον ὅτι αὐτὰ τὰ εὑρήματα δὲν ἐξαλείφουν τὴν ἀνάγκη ἀποκλεισμοῦ παραγόντων πὸν δύνανται νὰ ἐπιφέρουν σύγχυση.

⌘ Διενεργηθοῦν νευρολογικές δοκιμασίες.

## **A. Περιγραφή τῆς δοκιμασίας τῆς ἄπνοιας:**

Κατ' ἀρχάς, νὰ σημειωθεῖ ὅτι ἀπὸ αὐτὴ τὴ δοκιμασία πρέπει νὰ ἐξαιροῦνται οί ἄσθενεῖς πὸν πάσχουν ἀπὸ χρόνια πνευμονοπάθεια. Ἐπίσης, προκειμένου νὰ ἀξιολογηθεῖ ἀξιόπιστα ἡ δοκιμασία αὐτή, πρέπει νὰ ὑπάρχει ἔλλειψη τοξικῶν ἐπιπέδων φαρμάκων και σοβαρῶν καρδιακῶν ἀρρυθμιῶν, καθὼς και θετικὸ ἰσοζύγιο τῶν ὑγρῶν, τουλάχιστον γιὰ ἕξι ὥρες.

Ἐφ' ὅσον ἡ θερμοκρασία τοῦ σώματος εἶναι  $\theta \geq 36,6$  °C, ἡ μερική πίεση τοῦ ὀξυγόνου  $p_{O_2} \geq 200$  mmHg, τοῦ διοξειδίου τοῦ ἄνθρακα  $p_{CO_2} \geq 40$  mmHg, και ἡ μέγιστη ἀρτηριακὴ πίεση  $\max (ΑΠ) \geq 90$  mmHg, χορηγεῖται στὸν ἄσθενῆ 100% ὀξυγόνο 10 λεπτὰ πρὶν ἀπὸ τὴν ἀποσύνδεση τοῦ ἀναπνευστήρα. Αὐτὸ στοχεύει στὴν ἐξάλειψη τοῦ ἐναπομείναντος ἀζώτου στὶς φατνιακές ἀποθήκες, και τὴν ἐπιτάχυνση τῆς μεταφορᾶς τοῦ ὀξυγόνου μέσω καθετήρα στὴν τραχεία.

Μετὰ τὴν ἀποσύνδεση τοῦ ἀναπνευστήρα, ἡ ὁποία εἶναι ἀπαραίτητη προκειμένου νὰ μὴν ἐπεισέλθει στὴν ἀξιολόγησι τῆς ἀναπνοῆς σφάλμα ἀπὸ τοὺς αἰσθητῆρες αὐτοῦ,<sup>139</sup> χορηγεῖται στὸν ἀσθενῆ γιὰ 10 min 100% ὀξυγόνο παθητικὰ πλέον, μέσω καθετῆρα στὴν τρόπιδα, μὲ ρυθμὸ 6 l/min.

Ἡ δοκιμασία τῆς ἄπνοιας θεωρεῖται θετικὴ καὶ διαγνωστικὴ τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», ἐὰν δὲν παρατηρηθοῦν ἀναπνευστικὲς κινήσεις στὸν ἀσθενῆ 10 λεπτὰ μετὰ ἀπὸ τὴν ἀποσύνδεση τοῦ ἀναπνευστήρα, (ὁπότε ἡ μερικὴ πίεση τοῦ ἀρτηριακοῦ CO<sub>2</sub> εἶναι μεγαλύτερη ἀπὸ ἢ ἴση μὲ 60 mmHg). Τότε, θεωρεῖται ὅτι ἀποδεικνύεται ἡ ἀνεπανόρθωτη κατάργησι τῆς ἰκανότητος γιὰ αὐτόματη ἀναπνοή. Ἀντίθετα, ἐὰν ἀνιχνευθοῦν ἀναπνευστικὲς κινήσεις, ἡ δοκιμασία τῆς ἄπνοιας χαρακτηρίζεται ἀρνητικὴ καὶ δὲν ὑποστηρίζει τὴ διάγνωσι «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου».

Ἡ μέθοδος θεωρεῖται ὅτι εἶναι ἀπλῆ, καὶ συνήθως δὲν ἐμφανίζονται ἐπιπλοκὲς κατὰ τὴ διάρκειά της, ἐφ' ὅσον ἔχουν ληφθεῖ ἐπαρκεῖς προφυλάξεις. Ἐπιπλοκὲς ὅπως ὑπόταση ἢ καρδιακὴ ἀρρυθμία μπορεῖ νὰ ὀφείλονται στὴν ἀνεπαρκῆ παροχὴ ὀξυγόνου ἢ τὴν ἀπουσία προ- ὀξυγόνωσης.<sup>140</sup>

## **B. Ἐπιβεβαιωτικὲς δοκιμασίαι γιὰ τὸν καθορισμὸ τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου»<sup>141</sup>**

⌘ Τὸ διακρανιακὸ ὑπερηχογράφημα Doppler ἔχει χρησιμοποιηθεῖ γιὰ τὴ διάγνωσι τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» ἰδιαίτερα σὲ περιπτώσεις ἀναξιόπιστίας τοῦ Η.Ε.Γ. λόγω τῆς παρουσίας τοξικῶν ἐπιπέδων φαρμάκων κατάστατικῶν τοῦ Κ.Ν.Σ. Ἐπίσης, ἔχει χρησιμοποιηθεῖ ὡς κριτήριον ἐπιλογῆς τοῦ κατάλληλου χρόνου γιὰ ἐκτέλεσι τῆς ἐνδοφλέβιας, ψηφιακῆς ἀγγειογραφίας ἢ γιὰ τὴ διαπίστωσι τῆς παύσεως τῆς ἐνδοκρανιακῆς κυκλοφορίας. Πρόκειται γιὰ μία μὴ ἐπεμβατικὴ τεχνικὴ μέτρησι τῆς τοπικῆς ταχύτητος καὶ εὗρεσι τῆς κατεύθυνσε τῆς αἱματικῆς ροῆς στὶς μεγάλες ἐνδοκρανιακὲς ἀρτηρίες.<sup>142</sup> Σὲ «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» ἀσθενεῖς διαπιστώνεται μὲ τὸ Doppler ἀπουσία διαστολικῆς ροῆς ἢ παρουσία ἀνάστροφης διαστολικῆς ροῆς ἢ μικρὲς κορυφὲς στὴν πρῶϊμη συστολή, εἰς ἔνδειξι ὑπάρξεως πολὺ

<sup>139</sup> Willatts & Drummond 2000, p. 676.

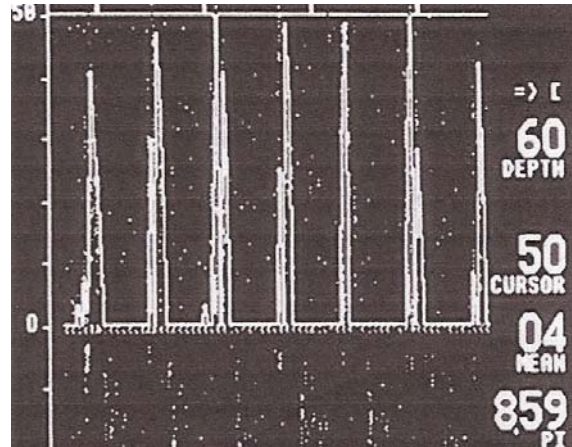
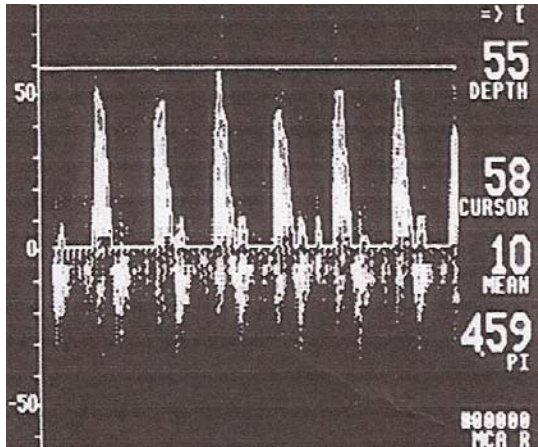
<sup>140</sup> Goundreau et al. 2000, p. 1047.

<sup>141</sup> Widjicks 2001, p. 1218.

<sup>142</sup> Machado, p. 107.



ύψηλων αγγειακών αντιστάσεων, λόγω της αύξημένης ένδοκρανιακής πίεσης.<sup>143</sup> Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι μπορεί να εφαρμοστεί παρά την κλίνη του ασθενούς, να επαναληφθεί ή να συνδυαστεί με συνεχή απεικόνιση, καθώς και το ότι δεν είναι έπεμβατική ούτε τόσο δαπανηρή όσο άλλες μέθοδοι.<sup>144</sup>



**ανάστροφη διαστολική ροή**

**μικρές συστολικές κορυφές<sup>145</sup>**

⌘ **Οι εργαστηριακές εξετάσεις που επιβεβαιώνουν την κλινική διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου» περιλαμβάνουν:**

⌘ **την εκτίμηση της αιματικής ροής του εγκεφάλου:** η μέθοδος αυτή έχει σκοπό να δείξει την απουσία εγκεφαλικής αϊμάτωσης για χρονικό διάστημα ικανό να προκαλέσει το θάνατο των εγκεφαλικών κυττάρων.

Ἡ αιματική ροή μπορεί να διαπιστωθεῖ μέ:

⌘ **ραδιοϊσοτοπική αγγειογραφία,**

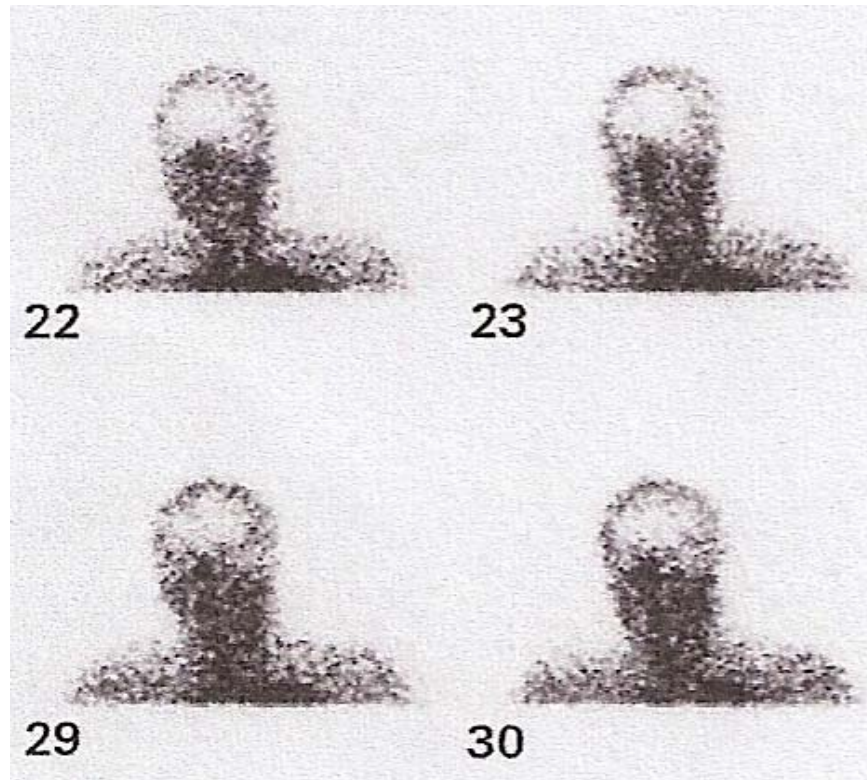
⌘ **ἀκτινολογική τετρα- αγγειογραφία (τῶν ἐγκεφαλικῶν ἀρτηριῶν-σπονδυλικῶν καὶ τῶν ἔσω καρωτίδων):** πρέπει νὰ παρατηρηθεῖ ἔλλειψη ἀπεικόνισης τῶν ἐνδοκρανιακῶν ἀγγείων προκειμένου νὰ διαγνωσθεῖ ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος». Ἡ κλασικὴ ἀγγειογραφία εἶναι ἐξαιρετικὰ εὐαίσθητη στὴν ἀνάδειξη τῆς παύσης τῆς αἱματικῆς

<sup>143</sup> Καρακατσάνης 2008, σσ. 62- 63.

<sup>144</sup> Machado, p. 107.

<sup>145</sup> Widjicks 2001, p. 1219.

ροής εντός τῆς ἔσω καρωτίδος σὲ «ἐγκεφαλικά νεκρούς» ἀσθενεῖς.<sup>146</sup> Αὐτὴ ἢ ἀπουσία ἐνδοκρανιακοῦ περιεχομένου διαφαίνεται στὴν ἀκόλουθη εἰκόνα:



**Ραδιοϊσοτοπικὴ ἀγγειογραφία στὴν ὁποία ἀναδεικνύεται ἔλλειψη ἐνδοκρανιακῆς ἄρδευσης<sup>147</sup>**

⌘ ποζιτρονικὴ τομογραφία (PET), μὲ τὴ χρησιμοποίηση γλυκόζης ἐπισημασμένης μὲ Φθόριο- 18 (<sup>18</sup>F.FDG) ἢ σπινθηρογράφημα τοῦ ἐγκεφάλου μὲ λιπόφιλα ραδιοφάρμακα, ὅπως τὸ <sup>99m</sup>Tc- ΗΜΡΑΟ. Αὐτὰ εἶναι ἄμεσοι δείκτες τῆς βιωσιμότητας τῶν ἐγκεφαλικῶν κυττάρων καὶ ὑπερτεροῦν τῶν ραδιοφαρμάκων ποὺ χρησιμοποιοῦνταν στὴν κλασικὴ ραδιοϊσοτοπικὴ ἀγγειογραφία, κατὰ τὸ ὅτι διέρ-

<sup>146</sup> President's Commission for the study of ethical problems in biomedical and behavioral research 1981, p. 2186.

<sup>147</sup> Widjicks 2001, p. 1219.

χονται τὸν φυσιολογικὸ αἵματο- ἐγκεφαλικὸ φραγμὸ. Ἐπιπλέον, μὲ αὐτὰ ἐλέγχεται καὶ ὁ ὀπίσθιος ἐγκεφαλικὸς βόθρος, καὶ δι' αὐτοῦ ἐλέγχεται ἂν ἀρδεύεται τὸ ὀπίσθιο ἐγκεφαλικὸ βάθρο, ὅπου βρίσκεται τὸ ἐγκεφαλικὸ στέλεχος, καθὼς καὶ ὁ προμήκης μυελὸς (τὸ κέντρο τῆς ἀναπνοῆς). Τὸ <sup>99m</sup>Tc- ΗΜΡΑΟ προσλαμβάνεται ἀπὸ ζῶντα ἐγκεφαλικά κύτταρα (νευρῶνες ἢ καὶ τὰ νευρογλοιακὰ κύτταρα) στὸ φλοιὸ τοῦ ἐγκεφάλου ἢ καὶ στὴν παρεγκεφαλίδα ἢ στὰ βασικά γάγγλια. Συνεπῶς, ἡ πρόσληψη τοῦ ραδιοφαρμάκου δηλώνει ὅτι τὰ νευρικά κύτταρα αἱματώνονται, ὁπότε εἶναι ζωντανά. Ἐπίσης, ἡ πρόσληψη τοῦ λιπόφιλου F.FDG, δείκτου τοῦ μεταβολισμοῦ τῆς γλυκόζης στὸν ἐγκέφαλο, ἀποτελεῖ ἔνδειξη βιωσιμότητας τοῦ ἀρδευόμενου τμήματος τοῦ ἐγκεφάλου. Ἡ ἐξέταση αὐτὴ πλεονεκτεῖ κατὰ τὸ ὅτι εἶναι παρακλινική, μὴ ἐπεμβατική, ἀνεπηρρέαστη ἀπὸ παρεμβαίνουσες καταστάσεις καὶ ἀνεξάρτητη ἀπὸ τὴν ποιότητα τοῦ bolus τῆς ἐνέσεως.<sup>148</sup> Ἡ μέθοδος εἶναι ἀξιόπιστη καὶ ἀπολύτως σύμφωνη μὲ τὴν ἀκτινολογικὴ ἀγγειογραφία. Συνίσταται δὲ στὴν εἰσαγωγή, μὲ ἐνδοφλέβια ἔνεση, ἐνὸς ἰσοτόπου- ἀνιχνευτοῦ, ἢ κατακράτηση τοῦ ὁποῖου στὸν ἐγκέφαλο ἀπαιτεῖ μετατροπὴ τῶν μορίων σὲ ὑδρόφιλη μορφή, χάρις στὴ λειτουργία τοῦ ἐνεργειακοῦ μεταβολισμοῦ τῶν κυττάρων.<sup>149</sup>

- ⌘ ραδιενεργὸ Ξένο-133,
- ⌘ ἄξονική τομογραφία σὲ συνδυασμὸ μὲ σταθερὸ Ξένο,
- ⌘ ἑλικοειδῆ ἄξονική τομογραφία (spiral CT scan): ἡ τεχνικὴ αὐτὴ μπορεῖ νὰ ὑποδείξει μιὰ ἀνεπανόρθωτη δομικὴ βλάβη τοῦ ἐγκεφάλου ἀσθενῶν σὲ κῶμα, κάτι ποὺ ἀποτελεῖ προαπαιτούμενο γιὰ τὴ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου».

Ἡ ἐπιμένουσα ἀπουσία τῆς αἱματικῆς ροῆς εἶναι ἐνδεικτικὴ μὴ βιώσιμου ἐγκεφάλου, ἐξαιρουμένων τῶν βρεφῶν καὶ τῆς περίπτωσης νὰ εἶναι ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» συνέπεια ἐπιμένουσας ἐγκεφαλικῆς ἰσχαιμίας λόγω αὔξης τῆς ἐνδοκρανιακῆς πίεσης, ὁπότε μετὰ ἀπὸ παρατεταμένη ὑποστήριξη σὲ Μ.Ε.Θ., συνήθως ἐπανέρχεται ἡ ἐγκεφαλικὴ αἱματικὴ ροή. Εἶναι σημαντικὸ νὰ ἐλέγχεται ἡ ροὴ σὲ περίπτωσι κώματος ἀπροσδιορίστου

<sup>148</sup> Ταχύτατη ἔγχυση καὶ ὄχι βραδεία ἐνδοφλέβια ἔνεση.

<sup>149</sup> Machado, p. 107.

αίτιας, ύπαρξης υποθερμίας, μεταβολικών διαταραχών ή τοξικών επιπέδων φαρμάκων στο αίμα (βαρβιτουρικών, μυοχαλαρωτικών), αδυναμίας εκτέλεσης Η.Ε.Γ. ή της δοκιμασίας της άπνοιας.<sup>150</sup> Άπουσία δυσχερειών στη διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου», αυτή επιβεβαιώνεται από τον συνδυασμό των κλινικών κριτηρίων και της άγγειογραφίας, με αποτέλεσμα τη σύντμηση της παρακολούθησης του ενήλικος άσθενούς σε έξι ώρες.

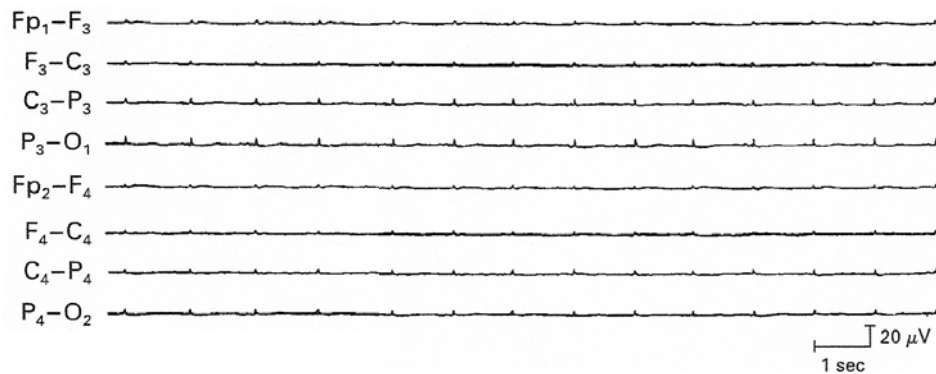
⌘ και τον ήλεκτροφυσιολογικό έλεγχο του έγκεφάλου με το Η.Ε.Γ. και τα προκλητά δυναμικά του έγκεφαλικού στελέχους.

⌘ Το σύνθητες Η.Ε.Γ. λαμβάνεται με έπικρανιακά ήλεκτρόδια και δίνει πληροφορίες για την ήλεκτρική δραστηριότητα του φλοιού του έγκεφάλου αλλά όχι για εκείνη του έγκεφαλικού στελέχους, όποτε δεν περιλαμβάνεται σε κάποια σύνολα διαγνωστικών κριτηρίων του «έγκεφαλικού θανάτου», όπως στα κριτήρια της Minnesota.<sup>151</sup> Σε άλλα κριτήρια (του 1968 και του 1981), προτείνεται ή προαιρετική λήψη του Η.Ε.Γ. προς έπιβεβαίωση του «έγκεφαλικού θανάτου». Το Η.Ε.Γ. δίνει εικόνα των δυναμικών που παράγονται στον έγκεφαλο. Συνήθως, για την καταγραφή της ήλεκτρικής δραστηριότητας του έγκεφάλου χρησιμοποιούνται ήλεκτρόδια κρανιακά, φλοιώδη, και βάθους, τουλάχιστον όχτώ στον άριθμό. Η αντίσταση των ήλεκτροδίων κυμαίνεται από 100 έως 10000 Ω, ενώ ή μεταξύ τους απόσταση πρέπει να είναι τουλάχιστον ίση με 10 έκατοστά. Η ευαισθησία του συστήματος πρέπει να αύξηθει τουλάχιστον σε 2μV για μισή ώρα, ενώ οί συχνότητες των χρησιμοποιούμενων φίλτρων είναι: του μέν ύψιπερατού, μεγαλύτερη των 30 Hz, του δέ βαθυπερατού, μικρότερη του ένός Hz. Η καταγραφή με ένα όργανο 16 ή 18 καναλιών διαρκεί τουλάχιστον μισή ώρα. Όπωςδήποτε, πρέπει να έλεγχθει ή άξιοπιστία του καταγραφικού συστήματος. Ένδειξη «έγκεφαλικού θανάτου» άποτελει το να μην έπηρεάζεται το Η.Ε.Γ. από έντονο σωματο- αίσθητο ή όπτικο- ακουστικό έρεθισμό. Το ίσοηλεκτρικό Η.Ε.Γ. είναι συμβατό με την ύπαρξη μη

<sup>150</sup> Καρακατσάνης, σσ. 55- 56.

<sup>151</sup> Έχει προαναφερθει ότι τα έν λόγω κριτήρια όρίζουν τον «έγκεφαλικό θάνατο» βάσει της νεκρώσεως του έγκεφαλικού στελέχους, περι της όποίας δέν άποφαίνεται το Η.Ε.Γ., γι αυτό και έξαιρείται από τα κριτήρια αυτά.

λειτουργούντος έγκεφαλικού φλοιού, έφ' όσον ό άσθενής δέν πάσχει άπό μεταβολική έγκεφαλοπάθεια, έγκεφαλίτιδα ή σοβαρές συγγενείς δυσπλασίες του έγκεφάλου, ύποθερμία ή καταπληξία και δέν έχει δηλητηριασθεϊ με φάρμακα (ήρεμιστικά ή βαρβιτουρικά). Για τή διάγνωση του έγκεφαλικού θανάτου, πρέπει νά παρατηρηθεϊ στο Η.Ε.Γ. άπουσία έγκεφαλικής δραστηριότητας για περισσότερο άπό μισή ώρα.



### ίσηλεκτρικό Η.Ε.Γ.<sup>152</sup>

⌘ Το Η.Ε.Γ. δέν διακρίνει τή λειτουργική καταστολή άπό τήν όργανική βλάβη, όποτε μπορεί νά δείχνει έγκεφαλογραφική σιγή, ή όποία όμως νά όφείλεται στή δράση κατασταλτικών φαρμάκων και όχι στον «έγκεφαλικό θάνατο» (δηλαδή, χωρίς νά εϊναι νεκρό το έγκεφαλικό στέλεχος). Σε αύτή τήν περίπτωση, λαμβάνονται τά προκλητά δυναμικά, που εϊναι πολύ λιγότερο εύαίσθητα στα άποτελέσματα των προαναφερθέντων φαρμάκων άπό ό, τι το Η.Ε.Γ.

Έάν το σύνδρομο του άπνοιικού κώματος με άπόντα τά άντανεκλαστικά του έγκεφαλικού στελέχους όφείλεται σε φάρμακα, τότε τά δυναμικά διατηρούνται, εάν δε όφείλεται σε δομική νόσο του έγκεφάλου, έχουν καταργηθεϊ (με τήν εξαίρεση τής πρώτης κορυφής τής κυματομορφής τους). Τά προκλητά δυναμικά χρησιμεύουν και στην εκτίμηση τής κατάστασης άσθενών σε κώμα, τήν πρόγνωση του άποτελέσματος και τον έλεγχο τής άκεραιότητας όδών διερχομένων διά του έγκεφαλικού στελέχους, ό όποιος δέν γίνεται

<sup>152</sup> Widjicks 2001, p. 1219.



κλινικῶς. Ὄταν ἀνευρίσκονται προκλητὰ δυναμικά, τότε ἀποκλείεται ἡ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου».

Τὰ προκλητὰ δυναμικά τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους εἶναι τὰ ἀκουστικά καὶ τὰ σωματο- αἰσθητικά. Τὰ δυναμικά αὐτὰ μένουν ἀνεπηρέαστα ἀπὸ τοξικούς, φαρμακολογικούς παράγοντες καὶ ἀπὸ συνυπάρχουσες καταστάσεις ἐπιφέρουσες Η.Ε.Γ. σιγή ἢ κατάργηση τῶν ὀπτικῶν προκλητῶν δυναμικῶν. Θεωροῦνται πῶς ἀξιόπιστα ἀπὸ τὴν κλινικὴ ἐκτίμηση ἢ τὴν ἐκτίμηση μὲ ἀξονικὴ τομογραφία, ὅσον ἀφορᾷ στὴ διερεύνηση τῆς ὑπάρξεως ἀνατομικῆς- λειτουργικῆς βλάβης τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους, ἀφοῦ διερευνοῦν ὁδοὺς ποὺ δὲν ἐλέγχονται κλινικῶς. Πλεονεκτοῦν καὶ κατὰ τὸ ὅτι ἡ ἐξέτασή τους πραγματοποιεῖται παρὰ τὴν κλίνην τοῦ ἀσθενοῦς.

## 2.6 Κριτήρια διάγνωσης γιὰ παιδιὰ

Ἡ ἔννοια τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» δὲν ἰσχύει γιὰ νεογνὰ ἡλικίας μικρότερης ἀπὸ ἢ ἴσης μὲ ἑπτὰ ἡμέρες,<sup>153</sup> ἐπειδὴ σὲ αὐτὰ εἶναι δύσκολη ἡ κλινικὴ ἐκτίμηση καὶ ὁ προσδιορισμὸς τῆς ἀκριβοῦς αἰτίας τοῦ κώματος, καὶ ἀμφισβητούμενη ἡ ἀξιοπιστία τῶν ἀποτελεσμάτων τῶν ἐπιβεβαιωτικῶν δοκιμασιῶν.<sup>154</sup> Ἐπίσης, ἰδιαίτερη προσοχὴ ἀπαιτεῖται γιὰ τὴν διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» σὲ παιδιὰ ἡλικίας μικρότερης τῶν πέντε ἐτῶν, διότι οἱ ἐγκέφαλοί τους ἔχουν μεγαλύτερη ἀντοχὴ στὶς βλάβες καὶ μποροῦν νὰ ἀνακτήσουν θεμελιώδεις λειτουργίες γιὰ μακρύτερα χρονικὰ διαστήματα ἀπὸ τοὺς ἐνήλικες, ἀκόμη καὶ ἐὰν προηγουμένως δὲν ἀνταποκρίνονταν σὲ ἐρεθίσματα.<sup>155</sup>

Γιὰ νὰ διαγνωσθεῖ ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» στὰ παιδιὰ, πρέπει νὰ διαπιστωθεῖ σὲ αὐτὰ ἡ ὕπαρξη ἀπνοϊκοῦ κώματος, χαλαροῦ μυϊκοῦ τόνου καὶ ἀπουσία τῶν λειτουργιῶν τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους, ὑποθερμίας, ὑπότασης, αὐτόματων ἢ προκλητῶν κινήσεων. Ὁ χρόνος παρακολούθησης ποὺ ἐξασφαλίζει τὸ μὴ ἀναστρέψιμο τῆς κατάστασης εἶναι ἀντιστρόφως ἀνάλογος τῆς ἡλικίας τοῦ παιδιοῦ.

<sup>153</sup> American academy of Pediatrics: Special task force on brain death in children 1987, p. 298.

<sup>154</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 35.

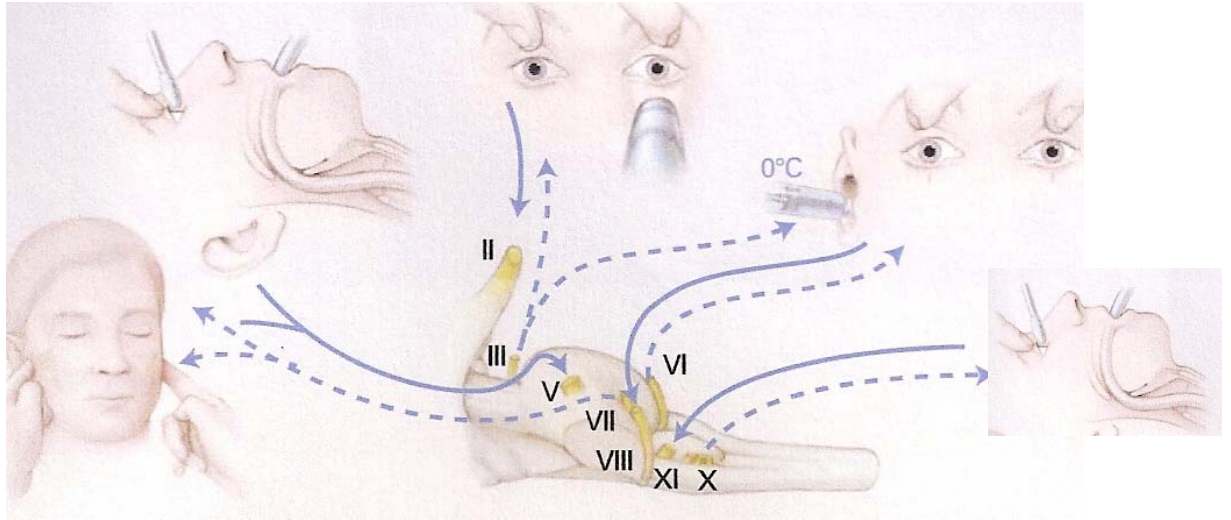
<sup>155</sup> President's Commission for the study of ethical problems in biomedical and behavioral research 1981, p. 2186.

[7 ημερών έως 2 μηνών]	2 κλινικές εξετάσεις και 2 Η.Ε.Γ. με 48ωρη απόσταση
[2 μηνών έως 1 έτους]	2 κλινικές εξετάσεις και 2 Η.Ε.Γ. με 24ωρη απόσταση ή 1 εξέταση και 1 Η.Ε.Γ. όταν δεν απεικονίζονται οι έγκεφαλικές αρτηρίες στη ραδιοϊσοτοπική αγγειογραφία
>1 έτους	12ωρη παρακολούθηση με αιτιολόγηση του κώματος με μη αναστρέψιμη βλάβη

### **Χρονική περίοδος παρακολούθησης σε παιδιά<sup>156</sup>**

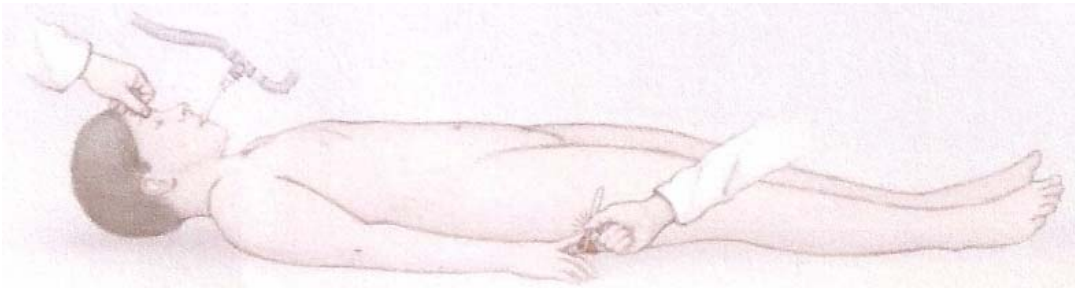
---

<sup>156</sup> American academy of Pediatrics: Special task force on brain death in children 1987, p. 299.



## 1. Διαπίστωση απουσίας κινητικής ανταποκρίσεως<sup>157</sup>

ὅτι δηλαδή ὁ ἄσθενής δὲν παρουσιάζει κινητικὴ ἀπόκριση οὔτε παρουσιάζει ἀντίδραση ἀπὸ τοὺς ὀφθαλμοὺς του κατόπιν ἐφαρμογῆς ὀδονηροῦ ἐρεθίσματος.



## 2. Κλινικὴ ἀξιολόγηση τῶν ἀντανακλαστικῶν τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους

Οἱ λατινικοὶ ἀριθμοὶ ὑποδεικνύουν τὰ ἐγκεφαλικά νεῦρα ποὺ ἐλέγχονται:

V- VII: ἀπουσία ἐκφραστικῆς ἀνταπόκρισης τοῦ προσώπου ἢ διάνοιξης τῶν ὀφθαλμῶν ἐπὶ τῇ ἀσκήσει βαθειᾶς πίεσης καὶ στοὺς δύο κονδύλους τῆς κάτω γνάθου καὶ ἀπουσία ἀντανακλαστικοῦ τῆς τραχείας.

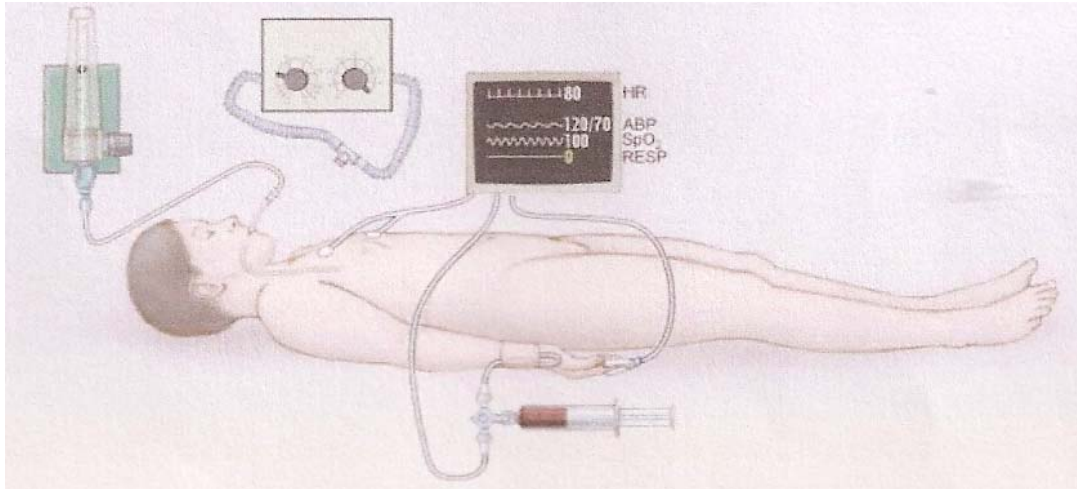
II- III: ἀπουσία τοῦ ἀντανακλαστικοῦ τῆς κόρης στὸ ἔντονο φῶς.

VIII, III, VI: ἀπουσία τοῦ αἰθουσο- οφθαλμικοῦ ἀντανακλαστικοῦ στὸ ἐρέθισμα ψυχροῦ ὕδατος.

IX, X: ἀπουσία βήχα ὡς ἀντίδρασης στὴν εἰσαγωγή καθετήρα βαθειὰ μέσα στὴν τραχεία.

<sup>157</sup> Οἱ εἰκόνες ἔχουν ληφθεῖ ἀπὸ τὸν Wijdicks 2001, p. 1217.





### 3. διενέργεια τής δοκιμασίας τής άπνοιας

ABP: άρτηριακή πίεση αίματος

HR: συχνότητα καρδιακού παλμού

RESP: άναπνοές

SpO<sub>2</sub>: κορεσμός όξυγόνου μετρημένος βάσει τής όξυμετρίας

### 3. Διατύπωση ιατρικῶν ἀμφιβολιῶν

#### 3.1. Αὐθαίρετος ὁ ὀρισμὸς τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου»

Ἡ ἔννοια καὶ τὰ κριτήρια τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» ὀρίστηκαν αὐθαίρετα. Ἡ ιατρικὴ (κατὰ κάποιους, ιατρογενὴς) αὐτὴ κατάσταση εἶναι ἐννοιολογικῶς καὶ διαγνωστικῶς ρευστὴ, ὅλο δὲ καὶ περισσότερο ἀμφισβητούμενη. Εἶναι μιὰ ἔννοια μὲ ἀσαφὲς θεωρητικὸ ὑπόβαθρο, χωρὶς ἀκριβῆ κλινικὴ ἢ παθολογο-ἀνατομικὴ βάση,<sup>158</sup> ποὺ ἔχει ἀναγνωριστεῖ πρὸ πολλοῦ ὅτι μαστίζεται ἀπὸ σοβαρὲς ἀσυνέπειες καὶ ἀντιθέσεις. Ἐφ' ὅσον δὲν ἀνταποκρίνεται σὲ καμμία κατανόηση τοῦ θανάτου, βιολογικὴ ἢ φιλοσοφικὴ, ποὺ νὰ ἔχει συνοχὴ, μπορεῖ νὰ χαρακτηρισθεῖ ἐν πολλοῖς ἀσυνάρτητη. Εἶναι δὲ καὶ ἐνδογενῶς ἀντιφατικὴ, ὅσον ἀφορᾷ στὴ σχέση τόσο ὀρισμοῦ-κριτηρίων, ὅσο καὶ κριτηρίων-δοκιμασιῶν.

#### Ἀντιφάσεις ὀρισμοῦ-κριτηρίων

- ⌘ Ἔχουν παρατηρηθεῖ κινήσεις σὲ «ἐγκεφαλικά νεκρά» ἄτομα, οἱ ὁποῖες ἀποδίδονται σὲ νωτιαία ἀντανακλαστικά. Ἔχει, ὅμως, ὑποστηριχθεῖ ὅτι ὀρισμένες ἀπὸ αὐτὲς τὶς «νωτιαῖες ἀποκρίσεις» προϋποθέτουν τὴ λειτουργία τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους. Συνεπῶς ἡ ἔκλυση αὐτῶν τῶν κινήσεων ἀκυρώνει τὴ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», ὅποτε καὶ εὗρισκόμεθα ἐνώπιον ἀσθενῶν ποὺ ἔχουν διαγνωσθεῖ ὡς «ἐγκεφαλικά νεκροὶ», ἂν καὶ δὲν πληροῦν τὸ κριτήριο τοῦ νεκροῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους. Ἐπιπρόσθετος λόγος γιὰ τὸν ὁποῖον ἀμφισβητεῖται ἡ ἔρμηνεία τῶν ἐν λόγω κινήσεων ὡς ἀντανακλαστικῶν, εἶναι ὅτι κατὰ τὰ πρῶτα εἰκοσιτετράωρα μετὰ τὴν νωτιαία καταπληξία ὑπάρχει χαλαρὴ παράλυση, ἢ ὁποῖα δὲν ἐπιτρέπει τὴν ἔκλυσή τους.<sup>159</sup>
- ⌘ Ἡ θεώρηση τοῦ ἐγκεφάλου ὡς κεντρικοῦ ρυθμιστοῦ τοῦ σώματος ὀδηγεῖ στὸ συμπέρασμα ὅτι, ὅταν αὐτὸς δὲν ὑποστηρίζει τὸ συντονισμό τῶν διαφόρων ὀργάνων, τὸ σῶμα δὲν θὰ μπορεῖ πλέον ν' ἀντισταθεῖ στίς

<sup>158</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 23.

<sup>159</sup> ξ.ἀ., σ. 16.

δυνάμεις τῆς ἐντροπίας οἱ ὁποῖες εὐνοοῦν τὴν ἀποδιοργάνωση τοῦ σώματος. Ὅμως, ἐὰν οἱ «ἐγκεφαλικά νεκροὶ» ἀσθενεῖς βοηθηθοῦν μὲ ὑποστηρικτικὰ μέσα κατὰ τὴν ὀξεία φάση τῆς ἀσθενείας τους, δὲν εἶναι σίγουρο ὅτι θὰ ὑποστοῦν καρδιακὴ ἀνακοπή. Ὅποτε, ἀκόμη καὶ ἐὰν δεχθοῦμε ὅτι εἶναι ἀπαραίτητο ἓνα ἐπίπεδο νευρολογικῆς λειτουργίας γιὰ τὴ λειτουργικότητα τοῦ ὀργανισμοῦ ὡς ἐνιαίου ὄλου, οἱ «ἐγκεφαλικά νεκροὶ» ἀσθενεῖς δὲν εὐρίσκονται ἀπαραιτήτως κάτω ἀπὸ αὐτὸν τὸν οὐδὸ.

Οἱ ἐνδείξεις ζωῆς στοὺς «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» ἀσθενεῖς, ὅπως περιγράφονται κατωτέρω, ἐπιβεβαιώνουν τὴν ὕπαρξη συντονιστικῆς λειτουργίας τοῦ ὀργανισμοῦ παρότι ἀπουσιάζει ἡ λειτουργία τοῦ ἐγκεφάλου, γεγονός ποὺ καταρρίπτει τὴν ἐξίσωση τῆς καταστροφῆς τοῦ ἐγκεφάλου μὲ τὸ βιολογικὸ θάνατο τοῦ ἀνθρώπου.<sup>160</sup> Εἶναι, ἄλλωστε, γνωστὸ ὅτι πολλὰ σπλάχνα (καρδία, ὄργανα τοῦ γαστρεντερικοῦ συστήματος) ἔχουν τὸ δικό τους βηματοδότη, ἀνεξάρτητα ἀπὸ τὸν ἐγκέφαλο.<sup>161</sup> Συμπεραίνεται, ἔτσι, ὅτι ὁ ἐγκέφαλος ἐπέχει μᾶλλον τὴ θέση ἐνὸς τροποποιητοῦ καὶ λεπτοῦ ρυθμιστοῦ ἐνὸς δομικῶς καὶ λειτουργικῶς ἐνιαίου σώματος.

Ἐπιπροσθέτως, τὸ ὅτι ἡ βιολογικὴ ἀπαρτίωση δὲν ἀπαιτεῖ τὴν ὕπαρξη ἀπαρτιοῦντος ὀργάνου (ὅπως τοῦ ἐγκεφάλου), ἀποδεικνύεται ἀπὸ τὰ ἔμβρυα, ποὺ στὰ πρῶμα στάδια τῆς ἀνάπτυξής τους, ὅταν δὲν ἔχει ἀκόμη σχηματιστεῖ ὁ ἐγκέφαλος, ἐνυπάρχει ὅλη ἡ δυνατότητα νὰ ἀναπτύξουν τὶς ἀνατομικὲς δομὲς καὶ λειτουργίες τους. Ἡ καταστροφή τοῦ ἐγκεφάλου δὲν σημαίνει τὴν ἀπώλεια τῆς ἀπαρτιωτικῆς ἐνότητας τοῦ σώματος οὔτε τῆς δυνατότητας ἄσκησης τῆς λειτουργίας αὐτῆς, ποὺ ἐδράζεται στὸ βαθύτερο, ὄντολογικὸ ἐπίπεδο· ἀπλῶς ἐμποδίζει τὴν ἐκδήλωση αὐτῆς τῆς λειτουργίας.<sup>162</sup>

## Ἀντιφάσεις κριτηρίων- δοκιμασιῶν

⌘ Στοὺς «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» ἀσθενεῖς θεωρεῖται ὅτι ὑπάρχει καταστροφή τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους· ἐπομένως, εἶναι ἀδύνατος ὁ ἔλεγχος ὁποιασδήποτε λειτουργίας τοῦ φλοιοῦ τοῦ ἐγκεφάλου μὲ τὴν παρακλινικὴ ἐξέταση τοῦ ἀσθενοῦς, διότι οἱ ὁδοὶ ἀπὸ καὶ πρὸς τὸν ἐγκέφαλο, διὰ τοῦ

<sup>160</sup> Καρακατσάνης 2008, σσ. 119- 120.

<sup>161</sup> Wijdicks et al. 1999, p. 1369.

<sup>162</sup> Shewmon 1997, pp. 72- 75.

έγκεφαλικού στελέχους, είτε είναι κατεστραμμένες είτε δέν λειτουργοῦν.<sup>163</sup> Συνεπῶς, μὲ τὶς κλινικὲς δοκιμασίεσ δέν καθίσταται δυνατὸς ὁ ἔλεγχος τῶν λειτουργιῶν τοῦ φλοιοῦ τοῦ ἔγκεφάλου.

- ⌘ Ἡ διατήρηση σὲ «έγκεφαλικά νεκρά» ἄτομα, κάποιεσ Η.Ε.Γ. δραστηριότητας, ἢ ὁποία μαρτυρεῖ τὴ βιωσιμότητα τουλάχιστον ἑνὸς τμήματος τοῦ ἔγκεφάλου, ἀποδεικνύει τὴν ἀντίφαση στὶς σχέσεισ δοκιμασιῶν καὶ κριτηρίων, ἀφοῦ τὰ ἄτομα αὐτὰ θεωρεῖται ὅτι πληροῦν τὰ κριτήρια τοῦ «έγκεφαλικοῦ θανάτου»· τὰ ἀποτελέσματα ὁμῶς τῶν δοκιμασιῶν δέν ἐπιβεβαιῶνουν τὸν «έγκεφαλικὸ θάνατο» τους.<sup>164</sup>
- ⌘ Σὲ ὀρισμένους «έγκεφαλικά νεκρούσ» ἀσθενεῖσ ἔχει διαπιστωθεῖ ἡ ὑπαρξη προκλητῶν δυναμικῶν τοῦ ἔγκεφαλικοῦ στελέχους, Η.Ε.Γ. δραστηριότητα, πρόσληψη <sup>99m</sup>Tc- ΗΜΡΑΟ ἀπὸ ἔγκεφαλικά κύτταρα, ὀλοκληρωμένες ὑποθαλαμικὲσ- ἑνδοκρινικὲσ λειτουργίεσ, ὀρισμένα ἀντανακλαστικά τοῦ ἔγκεφαλικοῦ στελέχους, ἀπόκριση σὲ ἑρεθίσματα, σταθερὴ αἰμοδυναμικὴ κατάσταση καὶ ὑπολειπόμενεσ ἔγκεφαλικὲσ λειτουργίεσ.
- ⌘ Ἡ δακρύρροια τῶν «έγκεφαλικά νεκρῶν» ἀσθενῶν, κατὰ τὴ διάρκεια τῶν πρῶτων σταδίων τῆσ ἀφαίρεσησ τῶν ὀργάνων τους, εῖναι ἕνα σύνηθεσ φαινόμενο, ποῦ μαρτυρεῖ ὅτι ὁ δακρυϊκὸσ πυρήνασ στὸ ἔγκεφαλικὸ στέλεχος εῖναι ζωντανόσ, καὶ παρέχει ἴνεσ διεγερτικὲσ τῆσ ἐκκρίσεωσ στὸν ἀδένα. Διατηρεῖται ἐπίσησ σὲ «έγκεφαλικά νεκρούσ» τὸ ἀντανακλαστικὸ τῆσ γνάθου καὶ τὸ ρυχαῖο, ἑνώ ἄλλοι «έγκεφαλικά νεκροὶ» ἐμφανίζουν τρομῶδεισ κινήσεισ τοῦ προσώπου ἢ θέση τῶν ἄνω ἄκρων ποῦ προσομοιάζει μὲ ἐκείνην τοῦ ἀπεγκεφαλισμοῦ.<sup>165</sup>

### 3.2. Ὁ ὀρος «νέκρωση»

Ἀπὸ ἀπόψεωσ παθολογο- φυσιολογίασ, ὁ «έγκεφαλικὸσ θάνατοσ» ἀφορᾷ στὴ νέκρωση τοῦ ἔγκεφάλου. Οἱ ὑποστηρικτὲσ τῆσ ἑννοίασ αὐτῆσ βασίζουν τὴν ἀποψὴ τους στὸ θεωρητικὸ ὑπόβαθρο ὅτι ἑάν ἕνα ὀργανο δὲ λειτουργεῖ πλέον καὶ δέν ὑπάρχει καμμία πιθανότητα νὰ ἐπαναλειτουργήσει, εῖναι παντελῶσ νεκρό.<sup>166</sup>

<sup>163</sup> Καρακατσάνησ 2008, σ. 117.

<sup>164</sup> Καρακατσάνησ, Τσανάκασ 2004.

<sup>165</sup> Καρακατσάνησ 2008, σ. 124.

<sup>166</sup> Beecher et al. 1968, p. 337.

Από την άλλη πλευρά, οι αντιτιθέμενοι στην έννοια του «έγκεφαλικού θανάτου» υποστηρίζουν ότι ή θεωρούμενη νέκρωση του έγκεφάλου δεν καθορίζει από μόνη της τή ζωτική κατάσταση του ατόμου.<sup>167</sup> Τò εάν τò άτομο με τόν νεκρό έγκεφαλο είναι νεκρό ή ζωντανό, είναι ένα ευρύτερο έρώτημα. Ακόμη και αν μπορούσε αναμφισβήτητα να διαγνωσθεί ολοσχερής καταστροφή του έγκεφάλου, αυτή δεν ταυτίζεται με τόν σωματικό θάνατο, αφού ή παρατήρηση τής παύσεως τής λειτουργίας του έγκεφάλου ή κάποιου άλλου σωματικού όργάνου δεν αποτελεί απόδειξη καταστροφής αυτού.<sup>168</sup>

Σοβαρές ένστάσεις έχουν διατυπωθεί για τήν τεκμηρίωση του όρου «νέκρωση του έγκεφαλικού στελέχους», που είναι παθολογο- ανατομικός και δύναται να τεκμηριωθεί μόνο μετά τή μεταθανάτια αφαίρεση του έγκεφάλου του ασθενούς και τήν εξέτασή του από ειδικό παθολογοανατόμο.<sup>169</sup> Αυτή ή εξέταση απαιτεί κρανιοανάτρηση- διάτρηση, δηλαδή, του κρανίου, δειγματοληψία και εξέταση του δείγματος με μικροσκόπιο, προς έπιβεβαίωση του ότι τὰ νευρικά κύτταρα είναι νεκρά.

### 3.3. Κλινικός θάνατος

Προκειμένου να κατανοηθεί ó ισχυρισμός τών υποστηρικτών του «έγκεφαλικού θανάτου», καθώς και τò έπιχειρήμα τών αντιτιθέμενων σε αυτόν, απαιτείται ή άποσαφήνιση όρισμένων έννοιών.

Ός κλινικός θάνατος χαρακτηρίζεται ή κατάσταση στην όποία βρίσκεται ένα άτομο μετά τήν παύση τής λειτουργίας τής καρδιάς και πριν τήν επέλευση του όριστικού θανάτου του. Είναι ένα στάδιο πριν τόν βιολογικό τέλος του ανθρώπου, κατά τò όποιο είναι δυνατή ή αντιστροφή τής πορείας προς τò θάνατο και ή ανάκτηση τής ζωής.<sup>170</sup> Με τήν ανάπτυξη υποστηρικτικών τής ζωής τεχνικών, κατέστη δυνατόν να έπιμηκνυθούν τὰ όρια του κλινικού θανάτου, αφού κατά τὰ όλίγα λεπτά αυτής τής φάσεως (4 έως 5), μπορεί τώρα να έπιτευχθεί καρδιο-αναπνευστική αναζωογόνηση και έπαναφορά του ατόμου στη ζωή. Η υποστήριξη τής αναπνοής ούσιαστικά διατηρεί τήν καρδιακή λειτουργία και τήν

---

<sup>167</sup> Shewmon 1997, p. 39.

<sup>168</sup> Διακήρυξη έπιστημόνων- Byrne.

<sup>169</sup> Βρεττός κ. ά. 1999.

<sup>170</sup> Αβραμίδης 2003, σ. 11.

κυκλοφορία τοῦ αἵματος, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν ἀναστολή τῆς ἐπελεύσεως τοῦ θανάτου (καὶ τῆς ἀποσύνθεσης).

Ἀπὸ βιολογικῆς ἀπόψεως, ὁ θάνατος ὀρίζεται ὡς τὸ στιγμιαῖο γεγονός ποῦ χωρίζει τὴν προθανάτια διαδικασία τοῦ θανάτου ἀπὸ τὴ διαδικασία τῆς ἔναρξης τῆς ἀποσυνθέσεως. Ἐπισυμβαίνει 5 ἕως 20 λεπτὰ μετὰ τὴν παύση τῆς κυκλοφορίας τοῦ αἵματος, ὁπότεν ἔχει ἐξαντληθεῖ καὶ ἡ τελευταία δυνατότητα ἐπανόδου τοῦ ὀργανισμοῦ στὴ ζωὴ· μὲ φυσικοχημικοὺς ὄρους ὁ θάνατος ἐπισυμβαίνει ὅταν ἡ ἐντροπία ἔχει πάρει τὴ μέγιστη τιμὴ τῆς.<sup>171</sup>

Κατὰ μία ἄλλη ἄποψη, ὁ θάνατος ἐπέρχεται ὅταν ἡ ἀποτυχία πολλαπλῶν ζωτικῶν συστημάτων καὶ σωματικῶν διεργασιῶν (συμπεριλαμβανομένων τῶν ἐγκεφαλικῶν) ξεπεράσει ἓνα σημεῖο μὴ ἐπιστροφῆς τῆς δυναμικότητος τοῦ ὀργανισμοῦ, πιθανὸν 20 ἕως 30 λεπτὰ κατόπιν τῆς παύσης τῆς κυκλοφορίας. Ὅσοι «ἐγκεφαλικά νεκροὶ» εἶναι πράγματι νεκροί, δὲν εἶναι νεκροὶ λόγῳ τοῦ ὅτι ὁ ἐγκέφαλός τους εἶναι νεκρός, ἀλλὰ ἀντίθετα ἐξαιτίας μιᾶς ὑπερκριτικῆς πολυσυστημικῆς ζημιᾶς. Οἱ «ἐγκεφαλικά νεκροὶ» ἀσθενεῖς τῶν ὁποίων τὰ ὑπόλοιπα ὀργανικά συστήματα εἶναι ἄθικτα, δὲν εἶναι νεκροί, ἀλλὰ εὐρίσκονται σὲ βαθὺ κῶμα.<sup>172</sup>

Οἱ ἐκδηλώσεις τοῦ θανάτου στὰ θερμόαιμα ζῶα εἶναι ἢ μὴ ἀναστρέψιμη διακοπὴ τῆς κυκλοφορίας τοῦ αἵματος, ἢ ἀπώλεια τῆς ἀκεραιότητος τῶν κυτταρικῶν μηχανισμῶν μὲ τοὺς ὁποίους συντηρεῖται ἡ ζωὴ, ἢ ἀπουσία κινήσεων, ἢ παύση τῆς λειτουργίας τῶν ζωτικῶν ὀργάνων, ἢ προοδευτικὴ πτώση τῆς θερμοκρασίας, ἢ ἀκαμψία καὶ ἡ ἀποσύνθεση.<sup>173</sup>

Ἡ «ἐπιμένουσα φυτικὴ κατάσταση» εἶναι μιὰ μορφή κώματος μὲ ἀνοιχτοὺς ὀφθαλμούς, κατὰ τὴν ὁποία ὁ ἀσθενὴς εἶναι ξύπνιος σὲ κάποιες περιόδους καὶ ἔχει φυσιολογικοὺς κύκλους ὕπνου- ξύπνιου, ὅμως δὲν ἀντιλαμβάνεται τὸν ἑαυτό του ἢ τὸ περιβάλλον. Ἀπὸ νευρολογικῆς ἀπόψεως, ἡ ἐπιμένουσα φυτικὴ κατάσταση εἶναι τὸ ἀποτέλεσμα ἑνὸς λειτουργοῦντος ἐγκεφαλικοῦ στελέχους, ἀλλὰ τῆς πλήρους ἀπώλειας τῆς λειτουργίας τοῦ ἐγκεφαλικοῦ φλοιοῦ. Οἱ ἀσθενεῖς ποὺ βρίσκονται σὲ ἐπιμένουσα φυτικὴ κατάσταση δὲν αἰσθάνονται πόνο, ὁ ὁποῖος ἐξᾴλλου ἀποτελεῖ γνῶρισμα τῆς συνείδησης ποὺ ἀπαιτεῖ τὴ λειτουργία τοῦ ἐγκεφαλικοῦ φλοιοῦ.<sup>174</sup> Τὰ ἄτομα ποὺ βρίσκονται σὲ αὐτὴν τὴν κατάσταση δὲ θεωροῦνται νεκρὰ γιὰ τὸ ἐγκεφαλικό τους στέλεχος λειτουργεῖ

---

<sup>171</sup> Παναγόπουλος, σ. 79.

<sup>172</sup> Shewmon, p. 32.

<sup>173</sup> Taylor 1997, p. 267.

<sup>174</sup> Shewmon 1997, p. 37.

καὶ συντηρεῖ τὴν ἀναπνοὴ καὶ τὴν κυκλοφορία. Ἔχει ὅμως ἐπέλθει μαζικὴ καταστροφὴ τῶν ἐγκεφαλικῶν τοῦς ἡμισφαιρίων.

Ὁ ὄρος «ἐπιμένουσα φυτικὴ κατάσταση» εἰσήχθη ἀπὸ τοὺς Plum καὶ Jennett το 1972. Ὁ χαρακτηρισμὸς «ἐπιμένουσα» ἀναφέρεται σὲ μιὰ παρελθοντικὴ κατάσταση καὶ σὲ μιὰ συνεχιζόμενὴ ἀνικανότητα μὲ ἀβέβαιο μέλλον, μπορεῖ δὲ νὰ ἐξελιχθεῖ σὲ «μόνιμη» μὲ τὴν προϋπόθεση ὅτι, κατόπιν μιᾶς περιόδου παρακολούθησης, ἔχει διαπιστωθεῖ ἢ μὴ ἀναστρεψιμότητα τῆς καταστάσεως μὲ ἓναν σημαντικὸ βαθμὸ κλινικῆς βεβαιότητας.

Τὸ μὴ ἀναστρέψιμο κῶμα εἶναι μιὰ κατάσταση περιορισμένης ζωῆς, ἀλλὰ ὄχι θάνατος.<sup>175</sup> Οἱ «ἐγκεφαλικά νεκροὶ» ἀσθενεῖς δὲν εἶναι πτώματα, ἀλλὰ ἀσθενεῖς σὲ βαθύ, ἀπνοικὸ κῶμα, πιθανὸν μὴ ἀναστρέψιμο, στοὺς ὁποίους ὅμως ἡ διατήρηση τῆς κυκλοφορίας ἐπιτρέπει τὴ συνέχιση τῆς λειτουργίας τῶν κυττάρων καὶ τῶν ὀργανικῶν συστημάτων καὶ παρεμποδίζει τὴν ἔναρξη τῆς διεργασίας τῆς ἀποσύνθεσης.<sup>176</sup> Μετὰ τὴν παρέλευση 4 ἕως 5 λεπτῶν, ἀκολουθεῖ ὁ θάνατος τοῦ ἐγκεφάλου.

Ἡ ἀνεπανόρθωτὴ βλάβη τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους ἀναμένεται νὰ ὀδηγήσει τὸν πάσχοντα σὲ σύντομη καρδιακὴ ἀσυστολία καὶ ἐν συνεχείᾳ σὲ κλινικὸ θάνατο: Αὐτὸ τὸ ἐπιχείρημα εἶναι λογικῶς λανθασμένο, ἀφοῦ ὁ ἐπιθετικὸς προσδιορισμὸς «σύντομη» δηλώνει ἀκριβῶς ὅτι δὲν ἐπῆλθε ἀκόμη ὁ κλινικὸς θάνατος. Ποιὸς δύναται νὰ γνωρίζει τὴ διάρκεια αὐτοῦ τοῦ συντόμου διαστήματος ποῦ μεσολαβεῖ μεταξὺ ἐγκεφαλικοῦ καὶ κλινικοῦ θανάτου; Στὴ διεθνῆ βιβλιογραφία ἀναφέρονται περιπτώσεις διαβιώσεως μέχρι καὶ 201 ἡμερῶν.<sup>177</sup> Οἱ «ἐγκεφαλικά νεκροὶ» δὲν εἶναι θανόντες, ἀλλὰ εὐρίσκονται καθ' ὁδὸν πρὸς τὸν θάνατο.<sup>178</sup>

---

<sup>175</sup> Capron 2001, p. 1244.

<sup>176</sup> Taylor 1997, p. 268.

<sup>177</sup> Μητροπολίτης Γλυφάδος Παῦλος 2008, σ. 2.

<sup>178</sup> Διακήρυξη ἐπιστημόνων- Sraemann.

	φυτική κατάσταση	κώμα	«έγκεφαλικός θάνατος»
συνείδηση (awareness)	άπουσα	άπουσα	άπουσα
έγρήγορη- άνοιγμα όφθαλμών/wakefulness	παρούσα- αυτόματο	άπουσα- ποτέ, ούτε καν μέ όδυνηρό έρέθισμα	άπουσα-ποτέ
κύκλοι ύπνου- ξύπνιου	παρόντες	άπουσα	άπόντες
Η.Ε.Γ. δραστηριότητα	παρούσα - έπιβραδυνόμενη	παρούσα - με τήν έξαίρεση σοβαρού κώματος	άπουσα
άντανακλαστικά έγκεφαλικού στελέχους	παρόντα	παρόντα - με τήν έξαίρεση σοβαρού κώματος	άπόντα
αυτόματη άναπνοή	παρούσα	παρούσα - με τήν έξαίρεση σοβαρού κώματος	άπουσα

### Διαφορές τής φυτικής καταστάσης, του κώματος και του «έγκεφαλικού θανάτου»<sup>179</sup>

#### 3.4. Περί τής ακρίβειας, ασφάλειας και έπάρκειας τής διαγνωστικής μεθόδου

Ή διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου» είναι αυθαίρετη και πολλές φορές έπισφαλής.<sup>180</sup>

⌘ Άνεπάρκεια τής κλινικής εξέτάσεως: Τα κριτήρια τής Minnesota, τα όποια έχουν γίνει άποδεκτά και στην Έλλάδα, περιορίζουν τή διαγνωστική εξέταση για τή διαπίστωση του «έγκεφαλικού θανάτου» μόνο στις κλινικές δοκιμασίες. Έξάλλου, και στα περισσότερα άλλα σύνολα κριτηρίων,

<sup>179</sup> Morioka.

<sup>180</sup> Τσιούτσικας κ. ά. 2004.



ύποχρεωτική για τή διάγνωση τοῦ «έγκεφαλικοῦ θανάτου» εἶναι συνήθως μόνο ἡ κλινική νευρολογική εξέταση τοῦ ἀσθενοῦς. Μὲ τήν κλινική, ὅμως, νευρολογική εξέταση δὲν εἶναι δυνατὸ νὰ ἐλεγχθοῦν μεγάλες περιοχὲς τοῦ ἐγκεφάλου, ὅπως ὁ μετωπιαῖος, βρεγματικός, κροταφικός καὶ ἰνιακὸς λοβὸς τῶν ἐγκεφαλικῶν ἡμισφαιρίων, τὰ βασικά γάγγλια, ἡ παρεγκεφαλίδα, ὁ θάλαμος καὶ ἄλλες ὑποφλοιϊκὲς δομές, ὅπως ὁ ἄξονας ὑποθαλάμου-ὑπόφυσης.<sup>181</sup>

Πρέπει νὰ ἐπισημανθεῖ ὅτι δὲν ὑπάρχει ἡ δυνατότητα μὲ ὅποιονδήποτε συνδυασμὸ κλινικῶν κριτηρίων νὰ διαπιστωθεῖ ἡ ὕπαρξη διαχύτως κατεστραμμένου ἐγκεφάλου πρὸ τῆς καρδιακῆς παύσεως, ἀκόμη καὶ ἂν χρησιμοποιηθοῦν οἱ πλέον σύγχρονες παρακλινικὲς μέθοδοι γιὰ τή διάγνωση τοῦ «έγκεφαλικοῦ θανάτου», διότι καμμία μέθοδος μέχρι σήμερα δὲν ἔχει τέτοια εἰδικότητα στὴ διάγνωση τοῦ «έγκεφαλικοῦ θανάτου», ὥστε νὰ εἶναι ἀποδεκτὴ ὡς ἀδιάψευστο κριτήριον γιὰ τήν ἀναγγελία τοῦ θανάτου στὴν καθημερινὴ κλινικὴ πράξη.<sup>182</sup>

Τὰ κλινικὰ σημεῖα τοῦ «έγκεφαλικοῦ θανάτου», ἰδιαίτερα ὅταν εἶναι ἀποτέλεσμα ὑποξικῆς βλάβης, εἶναι ἀνεπαρκῆ γιὰ τή διερεύνηση ὄλων τῶν ὁδῶν τῶν διερχομένων διὰ τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους. Κάποιες ὁδοὶ εἶναι δυνατὸν νὰ ἐλεγχθοῦν μὲ τὰ προκλητὰ δυναμικὰ ἀλλὰ ὄχι κλινικῶς. Ἀπαιτοῦνται, δηλαδή, γιὰ τή διάγνωση τοῦ «έγκεφαλικοῦ θανάτου» καὶ ἐπιβεβαιωτικὲς δοκιμασίες πέραν τῆς κλινικῆς εξέτασεως, σὲ ποσοστὸ 42 ἕως 65% τῶν ἀσθενῶν, παρὰ τὴ διαδεδομένη ἀποψη ὅτι ἐπαρκεῖ ἡ κλινικὴ εξέταση, ἐκτὸς καὶ ἂν ὑπάρχουν παραπλανητικὲς καταστάσεις λόγω φαρμάκων, ὑποθερμίας ἢ μεταβολικῶν διαταραχῶν.<sup>183</sup>

⌘ Τὰ κλινικὰ κριτήρια εἶναι ἀσυνεπῆ, ἂν καὶ θὰ ἔπρεπε νὰ εἶναι ὁμοιόμορφα.<sup>184</sup> Δὲν ὑπάρχει παγκόσμια ὁμοφωνία γιὰ τὰ διαγνωστικὰ κριτήρια.<sup>185</sup>

⌘ Ἡ ἐπιβεβαίωση τῶν διαγνωστικῶν κριτηρίων μὲ στατιστικὸ τρόπο εἶναι πρακτικὰ ἀδύνατη, μὲ μαθηματικὴ ἀπόδειξη.<sup>186</sup> Γιὰ τήν πραγματοποίησι μιᾶς τέτοιας ἔρευνας θὰ ἀπαιτοῦνταν πληθυσμὸς πολλαπλάσιος ἀπὸ αὐτὸν ποὺ θὰ συμμετεῖχε σὲ μιὰ ρεαλιστικὴ μελέτη καὶ ὁ χρόνος παρατήρησης θὰ ἦταν πολλαπλάσιος τοῦ χρόνου ποὺ θὰ χρησίμευε γιὰ μεταμόσχευση

<sup>181</sup> Doig & Burgess 2003, p. 727.

<sup>182</sup> Καρακατσάνης 2008, σσ. 179- 180.

<sup>183</sup> Facco et al. 1998, p. 912 καὶ Καρακατσάνης, Τσανάκας, σ. 110.

<sup>184</sup> Doig.

<sup>185</sup> Διακήρυξη ἐπιστημόνων 2005, σ. 6.

<sup>186</sup> Shewmon 1997, p. 53.

ὀργάνων. Ἐφ' ὅσον, λοιπόν, τὰ διαγνωστικὰ κριτήρια ὄχι μόνο δὲν ἔχουν ἐπιβεβαιωθεῖ, ἀλλὰ καὶ εἶναι ἀδύνατον νὰ ἐπιβεβαιωθοῦν, ἡ ἐφαρμογή τους σὲ βρέφη εἶναι ἐμπειρικὰ ἀβάσιστη καὶ ἠθικὰ ἐπισηφιλῆς.<sup>187</sup>

- ⌘ Οἱ ἀπεικονιστικὲς μέθοδοι εἶναι χρήσιμες γιὰ τὸν ἐντοπισμὸ φαρμάκων, ἀλλὰ δὲν ἀνιχνεύουν κάποιες τοξίνες, ὅπως τὴν κυανίνη, τὸ λίθιο καὶ τὴ φεντανύλη.
- ⌘ Ἀπὸ τὶς διαθέσιμες, σήμερα, νευροφυσιολογικὲς δοκιμασίες, οὐδεμία ἔχει 100% θετικὴ προγνωστικὴ ἀξία (πιθανότητα ὑπαρξῆς νόσου δεδομένου τοῦ θετικοῦ ἀποτελέσματος τῆς δοκιμασίας) στὴ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», ἡ ὁποία, ὅμως, εἶναι ἀπαραίτητη γιὰ τὴν ἀναγγελία τοῦ θανάτου τοῦ ἀνθρώπου.

δοκιμασία	εὐαισθησία (%)	ἐξειδίκευση (%)
Η.Ε.Γ.	90	90
ἐνδοκρανιακὸ Doppler	95	99
ἐξωκρανιακὸ Doppler	74	μὴ ἀποδεκτὴ
ΗΜΡΑΟ	95	100

### **Ἡ εὐαισθησία καὶ ἡ ἐξειδίκευση τῶν ἐπιβεβαιωτικῶν τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» δοκιμασιῶν<sup>188</sup>**

- ⌘ Θεωρεῖται ὅτι ἡ ἀνάδειξη Η.Ε.Γ. σιγῆς ἢ ἡ ἔλλειψη ἀπεικόνισης τῆς ἐγκεφαλικῆς κυκλοφορίας μὲ τὴν ραδιοϊσοτοπικὴ ἀγγειογραφία, ἐπιβεβαιώνουν τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο» τοῦ ἀσθενοῦς. Ἔχει ὠστόσο διαπιστωθεῖ ἀπουσία ἐγκεφαλικῆς αἱματικῆς ροῆς μὲ ὑπολειπόμενη ἠλεκτροεγκεφαλογραφικὴ δραστηριότητα σὲ «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» ἐνήλικες<sup>189</sup> καὶ σὲ νεογνὰ (σὲ ποσοστὸ 58%), ἐγκεφαλικὴ αἱματικὴ ροὴ μὲ Η.Ε.Γ. σιγὴ (στὸ ἕνα τρίτο τῶν ὑπὸ ἐξέταση νεογνῶν) ἢ ἀπουσία καὶ ἐγκεφαλικῆς αἱματικῆς ροῆς καὶ Η.Ε.Γ. δραστηριότητας σὲ «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» παιδιατρικοὺς

<sup>187</sup> ἔ.ἀ., p. 54.

<sup>188</sup> Plum, p.44.

<sup>189</sup> Grigg et al. 1987, p. 953.

ασθενείς.<sup>190</sup> Συνεπώς, καμμία από τις προαναφερθείσες παραμέτρους δεν διασφαλίζει τη διάγνωση της παύσης όλων των λειτουργιών ολόκληρου του έγκεφαλου.<sup>191</sup>

- ⌘ Ἡ διακοπή τῆς ἐγκεφαλικῆς αἱματικῆς ροῆς δὲν ἀποτελεῖ ἀσφαλῆ μαρτυρία τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» οὔτε ἀπαραίτητη προϋπόθεση τῆς ὑπαρξῆς του.
- ⌘ Κατόπιν μελέτης ἐπὶ 503 ἀσθενῶν, διαπιστώθηκε ὅτι δὲν ὑπῆρχε σταθερὴ συσχέτιση μεταξὺ τῆς διαγνώσεως τοῦ ἐγκεφαλικοῦ θανάτου (μὲ ὁποιοσδήποτε συνδυασμοὺς κριτηρίων) καὶ τῆς διάχυτης καταστροφῆς τοῦ ἐγκεφαλοῦ πρὶν ἀπὸ τὴν καρδιακὴ παύση.<sup>192</sup>
- ⌘ Ἡ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» γίνεται μὲ τὴν ἀξιολόγηση ἐνὸς συνόλου παθογνωμονικῶν, ἐργαστηριακῶν καὶ κλινικῶν εὐρημάτων, πὺ δὲν εἶναι ποσοτικῶς μετρήσιμα ἀλλὰ ποιοτικῶς ἀξιολογήσιμα.
- ⌘ Κριτικὴ τῶν κριτηρίων τοῦ 1968: Ἡ παρουσίαση τῶν κριτηρίων ἔγινε σὲ μορφή ἀφηγηματικῆ, καὶ ὄχι ἀλγοριθμικῆ, χωρὶς νὰ καθορίζει βασικὲς παραμέτρους, ὅπως τὴ διάρκεια τοῦ ΗΚΓ.
- ⌘ Στὰ κριτήρια τοῦ 1981 ὑπάρχει ἡ φράση: «Οἱ ἰατρικὲς περιστάσεις μπορεῖ νὰ ἀπαιτοῦν ἐπιβεβαιωτικὲς μελέτες, ὅπως Η.Ε.Γ. ἢ μελέτη τῆς αἱματικῆς ροῆς», χωρὶς νὰ καθορίζονται αὐτὲς οἱ περιστάσεις. Τὰ κριτήρια αὐτὰ παρουσιάζονται σὲ μορφή μερικῶς ἀφηγηματικῆ, μερικῶς ἀλγοριθμικῆ, κάτι πὺ δηλώνει βελτίωση σὲ σχέση μὲ τὰ κριτήρια τοῦ 1968, ἂν καὶ ὑπάρχουν ἀκόμη περιθώρια ἐρμηνείας γιὰ τὸ τί γίνεται καὶ πότε.

### **3.5. Περὶ τῶν ἀκαθόριστων διαδικασιῶν καὶ περὶ τῶν μὴ προσδιορισμένων τιμῶν ἐλέγχου πὺ χρησιμοποιοῦνται σὲ αὐτές.**

- ⌘ Οἱ ἐξετάσεις τῆς ἐγκεφαλικῆς λειτουργίας, τῆς φλοικῆς καὶ τῆς ὑποφλοικῆς, δὲν εἶναι σαφῶς ὀρισμένες.

---

<sup>190</sup> Ashwal et al. 1989, p. 431.

<sup>191</sup> Ἰνδεικτικὰ Grigg, αὐτόθι καὶ Kohrman & Spivack 1990, p. 47.

<sup>192</sup> Molinary 1980.

## **A. Για τη δοκιμασία τής άπνοιας**

### **1. Χρονική διάρκεια**

Δέν υπάρχει όμοφωνία για τή διάρκεια τής άποσύνδεσης άπό τόν άναπνευστήρα κατά τήν έκτέλεση τής δοκιμασίας τής άπνοιας. ΈΗ ad hoc έπιτροπή του Harvard τήν είχε όρίσει ίση με τρία λεπτά, οί Mohandas & Chou ίση με τέσσερα λεπτά, ένώ ή συνήθης πρακτική σήμερα είναι ή άποσύνδεση άπό τον άναπνευστήρα για 10 min.<sup>193</sup> Έπισημαίνεται ότι ό άπαιτούμενος χρόνος πρός έπιβεβαίωση τής άπνοιας μπορεί να είναι μεγαλύτερος, έως και 20 λεπτά.<sup>194</sup>

### **2. Τιμή τής μερικής πίεσεως του CO<sub>2</sub>**

Προαναφέρθηκε ήδη ή έλλειψη όμοφωνίας για τò πότε μπορεί να λήξει ή δοκιμασία τής άπνοιας: στις περισσότερες χώρες θεωρείται ότι έπιβεβαιώνεται, όταν ή μερική πίεση του CO<sub>2</sub> φθάσει τὰ 60 mmHg (τήν τιμή τής πίεσεώς του στο άρτηριακό αίμα, τήν άπαραίτητη για τή διέγερση του άναπνευστικού κέντρου). Έχουν, όμως, δημοσιευτεί στή βιβλιογραφία περιπτώσεις άσθενών που άνέκτησαν τήν λειτουργία τής άναπνοής σε ύψηλότερες τιμές μερικής πίεσης του CO<sub>2</sub>.<sup>75</sup>

Συγκεκριμένα, σ' ένα τετράχρονο «έγκεφαλικά νεκρό» παιδι με όγκο στον όπίσθιο έγκέφαλο, ό ούδός του CO<sub>2</sub> για τή διέγερση του άναπνευστικού του κέντρου ήταν 91 mmHg.<sup>195</sup> Σε έρευνα κατά τήν όποία έρωτήθηκαν 53 διευθυντές Μ.Ε.Θ., 10% αυτών άπάντησαν ότι «έγκεφαλικά νεκροί» άσθενείς άνέλαβαν αυτόματη άναπνοή κατά τή δοκιμασία τής άπνοιας σε τιμές μερικής πίεσης του CO<sub>2</sub> πολυ μεγαλύτερες άπό 60 mmHg. Αυτόι που διεξήγαγαν τήν συγκεκριμένη έρευνα, μαρτυρούν δύο άκόμη περιστατικά «έγκεφαλικά νεκρών» άσθενών, χωρίς μεταβολική άλκάλωση, οί όποιοι άνέπνευσαν σε τιμές CO<sub>2</sub> πολυ ύψηλότερες τών 60 mmHg.<sup>196</sup> Έπίσης, σε άσθενείς με χρόνια

---

<sup>193</sup> Καρακατσάνης, Τσανάκας, σ. 109.

<sup>194</sup> Brust 1995, σ. 26.

<sup>195</sup> Vardis, Pollack 1998, pp. 1917- 8.

<sup>196</sup> Brill, Bigos 2000.

ύπερκαπνία, ή τιμή- στόχος τών επιπέδων του CO<sub>2</sub> δύναται νά είναι ύψηλότερη τών 60 mmHg.

Στίς Η.Π.Α., ό ούδός τής μερικής πίεσης του CO<sub>2</sub> στο άρτηριακό αίμα όρίζεται στα 60 mmHg, στον Καναδά στα 50 έως 55, ενώ στη Μ. Βρετανία στα 50 mmHg.<sup>197</sup> Έφ' όσον, όμως, μαρτυρούνται περιπτώσεις ανάκτησης τής άναπνοής σε σημαντικά ύψηλότερες τιμές από αυτά τά όρια, πολλοί συγγραφείς εισηγούνται τή συνέχιση τής δοκιμασίας τής άπνοιας, έως ότου ή μερική πίεση του CO<sub>2</sub> ύπερβεί τά 90,<sup>198</sup> ή και 100 mmHg.<sup>199</sup>

Έν κατακλείδι, ό καθηγητής Wijdicks γράφει, έκπροσωπώντας τήν Άμερικανική Νευρολογική Έταιρεία, ότι τά δεδομένα της δοκιμασίας τής άπνοιας είναι έλλιπή, όποτε άπαιτείται προσεκτική εκτίμηση τών άναπνευστικών προσπαθειών και του επιπέδου τής μερικής πίεσης του CO<sub>2</sub> στο όποιο επισυμβαίνει ή άπνοια.<sup>200</sup> Ό ίδιος αναφέρει ότι τό 41% τών 79 έκπροσώπων διαφορετικών χωρών άπάντησαν σε σχετική έρώτηση, ότι ή δοκιμασία τής άπνοιας διενεργείται χωρίς μέτρηση του επιπέδου τής μερικής πίεσης του CO<sub>2</sub> του άρτηριακού αίματος.<sup>201</sup>

### 3. Άλλες άμφιβολίες

Η δοκιμασία τής άπνοιας εφαρμόζεται μόνο στο 59% τών χωρών.<sup>202</sup> Πρόκειται για τήν πιό δύσκολη, χρονοβόρα και δυνητικά έπιβλαβή κλινική δοκιμασία για τή διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου». Μπορεί νά έπιφέρει υπόταση, ύπερκαπνία, ύποξία, όξέωση, καρδιακή άρρυθμία ή άσυστολία.<sup>203</sup> Οι έπιπλοκές της αναλύονται στη συνέχεια λεπτομερέστερα (ύποενότητα 3.13<sup>A</sup>).

---

<sup>197</sup> Vardis & Pollack 1998, pp. 1917- 8.

<sup>198</sup> Brill, Bigos 2000.

<sup>199</sup> Vardis & Pollack 1998, pp. 1919.

<sup>200</sup> Wijdicks 1995.

<sup>201</sup> του ίδιου 2002, σ. 21.

<sup>202</sup> Καρακατσάνης, Τσανάκας 2002, σ. 127.

<sup>203</sup> Machado, p. 84.

## **B. Άδυναμία διασφάλισης τής μη αναστρεψιμότητας του «έγκεφαλικού θανάτου»**

Τὰ χρονικά ὄρια πού διασφαλίζουν τή μη αναστρεψιμότητα τής κατάστασης τοῦ ἀσθενοῦς εἶναι ἀτεκμηρίωτα στίς περιπτώσεις τόσο τῶν παιδιῶν, ὅσο καί τῶν ἐνηλίκων.<sup>204</sup> Εἰδικότερα, γιά τή χρονική περίοδο παρακολούθησης παιδιατρικῶν ἀσθενῶν προκειμένου νά διαγνωστεῖ ὁ «έγκεφαλικός θάνατος», ἔχουν προταθεῖ διάφορες τιμές,<sup>205</sup> οἱ ὁποῖες, ὅμως, ἐπικρίνονται ὡς αὐθαίρετες καί μὴ ἔχουσες σαφή καί πραγματική κλινική ἀξία.<sup>206</sup> Διαφαίνεται ἔτσι ὅτι οἱ συνθῆκες τεκμηρίωσης τής μη αναστρεψιμότητας τής κλινικῆς καταστάσεως τοῦ ἀρρώστου (τεκμηρίωση ἢ ὁποῖα ἀποτελεῖ ἀναγκαία προϋπόθεση γιά τή διάγνωση τοῦ «έγκεφαλικού θανάτου» του), εἶναι ἐπιστημονικά ἀναπόδεικτες.

Ἡ μὴ αναστρεψιμότητα ἀποτελεῖ πρόγνωση καί ὄχι γεγονός ὑποκείμενο σέ ἰατρική παρατήρηση. Ὑπάρχουν συντριπτικὲς ἰατρικὲς καί ἐπιστημονικὲς ἀποδείξεις ὅτι ἡ πλήρης καί μὴ αναστρέψιμη παύση ὅλης τής ἐγκεφαλικῆς δραστηριότητας (τοῦ ἐγκεφάλου, τής παρεγκεφαλίδας καί τοῦ στελέχους τοῦ ἐγκεφάλου) δὲν ἀποτελεῖ ἀπόδειξη θανάτου. Ἡ πλήρης παύση τής ἐγκεφαλικῆς δραστηριότητας δὲν μπορεῖ νά ἀξιολογηθεῖ ἐπαρκῶς. Ἡ διάγνωση τοῦ θανάτου μόνο μὲ νευρολογικὰ κριτήρια ἀποτελεῖ θεωρία καί ὄχι ἐπιστημονικὸ γεγονός, καί δὲν ἐξαλείφει τὴν ὑπόθεση ὑπαρξῆς ζωῆς.

Ἡ μὴ αναστρεψιμότητα τοῦ «έγκεφαλικού θανάτου» δὲν μπορεῖ νά χρησιμοποιηθεῖ ὡς βάση γιά τὸν ὀρισμὸ τοῦ θανάτου, πού εἶναι ἓνα ἀντικειμενικὸ βιολογικὸ γεγονός. Τὸ αναστρέψιμο ἢ μὴ, μιᾶς κατάστασης, ἔχει νά κάνει μὲ τὸ χῶρο καί τὸ χρόνο. Μιὰ κατάσταση πού εἶναι σήμερα αναστρέψιμη μπορεῖ στὸ παρελθὸν νά μὴν ἦταν, καί μιὰ μὴ αναστρέψιμη σήμερα μπορεῖ αὔριο νά γίνεῖ αναστρέψιμη. Ἐπίσης, μιὰ κατάσταση μπορεῖ νά εἶναι αναστρέψιμη σὲ ἓναν τόπο καί μὴ αναστρέψιμη σὲ ἓναν ἄλλο. Ἄρα ἡ αναστρεψιμότητα εἶναι μιὰ σχετικὴ κατάσταση, πού δὲν μπορεῖ νά χρησιμοποιηθεῖ γιά τὸν ὀρισμὸ τοῦ ἀντικειμενικοῦ γεγονότος τοῦ θανάτου.<sup>207</sup>

---

<sup>204</sup> Freeman, Ferry 1988, p. 302.

<sup>205</sup> Task force for the determination of brain death in children 1987, p. 277.

<sup>206</sup> Banasiak, Lister 2003, p. 289.

<sup>207</sup> Hershenov 2003. καὶ παναγόπουλος, σ/78.

### 3.6. Περί τοῦ ἂν ἡ κατάρτιση τοῦ ἱατρικοῦ καὶ παραϊατρικοῦ προσωπικοῦ ἐξασφαλίζει τὴ σωστὴ ἐφαρμογὴ τῶν ὁδηγιῶν- λάθη ἱατρῶν

Τὸ ἱατρικὸ προσωπικὸ, ἀκόμη καὶ στὶς Μ.Ε.Θ., δὲν κατανοεῖ μὲ ἀκρίβεια οὔτε ἐφαρμόζει μὲ συνέπεια τὰ κριτήρια διάγνωσης τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου».

- ⌘ Εἰδικότερα, σὲ ἐκπονηθεῖσα ἔρευνα διαπιστώθηκε ὅτι μόνον 64% τοῦ ἱατρικοῦ καὶ 28% τοῦ παραϊατρικοῦ προσωπικοῦ ἀνεγνώρισαν ὀρθὰ τὰ κλινικὰ κριτήρια γιὰ τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο» καὶ κατέταξαν ὀρθὰ τοὺς ἀσθενεῖς στὶς κατηγορίες τῶν νεκρῶν καὶ τῶν ζώντων.<sup>208</sup>
- ⌘ Τὸ 1989, σὲ μελέτη ποὺ ἀφοροῦσε ἱατροὺς καὶ νοσοκόμους ἐμπλεκόμενους στὴ λήψη ὀργάνων γιὰ μεταμόσχευση, διαπιστώθηκε ὅτι μόνον τὸ 42% τῶν ἱατρῶν καὶ τὸ 25% τῶν νοσοκόμων ταυτοποιοῦσαν σωστὰ τὰ νομικὰ καὶ ἱατρικὰ κριτήρια γιὰ τὸν προσδιορισμὸ τοῦ θανάτου, διαπίστωση ἀποκαλυπτικὴ τῆς σύγχυσης ποὺ ὑπάρχει γιὰ τὸ θέμα αὐτό.<sup>209</sup>
- ⌘ Τὸ ἴδιο ἔτος, σὲ ἄλλη ἔρευνα βρέθηκε ὅτι μόνον τὸ 35% γνώριζαν τὸ κριτήριον τοῦ θανάτου ὄλου τοῦ ἐγκεφάλου καὶ ἦταν ἱκανοὶ νὰ τὸ ἐφαρμόσουν, προκειμένου νὰ ἀναγνωρίσουν τὴν κατάστασιν τῶν ἀσθενῶν σύμφωνα μὲ τὰ ὀρισθέντα ὑπὸ τοῦ νόμου.<sup>210</sup>
- ⌘ Σὲ πιὸ πρόσφατη μελέτη τοῦ 1999, μόνον τὸ 39% τῶν παιδίατρων ὄριζαν σωστὰ τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο», ἐνῶ οἱ νευρολόγοι καὶ νεογνολόγοι ἦταν λιγότερο ἀκριβεῖς ἀπὸ τοὺς παιδιατρικοὺς ἐντατικολόγους στὸν σωστὸ ὀρισμὸ τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» καὶ τὸν καθορισμὸ τῆς ἀναγκαιότητας ἢ μὴ τῶν ἐπιβεβαιωτικῶν δοκιμασιῶν.<sup>211</sup>
- ⌘ Σὲ σύνολο 93 «ἐγκεφαλικά νεκρῶν» παιδιατρικῶν ἀσθενῶν, διαπιστώθηκε, μετὰ ἀπὸ προσεκτικὴ νευρολογικὴ ἐξέταση, ὅτι ἡ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» ἦταν ἐσφαλμένη στο 22% τῶν περιπτώσεων· τὸ ἀποτέλεσμα ἦταν ὅτι δὲν ἀφαιρέθηκαν τελικὰ τὰ ὄργανα, παρότι οἱ γονεῖς εἶχαν συγκατατεθεῖ σ' αὐτό.<sup>212</sup>

---

<sup>208</sup> Mernoff 2003

<sup>209</sup> Youngner SJ, Landefeld CS, Culton CJ et al, «“Brain death” and organ retrieval», JAMA 1989, 261: 2205- 2210.

Καρακατσάνης, Μπαλαμοῦτσος 1999.

<sup>210</sup> Youngner et al. 1989.

<sup>211</sup> Van Norman 2000.

<sup>212</sup> Wijdicks et al. 1999.



- ⌘ Ἄλλοι συγγραφεῖς παρατηροῦν πὼς δὲν ἔχει πρόσφατα ἐλεγχθεῖ ἡ ἱκανότητα τῶν ἱατρῶν νὰ προσδιορίζουν τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο».<sup>213</sup>
- ⌘ Σὲ ἔρευνα πὸν ἀφοροῦσε σὲ 79 χῶρες, ἀποδείχθηκε ὅτι σὲ ποσοστὸ 41%, ἡ δοκιμασία τῆς ἀπνοίας γίνεται χωρὶς νὰ μετρᾶται τὸ ἐπίπεδο τῆς μερικῆς πίεσης τοῦ CO<sub>2</sub> τοῦ ἀρτηριακοῦ αἵματος.<sup>214</sup>
- ⌘ Γενικότερα, διαπιστώνεται μεγάλη ἀπόκλιση στὴν ἐφαρμογὴ τῶν ὀδηγιῶν διαγνώσεως τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» στὶς Η.Π.Α.,<sup>215</sup> γεγονὸς πὸν ἐπιβάλλει τὴν ἀνάγκη ἐπανεκτιμήσεως τοῦ θέματος τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου».
- ⌘ Τὸ γεγονὸς ὅτι ἐπέζησαν ἄνθρωποι πὸν διεγνώσθη ὅτι ὑπέστησαν νέκρωση τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους καὶ χαρακτηρίσθησαν ὡς «ἐγκεφαλικά νεκροί», εἶναι δυνατὸν νὰ ὀφείλεται στὶς κάτωθι αἰτίες: ἐσφαλμένη ἢ ἐσπευσμένη διάγνωση, μὴ τήρηση τοῦ ὄρου τῆς ἐπαναλήψεως τῶν δοκιμασιῶν κατόπιν κάποιου χρονικοῦ διαστήματος, πρὸς ἐπιβεβαίωση τῆς ὀρθότητος τῆς διαγνώσεως.

### 3.7. Περὶ τῆς ποικιλίας τῶν κριτηρίων πὸν ὑπάρχουν

Ἀξιοσημεῖωτο εἶναι τὸ γεγονὸς ὅτι οἱ ἀπαραίτητες προϋποθέσεις ἐξασφάλισης τῆς διάγνωσης τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» προοδευτικὰ περιορίζονται. Πιὸ συγκεκριμένα, σύμφωνα μὲ τὴν ἐπιτροπὴ τοῦ Harvard τοῦ 1968, ἀπαραίτητη προϋπόθεση διάγνωσης τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» ἦταν τὸ ἀπνοϊκὸ κῶμα σὲ συνδυασμὸ μὲ τὴν κατάργηση τῆς λειτουργίας ὀλόκληρου τοῦ νευρικοῦ συστήματος (κεντρικοῦ καὶ περιφερικοῦ). Ἡ ἀμερικάνικη, ὁμως, ἐπιτροπὴ τοῦ 1981 ἐξείρεσε τὴ λειτουργία τοῦ περιφερικοῦ νευρικοῦ συστήματος, ἀρκοῦμενη, γιὰ τὴ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», στὴ μὴ ἀναστρέψιμη ἀπώλεια τῶν λειτουργιῶν μόνο τοῦ Κ.Ν.Σ. (δηλαδὴ τοῦ ἐγκεφάλου καὶ τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους). Ἐπίσης, περιόρισε τὰ ἀντανακλαστικὰ πὸν ἔπρεπε νὰ ἀπουσιάζουν στοὺς «ἐγκεφαλικά νεκρούς», στὰ ἀντανακλαστικὰ μόνο τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους, κάτι πὸν σχολιάστηκε ὡς αὐθαίρετο καὶ μὴ στηριζόμενο σὲ καμμία παθολογο-ἀνατομικὴ ἀρχή.<sup>216</sup>

<sup>213</sup> Wijdicks 2001, αὐτόθι.

<sup>214</sup> Wijdicks 2002, p. 21.

<sup>215</sup> Mejia & Pollack 1995, pp. 551-2.

<sup>216</sup> Veatch 1992, p. 184.



Δηλαδή, χρησιμοποιήθηκαν τὰ ἀντανακλαστικά τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους ὡς κατάλληλες δοκιμασίες γιὰ τὴ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», μὲ τὴν ἐξαίρεση τοῦ νωτιαίου μυελοῦ. Αὐτὸς ὁ διαχωρισμὸς τῆς λειτουργικότητας τοῦ Κ.Ν.Σ. στὰ ὄρια τοῦ ἄνω σημείου τοῦ νωτιαίου μυελοῦ καὶ τῆς βάσης τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους, δὲν κρίνεται ἰατρικῶς ἐπιτρεπτός.<sup>217</sup>

Τὸ 1971 οἱ Mohandas & Chou περιόρισαν ἀκόμη περισσότερο τὴ συνθήκη διάγνωσης τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», αὐτὴ τὴ φορὰ στὴ διαπίστωση τῆς μὴ ἀναστρέψιμης ἀπώλειας τῶν λειτουργιῶν μόνο τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους. Μεταξὺ τοῦ 1968 καὶ 1978 κοινοποιήθηκαν τουλάχιστον 30 ἀνόμοια σύνολα κριτηρίων, στὰ ὁποῖα ἀργότερα προστέθηκαν ἀκόμη περισσότερα. Ἀξιοσημείωτο εἶναι ὅτι κάθε νέο σύνολο κριτηρίων τείνει νὰ εἶναι λιγότερο αὐστηρὸ ἀπὸ τὰ προηγούμενα, ἐνῶ κανένα δὲν βασίζεται στὴν ἐπιστημονικὴ μέθοδο τῆς διατύπωσης ὑποθέσεων καὶ ἐπαλήθευσης αὐτῶν μέσω τῆς παρατήρησης.<sup>218</sup>

Ἔχει, ἐπίσης, διατυπωθεῖ ὁ ἰσχυρισμὸς ὅτι ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» ἐξισώνεται μὲ τὴν μὴ ἀναστρέψιμη ἀπώλεια τῆς συνείδησης (τὸν θάνατο τοῦ ἀνθρωπίνου προσώπου), ἀνεξάρτητα ἀπὸ τὴν ὕπαρξη ἢ μὴ βιολογικῶν ἐκδηλώσεων τῆς ζωῆς. Στὴ θέση τῶν ἰατρικῶν διαπιστουμένων σωματικῶν ἀλλαγῶν, τοποθετήθηκε ἡ φιλοσοφικὴ ἄποψη περὶ τῆς προσωπικότητας, κάτι ποῦ ἀμφισβητεῖται ἔντονα ἀπὸ τοὺς ἐπιστήμονες καὶ δὴ τοὺς ἰατροὺς.

Πέραν τῆς ἱστορικο- χρονικῆς διαφοροποίησης τῶν διαγνωστικῶν κριτηρίων (μείωσης καὶ ἐλαστικοποίησής τους), ὑπάρχουν σήμερα σημαντικὲς διαφορὲς στὶς προϋποθέσεις ποῦ θέτει κάθε χώρα γιὰ τὴ διαπίστωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», ὅσον ἀφορᾷ στὸν ἀριθμὸ καὶ τὴν εἰδικότητα τῶν ἰατρῶν, τὴ χρονικὴ διάρκεια παρατηρήσεως τοῦ ἀσθενοῦς καὶ τὴ χρήση ἐπιβεβαιωτικῶν δοκιμασιῶν.<sup>219</sup> Ἄν καὶ ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» θεωρεῖται ἀποδεκτός, ὡστόσο δὲν ὑπάρχει παγκόσμια συναίνεση γιὰ τὰ κριτήρια διάγνωσής του. Κατόπιν ἐξέτασης τῶν ὁδηγιῶν, γιὰ τὴ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», σὲ 80 χώρες, διεπιστώθη νομικὸ καθεστῶς γιὰ τὴ μεταμόσχευση ὀργάνων σὲ 55 μόνο ἀπὸ αὐτὲς (69%), ἐνῶ πρακτικὲς ὁδηγίες γιὰ τὴ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» σὲ ποσοστὸ 88%, ἐκ τῶν ὁποίων 50% ἀπαιτοῦσαν περισσότερους ἀπὸ ἓναν ἰατροὺς γιὰ τὴ διαπίστωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», καὶ ὅλες τους ἀπαιτοῦσαν τὴν ὕπαρξη μὴ ἀναστρέψιμου κώματος, τὴν ἀπουσία κάθε

---

<sup>217</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 102.

<sup>218</sup> Διακήρυξη ἐπιστημόνων, σ. 6.

<sup>219</sup> Haupt, Rudolf 1999.

κινητικής ανταπόκρισης, καθώς και την απουσία των αντανακλαστικών του έγκεφαλικού στελέχους.

Διαφορές υπήρχαν, επίσης, στον χρόνο παρατήρησης των «έγκεφαλικά νεκρών» και στην απαιτούμενη ειδικότητα των ιατρών που πραγματοποιούν την εξέταση. Η έκτέλεση επιβεβαιωτικών εργαστηριακών δοκιμασιών ήταν υποχρεωτική σε 28 από τις 70 σχετικές οδηγίες (δηλαδή, σε ποσοστό 40%). Διαπιστώνεται όμοφωνία, όσον αφορά στη νευρολογική εξέταση με εξαίρεση τη δοκιμασία της άπνοιας (ή όποια απαιτείται στο 59% των διαφόρων συνόλων των υπαρχόντων κριτηρίων).<sup>220</sup> Διαπιστώνεται ότι οι διαφορές των ποικίλων διαδικασιών διάγνωσης του «έγκεφαλικού θανάτου» στους ενήλικες είναι τεράστιες, αν και θα έπρεπε, κατά γενική παραδοχή, να όριστεί ένα ενιαίο πρότυπο.

Η διαφορά του όρισμού του «έγκεφαλικού θανάτου» σε Εύρώπη και Άμερική συνεπάγεται την έπιπλοκή, ένα άτομο που χαρακτηρίζεται ως «έγκεφαλικά νεκρό» στην Εύρώπη, να μην διαγιγνώσκειται ως τέτοιο στην Άμερική.<sup>221</sup> Όμως, είναι δύσκολο για μιὰ κοινωνία να αποδεχθεί ότι ένας άνθρωπος είναι ζωντανός σε έναν τόπο και νεκρός σε κάποιον άλλο.<sup>222</sup>

### **3.8. Καταστάσεις που δύνανται να απομιμηθούν την κλινική εικόνα του έγκεφαλικού θανάτου**

- ⌘ Σε καταστάσεις, όπου διακόπτονται προσωρινά ή μόνιμα οι άπαγωγές όδοι: όλική παράλυση, νευρομυϊκό αποκλεισμό, όξεια βλάβη της αύχενικής μοίρας του νωτιαίου μυελού, σοβαρή μυασθένεια ή σοβαρό σύνδρομο Guillain-Barré και έμφρακτο της γέφυρας που μπορεί να προκαλέσει τó σύνδρομο έγκλεισμού, καταργούνται οι κινητικές αποκρίσεις που έλέγχονται στη διαγνωστική εξέταση του «έγκεφαλικού θανάτου» και που προϋποθέτουν τή φυσιολογική λειτουργία του νωτιαίου μυελού και του Π.Ν.Σ.<sup>223</sup>
- ⌘ Λανθασμένη διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου» είναι πιθανή, σε περίπτωση που υπάρχει, αλλά δεν έχει αναγνωριστεί, ένα σύνδρομο, ύποθερμία

<sup>220</sup> Wijdicks 2002.

<sup>221</sup> Παναγόπουλος 2006.

<sup>222</sup> διακήρυξη έπιστημόνων 2005, σ. 7.

<sup>223</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 43.

( $\theta < 32,2^{\circ}\text{C}$ ), ύποθυροειδισμός ή φαρμακολογική δηλητηρίαση του ασθενούς (π.χ. με βαρβιτουρικά).

- ⌘ Τὸ ἀναστρέψιμο σύνδρομο Guillain- Barré περιλαμβάνει ὅλα τὰ περιφερικὰ καὶ κρανιακὰ νεῦρα. Ἡ πρόοδος του διαρκεῖ κάποιες ἡμέρες, ἐνὼ γνώση τοῦ ιστορικοῦ τοῦ ἀσθενοῦς θὰ ἔπρεπε νὰ ἀποτρέψει τὴν πιθανότητα λανθασμένης διάγνωσης «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου».<sup>224</sup>
- ⌘ Σύνδρομο Miller – Fisher:<sup>225</sup> Πρόκειται γιὰ μιὰ σπάνια, ἐπίκτητη ἀσθένεια ποὺ θεωρεῖται μιὰ διαφοροποίηση τοῦ συνδρόμου Guillain- Barré. Περιλαμβάνει ἕναν ἀφύσικο μυϊκὸ ἀποσυντονισμό, παράλυση τῶν μυῶν τῶν ὀφθαλμῶν καὶ ἀπουσία τῶν τενόντιων ἀντανακλαστικῶν. Μπορεῖ νὰ ἔχει προηγηθεῖ τῶν συμπτωμάτων μιὰ ἴωση, ἐνὼ ἄλλα συμπτώματα μπορεῖ νὰ εἶναι ἢ γενικευμένη μυϊκὴ ἀδυναμία καὶ ἢ ἀναπνευστικὴ ἀποτυχία. Τὰ περισσότερα ἄτομα, τὰ προσβεβλημένα ἀπὸ αὐτὸ τὸ σύνδρομο, ἔχουν ἕνα μοναδικὸ ἀντίσωμα ποὺ χαρακτηρίζει τὴν διαταραχὴ αὐτή. Θεραπεύεται μὲ ἐνδοφλέβια ἔνεση ἀνοσοσφαιρίνης ἢ πλασμαφαίρεση (ἀφαίρεση τῶν ἀντισωμάτων ἀπὸ τὸ αἷμα) καὶ ὑποστηρικτικὴ φροντίδα.
- ⌘ Ἡ ὑποθερμία, ἢ ὀφειλόμενη στὴν παρατεταμένη ἔκθεση σὲ ψυχρὸ περιβάλλον, μπορεῖ νὰ μιμηθεῖ τὴν ἀπουσία τῶν ἐγκεφαλικῶν λειτουργιῶν, προκαλώντας ἀπώλεια τῶν ἀντανακλαστικῶν τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους (σὲ θερμοκρασία σώματος  $\theta < 28^{\circ}\text{C}$ ), καὶ μυδρίαση- ἀπώλεια ἀντίδρασης στὸ φῶς (σὲ θερμοκρασία σώματος  $28 < \theta < 32^{\circ}\text{C}$ ),<sup>226</sup>
- ⌘ ὅπως, ἐπίσης, ἢ δηλητηρίαση μὲ ἄλκοὸλ καὶ ὁ τραυματισμὸς τῆς κεφαλῆς.
- ⌘ Καταπραϋντικοὶ ἢ ἀναισθητικοὶ παράγοντες μποροῦν νὰ ἀπομιμηθοῦν τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο», πλὴν ὀρισμένων λειτουργιῶν τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους- κυρίως τῆς ἀντίδρασης τῶν κορῶν στὸ φῶς- οἱ ὁποῖες παραμένουν ἄθικτες. Ἡ λήψη, ἀπὸ τὸν ἀσθενῆ πολὺ μεγάλων δόσεων φαρμάκων, μπορεῖ νὰ ὀδηγήσει σὲ μερικὴ ἀπώλεια τῶν ἀντανακλαστικῶν τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους: Ἐπὶ παραδείγματι, σὲ περιπτώσεις δηλητηρίασης μὲ βαρβιτουρικά ἢ ἀντικαταθλιπτικά, ἔχουν ἀναφερθεῖ περιπτώσεις «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» μὲ περιγραφὴ συνθηκῶν πανομοιότυπων μὲ αὐτὲς ποὺ προκαλοῦνται ἀπὸ δομικὲς κακώσεις.<sup>227</sup>
- ⌘ Πρωτογενεῖς ὑποσκηνίδιες βλάβες.

<sup>224</sup> Wijdicks 2001, p. 1218.

<sup>225</sup> [http://www.ninds.nih.gov/disorders/miller\\_fisher/miller\\_fisher.htm](http://www.ninds.nih.gov/disorders/miller_fisher/miller_fisher.htm)

<sup>226</sup> αὐτόθι.

<sup>227</sup> ξ. ἀ., p. 1220.

### 3.9. Έπιβίωση «έγκεφαλικά νεκρών» ατόμων

- ⌘ Ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια του «έγκεφαλικού θανάτου» επέζησαν πολύ περισσότερο από την προβλεπόμενη περίοδο έπιβίωσης, που είναι συνήθως μικρότερη των δύο εβδομάδων. Αναφέρονται περιπτώσεις ατόμων που έζησαν από 36 ημέρες έως 6 μήνες, καθώς και λίγες περιπτώσεις ασθενών που επέζησαν από 6 μήνες έως και 17 έτη, μετά τη διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου» τους.<sup>228</sup> Συνεπώς, ο «έγκεφαλικός θάνατος» δεν οδηγεί σε άμεση καρδιακή παύση.<sup>229</sup>
- ⌘ Σε περιπτώσεις βρεφών και νεογνών, αστόχησαν τα γνωστά κριτήρια του «έγκεφαλικού θανάτου» και οι ασθενείς αυτοί ανέκτησαν μέρος των λειτουργιών του έγκεφάλου.
- ⌘ Στη βιβλιογραφία αναφέρονται έπιβιώσεις «έγκεφαλικά νεκρών» ατόμων για χρονικό διάστημα μέχρι και 201 ημερών.<sup>230</sup>
- ⌘ Από έπισκόπηση 12219 άρθρων προέκυψε ότι έπτά «έγκεφαλικά νεκροί» ασθενείς επέζησαν τουλάχιστον έξι μήνες. Τρείς έξ αυτών, παιδιά, επέζησαν ο ένας 2,7 έτη, ο δεύτερος 5,1 έτη και ο τρίτος, την περίοδο που έλαβε χώρα ή έπισκόπηση, είχε ήδη ζήσει 16,5 έτη μετά τη διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου» τους. Ο τελευταίος διέμενε στο σπίτι του, όπου τρεφόταν με γαστροστομία, παρότι πολλαπλά Η.Ε.Γ. του ήσαν ισοηλεκτρικά, όπως και τα προκλητά δυναμικά του έγκεφαλικού στελέχους, ενώ ή άγγειογραφία άνε-δείκνυε την έλλειψη ένδοκρανιακής αίματικής ροής. Ο νευρο-άπεικονιστι-κός έλεγχος δείχνει ότι ή κρανιακή κοιλότητα ήταν πλήρης, με άποδιορ-γανωμένες μεμβράνες, πρωτεϊνούχα ύγρα και δυσδιάκριτα υπολείμματα έγκεφαλικών δομών.<sup>231</sup>
- ⌘ Στο τρίτο διεθνές συμπόσιο για το κώμα και το θάνατο, στην Άβάνα το 2000, ο Alan Shewmon παρουσίασε ένα βίντεο με ένα άγόρι που διαγνώσθηκε ως «έγκεφαλικά νεκρό» στην ήλικία των 4 ετών, και ζώντας με αναπνευστική ύποστήριξη μέχρι την ήλικία των 16 ετών, εμφάνισε τότε αυτόματο καρδιακό παλμό, παρότι ο έγκεφαλός του είχε παντελώς κατάστραφεί και ύγροποιηθεί.<sup>232</sup>

<sup>228</sup> Shewmon 1998, p. 1540.

<sup>229</sup> Truog & Fackler 1992.

<sup>230</sup> Molinary 1980.

<sup>231</sup> Shewmon 1998, p. 1540.

<sup>232</sup> Machado, p. 203.

- ⌘ Μία ἔγκυος πού εἶχε διαγνωσθεῖ ὡς ἐγκεφαλικά νεκρή, συνέχιζε τήν ἔγκυμοσύνη της μέ μηχανική ὑποστήριξη, παράγοντας μάλιστα καί μητρικό γάλα γιά τὸ ἀγέννητο παιδί της· αὐτὸ φανερώνει τήν ὕπαρξη ἐλάχιστης ἔστω ὁρμονικῆς παραγωγῆς στὸν ἐγκέφαλό της, ἢ ὁποία μέ τὴ σειρά της ἀποτελεῖ δεῖγμα λειτουργοῦντος ἐγκεφάλου.<sup>233</sup>
- ⌘ Σὲ μία ἔγκυο γυναῖκα πού εἶχε ὑποστεῖ ἔμφρακτο σὲ ὀλόκληρο τὸν ἐγκέφαλό της, διατηρήθηκε ἡ κυκλοφορία τοῦ αἵματος γιά ἑννέα ἐβδομάδες, προκειμένου νὰ διασφαλιστεῖ ἡ βιωσιμότητα τοῦ ἐμβρύου της.<sup>234</sup> Ἐνα ἄλλο δὲ «ἐγκεφαλικά νεκρὸ» ἄτομο ἔμεινε ζωντανὸ γιά 68 ἐβδομάδες.<sup>235</sup> Ἐπίσης, ἕνα παιδί πού πληροῦσε τὰ κριτήρια τοῦ θανάτου ὀλόκληρου τοῦ ἐγκεφάλου, ἐπιβίωσε σωματικά γιά 201 ἡμέρες.<sup>236</sup>
- ⌘ Ἀναφέρεται περίπτωση ἀσθενοῦς πού εἶχε χαρακτηριστεῖ ὡς «ἐγκεφαλικά νεκρός», ὁ ὁποῖος μετὰ ἀπὸ δώδεκα ὥρες ἐξῆλθε τοῦ νοσοκομείου.<sup>237</sup>
- ⌘ Γιατί ἐπέζησαν ἄνθρωποι πού διεγνώσθη ὅτι ὑπέστησαν νέκρωση τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους καὶ χαρακτηρίσθησαν ὡς «ἐγκεφαλικά νεκροί»;
  - ⌘ Μπορεῖ νὰ πρόκειται περὶ λανθασμένης διάγνωσης ἢ
  - ⌘ περὶ ἀνεπάρκειας τῶν κριτηρίων ἀσφαλοῦς διαγνώσεως τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» ἢ
  - ⌘ περὶ ἐσπευσμένης διάγνωσης ἢ
  - ⌘ περὶ ἀπουσίας τῆς τήρησης τοῦ ὅρου τῆς ἐπαναλήψεως τῶν δοκιμασιῶν, κατόπιν κάποιου χρονικοῦ διαστήματος, πρὸς ἐπιβεβαίωση τῆς ὀρθότητος τῆς διαγνώσεως ἢ
  - ⌘ περὶ τεχνασμάτων εἰκαζόμενης συναίνεσης- θεώρησης τοῦ σώματος τοῦ νεκροῦ ὡς κτῆμα τῆς κοινωνίας, πρὸς διάθεση γιά μεταμοσχεύσεις.

<sup>233</sup> Διακήρυξη ἐπιστημόνων 2005, σ. 7.

<sup>234</sup> Field et al. 1988.

<sup>235</sup> Parise et al. 1982.

<sup>236</sup> Rowland et al. 1983.

<sup>237</sup> Ἀβραμίδης 2005α, σ. 15.

### 3.10. Ένδειξεις μερικής λειτουργίας του έγκεφάλου και του έγκεφαλικού στελέχους σέ «έγκεφαλικά νεκρούς» ανθρώπους<sup>238</sup>

Τò πιò άμφιλεγόμενο ζήτημα στòν «έγκεφαλικò θάνατο» είναι ή έμφάνιση κλινικῶν σημείων πòυ συνιστοῦν κάποια ανάκτηση τῶν έγκεφαλικῶν λειτουργιῶν. Πολὺ λίγα δεδομένα είναι διαθέσιμα, ὅσον άφορᾶ στòυς άσθενεῖς πòυ άνακτοῦν τήν άναπνοή παρὰ τήν άπώλεια τῶν άλλων άντανακλαστικῶν τοῦ έγκεφαλικοῦ στελέχους· έάν κάτι τέτοιο ὄντως συμβεῖ, συμβαίνει στὴν άρχή τῆς δοκιμασίας καὶ τυπικὰ σέ μιὰ μερική πίεση τοῦ άρτηριακοῦ CO<sub>2</sub> περίπου ἴση με 60 mmHg (ή ὁποία χρησιμοποιεῖται ὡς μέση τιμή).<sup>239</sup>

Αὐτόματες άναπνευστικὲς προσπάθειες άποτελοῦν ένδειξη λειτουργίας ένòς τμήματος τοῦ έγκεφαλικοῦ στελέχους. Ὁ έγκέφαλος είναι τò ὄργανο τò πιò εὐαίσθητο στὴν ισχαιμία. Συνεπῶς, άκόμη καὶ σέ περίπτωση καρδιακῆς άνακοπῆς, έάν ή άνάνηψη έπαναφέρει γρήγορα τὸν καρδιακὸ παλμό- άλλὰ ὄχι άρκετὰ γρήγορα- μόνο ὁ έγκέφαλος θὰ τραυματιστεῖ πέρα άπὸ ένα κρίσιμο σημείο. Ἐνας νεκρὸς έγκέφαλος, λοιπόν, σέ ένα κατὰ τὰ άλλα σχετικὰ άθικτò σῶμα, είναι πολὺ συχνὸ φαινόμενο στὶς Μ.Ε.Θ. Ἡ δὲ άὐτοκαταστροφή τοῦ έγκεφάλου δέν είναι πάντα πλήρης: ὀρισμένα τμήματα τοῦ έγκεφαλικοῦ ιστοῦ ένδέχεται νὰ παραμένουν άρρωστα μέν, ὄχι πλήρως νεκρωμένα δὲ (πιθανὸν λόγω άνομοιογενειῶν τῆς ένδοκρανιακῆς πίεσης).

⌘ Από άπόψεως φυσιολογίας, οἱ «έγκεφαλικά νεκροὶ» άσθενεῖς (με πλήρη διακοπή τῆς λειτουργίας τοῦ έγκεφάλου) πρέπει νὰ είναι ίσοδύναμοι πρὸς τοὺς άσθενεῖς με ὑψηλή, πλήρη διατομή τοῦ νωτιαίου μυελοῦ. Σέ αὐτοὺς, ὄλα τὰ άντανακλαστικὰ τῶν σκελετικῶν μυῶν πòυ ὀλοκληρώνονται στò νωτιαῖο μυελό, είναι πλήρως κατηργημένα στὴν πρῶιμη φάση τῆς νωτιαίας καταπληξίας καὶ άποκαθίστανται μετὰ τήν πάροδο δύο έβδομάδων ἔως ὀλίγων μηνῶν. Τὶς πρῶτες ήμέρες μετὰ τήν πλήρη διατομή τῆς βλάβης τοῦ νωτιαίου μυελοῦ, οἱ άσθενεῖς πάσχουν άπὸ χαλαρὴ παράλυση.<sup>240</sup> Άντανακλαστικὰ τοῦ νωτιαίου μυελοῦ καὶ άὐτοματισμοὶ οὐδέποτε ἔχουν περιγραφεῖ σέ άσθενεῖς με ὑψηλὲς βλάβες τῆς άύχενικῆς μοίρας τοῦ νωτιαίου μυελοῦ.<sup>241</sup> Αὐτὰ τὰ έκλυόμενα άντανακλαστικὰ προσομοιάζουν πολὺ με στερεότυπες κινήσεις πòυ άγονται διὰ τοῦ έγκεφαλικοῦ στελέχους, ὅπως ή περιστροφή

<sup>238</sup> Shewmon 1997, p. 40.

<sup>239</sup> Ropper, Kennedy, Russell 1981.

<sup>240</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 16.

<sup>241</sup> Awada 1995, p. 588.

τῆς κεφαλῆς, ἢ ἔγερση καὶ κάμψη αὐτῆς καθὼς καὶ τοῦ σώματος, οἱ ὁποῖες κατορθώνονται, ὅταν λειτουργοῦν οἱ πυρῆνες τοῦ μεσεγκεφάλου καὶ τοῦ κατώτερου διεγκεφάλου πού τις ἐλέγχουν.<sup>242</sup> Στὴν κατάσταση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», κάθε αὐτόματη κίνηση ἢ ἐκλυόμενο ἀντανακλαστικὸ πρέπει νὰ ἀπουσιάζει. Παραταῦτα, ἔχουν παρατηρηθεῖ διάφορες κινήσεις σὲ «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» ἀσθενεῖς:

- ✝ τὸ σημεῖο τοῦ Λαζάρου, πού συνίσταται στὴν κάμψη τῶν ἀγκώνων καὶ τὴ βραδεῖα ἄνοδο τῶν βραχιόνων, ἢ
- ✝ κινήσεις τῶν ἄνω ἢ καὶ τῶν κάτω ἄκρων (κάμψη ἢ ἔκτασή τους), ἢ
- ✝ ἀπαγωγή τῶν βραχιόνων καὶ κάμψη τῶν ἀγκώνων, τῶν καρπῶν καὶ δακτύλων μετὰ ἀπὸ τὴν κάμψη τοῦ τραχήλου (ταχεῖα καὶ ἐπιμένουσα), ἢ
- ✝ κινήσεις τῆς κεφαλῆς με ἐκταση τοῦ βραχίονος, ἢ
- ✝ ταχεῖα κάμψη τῶν βραχιόνων με σταύρωμα τῶν χειρῶν πάνω στὸ στέρνο, ἢ
- ✝ κινήσεις τῶν χειρῶν πρὸς τὸν τράχηλο καὶ τὴν κάτω γνάθο με ἐπανατοποθέτησή τῶν χειρῶν στὴν κλίνη παράλληλα πρὸς τὸν ἐπιμήκη ἄξονα τοῦ σώματος,
- ✝ προσαγωγή τῶν ὤμων,
- ✝ κινήσεις πού προσομοιάζουν με βάδισμα ἢ ἐναγώνιο ἀναπνοή ἢ προσπάθεια σύλληψης τοῦ ἐνδοτραχειακοῦ σωλήνα.<sup>243</sup>

Ἐπὶ παραδείγματι, ἀναγράφεται ἡ περίπτωση μιᾶς 28χρονης «ἐγκεφαλικά νεκρῆς» γυναίκας πού ἐξέτεινε τὰ δύο ἄνω ἄκρα της καὶ διατήρησε τὰ χέρια της σὲ στάση προσευχῆς.<sup>244</sup> Συνεπῶς, ἐγείρεται ἡ ὑποψία τῆς πιθανῆς βιωσιμότητας αὐτῶν τῶν πυρῆνων τοῦ στελέχους σὲ «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» ἀσθενεῖς. Ἄν τὸ ἐγκεφαλικὸ στέλεχος ἦταν νεκρὸ, οἱ νευρικὲς ὁδοὶ θὰ εἶχαν διακοπεῖ πλήρως, ὅποτε θὰ ἦταν ἀδύνατον νὰ ἀναδυθοῦν τὰ νωτιαῖα ἀντανακλαστικά ἐντὸς ὀλίγων ὥρων, ὅπως συμβαίνει σὲ πολλοὺς «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» ἀσθενεῖς.<sup>245</sup> Συμπεραίνεται τοιοῦτοτρόπως ὅτι οἱ κατιοῦσες νευρικὲς ὁδοὶ δὲν ἔχουν πλήρως διακοπεῖ, καὶ ἐπομένως τὸ στέλεχος δὲν εἶναι νεκρὸ, τὸ ὁποῖο ἀκριβῶς ἀκυρώνει τὴ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου». Σημειώνεται ὅτι ὀρισμένα σημεῖα, ὅπως ἐπιληπτικοὶ σπασμοὶ (γενικευμένοι ἢ ἐστιακοί), ἢ παθολογικὲς στάσεις ἀποφλοίωσης ἢ ἀπεγκεφαλισμοῦ, εἶναι ἀσύμβατες με τὴ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου»· αὐτὲς ἀπο-

<sup>242</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 120.

<sup>243</sup> Wijdicks 1995, p. 1007.

<sup>244</sup> Mandel et al. 1982.

<sup>245</sup> Crenna et al. 1989.



κλείουν τὸν θάνατο τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους, διότι ἡ ὑπαρξή τους σημαίνει ὅτι διέρχονται νευρικὰ ἐρεθίσματα διὰ τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους. Σύμφωνα μὲ τὴν ἀγγλικὴ θεώρηση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου»- ἡ ὁποία ἔχει υἱοθετηθεῖ ἀπὸ τὸ ἡμέτερο ΚΕ.Σ.Υ.- εἶναι δυνατὸν οἱ αὐτόματες κινήσεις οἱ ὁποῖες προέρχονται ἀπὸ τὸν νωτιαῖο μυελό, νὰ συνυπάρχουν μὲ μιὰ ἀνεπα- νόρθωτη καταστροφή τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους.<sup>246</sup>

- ⌘ Περὶ τοῦ ἐὰν αὐτὲς οἱ κινήσεις ἀποτελοῦν νωτιαῖα ἀντανακλαστικά, ἔχει ἐπισημανθεῖ ἡ ἀνυπαρξία μαρτυρίας στὸν ἄνθρωπο, ὅτι δηλαδὴ μιὰ ὀξεῖα διατομὴ τοῦ νωτιαίου μυελοῦ παράγει αὐτὲς τὶς ἀποκρίσεις.<sup>247</sup> Ἐνας 63χρονος «ἐγκεφαλικά νεκρὸς» ἀσθενής, 5 ἕως 6 λεπτὰ μετὰ τὴν ἀποσύνδεση ἀπὸ τὸν ἀναπνευστήρα, σταύρωσε τὰ χέρια του στὸ στήθος καὶ ἄρχισε νὰ σηκώνεται. Μετὰ ἀπὸ 10 ἕως 15 λεπτά, ξαφνικὰ ὁ ἀριστερὸς βραχίονας προσήχθη πλήρως καὶ ὁ ἀσθενής ἔλαβε τὴν ὀριζόντια θέση. Ἄλλος «ἐγκεφαλικά νεκρὸς» ἀσθενής ἐξέτεινε μερικὲς φορὲς τὰ ἄνω ἄκρα ἀπὸ τοὺς ἀγκῶνες καὶ τοὺς καρπούς, κατόπιν ἐφαρμογῆς ὀδυνηρῶν ἐρεθισμάτων ἢ ἀγγίγματος. Ἐπίσης, ἔστρεψε τὴν κεφαλὴ του διαλειπόντως ἀπὸ τὴ μιὰ μεριά στὴν ἄλλη, μετὰ ἀπὸ ἐφαρμογὴ ἐρεθίσματος στὸ ἄνω τμήμα τοῦ σώματός του. Αὐτὲς δὲ οἱ κινήσεις ἐκδηλώνονταν μόνο, ὅταν ἦσαν παρόντες ἐπισκέπτες ἢ τὸ νοσηλευτικὸ προσωπικό. Ἐπίσης, σὲ πολλοὺς «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» ἀσθενεῖς ἔχουν παρατηρηθεῖ τετόνια ἀντανακλαστικά.<sup>248</sup> Σὲ πρόσφατη ἔρευνα ἐπὶ 107 ἀσθενῶν μὲ ἐπιβεβαιωμένη διάγνωση «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου»,<sup>249</sup> 47 ἐξ αὐτῶν (ποσοστὸ 44%) παρουσίασαν αὐτόματες ἢ ἀντανακλαστικὲς κινήσεις. Δώδεκα ἐξ αὐτῶν παρουσίασαν περισσότερους ἀπὸ ἕναν τύπο κινήσεων. Ἐντυπωσιακὸ εἶναι δὲ τὸ γεγονὸς ὅτι σὲ ἄλλη μελέτη, ὁ συνολικὸς ἀριθμὸς τῶν «ἐγκεφαλικά νεκρῶν» ἀσθενῶν ποὺ ἐμφάνιζαν κινήσεις, αὐξάνοταν μὲ τὸ πέρασμα τοῦ χρόνου, κατόπιν τῆς διαγνώσεως τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» τους.<sup>250</sup>
- Σὲ αὐτὸ τὸ σημεῖο πρέπει νὰ σημειωθεῖ καὶ ἡ ἄποψη ποὺ ἔχει ἐκφραστεῖ, ὅτι κάποιες ἀναπνευστικὲς προσπάθειες ποὺ θεωροῦνται ἐνδείξεις ζωτικότητας σὲ «ἐγκεφαλικά νεκρά» ἄτομα, ἔχουν ἀποδοθεῖ καὶ σὲ λανθασμένη ρύθμιση

<sup>246</sup> ΚΕ.Σ.Υ. 1985, σ. 8.

<sup>247</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 99.

<sup>248</sup> Αὐτόθι.

<sup>249</sup> Saposnik et al. 2005.

<sup>250</sup> Robert & Mumenthaler 1977.



(συγκεκριμένα, πολύ χαμηλωμένη) της αρχικής ευαισθησίας του αναπνευστήρα.<sup>251</sup>

Επίσης, αξιοσημείωτη είναι η διαφορά τῶν ἀντανακλαστικῶν κινήσεων ἀπὸ τὶς σκόπιμες. Αὐτὲς οἱ κινήσεις χαρακτηρίζονται ὡς σύνθετα νωτιαία ἀντανακλαστικά, ἢ ὑπαρξη τῶν ὁποίων θεωρεῖται, κατόπιν συναινέσεως, συμβατὴ μὲ τὴν ὑπαρξη «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», μολονότι δίνουν τὴ σαφῆ ἐντύπωση ὅτι ἐνέχουν κάποιον σκοπό.

✚ Τὸ ἐπιχείρημα ὅτι, ὅταν ὁ ἐγκέφαλος εἶναι νεκρός, δὲν παρέχει τὴν ἀναγκαία συντονιστικὴ δράση καὶ τὸ σῶμα δὲν μπορεῖ πλέον νὰ ἀντισταθεῖ στὶς δυνάμεις τῆς ἐντροπίας, ποὺ εὐνοοῦν τὴν ἀποσύνθεση, καταρρίπτεται ἀπὸ τὶς περιπτώσεις ἐπιβίωσης «ἐγκεφαλικά νεκρῶν» ἀσθενῶν ἕως καὶ 14 ἔτη. Συνεπῶς, ἀκόμη καὶ ἐὰν ἕνα ὀρισμένο ἐπίπεδο νευρολογικῆς λειτουργίας εἶναι ἀπαραίτητο γιὰ νὰ διατηρεῖ τὴ λειτουργία τοῦ ὀργανισμοῦ ὡς ἐνιαίου ὅλου, οἱ «ἐγκεφαλικά νεκροὶ» ἀσθενεῖς δὲν εὐρίσκονται ἀναγκαίως κάτω ἀπὸ αὐτὸ τὸ ἐπίπεδο.<sup>252</sup> Ἐπίσης, ἡ γέννηση ὑγιῶν νεογνῶν ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκρῶν» ἐγκύους, μέχρι καὶ 107 ἡμέρες κατόπιν τῆς διαγνώσεως τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», εἶναι ἕνα ἰσχυρὸ ἐπιχείρημα τῆς παρουσίας ἀπαρτιωτικῆς λειτουργίας τοῦ ὀργανισμοῦ, ἀπούσης τῆς ἐγκεφαλικῆς λειτουργίας.<sup>253</sup> Ἐχει ἐπισημανθεῖ ὅτι ἡ ἀπαρτιωτικὴ ἐνότητα τοῦ ἀνθρωπίνου σώματος, ὀφείλεται στὴν ἀμοιβαία δυναμικὴ ἀλληλεπίδραση τῶν μερῶν του, παρὰ στὸν κυρίαρχο ρόλο ἐνὸς κριτικοῦ ὀργάνου ἐπὶ τοῦ ἀθροίσματος τῶν ἰσθῶν καὶ τῶν ὀργάνων.<sup>254</sup> Ἐξάλλου, ἀπὸ τὶς περιπτώσεις «ἐγκεφαλικά νεκρῶν» ἀσθενῶν ποὺ ἐπιβιώνουν γιὰ μῆνες ἢ καὶ ἔτη, καὶ ποὺ ἔχουν βαριῆς παθολογο-ἀνατομικῆς ἀλλοιώσεις τῶν ἀνατομικῶν ἐγκεφαλικῶν δομῶν (ἕως ρευστοποιήσεως), συνάγεται ὅτι ὁ ἐγκέφαλος δὲν ἀποτελεῖ τὸ κριτικὸ ὄργανο γιὰ τὴν ἐπιτέλεση πολλῶν λειτουργιῶν τοῦ σώματος.

Παρὰ τὴ στάση τῆς ἐνδοκρανιακῆς κυκλοφορίας, μπορεῖ περιστασιακὰ νὰ ἐπιμένουν κάποιες μεμονωμένες ἐγκεφαλικὲς λειτουργίες, ὅπως αὐτὸ τεκμαίρεται:

✚ Ἀπὸ τὴν παρουσία ὀρισμένων ἀντανακλαστικῶν τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους, ὅπως τὸ ἀντανακλαστικὸ τοῦ μασητήρος καὶ τὸ στοματικὸ. Αὐτὸ

<sup>251</sup> Wijdicks, Manno, Holets 2005.

<sup>252</sup> Truog & Robinson 2003.

<sup>253</sup> Shewmon 1997.

<sup>254</sup> Shewmon 1998, σ. 1544.

υποδηλώνει τή διατήρηση τής λειτουργίας τμήματος τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους, καὶ δὴ τοῦ πλαγίου ἄκρου τής γέφυρας καὶ τοῦ μεσεγκεφάλου,<sup>255</sup> συνεπῶς λειτουργία τμήματος τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους,

⌘ Ἀπὸ τὴν ὑπαρξὴ ὑπολειπόμενης Η.Ε.Γ. δραστηριότητας ἢ ἀκόμη καὶ σχεδὸν φυσιολογικῶν εὐρήματων στὸ Η.Ε.Γ.:<sup>256</sup> Ἔχει παρατηρηθεῖ Η.Ε.Γ. δραστηριότητα σὲ 11 ἀπὸ 56 ἀσθενεῖς γιὰ 36,6 ὥρες κατὰ μέσο ὄρο, ἕως 168 τὸ πολὺ μετὰ τὴ διάγνωση.<sup>257</sup> Σὲ 9 ἐκ τῶν 11, ἢ Η.Ε.Γ. δραστηριότητα εἶχε μορφή κυμάτων θήτα ἢ βήτα χαμηλοῦ δυναμικοῦ, ἐνῶ σὲ 2 ἀσθενεῖς προσομοίαζε πρὸς ἐκείνη τοῦ φυσιολογικοῦ ὕπνου. Ἡ διατήρηση Η.Ε.Γ. δραστηριότητας μαρτυρεῖ τὴ βιωσιμότητα τουλάχιστον ἐνὸς τμήματος τοῦ ἐγκεφάλου. Ἔχει παρατηρηθεῖ ὑπαρξὴ Η.Ε.Γ. δυναμικοῦ χαμηλότερου ἀπὸ τὸ φυσιολογικό, ἕως καὶ 168 ὥρες, σὲ ποσοστὸ τουλάχιστον 20% «ἐγκεφαλικά νεκρῶν» ἀσθενῶν. Τὸ 20% ἐκ 56 ἀσθενῶν διεγνωσμένων «ἐγκεφαλικά νεκρῶν» μὲ αὐστηρὰ κλινικὰ κριτήρια, διατηροῦσαν ἠλεκτροεγκεφα-λογραφικὴ δραστηριότητα ἕως 168 ὥρες.<sup>258</sup> Αὐτὸ τὸ εὐρημα ἔχει ἐρμηνευτεῖ μὲ ἐπιφύλαξη, ὡς ἐνδεικτικὸ φλοιϊκῆς ἠλεκτρικῆς δραστηριότητας. Γενικότερα, ἐπισημαίνεται Η.Ε.Γ. δραστηριότητα σὲ «ἐγκεφαλικά νεκροῦς» ἀσθενεῖς, διαρκοῦσα πολλὰς ἡμέρας μετὰ τὴ διακοπὴ τής ἐγκεφαλικῆς αἱματικῆς ροῆς.<sup>259</sup> Στὴ βιβλιογραφία γίνεται ἀναφορὰ σὲ βρέφη μὲ ἰσοηλεκτρικὸ Η.Ε.Γ. πὺν στὴ συνέχεια ἀνέκτησαν μερικῶς τὴ λειτουργία τοῦ Κ.Ν.Σ.<sup>260</sup> Ἔχουν ἀναφερθεῖ ἐπίσης ἀσθενεῖς μὲ Η.Ε.Γ. πὺν προσομοίαζε σὲ αὐτὸ τοῦ φυσιολογικοῦ ὕπνου καὶ ἐπέμενε ἀρκετὰς ἡμέρας.<sup>261</sup>

⌘ Ἀπὸ τὴ διατήρηση ὀρισμένων ὑποθαλαμικῶν λειτουργιῶν:<sup>262</sup> ὁμοίωσις τοῦ ὕδατος καὶ μὴ ἐμφάνισις ἄποιου διαβήτου, μέσω τής λειτουργίας τής ὀπίσθιας ὑπόφυσης, πὺν ἀποτελεῖ ἐνδειξὴ ὀλοκληρωμένης ἐγκεφαλικῆς λειτουργίας καὶ ὄχι μεμονωμένης δραστηριότητας ἐγκεφαλικῶν κυττάρων, καὶ κατὰ ἄλλους πολυήμερη λειτουργία τοῦ πρόσθιου λοβοῦ τής

<sup>255</sup> Allen, Burkholder, Molinary, Comiscioni 1980, p. 97.

<sup>256</sup> Alvarez 1988, Ashwal & Schneider 1988, Drake 1986, Fackler & Rogers 1987, Plum & Posner 1983, pp. 319- 322, Spudis 1984.

<sup>257</sup> Grigg et al. 1987.

<sup>258</sup> Grigg et al. 1987, p. 952.

<sup>259</sup> Plum 1999, pp. 42- 43.

<sup>260</sup> Ashwal & Schneider 1989, p. 431 καὶ Kohrman & Spivack 1990, p. 47.

<sup>261</sup> Grigg et al. 1987, pp. 949- 950.

<sup>262</sup> Allen 1978, Fackler 1988, Joergensen 1973.

υπόφυσης.<sup>263</sup> Όρισμένοι έρευνητές ώστόσο υποστηρίζουν ότι ή υπόφυση αίματώνεται από την έξωκρανιακή κυκλοφορία, όποτε ή διατήρηση τής υποφυσιακής ένδοκρινικής δραστηριότητας είναι συμβατή με τή διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου». Όμως, ή διατήρηση τής ένδοκρινικής δραστηριότητας περιλαμβάνει και κάποιες όλοκληρωμένες νευρο- ένδοκρινικές λειτουργίες σε «έγκεφαλικά νεκρούς» άσθενείς (ρύθμιση του ίσοζυγίου του NaCl και ύδατος, έλεγχο τής θερμοκρασίας, αύξηση τών έπιπέδων τής αύξητικής όρμόνης με ένδοφλέβια ένεση ίνσουλίνης), στις όποιες έμπλέκεται και ό υποθάλαμος. Έφ' όσον λοιπόν δέν ίκανοποιείται τó κριτήριο τής απώλειας όλων τών λειτουργιών όλόκληρου του έγκεφάλου, συμπεραίνεται ότι ή κλινική διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου» σε αυτές τις περιπτώσεις είναι άκυρη.<sup>264</sup>

- ✝ Από τή διατήρηση τής θερμορρύθμισης, τής ρύθμισης τής πίεσης του αίματος και του καρδιακού ρυθμού.<sup>265</sup> Έξάλλου, ή άπουσία ύποθερμίας (ή ύπαρξή της άποκλείει τή διάγνωση του έγκεφαλικού θανάτου) ύποδηλώνει φυσιολογική έγκεφαλική λειτουργία όμοιόστασης τής θερμοκρασίας,<sup>266</sup>
- ✝ Από τήν ύπαρξη προκλητών δυναμικών βραχείας άνερέθιστης περιόδου:<sup>267</sup> Μαρτυρείται, μεταξύ άλλων, «έγκεφαλικά νεκρός» άσθενής, στόν όποιο διατηρούταν οί κεντρικές άκουστικές όδοι για 72 ώρες, βρέφος με άθικτες τις όδους τών σωματο- αίσθητικών δυναμικών του άριστερου μέσου νεύρου και μόνο καθυστέρηση στην άγωγή δια του έγκεφαλικού στελέχους. Επίσης, άναφέρεται ή περίπτωση έπτά «έγκεφαλικά νεκρών» άσθενών με σωματο- αίσθητικά προκλητά δυναμικά βραχείας λανθάνουσας περιόδου στις κεντρικές ύποφλοιώδεις προσαγωγές όδους, ένδειξεις ύπολειπόμενων λειτουργιών του έγκεφάλου και του έγκεφαλικού στελέχους. Σε δύο άσθενείς «έγκεφαλικά νεκρούς» λόγω ίσχειμικής έγκεφαλοπάθειας, διαπιστώθηκε ύπαρξη τής πλήρους κυματομορφής τών άκουστικών προκλητών δυναμικών, άπόδειξη τής μερικής λειτουργίας του έγκεφαλικού στελέχους.<sup>268</sup>
- ✝ Από τή διατήρηση σταθερής αίμοδυναμικής κατάστασης του «έγκεφαλικά νεκρού» για λίγες ήμέρες και σπανιότερα για έβδομάδες ή μήνες, σε ποσοστό 30 έως 78%, πού έξαρτάται από τó χρόνο τής έξέτασης άφ' ότου

<sup>263</sup> Παναγόπουλος 1999, σ. 65.

<sup>264</sup> Καρακατσάνης, Τσανάκας 2004.

<sup>265</sup> Fackler 1988, Hall 1980, Howlett 1989, Outwater & Rockoff 1984, Schrader 1980.

<sup>266</sup> Παναγόπουλος 1999, σ. 65.

<sup>267</sup> Belsh & Chokroverty 1987, Facco 1990, Fotiou 1987, Goldie 1981, Ropper 1984.

<sup>268</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 87.

τέθηκε ή διάγνωση: σέ πρόσφατη μελέτη, τὸ 78% 63 «έγκεφαλικά νεκρῶν» ἀσθενῶν ἦταν αἰμοδυναμικῶς σταθεροὶ κατὰ τὴν εἰσαγωγή τους στή Μ.Ε.Θ. καὶ κατὰ τὴ λήψη τῶν ὀργάνων τους, 30% ἐξ αὐτῶν διατηροῦσαν σταθερὴ αἰμοδυναμικὴ κατάσταση.<sup>269</sup> Ἡ ὁμοίωση τοῦ ὕδατος καὶ τῆς θερμοκρασίας στὸ ἀνθρώπινο σῶμα προϋποθέτουν τὴν ὕπαρξη ὀλοκληρωμένων ἐγκεφαλικῶν λειτουργιῶν. Παρομοίως, ἡ σταθερὴ αἰμοδυναμικὴ κατάσταση προϋποθέτει τὴν λειτουργία τῶν ἀντίστοιχων κέντρων τοῦ κατώτερου ἐγκεφαλικοῦ στελέχους.<sup>270</sup> Παρὰ τὸ γεγονός αὐτό, ἡ Α.Ν.Α. γράφει ὅτι οἱ ἀνωτέρω ὁμοιοστατικοὶ μηχανισμοὶ εἶναι συμβατοὶ μὲ τὴ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου».<sup>271</sup>

⌘ Ἀπὸ τὴν ὕπαρξη ἀπόκρισης σὲ περιβαλλοντικὰ ἐρεθίσματα. Οἱ «ἐγκεφαλικά νεκροὶ» δότες ὀργάνων δείχνουν μία σαφὴ αἰμοδυναμικὴ ἀπόκριση στὴ χειρουργικὴ τομὴ, βάσει τῆς ὁποίας πιθανολογεῖται ἡ ὕπαρξη ὀλοκληρωμένης νευρολογικῆς λειτουργίας σὲ ὑπερνωτιαῖο ἐπίπεδο. Αὐτὲς οἱ ἀποκρίσεις ὑποστηρίζεται ὅτι ἄγονται διὰ τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους καὶ ὀφείλονται στὸν πόνο ποὺ προκαλεῖ στοὺς «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» ἀσθενεῖς ἡ χειρουργικὴ τομὴ γιὰ τὴ λήψη τῶν ὀργάνων.<sup>272</sup>

Παρὰ τὴ μαζικὴ βλάβη τοῦ ἐγκεφάλου, μπορεῖ νὰ διατηρηθοῦν καὶ ἕτερες νευρολογικὲς λειτουργίες, οἱ ὁποῖες τυπικὰ ἀποδίδονται στὴ σπονδυλικὴ στήλη, ὅμως εἶναι πιθανὸν νὰ περιλαμβάνουν καὶ κάποια συμβολὴ τοῦ κατώτερου τμήματος τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους:

- ⌘ καρδιαγγειακὲς καὶ ὁρμονικὲς ἀντιδράσεις στὴ χειρουργικὴ τομὴ γιὰ τὴ λήψη ὀργάνων,<sup>273</sup>
- ⌘ ἀναπνευστικὲς κινήσεις- πρόσκαιρες καὶ ἀτελέσφορες προσπάθειες γιὰ αὐτόματη ἀναπνοή,
- ⌘ σύνθετες κινήσεις, ποὺ περιλαμβάνουν τὸ σταύρωμα τῶν χειρῶν ἐπὶ τοῦ στήθους καὶ τὸ ἀνασήκωμα τοῦ ἀσθενοῦς (τὸ ἀποκαλούμενο καὶ ὡς «σημεῖο τοῦ Λαζάρου», τὸ συνιστάμενο εἰς τὴν κάμψη τῶν ἀγκῶνων καὶ βραδεία ἀνοδο τῶν βραχιόνων),<sup>274</sup>

---

<sup>269</sup> Wijdicks, Rochester, Bernat, Lebanon 1999, p. 1370.

<sup>270</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 164.

<sup>271</sup> Wijdicks 1995, p. 1007.

<sup>272</sup> Καρακατσάνης, Τσανάκας 2004, σ. 109.

<sup>273</sup> Conci 1986, Fitzgerald 1995, Wetzel 1985.

<sup>274</sup> Heytens 1989, Jordan 1985, Ropper 1984.

- ⌘ ανάπτυξη κινήσεων που υποδηλώνουν ανατρίχιασμα ή αντίδραση στο κρύο,<sup>275</sup> επίληπτικοί σπασμοί, παρουσία του μυϊκού τόνου,<sup>276</sup>
- ⌘ επαναλαμβανόμενο άνοιγμα των όφθαλμών, με ελάχιστη ανύψωση των βλεφάρων ώστε να αποκαλύπτεται μόνο η αρχή της ίριδας ως απόκριση στη συστροφή της θηλής του μαστού· το αντανακλαστικό τόξο σε αυτή την περίπτωση είναι άγνωστο,
- ⌘ ύπαρξη ορμονικής παραγωγής στον έγκεφαλο, που είναι ένδειξη λειτουργίας του,
- ⌘ διατήρηση του υποθαλαμο- υποφυσιακού άξονα,
- ⌘ μη εμφάνιση κάποιου διαβήτη λόγω έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης,
- ⌘ διατήρηση θερμορρύθμισης,
- ⌘ μη εμφάνιση υποθερμίας,
- ⌘ διατήρηση φλοιώδους και υποφλοιώδους έγκεφαλικής ήλεκτρικής δραστηριότητας,
- ⌘ φυσιολογική αιμοδυναμική αντίδραση στο έχειρητικό τραύμα: αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης κατά την τομή του δέρματος· για την κατάργηση δε αυτής απαιτείται ή χορήγηση αναισθησίας κατά την αφαίρεση οργάνων από έναν «έγκεφαλικά νεκρό»,<sup>277</sup>
- ⌘ διατήρηση κάποιων σωματικών λειτουργιών απαραίτητης ένότητας, όπως: ή όμοιόσταση φυσιολογικών παραμέτρων και χημικών ουσιών μέσω της λειτουργίας του ήπατος, των νεφρών και του ενδοκρινικού συστήματος, ή διατήρηση της ενεργειακής ισορροπίας, ή έπούλωση των τραυμάτων, ή ανάπτυξη έμπύρετης αντίδρασης στη λοίμωξη και ή καταπολέμησή της, ή έπιτυχής συνέχιση της κνήσεως:<sup>278</sup> έχουν αναφερθεί τουλάχιστον δεκατρείς περιπτώσεις «έγκεφαλικά νεκρών» έγκύων γυναικών, που διατηρήθηκαν στη ζωή μέχρι το έμβρυο να γίνει βιώσιμο και να γεννηθεί με καισαρική τομή,<sup>279</sup>
- ⌘ σύνθετες, νωτιαίες αποκρίσεις που αποτελούν άγνωστα αντανακλαστικά, εμφανίζονται σε ποσοστό μέχρι και 75% κατά τη διάρκεια της άπνοιας, κατά την κοιλιακή τομή για λήψη οργάνων, καθώς και στο νεκροτομείο. Όταν δε

<sup>275</sup> Ropper 1984.

<sup>276</sup> Allen 1978, Ivan 1973, Joergensen 1973, Mandel 1982, Ropper 1984, Turmel 1991.

<sup>277</sup> Παναγόπουλος σ. 76.

<sup>278</sup> Powner, Bernstein 2003.

<sup>279</sup> Παναγόπουλος, σ. 78.

αὐτὲς οἱ κινήσεις εἶναι ἐπαναλαμβανόμενες, συνιστᾶται ἡ χορήγηση παραλυτικῶν φαρμάκων ὥστε αὐτὲς νὰ μὴν ἐκλύονται κατὰ τὴ διάρκεια τῆς λήψης τῶν ὀργάνων. Τὰ πρῶτα εἰκοσιτετράωρα μετὰ τὴν ἐγκατάσταση τῆς νωτιαίας καταπληξίας, θὰ πρέπει νὰ ὑπάρχει χαλαρὴ παράλυση στὸ σῶμα, γεγονὸς ποὺ ἀποκλείει τὶς κινήσεις ποὺ παρατηροῦνται στοὺς «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» ἀσθενεῖς.<sup>280</sup> Οἱ ἀσυνήθεις κινήσεις ποὺ πραγματοποιοῦν οἱ «ἐγκεφαλικά νεκροὶ» λίγα λεπτὰ μετὰ ἀπὸ τὴν ἀποσύνδεση τοῦ ἀναπνευστήρα, οἱ ἀποκαλούμενες «σημεῖο τοῦ Λαζάρου», χαρακτηρίζονται ὡς συντονισμένες, ἡμισκόπιμες καὶ ἡμικατευθυνόμενες ἀπὸ τοὺς «ἐγκεφαλικά νεκροὺς»,<sup>281</sup> ὁπότε εἶναι μᾶλλον ἄστοχο νὰ χαρακτηρίζονται ὡς πτώματα, ἄνθρωποι ποὺ προσπαθοῦν νὰ ἀνασηκωθοῦν καὶ νὰ σταυρώσουν τὰ χέρια τους. Τὸ 1982, παρατηρήθηκε σὲ ἓναν «ἐγκεφαλικά νεκρὸ» ἀσθενῆ, θέση τῶν χειρῶν σὲ στάση προσευχῆς καὶ ἄλλες κινήσεις, ποὺ ἐπέμεναν αὐτόματα γιὰ τέσσερις ἡμέρες καὶ ἐκλύονταν ἀπὸ πόνου καὶ διέγερση τοῦ πέλματος γιὰ πέντε ἐπιπλέον ἡμέρες.<sup>282</sup> Αὐτὲς οἱ κινήσεις ἔχουν ἐμφανισθεῖ πρὶν καὶ κατὰ τὴ διάρκεια τῆς δοκιμασίας τῆς ἄπνοιας, σὲ ἀσθενεῖς μὴ ὑποξικούς, σὲ ἀσθενεῖς μὲ ὑπόταση, φυσιολογικὴ ἀρτηριακὴ πίεση. Ὅταν πρωτοεμφανίστησαν αὐτὲς οἱ κινήσεις, ποὺ ἦταν ἄγνωστες μέχρι τότε, χαρακτηρίστηκαν ἀπὸ τοὺς ὑπέρμαχους τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» ὡς «σύνθετα νωτιαῖα ἀντανακλαστικά», ἂν καὶ οἱ ἐπιστήμονες τοῦ N.I.N.C.Ds δὲν μπόρεσαν νὰ τὶς ταυτοποιήσουν ὡς τέτοια.<sup>283</sup>

- ⌘ Ἄλλοι ἀσθενεῖς παρουσιάζουν τρομώδεις κινήσεις τοῦ προσώπου ἢ στάση ἀπεγκεφαλισμοῦ τῶν ἄνω ἄκρων, ἀντανακλαστικά ποὺ συνεπάγονται τὴν ὑπαρξὴ ὀρισμένων ζωντανῶν ἐγκεφαλικῶν νευρῶνων, ὁπότε εἶναι ἀσύμβατα μὲ τὴ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου».
- ⌘ Δύο «ἐγκεφαλικά νεκροὶ» ἀσθενεῖς παρουσίασαν συμμετρικὲς κινήσεις ἀπεγκεφαλισμοῦ στὰ ἄνω ἄκρα, σὲ κάθε μηχανικὴ ἐμφύσηση ἀέρα στοὺς πνεύμονές τους ἢ ἐπιφανειακὴ πίεση ἢ βλαπτικὰ ἐρεθίσματα στοὺς βραχίονες, τὴν κοιλία καὶ τὸν θώρακα. Οἱ κινήσεις αὐτὲς ἐπέμεναν μέχρι τὴν ἀποσύνδεση ἀπὸ τὸν μηχανικὸ ἀερισμὸ, γεγονὸς ποὺ συνεπάγεται τὴν ὑπαρξὴ βιώσιμων νευρῶνων στὸ ἐγκεφαλικὸ στέλεχος.

---

<sup>280</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 164

<sup>281</sup> Plum 1999, pp. 24-65.

<sup>282</sup> Καρακατσάνης, Τσανάκας 2004, σ. 109.

<sup>283</sup> NINCDS 1980, p. 99, ὅπως τὸ παραθέτει ὁ Καρακατσάνης 2008, σ. 163.



- ⌘ Σε δύο άλλους «έγκεφαλικά νεκρούς» ασθενείς με ίσοηλεκτρικό Η.Ε.Γ. και απουσία έγκεφαλικής αίματικής ροής, παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας τής άπνοιας, αυτόματες κινήσεις άπεγκεφαλισμού (άνύψωση τών βραχιόνων μέχρι και 60 μοίρες, έκταση και κάμψη τών δαχτύλων και τών άγκώνων, έπιστροφή τών βραχιόνων σε έκταση στο πλάι του άσθενούς). Οί κινήσεις τών βραχιόνων έπαυσαν όταν οί «έγκεφαλικά νεκροί» άσθενείς έπανασυνδέθηκαν με τόν άναπνευστήρα, και έπανεμφανίσθησαν μετά τήν νέα άποσύνδεση.<sup>284</sup> Η έρμηνεία τής παθολογικής φυσιολογίας αυτών τών κινήσεων ως όφειλομένων σε ισχαιμία τών νευρώνων του νωτιαίου μυελού, συνιστά πιθανώς μιάν άμφισβητήσιμη ύπεραπλούστευση.
- ⌘ Έχουν παρατηρηθεί σωματικές κινήσεις σε «έγκεφαλικά νεκρούς» άσθενείς κατά τη διάρκεια τής άπνοιας, τής προετοιμασίας του άσθενούς από τόν νοσηλευτικό προσωπικό για μεταφορά, κατά τήν τομή τών κοιλιακών τοιχωμάτων για λήψη τών ζωτικών τους όργάνων, κατόπιν βίαιης κάμψης τής κεφαλής ή έπώδυνου έρεθίσματος, άκόμη και στο νεκροτομείο. Η πιό άξιοσημείωτη κίνηση είναι μιá σύντομη προσπάθεια του σώματος να άνακαθίσει μέχρι μιá γωνία τών 40 έως 60 μοιρών.<sup>285</sup> Σύνθετες κινήσεις παρατηρήθηκαν στο 39% «έγκεφαλικά νεκρών» άσθενών. Ο συγγραφέας μάλιστα προτείνει τή λήψη παραλυτικών παραγόντων στους «έγκεφαλικά νεκρούς» άσθενείς, όταν παρατηρούνται έπανελημμένως αυτές οί κινήσεις κατά τή λήψη τών ζωτικών τους όργάνων.
- ⌘ Το 1980 τέτοιες αυτόματες κινήσεις παρατηρήθηκαν σε ποσοστό 5 έως 10% «έγκεφαλικά νεκρών» άσθενών, ανάλογα με τόν χρόνο εξέτασης, και δέν ήταν δυνατό να ταυτοποιηθούν ως άναγνωρισμένα άντανακλαστικά.<sup>286</sup>
- ⌘ Ένας «έγκεφαλικά νεκρός» άσθενής άνταποκρίθηκε στην ένδοφλέγια έγχυση ίνσουλίνης, με τήν αύξηση τής στάθμης τής αύξητικής όρμόνης στο πλάσμα του. Αυτή ή άπόκριση ύποδηλώνει τήν ύπαρξη όργανωμένης και κατευθυνόμενης κυτταρικής δραστηριότητας χάρη στη συνεργασία τών ύποσυστημάτων του Κ.Ν.Σ.<sup>287</sup>
- ⌘ Τήν τελευταία δεκαετία έχει διαπιστωθεί σε «έγκεφαλικά νεκρούς» άσθενείς, συγκέντρωση του ραδιοφαρμάκου <sup>99m</sup>Tc ΗΜΡΑΟ στον φλοιό, τήν παρεγκεφαλίδα, τόν έγκεφαλικό στέλεχος και τά βασικά γάγγλια. Επίσης, τόν

<sup>284</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 100.

<sup>285</sup> Wijdicks 2001, pp. 73- 74.

<sup>286</sup> NINCDS 1980, p. 86.

<sup>287</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 87.

σπινθηρογράφημα «έγκεφαλικά νεκρών» ατόμων με χρήση αυτού του ραδιοφαρμάκου έχει σε μεμονωμένες περιπτώσεις χαρακτηριστεί σχεδόν φυσιολογικό.<sup>288</sup>

- ⌘ Τριήμερος έπιμονή απεικόνισης των ένδοκρανιακών αγγείων ή έπαρκής απεικόνιση τής τριχοειδικής και φλεβικής φάσης στην αγγειογραφία σε συνδυασμό με έπιμονή τής Η.Ε.Γ. δραστηριότητας.
- ⌘ Σε βρέφος τριών μηνών, ή μὲν δοκιμασία τής άπνοιας ήταν δύο φορές θετική, όμως ή έγκεφαλικά αγγειογραφία ήταν σχεδόν φυσιολογική και ή αίμοδυναμική κατάσταση σταθερή. Τήν 42<sup>η</sup> ήμέρα, τὸ βρέθος αὐτὸ ανέκτησε τήν αὐτόματη άναπνοή, ὑπὸ μορφή βραδύπνοιας, και πέθανε ἀπὸ πνευμονία τήν 71<sup>η</sup> ήμέρα. Άλλο συνομιληκο βρέφος διαγνώσθηκε «έγκεφαλικά νεκρὸ» βάσει τής θετικής δοκιμασίας τής άπνοιας και τής ὑπαρξης Η.Ε.Γ. σιγής δύο φορές. Μετὰ ἀπὸ δύο ήμέρες και για ἕναν ἀκόμη μήνα, ὑπῆρχαν κλινικὲς ένδειξεις μερικής άνάκτησης τών λειτουργιῶν τοῦ έγκεφαλικοῦ στελέχους, ένῶ τὸ Η.Ε.Γ. ἔδειχνε έγκεφαλικά δυσρυθμία. Τὰ προκλητὰ δυναμικά ἔδειχναν: τὰ μὲν σωματο- αίσθητά, ἄθικτη τήν ὁδὸ τοῦ ἄριστεροῦ μέσου νεύρου, τὰ δὲ ἀκουστικά, καθυστέρηση στην άγωγή διὰ τοῦ έγκεφαλικοῦ στελέχους. Τὸ βρέφος ἀπώλεσε τίς λειτουργίες αὐτὲς τήν 33<sup>η</sup> ήμέρα μετὰ τή διάγνωση τοῦ «έγκεφαλικὸ θανάτου» του και πέθανε πέντε ήμέρες ἀργότερα. Ένα νεογνὸ κλινικῶς διεγνωσμένο ὡς «έγκεφαλικά νεκρὸ» λόγω περιγεννητικῆς άσφυξίας, ανέκτησε αὐτόματη άναπνοή και κινήσεις. Κατόπιν, ἔξῆλθε ἀπὸ τὸ νοσοκομεῖο, ἂν και μὲ σοβαρὰ νευρολογικά ἔλλείμματα. Σε δύο παιδιὰ κλινικῶς διεγνωσμένα ὡς «έγκεφαλικά νεκρὰ» κατόπιν έγκεφαλικοῦ τραύματος, παρατηρήθηκε πρόσληψη τοῦ <sup>99m</sup>Tc ΗΜΡΑΟ· οἱ άσθενεῖς ἐπέζησαν, ὁ μὲν ἕνας σε φυτική κατάσταση, ὁ δὲ ἄλλος μὲ κινητικὰ και διανοητικὰ ἔλλείμματα.<sup>289</sup>
- ⌘ Σε πέντε ἀπὸ 23 «έγκεφαλικά νεκροὺς» άσθενεῖς, διαπιστώθηκε πρόσληψη τοῦ <sup>99m</sup>Tc ΗΜΡΑΟ, στην παρεγκεφαλίδα (σε δύο άσθενεῖς), σε ὀλόκληρο σχεδόν τὸν έγκέφαλο (σε δύο άσθενεῖς), ή μόνο στὸν φλοιὸ τοῦ έγκεφάλου (σε ἕναν άσθενῆ). Αὐτὴ ή ένδειξη μαρτυρεῖ τήν ὑπαρξη ενεργοῦ κυτταρικοῦ μηχανισμοῦ πρόσληψης.
- ⌘ Σε πολλοὺς άσθενεῖς πὸν πληροῦν τὰ τυπικά κλινικά κριτήρια τοῦ «έγκεφαλικὸ θανάτου» διατηρεῖται κάποια λειτουργικότητα τοῦ φλοιοῦ και τοῦ μεσεγκεφάλου.

<sup>288</sup> ξ. ά., σ. 88.

<sup>289</sup> ξ. ά., σ. 89.



- ⌘ Παρατηρείται σὲ «ἐγκεφαλικά νεκρούς» ἀσθενεῖς, ὕπαρξη ὑπολειπόμενης ἀλλὰ ὀλοκληρωμένης νευρο- ορμονικῆς λειτουργίας, Η.Ε.Γ. δραστηριότητος τοῦ ἐγκεφάλου, ἀκέραιων τῶν ἀνιουσῶν λειτουργιῶν ὁδῶν (βάσει τοῦ ἐλέγχου αὐτῶν μὲ τὰ προκλητὰ δυναμικά), μερική ἀνάκτηση τῶν λειτουργιῶν τοῦ Κ.Ν.Σ. μετὰ τὴν ἀρχικὴ τους ἀπώλεια καὶ ἐνδείξεις μὴ ἱκανοποιητικῆς συσχέτισης τῶν παθολογοφυσιολογικῶν παραμέτρων μὲ ἀντίστοιχες παθολο- ἀνατομικὲς μεταβολές.
- ⌘ Ἐπιστήμονες ἀρνοῦνται ὅτι ἡ παύση τῆς αὐτόματης ἀναπνοῆς καὶ τῆς κυκλοφορίας συνιστοῦν στοιχεῖα νεκρώσεως τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους, ἐπειδὴ δὲν ὑπάρχει καὶ ἡ ἀπαραίτητη ἱστολογικὴ ἐπιβεβαίωση.<sup>290</sup>

### 3.11 Πρόγνωση – διάγνωση

- ⌘ Τὸ μὴ ἀναστρέψιμο τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» δηλώνει πρόγνωση καὶ ἡ ταύτισή του μὲ τὸ ἀποτέλεσμα ἀποτελεῖ λογικὸ σφάλμα.<sup>291</sup>
- ⌘ Οἱ ἴδιες ἱατρικὲς διαδικασίες ποὺ ἐπέιχαν θέσῃ προγνώσεως ὅτι οἱ ἀσθενεῖς δὲν θὰ ἀνελάμβαναν, χρησιμοποιήθηκαν ἀργότερα ὡς διαγνωστικὲς, δηλαδὴ ὡς ἐπιβεβαιωτικὲς ὅτι οἱ ἀσθενεῖς ἦταν ἤδη νεκροί.<sup>292</sup>

### 3.12 Ψευδῶς θετικὰ εὐρήματα

- ⌘ Α. Μὲ Η.Ε.Γ.:
  - ⌘ Ὅταν στὸ αἷμα τοῦ ἀσθενοῦς ὑπάρχουν τοξικὰ ἐπίπεδα φαρμάκων, κατασταλτικῶν τοῦ Κ.Ν.Σ. (φαινοβαρβιτάλης, διαζεπάμης, μεπροβαμάτης κ. ἄ.), ὅταν ὁ ἀσθενὴς εὐρίσκεται σὲ κατάσταση καταπληξίας, ὑποθερ-μίας, πάσχει ἀπὸ ἐγκεφαλίτιδα ἢ ἐγκεφαλοπάθεια ἢ ἀπὸ βαριεὲς συγγενεῖς ἀνωμαλίες τοῦ ἐγκεφαλικοῦ φλοιοῦ, τότε τὸ Η.Ε.Γ. δύναται νὰ εἶναι ψευδῶς παθολογικό.<sup>293</sup>

---

<sup>290</sup> Ἀβραμίδης 2003, σ. 11.

<sup>291</sup> Παναγόπουλος, σ. 78.

<sup>292</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 19.

<sup>293</sup> ξ. ἄ., σ. 53.

⌘ Μὲ τὸ Η.Ε.Γ. δὲν γίνεται διάκριση μεταξύ λειτουργικῆς καταστολῆς καὶ ὀργανικῆς βλάβης. Ἔτσι διάφορα κατασταλτικὰ φάρμακα μπορεῖ νὰ προκαλέσουν ἔγκεφαλογραφικὴ σιγὴ χωρὶς νὰ εἶναι νεκρὸ τὸ ἔγκεφαλικὸ στέλεχος. (ψευδῆς ἔνδειξη)

⌘ Β. Μὲ Doppler:

⌘ Διαπίστωση ἀπουσίας ἔνδοκρανιακῆς ροῆς μὲ διακρανιακὸ ὑπερηχογράφημα Doppler ἐνδέχεται νὰ ὀφείλεται σὲ δυσκολίες διέλευσης τῆς δέσμης τῶν ὑπερήχων· ὁπότε, ἡ ἀπουσία ἀναδείξεως ἔνδοκρανιακῆς ροῆς δὲν ἀποτελεῖ ἀσφαλὲς κριτήριον γιὰ τὴ διάγνωση «ἔγκεφαλικοῦ θανάτου».<sup>294</sup>

⌘ Τὸ διακρανιακὸ ὑπερηχογράφημα Doppler μπορεῖ νὰ εἶναι λανθασμένα φυσιολογικὸ, σὲ ἀσθενεῖς «ἔγκεφαλικά νεκροῦς» λόγω πρωτογενῶν ὑποσκηνιδίων αἱματωμάτων ἢ ἀνοξικο-ισχαιμικῶν βλαβῶν.

⌘ Δὲν μπορεῖ δὲ νὰ πραγματοποιηθεῖ στὸ 5 ἕως 10% τῶν ἀσθενῶν, λόγω ἔλλειψης κροταφικοῦ παραθύρου.

⌘ Ἐπίσης, μπορεῖ νὰ ἐπηρεασθεῖ ἀπὸ μεταβολὲς τῆς μερικῆς πίεσης τοῦ CO<sub>2</sub>, τοῦ αἱματοκρίτου καὶ τοῦ ὄγκου παλμοῦ.

⌘ Σὲ ἔρευνα ἐπὶ 94 «ἔγκεφαλικά νεκρῶν» ἀσθενῶν, διεπιστώθη μὲ τὸ Doppler ροὴ στὴν ἔσω καρωτίδα σὲ ποσοστὸ 20% αὐτῶν, παρότι ἡ κυκλοφορία τους εἶχε διακοπεῖ. Ἐξαιτίας δὲ αὐτοῦ τοῦ ὑψηλοῦ ποσοστοῦ ψευδῶς θετικῶν (ὅσον ἀφορᾷ στὴν ὑπαρξὴ αἱματικῆς ροῆς) εὐρημάτων, σχολιάζεται ὅτι πρέπει νὰ ἐπανεξετασθοῦν τὰ κριτήρια διάγνωσης τοῦ «ἔγκεφαλικοῦ θανάτου» μὲ Doppler. Ἡ εὐαισθησία τῆς μεθόδου στὴ διαπίστωση τοῦ «ἔγκεφαλικοῦ θανάτου» εἶναι 90% καὶ ἡ ἐξειδίκευσή της προσεγγίζει τὸ 100%.<sup>295</sup>

⌘ Σὲ μιὰ περίπτωση ψευδῶς θετικῆς (ὅσον ἀφορᾷ στὴ διάγνωση τοῦ «ἔγκεφαλικοῦ θανάτου») διάγνωσης μὲ Doppler, διαπιστώθηκε ἀνάστροφη διαστολικὴ ροὴ σὲ δύο βρέφη ποὺ δὲν ἦταν «ἔγκεφαλικά νεκρά». Αὕτῃ θεωρεῖται ἔνδειξη «ἔγκεφαλικοῦ θανάτου», ἂν καὶ τὰ

---

<sup>294</sup> ξ. ἀ., σ. 69.

<sup>295</sup> Widjicks 1995, p. 1008.

βρέφη αυτά επέζησαν και τὰ δύο, τὸ μὲν πρῶτο χωρὶς νευρολογικὰ ἑλλείμματα, τὸ δὲ δεύτερο μὲ τέτοια.<sup>296</sup>

⌘ Γ. Μὲ ἀγγειογραφία:

⌘ Σὲ ἀσθενεῖς μὲ ἀνοιχτὸ κάταγμα τοῦ κρανίου ἢ μὲ σωλήνα γιὰ παροχέτευση τοῦ ἐγκεφαλο- νωτιαίου ὑγροῦ τῶν κοιλιῶν, ἔχουν ἀναφερθεῖ ψευδῶς ἀρνητικὲς μελέτες μὲ ραδιοϊσοτοπικὴ ἀγγειογραφία.<sup>297</sup>

⌘ Ἡ ἐγκεφαλικὴ ἀγγειογραφία μπορεῖ νὰ δείχνει ἀπουσία περιεχομένου στὶς ἐνδοκρανιακὲς ἀρτηρίες ἐξαιτίας τῆς χαμηλῆς συστολικῆς πίεσης, δηλαδὴ γιὰ ἄλλον λόγο, πέραν τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου».<sup>298</sup>

⌘ Ἡ ἀξία τῆς ἀγγειογραφίας περιορίζεται ἀπὸ τὴν πιθανότητα ἔντονης σκιαγράφησης τοῦ δικτύου τῆς ἔξω καρωτίδας, τῆς ὁποίας ἡ αἱμάτωση μπορεῖ νὰ εἶναι αὐξημένη σὲ περιπτώσεις «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», μὲ ἀποτέλεσμα νὰ δώσει ψευδῆ ἐντύπωση ὅτι ὑπάρχει ἐνδοκρανιακὴ αἱματικὴ ροή, ὅποτε εἶναι βιώσιμος ὁ ἐγκέφαλος. Ἐχουν δὲ καταγραφεῖ περιπτώσεις «ἐγκεφαλικά νεκρῶν» ἀσθενῶν μὲ ἠλεκτροεγκεφαλογραφικὴ δραστηριότητα ἢ καὶ ἐνδοκρινικὲς λειτουργίες τοῦ ὑποθαλάμου καὶ τῆς ὑπόφυσης, στοὺς ὁποίους δὲν ἦταν ἀνιχνεύσιμη ἡ ἐγκεφαλικὴ αἱματικὴ ροή· τὸ γεγονὸς αὐτὸ μαρτυρεῖ τοὺς περιορισμοὺς τῆς ἀγγειογραφίας στὴν ἀκριβῆ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», δείχνει δυνατότητα ὑπαρξῆς ψευδῶς θετικοῦ ἀποτελέσματος τῆς ἀγγειογραφίας τοῦ ἐγκεφάλου.<sup>299</sup>

⌘ Σπανίως, μπορεῖ βρέφη νὰ εἶναι «ἐγκεφαλικά νεκρά», ὅμως νὰ ἔχουν ἐγκεφαλικὴ αἱματικὴ ροή. Ἐπειδὴ εἶναι δύσκολο νὰ διακριθεῖ ἡ ὑπαρξὴ πολὺ ἐλαττωμένης ἀρτηριακῆς ροῆς στον ἐγκέφαλο ἀπὸ τὴν ἀποῦσα ροὴ με τὶς διαθέσιμες τεχνικὲς, συνάγεται α) ὅτι ἡ μὴ ἀνάδειξη ἐγκεφαλικῆς αἱματικῆς ροῆς δὲν εἶναι ἀσφαλῆς ἀπόδειξη ὅτι αὐτὴ λείπει τελείως καὶ ἐπομένως ὅτι ὑπάρχει καθολικὸ ἔμφρακτο τοῦ ἐγκεφάλου β) ὅτι σὲ σπάνιες περιπτώσεις- ἰδιαίτερα σε βρέφη- ἡ ὑπαρξὴ ἐγκεφαλικῆς

---

<sup>296</sup> ἔ.ἀ., σ. 63.

<sup>297</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 62.

<sup>298</sup> Widjicks 2001, p. 1220.

<sup>299</sup> Καρακατσάνης, Τσανάκας, σ. 111.

αίματικῆς ροῆς δὲν ἀποκλείει τὴν διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου».<sup>300</sup>

Γενικότερα δέ, τὸ ὅτι δὲν ἔχει ἀναδειχθεῖ ὑπαρξὴ ἐγκεφαλικῆς αἱματικῆς ροῆς δὲν ἀποτελεῖ ἀπολύτως ἀσφαλῆ ἀπόδειξη τῆς ἀπουσίας αὐτῆς, καὶ συνεπῶς τῆς ὑπάρξεως καθολικοῦ ἐμφράκτου τοῦ ἐγκεφάλου. Μὲ τὴν τεχνικὴ τοῦ CT scan μὲ σταθερὸ ξένο ἢ μὲ τὴν ραδιοϊσοτοπικὴ τεχνικὴ μὲ ραδιενεργὸ ξένο- 133, ἔχουν διαπιστωθεῖ πολὺ χαμηλὲς τιμὲς ἐγκεφαλικῆς οὐσίας, ποὺ θεωρεῖται ὅτι δύσκολα διακρίνονται ἀπὸ τὴν ἀπουσία ροῆς.

### **3.13 Ἐπιλοκὲς τῶν δοκιμασιῶν διαγνώσεως τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» καὶ μειονεκτήματά τους**

#### **A. Δοκιμασία τῆς ἄπνοιας:**

Σημειώνεται ὅτι μερικὲς φορές ἔχει διεξαχθεῖ αὐτὴ ἡ δοκιμασία χωρὶς τὴν προηγούμενη λήψη ἐπαρκῶν προφυλάξεων, ὁπότε καὶ ἐνεφανίσθησαν ἐπιλοκὲς.<sup>301</sup> Ὅσον ἀφορᾷ στοὺς ἀσθενεῖς οἱ ὁποῖοι ἔχουν ὑποστῆι σοβαρὸ τραυματισμὸ στὴν κεφαλὴ: ἀναφέρεται ὅτι ἡ δοκιμασία τῆς ἄπνοιας προκαλεῖ σοβαρὴ ὑπόταση στὸ 40% αὐτῶν, πιθανὸν λόγῳ τῆς βλάβης τοῦ μυοκαρδίου ἀπὸ τὴν ὀξέωση.<sup>302</sup> Ἡ ὑπόταση αὐτὴ εἶναι ἡ σπουδαιότερη δευτερογενῆς ἐπιλοκὴ ποὺ σχετίζεται μὲ πτωχὴ ἔκβαση, δηλαδὴ θάνατο, ἢ ἐπιμένουσα φυτικὴ κατάσταση στὰ συγκεκριμένα ἄτομα, τὰ ὁποῖα καὶ χρειάζονται πολὺ ὑψηλότερα ἐπίπεδα πίεσης ἄρδευσης, ὥστε νὰ διατηρηθεῖ ἡ ροὴ τοῦ αἵματός τους. Ἐκτὸς αὐτοῦ, ἡ παροδικὴ ἀρτηριακὴ ὑπόταση εἶναι δυνατόν νὰ ἐπιφέρει μὴ ἀναστρέψιμη κατάρρευση τῆς ἐνδοκρανιακῆς κυκλοφορίας στὶς γαλῆς, ὅπου προκλήθηκε σοβαρὸς τραυματισμὸς τῆς κεφαλῆς.<sup>303</sup>

Κατ' αὐτὸν τὸν τρόπο συμπεραίνεται ὅτι ἡ δοκιμασία τῆς ἄπνοιας εἶναι πιθανόν νὰ ἐπάγει τὴν μὴ ἀναστρέψιμη βλάβη στὸν ἐγκεφαλικὸ ἰστό, παρὰ νὰ τὴν διαγνώσει.<sup>304</sup> Ἄμεσες δὲ μετρήσεις τῆς ἐγκεφαλικῆς αἱματικῆς ροῆς, μετὰ τὴν

<sup>300</sup> Καρακατσάνης 2008, σελ. 62.

<sup>301</sup> Wijdicks 2001, p. 1218.

<sup>302</sup> Coimbra 1999, p. 1483.

<sup>303</sup> ἔ.ἀ., pp. 1481-2.

<sup>304</sup> ἔ.ἀ., p. 1483.

διάγνωση του «έγκεφαλικού θανάτου», απέδειξαν τις βλάβες που έφερε ή άπνοια.<sup>305</sup> Άλλοι συγγραφείς αναφέρουν ως επιπλοκές της δοκιμασίας της άπνοιας την υπόταση στο 24% των ασθενών και τις καρδιακές άρρυθμίες στο 1%.<sup>306</sup> Οί συνέπειές της υπολογίζονται ως υπόταση στο 24% των ασθενών και καρδιακές άρρυθμίες με ένδεχόμενη κοιλιακή μαρμαρυγή ή άνακοπή στο 1%.<sup>307</sup> Ο συνδυασμός δέ της υπότασης, με την άποτομη αύξηση της ένδοκρανιακής πίεσεως (λόγω της αύξησης της  $pCO_2$ ), είναι δυνατόν να έπιφέρει μη άναστρέψιμη διαταραχή ή και κατάρρευση της ένδοκρανιακής κυκλοφορίας.

Η δοκιμασία της άπνοιας, δηλαδή ή άπομάκρυνση της άναπνευστικής στήριξης, διατάσσεται ως μέρος της νευρολογικής διάγνωσης και κατά παράδοξο τρόπο εφαρμόζεται για να διασφαλίσει τή μη άναστρεψιμότητα. Όμως, ή δοκιμασία της άπνοιας είναι ιδιαίτερα σκληρή, βλάπτει τή έκβαση, έμποδίζει σημαντικά τήν πιθανή άνάρρωση ένός άσθενούς με βαριά έγκεφαλική βλάβη, και μπορεί να προκαλέσει άκόμη και τò θάνατο αύτοϋ.<sup>308</sup> Πιò συγκεκριμένα, αν οί άσθενείς δέν είχαν ύποβληθει στή δοκιμασία της άπνοιας, θά είχαν 60% πιθανότητα άποκατάστασης στή φυσιολογική ζωή, με έγκαιρη θεραπευτική ύποθερμία.<sup>309</sup>

Έχει γραφεί ότι τò 25% των δοκιμασιών άπνοιας σχετίζεται με καρδιαγγειακές επιπλοκές, ή δέ συχνότητα αύτων των επιπλοκών είναι διπλάσια στήν περίπτωση που ή προ- όξυγόνωση ήταν άνεπαρκής.<sup>310</sup> Επίσης, ή ύποξαιμία συνεισφέρει στήν πρόκληση καρδιακής άρρυθμίας ή υπότασης κατά τή δοκιμασία της άπνοιας.<sup>311</sup> Κατά τή διάρκεια της δοκιμασίας της άπνοιας σέ 129 άσθενείς, διαπιστώθησαν κλινικά προβλήματα σέ ποσοστό μεγαλύτερο του 66% αύτων: άρτηριακή υπόταση στο 12% αύτων, όξέωση στο 68% αύτων, ύποξαιμία στο 23% αύτων. Τέσσερεις δέ άσθενείς έξ αύτων έμφάνισαν μείζονες επιπλοκές (πνευμοθώρακα, καρδιακή άνακοπή, βραδυκαρδία, κολπική μαρμαρυγή και έμφραγμα του μυοκαρδίου).<sup>312</sup>

Συνοπτικά, έχουν αναφερθει οί έξης βασικές επιπλοκές της άπνοιας:<sup>313</sup> ύπερκαπνία, ύποξία, άναπνευστική όξειδωση, υπόταση, καρδιακή άρρυθμία και

---

<sup>305</sup> Αυτόθι.

<sup>306</sup> Goundreau 2000, p. 1046.

<sup>307</sup> Αυτόθι.

<sup>308</sup> Διακήρυξη έπιστημόνων, σ. 10.

<sup>309</sup> ξ. ά. – Watanabe.

<sup>310</sup> Goundreau, Widjicks, Emery 2000.

<sup>311</sup> Ropper, Kennedy, Russell 1981.

<sup>312</sup> Saposnik, Rizzo, Vega, Sabbatiello, Deluca 2004.

<sup>313</sup> Machado, p. 87.

άνακοπή, αύξηση τής ένδοκρανιακής πίεσεως. Λόγω δέ τής σοβαρότητας τών έπιπλοκών πού μπορεί νά προκαλέσει, ή άπνοια θα έπρεπε νά είναι ή κλινική δοκιμασία πού έκτελείται τελευταία κατά σειρά για τή διάγνωση τού «έγκεφαλικού θανάτου».

Ή δοκιμασία τής άπνοιας έχει έντονα έπικριθεί ως δυνητικώς έπικίνδυνη για έναν ήδη σοβαρά βεβλαμμένο έγκεφαλο,<sup>314</sup> ενώ μπορεί νά έπιφέρει άκόμη και καρδιακή παύση. Όρισμένοι ισχυρίζονται ότι θα έπρεπε νά θεωρείται άνήθικη, ως μη έχουσα πιθανό θεραπευτικό όφελος για τόν άσθενή,<sup>315</sup> και νά άνακηρυχθεί παράνομη ως μιá άπάνθρωπη ιατρική διαδικασία.<sup>316</sup>

## **B. Έπιβεβαιωτικές δοκιμασίες**

⌘ Τήν κλινική διάγνωση τού «έγκεφαλικού θανάτου» μπορεί νά τήν έπιβεβαιώσει μιá έργαστηριακή εξέταση για τήν εκτίμηση τής αίματικής ροής τού έγκεφάλου. Όστόσο, ή μέθοδος αύτή έχει σημαντικές τεχνικές δυσκολίες και είναι έπικίνδυνη. Έπίσης, ή άπουσία έγκεφαλικής αίματικής ροής δέν σχετίζεται πάντοτε με τήν άπουσία όλων τών έγκεφαλικών λειτουργιών, ούτε μπορεί νά θεωρηθεί άπαραίτητη για τή διάγνωση τού «έγκεφαλικού θανάτου», έφ' όσον στο 2 έως 4% τών ένηλικών άσθενών ύπάρχει κάποια ύπολειπόμενη αίματική ροή στον έγκεφαλο.<sup>317</sup> Ή διακοπή τής έγκεφαλικής αίματικής ροής δέν άποτελεί άσφαλή μαρτυρία τού «έγκεφαλικού θανάτου» ούτε άπαραίτητη προϋπόθεση τής ύπαρξής του.

⌘ Περαιτέρω, ή κλασική άγγειογραφία έχει παρενέργειες: μπορεί νά προκαλέσει άγγειοσπασμό ή θρόμβωση και μπορεί, έπίσης, νά έπιδεινώσει τήν ήδη σοβαρή δομική βλάβη τού έγκεφάλου· άρα ή χρήση της σε τέτοιους άσθενείς είναι προβληματική.<sup>318</sup> Τα δέ σκιαγραφικά μέσα αντίθεσης, όπως και τά ραδιοφάρμακα πού δέν μπορούν νά διέλθουν τόν φυσιολογικό αίματο-έγκεφαλικό φραγμό, άπεικονίζουν μόνο τόν ένδοαγγειακό χώρο διέλευσης τής χρησιμοποιούμενης ούσιας, και όχι τήν άρδευση τού έγκεφαλικού

<sup>314</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 31.

<sup>315</sup> Evans 2002, p. 598.

<sup>316</sup> ξ. ά - Coimbra.

<sup>317</sup> Plum 1999, p. 44.

<sup>318</sup> Καρακατσάνης, Τσανάκας, σ. 111.

παρεγχύματος. Σε «έγκεφαλικά νεκρούς» ασθενείς, τὸ ὄριο στὸ ὁποῖο σταματᾶ ἢ ἀπεικόνιση τῶν ἀγγείων εἶναι ὁ διχασμὸς τῆς καρωτίδας ἢ τὸ ἐξάγωγο τοῦ Willis.<sup>319</sup> Εἶναι δὲ ἀξιοσημείωτο ὅτι καμμία νευρο- ἀκτινολογική ἐταιρεία δὲν ἔχει διαμορφώσει κριτήρια ἐπιβεβαίωσης τοῦ «έγκεφαλικοῦ θανάτου» μὲ τὴν κλασικὴ ἀγγειογραφία.<sup>320</sup> Ἐπιπρόσθετα, δὲν ἔχει ὑπολογισθεῖ τὸ κατώτατο ὄριο ἐγκεφαλικῆς αἱματικῆς ροῆς ποῦ δύναται νὰ ἀναδειχθεῖ μὲ τὴ μέθοδο τῆς ἀγγειογραφίας.<sup>321</sup> Τέλος, πρέπει νὰ ὑπομνησθεῖ ἡ πρακτικὴ δυσκολία τῆς μετακίνησης τοῦ «έγκεφαλικά νεκροῦ» ἀσθενοῦς ἀπὸ τὴ Μ.Ε.Θ. στὸ τμήμα τῶν ἀκτίνων χ ποῦ ἀπαιτεῖται γιὰ τὴν πραγματοποίηση τῆς ἐξέτασης, καθὼς καὶ ἡ ἐνδεχομένως ἀσταθὴς κατάστασή του στὸ ἀκτινολογικὸ ἐργαστήριο.

- ⌘ Ἄλλο μειονέκτημα τῆς ἀγγειογραφίας εἶναι ὅτι ἀποτελεῖ ἐπεμβατικὴ μέθοδο. Πιθανὲς ἐπιπλοκὲς περιλαμβάνουν τὴν ὑπόταση, τὴ βραδυκαρδία, τοὺς ἀγγειοσπασμοὺς καὶ τὴ θρόμβωση. Ἡ χρῆση τῶν ἀντιθετικῶν μέσων τῆς ἀγγειογραφίας τίθεται ὑπὸ ἀμφισβήτηση ἀπὸ ἠθικὴ ἀποψη, ἐφ' ὅσον ἡ διενέργεια αὐτῆς τῆς δοκιμασίας σὲ ἓνα ἄτομο ζωντανό, τὸ ἐκθέτει σὲ πιθανοὺς κινδύνους, χωρὶς κάποιο προσδοκώμενο ὄφελός του.<sup>322</sup>
- ⌘ Μὲ τὴν παλαιὰ ραδιοϊσοτοπικὴ ἀγγειογραφία δὲν μπορεῖ νὰ ἐκτιμηθεῖ ἡ αἱματικὴ ροὴ στὸν ὀπίσθιο ἐγκεφαλικὸ βόθρο, σὲ πολὺ χαμηλὲς δὲ τιμὲς αἱματικῆς ροῆς, δύσκολα διακρίνεται ἐὰν ἡ ροὴ εἶναι πολὺ ἐλαττωμένη ἢ ἀνύπαρκτη.<sup>323</sup>
- ⌘ Σὲ ἀσθενεῖς ποῦ ἡ ἀγγειογραφία δείχνει ἀπουσία ἐγκεφαλικῆς αἱματικῆς ροῆς, θεωρεῖται ὡς ἐρμηνεία τῆς τυχούσης ὑπολειπόμενης Η.Ε.Γ. δραστηριότητας, ἢ ὑπαρξὴ σὲ περιοχὲς τοῦ ἐγκεφαλικοῦ φλοιοῦ κάποιας ἐγκεφαλικῆς κυκλοφορίας πέραν τῆς διακριτικῆς ἰκανότητος τῆς ἀγγειογραφίας.<sup>324</sup> Ὁμοίως, γιὰ περιπτώσεις παιδιατρικῶν ἀσθενῶν μὲ χαμηλοῦ δυναμικοῦ Η.Ε.Γ. δραστηριότητα καὶ φαινόμενη ἔλλειψη αἱματικῆς ροῆς, δόθηκε ἡ ἐξήγηση ὅτι ὑπῆρχε αἱματικὴ ροή, πλὴν ἡ ἀριθμητικὴ τῆς τιμῆ ἦταν τόσο μικρὴ, ὥστε νὰ βρίσκεται κάτω τοῦ ὁρίου ἀνίχνευσης τῶν χρησιμοποιούμενων μεθόδων.<sup>325</sup>

<sup>319</sup> Wijdicks 1995, p. 1008.

<sup>320</sup> τοῦ ἰδίου 2001, p. 79.

<sup>321</sup> Καρακατσάνης, σ. 43.

<sup>322</sup> Machado, p. 105.

<sup>323</sup> Ashwal 1989, p. 435.

<sup>324</sup> Paolin et al. 1995, σ. 661.

<sup>325</sup> Ashwal 1989, p. 431.



- ⌘ Μὲ τὴν ἑλικοειδῆ ἀξονικὴ τομογραφία (spiral CT scan), δὲν σκιαγραφήθηκαν ποτὲ σὲ «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» ἀσθενεῖς, οἱ βασικὲς ἀρτηρίες, οἱ ὀπίσθιες ἐγκεφαλικές, ἢ περιμεσολόβιος καὶ οἱ τελικὲς ἀρτηρίες τοῦ φλοιοῦ.<sup>326</sup> Ἐπίσης, μόνο σὲ 11 ἀπὸ 21 ἀσθενεῖς διαγνωσμένους ὡς «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» βάσει τῶν κλινικῶν κριτηρίων καὶ ἐπιβεβαιωτικοῦ Η.Ε.Γ., ἐπαλήθευσε τὸ CT τὴν ἔλλειψη ἐνδοκρανιακῆς ἀρτηριακῆς ροῆς.<sup>327</sup>
- ⌘ Στὸ Η.Ε.Γ., στὴν περίπτωση καταγραφῆς βάθους, μπορεῖ ἀπρόσμενα νὰ προκληθεῖ μικρὴ ζημιὰ στὸν ἐγκεφαλικὸ ἰστό, ὅταν χρησιμοποιοῦνται ἠλεκτρόδια κατάλληλου μήκους.<sup>328</sup> Ἐπίσης, τὰ ὑψηλὰ ἐπίπεδα εὐαισθησίας ποὺ ρυθμίζονται στὴν καταγραφικὴ συσκευὴ αὐξάνουν τὶς παρεμβολές, οἱ ὁποῖες οὕτως ἢ ἄλλως εἶναι πολλὲς στὴ Μ.Ε.Θ., λόγω τῶν διαφορῶν μηχανημάτων. Τὸ ἰσοηλεκτρικὸ Η.Ε.Γ. δὲν ἀποκλείει τὴν μετέπειτα ἐπάνοδο τῆς ἠλεκτρικῆς δραστηριότητος τοῦ ἐγκεφάλου, ὅπως καὶ συνέβη σὲ δύο βρέφη τῶν ὁποίων τὸ ἀρχικὸ Η.Ε.Γ. ἔδειξε ἐγκεφαλογραφικὴ σιγή, ἐνῶ τὰ ἐπόμενα, ἐπάνοδο τῆς ἠλεκτροεγκεφαλογραφικῆς δραστηριότητος. Ἐπίσης σὲ ἀσθενεῖς μὲ ἠλεκτροεγκεφαλογραφικὴ σιγή, ἦταν παρόντα τὰ προκλητὰ ἀκουστικὰ δυναμικὰ τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους γιὰ μερικὲς ἡμέρες (γεγονὸς ποὺ δείχνει τὴν ἀντίθεση τῶν ἀποτελεσμάτων τῶν ἐπιβεβαιωτικῶν δοκιμασιῶν).<sup>329</sup>
- ⌘ Τὸ Η.Ε.Γ. δὲν παρέχει ἄμεσες πληροφορίες γιὰ τὴ λειτουργία τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους καὶ μπορεῖ νὰ εἶναι ἰσοηλεκτρικὸ σὲ ἀσθενεῖς ποὺ διατηροῦν τὴ λειτουργία τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους (καὶ ποὺ βρίσκονται εἴτε σὲ κῶμα εἴτε σὲ φυτικὴ κατάσταση, ἔπειτα ἀπὸ παρατεταμένη καρδιακὴ ἀνακοπή). Εἶναι ἀναξιόπιστο σὲ περιπτώσεις νάρκωσης, ὑποθερμίας ἢ παρουσίας τοξικῶν ἢ μεταβολικῶν παραγόντων. Ἐλλοχεύει δὲ ὁ κίνδυνος παρερμηνείας παρενεργειῶν ὡς ὑπολειπόμενης λειτουργίας τοῦ φλοιοῦ καὶ τὸ ἀντίστροφο.<sup>330</sup> Στὶς Μ.Ε.Θ., ὑπάρχουν πολλὲς παρενέργειες (προερχόμενες ἀπὸ τὸν ἠλεκτροεγκεφαλογράφο, τὶς ἀντιστάσεις καθὼς καὶ τὶς μετακινήσεις τῶν καλωδιώσεων τοῦ ἀσθενοῦς, τὸ περιβάλλον- τὶς

<sup>326</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 57.

<sup>327</sup> Machado, Garcia, Roman, Parets 1995.

<sup>328</sup> ὄρ. Clark, p. 186.

<sup>329</sup> Καρακατσάνης, Τσανάκας 2004, σ. 110.

<sup>330</sup> Machado, p. 112.



αυτεπαγωγές του απεικονιστικού έξοπλισμού, ή και τον ίδιο τον ασθενή), υπεύθυνες για την μη αμελητέα αβεβαιότητα της παρουσίας ή απουσίας Η.Ε.Γ. δραστηριότητας. Επίσης, το ηλεκτροκαρδιογράφημα αποτελεί μια συνήθη πηγή παρενεργειών, μιᾶς και τὰ δυναμικὰ πὸν παράγει ὁ καρδιακὸς παλμὸς τοῦ «ἐγκεφαλικά νεκροῦ» ἀσθενοῦς εἶναι μεγαλύτερα, πιθανὸν λόγω τῶν ἀλλαγῶν τῆς ἐνδοκρανιακῆς ἀντίστασης τῶν ὀφειλομένων στὴν ἀπουσία αἱματικῆς ροῆς.<sup>331</sup>

⌘ Ἡ ἀπουσία τῶν προκλητῶν δυναμικῶν μπορεῖ νὰ ὀφείλεται εἴτε σὲ «ἐγκεφαλικὸ θάνατο» εἴτε σὲ ἄλλη δομικὴ ἐγκεφαλικὴ βλάβη. Ὡς δὲ μέθοδος διάγνωσης τοῦ ἐγκεφαλικοῦ θανάτου, αὐτὰ ἔχουν 5 ἕως 6% ψευδῶς θετικὸ ἀποτέλεσμα, τὸ ὁποῖο δὲν εἶναι ἀποδεκτὸ στὴν καθημερινὴ κλινικὴ πράξη.<sup>332</sup> Ἡ μέθοδος αὐτὴ ἔχει ἐπικριθεῖ ὡς ἡ λιγότερο εἰδικὴ γιὰ τὴ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», ἐπειδὴ δὲν συσχετίζεται καλῶς μὲ τὴ σοβαρότητα τῆς ἐγκεφαλικῆς βλάβης.

⌘ Μὲ τὸ διακρανιακὸ ὑπερηχογράφημα Doppler μπορεῖ νὰ μὴν εἶναι δυνατὴ ἡ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» σὲ ἀσθενεῖς πάσχοντες ἀπὸ ὑποσκηνίδιες βλάβες ἢ ἀπὸ ἀνοξικο-ισχαιμικὴ βλάβη, διότι τότε ἡ ἐπιφανὸμενὴ ἀπουσία ἐνδοκρανιακῆς ροῆς μπορεῖ νὰ ὀφείλεται σὲ προβλήματα μετάδοσης. Ἡ μέθοδος αὐτὴ ἔχει τεχνικοὺς περιορισμοὺς στὸ 5 ἕως 10% τῶν ἀσθενῶν, καὶ ἡ ἐξειδίκευσή της δὲν εἶναι 100%, ὅπως ἀπεδείχθη στὴν περίπτωση δύο βρεφῶν διεγνωσμένων βάσει τοῦ Doppler ὡς «ἐγκεφαλικά νεκρῶν» (μὲ ἀνάστροφη διαστολικὴ ἐγκεφαλικὴ αἱματικὴ ροή) τὰ ὁποῖα στὴ συνέχεια ἐπέζησαν. Επίσης, ἓνα βασικὸ μειονέκτημα αὐτῆς τῆς τεχνικῆς εἶναι ὅτι μετρᾶ τίς ταχύτητες τῆς ἐνδοκρανιακῆς αἱματικῆς ροῆς μόνο σὲ ὀρισμένα τμήματα τῶν μεγάλων ἐνδοκρανιακῶν ἀγγείων.<sup>333</sup>

⌘ Τὸ ραδιοφάρμακο Technetium Tc 99m- HMPAO προσλαμβάνεται ἀπὸ ζῶντα ἐγκεφαλικά κύτταρα (νευρῶνες, ἢ καὶ τὰ νευρογλοιακὰ κύτταρα) στὸ φλοιὸ τοῦ ἐγκεφάλου ἢ καὶ στὴν παρεγκεφαλίδα ἢ στὰ βασικά γάγγλια καὶ τὸ ἐγκεφαλικὸ στέλεχος. Ἐλέγχεται ἂν ἀρδεύεται ὁ ὀπίσθιος ἐγκεφαλικὸς βόθρος. Ἐὰν τὸ ἀποτέλεσμα τοῦ ἐλέγχου πρόσληψης τοῦ Technetium Tc

<sup>331</sup> ἔ.ἀ., p. 113.

<sup>332</sup> Καρακατσάνης, Τσανάκας 2004, σ. 112.

<sup>333</sup> Machado, p. 107.

99m- ΗΜΡΑΟ είναι θετικό, τότε έχουμε μιὰ αντίφαση, ἀφοῦ χρησιμοποιοῦνται σχέδια ἐγκεφαλικῆς ἄρδευσης γιὰ τὴν ἐπιβεβαίωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», ἐνῶ ἡ ἄρδευση ἀποτελεῖ ἔνδειξη λειτουργίας καί, συνεπῶς, ζωτικότητος τοῦ ἐγκεφάλου.

- ⌘ Μὲ SPECT διαπιστώνεται ἡ παύση τῆς κυκλοφορίας στὸν ἐγκέφαλο στὸ 96% τῶν περιπτώσεων. Ἐπίσης γιὰ τὴν πραγματοποίηση τῆς ἐξέτασης, ἀπαιτεῖται ἡ μεταφορὰ τοῦ ἀσθενοῦς ἀπὸ τὴ Μ.Ε.Θ. στὸ ἐργαστήριο τοῦ SPECT, ἀφοῦ οἱ φορητὲς γ- κάμερες, ἂν καὶ διαθέσιμες στὸ ἐμπόριο, δὲν εἶναι εὐρέως διαδεδομένες στὰ ἐπείγοντα τῶν νοσοκομείων.<sup>334</sup>
- ⌘ Σὲ ἔρευνα ἐπὶ 503 ἀσθενῶν, δὲν ἐπαληθεύονταν ὅτι ἡ διάγνωση ποὺ ἔγινε μὲ ὁποιοδήποτε συνδυασμὸ κριτηρίων πρὶν τὴν καρδιακὴ ἀνακοπὴ συνδυάζονταν ὅπωςδήποτε μὲ διαχύτως κατεστραμμένο ἐγκέφαλο. Εὐρέθη ὅτι ἦταν δυνατὴ μὲ ἀκρίβεια 99% ἡ πρόβλεψη τοῦ θανάτου ἐντὸς μιᾶς ἐβδομάδος, ἐφ' ὅσον ὁ ἀσθενὴς ἐμφάνιζε μὴ ἀντιδρῶν κῶμα, ἄπνοια καὶ ἠλεκτροεγκεφαλογραφικὴ σιγή.
- ⌘ Ὅταν οἱ ἐπιβεβαιωτικὲς δοκιμασίες εἶναι θετικὲς, ἡ ἀκρίβεια τῆς διαγνώσεως τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» δὲν ὑπερβαίνει τὸ 95%. Ὅταν εἶναι ἀρνητικὲς, ἡ κλινικὴ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» ἀκυρώνεται. Γι' αὐτὸ ἔχει προταθεῖ ἡ χρῆση τῶν δοκιμασιῶν μόνο γιὰ τὸν ἀποκλεισμὸ τῆς διαγνώσεως τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου».<sup>335</sup>

## Γ. Δυσκολίες ἐξέτασης παιδιῶν

Ἡ κλινικὴ ἐξέταση διαπίστωσης τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» σὲ παιδιά ἀκολουθεῖ μὲν τὰ ἴδια βήματα μὲ αὐτὴν τῶν ἐνηλίκων, διαφέρει δὲ κατὰ τὸ ὅτι ὁ χρόνος παρατηρήσεως εἶναι μεγαλύτερος, καὶ κατὰ τὸ ὅτι ἔστω μία ἐπιβεβαιωτικὴ δοκιμασία εἶναι ὑποχρεωτικὴ. Πολλὰ παιδιά ἔχουν ὑποθερμία ὅταν περιπίπτουν σὲ κῶμα, ἔπειτα ἀπὸ σοβαρὸ ἐγκεφαλικὸ τραυματισμὸ. Πολλὲς δὲ κρανιο-νευρολογικὲς ἀποκρίσεις δὲν ἔχουν ἀναπτυχθεῖ πλήρως σὲ νεογνά, καὶ

---

<sup>334</sup> Machado, p. 107.

<sup>335</sup> Καρακατσάνης, Τσανάκας 2004.

είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί νευρολογική αξιολόγηση επί ενός βρέφους που βρίσκεται σε θερμοκοιτίδα.<sup>336</sup>

### **3.14 Γλωσσικά επιχειρήματα για τὸ ὅτι οἱ «έγκεφαλικά νεκροὶ» ἀσθενεῖς εἶναι ζῶντες**

Τὸ ἂν οἱ ἀσθενεῖς οἱ εὐρισκόμενοι στὴν κατάσταση τοῦ «έγκεφαλικοῦ θανάτου» εἶναι στὴν πραγματικότητα νεκροί, εἶναι τὸ πιὸ ἀμφιλεγόμενο ζήτημα γιὰ τὸ ὁποῖο προτείνονται λύσεις σήμερα. Συνεπῶς τὸ νὰ ἀποκαλοῦμε αὐτοὺς τοὺς ἀρρώστους «έγκεφαλικά νεκρούς», εἶναι μᾶλλον ἄστοχο καὶ προδικαστικὸ αὐτοῦ τοῦ ἀνοιχτοῦ ἐρωτήματος.<sup>337</sup> Ἐπίσης, ὑποστηρίζεται ἀπὸ πολλοὺς ὅτι ἐφ' ὅσον ὁ ὅρος «έγκεφαλικὸς θάνατος» εἶναι παραπλανητικὸς, θὰ ἔπρεπε νὰ ἀποσυρθεῖ ἀκόμη καὶ ἂν χρησιμοποιεῖται παγκοσμίως.<sup>338</sup>

Ἡ κριτικὴ ποὺ ἀσκήθηκε στὴν ἐπαναδιατύπωση τοῦ ὀρισμοῦ τοῦ θανάτου τὸ 1968, ἐντασσόταν μέσα στὸ πλαίσιο τῆς συζήτησης γιὰ τὸν πειραματισμὸ σὲ ἀνθρώπινα ὑποκείμενα, ἢ ὁποῖα ἀφοροῦσε στοὺς ζῶντες καὶ ὄχι τοὺς νεκρούς. Ἀλλὰ καὶ σήμερα, οἱ ὑποστηρικτὲς τοῦ έγκεφαλικοῦ θανάτου οὐσιαστικὰ παραδέχονται ὅτι τὰ ἄτομα ποὺ χαρακτηρίζουν ὡς «έγκεφαλικά νεκρά», εἶναι ἀκόμα ζωντανά. Αὐτὸ γίνεται σαφὲς ἀπὸ τὰ λεγόμενά τους. Ἐπὶ παραδείγματι, ὑποστηρίζεται ὅτι τὰ «έγκεφαλικά νεκρά» ἄτομα δὲν πρέπει νὰ κρατοῦνται στὴ ζωὴ μὲ τεχνητὰ μέσα, διότι αὐτὸ παραβιάζει τὰ θεμελιώδη ἀνθρώπινα δικαιώματά τους. Αὐτὸς ὁ ἰσχυρισμὸς προϋποθέτει σαφῶς ὅτι οἱ «έγκεφαλικά νεκροὶ» ἀκόμη ζοῦν. Ἀκριβῶς τὸ θεμέλιο τῆς ἠθικῆς ἀπόρριψης τοῦ νὰ διατηροῦνται «πτώματα» στὴ ζωή, ἀποδεικνύει ὅτι αὐτὰ τὰ ἄτομα δὲν θεωροῦνται πτώματα οὔτε κὰν καλλιέργειες κυττάρων, ἀφοῦ δὲν διατυπώνεται καμμία διαφωνία γιὰ τὴ μακροχρόνια διατήρηση στὴ ζωὴ μεμονωμένων ὀργάνων, ὅπως πνευμόνων.<sup>339</sup>

Ἄκόμη καὶ οἱ τίτλοι τῶν ἄρθρων περὶ έγκεφαλικοῦ θανάτου δηλώνουν ὅτι οἱ συγγραφεῖς τους οὐσιαστικὰ θεωροῦν ὅτι οἱ «έγκεφαλικά νεκροὶ» ζοῦν. Ἐπὶ παραδείγματι, ἓνα ἄρθρο ἐπιτιλοφορεῖτο «Οἱ φυσιολογικὲς ἀλλαγὲς ποὺ συνο-

<sup>336</sup> Wijdicks 2001, p. 1218.

<sup>337</sup> The President's Council on Bioethics 2008, p. 12.

<sup>338</sup> Latronico, Zamperetti, Bellomo, Defanti 2008.

<sup>339</sup> Seifert 200, p. 213.

δεύουν τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο»»,<sup>340</sup> ἀναγνωρίζοντας τοὺς «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» ὡς ζῶντες ἐφ’ ὅσον φυσιολογικὲς ἀλλαγὲς νοοῦνται μόνο ἐπὶ ζωντανῶν ἀτόμων.<sup>341</sup>

Κατὰ τὰ τελευταῖα χρόμια, τὸ Ὑπουργεῖο Ὑγείας τῆς Ἀγγλίας ἀντικατέστησε τὸν ὄρο «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» μὲ τὸν ὄρο «θάνατος γιὰ μεταμοσχευτικούς σκοπούς».<sup>342</sup>

Προτείνεται ἡ χρῆση τοῦ ἀρχικοῦ ὄρου «μὴ ἀναστρέψιμο ἀπνοϊκὸ κῶμα, πὸν γίνεται ἀντιληπτὸς ὄχι ὡς ἰσοδύναμος μὲ τὸν θάνατο, ἀλλὰ ὡς μιὰ συγκεκριμένη κατάσταση στὴν ὁποία ἐπιτρέπεται νομικὰ ἡ ἀπόσυρση τῆς ὑποστηρικτικῆς τεχνολογίας καὶ ἡ ἀφαίρεση ὀργάνων ἀπὸ ἀσθενεῖς πὸν ἔχουν προηγουμένως συναινέσει σὲ αὐτό.»<sup>343</sup>

---

<sup>340</sup> ὄρ. Power, Heerden 1995.

<sup>341</sup> Παναγόπουλος 2006.

<sup>342</sup> Hill 2002.

<sup>343</sup> Machado, Garcia, Roman, Parets 1995.

I	<b>άπώλεια τής σωματικής άπαρτιωτικής ένότητας</b>	
A	σωματοκεντρική άποψη	ό «έγκεφαλικός θάνατος» είναι, από άποψης φυσιολογίας, ίδιος με τόν παραδοσιακό θάνατο, μόνο πού ή τεχνητή αναπλήρωση τών καρδιοαναπνευστικών λειτουργιών "κρύβει" τήν άπώλεια τής ζωτικότητας
B	νευροκεντρική άποψη	ό παραδοσιακός θάνατος είναι θάνατος μόνο έπειδή συμπεριλαμβάνει τò θάνατο τού έγκεφάλου, δηλαδή τήν καταστροφή τού κριτικού όργάνου τού σώματος
Γ	θάνατος τού έγκεφαλικού στελέχους	τò ελάχιστο μέρος τού έγκεφάλου, τού όποιου ή καταστροφή σημαίνει τόν έγκεφαλικό θάνατο τού άτομου

## **Πίνακας λογικών έξίσωσης τού έγκεφαλικού θανάτου με τόν βιολογικό θάνατο<sup>344</sup>**

### **I Άπώλεια τής σωματικής άπαρτιωτικής ένότητας**

Ό θάνατος ένός ζωντανού όργανισμοϋ όρίζεται ως ή άπώλεια τού ένυπάρχοντος δυναμισμού στο επίπεδο τού όργανισμοϋ ως συνόλου, άπώλεια ή όποία πυροδοτείται από τήν καταστροφή τού έγκεφάλου.

#### **A Σωματοκεντρική άποψη**

Αυτή ή άποψη πρωτοεκφράστηκε τò 1972 από τούς Capron και Kass, οί όποιοι ισχυρίστηκαν ότι τὰ «έγκεφαλικά νεκρά» σώματα είναι κατά τή φυσιολογία τους πανομοιότυπα με κορμιά χωρίς παλμό, συνεπώς με νεκρά- κατά τόν παραδοσιακό όρισμό- σώματα. Έπίσης, ύποστήριξαν ότι ότι τò μόνο πού κάνουμε με τήν τεχνητή διατήρηση τής καρδιακής και πνευμονικής λειτουργίας είναι νά κρύβουμε τὰ παραδοσιακά σημάδια τού θανάτου. Κατ' εκείνους, λοιπόν, ό «έγκεφαλικός θάνατος» άποτελεί θάνατο άκριβώς έπειδή είναι ισοδύναμος με τόν καρδιο- αναπνευστικό θάνατο.

Όμως δέν είναι άκριβής ό ισχυρισμός ότι οί καρδιο- αναπνευστικές λειτουργίες σε έναν «έγκεφαλικά νεκρό» άνθρωπο διατηροϋνται μηχανικά.<sup>345</sup>

<sup>344</sup> Shewmon 1997, p. 42.

Ὁ ἀναπνευστήρας ἀντικαθιστᾶ τὴ λειτουργία ὄχι τῶν πνευμόνων, ἀλλὰ μόνο τοῦ διαφράγματος καὶ τῶν μεσοπλεύριων μυῶν: ἡ καρδιά καὶ οἱ πνεύμονες συνεχίζουν νὰ λειτουργοῦν ἀπολύτως καλά. Τὸ στιγμιαῖον τοῦ καρδιακοῦ παλμοῦ καὶ ἡ μεταβολικὴ ἀλληλεπίδραση τῶν ἄλλων ὀργανικῶν συστημάτων, μέσω τοῦ κυκλοφοροῦντος ὀξυγονωμένου αἵματος, μὲ κανέναν τρόπο δὲν ὁμοιάζει στὴν φυσιολογία ἐνὸς σώματος νεκροῦ βάσει τῶν καρδιο-ἀναπνευστικῶν κριτηρίων. Παρ' ὅτι αὐτὲς οἱ λειτουργίες θὰ ἔπαυαν σύντομα, ἂν τὸ αἷμα ἀπο-ὀξυγονωνόταν λόγω τῆς ἄπνοιας, ἀφ' ἑαυτῆς ἢ τέτοια ἐξάρτηση ἀπὸ τὸν μηχανικὸ ἀναπνευστήρα δὲν ἀποτελεῖ πλέον ἐπιχείρημα γιὰ τὴν ἐξίσωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» μὲ τὸν βιολογικὸ θάνατο, ἐκτὸς καὶ ἂν ἐξισωθεῖ κάθε αἰτία τῆς ἄπνοιας μὲ τὸν θάνατο.

## **B Νευροκεντρικὴ ἄποψη**

Κατ' αὐτὴν τὴν ἄποψη, ὁ καρδιο- ἀναπνευστικὸς θάνατος ἐξισώνεται μὲ τὸ βιολογικὸ θάνατο μόνο ἐπειδὴ συμπεριλαμβάνει τὸ θάνατο τοῦ ἐγκεφάλου, δηλαδή τὴν καταστροφὴ τοῦ κριτικοῦ ὄργανου τοῦ σώματος. Ὑπάρχει μιὰ θερμοδυναμικὴ ἐξήγηση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» ὡς μιᾶς σύνθεσης ἀλληλεπιδρώντων μερῶν ἐναντιούμενης στὴν ἐντροπία.<sup>346</sup>

Ἔχει προταθεῖ καὶ ὅτι ἀπὸ ἄποψη φυσιολογίας, ὁ ἀνθρώπινος θάνατος εἶναι ὁ θάνατος τοῦ ἐγκεφάλου, βάσει τῆς ἀπωλείας τῆς λειτουργίας τοῦ ὀργανισμοῦ ὡς συνόλου. Δηλαδή, ὁ καρδιο- ἀναπνευστικὸς θάνατος εἶναι θάνατος ἀκριβῶς ἐπειδὴ περιλαμβάνει τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο», τὴν καταστροφὴ τοῦ κύριου καὶ κεντρικοῦ ὄργανου- ρυθμιστοῦ τοῦ σώματος. Ποιὰ ὅμως εἶναι ἡ ἐλάχιστη ἔκταση καὶ κατανομή τῆς καταστροφῆς τοῦ ἐγκεφάλου, ἀπὸ τὴν ὁποία ξεκινᾶ ἡ συνολικὴ του καταστροφὴ; Ὁ θάνατος τοῦ συνολικοῦ ἐγκεφάλου δὲν μπορεῖ νὰ περιλαμβάνει ἀνατομικὰ τὴν καταστροφὴ κάθε ἐγκεφαλικοῦ κυττάρου οὔτε ἀπὸ τὴν ἄλλη μπορεῖ νὰ παραμείνει διαγνωστικὰ ἀδιευκρίνιστος καὶ ἀσαφής.

Ὁ ὅρος «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» θὰ μπορούσε νὰ σημαίνει τὸν θάνατο ὁλόκληρου τοῦ ἀνθρωπίνου ὄντος ἐξαιτίας μιᾶς πλήρους καὶ μὴ ἀναστρέψιμης κατάρρευσης τῆς ἐγκεφαλικῆς τοῦ λειτουργίας. Ἔχει, ὡστόσο, ἐπισημανθεῖ ὅτι ἡ υἰοθέτηση αὐτῆς τῆς ἄποψης δὲν εἶναι ἐγγυημένα ἀσφαλής.<sup>347</sup>

---

<sup>345</sup> Shewmon 1997, p. 43.

<sup>346</sup> Korein 1978.

<sup>347</sup> Byrne et al. 1982/ 83, pp. 453ff.

## Γ Θάνατος του έγκεφαλικού στελέχους

Ο «έγκεφαλικός θάνατος» αναγνωρίζεται βάσει του θανάτου του έγκεφαλικού στελέχους. Έξάλλου στο έγκεφαλικό στέλεχος λαμβάνει χώρα ή ολοκλήρωση των σωματικών λειτουργιών. Έφ' όσον το έγκεφαλικό στέλεχος περιλαμβάνει το δικτυωτό ένεργοποιητικό σύστημα, ή καταστροφή του προκαλεί μόνιμο κώμα, κάτι που φαίνεται λειτουργικά ισοδύναμο με τον θάνατο όλου του έγκεφάλου. Κριτική έχει άσκηθεί στο ότι αποδίδεται κριτική σημασία στις λειτουργίες του κατώτερου έγκεφαλικού στελέχους, ενώ απορρίπτονται ως άσχετες οί λειτουργίες της σπονδυλικής στήλης. Έχει, επίσης, έπισημανθεί ή άποστροφή για τή μεταχείριση ενός σώματος που άναπνέει, σάν νά ήταν νεκρό (τής ταφής ή τής άνατομής του).

Έποστηρίζεται ότι ό θάνατος του έγκεφαλικού στελέχους άποκλείει κάθε φλοιώδη καί κάθε πνευματική δραστηριότητα, καθώς καί τή διατήρηση τής συνειδήσεως (γνωσιακός θάνατος). Ωστόσο, έχει άποδειχθεί ότι άσθενείς με νεκρό έγκεφαλικό στέλεχος μπορούν νά άνακτήσουν τή συνειδήσή τους με τή διέγερση του φλοιού τους μέσω ήλεκτροδίων.<sup>348</sup>

Τό 1977, ό Hassler έπέτυχε νά έγείρει άσθενείς που είχαν περιέλθει σέ κώμα λόγω κακώσεων του έγκεφαλικού στελέχους, με τήν τεχνητή διέγερση του δικτυωτού ένεργοποιητικού συστήματος με ένα ήλεκτρόδιο τοποθετημένο έπί τής κακώσεως στην κεφαλή. Οί άσθενείς έπανήρχοντο καί οί έκφράσεις του προσώπου τους καί οί κινήσεις των ματιών τους έδειχναν ότι άναγνώριζαν τους συγγενείς τους· έκλαιγαν όταν οί άγαπημένοι τους έφευγαν άπό τό δωμάτιο. Όταν διεκόπτετο ή διέγερση, βυθίζονταν καί πάλι σέ κώμα. Σύμφωνα με τή βρετανική σχολή, ή όποία άποδέχεται τό θάνατο του έγκεφαλικού στελέχους, χωρίς τήν ένεργοποίηση του στελέχους, τά έγκεφαλικά ήμισφαίρια παραμένουν σέ μόνιμη κατάσταση κώματος. Αυτό, υπό τό φώς των παρατηρήσεων του Hassler, καταρρίπτεται, χάρη στην ήλεκτρική διέγερση.

---

<sup>348</sup> Seifert, p. 202.





## II/ Φιλοσοφική θεώρηση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου»

«Ἐὰν ἓνα ζήτημα μπορεῖ νὰ χαρακτηρισθεῖ  
ὡς παγιωμένο, ἂν καὶ ἐπίμονα ἀνεπίλυτο  
στὴ βιοηθική, αὐτὸ εἶναι ὁ καθορισμὸς  
τῆς ἐπελεύσεως τοῦ θανάτου». <sup>349</sup>

---

<sup>349</sup> “If one subject in health law and bioethics can be said to be at once well settled and persistently unresolved, it is how to determine that death has occurred.” - ἡμετέρα μετάφρασις ἀπὸ Rosenbaum 1999, pp. 3- 4.



## ⌘ Χρήσιμοι όρισμοί<sup>350</sup>

Κατασκευή: αναφέρεται σὲ ἓνα ἀντικείμενο, μιὰ σύλληψη ἢ ἰδέα ποὺ συγκροτεῖται συστηματικὰ ἀπὸ συνιστώσες, γεγονότα ἢ ἐντυπώσεις.

Ἔννοια: εἶναι μιὰ ἀφηρημένη σκέψη, γνώμη ἢ ἰδέα ποὺ μπορεῖ νὰ γενικευθεῖ, ὅπως γιὰ παράδειγμα τὸ ὅτι ὁ θάνατος ἐνὸς ἀνθρώπινου ὄντος εἶναι ἢ μὴ ἀναστρέψιμη ἀπώλεια ἐκείνων τῶν λειτουργιῶν τὶς ὁποῖες θεωροῦμε ὡς τὴν οὐσία ἐνὸς ἀτόμου.

Κριτήρια: ἀναφέρονται σὲ δοκιμασίες, κανόνες ἢ μέτρα ποὺ μποροῦν νὰ σχηματοποιηθοῦν μὲ ὀρθὲς ἢ ἔγκυρες κρίσεις. Καὶ οἱ ἔννοιες καὶ τὰ κριτήρια μποροῦν νὰ θεωρηθοῦν κατασκευές.

---

<sup>350</sup> Korein 1978.

Ἡ διαπίστωση τῆς ἰατρικῆς κατάστασης τοῦ ἀσθενοῦς εἶναι ἀποκλειστικὰ ἰατρικὸ θέμα, ἐνῶ τόσο ἡ ἐξίσωση μιᾶς δεδομένης κατάστασης μὲ τὸν θάνατο, ὅσο καὶ ἡ ἐξήγηση τοῦ τί πραγματικὰ εἶναι θάνατος, εἶναι φιλοσοφικὰ ζητήματα γιὰ τὴν ἐπίλυση τῶν ὁποίων δὲν ἐπαρκοῦν οἱ μέθοδοι τῆς ἐμπειρικῆς ἐπιστήμης.<sup>351</sup> Ποιὰ φαινόμενα περιλαμβάνει ὁ ἐγκεφαλικὸς θάνατος; Οἱ ἀπόψεις ποὺ ἔχουν διατυπωθεῖ συνοψίζονται ἀκολούθως:<sup>352</sup>

<b>II</b>		<b>ψευδο λογικὲς</b>
<b>A</b>	ὀξύμωρον	ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» εἶναι θάνατος, ἐπειδὴ ὀδηγεῖ ἀναπόφευκτα στὸ βιολογικὸ θάνατο
<b>B</b>	προσέγγιση τῆς στρουθοκαμήλου	ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» εἶναι ὁ θάνατος τῆς νευροπαθολογικῆς ὄντοτητας τοῦ ἐγκεφάλου- τὰ ὑπόλοιπα εἶναι ἀφηρημένες φιλοσοφικὲς ὑποθέσεις
<b>Γ</b>	ὠφελιμισμὸς	ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» εἶναι ἓνα πλάσμα δικαίου ποὺ ἐπενοήθη γιὰ νὰ νομιμοποιήσει τὶς μεταμοσχεύσεις ζωτικῶν ὀργάνων, τὰ ὁποῖα εἰδᾶλλως θὰ σπαταλοῦνταν
<b>Δ</b>	ὀνοματοκρατία-νομιναμλισμὸς	κοινωνικὸς θάνατος, ὁ ὀριζόμενος ἀπὸ τὴν κάθε κοινωνία (πολιτισμικὸς σχετικισμὸς)
<b>III</b>		<b>ἀπώλεια ἀπαραίτητων ἰδιοτήτων τοῦ ἀνθρωπίνου προσώπου</b>
<b>A</b>	γνωσιακὸς θάνατος	ὁ «ἐγκεφαλικὸς» καὶ ὁ παραδοσιακὸς θάνατος ἐξισώνονται καὶ οἱ δύο μὲ τὸν γνωσιακὸ θάνατο, ἀφοῦ συνεπάγονται τὴν ἀπώλεια τῆς προσωπικότητας ποὺ γίνεται ἀντιληπτὴ ὡς νοῦς ἢ ἰκανότητα γιὰ συνείδηση, καὶ ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν ἀκεραιότητα τοῦ ἐγκεφάλου, εἴτε τὸ σῶμα παραμένει βιολογικὰ ζωντανὸ εἴτε ὄχι.
<b>B</b>	θάνατος τοῦ φλοιοῦ	ὁ πυρήνας τοῦ θανάτου ὅλου τοῦ ἐγκεφάλου

**Πίνακας τῶν λογικῶν ἐξίσωσης τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου»  
μὲ τὸν βιολογικὸ θάνατο<sup>353</sup>**

<sup>351</sup> Seifert, p. 202.

<sup>352</sup> Shewmon, pp.

<sup>353</sup> Shewmon 1997, p. 42 – συνέχεια ἀπὸ τὸν προηγούμενο πίνακα.

## II Ψευδολογικὲς

### A

Ἡ θεώρηση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» ὡς ἀναπόφευκτου σωματικοῦ θανάτου<sup>354</sup> δημιουργεῖ μιὰ λογικὴ ἀντίφαση. Τὸ σχῆμα «ὁ “ἐγκεφαλικὸς θάνατος” εἶναι θάνατος, ἐπειδὴ ὁδηγεῖ ἀναπόφευκτα στὸ βιολογικὸ θάνατο», εἶναι ὀξύμωρον, ἐφ’ ὅσον τὸ γεγονός ὅτι «ὁδηγεῖ ἀναπόφευκτα στὸ βιολογικὸ θάνατο» δηλώνει ὅτι ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» δὲν ἐξισώνεται μὲ τὸν βιολογικὸ θάνατο, τοῦ δευτέρου μὴ ἐπελθόντος ἀκόμη ἀλλὰ μόνο ἀναμενομένου. Αὐτὴ δὲ ἡ λογικὴ ἀντίφαση μπορεῖ νὰ θεωρηθεῖ ὡς συνέχιση τῆς σημασιολογικῆς συγχύσεως ποὺ εἰσήχθη μὲ τὴν ἀναφορὰ τῆς ἐπιτροπῆς τοῦ Harvard τὸ 1968. Ἐιδικότερα, ἡ ἐπιτροπὴ ἐκείνη τιτλοφόρησε τὴν ἀναφορὰ τῆς: «ἓνας ὁρισμὸς τοῦ μὴ ἀναστρέψιμου κώματος», ὑπονοώντας ὅτι οἱ «ἐγκεφαλικά νεκροὶ» ἀσθενεῖς εἶναι οὐσιαστικὰ ζῶντες, ἐφ’ ὅσον ὁ ὅρος «κῶμα» ἀφορᾷ σὲ ζωντανὰ καὶ ὄχι σὲ νεκρὰ ἄτομα.<sup>355</sup>

Ἀπὸ ὁρισμένους ἰατροὺς προβάλλεται τὸ ἐπιχείρημα ὅτι τὴν ἀπόσυρση τῆς μηχανικῆς ἀναπνευστικῆς ὑποστήριξης ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» ἀσθενεῖς, τὴν ἀκολουθεῖ συνήθως ἓνας ἀμετάβλητος καρδιακὸς ρυθμὸς, δομικὲς μυοκαρδιακὲς κακώσεις, αὐξημένη ἀνάγκη χρήσης ἰνοτροπικῶν φαρμάκων, γιὰ τὴ συντήρηση τῆς πίεσης τοῦ αἵματος, καὶ μιὰ εὐπαθῆς κατάσταση ποὺ ὁδηγεῖ σὲ καρδιακὴ ἀνακοπὴ ἐντὸς ἡμερῶν (7 ἕως 14 κατὰ τὸν Pallis) ἢ ἐβδομάδων.<sup>356</sup> Δηλαδή, ὁ καρδιακὸς μῦς εἶναι ἀκόμη ζωντανός, ἐνὼ ἀπουσιάζει ἡ κυκλοφορία τοῦ αἵματος (ἡ ἀπουσία τῆς μιᾶς λειτουργίας δὲν συνεπάγεται τὴν ἀπουσία καὶ τῆς ἄλλης).<sup>357</sup>

Ὅμως, ἡ ὑπόθεση ὅτι ἡ κατάσταση τοῦ ἀσθενοῦς εἶναι ἀνέλπιδη καὶ ὅτι ὁ συμβατικὸς θάνατος θὰ ἐπέλθει ἐντὸς ὀλίγου, δὲν ἀποτελεῖ ἐπαρκῆ λόγο γιὰ νὰ θεωροῦμε ὅτι ὁ ἀσθενὴς εἶναι ἤδη νεκρός.<sup>358</sup> Τὸ ἐπιχείρημα ὅτι ὁ «ἐγκεφαλικά νεκρός» ἄνθρωπος θὰ πεθάνει μόνις ἀποσυνδεθεῖ ἀπὸ τὸν ἀναπνευστήρα ἔχει χαρακτηριθεῖ ὡς παράλογο, μὲ τὴ δικαιολόγηση ὅτι, ἐὰν δεχθοῦμε κάτι τέτοιο, θὰ πρέπει νὰ ἀποκαλοῦμε ἐπίσης νεκρὰ καὶ τὰ ἄτομα ποὺ ἐξαρτῶνται ἀπὸ τὴ

<sup>354</sup> Black 1978.

<sup>355</sup> Shewmon 1997, p. 41.

<sup>356</sup> Wijdicks 2001, p. 1220.

<sup>357</sup> Zamperetti, Bellomo, Ronco 2009, p. 1674.

<sup>358</sup> Skegg 1984, p. 202.

μηχανική ύποστήριξη για άλλους λόγους, πέραν του «έγκεφαλικού θανάτου». Ως είσοποιος διαφορά τῶν δύο περιπτώσεων ἔχει ἐπισημανθεῖ ὅτι ἡ κατάσταση τοῦ «έγκεφαλικού θανάτου» εἶναι μὴ ἀναστρέψιμη.<sup>359</sup>

## **B**

Ὁ θάνατος τοῦ ἐγκεφάλου («έγκεφαλικὸς θάνατος») σημαίνει τὴν κατάρρευση τῶν διαφόρων λειτουργιῶν τοῦ ἐγκεφάλου ἢ τὴν ὀλοσχερῆ καταστροφή αὐτοῦ, ἀκριβῶς ὅπως θὰ ἀποκαλούσαμε «θάνατο τοῦ ἥπατος», τὴν μὴ ἀναστρέψιμη κατάρρευση τῶν λειτουργιῶν τοῦ ἥπατος.<sup>360</sup> Ἡ θεώρηση τοῦ «έγκεφαλικού θανάτου» μόνο ὡς ἐκτενοῦς νεκρώσεως τοῦ ἐγκεφάλου εἶναι ἰατρικὰ ὀρθή, ἀλλὰ δὲν διευκρινίζει, ἐὰν τὸ «έγκεφαλικά νεκρὸ» ἄτομο εἶναι ζωντανὸ ἢ νεκρὸ, δηλαδὴ δὲν συνεισφέρει στὴν κατάταξη τῶν «έγκεφαλικά νεκρῶν» ἀτόμων στοὺς ζῶντες ἢ στοὺς νεκρούς, τὸ ὁποῖο εἶναι καὶ τὸ φλέγον ζήτημα ἐν προκειμένῳ. Αὐτὴ ἡ ἄποψη ἀρκεῖται στὴν ἰατρικὴ γνωμοδότηση ὅτι ἡ ἐν λόγω νευροπαθολογικὴ ὄντοτητα ἀντιστοιχεῖ στὸν θάνατο ἑνὸς ὄργανου.

## **Γ**

Ὁ «έγκεφαλικὸς θάνατος» εἶναι ἓνα χρησιμοθηρικὸ πλάσμα δικαίου ποὺ ἐπενοήθη γιὰ νὰ νομιμοποιήσει τὴν ἀφαίρεση ζωτικῶν ὀργάνων ἀπὸ ἀσθενεῖς ποὺ στὴν πραγματικότητα ζοῦν. Οἱ λόγοι γιὰ τοὺς ὁποίους ἡ ἐπὶ τούτῳ συσταθεῖσα ἐπιτροπὴ τοῦ 1968 ὄρισε τὴν ἔννοια τοῦ «έγκεφαλικού θανάτου», δηλαδὴ ἡ ἐξοικονόμηση κλινῶν καὶ οἰκονομικῶν πόρων στὶς Μ.Ε.Θ., καὶ ἡ ἀπόκτηση μεταμοσχεύσιμων ὀργάνων εἶναι ξεκάθαρα κοινωνικοί.<sup>361</sup> Ἔτσι, αὐτὸς ὁ ὀρισμὸς ἀποτελεῖ τὴν ἱστορικὴ διολίσθηση μιᾶς ἰατρικῆς ἔννοιας (τοῦ βιολογικοῦ φαινομένου τοῦ θανάτου) σὲ μιὰ κοινωνικὴ χρησιμοθηρικὴ κατασκευή.<sup>362</sup> Χαρακτηριστικά, ὁ πρόεδρος τῆς προαναφερθείσης ἐπιτροπῆς δήλωσε ὅτι τὸ κοινωνικὸ κίνητρο τῆς διάσωσης ζωῶν μὲ τις μεταμοσχεύσεις ἐπαρκεῖ γιὰ νὰ ὀρίσουμε τὸν «έγκεφαλικὸ θάνατο» ὡς τὸ ἐπιτρεπτὸ ὄριο γιὰ

<sup>359</sup> Seifert 2000, p. 203.

<sup>360</sup> Seifert 2000, p. 203.

<sup>361</sup> Beecher et al. 1968, p. 337.

<sup>362</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 161.

τή λήψη ὀργάνων.<sup>363</sup> Ἐπίσης, στήν ἐπιτροπή καθορισμοῦ τῶν διαγνωστικῶν κριτηρίων γιά τόν «ἐγκεφαλικό θάνατο», συμμετεῖχαν χειροῦργοι ἐμπλεκόμενοι σέ προγράμματα μεταμοσχεύσεων, τὰ ὁποῖα θά μπορούσαν νά προωθηθοῦν μέ τόν καθορισμό τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου».

## Δ

Ὁ «ἐγκεφαλικός θάνατος» ἔγινε ἀποδεκτός σάν νά προῆλθε ἀπό τήν συναίνεση τῶν ἐπιστημόνων, κυρίως τῶν ἰατρῶν, καί τῆς κοινωνίας.<sup>364</sup> Οἱ ἀσθενεῖς μέ κατεστραμμένους ἐγκεφάλους μπορούν νά θεωρηθοῦν νεκροί, ἐφ' ὅσον ὁ θάνατος δέν εἶναι τόσο μιὰ βιολογική κατάσταση ὅσο μιὰ κοινωνική κατασκευή. Ἡ ἐκάστοτε κοινωνία ἀποφασίζει πῶς θά ὀρίσει τόν θάνατο τήν κάθε ἱστορική στιγμή.<sup>365</sup>

Ὅμως, ὁ ὀρισμός τοῦ ἐγκεφαλικοῦ θανάτου δέν φαίνεται νά προέκυψε ὡς ἀπάντηση σ' ἓνα ἐρώτημα περὶ τῆς ἀληθείας, παρὰ ὡς μιὰ κατασκευή ποῦ ἐξυπηρετοῦσε πρακτικούς σκοπούς. Ὑπῆρξε ξεκάθαρα μιὰ σκοπιμότητα στήν εἰσαγωγή αὐτῆς τῆς ἔννοιας, καί δέν εἶναι τόσο αὐτὸ τὸ ὠφελιμιστικὸ κίνητρο ποῦ εἶναι μεμπτό, ὅσο ἡ διαστρέβλωση τῆς ἀληθείας περὶ τῆς φύσεως τοῦ θανάτου, καί ἡ ἀντικατάσταση αὐτῆς ἀπὸ τὴ χρησιμότητα.<sup>366</sup>

Ἡ ἀντίθετη ἄποψη συνοψίζεται ὡς ἑξῆς: Τὸ ἐρώτημα «τί εἶναι ὁ θάνατος;» δέν ἀποτελεῖ ἓνα ζήτημα κοινωνικῆς σύμβασης ἀλλὰ ἀναζήτησης τοῦ τί εἶναι πραγματικά. Τὸ νά ἀποκαλεῖται ἓνα ἄτομο νεκρό, δέν ἐγγυᾶται ὅτι αὐτὸ τὸ ἄτομο εἶναι ὄντως νεκρό.<sup>367</sup> Τὸ θέμα δέν εἶναι νά ὀρίσουμε ὅτι ἡ «ἀπώλεια τῆς συνείδησης καί τῆς αὐτόματης ἀναπνοῆς» ἀποτελεῖ τὸ θάνατο τοῦ ἀτόμου, ἀλλὰ νά ἀναζητήσουμε καί νά ἀνακαλύψουμε τὴ φύση τοῦ ἀνθρώπου, τῆς βιολογικῆς καί προσωπικῆς ζωῆς καί ὑπαρξῆς του. Μόνο ἀπὸ αὐτὴ τὴ σκοπιὰ τῆς ἀνθρώπινης ζωῆς μπορούμε νά καθορίσουμε τὴν ἀντικειμενικὴ φύση τοῦ θανάτου καί τὰ κριτήρια μέ τὰ ὁποῖα αὐτὸς διαπιστώνεται.<sup>368</sup> Ἐξάλλου, ὁ καθορισμός τοῦ ἔαν ἢ δυσλειτουργία τοῦ ἐγκεφάλου ἀποτελεῖ στήν πραγματι-

<sup>363</sup> Beecher, Dorr 1971, p. 120.

<sup>364</sup> αὐτόθι.

<sup>365</sup> Dworkin 1973, Beecher & Dorr 1971, Caplan 1988.

<sup>366</sup> Seifert 2000, p. 206.

<sup>367</sup> Capron 1987, p. 1.

<sup>368</sup> Seifert 2000, p. 216.

κότητα θάνατο, είναι αποκλειστικά φιλοσοφικό ζήτημα, όποτε δέν έπιτρέπεται νά γίνει με τή θέσπιση μιās νέας έννοιας ή με έναν καινούριο όρισμό.<sup>369</sup> Ένας όρισμός δέν μπορεί νά ύποκαταστήσει τή γνώση,<sup>370</sup> είδικά όταν είναι έπιστημονικά άβάσιμος και ήθικά άμφισβητήσιμος.

### III άπώλεια τής προσωπικότητας

#### A

Έκφράζεται και ή άποψη ότι με τον «έγκεφαλικό θάνατο» πεθαίνει τó ανθρώπινο πρόσωπο· αυτή ούσιαστικά διαφοροποιεί τó ανθρώπινο πρόσωπο από τó ανθρώπινο όν.<sup>371</sup> Σύμφωνα με αυτήν, ύπάρχουν όρισμένες άπαραίτητες ψυχολογικές ιδιότητες πού διαφοροποιούν τά ανθρώπινα πρόσωπα μεταξύ τους και, όταν αυτές χάνονται, τó πρόσωπο παύει νά ύπάρχει. Άκόμη, όταν τó άτομο βρίσκεται σέ κώμα, χωρίς τή δυνατότητα τής έπαναφορās, παύει νά άποτελεί ένα πρόσωπο, άκόμη και εάν τó σώμα του είναι βιολογικά ζωντανό. Ούσιαστικά, ή άπώλεια τής άκεραιότητας του έγκεφάλου συνεπάγεται τήν άπώλεια τής προσωπικότητας πού γίνεται άντληπτή ως νοϋς ή ικανότητα για συνείδηση, και όδηγεϊ στόν γνωσιακό θάνατο, με τον όποιο έξισώνονται τόσο ó έγκεφαλικός θάνατος όσο και ó παραδοσιακός θάνατος.

Η άντίθετη άποψη: Τό 1996, στο 2<sup>ο</sup> παγκόσμιο συνέδριο για τον «έγκεφαλικό θάνατο», ή γερμανική αντιπροσωπεία διατύπωσε τήν άποψη ότι ó «έγκεφαλικός θάνατος» έξισώνεται με τή μη άναστρέψιμη άπώλεια τής συνείδησης, όποτε δέν έχει κριτική σημασία για τή διάγνωσή του ή ύπαρξη βιολογικών/φυτικών έκδηλώσεων τής ζωής. Έπίσης, ισχυρίσθηκε ότι δέν είναι δυνατόν νά αποκλεισθεί τó ένδεχόμενο, οί «έγκεφαλικά νεκροί» νά έχουν τή δυνατότητα νά αισθανθοϋν και νά σκεφθοϋν.<sup>372</sup> «Δέν ύπάρχουν καθιερωμένα ιατρικά κριτήρια διάγνωσης τής άπώλειας του περιεχομένου τής συνείδησης, δεδομένου ότι ή συνείδηση είναι ένα ύποκειμενικό βίωμα».<sup>373</sup>

<sup>369</sup> Seifert 2000, p. 204.

<sup>370</sup> Jonas 1974.

<sup>371</sup> Seifert 2000, p. 203.

<sup>372</sup> Machado, Garcia, Roman, Parets 1995.

<sup>373</sup> Καρακατσάνης 2008, σ. 74.



## B

Ἐὰν τὸ περιεχόμενο τῆς συνείδησης ἐντοπίζεται νευροανατομικὰ στὸν ἐγκεφαλικὸ φλοιό, τότε ὁ θάνατος τοῦ φλοιοῦ προτείνεται ὡς ὁ πυρήνας τοῦ θανάτου τοῦ ὄλου ἐγκεφάλου. Βάσει αὐτοῦ τοῦ κριτηρίου, ἀσθενεῖς σὲ φυτική κατάσταση, παιδιὰ ὑδροκέφαλα ἢ ἀνεγκέφαλα, πρέπει νὰ θεωροῦνται ὡς «ἐγκεφαλικά νεκρά». Μάλιστα πολλὲς δικαστικὲς ἀποφάσεις ἔχουν χαρακτηρίσει ἀνεγκέφαλα παιδιὰ ὡς «ἐγκεφαλικά νεκρά». Ὅμως, εὐρίσκονται στὴ βιβλιογραφία περιπτώσεις ὑδροκέφαλων παιδιῶν ποὺ ἐμφάνιζαν σαφὴ σημεῖα ζωῆς.<sup>374</sup>

Ἡ στήριξη τῆς ἔννοιας τοῦ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» στὴν ἀπώλεια τῆς προσωπικότητας φαίνεται νὰ δικαιολογεῖ τὴν κακοποίηση ἀτόμων μὲ κάποια νοητικὴ καθυστέρηση. Ἡ ἰδέα τοῦ θανάτου τοῦ ἀνώτερου ἐγκεφάλου προσεγγίζει αὐτὴν τοῦ πνευματικοῦ θανάτου, ἡ ὁποία διεδόθη στὴ ναζιστικὴ Γερμανία, προκειμένου νὰ δικαιολογήσει τὶς δολοφονίες τῶν ψυχικὰ ἀρρώστων, τῶν καθυστερημένων καὶ τῶν τρελῶν. Ὡς ἐπέκταση αὐτῆς τῆς ἰδέας, στὶς μέρες μας ἀμφισβητεῖται ἡ ὑπαρξὴ προσωπικότητας στὰ σοβαρὰ καθυστερημένα ἄτομα, κάτι ποὺ συνδυάζεται καὶ μὲ τὴ θεωρία περὶ τοῦ γνωσιακοῦ θανάτου καὶ τοῦ πολιτισμικὰ σχετικιστικοῦ κοινωνικοῦ θανάτου.

Ἄλλη συνέπεια αὐτοῦ τοῦ ὀρισμοῦ εἶναι ὅτι θὰ ἔπρεπε νὰ θεωρεῖται ὅτι τὰ ἀνθρώπινα ἔμβρυα δὲν ζοῦν πρὶν σχηματισθεῖ ὁ ἐγκέφαλός τους,<sup>375</sup> καὶ τὸ νὰ ἀποτελεῖ κανεὶς ἓνα ἀνθρώπινο πρόσωπο εἶναι ταυτόσημο μὲ τὸ νὰ ἔχει ἓνα λειτουργοῦντα ἐγκέφαλο. Ὡστόσο, τὰ δεδομένα δείχνουν πόσο δύσκολο εἶναι νὰ ἐγκεφαλικά νεκροστοπισθοῦν οἱ ἐγκεφαλικὲς λειτουργίες ἀπὸ τὶς ὁποῖες ἐξαρτᾶται ἀκριβῶς ἡ παρουσία τῆς διάνοιας.

Βασισμένοι στὸ κριτήριό τοῦ θανάτου τοῦ φλοιοῦ, ὀρισμένοι ὑποστηρίζουν ὅτι τὰ ἀνεγκέφαλα παιδιὰ δὲν ἀναπτύσσονται, οὔτε γεννιοῦνται, καθὼς δὲν ζοῦν.<sup>376</sup> Ἀνεγκέφαλο θεωρεῖται τὸ βρέφος ποὺ γεννᾶται χωρὶς μέρος τοῦ μυαλοῦ, ἢ μὲ μικρότερη κρανιακὴ κοιλότητα, ἐνῶ διατηρεῖ τὴ νευρολογικὴ καὶ ἀναπνευστικὴ του λειτουργία. Ἡ εἰρωνεία δὲ εἶναι ὅτι τὰ ἀνεγκέφαλα παιδιὰ συνήθως ἔχουν δρῶν ἐγκεφαλικὸ στέλεχος, ἢ δυσλειτουργία τοῦ ὁποῖου ἀποτε-

---

<sup>374</sup> Seifert 2000, p. 204.

<sup>375</sup> ἑ. ἀ., σ. 211.

<sup>376</sup> Beller, Reeve 1989.

λει, σὲ πολλὰ σύγχρονα νομικά συστήματα, τὸ βασικὸ κριτήριό διάγνωσης τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου».<sup>377</sup>

Σημαντικὲς παράμετροι, ποὺ πρέπει νὰ ληφθοῦν ὑπ' ὄψιν γιὰ τὴν ἀποδοχὴ καὶ χρῆση ἢ μὴ, τοῦ ὅρου «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» εἶναι οἱ ἀκόλουθοι:

### **A. Ἡ ἀνθρώπινη ἄγνοια**

Ἡ ἀκριβὴς στιγμή ἐπέλευσης τοῦ θανάτου δὲν μπορεῖ νὰ προσδιοριστεῖ οὔτε νὰ γίνῃ γνωστὴ χωρὶς καμμία ἀμφιβολία. Ὅσο ζεῖ ἀκόμα τὸ σῶμα, δὲν μπορεῖ νὰ προσδιοριστεῖ ἓνα χρονικὸ σημεῖο στὸ παρελθὸν κατὰ τὸ ὁποῖο νὰ ἐπῆλθε ὁ θάνατος, ἀφοῦ αὐτὸς ἀναμένεται στὸ μέλλον. Εἶναι ἐμπειρικὰ ἀποδεδειγμένο ὅτι δὲν ἔχουμε βεβαία γνώση ἀναφορικὰ μὲ τὴ χρονικὴ στιγμή ἐπελεύσεως τοῦ θανάτου, κάτι ποὺ ἀποτελεῖ ἓναν ἀκόμη λόγο ἀπόρριψης τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου».

Πῶς μποροῦμε νὰ γνωρίζουμε ὅτι ἔχει συμβεῖ ἢ μὴ ἀναστρέψιμη παύση τῶν ἐγκεφαλικῶν λειτουργιῶν σὲ περίπου δέκα δισεκατομμύρια ἐγκεφαλικούς νευρώνες καὶ στίς ἀκόμη περισσότερες μεταξύ τους συνάψεις;<sup>378</sup> Ἐξάλλου, οἱ ἰατροὶ μποροῦν, χάρι στὴ σύγχρονη τεχνολογία, νὰ παρατηρήσουν τὴν ἐγκεφαλικὴ δραστηριότητα μόνο στὰ ἐξωτερικὰ 1 ἕως 2 ἑκατοστὰ τοῦ ἐγκεφάλου. Εἶναι, λοιπόν, ἀπορίας ἄξιον ἐὰν αὐτὸ μᾶς παρέχει τὴν ἠθικὴ βεβαιότητα ποὺ νὰ ἀποδεικνύει τὴν ὑπαρξή, πόσο μᾶλλον τὴν παύση, τῆς ἐγκεφαλικῆς δραστηριότητας.<sup>379</sup>

### **B. Ἡ ἠθικὴ ἀβεβαιότητα**

Δὲν ἔχουμε τὴν ἠθικὴ βεβαιότητα οὔτε κὰν τὴν πιθανότητα ὅτι ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» εἶναι πραγματικὸς θάνατος. Δὲν εἶναι διαθέσιμη καμμία καλὰ θεμελιωμένη ἠθικὴ βεβαιότητα περὶ τῆς ἐξισώσεως τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ

---

<sup>377</sup> Seifert 2000, p. 211.

<sup>378</sup> Seifert 2000, p. 224.

<sup>379</sup> Διακήρυξη ἐπιστημόνων 2005, σ. 9.

θανάτου» με τὸν βιολογικὸ θάνατο.<sup>380</sup> Ἀβέβαιες ἠθικὲς ἀπόψεις περὶ τοῦ σχετικοῦ μόνο νοήματος τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου»- γιὰ παράδειγμα ὅτι ὁ θάνατος ἐπέρχεται μετὰ τὴν μὴ ἀναστρέψιμη κατάρρευση τῆς ἐγκεφαλικῆς λειτουργίας- δὲν μποροῦν νὰ παρέχουν μιὰ ἠθικὴ δικαιολόγησι γιὰ ἐνέργειες ποὺ ἀποτελοῦν ἀνθρωποκτονία στὴν περίπτωση ποὺ ὁ δέκτης αὐτῶν εἶναι ἀκόμη ζωντανός. Ἀκόμη καὶ μιὰ ἐλάχιστη ἠθικὴ πιθανότητα ἐπιτυχίας ἀρκεῖ γιὰ νὰ δικαιολογήσει μιὰ πράξι μετὰ σκοπὸ τῆ διάσωση μιᾶς ζωῆς. Ἀντιθέτως, ἡ διάπραξι μιᾶς ἐνέργειας ἢ ὁποῖα θέτει σὲ κίνδυνο τὴ ζωὴ ἑνὸς ἀνθρώπου, ἀπαιτεῖ τὴ μέγιστη ἠθικὴ βεβαιότητα. Καὶ τέτοια βεβαιότητα ὄχι μόνο ἀπουσιάζει παντελῶς στὴν περίπτωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», ἀλλὰ καὶ ὅλες οἱ ἐνδείξεις ὁδηγοῦν πρὸς τὴν ἀντίθετη κατεύθυνση.<sup>381</sup> Ἐξάλλου, καὶ μόνο ἡ πιθανότητα νὰ ζεῖ ἀκόμη ὁ ἄνθρωπος καὶ ἡ ἠθικὴ ἀβεβαιότητα περὶ τοῦ θανάτου του, καθιστοῦν τὴ θανάτωσι αὐτοῦ ἠθικὰ ἀνεπίτρεπτη.<sup>382</sup>

Τὸ ἐρώτημα ποὺ τίθεται δὲν ἔχει νὰ κάνει μετὰ τὸ θάνατο, ἀλλὰ μετὰ μιὰ πιθανὴ ἀνθρωποκτονία. Καὶ ἡ διενέργεια πράξεων ποὺ μποροῦν νὰ σκοτώσουν ἕναν ἄνθρωπο, προϋποθέτει τὴν ὑπαρξὴ κάποιας ἠθικῆς βεβαιότητος περὶ τοῦ πρακτέου.<sup>383</sup> Ἐφ' ὅσον, λοιπόν, τὰ διαγνωστικὰ κριτήρια ὄχι μόνο δὲν ἔχουν ἐπιβεβαιωθεῖ, ἀλλὰ καὶ εἶναι ἀδύνατον νὰ ἐπιβεβαιωθοῦν (μετὰ μαθηματικὴ ἀπόδειξι ὅπως προαναφέρθηκε στὴν ὑποενοότητα 3.4), ἡ ἐφαρμογὴ τους σὲ βρέφη εἶναι ἐμπειρικὰ ἀβάσιμη καὶ ἠθικὰ ἐπισηφαλῆς.<sup>384</sup> Ἡ δοκιμασία τῆς ἄπνοιας εἶναι ἀνήθικη, ὡς μὴ ἔχουσα πιθανὸν θεραπευτικὸ ἀποτέλεσμα γιὰ τὸν ἀσθενῆ.<sup>385</sup>

---

<sup>380</sup> ἔ. ἀ., π. 214.

<sup>381</sup> Seifert 2000, π. 214.

<sup>382</sup> ἔ. ἀ., π. 217.

<sup>383</sup> Seifert 2000, π. 224.

<sup>384</sup> Shewmon 1997, π. 54.

<sup>385</sup> Evans 2002, π. 598.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

- ⌘ Αποτελεί ή αναγγελία του «έγκεφαλικού θανάτου» έπαρκή προϋπόθεση για την απόσυρση του αναπνευστήρα;
- ⌘ Φιλοσοφικά, γιατί απαιτείται και ή απώλεια του έγκεφαλικού στελέχους; επί παραδείγματι, τὰ κριτήρια του Harvard είναι βασισμένα στη μη αναστρεψιμότητα του κώματος και στο μάταιο της φροντίδος, παρά στο θάνατο του προσώπου.
- ⌘ Αποτελεί ή αφαίρεση μιᾶς πάλλουσας καρδίας, από ένα σώμα με νεκρό έγκεφαλο, μιᾶ πράξη άμεσης θανάτωσης ή όχι;
- ⌘ Συνιστᾶ ή απόσυρση της διασωληνιακῆς παροχῆς τροφῆς, από τους άσθενείς σε μόνιμη φυτική κατάσταση, μιᾶ νόμιμη εφαρμογή των «ύπερβολικῶν» μέσων ή εὐθανασία με παράλειψη;
- ⌘ Είναι ικανοποιητικὰ τὰ σημερινὰ κριτήρια του «έγκεφαλικού θανάτου»; Ὅρισμένοι κάνουν έκκληση για έπιπλέον έρευνα προκειμένου να έλεγχθει ἂν τὰ κριτήρια αὐτὰ είναι αξιόπιστα.
- ⌘ Νεκρὸς ή ἄρκετὰ νεκρὸς; Οἱ τωρινοὶ ἄλγόριθμοι χρησιμοποιοῦν κάποια μέτρα πὸν ἄπλῶς μετροῦν τὴ δραστηριότητα του έγκεφάλου πάνω από ἕναν ὀρισμένο οὐδὸ. Μήπως ὑπάρχει κάποια ὑπολειπόμενη κυτταρική δραστηριότητα; Πῶς δὲ μπορεῖ να καθοριστεῖ αὐτὸς ὁ οὐδός;
- ⌘ Πότε πρέπει να πιστοποιεῖται ὁ θάνατος; Ὅταν συμβαίνει ή καταστροφή του έγκεφάλου ή ὅταν αποσυνδέεται ὁ αναπνευστήρας και ἔπεται ή καρδιακή ἀνακοπή;
- ⌘ Πότε ἔχει συμβεῖ ή μη ἀναστρέψιμη απώλεια ὄλων τῶν έγκεφαλικῶν λειτουργιῶν;

## Ξένη Βιβλιογραφία

- Ad Hoc Committee on brain death of the children's hospital in Boston (1987), «Determination of Brain Death», *J. Pediatrics*; 110: 15- 19.
- Allen N, Burkholder JD, Molinary GF, Comiscioni G (1980), «*Clinical criteria of brain death*», in NINCDS 1980, pp. 77- 147.
- Allen N, Burkholder JD, Comiscioni J (1978), «Clinical criteria of brain death», *Ann. NY Acad. Sci.*; 315, pp. 70- 97.
- Alvarez LA, MoshSL, Belman AL, Maytal J, Resnick TJ, Keilson M (1988), «EEG and brain death determination in children», *Neurology* 38(2): 227- 230.
- American academy of Pediatrics: Special task force on brain death in children (1987), «Guidelines for the determination of brain death in children», *Pediatrics*; 80: 298- 9.
- Ashwal S, Schneider S (1987), «Brain death in children», *Pediatr. Neurol.*; 3: 5- 11, 69- 77.
- Ashwal S, Schneider S (1988), «Brain death in the newborn: Clinical, electroencephalographic, and cerebral blood flow determinations», *Ann. Neurol.*; 24 (2), 337.
- Awada A. (1995), «Uncommon reflex automatism after brain death», *Rev. Neurol.*; 151 (10): 586- 8.
- Banasiak K, Lister G (2003), «Brain death in children», *Current opinion in Pediatrics*; 15: 288- 293.
- Beecher, HK et al. (1968), «A definition of irreversible coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death», *Jama*; 205: 337- 340.
- Beecher HK, Dorr HI (1971), «The new definition of death. Some opposing views», *Int. J. Clin. Pharmacol.*; 5(2): 120- 124.
- Beller F, Reeve J (1989), «Brain life and brain death- The anencephalic as an explanatory example. A contribution to transplantation», *The journal of Medicine and Philosophy*; 14: 5- 23.
- Belsh JM, Chokroverty S (1987), «Short-latency somatosensory evoked potentials in brain-dead patients», *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.* 68(1): 75- 78.
- Brilli RJ, Bigos D (2000), «Apnea threshold and pediatric brain death: Letter to the editor», *Crit. Care Med.*; 28 (4): 1257.

- Brust JCM (1995), «Coma», in: «Merritt's textbook of Neurology», 9<sup>th</sup> edition, Williams and Wilkins, Baltimore.
- Byrne, Paul A. & Weaver, Walt F. (2004), «“Brain Death” Is Not Death, Brain death and disorders of consciousness», Havana, Cuba: Proceedings of the fourth international symposium on coma and death.
- Canadian Neurocritical Care Group (1999), «Guidelines for the diagnosis of brain death», *Can J Neurol Sci*; 26: 64- 66.
- Capron AM (1987), in *American Medical News*, April 17.
- Capron AM (2001), «Brain death- well settled yet still unresolved», *N.E.J.M.*; 344(16): 1244- 1246.
- Clark, John W. Jr (2004), «Ἡ προέλευση τῶν βιοδυναμικῶν», στὸ Webster 2004, σσ. 149- 212.
- Coimbra C (1999), «Implications of ischemic penumbra for the diagnosis of brain death», *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*; 32: 1479- 1487.
- Conference of Medical Royal Colleges and their faculties in the United Kingdom (1976), «Diagnosis of brain death: statement issued by the honorary secretary of the Conference of Medical Royal Colleges and their faculties in the United Kingdom on 11 October 1976», *B.M.J.*; 2: 1187- 8.
- Crenna P, Conci F, Boselli F (1989), «Changes in spinal reflex excitability in brain- dead humans, *Electroencephalography Clinical Neurophysiology*; 73: 206- 214.
- Cushing, H (1902), «Some experimental and clinical observations concerning states of increased intracranial tension», *Am.J.Med Sci.*, 124 (3); 375- 400.
- «Διακήρυξη ἐπιστημόνων: Ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος δὲν εἶναι θάνατος!» (2005), Παρακαταθήκη, ἀρ. 45, Νοέμβριος- Δεκέμβριος. (ὑπογεγραμμένη ἀπὸ τοὺς: Armour JA, Byrne PA, Calva Pilar Mercado, Coimbra Cicro G, Colliton William F, Evers Joseph C, Hill David, Oliver Ruth, Potts Michael, Seifert Joseph, Spaemann Robert, Vasa Robert F, Watanabe Yoshio, Wilson Mercedes Arzú et al.)
- Doig CJ and Burgess E (2003), «Brain Death: resolving inconsistencies in the ethical declaration of death», *Can. J. Anesth*; 50(7): 725- 31.
- Drake B, Ashwal S, Schneider S (1986), «Determination of cerebral death in the pediatric intensive care unit», *Pediatrics* 78(1): 107- 111.

- Evans DW (2002), «Brain death. Letter to the editor», *British Medical Journal*; 325: 598.
- Facco E, Casartelli Liniero M, Munari M, Toffoletto F, Baratto F, Giron GP (1990), «Somatosensory evoked potentials: New criteria for brain death?», *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 53: 351- 3.
- Facco E et al. (1998), «<sup>99m</sup>Tc HMPAO SPECT in the diagnosis of brain death», *Int Care Med*; 24: 911- 917.
- Fackler JC, Troncoso JC, Gioia FR (1988), «Age- specific characteristics of brain death in children», *Am J Dis Child* 142(9): 999- 1003.
- Fackler JC, Rogers MC (1987), «Is brain death really cessation of all intracranial function?», *J Pediatr* 110(1): 84- 86.
- Field DR, Gates EA, Creasy RK, Jonsen AR Laros RK Jr (1988), «Maternal brain death during pregnancy: medical and ethical issues», *JAMA*; 260 (6): 816- 822.
- Fotiou F, Tsitsopoulos P, Sitzoglou K, Fekas L, Tavridis G (1987), «Evaluation of the somatosensory evoked potentials in brain death», *Electromyogr Clin Neurophysiol* 27(1): 55- 60.
- Freeman JM, Ferry PC (1988), «New brain death guidelines in children: Further confusion», *Pediatrics*; 81, 301- 3.
- Giacomini, Rita (1997), «A change of heart and a change of mind? Technology and the redefinition of death in 1968», *Soc. Sci. Med.*, vol. 44, no. 10, pp. 1465- 1482, Great Britain: Elsevier Science Ltd.
- Goldie WD, Chiappa KH, Young RR, Brooks EB (1981), «Brainstem auditory and short- latency somatosensory evoked responses in brain death», *Neurology* 31(3): 248- 256.
- Goundreau JL, Widjicks EF, Emery SF (2000), «Complications during apnea testing in determination of brain death: predisposing factors», *Neurology*; 55: 1045- 8.
- Grigg MM, Kelly Ma, Calesia GG, Ghorial MW, Ross ER (1987), «Electroencephalographic activity after brain death», *Arch Neurol*; 44: 948- 954.
- Guyton (1991), «Textbook of Medical Physiology», 8<sup>th</sup> edition, W.B. Saunders, Philadelphia.
- Hall GM, Mashiter K, Lumley L, Robson JG (1980), «Hypothalamic-pituitary function in the “brain-dead” patient», *Lancet* 2: 1259.

Haupt WF, Rudolf J (1999), «European brain death codes: a comparison of national guidelines», *J Neurol*; 246: 432- 437.

Heiskamen, O. (1974), «Cerebral circulatory arrest caused by acute increase of intracranial pressure. A clinical and Roentgenological study of 25 cases», *Acta Neyrol Scand* 40, Suppl 7: 1- 57.

Hershenov D (2003), «The problematic role of “irreversibility” in the definition of death», *Bioethics*; 17: 89- 100.

Hill David (2002), “Honesty is best policy”, *BMJ* 325: 836.

Howlett TA, Keogh AM, Perry L, Touzel R, Rees LH (1989), «Anterior and posterior pituitary function in brain-stem-dead donors», *Transplantation* 47(5): 828- 834.

Jonas H (1974), «*Philosophical essays: from ancient creed to technological man*», Prentice Hall, Englewood Cliffs.

Jonas H (1974), «*Against the stream. Comments on the definition and redefinition of death*», in Jonas H (1974), pp. 132- 140.

Latronico Nicola, Zamperetti Nereo, Bellomo Rinaldo, Defanti Carlo Alberto (2008), «“Brain death”: what’s in a name?», Springer- Verlag.

Mejia RE, Pollack MM (2003), «Variability in brain death determination practices in children», *JAMA*; 274: 550- 553.

Mernoff, Stephen T. MD (2003), «*Brain Death: The Neurologis’ s Perspective*», [http://www.brown.edu/Departments/Center\\_for\\_Biomedical\\_Ethics/events.html](http://www.brown.edu/Departments/Center_for_Biomedical_Ethics/events.html).

Machado Callixto, «*Brain death*», Springer.

Machado Callixto, «*Chapter 4: Clinical diagnosis of brain death*», in Machado Callixto, «*Brain death*», pp. 71- 101, Springerlink, DOI: 10.1007/978-0-387-38977-6\_4.

Machado Callixto, «*Chapter 5: Ancillary tests in brain death confirmation*», in Machado Callixto, «*Brain death*», pp. 102- 157, Springerlink, DOI: 10.1007/978-0-387-38977-6\_5.

Mandel S, Arenas A, Scasta D (1982), «Spinal automatism in cerebral death», *N Engl J Med*; 307: 501.

Mohandas A, Chou SN (1971), «Brain death. A clinical and pathological study», *J Neurosurg*; 35: 211- 218.

Molinary (1980), «The NINCDS collaborative study of brain death: a historical perspective», in *NINCDS Monograph No. 24*, NCI, pp. 1- 32.

Mollaret P & Goulon M (1959), «Le coma dépassé», *Rev Neurol*; 101: 3- 15.



Μπαλογιάννης 2001, στο «Ἐκκλησία καὶ μεταμοσχεύσεις», Ἔκδοση κλάδου ἐκδόσεων ἐπικοινωνιακῆς καὶ μορφωτικῆς ὑπηρεσίας τῆς Ἐκκλησίας τῆς Ἑλλάδος, Ἀθήνα.

Murray JE, Merrill JP, Takacs FJ, Harder EB, Wilson RE, Dammin GJ (1963), «Successful transplantation of kidney from a human cadaver», *Jama*; 185: 347- 353.

NINCDS collaborative study of brain death (Dec 1980), «NINCDS *Monograph No. 24*», NIH Publication No. 81-2286, Bethesda, Maryland.

Outwater KM, Rockoff MA(1984), «Diabetes insipidus accompanying brain death in children», *Neurology*; 34(9): 1243- 1246.

Paolin A, Manuali A, Di Paola F, Boccaletto F, Caputo P, Zanata R, Bardin GP, Simini G (1995), «Reliability in diagnosis of brain death», *Intensive Care Medicine*; 21: 657- 662.

Parise JE et al. (1982), «Brain death with prolonged somatic survival», *NEJM*; 306: 14- 16.

Plum F (1999), «Clinical standards and technological confirmatory tests in diagnosing brain death», στο *Youngner 1999*.

Plum F, Posner JB (1983), «*The diagnosis of stupor and coma*», 3<sup>rd</sup> edition, 4<sup>th</sup> printing, Philadelphia, F. A. Davis.

Potts M, Byrne PA & Nilges RG(2000), «*Beyond brain death*», the Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Powner DJ, Bernstein IM (2003), «Extended somatic support for pregnant women after brain death», *Crit Care Med*; 31: 1241- 9.

President's Commission for the study of ethical problems in biomedical and behavioral research (1981), «The medical consultants' report: Guidelines for the determination of death», *Jama*; 246 (19), 2184- 2186.

Robert F, Mumenthaler M (1977), «Criteria of brain death. Spinal reflexes in 45 personal studies», *Schweiz Med Wochenschr*; 107: 335- 341.

Ropper, AH (1993), «*Neurological and neurosurgical intensive care*», New York: Raven Press, 3<sup>rd</sup> edition.

Ropper, AH & Rockoff, MA (1993), «*Physiology and clinical aspects of raised intracranial pressure*», in Ropper 1993, pp. 11- 27.

Ropper AH (1984), «Unusual spontaneous movements in brain- dead patients», *Neurology* 34(8): 1089- 1092.

- Ropper AH, Kennedy SK, Russell L (1981), «Apnea testing in the diagnosis of brain death: Clinical and physiological observations», *J Neurosurg* 55(6): 942- 946.
- Rosenbaum, S. (1999), «Ethical conflicts», *Anesthesiology*; 91: 3- 4.
- Schrader H, Krogness K, Aakvaag A, Sortland O, Purvis K(1980), «Changes of pituitary hormones in brain death», *Acta Neurochir*; 52(3- 4): 239- 248.
- Rowland TW et al. (1983), «Brain death in the pediatric intensive care unit: A clinical definition», *American Journal of the diseases of children*; 137: 547- 550.
- Saposnik G, Maurino J, Saizar R, Bueri JA (2005), «Spontaneous and reflex movements in 107 patients with brain death», *Am J Med*; 118: 311- 314.
- Saposnik G, Rizzo G, Vega A, Sabbatiello R, Deluca JL (2004), «Problems associated with apnea test in the diagnosis of brain death», *Neurology India*; 52(3): 342- 345.
- Seifert, Joseph (2000), «*Brain death and euthanasia*», in Potts, Byrne & Nilges (2000), pp. 201- 227.
- Shewmon, D. Alan (1997), «Recovery from “Brain Death”: A Neurologist’s Apologia», *Linacre Quarterly*, pp. 30- 96.
- Shewmon, D. Alan (1998), «Chronic “Brain Death”: Meta-analysis and conceptual consequences», *Neurology*; 51: pp. 1538- 1545.
- Skegg PDG (1984), «*Law, Ethics and Medicine: Studies in medical law*», Oxford: Clarendon Press.
- Spudis EV, Penry JK, Link AS Jr (1984), «Paradoxical contributions of EEG during protracted dying», *Arch Neurol* 41(2): 153- 6.
- Swedish Committee on Defining Death (1984), «*The Concept of Death. Summary*», Stockholm, Swedish Ministry of Health and Social Affairs.
- Taylor RM (1997), «Reexamining the definition and criteria of death», *Sem Neurol*; 17: 265- 270.
- The Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology (1995), «Practice parameters for determining brain death in adults - summary statement», *Neurology*; 45: 1012- 1014.
- Truog RD, Fackler JC (1992), «Rethinking brain death», *Crit Care Med*; 20.
- Van Norman G, «Can brain death testing be perfect?», *Anesth*, vol. 92, no. 4.

- Vardis R, Pollack MM (1998), «Increased apnea threshold in a pediatric patient with suspected brain death», *Crit Care Med*; 26 (11): 1917- 9.
- Veatch RM (1992), «Brain death and slippery slopes», *J Clin Ethics*; 3: 181-187. p. 184.
- Webster, John G. (ed.) (2004), «Ίατρική όργανολογία: Έφαρμογή και σχεδιασμός», έκδόσεις Έλλην.
- Wijdicks, EFM (2001), «*Brain death*», Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wijdicks, EFM (2002), «Brain death worldwide», *Neurology*; 58: 20- 25.
- Wijdicks, EFM (2001), «*Clinical dianosis and confirmatory testing in brain death in adults*», in Wijdicks, EFM (2001). *Neurology*; 45: 1003- 1011.
- Wijdicks, EFM (1995), «Determining brain death in adults», *Neurology*; 45: 1003- 1011.
- Wijdicks, EFM (2003), «The neurologist and the Harvard criteria of brain death», *Neurology*; 61: 970- 976.
- Wijdicks EFM, Manno Em, Holets SR (2005), «Ventilator self- cycling may falsely suggest patient effort during brain death determination», *Neurology*; 65: 774.
- Wijdicks EFM, Rochester MN, Bernat JL, Lebanon NH (1999), «Letter to the editor», *Neurology*; 53: 1369- 1379. p. 1370.
- Willatts SM, Drummond G (2000), «Brainstem death and ventilator trigger settings», *Anaesthesia*; 55, pp. 676- 7.
- Youngner SJ et al (1989), «“Brain death” and organ retrieval. A cross-sectional survey of knowledge and concepts among health professionals», *JAMA*; 261: 2205- 2210.
- Youngner SJ, Arnold RM, Shapiro R (1999), «*The definition of death. Contemporary controversies*», Baltimore and London.
- Zamperetti Nereo, Bellomo Rinaldo, Ronco Claudio (2009), «Cardiac death or circulatory arrest? Facts and values in organ retrieval after diagnosis of death by cardio- circulatory criteria», *Intensive Care Medicine*; 35: 1673-1677.

## Έλληνική Βιβλιογραφία

Καρακατσάνης Κωνσταντίνος Γ (2008), «Έγκεφαλικός θάνατος και μεταμοσχεύσεις ὀργάνων», Θεσσαλονίκη: Έκδόσεις Άγιοτόκος Καππαδοκία, γ' έκδοση.

Καρακατσάνης Κ, Μπαλαμούτσος Ν, (1999), «Έγκεφαλικός θάνατος: Μήπως χρήζει επανεξέτασης;», *Ίατρική*; 76: 3, σσ. 219- 228.

Καρακατσάνης Κωνσταντίνος Γ, Τσανάκας ΙΝ (2002), «A critique on the concept of brain death», *Issues in law and medicine*, vol. 18, no. 2, fall, pp. 127- 141.

Καρακατσάνης Κ, Τσανάκας ΙΝ (2004), «Κριτική στην έννοια του έγκεφαλικού θανάτου», *Θεοδρομία*, τεύχος 1.

ΚΕ.Σ.Υ. (1985), «Άπόφαση 9/20.3.85 τής 21<sup>ης</sup> ὀλομέλειας τοῦ ΚΕ.Σ.Υ. και γνωμοδότηση για τὰ κριτήρια διάγνωσης τοῦ “έγκεφαλικού θανάτου”».

Μητροπολίτης Γλυφάδος Παῦλος (2008), «Έπιστολή πρὸς τὴν ἁγίαν και ἱερὰν σύνοδον τῆς Έκκλησίας τῆς Ελλάδος», Βούλα 12/3/2008, ἀριθμὸς πρωτοκόλλου κατάθεσης 404.

Παναγόπουλος Έμμανουήλ Δ (1995), «ΈΗ ἀπομυθοποίηση τοῦ έγκεφαλικού θανάτου», *Έδράσις μας*, τεύχος 365 (Φεβρουαρίου).





## Κεφάλαιο Γ' :

### Έγκεφαλικός θάνατος καὶ μεταμοσχεύσεις

«Η πρακτική τῆς μεταμόσχευσης ὀργάνων εἶναι συνυφασμένη μετὴν ἔννοια τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» κατὰ τὸ μεγαλύτερο μέρος τῆς ἱστορίας της, μέσω τοῦ κανόνα τοῦ νεκροῦ δότου».<sup>316</sup>

---

<sup>316</sup> Truog 2003.





## I/ Ἡ ἱστορικὴ σύνδεση τῶν μεταμοσχεύσεων μὲ τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο»

Στὴ βιβλιογραφία, ἐκφράζονται δύο διαφορετικὲς ὑποθέσεις γιὰ τοὺς λόγους ποὺ ὀδήγησαν στὸν ἐπαναπροσδιορισμὸ τοῦ θανάτου. Αὐτὸς ἀποδίδεται ἀπὸ ὀρισμένους σὲ μιὰ ἐπιταγὴ τῆς τεχνολογικῆς προόδου, ἐνῶ ἀπὸ ἄλλους μελετητὲς ἐρμηνεύεται ὡς μιὰ ἀπάντηση τῆς ἱατρικῆς ἐπιστήμης στὸν δημόσιο σκεπτικισμὸ γιὰ τὴν ἠθικὴ τῆς μεταμόσχευσης τῆς ἀνθρώπινης καρδιάς, δότες τῆς ὁποίας θὰ ἦταν ἀπαραιτήτως ἀσθενεῖς εὐρισκόμενοι σὲ κῶμα. Αὐτὸς ὁ σκεπτικισμὸς ἀφορᾷ στὴν ἐπίδραση ἐπὶ τῶν πολιτῶν, τῶν κοινωνικῶν πιέσεων, τὴν ἀμφισβήτηση τῆς «ἐξουσίας» τοῦ ἱατρικοῦ ἐπαγγέλματος στὰ τέλη τοῦ '60,<sup>317</sup> καθὼς καὶ τὴν ἀνησυχία ποὺ προέκυπτε ἀπὸ τὴ συσχέτιση τῆς μεταμόσχευσης καρδιάς μὲ τὴν πρόωρη ταφὴ (ὁ φόβος μήπως οἱ δότες δὲν εἶναι νεκροί).<sup>318</sup> Ἐν συνεχείᾳ θὰ παραθετηθοῦν καὶ οἱ δύο ἀπόψεις.

Ἡ πρακτικὴ τῆς μεταμόσχευσης ὀργάνων εἶναι συνυφασμένη μὲ τὴν ἔννοια τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» κατὰ τὸ μεγαλύτερο μέρος τῆς ἱστορίας της, μέσω τοῦ κανόνα τοῦ νεκροῦ δότου, βάσει τοῦ ὁποίου οἱ ἀσθενεῖς πρέπει νὰ δηλωθοῦν νεκροί, πρὶν τοὺς ἀφαιρεθοῦν ὄργανα ποὺ δὲν εἶναι διπλὰ (καρδιά, ἥπαρ) ἢ καὶ οἱ δύο πνεύμονες.<sup>319</sup> Αὐτὸς ὁ κανόνας θεωρεῖται ὅτι διασφαλίζει τὴν ἠθικότητα τῆς ἀφαίρεσης τῶν ὀργάνων (οἱ δότες εἶναι νεκροί, ὁπότε δὲν βλάπτονται), καὶ συνέβαλε τὰ μέγιστα στὴν ἀποδοχὴ τῶν μεταμοσχεύσεων ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκρὸ» δότη.<sup>320</sup>

Ἡ πρώτη δημόσια ἀναφορὰ στὸ ζήτημα τῆς ἀπόσυρσης τῆς μηχανικῆς ὑποστήριξης τῆς ζωῆς μαρτυρεῖται ὅτι ἔγινε ἀπὸ τὸν πάπα Πῖο XII σὲ ἓνα διεθνὲς συνέδριο ἀναισθησιολογίας κατὰ τὸ ἔτος 1957. Ὁ πάπας Πῖος XII δήλωσε τότε ὅτι τὰ μέσα τὰ ὑποστηρικτικὰ τῆς ζωῆς μποροῦν νὰ χαρακτηριστοῦν «ὑπερβολικά» (*extraordinary*), καὶ συνεπῶς νὰ ἀποσυνδεθοῦν ἀπὸ τὸν ἀσθενῆ πρὶν τὴν διακοπὴ τῆς κυκλοφορίας αὐτοῦ. Ἐπίσης, μετέθεσε τὸν προσδιορισμὸ τῆς ἀκριβοῦς στιγμῆς ἐπελεύσεως τοῦ θανάτου στὴν εὐθύνη τῆς ἱατρικῆς ἐπιστήμης.<sup>321</sup>

<sup>317</sup> Ὅπως αὐτὴ περιγράφτηκε στὸ α' κεφάλαιο, σσ. 24- 26.

<sup>318</sup> Giacomini, pp. 1465- 6.

<sup>319</sup> Truog 2003.

<sup>320</sup> Zamperetti, Bellomo, Ronco 2009, p. 1675.

<sup>321</sup> Pius XII 1958.

Ἡ πρώτη ἐπιτυχῆς μεταμόσχευση σὲ ἄνθρωπο γίνεται κατὰ τὸ ἔτος 1954, ὅταν ὁ Joseph Murray μεταμοσχεύει τὸν πνεύμονα ἑνὸς ἀνθρώπου στὸν δίδυμο ἀδελφὸ του. Τὸ ἴδιο ἔτος, στὴ Σουηδία καταγράφεται ὡς στιγμή θανάτου ἑνὸς ἀσθενοῦς, ἢ στιγμή κατὰ τὴν ὁποία ἀποσύρθηκε ἀπὸ αὐτὸν ὁ ἀναπνευστήρας. Αὐτὸ τὸ γεγονός σχολιάζεται ὡς μιὰ μὴ σκόπιμη εἰσαγωγή τῆς ἐννοίας τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» στὴν καρδιακὴ χειρουργικὴ τῆς Σουηδίας.<sup>322</sup>

Τὸ 1962, ὁ Murray πραγματοποιεῖ τὴν πρώτη ἐπιτυχῆ μεταμόσχευση πνεύμονα ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκρὸ» δότη.<sup>323</sup> Ἀκολουθοῦν καὶ ἄλλες τέτοιες μεταμοσχεύσεις: Τὸ 1963, ὁ Thomas Starzl ἐπιτυγχάνει τὴν πρώτη μεταμόσχευση ἥπατος σὲ ἄνθρωπο, καὶ τὸ ἴδιο ἔτος ὁ James D. Hardy φέρνει εἰς πέρας τὴν πρώτη μεταμόσχευση νεφροῦ. Στις 3 Ἰουνίου 1963, ὁ Guy Alexandre πραγματοποιεῖ τὴν πρώτη μεταμόσχευση ποῦ ἐγίνε ποτὲ στὸ Βέλγιο· αὐτὴ εἶναι καὶ ἡ πρώτη μεταμόσχευση στὴν ὁποία ὁ δότης βρισκόταν σὲ βαθὺ κῶμα, χαρακτηρισμένο ὡς ὑπερβεβηκὸς (“coma dépassé” κατὰ τὸν ὀρισμὸ τῶν Mollaret καὶ Goulon), καὶ ἡ καρδιά του παλλόταν.<sup>324</sup>

Στις προηγούμενες μεταμοσχεύσεις ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκρὸ» δότη, οἱ ἱατροὶ τὸν προετοιμαζαν γιὰ τὴν ἀφαίρεση τοῦ ὄργάνου, ἀποσυνέδεαν τὸν ἀναπνευστήρα, περίμεναν ἕως ὅτου σταματήσῃ νὰ λειτουργεῖ ἡ καρδιά του καὶ κατόπιν ἀφαιροῦσαν ὄργανα ἀπὸ τὸν δότη. Ὁ Alexandre ἔγραφε γιὰ αὐτὸ ὅτι στὴν περίπτωσι ποῦ ὁ δότης ἦταν ὄντως νεκρὸς, δὲν θὰ ὑπῆρχε λόγος ἀναμονῆς, ἢ ὁποία ἐξάλλου θὰ ἔβλαπτε τὸ ὄργανο πρὸς μεταμόσχευση, ὑποβάλλοντάς το σὲ περαιτέρω ἰσχαιμία. Ἐὰν δὲ ὁ δότης δὲν εἶχε πεθάνει ἀκόμη, μὲ αὐτὸ τὸν τρόπο θὰ χανόταν καὶ ἡ τελευταία του ἐλπίδα ἐπιβίωσης.<sup>325</sup> Ἔτσι, ἐκεῖνος πραγματοποίησε τὴν πρώτη μεταμόσχευση ἀπὸ δότη ὁ ὁποῖος θὰ χαρακτηριζόταν σήμερα «ἐγκεφαλικά νεκρὸς» μὲ πάλλουσα καρδιά.

Ἀξιοσημείωτο εἶναι τὸ πῶς ὅλα αὐτὰ τὰ πρόσωπα σχετίζονταν μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, ὁ Guy Alexandre συνεργαζόταν στὴν ἔρευνα τῆς χειρουργικῆς τοῦ πανεπιστημίου Harvard, ὑπὸ τὴν ἐπίβλεψη τοῦ Murray κατὰ τὰ ἔτη 1961-1962.<sup>326</sup> Ὁ συνεργάτης τοῦ Alexandre, Otte, ἐξειδικεύτηκε γιὰ ἕνα χρόνο στὸ χειρουργικὸ τμήμα τοῦ Starzl. Ἐν συνεχείᾳ, αὐτοὶ οἱ πρωτοπόροι τῶν

---

<sup>322</sup> Machado, σ. 4.

<sup>323</sup> Murray et al. 1963.

<sup>324</sup> Machado 2005, p. 1938.

<sup>325</sup> ἔ.ἀ., p. 1941.

<sup>326</sup> ἔ.ἀ., p. 1938.

μεταμοσχεύσεων συμμετείχαν σὲ ἓνα συνέδριο (διοργανωμένο ἀπὸ τὴ Ciba Foundation), ποὺ πραγματοποιήθηκε στὸ Λονδίνο στὶς 9- 11 Μαρτίου 1966.

Κατὰ τὴ διάρκεια τοῦ ἐν λόγω συνεδρίου, ὁ Alexandre δήλωσε ὅτι αὐτὸς καὶ ἡ ὁμάδα του θεωροῦσαν νεκρὸ ἓναν δότη μὲ σοβαρὰ κρανιοεγκεφαλικά τραύματα, καὶ μάλιστα ὅτι εἶχαν χρησιμοποιήσει 9 τέτοιους ἀνθρώπους σὲ μεταμοσχεύσεις. Παρουσίασε δὲ καὶ πέντε κριτήρια ποὺ εἶχαν ἐντοπίσει ὅτι πληροῦσαν οἱ συγκεκριμένοι 9 ἀσθενεῖς, καὶ ποὺ οὐσιαστικά, ἀποτελοῦν τὴν δική του πρόταση διαγνωστικῶν κριτηρίων γιὰ τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο».<sup>327</sup> Ἄλλα ἄτομα ποὺ εἶχαν προτείνει κριτήρια γιὰ τὴν καθιέρωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» ἦταν ὁ Schwab (ποὺ συμμετείχε κατόπιν στὴν ἐπιτροπὴ τοῦ Harvard τοῦ '68) καὶ ὁ Frykholm, ὁ ὁποῖος μάλιστα θέλησε νὰ τὰ ἐφαρμόσει στὶς μεταμοσχεύσεις καὶ δέχθηκε ἔντονη κριτικὴ γιὰ τὶς ἀπόψεις του (ὅπως ἐξάλλου καὶ ὁ Wertheimer νωρίτερα, ὅταν ἔκανε λόγο περὶ νευρολογικοῦ θανάτου).<sup>328</sup>

Στὸ προαναφερθὲν συνέδριο συζητήθηκε ἐκτενῶς ἡ ἐρμηνεία ἐνὸς ἰσοηλεκτρικοῦ Η.Ε.Γ., καὶ ἔγιναν ἀναφορὲς καὶ σὲ ἄλλες ἐπιβεβαιωτικὲς τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» δοκιμασίες, ὅπως ἡ ἀγγειογραφία καὶ ἡ παύση τῆς αἱματικῆς ροῆς.<sup>329</sup> Στὸ τέλος τοῦ συνεδρίου, ὁ πρόεδρος του ρώτησε τοὺς συμμετέχοντες ἂν θὰ ἦταν διατεθειμένοι νὰ δράσουν μὲ τὸν τρόπο τοῦ Alexandre καὶ νὰ ἀποδεχθοῦν τὰ κριτήριά του γιὰ τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο». Ὁ μόνος ποὺ σήκωσε τὸ χέρι του ἦταν ὁ ἴδιος ὁ Alexandre- οὐδεὶς ἄλλος συμφώνησε.<sup>330</sup>

Ἐξάλλου, γενικὰ πρὶν τὸ 1968, ἡ ἀποδοχὴ τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» καὶ ἡ δημοσιευμένη βιβλιογραφία περὶ αὐτοῦ ἦταν περιορισμένη.<sup>331</sup> Τότε ὡς δότες ὀργάνων χρησιμοποιοῦνταν ἄτομα νεκρὰ βάσει τῶν καρδιο- ἀναπνευστικῶν κριτηρίων (ἔχοντα μὴ πάλλουσα καρδία), ἀλλὰ ταυτόχρονα κάποιοι χειρουργοὶ (ὅπως ὁ Alexandre) ὑφάρπαζαν ὄργανα ἀπὸ ἀσθενεῖς μὲ κατεστραμμένο νευρολογικὸ σύστημα, καὶ οἱ ἀσθενεῖς πέθαιναν μετὰ τὴ μεταμόσχευση. Οἱ ἱατροί, ἀπὸ τὴ μεριά τους, ἐπιθυμοῦσαν νὰ μὴν ἐπιβαρύνεται ὁ χειρουργὸς τῆς μεταμόσχευσης μὲ τὸ βᾶρος αὐτῆς τῆς ἀποφάσεως. Ἡ ἀνησυχία δὲ τοῦ κοινοῦ καθὼς καὶ τοῦ Τύπου, ἦταν ὅτι οἱ ἱατροὶ ἀφαιρώντας ὄργανα ξεπερνοῦσαν τὰ ἀνθρώπινα ὄρια.<sup>332</sup> Πολλοὶ διαφωνοῦσαν μὲ αὐτὴ τὴν πρακτικὴ, γιὰ τὴν ὁποία

---

<sup>327</sup> ἔ.ἀ., p. 1939.

<sup>328</sup> Machado, σ. 9.

<sup>329</sup> Machado 2005, p. 1941.

<sup>330</sup> Αὐτόθι.

<sup>331</sup> Widjicks 2003.

<sup>332</sup> Murray 2001.

βρέθηκε τρόπος νομιμοποίησης, μέσω του όρισμού του «έγκεφαλικού θανάτου».

Πώς, λοιπόν, και γιατί συνέβη, σε τί απέβλεπε και ποῦ αποσκοπούσε ὁ ἐπαναπροσδιορισμὸς τοῦ θανάτου; Μεγάλη μερίδα μελετητῶν ἰσχυρίζεται ὅτι ἡ ἐπινόηση τοῦ «έγκεφαλικού θανάτου» ἦταν σαφῶς χρησιμοθηρική καὶ ἡ ἀποδοχή του ἐξυπηρέτησε πρωτίστως τὶς μεταμοσχεύσεις καὶ δευτερευόντως τὴν ἐξοικονόμηση ἰατρικῶν δαπανῶν καὶ κλινῶν στὶς Μ.Ε.Θ.. Χαρακτηρίζουν δὲ τὸν «έγκεφαλικὸ θάνατο» ὡς μιὰ κοινωνικὴ κατασκευή, ποῦ ἀναπτύχθηκε γιὰ νὰ ἱκανοποιήσει τὶς ἀνάγκες τῆς πρακτικῆς τῶν μεταμοσχεύσεων, ὅταν αὐτὴ βρισκόταν σὲ μιὰ κρίσιμη φάση τῆς ἀνάπτυξής της. Ὑποστηρίζουν ὅτι ὁ νομικὸς ὀρισμὸς τοῦ «έγκεφαλικού θανάτου» ὅπωςδήποτε καθοδηγήθηκε ἀπὸ τὰ μεταμοσχευτικὰ συμφέροντα,<sup>333</sup> καὶ ἦταν οὐσιαστικὰ μιὰ πολιτικὴ ἀπόφαση στοχεύουσα στὴν ἱκανοποίηση τῆς αὐξανόμενης ζήτησης γιὰ ὄργανα πρὸς μεταμόσχευση.

Γράφουν ὅτι ὁ ὅρος «έγκεφαλικὸς θάνατος» πρωτοχρησιμοποιεῖται στὰ μέσα τῆς δεκαετίας τοῦ 1960, σὲ ἀνταπόκριση στὸν ταχύτατο ἀναπτυσσόμενο τομέα τῶν μεταμοσχεύσεων,<sup>334</sup> καὶ συνδέουν τὴ σύσταση τῆς ἐπιτροπῆς τοῦ '68 ποῦ καθιέρωσε τὸν «έγκεφαλικὸ θάνατο» μὲ τὴν πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς ἀπὸ «έγκεφαλικὰ νεκρὰ», ἡ ὁποία προώθησε σημαντικὰ τὴν μεταμοσχευτικὴ ἰατρικὴ. Ἐξάλλου, τὰ δύο γεγονότα ἀπεῖχαν χρονικὰ μόλις ἓναν μῆνα. Κατὰ τὴ γνώμη τους, λοιπόν, ἡ ἀνάγκη ἐπανακαθορισμοῦ τοῦ θανάτου προέκυψε προκειμένου νὰ ξεπεραστοῦν τὰ νομικὰ ἐμπόδια στὴ μεταμόσχευση ζωτικῶν ὀργάνων, καὶ νὰ ἀφαιροῦνται τὰ ὄργανα ἄμεσα κατόπιν τῆς διαπίστωσης τοῦ «έγκεφαλικού θανάτου».<sup>335</sup>

Τὰ κριτήρια τοῦ «έγκεφαλικού θανάτου» δὲν εἶχαν, κατ' ἐκείνους, ὡς ἀφετηρία τὰ φυσικὰ χαρακτηριστικὰ τοῦ νεκροῦ ἢ τὶς δυνατότητες τῶν διαγνωστικῶν καὶ ὑποστηρικτικῶν τεχνολογιῶν· τὰ «έγκεφαλικὰ νεκρὰ» ἄτομα ἔπρεπε νὰ δημιουργηθοῦν, νὰ ἀναγνωριστοῦν, νὰ περιγραφοῦν καὶ νὰ ὀριστοῦν<sup>336</sup> χάρις σκοπιμοτήτων, ὅπως γιὰ παράδειγμα τῆς προώθησης τῶν μεταμοσχεύσεων. Χαρακτηρίζουν δὲ τὸν ὀρισμὸ τοῦ «έγκεφαλικού θανάτου» ὡς μιὰ οὐσιαστικὰ πολιτικὴ ἀπόφαση, ποῦ στόχευε στὴν ἱκανοποίηση τῆς

---

<sup>333</sup> Παναγόπουλος 2006.

<sup>334</sup> Πρβλ. Shewmon 1997, p. 75.

<sup>335</sup> Byrne et al. 1982/ 83, p. 437.

<sup>336</sup> Giacomini 1997, p. 1477.

αυξανόμενης ζήτησης για ὄργανα πρὸς μεταμόσχευση.<sup>337</sup> Καὶ πράγματι οἱ ζῶντες, ἂν καὶ «ἐγκεφαλικά νεκροί», δότες βελτίωσαν τὰ ἀποτελέσματα τῶν μεταμοσχεύσεων.

Ἄλλο ἐπιχείρημα πὸν προβάλλουν εἶναι τὸ ἀκόλουθο: Πολλοὶ εἰδικοί δὲν πείθονταν ἀπὸ τὰ ἐπιχειρήματα ἐξίσωσης τῆς καταστροφῆς τοῦ ἐγκεφάλου μὲ τὸν θάνατο τοῦ ἀνθρώπου· οἱ χειρουργοὶ πὸν συμμετεῖχαν στὶς πρῶτες μεταμοσχεύσεις καρδιᾶς εἶχαν στὴν καλύτερη περίπτωση συγκρουόμενα αἰσθήματα περὶ τῆς ζωτικότητας τῶν ἀσθενῶν, τῶν ὁποίων οἱ πάλλουσες καρδιές ἀφαιροῦνταν, καὶ στὴν χειρότερη περίπτωση τὴν πεποίθηση ὅτι στὴν πραγματικότητα σκότωναν τοὺς δότες. Ὅμως μέσα σὲ ἓνα πολὺ σύντομο χρονικὸ διάστημα οἱ χειρουργοὶ τῶν μεταμοσχεύσεων πὸν ἀρχικὰ ἀπέρριπταν τὴν ἔννοια τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», πραγματοποιοῦσαν μεταμοσχεύσεις καρδιῶν καὶ συκωτιῶν ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» ἀσθενεῖς.<sup>338</sup>

Τὸ 1966 ὁ ἱατρὸς Thomas Starzl ἐξέφραζε τὶς ἀμφιβολίες του γιὰ τὴν ἀποδοχὴ τοῦ θανάτου ἑνὸς ἀτόμου τοῦ ὁποίου ἡ καρδιά πάλλεται.<sup>339</sup> Κατὰ τὴ διάρκεια τοῦ προαναφερθέντος συνεδρίου τῆς Ciba, ὁ Starzl δήλωνε: «Ἀμφιβάλλω ἂν κανένα μέλος τῆς μεταμοσχευτικῆς μας ὀμάδας θὰ μπορούσε νὰ δεχθεῖ ὅτι ἓνα ἄτομο εἶναι νεκρὸ, ὅσο ἡ καρδιά του χτυπάει. Αὐτὴ ἡ πρακτικὴ συζητήθηκε ὅσον ἀφορᾷ στὰ νεφρικὰ μοσχεύματα. Σὲ αὐτὴν τὴν περίπτωσι, ἓνα λάθος στὴν ἐκτίμησι ἑνὸς ζῶντος ἀνθρώπου ὡς πτώματος, δὲν θὰ ὀδηγοῦσε ἀπαραίτητα σὲ ἓναν θάνατο, πὸν θὰ μπορούσε νὰ ἀποφευχθεῖ, μιᾶς καὶ ὁ ἄνθρωπος αὐτὸς θὰ μπορούσε νὰ ζήσει καὶ μὲ ἓνα νεφρὸ. Τί θὰ γινόταν ἂν ἀφαιροῦνταν ἀπὸ τὸ δότη τὸ ἥπαρ ἢ ἡ καρδιά; Θὰ ἦταν κάποιος χειρουργὸς πρόθυμος νὰ ἀφαιρέσει ἓνα μὴ διπλὸ ζωτικὸ ὄργανο προτοῦ σταματήσει ἢ κυκλοφορία τοῦ ἀσθενοῦς;»<sup>340</sup> Ὡστόσο, μόλις ἓνα χρόνο ἀργότερα, ἔγινε παγκοσμίως γνωστὸς ὡς ὁ χειρουργὸς πὸν πραγματοποίησε τὴν πρώτη μεταμόσχευση συκωτιοῦ ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκρὸ» δότη σὲ λήπτη πὸν ἐπεβίωσε κατόπιν γιὰ πολλὰ χρόνια.<sup>341</sup>

Εἶδαμε ὅτι ἀπὸ τὸ '62 ἕως τὸ '68 ἔλαβαν χώρα πολυάριθμες μεταμοσχεύσεις ἀπὸ πτωματικὸς δότες, στὶς ὁποῖες οἱ χειρουργοί, ἀφοῦ ἀποσυνέδεαν τὸν ἀναπνευστήρα, ἀνέμεναν τὴν παύσι τοῦ καρδιακοῦ ρυθμοῦ καὶ ἐν συνεχείᾳ

<sup>337</sup> Cranston 2001, p. 616.

<sup>338</sup> Shewmon 1997, p. 76.

<sup>339</sup> Wolstenholme & O' Connor 1966, p. 70.

<sup>340</sup> Starzl 1992.

<sup>341</sup> Starzl et al. 1968.

ἀφαιρούσαν τὰ ὄργανα, γιὰ νὰ μὴν ὑποστοῦν νομικὲς κυρώσεις ἢ τὴ δημόσια ἀντίδραση ἀπέναντι στὶς πράξεις τους.<sup>342</sup> Μάλιστα, ὁ Cristiaan Barnard, ποὺ πραγματοποίησε τὴν πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς ἀπὸ μιὰ «ἐγκεφαλικά νεκρὴ» γυναῖκα τὸ 1967, ἔγραψε, 20 χρόνια ἀργότερα: «Γιὰ νὰ εἶμαι βέβαιος ὅτι δὲν θὰ εἶχα προβλήματα μὲ τὸ νόμο, στὴν πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς, ἀποσυνέδεσα τὸν ἀναπνευστήρα ἀπὸ τὸν ὑποψήφιο δότη καὶ περίμενα ἕως ὅτου σταματήσει νὰ χτυπάει ἡ καρδιά του, προτοῦ τὴν ἀφαιρέσω καὶ τὴν μεταμοσχεύσω στὸν λήπτη».<sup>343</sup>

Ὅμως, μὲ πρώτη τὴν μεταμόσχευση ποὺ πραγματοποίησε ὁ Alexandre τὸ 1963, ἔγιναν μεταμοσχεύσεις στὶς ὁποῖες οἱ δότες εἶχαν πάλλουσα καρδιά, παρὰ τὴ νευρολογικὴ καταστροφὴ ποὺ εἶχαν ὑποστῆ. Ἦταν ἀκριβῶς αὐτὲς οἱ μεταμοσχεύσεις ποὺ ἔφεραν στὸ προσκήνιο τῆς διεθνοῦς ἐπικαιρότητας τὸ θέμα τῆς δωρεᾶς ζωτικῶν ὀργάνων καὶ τοῦ τρόπου ἀφαιρέσεώς τους, μὲ ἀποτέλεσμα νὰ ἀκολουθήσει πλῆθος δημοσιευμάτων τοῦ Τύπου, ἔτσι ὥστε νὰ ἐκτεθοῦν δημόσια οἱ δραστηριότητες τῶν μεταμοσχευτῶν καὶ νὰ ἀνακύψει ὁ κίνδυνος παρέμβασης τῆς δικαιοσύνης.

Ἐναν μὲν μόλις μῆνα, μετὰ τὴν πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκρὸ» (τὸν Ἰανουάριο τοῦ 1968), ὁ ὁρατὸς αὐτὸς κίνδυνος ὀδήγησε τὸν κοσμήτορα τῆς Ἰατρικῆς Σχολῆς τοῦ Harvard στὴ σύγκλιση μιᾶς ἐπιτροπῆς δέκα ἱατρῶν, ἑνὸς νομικοῦ, ἑνὸς θεολόγου καὶ ἑνὸς ἱστορικοῦ, μὲ σκοπὸ τὴ μελέτη τῶν προβλημάτων τῶν ἀνέλπιδα κωματωδῶν ἀσθενῶν. Ὁ πραγματικὸς, ὁμως, στόχος πιθανολογεῖται ὅτι ἦταν ὁ ἐπαναπροσδιορισμὸς τοῦ θανάτου καὶ ἡ κατασκευὴ τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» γιὰ τὴ διευκόλυνση καὶ νομικὴ κάλυψη τῶν μεταμοσχεύσεων.

Ἐπιβεβαιωτικὴ τῶν εἰκαζομένων αὐτῶν στόχων εἶναι ἡ πρόσκληση ποὺ ἀπηύθυνε ὁ κοσμήτωρ τῆς σχολῆς πρὸς τὰ μέλη τῆς ἐπιτροπῆς, στὴν ὁποία προβάλλει τὴν μεταμοσχευτικὴ ἔρευνα τοῦ Harvard ὡς ἐπαρκῆ αἰτία γιὰ νὰ διευθετηθεῖ τὴν ἀντιμετώπιση ποὺ θὰ λαμβάνουν οἱ ἀσθενεῖς σὲ κῶμα (τὴ χρῆση τους στὶς μεταμοσχεύσεις): «Μὲ τὸ πρωτοποριακὸ τῆς ἐνδιαφέρον γιὰ τὶς μεταμοσχεύσεις ὀργάνων, ἡ Ἰατρικὴ Σχολὴ τοῦ Harvard εἶναι ἡ πλέον ἀρμοδία ἀπὸ κάθε ἄλλη μεμονωμένη ὁμάδα γιὰ τὴ διαλεύκανση τοῦ ζητήματος». Ἐξάλλου, οἱ χειρουργοὶ ποὺ πραγματοποίησαν τὶς πρώτες μεταμοσχεύσεις ἀπὸ

---

<sup>342</sup> DeVita et al. 1993.

<sup>343</sup> Barnard 1995, pp. 924, 926.

«έγκεφαλικά νεκρό» δότη (Alexandre, Murray) είχαν προηγουμένως συνεργαστεί στην έρευνα τής χειρουργικής του πανεπιστημίου αυτού.<sup>344</sup>

Ἡ ἐπιτροπή του Harvard περάτωσε τὶς ἐργασίες της στὸ ἐξαιρετικὰ σύντομο χρονικὸ διάστημα τῶν ἑξὶ μηνῶν καὶ δημοσίευσε τὰ συμπεράσματά της, χωρὶς νὰ τὰ κατοχυρῶναι μὲ βιβλιογραφικὲς παραπομπές, παρότι ὑπῆρχε ἤδη τότε διαθέσιμη βιβλιογραφία.<sup>345</sup> Δὲν ἀσχολήθηκε δὲ καθόλου μὲ τὸ ἂν ἔπρεπε νὰ ὀριστεῖ ὁ «έγκεφαλικὸς θάνατος» ἢ ποιὸς ἔπρεπε νὰ τὸν ὀρίσει, οὔτε πρόβαλε κάποιον ἐπιστημονικὸ λόγο πὺ νὰ δικαιολογεῖ ἰατρικὰ γιατί οἱ «έγκεφαλικά νεκροὶ» ἀσθενεῖς εἶναι ὄντως νεκροί, ἀρκοῦμενη σὲ κοινωνικοὺς λόγους γιὰ τοὺς ὁποίους οἱ «έγκεφαλικά νεκροὶ» θὰ ἔπρεπε νὰ θεωροῦνται νεκροί.<sup>346</sup> Γιὰ αὐτὸ καὶ κατηγορεῖται ὅτι χειραγωγήθηκε ἀπὸ τὶς ἐπιθυμητὲς ἀπαντήσεις, καὶ ὄχι ἀπὸ ἐρωτήσεις ἐρευνητικοῦ περιεχομένου.

Τὸ ἄρθρο της στερεῖται ἀποδεικτικῶν στοιχείων, τόσο ἀπὸ πλευρᾶς ἐπιστημονικῆς ἔρευνας, ὅσο καὶ ἀπὸ πλευρᾶς περιπτώσεων ἀσθενῶν.<sup>347</sup> Ἐπίσης, σὲ αὐτὸ ἐναλλάσσονται ἀδιακρίτως οἱ ὅροι «μὴ ἀναστρέψιμο κῶμα» καὶ «έγκεφαλικὸς θάνατος» ὡς συνώνυμοι, καὶ ἀπουσιάζουν παντελῶς φράσεις δηλωτικὲς διαφωνίας ἢ ἀμφιβολίας, κάτι πὺ δίδει τὴν ἐντύπωση μιᾶς εὐρύτερης ἐπιστημονικῆς ὁμοφωνίας. Ἐκφράζεται δὲ σαφῶς τὸ χρησιμοθηρικὸ κίνητρο τῶν μεταμοσχεύσεων γιὰ τὸν ὀρισμὸ τοῦ «έγκεφαλικοῦ θανάτου», τόσο στὸ κείμενό της, ὅσο καὶ στὶς μετέπειτα δηλώσεις τοῦ προέδρου τῆς ἐπιτροπῆς (καὶ συγγραφέα τῆς ἀναφορᾶς της): «Μπορεῖ ἡ κοινωνία νὰ ἀντέξει οἰκονομικὰ νὰ ἀγνοήσῃ τοὺς ἰστούς καὶ τὰ ὄργανα ἀσθενῶν χωρὶς ἐλπίδα νὰ ἐπανέλθουν ἀπὸ τὸ κῶμα, τὰ ὁποῖα θὰ μπορούσαν νὰ χρησιμοποιηθοῦν γιὰ νὰ ἀποκαταστήσουν ἄλλα ἄτομα, σοβαρὰ ἄρρωστα μὲν, δυνάμενα δὲ νὰ σωθοῦν;»

Ἡ ἐπιτροπή τοῦ 1968 πίστευε γιὰ τοὺς ἀσθενεῖς πὺ περιέγραφε στὴν ἀναφορὰ της, ὅτι ἦταν βιολογικὰ ζωντανοὶ καὶ σὲ βαθὺ κῶμα καὶ ὅτι οἱ ἀνέλπιδες προγνώσεις τους δικαιολογοῦσαν τὸ νὰ τοὺς ἐπιτρέψουμε νὰ πεθάνουν, ὅπως ἡ μόνιμη ἀναισθησία τους δικαιολογοῦσε νομικὰ τὸν χαρακτηρισμὸ τους ὡς νεκρῶν, ἰδιαιτέρως γιὰ μεταμοσχευτικοὺς σκοποὺς. Οὐσιαστικά, ἡ εἰσήγησή της ἀφοροῦσε μιὰ νέα ὑπεραπλουστευτικὴ ἰδεολογία γιὰ τὴν ἀνθρώπινη προσωπικότητα, ὑπὸ τὸ πρόσχημα τῶν κλινικῶν διαγνωστικῶν κριτηρίων. Ὁ ἐπικεφαλῆς τῆς ἐπιτροπῆς σχολίαζε μετέπειτα ὅτι

---

<sup>344</sup> Machado 2005, p. 1938.

<sup>345</sup> Giacomini 1997, p. 1477.

<sup>346</sup> Zamperetti, Bellomo 2009, p.1305.

<sup>347</sup> Διακήρυξη ἐπιστημόνων 2005, σ. 6.

ὁ θάνατος εἶναι μιὰ διαδικασία καὶ ὄχι ἓνα γεγονός, ἡ δὲ νομικὴ ὀριοθέτηση αὐτῆς τῆς διαδικασίας εἶναι αὐθαίρετη καὶ πολιτισμικὰ σχετική, καὶ τὸ χρησιμοθηρικὸ κίνητρο τῆς διάσωσης ζώων, μέσω τῆς μεταμόσχευσης ὀργάνων, εἶναι καλὸς καὶ ἐπαρκὴς λόγος γιὰ νὰ στραφοῦμε πρὸς τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο».

«Σὲ ὅποιο ἐπίπεδο καὶ ἂν θελήσουμε νὰ ὀρίσουμε τὸ θάνατο, εἶναι μιὰ ἀπόφαση αὐθαίρετη. Θάνατος τῆς καρδιάς; Τὰ μαλλιά θὰ συνεχίσουν νὰ μεγαλώνουν. “Ἐγκεφαλικὸς θάνατος”; Ἡ καρδιά μπορεῖ νὰ συνεχίσει νὰ πάλλεται. Εἶναι ἀναγκαῖο νὰ ἐπιλέξουμε μιὰ ἀναστρέψιμη κατάσταση στὴν ὁποία ὁ ἐγκέφαλος δὲν λειτουργεῖ πλέον. Εἶναι προτιμότερο νὰ ἐπιλέξουμε ἓνα ἐπίπεδο, στὸ ὁποῖο, παρότι ὁ ἐγκέφαλος εἶναι νεκρὸς, τὰ ὑπόλοιπα ὄργανα εἶναι ἀκόμα χρήσιμα, κάτι ποὺ προσπαθήσαμε νὰ καταστήσουμε σαφὲς στὸν νέο ὀρισμὸ τοῦ θανάτου. Αὐθαίρετα ἀποδεχόμαστε ὡς θάνατο, τὴν καταστροφὴ ἑνὸς μόνο μέρους τοῦ σώματος ἀλλὰ εἶναι τὸ ἀνώτατο μέρος, ὁ ἐγκέφαλος. Τὸ «θνήσκειν» εἶναι μιὰ διαδικασία, καὶ παρότι ὁ θάνατος μπορεῖ νὰ ἐπέλθει σὲ μιὰ συγκεκριμένη χρονικὴ στιγμή, δὲν εἴμαστε σὲ θέση νὰ προσδιορίσουμε αὐτὴν τὴν στιγμή». <sup>348</sup>

Ἡ ἐπιτροπὴ τοῦ Harvard πρόβαλε ὡς σκοπὸ τῆς τὸν καθορισμὸ τοῦ μὴ-ἀναστρέψιμου κώματος ὡς ἓνα νέο κριτήριον θανάτου, δηλώνοντας ὅτι ὑπάρχουν δύο λόγοι γιὰ τὴν ἀνάγκη ὀρισμοῦ:

**1.** Ἡ ἀνάπτυξη τῆς μηχανικῆς ὑποστήριξης τῆς ἀναπνοῆς καὶ τῆς ἐντατικῆς θεραπείας [...]. Οἱ βελτιώσεις τῶν μέτρων τῶν ὑποστηρικτικῶν τῆς ζωῆς ἢ τῆς ἀναζωογονήσεως ἔχουν ἐνίοτε μερικὴ μόνον ἐπιτυχία, μὲ ἀποτέλεσμα ἓνα ἄτομο ποὺ ἡ καρδιά του ἐξακολουθεῖ νὰ χτυπᾷ, ἀλλὰ ὁ ἐγκέφαλός του ἔχει ὑποστῆ μὴ ἀναστρέψιμη βλάβη. Τὸ βάρος (sic) εἶναι μεγάλο γιὰ τοὺς ἀσθενεῖς ποὺ ἔχουν ἀπωλέσει μόνιμα τὴ διάνοιά τους, γιὰ τὶς οἰκογένειές τους, τὰ νοσοκομεῖα, καθὼς καὶ γιὰ ὅσους χρειάζονται νοσοκομειακὲς κλίνες, οἱ ὁποῖες εἶναι ἤδη κατελημμένες ἀπὸ αὐτοὺς τοὺς κωματώδεις ἀσθενεῖς». Δηλαδή ὡς πρῶτος λόγος προβάλλεται ἡ μὴ ἀναστρεψιμότητα τοῦ κώματος καὶ τὸ μάταιο τῆς φροντίδας «ἐγκεφαλικὰ νεκρῶν» ἀσθενῶν.

**2.** Ξεπερασμένα κριτήρια γιὰ τὸν ὀρισμὸ τοῦ θανάτου μποροῦν νὰ ὀδηγήσουν σὲ ἀντίφαση κατὰ τὴν ἀφαίρεση ὀργάνων πρὸς μεταμόσχευση. Ὡς δεῦτερος λόγος δηλώνεται τὸ ὅτι τὰ καρδιοαναπνευστικὰ κριτήρια ἀποτελοῦν ἓναν παράγοντα παρακώλησης τῶν μεταμοσχεύσεων ἀπὸ πτωματικοὺς δότες.

---

<sup>348</sup> ὁρ. Beecher 1971.



Στήν έπιτροπή καθορισμού διαγνωστικῶν κριτηρίων γιά τόν «έγκεφαλικό θάνατο», συμμετείχαν χειρουργοί έμπλεκόμενοι σέ μεταμοσχευτικά προγράμματα, τὰ όποία θά μπορούσαν νά προωθηθοῦν μέ τόν καθορισμό τοῦ «έγκεφαλικού θανάτου», γεγονός πού σχολιάστηκε καί έπικρίθηκε έντονα. Σήμερα δέ όλες οί νομοθετικές ρυθμίσεις αποκλείουν τούς μεταμοσχευτές από τή διαδικασία διάγνωσης τοῦ «έγκεφαλικού θανάτου», όρίζοντας ότι σέ καμία περίπτωση δέν μπορεί ή ίατρική όμάδα πού πιστοποιεῖ όμόφωνα τόν «έγκεφαλικό θάνατο», νά συμμετέχει στήν άφαίρεση τῶν όργάνων.

Our primary purpose is to define irreversible coma as a new criterion for death. There are two reasons why there is need for a definition: (1) Improvements in resuscitative and supportive measures have led to increased efforts to save those who are desperately injured. Sometimes these efforts have only partial success so that the result is an individual whose heart continues to beat but whose brain is irreversibly damaged. The burden is great on patients who suffer permanent loss of intellect, on their families, on the hospitals, and on those in need of hospital beds already occupied by these comatose patients. (2) Obsolete criteria for the definition of death can lead to controversy in obtaining organs for transplantation.

### **Άπόσπασμα από τήν άναφορά τής έπιτροπής τοῦ 1968.<sup>349</sup>**

Άπό τήν άλλη πλευρά, έκφράζονται άμφιβολίες καί γιά τὸ κατά πόσον ή διευκόλυνση τῶν μεταμοσχεύσεων ήταν ή πρόθεση τής έπιτροπής, παρότι αὐτή γνώριζε ότι ό «έγκεφαλικός θάνατος» άντιπροσωπεύει μιá μοναδική κωματώδη κατάσταση. Άντ' αὐτοῦ δέ, προτάσσεται ως λόγος εἰσαγωγής τής έννοιας τοῦ «έγκεφαλικού θανάτου» στήν ίατρική όρολογία, ή άνάπτυξη τῶν Μ.Ε.Θ., στις όποιες συντηροῦνται, μέ τεχνητά μέσα, άτομα πού τὰ έγκεφαλικά στελέχη τους έχουν ύποστει άνεπανόρθωτη βλάβη. Έπίσης, ή καταγραφή τοῦ ήλεκτροεγκεφαλογραφήματος καθιστá δυνατή τήν παρατήρηση τής έγκεφαλικής λειτουργίας, άνεξάρτητα από τήν καρδιά:<sup>350</sup> Τὸ 1929 καταγράφεται τὸ πρώτο Η.Ε.Γ., πού χαρακτηρίζεται ως ένας τρόπος άμεσης μέτρησης μιáς έγκεφαλικής λειτουργίας, χωρίς τήν άνάμειξη τής καρδιάς ή τῶν πνευμόνων.

<sup>349</sup> όρ. Beecher et al. 1968, p. 337.

<sup>350</sup> Άβραμίδης 2005β σ. 10.

Ἡ καρδιοαναπνευστική ἀναζωογόνηση οὔτε κὰν συζητοῦνταν μέχρι τὸ 1953.<sup>351</sup> Μὲ τὴν ἀνοσοκαταστολή δὲ ὑπερνήθησαν οἱ κίνδυνοι ἀπορρίψεως τῶν μοσχευμάτων. Ἄρχισε νὰ διαμορφώνεται ἡ ἀντίληψη ὅτι ὁ ἐγκέφαλος, καὶ ὄχι ἡ καρδιά, ἀποτελεῖ τὸ «κέντρο τῆς ζωῆς».

Μὲ τὴν ἀνάπτυξη μέτρων ὑποστηρικτικῶν τῆς ζωῆς, διατηροῦνται στὴ ζωὴ ἄνθρωποι μὲ νεκρὸ ἐγκέφαλο, ἐφ’ ὅσον ἡ ἀναπνοὴ καὶ ἡ κυκλοφορία τους ὑποστηρίζονται τεχνητά. Ἡ διαδεδομένη χρῆση τῶν μηχανικῶν ἀναπνευστήρων ποὺ ἀποτρέπουν τὴν ἀναπνευστικὴ ἀνακοπή, ἀλλάζει τὴν πορεία τῶν καταληκτικῶν νευρολογικῶν διαταραχῶν,<sup>352</sup> καὶ ἐμφανίζονται περιπτώσεις ἀτόμων μὲ πάλλουσα καρδιά καὶ «νεκρὸ» ἐγκέφαλο, γιὰ τὸν χαρακτηρισμὸ τῶν ὁποίων εἰσάγεται ἡ ἔννοια τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου». Ἐξάλλου, ἡ ἀφετηρία τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» εἶναι ἡ ἀνάπτυξη τῆς ἐντατικῆς θεραπείας, ἐνῶ οἱ μεταμοσχεύσεις ἀνθρωπίνων ὀργάνων κατεστάθησαν δυνατὲς χάρη στὴν πρόοδο στὴ χειρουργικὴ καὶ τὴν ἀνοσοκαταστολή.<sup>353</sup>

Στις 5 Αὐγούστου τοῦ 1968 ἡ 22<sup>η</sup> παγκόσμια συνάντηση ἰατρῶν (World Medical Assembly) στὸ Σίδνεϊ δημοσίευσε μιὰ σημαντικὴ δήλωση ποὺ ἀφοροῦσε σὲ φιλοσοφικὰ θέματα γιὰ τὸν θάνατο τοῦ ἀνθρώπου. Μεταξὺ ἄλλων, ἔγραφε: «Ὁ θάνατος εἶναι μιὰ προοδευτικὴ διαδικασία στὸ κυτταρικὸ ἐπίπεδο, ἀφοῦ διαφέρει ἡ ἀντοχὴ τῶν διαφόρων ἰστῶν στὴν ἀποστέρηση τοῦ ὀξυγόνου».<sup>354</sup> Τὴν ἴδια ἡμέρα, ἡ ad hoc ἐπιτροπὴ τοῦ Harvard δημοσίευσε τὸ ἄρθρο τῆς στὸ περιοδικὸ JAMA.<sup>355</sup>

Συσχετίζοντας τὰ δύο γεγονότα, ὀρισμένοι γράφουν: Ἡ «λογικὴ» τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» ποὺ ἐπισημοποιήθηκε τὸ ’68, δηλαδὴ ἡ ἀπώλεια τῆς σωματικῆς ἐνότητος ἐξ ἀφορμῆς τῆς βλάβης τοῦ ἐγκεφάλου, ἀποτελοῦσε μόνο μιὰν ὀρθολογικὴ ἐξήγηση γιὰ ὅ,τι εἶχε ἤδη ἐφαρμοστεῖ στὴν πράξη, βάσει τοῦ ὠφελιμισμού (ἡ θανάτωση τῶν «ἐγκεφαλικά νεκρῶν» εἶναι δικαιολογημένη ἐφ’ ὅσον θὰ σωθοῦν οἱ ζωὲς ἄλλων ἀνθρώπων καὶ θὰ ἐξοικονομηθοῦν οἰκονομικοὶ πόροι) καὶ μιᾶς ὑπεραπλουστευτικῆς θεωρίας περὶ προσωπικότητος περιορισμένης στὴ διάνοια τοῦ ἀνθρώπου.<sup>356</sup>

Οἱ ὑπέρμαχοι τῆς ἄποψης ὅτι ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» ἐπινοήθηκε μόνο πρὸς ἐξυπηρέτηση τῶν μεταμοσχεύσεων, ὑποστηρίζουν ἐπίσης ὅτι ἐὰν τὰ

---

<sup>351</sup> Machado, σσ. 5- 6.

<sup>352</sup> Wijdicks 2003, p. 1215.

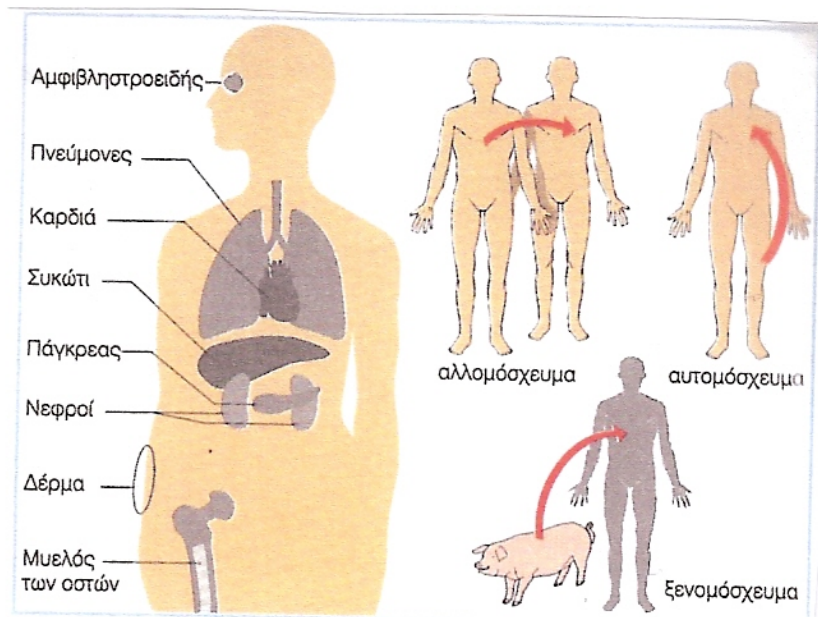
<sup>353</sup> Machado 1999, p. 1.

<sup>354</sup> Gilder 1968, p. 493

<sup>355</sup> Machado, p. 9.

<sup>356</sup> Shewmon 1997, p. 77.

άνοσολογικά εμπόδια στην ξενομεταμόσχευση υπερνικηθούν, τότε η ιδέα του «έγκεφαλικού θανάτου», μη ούσα πλέον απαραίτητη, θα εξαφανισθεί από την ιατρική βιβλιογραφία, φανερώνοντας ότι ο «έγκεφαλικός θάνατος» ούδέποτε υπήρξε κάτι περισσότερο από μιὰ κοινωνική κατασκευή, δημιουργημένη για να ικανοποιήσει τις ανάγκες τῆς μεταμοσχευτικῆς ἐπιχείρησης σὲ μιὰ σημαντικὴ φάση τῆς ἀνάπτυξῆς τῆς.<sup>357</sup>



**Τὰ ὄργανα καὶ οἱ ἴστοι τοῦ σώματος ποὺ μεταμοσχεύονται  
συνήθως καὶ οἱ τρεῖς τύποι μεταμόσχευσης.<sup>358</sup>**

<sup>357</sup> Truog & Robinson 2003.

<sup>358</sup> ὄρ. Νέα ἐγκυκλοπαίδεια, σ. 430.

## II/ Ἡ ἠθικὴ τῶν μεταμοσχεύσεων ἀπὸ νεκρὸ δότη

Τὸ πρόβλημα ποὺ δημιουργεῖ ἡ καθιέρωση τῆς ἐννοίας τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» εἶναι διττό: ἀφορᾷ ἀφ' ἑνὸς μὲν στὴν ζωτικὴ κατάσταση τοῦ ἀσθενοῦς, ἀφ' ἑτέρου δὲ στὴν ἐπίδραση τῆς ἀφαίρεσης τῶν ὀργάνων τοῦ ἐπὶ τοῦ θανάτου του. Ἐξάλλου, ὁ θάνατος δὲν θὰ ἀποτελοῦσε μιὰ ἀπαραίτητη προϋπόθεση γιὰ τὴν ἀφαίρεση τῶν ὀργάνων τοῦ δότη ἐὰν ἡ διαδικασία τῆς ἀφαιρέσεώς τους δὲν ἐπηρέαζε τὴ διαδικασία τοῦ «θνήσκειν». Ἡ ἀφαίρεση τῶν ὑπολοίπων ὀργάνων, ἐξαιρουμένης τῆς καρδιάς καὶ τῶν πνευμόνων, ἀπαιτεῖ ἓνα ἐπίπεδο ἀναισθησίας (νάρκωση, ἀναλγησία καὶ μυϊκὴ χαλάρωση), ποὺ σίγουρα θὰ ἐμπόδιζε κάθε αὐτόματη ἀναπνοή, γινόμενο ἔτσι ἡ ἄμεση αἰτία τῆς παύσης τῆς ἀναπνοῆς, μὲν ὁ ἀσθενὴς ἀποσυνδεθεῖ ἀπὸ τὸν ἀναπνευστήρα.<sup>359</sup>

Ἔχει διατυπωθεῖ ἡ ἄποψη ὅτι ἡ ἀφαίρεση ἀπαραίτητων ὀργάνων, ὅπως τῆς καρδιάς, ἀπὸ ἓναν δότη ὀργάνων, μπορεῖ νὰ χαρακτηριστεῖ ὡς εὐθανασία ἢ ἀνθρωποκτονία ἐκ προθέσεως, στὴν περίπτωση ποὺ ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» δὲν ἀποτελεῖ καὶ βιολογικὸ θάνατο. Μάλιστα, τὸ 27% τῶν ἰατρῶν ποὺ πραγματοποιοῦν μεταμοσχεύσεις καρδιάς δὲν πιστεύουν ὅτι ἡ κατάσταση στὴν ὁποία βρίσκονται οἱ δότες (ὁ ἀποκαλούμενος «ἐγκεφαλικὸς θάνατος») ἐξισώνεται μὲ τὸν βιολογικὸ θάνατο.<sup>360</sup> Συνεπῶς, τουλάχιστον ἀπὸ μιὰ ὑποκειμενικὴ σκοπιά, ἡ πράξη τους ἀποτελεῖ εὐθανασία ἢ φόνο. Τὸ τί ἰσχύει ἀντικειμενικά, ἐξαρτᾶται κατ' ἀρχὰς ἀπὸ τὸ ἐὰν ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» ἐξισώνεται μὲ τὸ βιολογικὸ θάνατο ἢ ὄχι.<sup>361</sup> Ἔτσι διακρίνονται οἱ ἀκόλουθες περιπτώσεις:

### 1. Οἱ «ἐγκεφαλικά νεκροὶ» ἄνθρωποι εἶναι καὶ βιολογικά νεκροί.<sup>362</sup>

ζῶν ἄνθρωπος	«ἐγκεφαλικά νεκρὸς» ἄνθρωπος	ἄνθρωπος νεκρὸς κατὰ τὰ καρδιο-ἀναπνευστικὰ κριτήρια
ζωντανὸς	νε	κρὸς

<sup>359</sup> Zamperetti, Bellomo, Ronco 2009, p. 1673.

<sup>360</sup> Shewmon 1996.

<sup>361</sup> Seifert, p. 202.

<sup>362</sup> Morioka 1989 γιὰ τοὺς δύο αὐτοὺς πίνακες.

Ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» ἐξισώνεται μὲ τὸν βιολογικὸ θάνατο, ἄρα τὰ «ἐγκεφαλικά νεκρά» ἄτομα εἶναι ὄντως νεκρά: Σὲ αὐτὴν τὴν περίπτωση, ἡ μεταμόσχευση ὀργάνων ἀπὸ ἕναν «ἐγκεφαλικὰ νεκρὸ» ἰσοδυναμεῖ μὲ τὴ μεταμόσχευση ἀπὸ δότη νεκρὸ κατὰ τὰ καρδιο- ἀναπνευστικὰ κριτήρια, ἢ ὅποια δὲν εἶναι ἠθικὰ ἐπιλήψιμη.

ἢ

## 2. Οἱ «ἐγκεφαλικὰ νεκροὶ» δότες ὀργάνων δὲν εἶναι βιολογικὰ νεκροί.

ζωντανὸς		νεκρὸς
ζῶν ἄνθρωπος	«ἐγκεφαλικὰ νεκρὸς» ἄνθρωπος	ἄνθρωπος νεκρὸς κατὰ τὰ καρδιο-ἀναπνευστικὰ κριτήρια

Δεδομένου ὅτι οἱ «ἐγκεφαλικὰ νεκροὶ» δότες ὀργάνων δὲν εἶναι νεκροί, τίθεται τὸ ἐρώτημα κατὰ πόσο μποροῦν νὰ ἀφαιρεθοῦν πρὸ τοῦ θανάτου, ὄργανα ἀπὸ ἀσθενεῖς γιὰ τοὺς ὁποίους ἡ πρόγνωση εἶναι ὁ θάνατος, καὶ ἡ ἀφαίρεση τῶν ὀργάνων τοὺς θὰ ἀποτελέσει μιὰ συνεισφέρουσα (κατ' ἄλλους τὴν κύρια) αἰτία θανάτου. Αὐτὴ ἀκριβῶς εἶναι καὶ ἡ τρέχουσα πρακτικὴ. Παραβιάζει ἡ ἀφαίρεση ὀργάνων πρὶν ἀπὸ τὸν θάνατο, τὸ σεβασμὸ πρὸς τὸ πρόσωπο, χρησιμοποιώντας το ὡς μέσο;<sup>363</sup>

Μὲ τὴν προϋπόθεση ὅτι οἱ «ἐγκεφαλικὰ νεκροὶ» δὲν ἔχουν πεθάνει ἀκόμα, ὁ προβληματισμὸς μετατίθεται στὸ ἐὰν ἡ ἀφαίρεση ὀργάνων ἀπὸ «ἐγκεφαλικὰ νεκροὺς δότες» ἀποτελεῖ μιὰν ἠθικὰ ἐπιτρεπτὴ μορφή ἀνθρωποκτονίας μὲ δόλο. Ἀπέναντι στὴ μεταμόσχευση ὀργάνων ἀπὸ «ἐγκεφαλικὰ νεκροὺς» δότες διακρίνονται στὴ διαθέσιμη βιβλιογραφία δύο διαφορετικὲς στάσεις:

<sup>363</sup> Joffe, Anton, Decaen 2005.

**α.** Ἡ μεταμόσχευση κρίνεται ἠθικὰ ἐπιτρεπτή, ὡς μιὰ μορφή δικαιολογημένης θανάτωσης.

**β.** Ἡ μεταμόσχευση χαρακτηρίζεται ὡς ἀνήθικη πράξη, ποὺ πραγματοποιεῖται γιὰ ὠφελιμιστικούς σκοπούς, καὶ μπορεῖ νὰ συνδεθεῖ μὲ τὸ ἐμπόριο ὀργάνων.

Τὰ ἐπιχειρήματα ποὺ ὑποστηρίζουν αὐτὲς τὶς δύο ἀπόψεις ἀναλύονται στὴ συνέχεια:

## **2. α.**

Ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» δὲν ἰσοδυναμεῖ μὲ τὸν βιολογικὸ θάνατο. Ὁ «ἐγκεφαλικά νεκρὸς» δὲν εἶναι νεκρὸς, ἀλλὰ βαριά ἀσθενὴς ποὺ πορεύεται πρὸς τὸ θάνατο. Ἡ ἀφαίρεση τῶν ὀργάνων δὲν μπορεῖ νὰ γίνεταί μετὰ τὸ θάνατο τοῦ ἀσθενοῦς, ἀφοῦ ἀπαιτεῖται γενικὴ ἀναισθησία γιὰ τὴν πραγματοποίησή της. Συνεπῶς, ἡ ἀπόσυρση τῶν μέτρων τῶν ὑποστηρικτικῶν τῆς ζωῆς, καθὼς καὶ ἡ ἀφαίρεση ὀργάνων ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκρά» ἄτομα, ἀποτελοῦν μιὰ μορφή ἀνθρωποκτονίας μὲ πρόθεση, ὅμως κρίνονται ἠθικὰ ἐπιτρεπτές.

Οἱ περισσότεροι ἐπικριτὲς τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» εἶναι ταυτόχρονα καὶ ὑποστηρικτὲς τῶν μεταμοσχεύσεων, ὅποτε προτείνουν τὴν ἐγκατάλειψη τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», προκειμένου νὰ ἀποκατασταθεῖ ἡ ἀλήθεια γι' αὐτόν, καὶ τὴν ἀποδέσμευσή του ἀπὸ τὶς μεταμοσχεύσεις. Συγχρόνως, προκειμένου νὰ συνεχιστοῦν οἱ μεταμοσχεύσεις, προτείνουν τὰ σημερινὰ κριτήρια διάγνωσης τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» νὰ μὴν ἀποτελοῦν πλέον κριτήρια θανάτου, ἀλλὰ τὶς νομικὲς προϋποθέσεις ποὺ θὰ ἐπιτρέπουν τὴν ἀφαίρεση ὀργάνων ἀπὸ ἕνα ἄτομο εὐρισκόμενο στὴν κατάσταση αὐτή, καὶ μὴ θεωρούμενο ὡς νεκρό.

Ἡ υἰοθέτηση αὐτῆς τῆς πρότασης προϋποθέτει τὴν ἀποδοχὴ ὅτι ἡ ἀφαίρεση ὀργάνων ἀπὸ ἕνα τέτοιο ἄτομο, ποὺ δὲν χαρακτηρίζεται νεκρό, συντομεύει κατὰ τι τὴ ζωὴ του, πρὸς ὄφελος κάποιων ἄλλων ἀνθρώπων, ποὺ θὰ ἐπιβιώσουν χάρη στὴ λήψη τῶν ἀφαιρεθέντων ὀργάνων. Ἐξάλλου, ἡ κοινωνία ἔχει ἤδη ἀποδεχθεῖ τὴν ἰδέα τῆς «δικαιολογημένης θανάτωσης» μὲ τὴ θανατικὴ ποινὴ- ἐφ' ὅσον ἡ ποινὴ αὐτὴ προβλέπεται ἀπὸ τὴν ἰσχύουσα νομοθεσία, τὶς ἐκτρώσεις, τὴν εὐθανασία καὶ τὴν ἀπόσυρση τῆς ὑποστηρικτικῆς τεχνολογίας.<sup>364</sup>

---

<sup>364</sup> Παναγόπουλος, σ. 83.

Όμως, δεδομένου ότι οι «έγκεφαλικά νεκροί» ασθενείς είναι στην πραγματικότητα ζωντανοί, είναι ήθικα αποδεκτό να αφαιρεθούν τα ὄργανά τους πρὸς μεταμόσχευση; Ἡ θετική ἀπάντηση σὲ αὐτὸ τὸ ἐρώτημα συνοδεύεται ἀπὸ τὴν πρόταση νὰ βασιστεῖ ἡ ἠθικὴ τῶν μεταμοσχεύσεων στὶς ἀρχές τῆς μὴ κακοποίησης καὶ τοῦ σεβασμοῦ τῶν προσώπων, δηλαδὴ τῆς παροχῆς τῆς δυνατότητας σὲ ὅσους ασθενεῖς τὸ ἐπιθυμοῦν καὶ ἔχουν συναινέσει σὲ αὐτό, νὰ πεθάνουν γιὰ νὰ διευκολύνουν τὴ μεταμόσχευση ὀργάνων. Ἡ προτεινόμενη συνθήκη γιὰ νὰ ἐπιτραπῆ ἡ μεταμόσχευση ὀργάνων εἶναι ἡ προηγούμενη συγκατάθεση τοῦ δότη, πὺ τῶρα βρίσκεται σὲ κατάσταση μόνιμης ἀναισθησίας ἢ ἐπικείμενου θανάτου.

Ἐν ὀλίγοις, ἡ λήψη ὀργάνων ἀπὸ δότες πὺ ἀκόμη ζοῦν, ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν ἀντικατάσταση τοῦ βασικοῦ ἠθικοῦ ἐρωτήματος: «Εἶναι νεκρὸς ὁ ἀσθενής;», μὲ τὸ ἐρώτημα: «Εἶναι οἱ βλαπτικὲς συνέπειες τῆς ἀφαίρεσης ὀργάνων ἀτόμων πὺ ἀκόμη συντηροῦνται στὴ ζωὴ ἀρκετὰ λίγες, ὥστε νὰ ἐπιτρέπεται στοὺς ασθενεῖς νὰ συναينوῦν στὴ δωρεά;» Ἡ τρέχουσα πρακτικὴ τῆς λήψης ὀργάνων ἀπὸ «έγκεφαλικά νεκροὺς» ασθενεῖς θεωρεῖται ξεκάθαρα ἠθικὴ, ὄχι διότι οἱ ασθενεῖς εἶναι νεκροί, ἀλλὰ διότι ἔχουν περιέλθει σὲ μόνιμη ἀναισθησία λόγω τοῦ τραυματισμοῦ τοῦ ἐγκεφάλου τους. Οἱ δὲ χειρουργοὶ ἰσχυρίζονται ὅτι εἶναι προτιμότερο νὰ ἀφαιροῦν ὄργανα ἀπὸ τοὺς ασθενεῖς πρὶν αὐτοὶ ὑποστοῦν ἰσχαιμικὴ- καρδιακὴ ἀνακοπή, πρὸς βελτιστοποίηση τοῦ ἀριθμοῦ καὶ τῆς ζωτικότητος τῶν ὀργάνων.

Όμως ἡ ἀφαίρεση ζωτικῶν ὀργάνων δὲν σκοτώνει τὸν ἀσθενῆ; Καὶ στὴν περίπτωση τῆς ἀπόσυρσης τοῦ ἀναπνευστήρα καὶ στὴν ἀφαίρεση ὀργάνων, ὁ ἰατρὸς εἶναι ἐκεῖνος πὺ δρᾷ, καὶ ἡ δράση του αὐτὴ εἶναι ἡ ἀμεσότερη αἰτία τοῦ θανάτου τοῦ ἀσθενοῦς. Ὡστόσο, ὁ ἰατρὸς δὲν φέρει τὴν ἠθικὴ εὐθύνη γιὰ τὸν θάνατο τοῦ ἀρρώστου- ἀπὸ ἠθικῆς ἀπόψεως, ἡ αἰτία τοῦ θανάτου εἶναι ἡ ἀσθένεια. Ἐξᾶλλου, καὶ στὶς δύο αὐτὲς περιπτώσεις ὁ ἰατρὸς δρᾷ μὲ τὴ συναινεση τοῦ ἀσθενοῦς, σεβόμενος τὶς ἐπιθυμίες αὐτοῦ καὶ ἐπιδιώκοντας σκοποὺς πὺ ἔχουν ἠθικὴ ἀξία. Ἡ μεταμόσχευση ὀργάνων περιλαμβάνει μιὰ μορφή «δικαιολογημένου φόνου», ἀφοῦ δὲν βλάπτει τοὺς εὑρισκομένους σὲ μόνιμη καὶ μὴ ἀναστρέψιμη ἀναισθησία (ασθενεῖς σὲ φυτικὴ κατάσταση ἢ ἀνεγκέφαλα βρέφη) ἢ σὲ ἐπικείμενο μὴ ἀναστρέψιμο θάνατο. Καὶ δὲν τοὺς βλάπτει, ἀκριβῶς ἐπειδὴ ὀδηγεῖ σὲ μιὰ κατάληξη οὔτως ἢ ἄλλως ἀναπόφευκτη καὶ ἀναμενόμενη.

Τὸ ἐπιχείρημα ὅτι μιὰ τέτοια ἀφαίρεση δὲν διαφέρει ἠθικὰ ἀπὸ τὸ νὰ «ἀφήσουμε» τὸν ἀσθενῆ νὰ πεθάνει ἀποσύροντας τὸν ἀναπνευστήρα, εἶναι



κατὰ κάποιους σοβαρὰ πλανημένο. Ὅταν ὁ ἀναπνευστήρας ἀποσύρεται ἀπὸ ἓναν ἀσθενῆ σὲ κῶμα, αὐτὸ ποὺ προκαλεῖ τὴν ἀπώλεια τῆς ἱκανότητος τοῦ ἀσθενοῦς γιὰ αὐτόματη ἀναπνοὴ εἶναι ἡ ἀσθένεια ἢ τὸ τραῦμα. Ἡ ἀπόσυρση τῶν μέτρων ὑποστήριξης τῆς ζωῆς, ὅπως τῆς ἀναπνευστικῆς ὑποστήριξης, ἀφορᾷ σὲ μιὰ κατάσταση πολλαπλῆς αἰτιότητος, στὴν ὁποία ἡ μιὰ αἰτία- ἢ ἀναπνευστικὴ ἀποτυχία- ἐπαρκεῖ γιὰ νὰ προκαλέσει τὸν θάνατο, ἐνῶ ἡ ἄλλη αἰτία- ἢ ἀπόσυρση τοῦ ἀναπνευστήρα- δὲν ἐπαρκεῖ ἀφ' ἑαυτῆς, ἀπούσης τῆς ἀναπνευστικῆς ἀποτυχίας.

Ἐπιπλέον, ἡ ἀφαίρεση τῆς ὑποστήριξης τῆς ζωῆς μπορεῖ νὰ εἶναι ἡ ἀποδεκτὴ παράλειψη μιᾶς θεραπείας τὴν ὁποία οἱ ἄλλοι θεωροῦν ὡς «βάρος», παρὰ μιὰ πράξη μὲ πρόθεση νὰ σκοτώσει τὸν ἀσθενῆ. Τὸ «βάρος» παρουσιάζεται ὡς ἡ συναισθηματικὴ φόρτιση τῶν συγγενῶν τοῦ «ἐγκεφαλικά νεκροῦ» ἀτόμου, καὶ τὰ χρηματικὰ ποσὰ ποὺ καλοῦνται νὰ καλύψουν, τόσο οἱ συγγενεῖς τοῦ ἀσθενοῦς ὅσο καὶ τὰ δημόσια νοσοκομεῖα. Ἄλλωστε, σὲ μιὰ πρόσφατη μελέτη τῆς Εὐρωπαϊκῆς Ἑνώσεως γιὰ τὴ διαμόρφωση τοῦ νομικοῦ καθεστῶτος τῶν μεταμοσχεύσεων, δόθηκε ἰδιαίτερη σημασία στὴν οἰκονομικὴ ἐπιβάρυνση τῆς χρόνιας ἢ καὶ ἰσόβιας νοσηλείας τῶν θυμάτων ἀπὸ τροχαῖα (μιὰ συχνὴ αἰτία πρόκλησης τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου») γιὰ τὰ νοσοκομεῖα καὶ τὸν κρατικὸ προϋπολογισμό.

Προβάλλεται, ἐπίσης, τὸ κίνητρο τῆς διάσωσης τῆς ζωῆς κάποιων ἄλλων ἀνθρώπων. Αὐτό, ὡστόσο, σχολιάζεται ἀπὸ ἠθικοὺς φιλοσόφους ὅτι παραμένει ἀγνὸ μόνον ὅσο δὲν εἰσβάλλει στὴν προσπάθεια ἐπανακαθορισμοῦ τοῦ θανάτου, ὁπότε καὶ διαποτίζεται ἀπὸ τὴν προοπτικὴ τοῦ κέρδους.<sup>365</sup> Χαρακτηριστικὸ παράδειγμα κατάχρησης εἰς βάρος τῶν δοτῶν ὀργάνων, χάριν κερδοφορίας, ἀποτελεῖ ἡ ἐξῆς ὑπόθεση, ποὺ ἐξελίχθηκε στὴν πόλη Amiens τῆς Γαλλίας στὶς ἀρχὲς τοῦ 1990: Ἐνας δεκαοχτάχρονος χαρακτηρίστηκε ὡς «ἐγκεφαλικά νεκρὸς» κατόπιν τροχαίου ἀτυχήματος, ὁπότε οἱ γονεῖς του συναίνεσαν στὴν ἀφαίρεση τῆς καρδιάς, τοῦ ἥπατος καὶ τῶν νεφρῶν του. Λόγω, ὅμως, κάποιου διοικητικοῦ σφάλματος τοῦ τμήματος πληροφορικῆς τοῦ νοσοκομείου, ἀντὶ τῶν ληπτῶν τῶν ὀργάνων, κλήθηκαν οἱ γονεῖς τοῦ δότου νὰ πληρώσουν τὰ ἔξοδα τῶν μεταμοσχεύσεων. Ἐτσι διαπίστωσαν ὅτι εἶχαν πραγματοποιηθεῖ περισσότερες ἀπὸ ὅχτῳ χειρουργικὲς ἐπεμβάσεις στο γιό τους, μεταξὺ τῶν ὁποίων καὶ ἀφαίρεση ὀλόκληρων τῶν ὀφθαλμῶν (ὄχι μόνον τοῦ κερατοειδοῦς), μὲ ἀποτέ-

---

<sup>365</sup> Jonas 1974, p. 133



λεσμα ή σωρός του να έχει υποστεί σοβαρή παραμόρφωση. Ακολούθησε μήνυση έναντίον του νοσοκομείου για περιύβριση νεκρού.<sup>366</sup>

## 2. β.

Από δότη που έχει σταματήσει ή καρδιοαναπνευστική του λειτουργία, υπάρχει για λίγες ώρες ή δυνατότητα μεταμόσχευσης νεφρών, ήπατος και βασικών ιστών, όπως ο κερατοειδής. Μετά τον καρδιοαναπνευστικό θάνατο, τα μη διπλά ζωτικά όργανα δεν μπορούν να μεταμοσχευθούν,<sup>367</sup> αφού απαγορεύεται η νεκροτομή του ασθενούς για λήψη οργάνων προ της παρελεύσεως τουλάχιστον δώδεκα ωρών, όποτε τα όργανα καθίστανται ακατάλληλα, εκτός του δέρματος, του κερατοειδούς χιτώνα των οφθαλμών και των νεφρών, που χαρακτηρίζονται από ύψηλή κυτταρική διαφοροποίηση.<sup>368</sup>

Αντίθετα, από «έγκεφαλικά νεκρούς» δότες αφαιρούνται άμεσα πάρα πολλά όργανα. Συγκεκριμένα:

Ένας δότης μπορεί να προσφέρει:<sup>369</sup>

- ✝ δύο κερατοειδείς χιτώνες προς αποκατάσταση της όρασης,
- ✝ τα δύο μέρη από το έσωτερικό του αυτιού προς βελτίωση μορφών κώφωσης,
- ✝ μία γνάθο προς αναδόμηση του προσώπου,
- ✝ μία καρδιά,
- ✝ ένα περικάρδιο, που αποτελείμένο από σκληρό ιστό μπορεί να χρησιμοποιηθεί, για να καλύψει τον έγκεφαλο μετά από έγχειρηση,
- ✝ τέσσερεις ξεχωριστές βαλβίδες καρδιάς,
- ✝ δύο πνεύμονες,
- ✝ ένα ήπαρ,
- ✝ δύο νεφρά,
- ✝ ένα πάγκρεας, που μεταμοσχευμένο μπορεί να αποκαταστήσει την παραγωγή της ινσουλίνης στους διαβητικούς,

<sup>366</sup> Nau 1992, και Vesperien 1992, p. 14, όπως αναφέρεται από τον Κούρτη 2002, σ. 147.

<sup>367</sup> Διακήρυξη έπιστημόνων 2005, σ. 7.

<sup>368</sup> Αβραμίδης 2005α, σ. 15.

<sup>369</sup> Μαρκεζίνη 1995, σελ. 157.

- ⌘ ένα στομάχι (έχουν μεταμοσχευθεί στομάχια σε πειραματικό στάδιο, ωστόσο χωρίς έπιτυχία),
- ⌘ 206 ξεχωριστά κόκκαλα, συμπεριλαμβανομένων των μακρών κοκκάλων των χεριών και των ποδιών που χρησιμοποιούνται για την αναδόμηση των μελών, και των πλευρών για την σπονδυλική συγχώνευση και την διόρθωση ατελειών στο πρόσωπο,
- ⌘ δύο άρθρώσεις του γοφού,
- ⌘ είκοσι έπτά περίπου συνδέσμους και χόνδρους για την αναδόμηση άστραγάλων, γονάτων, ισχίων, άγκώνων και άρθρώσεων του ώμου περίπου είκοσι τετραγωνικά πόδια δέρματος για την προσωρινή κάλυψη έγκαυμάτων
- ⌘ πάνω από 60.000 μιλια άγγείων αίματος, κυρίως φλέβες που μπορούν να μεταμοσχευθούν για να ξανακυκλοφορήσει το αίμα στις βουλωμένες αρτηρίες. Τόν Σεπτέμβριο του 1994 ανακοινώθηκε από τα M.M.E. ή πρόταση ενός Έλληνα έπιστήμονα ένα καινούριο ύλικό που τοποθετημένο στις βουλωμένες αρτηρίες μπορεί να τις αποφράξει, όμως, χρειάζεται να περικαλυφθεί από φλέβες προερχόμενες από πτωματικό δότη, ώστε να μην απορριφθεί από τον οργανισμό ως ξένο σώμα,
- ⌘ ένενήντα σχεδόν ούγγιές νωτιαίου μυελού για τη θεραπεία της λευχαιμίας και πολλών άλλων άσθνεσιών.<sup>370</sup>

Τα κριτήρια του «έγκεφαλικού θανάτου» αναπτύχθηκαν προκειμένου να επιτρέψουν την δωρεά ζωτικών οργάνων, χωρίς να στηρίζονται σε κάποια έπιστημονική ή φιλοσοφική βάση. Η έξάπλωση αυτής της πρακτικής από το 1968 έως σήμερα, είναι άσχετη από την ήθικη ή μη όρθότητά της.

Έγινε ήδη αναφορά στους λόγους για τους όποιους τα μη διπλά ζωτικά όργανα δέν μπορούν να μεταμοσχευθούν μετά τον καρδιο- αναπνευστικό θάνατο. Έκτος αυτών, ή αφαίρεση ενός ζωτικού οργάνου, όπως της καρδιάς, από έναν άσθενή χαρακτηρισμένο ως «έγκεφαλικά νεκρό», δέν έπιτρέπει απλώς τη δρομολόγηση των αποτελεσμάτων της άσθένειας ή του τραυματισμού. Είναι ή έγχείρηση αφαίρεσης των οργάνων αυτή που σκοτώνει τον δότη. Η πραγματοποίηση μεταμοσχεύσεων από «έγκεφαλικά νεκρό» δότη δέν είναι άποδεκτή, έφ' όσον ή αφαίρεση ζωτικών οργάνων από έναν άκόμη ζώντα δότη συνιστά την αφαίρεση μιās άθώας ανθρώπινης ζωής.

Είναι δέ ήθικα έπιτρεπτό να τερματιστεί μιὰ ζωή για να σωθεί μιὰ άλλη; Ό σκοπός της ιατρικής είναι ή προστασία, διατήρηση και παράταση της ζωής, και

---

<sup>370</sup> Rescher 1991.

ή αναβολή του θανάτου.<sup>371</sup> Ο τερματισμός μιας άθώας ζωής για τη σωτηρία μιας άλλης δεν μετριάξει το κακό της αφαίρεσης μιας άθώας ανθρώπινης ζωής. Το κακό δεν πρέπει να γίνεται, ακόμα και αν μπορεί να προκύψει καλό από αυτό.<sup>372</sup>

Η εξαγγελία του ατόμου ως «έγκεφαλικά νεκρού» δεν έχει ως αφετηρία την ιπποκρατική αρχή του όφελους του θνήσκοντος ασθενούς, αλλά τα συμφέροντα άλλων ανθρώπων, δηλαδή του λήπτου των μεταμοσχευθέντων οργάνων και όσων κερδοσκοπούν από τη μεταμοσχευτική διαδικασία (του νοσοκομείου, των ιατρών και βοηθών αυτών). Τα συμφέροντα δε αυτά δεν ταυτίζονται με τα συμφέροντα του ασθενούς, αφού στοχεύουν στο να τον ανακηρύξουν νεκρό το συντομότερο δυνατό.<sup>373</sup>

Η χρήση των κριτηρίων διάγνωσης του «έγκεφαλικού θανάτου» δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να έρμηνευτεί ως όφελος για τον ασθενή που πεθαίνει, αλλά μόνο ως πιθανό όφελος για τον λήπτη των οργάνων αυτού του ασθενούς, εν πλήρει αντιθέσει προς τις ιπποκρατικές αρχές.<sup>374</sup> Έφ' όσον δε ο ιατρός δεσμεύεται από τον ιπποκρατικό Όρκο, που πρεσβεύει την ωφέλεια των ασθενών και την παροχή του καλού σε αυτούς, είναι υπόλογος για την άποτυχία της αγαθοεργίας στους ασθενείς που θανατώνονται, δηλαδή τους «έγκεφαλικά νεκρούς» δότες.

Πολλοί ιατροί θεωρούν ότι η λήψη οργάνων από «έγκεφαλικά νεκρούς» ασθενείς διακυβεύει την αξιοπιστία του ίδιου του ιατρικού επαγγέλματος.<sup>375</sup> Συνεπώς, κρίνουν απαραίτητη την απόσυρση του όρου «έγκεφαλικός θάνατος», ο οποίος χρησιμοποιείται παραπλανητικά για να επιτρέψει τις μεταμοσχεύσεις από «έγκεφαλικά νεκρούς» δότες.

Η εμπλοκή των ιατρών στη δολοφονία ασθενών διαστρέφει ούσιωδώς την καθ' έαυτην φύση της ιατρικής. Ένα θεμελιώδες ήθικόν πρόβλημα στη δολοφονία ασθενών είναι ότι μια τέτοια πρακτική έκφυλίζει την ίδια τη φύση της σχέσεως του ιατρού με τον ασθενή, αφού περιλαμβάνει μια επικίνδυνη χρήση της εξουσίας του ιατρού. Η χρήση της ιατρικής γνώσεως προκειμένου να σκοτωθεί ο ασθενής, συνιστά διαστροφή του σκοπού αυτής.

Οι Pellegrino και Thomasma ανέπτυξαν τη θεωρία ότι η ιατρική αποτελεί πρωτίστως μια σχέση ανάμεσα σε ένα άρρωστο ή τραυματισμένο άτομο που

---

<sup>371</sup> Διακήρυξη επιστημόνων 2005, σ. 7.

<sup>372</sup> ξ. ά., σ. 10.

<sup>373</sup> ξ. ά., σ. 7.

<sup>374</sup> ξ. ά., σ. 8.

<sup>375</sup> Αυτόθι.

χρειάζεται βοήθεια, και τὸν ἰατρὸ πὸν εἶναι ἐκπαιδευμένος στὴν παροχὴ τέτοιας βοήθειας.<sup>376</sup> Ἐφ' ὅσον στὴ σχέση αὐτὴ ὑπάρχει ἀνισορροπία ἐξουσίας καὶ γνώσεως ἀνάμεσα στὸν παροχέα τῆς ἰατρικῆς φροντίδας καὶ τὸν ἀσθενῆ (τοῦ ὁποῖου ἡ εὐάλωτη θέση ὀξύνει αὐτὴ τὴν ἀνισορροπία), ἡ ἠθικότητα εἶναι μέρος τῆς ἴδιας τῆς δομῆς τῆς ἰατρικῆς. Ἔτσι, ὁ ἰατρὸς πρέπει νὰ μεριμνᾷ γιὰ τὴν ἐπιστημονικὴ του κατάρτιση, νὰ εἶναι εἰλικρινῆς ὥστε ὁ ἀσθενῆς νὰ τὸν ἐμπιστεύεται, καὶ νὰ μένει πιστὸς στὶς ἀρχές τῆς μὴ κακοποίησης καὶ τῆς εὐποΐας.

Ὁ ἰσχυρισμὸς ὅτι ὁ ἰατρὸς πρέπει νὰ θανατώσει τὸν ἀσθενῆ, σεβόμενος τὴν ἐπιθυμία τοῦ τελευταίου, καταρρίπτεται ὡς ἐξῆς: Ἡ αὐτονομία τοῦ ἀσθενοῦς δὲν ἀποτελεῖ μιὰν ἀπόλυτη ἠθικὴ ἀξία ἢ ὁποῖα ὑποσκελίζει ὅλες τὶς ἄλλες ἀξίες. Καμμία ἀπόφαση ζωῆς ἢ θανάτου δὲν εἶναι ἀπόλυτα προσωπικὸ ζήτημα, ἀφοῦ τὰ ἀνθρώπινα ὄντα εἶναι ἐκ φύσεως κοινωνικὰ πλάσματα, πὸν ζοῦν σὲ ἓνα δίκτυο σχέσεων μὲ ἄλλους ἀνθρώπους.

Οἱ ἰατροὶ εἶναι ἠθικὰ ὑποχρεωμένοι νὰ μὴν ἱκανοποιοῦν αἰτήματα τῶν ἀσθενῶν πὸν ἐμπεριέχουν κάποια παράνομη ἄσκηση τοῦ ἰατρικοῦ ἐπαγγέλματος (ἐν προκειμένῳ τὴν θανάτωση τοῦ ἀσθενοῦς). Τὰ αἰτήματα δὲν συνεπάγονται αὐτόματα μιὰ ὑποχρεωτικὴ συμμόρφωση μὲ αὐτά, κάτι πὸν στὴν Ἑλλάδα ἰσχύει καὶ νομικά, ὅπως φαίνεται στὸν Κώδικα Ἰατρικῆς Δεοντολογίας τοῦ 2005. Ἀκόμη καὶ ἐὰν ἓνα ἄτομο εἶναι «ἐγκεφαλικά νεκρό», τὸ νὰ τὸ σκοτώσουμε γιὰ τὸ καλὸ τῶν ἄλλων, γιὰ νὰ συνεχίζον νὰ ζοῦν ὅσοι θὰ λάβουν τὰ ὄργανά του, δὲν μπορεῖ νὰ δικαιολογηθεῖ ἠθικά.

Ἐπίσης, ἀφοῦ ἀγνοεῖται τὸ ἀκριβὲς ὄριο μεταξὺ ζωῆς καὶ θανάτου, δὲν ἐπιτρέπεται νὰ ἀσκηθεῖ βία στὸν ἀνθρώπο, παρὰ μόνο ἐφ' ὅσον ἔχουμε τὶς περισσότερες δυνατὲς ἐνδείξεις γιὰ τὸ θάνατό του (θάνατος τοῦ ἐγκεφάλου, τῆς καρδιάς καὶ κάθε ἄλλη συναφῆς ἐνδειξη).<sup>377</sup> Ἀκόμα καὶ μιὰ ἐλάχιστη λογικὴ ἀμφιβολία νὰ ὑπάρχει ὅτι οἱ πράξεις μας σκοτώνουν ἓνα ἄλλο ἀνθρώπινο ὄν, πρέπει νὰ ἀπέχουμε ἀπὸ αὐτές.<sup>378</sup>

Τὸ πρόβλημα μὲ τὴ χρήση ὠφελιμιστικῶν κινήτρων πὸν νὰ δικαιολογοῦν τὸ νὰ σκοτώνουμε ἀσθενεῖς πὸν ἐξαρτῶνται ἀπὸ τὸν ἀναπνευστήρα, εἶναι ὅτι διὰ τὸ ὀλισθηρὸν τοῦ ἐπιχειρήματος,<sup>379</sup> τὰ ἴδια ὠφελιμιστικὰ κίνητρα μποροῦν νὰ

<sup>376</sup> Pellegrino καὶ Thomasma 1983.

<sup>377</sup> Jonas 1974, pp. 129- 131.

<sup>378</sup> Διακήρυξη ἐπιστημόνων 2005, σ. 9.

<sup>379</sup> Τὸ ἐπιχείρημα ὀλισθηρότητας/ «ὀλισθηρῆς πλαγιάς»/ «γλυστερῆς κατηφόρας, ὅπως τὸ παραθέτει ὁ Βιρβιδάκης 2008: "Ὅταν ἓνα εἶδος πράξης χ πὸν ἔχει ἠθικὰ ἀποδεκτὰ ἀποτελέσματα δὲν μπορεῖ εὐκόλα νὰ διακριθεῖ ἀπὸ ἓνα ἄλλο εἶδος πράξης ψ πὸν ἔχει ἠθικὰ μεμπτὰ ἀποτελέσματα, καὶ ἔτσι κανεὶς μεταβαίνει εὐκόλα ἀπὸ τὴν χ στὴν ψ, πρέπει νὰ ἀποφεύγεται καὶ ἢ χ (π.χ. ἀπὸ ἐκούσια καὶ μὴ ἐκούσια σὲ ἀκούσια εὐθανασία).

χρησιμοποιηθούν για να δικαιολογήσουν τὸ φόνο ἀσθενῶν ποὺ δὲν ἐξαρτῶνται ἀπὸ τὸν ἀναπνευστήρα ἢ ποὺ δὲν εἶναι ἐτοιμοθάνατοι. Αὐτὴ ἡ θέση εἶναι ἐνδογενῶς ἀσταθῆς καὶ χρησιμοθηρική, καὶ θὰ μπορούσε νὰ ὀδηγήσει σὲ προσπάθειες ἐπέκτασης τοῦ ὀρισμοῦ (ὅπως ἔχει ἤδη συμβεῖ).<sup>380</sup>

Ἡ ἐνδεχόμενη ἐπέκταση τῆς ἐν λόγω πρακτικῆς θὰ μπορούσε νὰ ὀδηγήσει στὴ δολοφονία καὶ ἄλλων ομάδων ἀνθρώπων καὶ νὰ συσχετιστεῖ μὲ τὴν εὐθανασία. Αὐτὲς οἱ πρακτικὲς τότε θὰ ἐφαρμόζονταν σὲ ἄτομα, ὅπως ἐπὶ παραδείγματι τὰ ἀνεγκέφαλα βρέφη, τῶν ὁποίων οἱ ἴστοι καὶ τὰ ὄργανα εἶναι πολὺ χρήσιμα, μόνο ἐφ' ὅσον ἀφαιρεθοῦν πρὶν τὸν θάνατό τους. Ἔτσι δημιουργεῖται ἓνα σημαντικό νομικὸ καὶ ἠθικὸ ἐμπόδιο τῆς λήψης τῶν ὀργάνων τους.<sup>381</sup>

Γιὰ παράδειγμα, στὴν περίπτωση γέννησης ἀνεγκέφαλου νεογνοῦ, διατυπώνονται δύο ἀπόψεις περὶ τοῦ νεογνοῦ. Κατὰ μία ἄποψη, τὸ ἀπὸ τοῦ ἀνθρώπου καταγόμενο εἶναι ἄνθρωπος, παρὰ τὴν ὁποιαδήποτε ἐλαττωματικὴ διάπλαση καὶ τὶς τυχόν ἀποκλίσεις ἀπὸ τὸν κοινὸ τύπο, συνεπῶς τὸ νεογνὸ δέχεται ἴδια ἀντιμετώπιση μὲ κάθε ἄλλο νεογέννητο παιδί, προσαρμοσμένη βέβαια στὶς ἀνάγκες του. Κατὰ μία ἄλλη ἄποψη, μὲ διασταλτικὴ ἐρμηνεία τοῦ ὄρου «ἐγκεφαλικὸς θάνατος», τὸ ἀνεγκέφαλο παιδί μπορεῖ νὰ χαρακτηριστεῖ ὡς «ἐγκεφαλικά νεκρὸ», καὶ στὴ συνέχεια οἱ ἰατροὶ νὰ προβοῦν στὴν ἀφαίρεση τῶν ὀργάνων του γιὰ μεταμόσχευση.

Τέλος, ὑποστηρίζεται ὅτι ἡ πραγματοποίηση μεταμοσχεύσεων ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκροῦς» δότες, οἱ ὁποῖοι οὐσιαστικὰ εἶναι ἀκόμα ζωντανοί, ὑποσκάπτει:

- ⌘ τὸ σεβασμὸ τῶν ὑποψήφιων δοτῶν, ὁ ὁποῖος τοὺς θὰ τοὺς ἀποδιδόταν μὲ τὴν κατάλληλη ἐνημέρωση πρὶν τὴ συναίνεσή τους στὴ μεταμόσχευση,
- ⌘ τὴν ἀκεραιότητα τοῦ ἱατρικοῦ καὶ τῶν παραϊατρικῶν ἐπαγγελημάτων,
- ⌘ τὴν ἐμπιστοσύνη τῶν πολιτῶν στοὺς ἰατροὺς ὅτι ἡ μεταμόσχευση ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκροῦς» δότες γίνεται μὲ διαφανῆ τρόπο,
- ⌘ τὸν αὐτοκαθορισμὸ τῶν δοτῶν,
- ⌘ τὴ νομικὴ προστασία τῶν μεταμοσχεύσεων ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκροῦς» δότες, καθὼς καὶ
- ⌘ τὴ σχέση τοῦ ἀσθενοῦς μὲ τὸν ἰατρό.

---

<sup>380</sup> Truog, Fletcher 1989.

<sup>381</sup> Κούρτης 2002, σ. 16.

## ⌘ Ἀπάντηση στο ἐρώτημα ἐὰν ἐπιτρέπεται ἡ λήψη ὀργάνων ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκρά» ἄτομα, βάσει κάποιων ἠθικῶν θεωριῶν

1. Ἡ ὠφελιστικὴ θεωρία ἀποφαίνεται ὅτι μὴ πράξη εἶναι ἠθικὴ, ὅταν αὐτὴ συμβάλλει στὴ μεγιστοποίηση τῆς εὐτυχίας, ὅσο τὸ δυνατόν περισσοτέρων ἀνθρώπων.<sup>382</sup> Στὴ συγκεκριμένη περίπτωση, κατὰ τὴν ὁποία ἐπιλέγεται ἐὰν θὰ ζήσει ὁ δότης ἢ οἱ παραλήπτες τῶν ὀργάνων του, μεγαλύτερη δυνατὴ εὐτυχία ὅσο τὸ δυνατόν περισσοτέρων ἀνθρώπων προκύπτει ἀπὸ τὴ μεταμόσχευση τῶν ὀργάνων τοῦ δότη σὲ πολλοὺς λήπτες. Ἡ ἀντίθετη ἐπιλογή θὰ χαρακτηρίζοταν διάπραξη ἠθικοῦ ἀδικήματος, διότι θὰ ἐμπόδιζε τὴ μεγαλύτερη δυνατὴ εὐτυχία (παράταση τῆς ζωῆς), ὅσο τὸ δυνατόν περισσοτέρων ἀνθρώπων.
2. Ἡ συνεπειοκρατία ἀποφαίνεται ὅτι μὴ πράξη εἶναι ἠθικὴ βάσει τῶν συνεπειῶν της.<sup>383</sup> Ἐὰν ἡ συνέπεια τῆς λήψης ὀργάνων ἀπὸ τὸν «ἐγκεφαλικά νεκρὸ» ἀσθενῆ εἶναι ὁ θάνατός του, τότε ἡ πράξη συνιστᾷ ἀνθρωποκτονία καὶ κρίνεται ὡς ἀνήθικη.
3. Ἡ δεοντολογικὴ θεωρία ἀποφαίνεται ὅτι μὴ πράξη εἶναι ἠθικὴ βάσει τῶν προθέσεων πού ἔχει ὁ φορέας της.<sup>384</sup> Στὴ συγκεκριμένη περίπτωση, ἡ πρόθεση τοῦ ἱατροῦ συνίσταται σὲ νὰ διατηρήσει στὴ ζωὴ ὅσους περισσότερους ἀνθρώπους εἶναι δυνατόν. Ὁ γιατρός δὲν προτίθεται νὰ κάνει αὐτὴ τὴν ἐπιλογή μὲ σκοπὸ νὰ πεθάνει ὁ δότης, διότι κάτι τέτοιο ἀντιτίθεται πρὸς τὸ ἱατρικὸ λειτούργημα· ἀντίθετα, ὡς γιατρός, ἔχει τὴν πρόθεση τῆς παροχῆς τῶν δυνατῶν μέσων γιὰ τὴ διατήρηση στὴ ζωὴ, ὅσο τὸ δυνατόν περισσοτέρων ἀνθρώπων. Ἀφοῦ, λοιπόν, ἡ πρόθεση τοῦ ἱατροῦ εἶναι ἠθικὴ, καὶ ἡ πράξη πού διαπράττεται κρίνεται ὡς ἠθικὴ.

Ὡστόσο, πῶς μποροῦμε νὰ γνωρίζουμε μὲ βεβαιότητα τὴν πρόθεση τοῦ ἱατροῦ, ἢ ὁποία θὰ μπορούσε, γιὰ παράδειγμα νὰ ἦταν ἡ κερδοφορία. Σ' αὐτὴ τὴν περίπτωση, ἡ πράξη θὰ κρινόταν ὡς ἀνήθικη.

Ἀπὸ τὴν ἄλλη πλευρὰ ὑποστηρίζεται ὅτι ἡ πράξη αὐτὴ τῆς ἐπιλογῆς τοῦ ἱατροῦ δὲν εἶναι προϊόν τῆς ἐλεύθερης βούλησής του, ἀλλὰ τοῦ ἐπιβάλλεται ἀπὸ τὴν ἔλλειψη μοσχευμάτων, γεγονός πού τὸν ἀπαλλάσσει ἀπὸ τὴν ἠθικὴ εὐθύνη γιὰ τὸ θάνατο τοῦ δότη ὀργάνων. Μπορεῖ δὲ ὁ ἱατρός νὰ μὴ εἶναι ἐλεύθερος καὶ συνεπῶς ἠθικὰ ὑπεύθυνος, ὅσον ἀφορᾷ στὴν πράξη τῆς ἐπιλογῆς (γι' αὐτὸ

---

<sup>382</sup> Mill 1863, σσ. 17- 9.

<sup>383</sup> Μαρκεζίνη 1995, σ. 62.

<sup>384</sup> Loewy 1989, σσ. 17- 9.

καὶ νομιμοποιεῖται ἠθικὰ γιὰ αὐτήν), εἶναι ὅμως ἐλεύθερος νὰ ἐπιλέξει τὸν συγκεκριμένο ἄνθρωπο ποὺ θὰ λάβει τὰ ὄργανα. Γι' αὐτὸ καὶ εἶναι ἠθικὰ ὑπεύθυνος γιὰ τὴ διαδικασία τῆς ἐπιλογῆς, κατὰ τὴ διάρκεια τῆς ὁποίας πρέπει νὰ ἐφαρμόσει κριτήρια ἐπιλογῆς ἠθικῶς ἀποδεκτά, προκειμένου νὰ νομιμοποιηθεῖ ἠθικὰ.<sup>385</sup>

---

<sup>385</sup> Μαρκεζίνη 1995, σ. 27, 45.





### III/ Νομική Θεώρηση τῶν Μεταμοσχεύσεων ἀπὸ νεκρὸ δότη

«Τὸ τέλος τοῦ φυσικοῦ προσώπου  
ἐπέρχεται μὲ τὸν θάνατο αὐτοῦ».<sup>386</sup>

---

<sup>386</sup> Ἄρθρο 35 τοῦ Ἀστικοῦ Κώδικα. Ὑπαρξὴ καὶ τέλος τοῦ προσώπου.



## **1/ Ἡ Ἑλληνικὴ Νομοθεσία**

Παρατίθενται κάποια βασικά ἄρθρα τῆς ἑλληνικῆς νομοθεσίας ἐπὶ τοῦ θέματος τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» καὶ τῶν μεταμοσχεύσεων ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκρούς».

### **ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡ. 2737/1999 (ΦΕΚ Α' 174/27.8.1999)**

#### **Μεταμοσχεύσεις ἀνθρωπίνων ἰστών καὶ ὀργάνων καὶ ἄλλες διατάξεις.**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'**

#### **ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ**

#### **Ἄρθρο 2 Ἀπαγόρευση ἀνταλλάγματος**

1. «Ἡ ἀφαίρεση ἰστών καὶ ὀργάνων μὲ σκοπὸ τὴ μεταμόσχευση γίνεται χωρὶς ὁποιοδήποτε ἀντάλλαγμα. Ἀπαγορεύεται κάθε συναλλαγή μεταξὺ λήπτη, δότη καὶ τῶν οἰκογενειῶν τους, καθὼς καὶ αὐτῶν μὲ ὁποιοδήποτε ἄλλο πρόσωπο».

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'**

#### **ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΑΠΟ ΖΩΝΤΑΝΟ ΔΟΤΗ**

#### **Ἄρθρο 5**

#### **Προϋποθέσεις - Διαδικασία**

1. «Ἡ ἀφαίρεση ἰστών ἢ ὀργάνων γιὰ μεταμόσχευση ἀπὸ ζωντανὸ δότη ἐπιτρέπεται μόνο γιὰ θεραπευτικούς σκοποὺς καὶ μὲ τὶς ἀκόλουθες προϋποθέσεις: α) Ὁ δότης νὰ εἶναι ἐνήλικος καὶ νὰ μὴν τελεῖ σὲ κατάσταση δικαστικῆς ἀπαγόρευσης ἢ ἀντίληψης, β) νὰ ὑπάρχει ἰστοσυμβατότητα μεταξὺ δότη καὶ λήπτη, γ) νὰ μὴν ἀνακύπτουν, κατὰ τὴν κρίση τῶν ὑπευθύνων ἰατρῶν τῆς νοσηλευτικῆς μονάδας, ὅπου ἐνεργεῖται ἡ ἀφαίρεση, προφανεῖς σοβαροὶ κίνδυνοι γιὰ τὴ ζωὴ ἢ τὴν ὑγεία τοῦ δότη».<sup>387</sup>

---

<sup>387</sup> Ἡμέτερος ὁ τονισμὸς στὰ ἄρθρα τῶν νόμων.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄**  
**ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ**  
**ΑΠΟ ΝΕΚΡΟ ΔΟΤΗ**

**Άρθρο 12**

**Προϋποθέσεις και διαδικασία**

- 1.** «Ἡ ἀφαίρεση ἰστών καὶ ὀργάνων ἀπὸ νεκρὸ δότη μὲ σκοπὸ τὴ μεταμόσχευση, ἐπιτρέπεται μόνον γιὰ θεραπευτικούς σκοπούς. Ἡ ἀφαίρεση διενεργεῖται μετὰ τὴν ἐπέλευση τοῦ θανάτου, ἔστω καὶ ἂν οἱ λειτουργίες ὀρισμένων ὀργάνων διατηροῦνται μὲ τεχνητὰ μέσα.
- 2.** Ἡ ἀφαίρεση διενεργεῖται ἐφ’ ὅσον ὁ δυνητικὸς δότης εἶχε ἐγγράφως συναίνεσει σὲ αὐτήν. Ἡ ἀφαίρεση ἀποκλείεται, ἂν εἶχε ἐγγράφως ἐκφράσει τὴν ἄρνησή του.
- 3.** Σὲ κάθε γενικὴ ἀπογραφή πληθυσμοῦ, κάθε ἐνήλικος ἀπογραφόμενος ἀτομικά, καλεῖται νὰ δηλώσει ἐγγράφως, σὲ εἰδικὸ ἔντυπο διαβιβαζόμενο στὸν Ε.Ο.Μ., ἂν συναινεῖ ἢ ὄχι στὴν ἀφαίρεση ἰστών καὶ ὀργάνων τοῦ σώματός του γιὰ μεταμόσχευση μετὰ τὸ θάνατό του. Ἐφ’ ὅσον παρόμοια δήλωση δὲν ἔχει ἤδη γίνει, οἱ δήμοι καὶ τὰ ἀσφαλιστικὰ ταμεῖα μποροῦν νὰ φροντίζουν γιὰ τὴ λήψη τῶν σχετικῶν δηλώσεων ἀπὸ τοὺς δημότες ἢ τοὺς ἀσφαλισμένους τους.
- 4.** Ἄν ὁ δυνητικὸς δότης δὲν εἶχε ἐκφράσει τὴ συναίνεσή του ἢ τὴν ἄρνησή του, ἢ ἀφαίρεση διενεργεῖται ἐφ’ ὅσον δὲν ἀντιτίθεται σὲ αὐτήν ὁ σύζυγος, τὰ ἐνήλικα τέκνα, οἱ γονεῖς ἢ τὰ ἀδέρφια του.
- 5.** Ἡ συναίνεση ἢ ἡ ἄρνηση εἶναι πάντοτε ἐλεύθερα ἀνακλητὴ. Ἡ συναίνεση ἢ ἡ ἄρνηση παρέχεται ἀπὸ ἐνήλικο πρόσωπο ποὺ δὲν τελεῖ ὑπὸ πλήρη στερητικὴ συμπαράσταση καὶ ποὺ εἶναι σὲ θέση νὰ ἐκφράσει ἐλεύθερα τὴ βούλησή του.
- 6.** Ὅταν ὁ θεράπων ἰατρὸς διαγνώσει νέκρωση τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους καὶ ἐφ’ ὅσον οἱ λειτουργίες ὀρισμένων ὀργάνων διατηροῦνται μὲ τεχνητὰ μέσα, ὑποχρεοῦται νὰ προβεῖ ἀπὸ κοινοῦ μὲ ἓναν ἀναισθησιολόγο καὶ ἓνα νευρολόγο ἢ νευροχειρουργὸ στὴ σύνταξη τοῦ σχετικοῦ πιστοποιητικοῦ θανάτου. Στὴν πιστοποίηση τοῦ θανάτου δὲν συμμετέχει ἰατρὸς ποὺ ἀνήκει στὴ μεταμοσχευτικὴ ομάδα. Ὁ θεράπων ἰατρὸς ὑποχρεοῦται νὰ ἐνημερώσει ἀμέσως τὶς Ὑπηρεσίες τοῦ Ε.Ο.Μ., καὶ σὲ συνεργασία μὲ αὐτὲς ἐνημερώνει τὸν σύζυγο ἢ τοὺς συγγενεῖς γιὰ τὸ θάνατο, καθὼς καὶ γιὰ τὴ δυνατότητα δωρεᾶς, ἰστών καὶ ὀργάνων μὲ σκοπὸ τὴ μεταμόσχευση, γιὰ νὰ ἐκφράσουν τὴν κατὰ τὴν παρ. 4 συναίνεση ἢ ἄρνησή τους, ἂν

ὁ δυνητικὸς δότης δὲν εἶχε ἐγγράφως συναινέσει ἢ ἀποκλείσει τὴ μεταμόσχευση. **Μόνο ἂν πρόκειται νὰ γίνῃ μεταμόσχευση συνεχίζεται ἡ τεχνητὴ ὑποστήριξη.**

**7.** Ἡ ἀφαίρεση ἰστῶν καὶ ὀργάνων ἀπὸ νεκρὸ δότη γίνεται μὲ τὸν προσήκοντα σεβασμὸ στὸ σῶμα τοῦ νεκροῦ, ἐκεῖ ὅπου βρίσκεται ὁ δότης καὶ κάτω ἀπὸ κατάλληλες συνθήκες. Ἡ ἐπέμβαση γιὰ τὴ λήψη μοσχεύματος προηγεῖται ἄλλων ἐπεμβάσεων ποὺ δὲν ἔχουν ἐπείγοντα χαρακτῆρα.

**8.** Ἀμέσως μετὰ τὸ θάνατό τους, οἱ δυνητικοὶ δότες, ποὺ εἶχαν δώσει τὴ συναίνεσή τους γιὰ τὴν ἀφαίρεση ἰστῶν καὶ ὀργάνων μετὰ τὸ θάνατό τους, καταχωροῦνται σὲ κατάλογο ποὺ συντάσσει ὁ Ε.Ο.Μ.».

## **ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3418/2005 ΦΕΚ Α' 287/28-11-2005**

### **Κώδικας Ἱατρικῆς Δεοντολογίας.**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ' ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ**

#### **Ἄρθρο 29**

#### **Ἱατρικὲς ἀποφάσεις στὸ τέλος τῆς ζωῆς**

1. «Ὁ ἱατρός, σὲ περίπτωση ἀνίατης ἀσθένειας ποὺ βρίσκεται στὸ τελικὸ τῆς στάδιο, ἀκόμη καὶ ἂν ἐξαντληθοῦν ὅλα τὰ ἱατρικὰ θεραπευτικὰ περιθώρια, ὀφείλει νὰ φροντίζει γιὰ τὴν ἀνακούφιση τῶν ψυχοσωματικῶν πόνων τοῦ ἀσθενῆ. Τοῦ προσφέρει παρηγορητικὴ ἀγωγή καὶ συνεργάζεται μὲ τοὺς οἰκείους τοῦ ἀσθενῆ πρὸς αὐτὴν τὴν κατεύθυνση. Σὲ κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στὸν ἀσθενῆ μέχρι τὸ τέλος τῆς ζωῆς του καὶ φροντίζει ὥστε νὰ διατηρεῖ τὴν ἀξιοπρέπειά του μέχρι τὸ σημεῖο αὐτό.
2. Ὁ ἱατρός λαμβάνει ὑπόψη τὶς ἐπιθυμίες ποὺ εἶχε ἐκφράσει ὁ ἀσθενής, ἀκόμη καὶ ἂν, κατὰ τὸ χρόνο τῆς ἐπέμβασης, ὁ ἀσθενής δὲν εἶναι σὲ θέση νὰ τὶς ἐπαναλάβει.
3. Ὁ ἱατρός ὀφείλει νὰ γνωρίζει ὅτι ἡ ἐπιθυμία ἑνὸς ἀσθενῆ νὰ πεθάνει, ὅταν αὐτὸς βρίσκεται στὸ τελευταῖο στάδιο, δὲν συνιστᾷ νομικὴ δικαιολόγηση γιὰ τὴ διενέργεια πράξεων οἱ ὁποῖες στοχεύουν στὴν ἐπίσπευση τοῦ θανάτου».

## 2/ Αστικός Κώδικας

Ο Έλληνικός Αστικός κώδικας αναγνωρίζει ως υποκείμενο τών έννομων σχέσεων:

- α) Τόν άνθρωπο (φυσικό πρόσωπο) και
- β) Τά νομικά πρόσωπα.

### **Άρθρο 35. Ύπαρξη και τέλος προσώπου.**

«Τò πρόσωπο αρχίζει νά υπάρχει μόλις γεννηθεῖ ζωντανò και παύει νά υπάρχει με τόν θάνατό του».

### **Άρθρο 37. Απόδειξη θανάτου.**

«Όποιος ισχυρίζεται, για νά ασκήσει δικαίωμα, ότι ένα πρόσωπο ζεῖ ἢ πέθανε ἢ ότι σέ ορισμένη ἐποχή ζοῦσε ἢ ότι ἐπέζησε ἀπό κάποιο ἄλλο, ὀφείλει νά τò ἀποδείξει».

### **Άρθρο 38**

«Άν περισσότεροι ἔχουν πεθάνει και δέν μπορεί νά ἀποδειχθεῖ ότι ὁ ένας ἐπέζησε ἀπό κάποιον ἄλλο, τεκμαίρεται ότι ὄλοι πέθαναν ταυτόχρονα (συναποβίωση)» .

## 3/ Ποινικός Κώδικας

### **Άρθρο 201 τοῦ Ποινικοῦ Κώδικα. Περιύβριση νεκρών.**

«Όποιος ἀφαιρεῖ ἀυθαίρετα νεκρò ἢ μέλη του ἢ τήν τέφρα του, ἀπό ἐκείνους πού ἔχουν δικαίωμα νά τὰ φυλάξουν ἢ ἐνεργεῖ πράξεις ὑβριστικά ἀνάρμοστες σχετικὲς με αὐτά ἢ με τάφο, τιμωρεῖται με φυλάκιση μέχρι δύο ἐτῶν».

## **Άρθρο 299. Άνθρωποκτονία με πρόθεση.**

1. «Όποιος με πρόθεση σκότωσε άλλον τιμωρείται με την ποινή του θανάτου ή με ισόβια κάθειρξη».

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Η θανατική ποινή καταργήθηκε με τὸ ἄρθρο 33 παρ. 1 του ν. 2172/1993 (ΦΕΚ Α' 207) τὸ ὁποῖο ὀρίζει τὰ ἑξῆς: "Ἡ ποινή του θανάτου καταργεῖται. Ὅπου στὶς κείμενες διατάξεις προβλέπεται γιὰ ὀρισμένη ἀξιοποινη πράξη ἀποκλειστικῶς ἡ ποινή του θανάτου, νοεῖται ὅτι ἀπειλεῖται ἡ ποινή τῆς ισόβιας κάθειρξης. Ἄν ἡ ποινή του θανάτου προβλέπεται διαζευκτικῶς με ἄλλη ποινή, νοεῖται ὅτι ἀπειλεῖται μόνο ἡ τελευταία."

## **Άρθρο 301. Συμμετοχή σὲ αὐτοκτονία**

«Όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον νὰ αὐτοκτονήσει, ἂν τελέστηκε ἡ αὐτοκτονία ἢ ἔγινε ἀπόπειρά της, καθὼς καὶ ὅποιος ἔδωσε βοήθεια κατ' αὐτήν, τιμωρείται με φυλάκιση».

## **4/ Σχολιασμοὺς**

### **A. Νομοθεσία**

Τὸ πρῶτο ἑλληνικὸ νομοθέτημα ποὺ περιλάμβανε διατάξεις γιὰ τὶς μεταμοσχεύσεις κερατοειδοῦς χιτῶνος ἦταν τὸ Νομοθετικὸ Διάταγμα 3372/1955 «Περὶ κερατοπλαστικῶν ἐγχειρήσεων», ποὺ ἐκδόθηκε ἐπὶ Παπάγου, κατὰ τὸ πρότυπο τοῦ ἀντίστοιχου γαλλικοῦ Διατάγματος τοῦ 1947. Σὲ αὐτὸ ἐτίθετο ὡς προϋπόθεση τέτοιας μεταμόσχευσης, ἡ διαπίστωση τοῦ θανάτου τοῦ ἀσθενοῦς ἀπὸ δύο ἰατροὺς ποὺ θὰ ἐπιβεβαίωσαν τὴν αἰτία τοῦ θανάτου στὸ σχετικὸ πρακτικὸ ποὺ θὰ συνέτασσαν.<sup>388</sup> Ὅμως, τὸ ἐν λόγω Διάταγμα παρέμεινε ἀνεφάρμοστο, μεταξύ ἄλλων καὶ διότι δὲν ἐκδόθηκαν οἱ ἐκτελεστικὲς του διατάξεις.<sup>389</sup>

Κατὰ τὸ ἴδιο ἔτος ἐκδόθηκε καὶ τὸ Βασιλικὸ Διάταγμα τῆς 25.5/6.7. 1955 (Φ.Ε.Κ. 171 Α' /1955) «Περὶ κανονισμοῦ ἱατρικῆς δεοντολογίας», στὸ ὄγδοο

<sup>388</sup> Βάρκα- Ἀδάμη 1995, σ. 23.

<sup>389</sup> Κονιαβίτου, Ἀδάμη 1997, σ. 46.

ἄρθρο τοῦ ὁποίου ἀναγραφόταν ὅτι: «Ἐν οὐδεμίᾳ περιπτώσει ἐπιτρέπεται εἰς τὸν ἰατρὸν νὰ διαθέτῃ τὰ μέσα καὶ τὰς δυνατότητας τῆς ἰατρικῆς ἐπιστήμης πρὸς ἱκανοποίησιν ἀθεμίτων συμφερόντων [...]». Ἐπιπροσθέτως, στὸ ἕνατο ἄρθρο τοῦ ἀναγραφόταν ὅτι: «Ὁ ἰατρὸς ὀφείλει ἀπεριόριστον μέριμναν διὰ τὴν διατήρησιν καὶ διάσωσιν τῆς ἀνθρωπίνης ζωῆς. Ὑποχρεοῦται νὰ ἀποφεύγῃ ἐπιμελῶς πᾶσαν ἐπέμβασιν δυναμένην νὰ ἔχῃ ὡς ἀποτέλεσμα [...] τὴν διακύβευσιν τῆς ζωῆς [...]». Τέλος, στὸ δέκατο τέταρτο ἄρθρο τοῦ δηλώνεται ὅτι: «Εὐλαβούμενος πάντα τὰ δόγματα ὁ ἰατρὸς βοηθεῖ τοὺς πελάτες αὐτοῦ εἰς τὴν ἐκτέλεσιν τοῦ θρησκευτικοῦ των καθήκοντος καὶ τὴν ἐπιδίωξιν τῶν ἠθικῶς καὶ ὑλικῶν συμφερόντων των».

Ἀκολούθησε ὁ Νόμος 821/78 (ΦΕΚ Α' 173/ 13- 14.10.1978), «Περὶ ἀφαιρέσεων καὶ μεταμοσχεύσεων βιολογικῶν οὐσιῶν ἀνθρωπίνης προελεύσεως», στὸν ὁποῖο υἱοθετεῖται μὲν ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος», πλὴν ἐμμέσως, χωρὶς νὰ γίνεταί ἀναφορὰ στὸν ὄρο «ἐγκεφαλικὸς θάνατος». Τὸ δὲ ἄρθρο 9 αὐτοῦ τοῦ Νόμου ὁδηγεῖ στὴν παρερμηνεῖα ὅτι ἡ διάγνωσις τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» ἐπιβάλλεται μόνον σὲ ὄσους «ἐγκεφαλικά νεκρούς» ἀσθενεῖς θὰ γίνονταν κατόπιν δότες ὀργάνων. Αὐτὴ ἡ ἄποψη εἶναι ἀντιεπισημονικὴ καὶ ἀντισυνταγματικὴ γιὰτὶ καταστρατηγεῖ τὴν ἐπιφέρει ἴσης μεταχείρισις τῶν Ἑλλήνων διατάξεις τοῦ ἄρθρου 4 τοῦ Συντάγματος.

Ὁ ἐπόμενος ἀφορῶν στὴς μεταμοσχεύσεις Νόμος 1383/83 (ΦΕΚ Α' 106/ 4- 5.8.83), «Ἀφαιρέσεις καὶ μεταμοσχεύσεις ἀνθρωπίνων ἰσθμῶν καὶ ὀργάνων» κατέστη ἀνενεργὸς ὡς πρὸς κάποιες ρυθμίσεις τοῦ καθότι ὀρισμένα ἄρθρα τοῦ δὲν ἐξειδικεύτηκαν διότι οἱ ἐκτελεστικὲς Ἐπίσης, ὀρισμένα ἄρθρα τοῦ δὲν ἐξειδικεύτηκαν διότι οἱ ἐκτελεστικὲς διατάξεις τὶς ὁποῖες προέβλεπαν, ἔμειναν ἀνέκδοτες (αὐτὸ συνέβη καὶ μὲ τὸν Νόμο 821/78).<sup>390</sup> Μὲ τοὺς Νόμους 821/1978, 1383/1983 καὶ 2737/1999 ὀρίσθηκε ἡ ἔννοια τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» βάσει τῶν κριτηρίων τῆς Minnesota καὶ ρυθμίστηκαν πολλὰ σχετικὰ μὲ αὐτὸν ζητήματα. Τὸ 1985, τὸ Ὑπουργεῖο Ὑγείας καὶ Πρόνοιας ἀπέστειλε σὲ ὅλα τὰ νοσοκομεῖα τῆς ἐπικράτειας τὴν σχετικὴ ἀπόφασιν τοῦ ΚΕ.Σ.Υ., στὴν ὁποία παρέχονται λεπτομερεῖς ὁδηγίες γιὰ τὴν διάγνωσιν τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου».

Ἐπίσης, ἡ Ἑλλάδα ἔχει ὑπογράψῃ τὸ Πρόσθετο Πρωτόκολλο γιὰ τὴν Μεταμοσχεύσεις τῆς Σύμβασις τοῦ Ὄβιέδο, χωρὶς ὅμως ἀκόμη νὰ τὸ ἔχει ἐνσωματώσει στὴν ἐσωτερικὴν τῆς νομοθεσίαν. Τέλος, ἡ Κοινοτικὴ Ὁδηγία

<sup>390</sup> Κονιαβίτου, Ἀδάμη 1997, σ. 46.



2004/23 ρυθμίζει τὰ πρότυπα ποιότητας καὶ ἀσφάλειας σχετικὰ μὲ τὸν ἔλεγχο, τὴ δωρεὰ, προμήθεια, ἐπεξεργασία, συντήρηση, ἀποθήκευση καὶ διανομὴ ἀνθρωπίνων ἰστών καὶ κυττάρων (ὄχι ὁμως καὶ ὀργάνων πρὸς μεταμόσχευση). Ἡ ὁδηγία αὐτὴ ἐνσωματώθηκε στὴν ἑλληνικὴ νομοθεσία μὲ τὸ Προεδρικὸ Διάταγμα ὑπ' ἀριθμ. 26/24.3.2008.<sup>391</sup>

Σήμερα στὴ χώρα μας ἰσχύει ὁ Νόμος 2737/1999, ποὺ εἰσήχθη πρὸς συζήτηση στὸ Θερινὸ Τμῆμα τῆς Βουλῆς καὶ ψηφίστηκε σὲ πολὺ σύντομο χρονικὸ διάστημα ἀπὸ τοὺς βουλευτὲς τοῦ κυβερνῶντος κόμματος καὶ μόνο, ἐνῶ σύσσωμη ἢ ἀντιπολίτευση ἀντιτίθετο σὲ αὐτόν.<sup>392</sup>

Σύμφωνα μὲ τὸ ἄρθρο 12, παρ. 6 τοῦ Νόμου 2737/1999 μετὰ τὴ διαπίστωση καὶ πιστοποίηση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», συνεχίζεται ἡ τεχνητὴ ὑποστήριξη μόνο ἐὰν πρόκειται νὰ γίνῃ μεταμόσχευση. Ἐὰν διαπιστωθεῖ ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» ἐνὸς ἀσθενοῦς ποὺ εἶναι ὑποψήφιος δότης, τότε αὐτὸς διασωληνώνεται καὶ τοῦ παρέχεται τεχνητὴ ἀναπνοὴ καὶ ἰατρικὴ βοήθεια, ἐνῶ βρίσκεται σὲ καταστολή, προκειμένου τὰ ὄργανά του νὰ διατηρηθοῦν ζωντανὰ καὶ κατάλληλα γιὰ τὴ μεταμόσχευση. Στὴν ἀντίθετη περίπτωση, ὁ Νόμος 2737/1999 ἐπιτάσσει τὴ διακοπὴ τῆς παρεχόμενης στὸν ἀσθενῆ βοήθειας.

Σὲ σχετικὴ ἔρευνα μαρτυρεῖται, κυρίως ἀπὸ νοσηλευτὲς, ὅτι οἱ ἱατροὶ πιστοποιοῦν τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο» μόνο στὴν περίπτωση ἀσθενῶν ποὺ εἶναι δότες ὀργάνων, ἐνῶ οἱ ὑπόλοιποι «ἐγκεφαλικά νεκροὶ» παραμένουν στὶς Μ.Ε.Θ.<sup>393</sup> Αὐτὴ ἡ διαφορετικὴ ἀντιμετώπιση τῶν Ἑλλήνων πολιτῶν ὡς πρὸς τὸ θάνατό τους χαρακτηρίζεται ὡς παράνομη καὶ ἀντισυνταγματικὴ, ἀφοῦ κατά-στρατηγεῖ τὶς διατάξεις περὶ ἰσότητας καὶ σεβασμοῦ τῆς ἀξιοπρεπείας τῶν ἀνθρώπων.<sup>394</sup> Ἐπίσης, ἔχει ὑποστηριχθεῖ ὅτι τὸ ἄρθρο 12, παρ. 6 τοῦ Νόμου 2737/1999 ἐκβιάζει τρόπον τινὰ τοὺς συγγενεῖς τοῦ «ἐγκεφαλικά νεκροῦ» μὲ διακοπὴ τῶν μηχανημάτων ὑποστήριξης, σὲ περίπτωση ποὺ δὲν συναινέσουν στὴν ἀφαίρεση τῶν ὀργάνων του πρὸς μεταμόσχευση. Ἐλλοχεύει, λοιπόν, ὁ κίνδυνος νὰ χαρακτηριστεῖ κάποιος ὡς «ἐγκεφαλικά νεκρὸς» ἐκὼν ἄκων.<sup>395</sup>

Σὲ εἰδικὴ συνέντευξη Τύπου, εἶχε ἐξαγγελθεῖ ὅτι τὸ Νομοσχέδιο τοῦ Νόμου 2737/1999 στόχευε στὴν ἱκανοποίηση τῆς ζήτησης ὀργάνων, ἢ μεγάλη ἔλλειψη τῆς προσφορᾶς τῶν ὀποίων κατατάσσει τὴν Ἑλλάδα στὴν τελευταία θέση στὴν

<sup>391</sup> [http://www.bioethics.gr/document.php?category\\_id=63&document\\_id=225](http://www.bioethics.gr/document.php?category_id=63&document_id=225).

<sup>392</sup> Ἀβραμίδης 1999, σ. 48.

<sup>393</sup> Κονιαβίτου, Βάρκα- Ἀδάμη 1997, σ. 48.

<sup>394</sup> Αὐτόθι.

<sup>395</sup> Ἀβραμίδης 2005β σ. 10.

Ευρώπη στον τομέα των μεταμοσχεύσεων.<sup>396</sup> Στο άρθρο 7 αυτού του Νόμου, προβάλλεται ως κίνητρο, ή προνομιακή μεταχείριση των Μ.Ε.Θ. στον καθορισμό των οργανικών θέσεων του προσωπικού και στις έπιχορηγήσεις του έξοπλισμού. Επίσης, προβλέπεται ότι ή μονάδα ένισχύεται οίκονομικά από τον Ε.Ο.Μ. για κάθε μεταμόσχευση που πραγματοποιείται εκεί. Αύτη ή διάταξη πιθανολογείται ότι λειτουργεί ανασταλτικά προς τὸ σκοπό της, τὴν προώθηση των μεταμοσχεύσεων, αφού δημιουργεί ύπόνοιες στην κοινή γνώμη ότι οί ιατροί των Μ.Ε.Θ. βιάζονται να διαγνώσουν άπερίσκεπτα τὸν «έγκεφαλικὸ θάνατο» του άσθενούς προκειμένου να έπιτύχουν τὰ έξαγγελθέντα όφέλη.<sup>397</sup>

Από τὴ διατύπωση «χωρίς όποιοδήποτε άντάλλαγμα» στο Άρθρο 2 του ίδιου Νόμου προκύπτει ότι ή δωρεά όργάνων έπιτρέπεται «για χαριστική και μόνο αίτία». Επίσης, τὸ άρθρο 1, παρ. 1 χαρακτηρίζεται ως άσαφές και δυ-νάμενο να προκαλέσει προβλήματα γραφειοκρατίας και άνισης μεταχείρισης,<sup>398</sup> ενώ κάποιες διατάξεις του άρθρου 8 κρίνονται ως έλλιπείς, άσαφείς και άκατάλληλες.<sup>399</sup>

Τὸ άρθρο 11, παρ. 3 που όρίζει σε κάποια περίπτωση, παροχή τὴς συναίνεσης των γονέων για τὴν άφαίρεση του μυελού των όστών του άνήλικου τέκνου τους, σχολιάζεται ως συγκρουόμενο με τὴς περι τὴς προστασίας των άνηλικών διατάξεις του άρθρου 1511 του Α.Κ. Βάσει αυτού του άρθρου, «κάθε άπόφαση των γονέων σχετικά με τὴν άσκηση τὴς γονικῆς μέριμνας πρέπει να άποβλέπει στο συμφέρον του τέκνου», όμως ή δυνητικῶς επικίνδυνη επέμβαση άφαίρεσης του μυελού των όστών δέν μπορεί να θεωρηθεί ως άποβλέπουσα στο συμφέρον του δότη αφού έπιτρέπει τρόπον τινά τὴν καταχρηστική άσκηση τὴς γονικῆς μέριμνας.<sup>400</sup>

Στὴς παρ. 2, 3, 4 και 5 του άρθρου 13, περιγράφεται τὸ σύστημα όργάνωσης τὴς μετὰ θάνατον λήψης όργάνων, που χαρακτηρίζεται ως πολύπλοκο, άντιφατικὸ και γραφειοκρατικὸ.<sup>401</sup> Επίσης, σχολιάζεται ότι έτσι καθιερώνεται ένα ιδίόμορφο σύστημα συναίνεσης και άντίρρησης, ύποκατάστασης τὴς θέλησης του «έγκεφαλικά νεκροῦ» από τὸς συγγενείς του, αλλά και αυθαίρετης και ύποχρεωτικῆς λήψης μοσχευμάτων, που δύσκολα βρίσκει έρεισμα στὴς περι προστασίας και έλεύθερης άνάπτυξης τὴς άνθρώπινης προσωπικότητας διατά-

<sup>396</sup> Βάρκα- Αδάμη 1998, σ. 12.

<sup>397</sup> έ.ά., σ. 14.

<sup>398</sup> έ.ά., σ. 12.

<sup>399</sup> έ.ά., σ. 13.

<sup>400</sup> έ.ά., σ. 16.

<sup>401</sup> έ.ά., σ. 18.

ξεις. Πιὸ συγκεκριμένα, ἡ ὑποκατάσταση τῆς θέλησης τοῦ ἀσθενοῦς ἀντιβαίνει στὸ συνταγματικὰ κατοχυρωμένο δικαίωμα τῆς προσωπικότητας, ἄρα εἶναι ἀντισυνταγματική· τὸ ἀνθρώπινο λείψανο εἶναι ἀκληρονόμητο καὶ οἱ εἰδικότερες ἐκδηλώσεις τῆς προσωπικότητας δὲν ἐπιδέχονται ἐκπροσώπηση.<sup>402</sup>

Ὅμοιες διατάξεις ὑπῆρχαν καὶ στὸ Νόμο 821/78 καὶ στὸ Ἄρθρο 7 τοῦ Νόμου 1383/83, ὅπου ὀρίζεται ὅτι ἡ ἀφαίρεση ὑλικοῦ ἀπὸ τὸ πτώμα ἐπιτρέπεται ὅταν δὲν ὑπάρχει «δεδηλωμένη ἐν ζωῇ» ἀντίθετη θέληση τοῦ ἀποβιώσαντος ἢ δὲν τεκμαίρεται τέτοια θέληση μὲ βάση τὶς θρησκευτικὲς ἢ φιλοσοφικὲς πεποιθήσεις του. Ἐπίσης, ὀρίζεται ὅτι σὲ περίπτωση ἀμφιβολίας γιὰ τὴ βούληση τοῦ ἀποβιώσαντος, ἡ ἀφαίρεση «ύλικοῦ» ἀπὸ τὸ πτώμα ἐπιτρέπεται, ὅταν ὑπάρχει συγκατάθεση τῶν συγγενῶν, κατὰ τὴ σειρά τῆς ἐξ ἀδιαθέτου διαδοχῆς μέχρι τοὺς ἀδερφοὺς.

## **B. Ἀστικὸς καὶ Ποινικὸς Κώδικας**

Σύμφωνα μὲ τὸ ἄρθρο 35 τοῦ Α.Κ. ὁ ἄνθρωπος ἀποκτᾶ ἰκανότητα δικαίου «μόλις γεννηθεῖ ζωντανός»· ἡ γέννησή του, δηλαδή, ἀποτελεῖ τὴν χρονικὴ ἀφετηρία τῆς νομικῆς ὑπαρξῆς τοῦ ἀνθρώπου κατὰ τὴ διάρκεια τῆς ὁποίας αὐτὸς τελεῖ ὑπὸ συνταγματικὴ, ποινικὴ, καὶ κάθε ἄλλη μορφή ἔννομης προστασίας.<sup>403</sup> Τὸ δὲ τέλος τοῦ φυσικοῦ προσώπου ἐπέρχεται μὲ τὸν θάνατο. Ἡ ἐπέλευση τοῦ θανάτου ἐπιφέρει σημαντικὲς ἔννομες συνέπειες, μὲ κυριότερη τὴν ἐξαφάνιση τοῦ «ὑποκειμένου δικαίου», καθὼς ἐπίσης καὶ τὴ λήξη δικαιωμάτων σχετικῶν μὲ τὴ ζωὴ ἐνὸς ἀνθρώπου, ὅπως ἐπικαρπία, ἰσόβια πρόσδοδος καὶ διατροφή, ἢ ὅσον ἀφορᾷ στὸ δημόσιο δίκαιο, τὴν ὀριστικὴ ἀπώλεια ἰδιοτήτων, ὅπως τοῦ φορολογουμένου ἢ τοῦ ψηφοφόρου.

Ἡ ἀκριβὴς στιγμή τοῦ θανάτου πρέπει νὰ καταγράφεται στὸ πιστοποιητικὸ θανάτου, τοῦ ὁποίου τὴν ὑπογραφή ἀπαιτεῖ ἡ ἰατροδικαστικὴ ἐπιστήμη. Ὁ καθορισμὸς τῆς στιγμῆς ἐπελεύσεως τοῦ θανάτου εἶναι σημαντικὸ ζήτημα γιὰ τὴν ἀποφυγὴ τῆς ἐμπλοκῆς τῶν ἰατρῶν σὲ δικαστικὲς ἀντιπαραθέσεις, καὶ τὴν ἐπίλυση προβλημάτων ἰατροδικαστικῆς φύσεως,<sup>404</sup> δικονομικῶν (π.χ. ζητήματα

---

<sup>402</sup> ἔ.ἀ., σ. 20.

<sup>403</sup> Βάρκα- Ἀδάμη 1995, σ. 22.

<sup>404</sup> Ἀβραμίδης 2004.

παραδεκτοῦ τῆς ἀγωγῆς), καθὼς καὶ οὐσίας.<sup>405</sup> Ὁ ἀκριβῆς, ὅμως, καθορισμὸς τοῦ χρονικοῦ σημείου τοῦ θανάτου γίνεται ἀπὸ τὸν ἰατρό, ὅπως ἐπιβάλλει ἡ ἠθικὴ τάξη, ὁ σεβασμὸς τῆς ἀνθρώπινης προσωπικότητος καὶ ἡ δικαιοσύνη ἀσφάλεια γιὰ κάθε ἔννομη πράξη (δηλαδή, ἡ τήρηση καὶ ἐφαρμογὴ τῶν Νόμων).<sup>406</sup> Ὁ νομικὸς εἶναι ἀναρμόδιος νὰ πάρει θέση σὲ αὐτὸ τὸ πρόβλημα καὶ ἀποδέχεται ὡς χρόνον θανάτου, αὐτὸν ποῦ θὰ βεβαιώσουν οἱ ἰατροὶ καὶ ποῦ ἀναγράφεται στὴν ληξιαρχικὴ πράξη θανάτου.<sup>407</sup>

Τὸ βάρος τῆς ἀποδείξεως τῆς γεννήσεως, τῆς ζωῆς καὶ τοῦ θανάτου φέρει ὁ ἰσχυριζόμενος τὰ γεγονότα αὐτά.<sup>408</sup> Μέσα ἀποδείξεως εἶναι κυρίως οἱ ληξιαρχικὲς πράξεις, ποῦ συντάσσονται κατὰ κανόνα στὸ ληξιαρχεῖο, στὴν περιφέρεια τοῦ ὁποῦ ἔλαβαν χώρα τὰ γεγονότα αὐτά, καὶ ποῦ περιέχουν τὸν τόπον, τὴν ἡμέραν καὶ τὴν ὥραν τοῦ θανάτου, κατόπιν δηλώσεως τῶν ὑπόχρεων προσώπων κατὰ τὸν Νόμον 344/ 76.

Ὅμως, τὸ ἀποδεικτικὸ αὐτὸ μέσο ἀποτελεῖ μαχητὸ τεκμήριον, ποῦ σημαίνει ὅτι χωρεῖ ἀνταπόδειξη. Ὁ ἰσχυρισμὸς τοῦ θανάτου ἐνὸς προσώπου εἶναι βásiμος ἐφ' ὅσον ἔχει ἐκδοθεῖ ἡ σχετικὴ ληξιαρχικὴ πράξη θανάτου ἀπὸ τὴν ἀρμοδίαν ἀρχὴν (ληξιαρχεῖο) καὶ φέρει τίς ἀπαραίτητες ὑπογραφές, ὅμως μπορεῖ νὰ ἀμφισβητηθεῖ ἐπὶ τῆς οὐσίας, δηλαδή, ὡς πρὸς τὸ περιεχόμενό του.

Ὅταν ἀποβιώσουν πολλὰ συγγενικὰ πρόσωπα, ἔχει σημασία γιὰ τὸ κληρονομικὸ δίκαιον νὰ ἀποδειχθεῖ ἡ σειρά μὲ τὴν ὁποία πέθαναν, καὶ ἡ ὁποία καθορίζει ποιὸς θὰ κληρονομήσει ποιόν. Ἀνακύπτουν δὲ προβλήματα, διότι ὁ χρόνος τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» προσδιορίζεται ἀπὸ τὴν στιγμὴν ποῦ διαπιστώθηκε, καὶ ὄχι ἀπὸ τὴν στιγμὴν ποῦ συνέβη. Στὴν Ἑλλάδα συγκεκριμένα, ὡς ἀκριβῆς στιγμὴ ἐπέλευσης τοῦ θανάτου ὀρίζεται στὸ φύλλον διάγνωσης τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» τοῦ ΚΕ.Σ.Υ. ἡ στιγμὴ τοῦ δευτέρου διαγνωστικοῦ ἐλέγχου. Ὑπάρχει περίπτωση κάποιος νὰ ἔχει ἐγκεφαλικὲς βλάβες συμβατὲς μὲ τὸν «ἐγκεφαλικὸν θάνατον» στὸν τόπον τοῦ ατυχήματος, ἀλλὰ λόγω τῆς ἐγκαίρου ἀφίξεως ἐξοπλισμένου ἀσθενοφόρου νὰ διατηρηθοῦν οἱ λειτουργίαι τῆς ἀναπνοῆς καὶ τῆς κυκλοφορίας του, ἐνῶ ἓνας συνεπιβάτης, μολονότι εἶχε ἐπαφὴ μὲ τὸ περιβάλλον ὅταν ἔφτασε τὸ ἀσθενοφόρον, κατὰ τὴν διαδρομὴν νὰ ἐξέπνευσε (νὰ ὑπέστη παύσιν τῆς καρδιάς καὶ τῆς κυκλοφορίας). Γιὰ τὸν ἰατροδικαστὴν, τὸ μόνον κριτήριον εἶναι ἡ διαπίστωση τοῦ θανάτου, ὅποτε σὲ αὐτὴν τὴν περίπτωσιν

<sup>405</sup> Κούρτης 2002, σ. 144.

<sup>406</sup> Βάρκα- Ἀδάμη 1995, σ. 22.

<sup>407</sup> Μπουκλα

<sup>408</sup> Ἄρθρον 37Α.Κ.

θα θεωρούσε ότι προηγήθηκε ο θάνατος του δεύτερου ατόμου, παρότι ο πρώτος ήταν ήδη «έγκεφαλικά νεκρός», όταν πέθανε ο δεύτερος.

## Γ. Συναίνεση

Θα μπορούσε να λεχθεί ότι η νομική ρύθμιση των ιατρικών ζητημάτων που έχουν άμεση σχέση με την ανθρώπινη ζωή επηρεάζεται από την ιατρική ήθικη, μιας και όταν αλλάζουν οι ήθικες αντιλήψεις που αφορούν σε κάποιο ιατρικό θέμα, τροποποιείται πολλές φορές και η σχετική νομοθεσία.

Η μεταβίβαση ανθρωπίνων οργάνων χαρακτηρίζεται ως προσφορά ή δωρεά, έντασσομένη στην αγαθοεργία, όμως συνιστά ένα άτελες ήθικο καθήκον, και όχι ένα γενικό πρωταρχικό καθήκον να παρέχουμε, δηλαδή, τα όργανά μας προς μεταμόσχευση. Δεν μπορεί εξάλλου να υποστηριχθεί ήθικως ένα καθήκον στηριζόμενο στον ωφελιμισμό, χωρίς τη συμβολή της δεοντολογίας και της αυτόνομίας, όταν εμπλέκεται σημαντικά το ίδιο το πρόσωπο (ο δότης) στο σχέδιο προώθησης των συμφερόντων ενός άλλου προσώπου (του λήπτη). Γι' αυτό το λόγο, δεν επιβάλλεται ένα υποχρεωτικό καθήκον παροχής των οργάνων μας προς μεταμόσχευση, βάσει μιας εκ των προτέρων ωφελιμιστικής θεώρησης της κατάστασης, αλλά ένα άτελες καθήκον, που προϋποθέτει την προσωπική εκτίμηση του δότη για το πρόσωπο.

Το άτελες ήθικο καθήκον της αγαθοεργίας προσδίδει στην προσφορά οργάνων την έννοια της προσωπικής, αυτόνομης, κρινόμενης από τον ίδιο τον φορέα, παροχής μοσχευμάτων, καθώς επίσης και την έννοια της «δωρεάς», της προσφοράς, δηλαδή, που αποκλείει οποιοδήποτε οικονομικό ή άλλο αντάλλαγμα.<sup>409</sup> Έφ' όσον εμπλέκονται προσωπικά ζητήματα, ο δότης οργάνων έχει το δικαίωμα αυτόνομίας, δηλαδή την ελευθερία να προβεί σε μία προσωπική εκτίμηση της κατάστασης και τελική επιλογή. Το ζήτημα αυτό της ελεύθερης επιλογής του υποψηφίου δότη είναι πολύ σημαντικό για τις μεταμοσχεύσεις, αποτελώντας ουσιαστικά μια ήθικη προϋπόθεση της πρακτικής τους, μέσα στο πλαίσιο του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Η ελεύθερη επιλογή του δότη εξασφαλίζει την ήθικη νομιμότητα της μεταμοσχευτικής διαδικασίας. Στην αντίθετη περίπτωση, κατά την οποία το καθήκον αυτό της αγαθοεργίας θα έθιγε την ελευθερία, θα προκαλούσε βλάβη, θα

---

<sup>409</sup> Daar AS 1991.

παραβίαζε τὰ ἀτομικὰ δικαιώματα τοῦ δότη πρὸς ἐξασφάλιση τῆς ἐλευθερίας ἢ πρόληψη βλάβης ἢ πλήρωση τῶν δικαιωμάτων κάποιου ἢ κάποιων ἄλλων ἀνθρώπων, δὲν θὰ νομιμοποιούταν ἠθικῶς.<sup>410</sup> Κατὰ μία ἄποψη, οἱ ἀπαιτήσεις τῆς συνεπειοκρατίας συγκρούονται μὲ τὴν ἠθικὴ αὐτονομία.<sup>411</sup>

Συνοψίζοντας, ἀπὸ ἠθικὴ ἄποψη, ἀκόμη καὶ ἂν ἡ παροχὴ ὀργάνων πρὸς μεταμόσχευση χαρακτηριστεῖ ὡς ἀγαθοεργία, ὡστόσο αὐτὴ δὲν εἶναι ὑποχρεωτική, σὲ περίπτωσι κατὰ τὴν ὁποία θίγει τὴν αὐτονομία τοῦ δότη ἢ ἀντιβαίνει στὴν ἐπιθυμία του γιὰ τὴν μεταθανάτια κατάσταση τοῦ σώματός του. Οὔτε εὐσταθοῦν ἐπιχειρήματα τοῦ τύπου «τὰ ὄργανα θὰ εἶναι πλέον ἄχρηστα γιὰ τὸν δότη, ἀφοῦ θὰ σαπίσουν οὕτως ἢ ἄλλως», «ὁ φόβος γιὰ τὸν μεταθανάτιο διαμελισμὸ διὰ τῆς ἀφαίρεσης ὀργάνων πρὸς μεταμόσχευση εἶναι παιδικός», «οἱ θρησκευτικὲς πεποιθήσεις εἶναι ἀσήμαντες», «ὁ σεβασμὸς τοῦ προσώπου διὰ τῆς ἀκεραιότητος τοῦ σκηνώματος εἶναι ἀσήμαντος», ἐφ' ὅσον τὸ καθήκον τῆς ἀγαθοεργίας ἀξιολογεῖται μόνον ἀπὸ τὸν ἴδιον τὸν φορέα αὐτῆς καὶ ὄχι ἀπὸ ἐξωτερικοὺς «κριτές». Σημασία ἔχει τὸ τί ἀποτελεῖ ἢ ἀπώλεια αὐτὴ γιὰ τὸν φορέα τῆς ἀγαθοεργίας, ἐὰν θίγει τὴν οὐσιαστικὴ αὐτονομία του, ἐὰν συνεπάγεται τὴν ἀκύρωση προσωπικῶν σχεδίων, καὶ γενικὰ πῶς κρίνει καὶ ἐκτιμᾷ τὴν ἀπώλεια καὶ τὸ ὄφελος τῆς ἀγαθοεργίας ὁ ἴδιος ὁ φορέας τῆς.

Δὲν νομιμοποιεῖται ἠθικὰ ἡ ἐπιβολὴ τῆς παροχῆς ὀργάνων οὔτε ἡ θίξη τῆς αὐτονομίας τοῦ δότη, ἢ θίξη μιᾶς ἐλευθερίας στὴν ὁποία ἐμπλέκονται προσωπικὰ σχέδια, ἐπηρεάζεται ἡ ἀκεραιότητα τῆς προσωπικότητος ἢ ἡ ὁμαλὴ διαβίωσή του. Πρέπει νὰ γίνεταί σεβαστὴ ἡ ἐπιθυμία ἐνὸς ἀνθρώπου νὰ μὴν προσφέρει τὰ ὄργανά του μετὰ θάνατον.<sup>412</sup>

Μέσα στὰ πλαίσια τοῦ ἀτελοῦς ἠθικοῦ καθήκοντος τῆς ἀγαθοεργίας, σύμφωνα μὲ τὸ ὁποῖο ἡ μεταθανάτια μεταμόσχευση τῶν ὀργάνων δὲν ἀποτελεῖ μία ἐκ τῶν προτέρων ἠθικὴ ὑποχρέωσι, δὲν προϋποτίθεται ὅτι κάθε ἄνθρωπος συγκατατίθεται στὴν μεταμόσχευση τῶν ὀργάνων μετὰ τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατό» του. Ἐφ' ὅσον, λοιπόν, ἡ παροχὴ ὀργάνων πρὸς μεταμόσχευση δὲν εἶναι ὑποχρεωτική, ὀργανώνεται μὲ βάση τὴν ὑπαρξὴ συναίνεσης στὴν πράξη αὐτή.

---

<sup>410</sup> Μαρκεζίνη 1995, σ. 27.

<sup>411</sup> Slote 1985.

<sup>412</sup> Μαρκεζίνη 1995, σ. 31.

Ὁ νομικὸς χαρακτηρισμὸς τῆς συναίνεσης ἔχει πρακτικὴ σημασία γιὰ τὴ δικαιοδοσία καὶ τὴν ἔκταση τῆς ἰατρικῆς εὐθύνης.<sup>413</sup> Ἡ συναίνεση στὴν ἰατρικὴ πράξη τῆς μεταμόσχευσης ἐπιδέχεται τρεῖς διαφορετικοὺς χαρακτηρισμοὺς:

α. ἀποτελεῖ «οἰονεὶ δικαιοπραξία»,<sup>414</sup> δηλαδὴ ἡ θεμιτὴ πράξη καὶ εἰδικότερα ἡ δήλωση ποὺ ἐνσωματώνει τὴν ἀνακοίνωση ἐνὸς ψυχικοῦ συμβάντος: βούλησης, παράστασης ἢ συναισθήματος καὶ ἐπάγεται ἔννομες συνέπειες ἐκ τοῦ νόμου, ἢ  
β. μιὰ ἀπλὴ νομιμοποίηση ἐπέμβασης στὸ ἀνθρώπινο σῶμα, ἢ  
γ. μιὰ σύμβαση ἰατρικῆς ἀγωγῆς.

Ὑπάρχουν διάφοροι τρόποι νομικῆς ἐξασφάλισης τῆς συναίνεσης γιὰ τὴν ἀφαίρεση ὀργάνων ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκροὺς» δότες:

1. Ρητὴ συναίνεση ἐν ζωῇ ἀπὸ τὸ δυνητικὸ δότη

2. Συστήματα παρέμβασης τῶν συγγενῶν

⌘ A. Μέσω τῆς συναίνεσης τῶν συγγενῶν, ἐφ’ ὅσον ὁ «ἐγκεφαλικά νεκρὸς» δὲν εἶχε προηγουμένως ἐκφράσει τὴ βούλησή του γιὰ τὸ θέμα αὐτό.

⌘ B. Μέσω τῆς μαρτυρίας τῶν συγγενῶν περὶ τῆς βουλήσεως τοῦ «ἐγκεφαλικά νεκροῦ» ἀτόμου (εἰκαζόμενη ἢ τεκμαιρόμενη συναίνεση ἢ ὑποτιθέμενη συγκατάθεση ἢ σύστημα τῆς ἀντίρρησης).

⌘ Γ. Μέσω τῆς μὴ ἀντίθεσης πρὸς τὴν πράξη αὐτή.<sup>415</sup>

Εἰδικότερα:

## **1. Ρητὴ συναίνεση ἐν ζωῇ ἀπὸ τὸ δυνητικὸ δότη**

Σήμερα, στὴν Ἑλλάδα, τὴν Ἀγγλία, καὶ σὲ ἄλλες χῶρες τῆς Εὐρώπης, καθὼς καὶ στὶς περισσότερες πολιτεῖες τῆς Ἀμερικῆς, τὸ ἰσχύον νομικὸ σύστημα ἀνεύρεσης μοσχευμάτων εἶναι τὸ σύστημα τῆς ἀπαραιτήτως ζητούμενης συγκατάθεσης, στὸ ὁποῖο γίνεται ἄμεση ἔκκληση στὸν δότη γιὰ συγκατάθεση.<sup>416</sup>

<sup>413</sup> Κούρτης 2002, σ. 83- 4.

<sup>414</sup> ὁρισμὸς δικαιοπραξίας

<sup>415</sup> Κούρτης 2002, σ. 165.

<sup>416</sup> Beauchamp, Childress 1989, p. 208.

Σύμφωνα με τὸ Νόμο 1383/1983, οἱ συγγενεῖς τοῦ ἀσθενοῦς, ἀκόμη καὶ στὶς περιπτώσεις ποὺ δὲν εἶχε ἐπέλθει ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος», ἀλλὰ ὑπῆρχε φθίνουσα ζωὴ μέσω τῆς τεχνητῆς ὑποστήριξης, δὲν εἶχαν ἐκ τοῦ νόμου, προσωπικὴ ἐξουσία συναίνεσης οὔτε ἐκπροσώπησης τοῦ θνήσκοντος γιὰ διακοπὴ τῆς θεραπείας.<sup>417</sup> Βάσει, ὅμως, τοῦ Νόμου 2737/1999 «ἡ ἀφαίρεση ὑλικοῦ ἐκ πτώματος δὲν δύναται νὰ λάβει χώρα, ὅταν ὑπάρχει δεδηλωμένη ἐν ζωῇ ἀντίθετος θέληση τοῦ ἀποβιώσαντος, ἢ τεκμαίρεται τοιαύτη ἐπὶ τῆ βάσει τῶν θρησκευτικῶν ἢ φιλοσοφικῶν πεποιθήσεων αὐτοῦ. Ἐν ἀμφιβολία περὶ τῆς βουλήσεως τοῦ ἀποβιώσαντος, ἡ ἀφαίρεση ἐπιτρέπεται ὅταν ὑπάρχει συγκατάθεση τῶν πλησιέστερων συγγενῶν».<sup>418</sup>

Ἡ ρητὴ συναίνεση ἐν ζωῇ ἀπὸ τὸ δυνητικὸ δότη κρίνεται ὡς ἡ πλέον συνεπὴς καὶ ἄρτια νομικὴ λύση, ποὺ ὀδηγεῖ ἀπρόσκοπτα στὴν πράξη τῆς μεταμόσχευσης καὶ σέβεται τὴν ἐκδήλωση τῆς προσωπικότητος καὶ τὴν αὐτονομία τῆς βούλησης τοῦ ἀτόμου.<sup>419</sup> Σὲ αὐτὸ τὸ σύστημα, ζητεῖται ἄμεσα ἀπὸ τὸν δότη (καὶ δὲν ὑπονοεῖται, ἂν δὲν ὑπάρχει ἐκφρασμένη) ἡ ἀντίρρηση<sup>420</sup> ἢ ἡ συγκατάθεσή του στὴν πράξη τῆς μεταμόσχευσης, ὥστε νὰ δύναται ὁ φορέας νὰ ἀξιολογήσει τὴν κατάσταση σύμφωνα μὲ τὴν προσωπικὴ του κρίση, καὶ νὰ τοῦ δίνεται ἔτσι ἡ δυνατότητα νὰ ἀρνηθεῖ νὰ προσφέρει, ἐὰν αὐτὸς κρίνει ὅτι δὲν μπορεῖ, κάποιον δικό του πτωματικὸ ὄργανο ἢ τοῦ συγγενῆ του. Ἐξάλλου, ἡ δωρεὰ ὄργάνου πρὸς μεταμόσχευση εἶναι πράξη ἐντελῶς προσωπικὴ, πρέπει νὰ πηγάζει ἀπὸ τὴν ἐλεύθερη, συνειδητὴ καὶ ἀβίαστη θέληση τοῦ δότη καὶ δὲν μπορεῖ νὰ τύχει ἐκπροσωπεύσεως.<sup>421</sup>

Στὰ τέλη τῆς δεκαετίας τοῦ '60 ψηφίστηκε σὲ ὅλες τὶς πολιτείες τῆς Ἀμερικῆς τὸ Ἐνιαῖο Νομοσχέδιο γιὰ τὴ Δωρεὰ Ὀργάνων, βάσει τοῦ ὁποῦ ζῶντα ἄτομα μποροῦν νὰ συναινέσουν στὴ μεταθανάτια δωρεὰ ὁποιοῦδήποτε μέλους τοῦ σώματός τους. Ἐὰν ὁ ἀποθανῶν δὲν ἔχει συναινέσει οὔτε ἀπαγορεύσει ρητὰ μιὰ τέτοια δωρεὰ, τότε δικαιοῦνται οἱ συγγενεῖς του νὰ συναινέσουν ἀντ' αὐτοῦ.<sup>422</sup>

---

<sup>417</sup> Βάρκα- Ἀδάμη 1995, σ. 26.

<sup>418</sup> Τακούδας 2008, σ. 12.

<sup>419</sup> Κούρτης 2002, σ. 161.

<sup>420</sup> Schreiber 1981, σσ. 15- 16.

<sup>421</sup> Βάρκα- Ἀδάμη 1998, σ. 16.

<sup>422</sup> π. Μουζακίτης.



## 2. Συστήματα παρέμβασης τῶν συγγενῶν

Τὸ νομικὸ σύστημα τῆς ἄρνησης προβλέπει ὅτι δὲν μπορεῖ νὰ ληφθεῖ κάποιο ὄργανο ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκρὸ» ἄνθρωπο, ἐὰν προηγουμένως αὐτὸς εἶχε ρητὰ ἐκφράσει τὴν ἄρνησή του πρὸς τὴν παροχὴ τῶν ὀργάνων του. Ἡ δὲ εἰκαζόμενη συναίνεση καὶ ἢ μὴ ἐκπεφρασμένη ἐγγράφως ἄρνηση ἀποτελοῦν, κατὰ μία ἄποψη, νομικοὺς τρόπους ὑφαρπαγῆς ὀργάνων, ἐπὶ διαγνώσεως τοῦ χαρακτηριζομένου ἢ ἐκλαμβανομένου ὡς «ἐγκεφαλικὸ θάνατο».

Τὸ σύστημα αὐτὸ κατηγορεῖται ὅτι δυσχεραίνει τὴν ἐλεύθερη ἔκφραση τῆς προσωπικῆς ἐκτίμησης τοῦ φορέα, ἐπειδὴ τὸν ἀναγκάζει νὰ προβεῖ σὲ θετικὲς ἐνέργειες γιὰ νὰ δηλώσει τὴν ἄρνηση του νὰ προσφέρει μετὰ θάνατον τὰ ὄργανά του πρὸς μεταμόσχευση. Ἐκφράζεται ἡ ἀνησυχία ὅτι μπορεῖ νὰ ἐμποδίζεται ὁ φορέας (κυρίως οἱ φτωχοί, χαμηλοῦ μορφωτικοῦ ἐπιπέδου ἄνθρωποι, ἢ οἱ μετανάστες<sup>423</sup>) νὰ πράξει σύμφωνα μὲ τὴν βούληση του, ὅταν αὐτὴ συνίσταται στὸ νὰ μὴν προσφέρει τελικὰ τὰ ὄργανά του. Ὑπ' αὐτὴν τὴν ἔννοια, τὸ ἐν λόγω σύστημα χαρακτηρίζεται ὡς ἐκβιαστικόν.

Ἐπίσης, πιθανολογεῖται ὅτι μπορεῖ νὰ θεωρηθεῖ ἀυθαίρετα ὅτι ὁ φορέας δὲν ἀντιτίθεται πρὸς τὴν προσφορά, στὴν περίπτωση πού δὲν τὸν εἶχε προβληματίσει τὸ θέμα οὔτε εἶχε ἐκφραστεῖ ὡς πρὸς αὐτό. Τότε, ἡ πολιτεία ἢ ὁ ἀρμόδιος νομιμοποιημένος φορέας εἶναι δυνατὸν νὰ ἀσκήσει ὑπερβολικὴ ἐξουσία ἐπὶ τοῦ «ἐγκεφαλικά νεκροῦ» ἀσθενοῦς, ἐκμεταλλεζόμενος τὴν ἀπουσία μιᾶς διατύπωσης τῆς θέλησης αὐτοῦ. Γιὰ παράδειγμα, κάποια δημοσιεύματα τοῦ Τύπου χαρακτηρίζαν τὰ μοσχεύματα ὡς ἔθνικὸ πλοῦτο, κάτι πού ἀποδίδει στὴν πολιτεία τὸ δικαίωμα διαχείρισης αὐτῶν.

Ἔτσι μέσω τῆς τεκμαιρόμενης συναίνεσης, μπορεῖ νὰ προσληφθεῖ ἡ αὐτονομία τοῦ ἀτόμου ὅσον ἀφορᾷ στὴν χρησιμοποίησιν τοῦ σώματός του εἴτε ἀπὸ τὸν ἰατρό, εἴτε ἀπὸ ὁποιοδήποτε ἄλλο φορέα πού τυχόν θεώρησι ὡς δεδομένη τὴν ἀφαίρεση ὀργάνων καὶ δὲν ἐλέγξει τὴν πιθανότητα ἀντίρρησης τοῦ δότη πρὸς αὐτήν. Ὁ Veatch δίνει ἔμφαση στὴν ἀνηθικότητα μιᾶς τέτοιας συμπεριφορᾶς: «Ἐὰν τὸ σῶμα εἶναι ἀπαραίτητο γιὰ τὴν ταυτότητα τοῦ ἀτόμου σὲ μιὰ κοινωνία ἢ ὁποία ἐκτιμᾷ τὴν προσωπικὴ ἀκεραιότητα καὶ ἐλευθερία, πρέπει νὰ τίθεται ὑπὸ τὸν ἔλεγχο πρωταρχικὰ αὐτοῦ τοῦ ἀτόμου ὄχι μόνον γιὰ τὴν διάρκεια τῆς ζωῆς του ἀλλὰ καὶ ἐξίσου γιὰ κάποια λογικὰ ὄρια καὶ ὕστερα ἀπὸ

---

<sup>423</sup> Lamb 1990, σ. 142.

τὸ τέλος αὐτῆς. Ἐὰν τὸ σῶμα πρόκειται νὰ διατεθεῖ σὲ ἄλλους γιὰ προσωπικὴ καὶ κοινωνικὴ ἔρευνα, πρέπει νὰ εἶναι δῶρο».<sup>424</sup>

Ἐπιπλέον, ἔχει ὑποστηριχθεῖ ὅτι ἡ υἰοθέτηση αὐτοῦ τοῦ συστήματος μπορεῖ εὐκόλα νὰ ὀδηγήσει στὴν ἔλλειψη σεβασμοῦ γιὰ τὴν ἀθρώπινη ζωὴ, καὶ τὴ θεώρηση τῶν ἀσθενῶν ποὺ βρίσκονται πολὺ κοντὰ στὸ θάνατο, ὡς μελλοντικῶν τραπεζῶν ὀργάνων. Ἐκτὸς αὐτοῦ, μπορεῖ εὐκόλα νὰ ὀδηγήσει στὴν καταπάτηση τῶν πολιτικῶν δικαιωμάτων ὧν ἀντιτίθενται στὴν ἐπέμβαση ἐπὶ τῶν σωματικῶν τῶν «ἐγκεφαλικά νεκρῶν» ἀτόμων.<sup>425</sup> Ἐν ὀλίγοις, τὸ σύστημα τῆς ὑποτιθέμενης συγκατάθεσης κρίνεται ἠθικῶς ἀπαράδεκτο, ὅταν υἰοθετεῖται προκειμένου νὰ ἐκβιάσει, μέσω τῆς ἀπαιτούμενης ἄρνησης τῆς διάσωσης τῶν ληπτῶν τῶν ὀργάνων, πολλοὺς ἀνθρώπους ποὺ διστάζουν ἢ δυσκολεύονται νὰ ἐκφράσουν τὴν ἄρνησή τους νὰ δώσουν τελικὰ τὰ ὄργανά τους.<sup>426</sup>

Περαιτέρω, ἐπειδὴ ἀκριβῶς τὸ ἠθικὸ καθῆκον τῆς ἀγαθοεργίας ὡς παροχῆς μοσχευμάτων ἀποτελεῖ ἓνα ἀτελὲς καθῆκον ποὺ προϋποθέτει τὴν προσωπικὴ κρίση τοῦ φορέα καὶ ὄχι μιὰ ὠφελιμιστικὴ ἐκτίμηση, δὲν νομιμοποιεῖται ἠθικῶς νὰ γίνῃ ἓνα νομικὸ καθῆκον. Κανεὶς δὲν εἶναι ὑποχρεωμένος ἐκ τῶν προτέρων νὰ προσφέρει τὸ μόσχευμα τοῦ μετὰ τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατό» του, παρὰ μόνον ἐὰν ὁ ἴδιος κρίνει ὅτι θέλει (μπορεῖ καὶ πρέπει) νὰ τὸ κάνει αὐτό. Ἐπειδὴ ἀκριβῶς τὸ ἠθικὸ καθῆκον παροχῆς μοσχευμάτων ἀποτελεῖ ζήτημα προσωπικῆς ἐκτίμησης ποὺ ποικίλλει ἀπὸ ἄνθρωπο σὲ ἄνθρωπο, ἓνα νομικὸ καθῆκον παροχῆς θὰ παραβίαζε αὐτὴν τὴν αὐτονομία καὶ θ' ἀποτελοῦσε ἓνα ὑποχρεωτικὸ γενικὸ καθῆκον ποὺ παραβλέπει τὴν ὠφέλεια, τὴν ἐλευθερία, τὴν προσωπικότητα τῶν φορέων τῆς ἀγαθοεργίας. Ἐπίσης, τὰ μοσχεύματα δὲν ἀποτελοῦν «ἐθνικὸ πλοῦτο», δηλαδὴ δὲν ἀνήκουν στὴ δικαιοδοσία τοῦ κράτους ἀλλὰ, ἀντιθέτως, ἡ χρῆση τους μετὰ τὸ θάνατο ἐπαφίεται στὴν ἐλευθερία τοῦ κάθε ἀνθρώπου.

Ἔτσι, δὲν νομιμοποιεῖται ἡ καθιέρωση τοῦ νομικοῦ συστήματος τῆς «ὑποτιθέμενης συγκατάθεσης»<sup>427</sup> γιὰ τὴν ἀνεύρεση ἀνθρωπίνων ὀργάνων,<sup>428</sup> γιὰ αὐτὸ θὰ προσέβαλλε τὴν αὐτονομία τῶν ἀτόμων ἐξαναγκάζοντάς τα νὰ δώσουν μετὰ τὸν «ἐγκεφαλικὸ τους θάνατο» τὰ μοσχεύματα τους. Ἐπίσης, ἡ καθιέρωση τοῦ ἐλεύθερου ἐμπορίου ὀργάνων προσβάλλει τὴν ἀθρώπινη

---

<sup>424</sup> Veatch 1976, pp. 268- 9.

<sup>425</sup> Kass 1985.

<sup>426</sup> Sells 1979, σ. 46.

<sup>427</sup> Matas, Veith 1984.

<sup>428</sup> Κούρτης 2002, σ. 45

άξιοπρέπεια, καταργεί τὸ αὐτεξούσιο τῆς ἀνθρώπινης προσωπικότητας,<sup>429</sup> καὶ κρίνεται ὡς ἠθικῶς ἀπαράδεκτη.

Μέσω τῆς Νομοθεσίας δὲν πρέπει νὰ καθίσταται θεμιτὸ αὐτὸ ποὺ εἶναι ἐγγενῶς κακὸ καὶ σὲ καμμία περίπτωση δὲν πρέπει νὰ νομιμοποιεῖται ἢ παραβίαση τοῦ φυσικοῦ δικαιώματος τοῦ ἀνθρώπου στὴ ζωὴ. Ἐνας νόμος ποὺ παραβιάζει τὸ φυσικὸ δικαίωμα ἐνὸς ἀνθρώπου στὴ ζωὴ εἶναι ἄδικος καί, ὡς τέτοιος, δὲν εἶναι ἔγκυρος ὡς νόμος. Ἡ ἀψήφηση τῆς ἀξιοπρεπείας τοῦ ἀνθρωπίνου προσώπου ὑποσκάπτει τὸ ἴδιο τὸ οἰκοδόμημα τῆς κοινωνίας.<sup>430</sup> Οἱ ἀποφάσεις οἱ καθοριστικὲς τῆς ζωῆς καὶ τοῦ θανάτου πρέπει νὰ εἶναι αὐστηρὰ προσωπικὲς, καὶ κάθε λήψη αὐτῶν ἀπὸ ἄτομο ἄλλο ἀπὸ αὐτὸ στὸ ὁποῖο ἀφοροῦν μπορεῖ νὰ κριθεῖ ὡς παράνομη καὶ ἀντισυνταγματικὴ, ὡς ἀντιβαίνουσα στὰ ἄρθρα 2 καὶ 5 τοῦ Συντάγματος, περὶ προστασίας καὶ ἐλεύθερης ἀνάπτυξης τῆς προσωπικότητας τοῦ ἀνθρώπου.<sup>431</sup>

Ἡ συναίνεση πρέπει νὰ εἶναι

✚ ἐλεύθερη, δηλαδὴ νὰ δηλώνεται σὲ κάθε περίπτωση ἀβίαστα, μὲ ρητὸ καὶ κατηγορηματικὸ τρόπο, ὥστε νὰ μὴν ἀφήνει περιθώρια παρερμηνείας.

✚ ἐνσυνείδητη καὶ ἀποτέλεσμα ἐνημέρωσης.

Ἐὰν γίνεαι ἀποδεκτὸ ὅτι οἱ «ἐγκεφαλικά νεκροὶ» ἄνθρωποι εἶναι ζῶντες, θὰ διαφοροποιηθεῖ ἡ δημόσια πολιτικὴ; Ἐνα σημεῖο καίριας σημασίας εἶναι ὅτι ἡ συναίνεση τῶν πολιτῶν στὴ δωρεὰ ὀργάνων δὲν εἶναι πάντα ἀποτέλεσμα ὀρθῆς καὶ πλήρους ἐνημέρωσης. Τὸ κοινὸ πρέπει νὰ πληροφορηθεῖ ὅτι τρέχουσα πρακτικὴ εἶναι ἡ λήψη ὀργάνων ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκρούς», οἱ ὁποῖοι δὲν εἶναι νεκροὶ κατὰ τὴν ἔννοια ὅτι ἔχει παύσει ἡ κυκλοφορία καὶ ἡ ἀναπνοή τους ἢ ὅτι οἱ ἐγκέφαλοί τους εἶναι πραγματικὰ νεκροὶ. Πρέπει νὰ μάθει ὅτι ἡ διάγνωση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» δὲν ἔχει λογικὴ βάση οὔτε παγκόσμια ἀποδοχή, καὶ ὅτι τίθενται σοβαρὰ ἐρωτήματα γιὰ τὸ κατὰ πόσον συνιστᾶ τὸ θάνατο τοῦ προσώπου. Ἀκόμη, πρέπει νὰ μάθει ὅτι δὲν εἶναι πάντοτε ξεκάθαρο ἐὰν παραμένει ἢ ὄχι κάποια ἱκανότητα γιὰ συνείδηση στὰ «ἐγκεφαλικά νεκρά» ἄτομα.

Ἡ ἀποδοχὴ τῶν κριτηρίων ἀπὸ τὸν κόσμο ὀφείλεται στὴ σχετικὴ διαφήμιση καὶ τὴν ἄγνοια γιὰ τὶς ἐμπλεκόμενες διαδικασίες. Ὅσο, ὅμως, αὐξάνεται ἡ γνῶση τῶν διαδικασιῶν, τόσο αὐξάνεται ἡ ἄρνηση τῶν συγγενῶν γιὰ ἀφαίρεση ὀργάνων, ὅπως στὴ Μ. Βρετανία, ὅπου τὸ ποσοστὸ ἄρνησης αὐξήθηκε ἀπὸ 30%

<sup>429</sup> Ἀβραμίδης 2005α, σ. 15.

<sup>430</sup> Διακήρυξη ἐπιστημόνων- Byrne.

<sup>431</sup> Βάρκα- Ἀδάμη 1995, σ. 26.

πού ήταν τὸ 1992, σὲ 44% τὸ 2004. Μάλιστα στὸ Ἑνωμένο Βασίλειο ἀσκεῖται αὐξανόμενη πίεση στοὺς πολίτες νὰ ὑπογράψουν καὶ νὰ ἔχουν πάντα μαζί τους κάρτες δωρητῶν πού ἐξουσιοδοτοῦν τοὺς γιατροὺς νὰ χρησιμοποιήσουν τὰ ζωτικά τους ὄργανα. Τὸ 2005 μόνο τὸ 19% τοῦ πληθυσμοῦ τῆς χώρας εἶχε ἐγγραφεῖ ὡς δωρητὲς ὀργάνων, ἀλλὰ τὰ ἔντυπα κυκλοφορίας τῶν ὀχημάτων, ἡ ἄδεια ὁδήγησης, καὶ λοιπὰ δημόσια ἔγγραφα ἔχουν εἰδικὰ κουτάκια πρὸς ἐπιλογή, ὅπου οἱ πολίτες καλοῦνται νὰ δώσουν ἐκ τῶν προτέρων τὴ συγκατάθεσή τους· ἀκόμα καὶ τὰ παιδιά ἐνθαρρύνονται νὰ ὑπογράψουν. Ὅλα αὐτὰ τὰ ἔγγραφα ἀναφέρουν ὅτι τὰ ὄργανα μποροῦν νὰ ληφθοῦν «μετὰ τὸ θάνατό μου», χωρὶς νὰ ὀρίζουν πουθενὰ τὴν ἔννοια τοῦ θανάτου.<sup>432</sup> Στὶς Η.Π.Α. τὸ 50% τῶν συγγενῶν θανόντων ἀρνεῖται τὴν προσφορὰ ὀργάνων.<sup>433</sup>

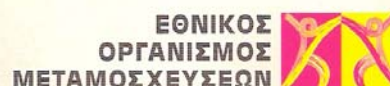
Στὴν Ἀθήνα, τὸ καλοκαίρι τοῦ 2009, στὴν πολυσύχναστη ἔξοδο τοῦ μετρό, στὴν περιοχὴ τῆς Ἀκροπόλεως, μοιραζόταν στοὺς περαστικούς τὸ ἀκόλουθο ἔντυπο προώθησης τῶν μεταμοσχεύσεων:

---

<sup>432</sup> Γιὰ αὐτὴ τὴν παράγραφο διακήρυξη ἐπιστημόνων 2005, σ. 8.

<sup>433</sup> Βορίδης Εὐτ. 26/4/1998, ἐφημερίδα «Τὸ Βῆμα».

## Αυτό το καλοκαίρι ας σκεφτούμε ο ένας τον άλλο.



### Αυτό το καλοκαίρι ας σκεφτούμε ο ένας τον άλλο, ας υποστηρίξουμε την Ιδέα της Δωρεάς Οργάνων...

Η ιδέα της **Δωρεάς Οργάνων** μετά το τέλος της ζωής, αποτελεί την ύψιστη μορφή εθελοντικής προσφοράς και αλtruισμού καθώς και τη βασική προϋπόθεση για την πραγματοποίηση του ιατρικού θαύματος της **Μεταμόσχευσης**. Δυστυχώς όμως, η έλλειψη μοσχευμάτων αποτελεί τον κύριο περιοριστικό παράγοντα για την ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας. Για το λόγο αυτό, είναι ευθύνη όλων μας να κατανοήσουμε τη σημασία της Δωρεάς Οργάνων και να την κάνουμε πραγματικότητα.

- **Γνωρίζετε ότι η πιθανότητα να χρειαστούμε** εμείς οι ίδιοι, κάποια στιγμή της ζωής μας ένα μόσχευμα, είναι πολύ μεγαλύτερη από την πιθανότητα να δωρίσουμε τα όργανά μας μετά θάνατον;
- **Γνωρίζετε ότι η Δωρεά Οργάνων πραγματοποιείται μόνο από εγκεφαλικά νεκρούς ανθρώπους** που νοσηλεύονται σε **Μονάδες Εντατικής Θεραπείας** και όχι από ανθρώπους που βρίσκονται σε κώμα ή σε φυτική κατάσταση;
- **Γνωρίζετε ότι ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.)** είναι ο επίσημος κρατικός φορέας του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης που διαμεσολαβεί, ελέγχει και συντονίζει όλες τις σχετικές διαδικασίες από τη Δωρεά στη Μεταμόσχευση;
- **Γνωρίζετε ότι τα όργανα από πολλούς δυνητικούς δότες δεν αξιοποιούνται επειδή δεν είχαν συζητήσει ποτέ εν ζωή με την οικογένειά τους** τη θετική τους στάση απέναντι στη Δωρεά Οργάνων;

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΩΡΗΤΗ

##### Πώς μπορώ να μάθω περισσότερα;

- Επισκεφτείτε την ιστοσελίδα του Ε.Ο.Μ. στο [www.eom.gr](http://www.eom.gr)
- Τηλεφωνήστε στο τετραψήφιο 1147 ή στο 210 - 6471200.

##### Πώς μπορώ να πραγματοποιήσω την επιθυμία μου;

- Συμπληρώνοντας την παρακάτω δήλωση δωρητή και αποστέλλοντάς την ταχυδρομικά στον Ε.Ο.Μ.: Τσόχα 5, 115 21 Αμπελόκηποι ή με fax στο 210 - 7255066.
- Ζητήστε στα Κ.Ε.Π. τη φόρμα Εγγραφής στο Μητρώο Δωρητών Οργάνων.

*Για να γίνει η επαύριον της ζωής, πάλι ζωή...  
(Οδ. Ελύτης)*

ΕΠΩΝΥΜΟ.....  
ΟΝΟΜΑ.....  
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....  
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ.....  
ΟΔΟΣ..... ΑΡΙΘΜΟΣ.....  
ΤΑΧ. ΚΩΔ..... ΠΟΛΗ.....  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

Σε αυτό, δὲν παρέχεται καμμία ἀπολύτως πληροφόρηση περὶ τοῦ τί εἶναι ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος», ἢ σὲ ποιά κατάσταση βρίσκεται ὁ «ἐγκεφαλικά νεκρός». Ἡ φράση, «μετὰ τὸ θάνατό μου», παραπέμπει τὸν ἀναγνώστη αὐτοῦ τοῦ ἐντύπου σὲ ἓνα πτώμα χωρὶς σφυγμό, καὶ θὰ ἦταν μᾶλλον τρομακτικὸ γιὰ ἐκεῖνον νὰ μάθει ὅτι αὐτὴ ἡ φράση οὐσιαστικὰ σημαίνει: «ὅταν θὰ βρισκομαι σὲ κατάσταση κώματος καὶ ἄπνοιας, ἀλλὰ ὅλα τὰ ἄλλα ὄργανά μου θὰ λειτουργοῦν καὶ θὰ μὲ “κατακρεουργοῦν”, ἐνῶ θὰ εἶμαι ἀκόμα ροδαλὸς καὶ ζεστός, ἡ καρδιά μου θὰ χτυπᾷ κανονικά καὶ τὸ αἷμα μου θὰ κυκλοφορεῖ».<sup>434</sup>

Δὲν ἀναγράφεται πούθεν ὅτι ὁ «ἐγκεφαλικά νεκρός» ἀναπνέει καὶ ἡ καρδιά του πάλλεται, οὔτε ὅτι ἡ ἔννοια τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» δὲν εἶναι καθολικὰ ἀποδεκτή, ἀλλὰ ἀμφισβητεῖται ἔντονα καὶ βάσει ἀποδείξεων. Ἡ ἔκκληση γιὰ παροχὴ ὀργάνων θὰ ἔπρεπε νὰ συνοδεύεται ἀπὸ τὴν ἐπισήμανση ὅτι ἡ ταύτιση τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» μὲ τὸ ἀμετάκλητο βιολογικὸ τέλος δὲν ἀποτελεῖ διεθνῶς ὁμόφωνη ἄποψη οὔτε ἐπιστημονικὴ βεβαιότητα, ἀλλὰ ἀπλῶς ἄποψη.<sup>435</sup> Ἡ μὴ ἀναφορὰ στὸ ἀμφιλεγόμενο τοῦ ζητήματος συνιστᾷ συστηματικὴ ἀπόκρυψη πληροφοριῶν ἐξαιρετικὰ σημαντικῶν γιὰ τὴν λήψη τῆς ἠθικῆς ἀπόφασης τοῦ ὑποψήφιου δότη ὀργάνων.<sup>436</sup>

## Σεβασμὸς πεποιθήσεων

Σύμφωνα μὲ νομικὴ διάταξη στὰ πλαίσια νόμου γιὰ τὸν ὀρισμὸ τοῦ θανάτου, πού τέθηκε σὲ ἰσχὺ τὸ 1991 στὴν πολιτεία τοῦ New Jersey τῶν ΗΠΑ, ἀπαγορεύεται ὁ ἰατρὸς νὰ ἐξαγγεῖλει νεκρὸ ἓνα «ἐγκεφαλικά νεκρὸ» ἄτομο, ἂν ἔχει πληροφορίες ὅτι αὐτὸς ἢ οἱ συγγενεῖς του ἀνήκουν σὲ θρησκευτικὲς ὁμάδες πού δὲν ἀποδέχονται τὸν «ἐγκεφαλικὸ θάνατο» ὡς ταυτόσημο μὲ τὸν βιολογικὸ θάνατο.<sup>437</sup> Αὐτὴ ἡ διάταξη ἀποτελεῖ ὑπόδειγμα σεβασμοῦ τῶν θρησκευτικῶν καὶ φιλοσοφικῶν πεποιθήσεων τοῦ θνήσκοντος ἀτόμου καὶ τῆς οἰκογενείας του, καὶ ἔκφραση σεβασμοῦ τῶν ἀτομικῶν δικαιωμάτων, τὰ ὁποῖα κατὰ τὰ ἄλλα τόσο βάνουσα καταπατοῦνται. Ὁ ἰατρὸς δὲν μπορεῖ νὰ ἐξαγγεῖλει νεκρὸ ἓναν ἀσθενῆ πού ἀντιτίθεται πρὸς τὴν ἰδέα τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου».

---

<sup>434</sup> Shewmon 1998.

<sup>435</sup> Ἀβραμίδης 2005α, σ. 12.

<sup>436</sup> Αὐτόθι.

<sup>437</sup> Olick 1991.



Στήν Ίαπωνία, βάσει τοῦ ἰσχύοντος νόμου, μόνο ὄσοι ἀσθενεῖς ἔχουν συμφωνήσει νὰ δωρήσουν τὰ ὄργανά τους μετὰ θάνατον μποροῦν νὰ ἐξαγγελθοῦν «ἐγκεφαλικά νεκροί».<sup>438</sup>

## Δ. Εὐθανασία

Μὲ τὴν χαλαρὴ διεθνῶς ἠθικὴ ἔναντι τῆς εὐθανασίας καὶ τὴν τάση νομοθετικῆς κατοχύρωσής της, ὑπάρχει ὁ κίνδυνος οἱ μεταμοσχεύσεις ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκρά» ἄτομα νὰ συνδυαστοῦν μὲ τὴν εὐθανασία.<sup>439</sup> Ἐνδεχομένως, ὅμως, ἡ πράξη τῆς μεταμόσχευσης ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκρὸ» ἄτομο, γιὰ ὀρισμένους, νὰ ἰσοδυναμεῖ μὲ καταδίκη σὲ θάνατο, καὶ σὲ αὐτὴν τὴν περίπτωση ποιὸς θὰ ἦταν δικαιολογημένος νὰ ἀναλάβει μιὰ τέτοια εὐθύνη;<sup>440</sup>

Ἡ ἀνάλυση τῆς θεώρησης τῆς λήψης ὀργάνων ἀπὸ «ἐγκεφαλικά νεκροῦς» δότες, προϋποθέτει τὴ γνώση τοῦ ὀρισμοῦ κάποιων βασικῶν ἐννοιῶν:

⌘ **Ὡς εὐθανασία** νοεῖται ἡ ἠθελημένη θανάτωση ἀνιάτου μὲ τὴ συναίνεσή του ἢ χωρὶς αὐτὴν, πρὸς ἀνακούφιση ἢ ἀπολύτρωσή του ἀπὸ τὴν ἐπιθανάτια ὀδυνηρὴ ἀγωνία, ἀπὸ ἀφόρητους πόνους πὸν τὰ ὑπάρχοντα μέσα ἀδυνατοῦν νὰ καταπραῦνουν. Πρόκειται γιὰ μέθοδο προκλήσεως τοῦ θανάτου ἐνὸς ἀτόμου.<sup>441</sup>

⌘ **Ἡ ἐνεργητικὴ εὐθανασία** εἶναι μιὰ ἐσκεμμένη πράξη μὲ ἀνάθεση σὲ κάποιον ἢ ἀνάληψη ἀπὸ ἐκεῖνον τοῦ τερματισμοῦ τῆς ζωῆς ἐνὸς προσώπου. Διακρίνεται σὲ ἐκούσια, ὅταν ἐφαρμόζεται σὲ ἕνα πρόσωπο πὸν ἐπιθυμεῖ νὰ θέσει τέρμα στὴ ζωὴ του, καὶ σὲ ἀκούσια, ὅταν δὲν λαμβάνεται ἢ δὲν μπορεῖ νὰ ληφθεῖ ἢ σύμφωνη γνώμη τοῦ ἀσθενοῦς.<sup>442</sup> Ἡ ἀκούσια εὐθανασία ἢ ἐπιταχυθανασία χαρακτηρίζεται ὡς ἔγκλημα κατὰ τῆς ζωῆς, ὡς ἀνθρωποκτονία ἐκ προθέσεως, ἢ ὁποία, σύμφωνα μὲ τὸ ἄρθρο 299 τοῦ Ποινικοῦ Κώδικα, τιμωρεῖται μὲ ἰσόβια κάθειρξη. Ἡ ἐκούσια εὐθανασία χαρακτηρίζεται ἐπίσης ὡς ἔγκλημα κατὰ τῆς ζωῆς, συγκεκριμένα «Ἀνθρωποκτονία μὲ συναίνεση» καὶ τιμωρεῖται μὲ φυλάκιση σύμφωνα μὲ τὸ ἄρθρο 300 τοῦ Ποινικοῦ Κώδικα.

<sup>438</sup> Akabayashi 1997.

<sup>439</sup> Ἱερὰ Σύνοδος τῆς Ἐκκλησίας τῆς Ἑλλάδος 2001, σ. 7.

<sup>440</sup> Ἀβραμίδης 2004.

<sup>441</sup> Ἀβραμίδης 2005, σ. 12.

<sup>442</sup> Ἀβραμίδης 1995, σσ. 17- 19.

✠ Ἡ παθητικὴ εὐθανασία ἐνεργεῖται εἴτε μὲ παραλείψεις χρησιμοποίησεως θεραπευτικῶν προσπαθειῶν (ὀρῶν, φαρμάκων, μηχανημάτων ὑποστηρίξεως βασικῶν λειτουργιῶν τῆς ζωῆς), εἴτε μὲ τὴν ἀπόσυρση αὐτῶν.<sup>443</sup> Ἡ παροχὴ βοήθειας στὸ δότῃ γιὰ ἐπίσπευση τοῦ θανάτου του, χαρακτηρίζεται ὡς πράξη συμμετοχῆς σὲ αὐτοκτονία καὶ τιμωρεῖται μὲ φυλάκιση σύμφωνα μὲ τὸ ἄρθρο 301 «Συμμετοχὴ σὲ αὐτοκτονία» τοῦ Ποινικοῦ Κώδικα.

Συνεπῶς, ἡ εὐθανασία ἀπαγορεύεται ρητὰ ἀπὸ τὸ νόμο, θεωρούμενη ὡς μιὰ μορφή ἀνθρωποκτονίας μὲ δόλο. Ἐπίσης, ἀπαγορεύεται κάθε μορφή ἐπιβοηθούμενης αὐτοκτονίας, ἀκόμη καὶ κατόπιν παρακλήσεως τοῦ ὑποκειμένου. Ἡ παθητικὴ εὐθανασία εἶναι ἠθικὰ μεμπτή, ὡς μιὰ παράλειψη ποὺ ὀδηγεῖ τὸν ἀσθενῆ στὸ θάνατο. Ἐξάλλου, ἡ μὴ ἀποτροπὴ μιᾶς πράξης γιὰ τὸ ὁποῖο ὑπάρχει νομικὴ ὑποχρέωση ἀποτροπῆς του, ἰσοδυναμεῖ μὲ τὴν τέλεση αὐτῆς διὰ παραλείψεως.<sup>444</sup>

### Ἐμπόριο ὀργάνων<sup>445</sup>

Ἐὰν θεωρήσουμε ὅτι οἱ «ἐγκεφαλικά νεκροὶ» ζοῦν ἀκόμη, ἡ λογικὴ ποὺ διέπει τὴ λήψη τῶν ὀργάνων τους πρὸς μεταμόσχευση εἶναι ὅτι γιὰ τὸν καθένα ποὺ θέλει νὰ συνεχίσει νὰ ζεῖ, κάποιος ἄλλος πρέπει νὰ πεθάνει. Αὐτὴ ἡ λογικὴ κρύβεται καὶ πίσω ἀπὸ τὸ ἐμπόριο ὀργάνων, ἡ ἐξάπλωση τοῦ ὁποῖου, ὅπως μερικῶς θὰ περιγραφεῖ στὴ συνέχεια, ἐνισχύει τὴν ἄποψη ὅτι ἡ αὐξημένη ἀνάγκη γιὰ μεταμοσχεύσιμα ὄργανα μπορεῖ νὰ ὀδηγήσει σὲ ἀθέμιτες πράξεις (τὸ ἐμπόριο ὀργάνων καὶ τὴν ἀνακήρυξη ζωντανῶν ἀνθρώπων ὡς «ἐγκεφαλικά νεκρῶν» - τὴν ἐπινόηση ἐνὸς νέου ὄρου ποὺ νὰ χαρακτηρίζεῖ ὡς νεκροὺς, ἀνθρώπους ποὺ ἀκόμη ζοῦν).

Τὸ ἐμπόριο ὀργάνων ἔχει καταγγελεθῆ ὡς εὐρύτατα διαδεδομένη παράνομη δραστηριότητα σὲ χῶρες ὅπως ἡ Σερβία, ἡ Αἴγυπτος, οἱ Ἰνδίες, ἡ Κίνα καὶ ἡ Ἀμερικὴ. Τὸ «ἀπελευθερωμένο» **Κόσσοβο** βρίθει στρατοπέδων ἐξόντωσης ἀνηλίκων, τῶν ὁποίων τὰ ὄργανα πωλοῦνται στὶς διεθνεῖς ἀγορές. Ἡ Κάρλα Ντελ Πόντε, πρῶην εἰσαγγελέας τοῦ Διεθνoῦς Ποινικοῦ Δικαστηρίου, ἀπεκάλυψε γιὰ τὰ ἐγκλήματα πολέμου στὴν πρῶην Γιουγκοσλαβία, ὅτι κατὰ τὴ διάρκεια τοῦ πολέμου στὸ Κόσσοβο οἱ ἀντάρτες τοῦ ἀπελευθερωτικοῦ στρατοῦ

<sup>443</sup> Ἀβραμίδης 1995, σ. 21.

<sup>444</sup> Zamperetti, Proietti 2006, p. 1621.

<sup>445</sup> Μαρκεζίνη 1995, σ. 88.



του Κοσσόβου (UCK) αφαίρεσαν τὰ ὄργανα ἑκατοντάδων Σέρβων κρατουμένων καὶ τὰ μετέφεραν στὰ Τίρανα γιὰ νὰ τὰ πωλήσουν. Οἱ ἐρευνητές τῆς ἐπισκέφθηκαν ἕνα σπίτι στὴν ἀπομακρυσμένη ὄρεινὴ περιοχὴ Μπάρελ τῆς Ἀλβανίας, ποὺ εἶχε χρησιμοποιοθεῖ ὡς αὐτοσχέδια κλινικὴ γιὰ τὴν ἀφαίρεση ὀργάνων 300 Σέρβων αἰχμαλωτισθέντων ἀπὸ τὸν UCK, ποὺ εἶχαν μεταφερθεῖ στὴν Ἀλβανία μὲ φορτηγὰ ἀπὸ τὴν ἄλλη μεριὰ τῶν συνόρων. Σύμφωνα μὲ δημοσίευμα τῆς ἐφημερίδος Guardian, μάρτυρες ὑποστήριζαν ὅτι ἀρχικὰ ἀφαιρέθηκαν ἀπὸ τοὺς αἰχμαλώτους τὰ νεφρὰ καὶ στὴ συνέχεια καὶ τὰ ὑπόλοιπα ὄργανα, ἐνῶ οἱ αἰχμάλωτοι ἰκέτευαν τοὺς γιατροὺς νὰ τοὺς σκοτώσουν πρὸ γρήγορα. Τακτικὲς ποὺ θυμίζουν τὰ ναζιστικὰ ἐγκλήματα.<sup>446</sup>

Τὸ 1995, τὰ νεφρὰ πωλοῦνταν στὴν **Αἴγυπτο** γιὰ \$10- 15.000 ἢ γιὰ τηλεοράσεις καὶ ἄλλες συσκευές, ἐνῶ στὴν Ἰνδία τα νεφρὰ κόστιζαν \$1.500, οἱ κερατοειδεῖς \$4.000, τὰ κομμάτια δέρματος \$50.<sup>447</sup> Στὴν Ἰνδία ἕνας δότης ποὺ ἄνοιξε ἕνα πολὺ μικρὸ τεῖοπωλεῖο μὲ τὰ χρήματα ποὺ πῆρε ἀπὸ τὴν πώληση τοῦ νεφροῦ του, προθυμοποιοῦνταν νὰ πουλήσω ἀκόμη καὶ ἕνα ἀπὸ τὰ μάτια ἢ τὰ χέρια του. Μία μητέρα δύο παιδιῶν ποὺ πούλησε ἕνα νεφρὸ τῆς ὅταν ὁ ἄνδρας τῆς ἔχασε τὴ δουλειά του, εἶπε: «Ἵπῆρχε ἕνα μόνο πράγμα ποὺ μποροῦσα νὰ πουλήσω καὶ νὰ διατηρήσω τὴν ἀξιοπρέπεια μου: τὸ νεφρὸ μου».<sup>448</sup>

Μία πρόταση πρὸς τοὺς βαρυποινίτες φυλακισμένους περιλαμβάνει τὴν προσφορὰ μειωμένης ποινῆς ἢ καὶ λήξης τῆς ποινῆς τους ὡς ἀντάλλαγμα γιὰ τὴν παροχὴ τῶν ὀργάνων τους.<sup>449</sup> Οἱ θανατοποινίτες στὴν **Κίνα** δὲν πυροβολοῦνται γιὰ νὰ σκοτωθοῦν, παρὰ μόνο γιὰ νὰ τραυματιστοῦν, ἀφοῦ ὁ θάνατός τους θὰ ἐπέλθει μὲ τὴν ἀφαίρεση τῶν ὀργάνων τους πρὸς μεταμόσχευση. Σύμφωνα μὲ τοὺς Βρετανοὺς ἰατροὺς ποὺ ἔκαναν τὴν καταγγελία, οἱ ἡμερομηνίες ἐκτέλεσης τῶν θανατοποινιτῶν ἐπιλέγονται βάσει τῶν ἀναγκῶν τῶν ἀσθενῶν ποὺ περιμένουν μοσχεύματα. Οἱ ὀργανώσεις ὑπεράσπισης τῶν ἀνθρωπίνων δικαιωμάτων κατηγοροῦν ἀπὸ καιρὸ τὴν Κίνα γιὰ ἀφαίρεση καὶ παράνομη πώληση ὀργάνων θανατοποινιτῶν, περὶ τὰ 3400 ἄτομα τὸ 2004, σύμφωνα μὲ τὴ Διεθνῆ Ἀμνηστία. Ἐπίσης, πολλὰ νοσοκομεῖα κατηγοροῦνται ὅτι ἀφαιροῦν παρανόμως, ὄργανα ἀπὸ τὰ θύματα τῶν τροχαίων.<sup>450</sup>

---

<sup>446</sup> π. Μουζακίτης.

<sup>447</sup> «Trading Flesh Around the World», *Time* 137 (June 17 1991), σ. 61.

<sup>448</sup> Kimbrell 1993, p. 31.

<sup>449</sup> Kimbrell 1993, p. 35.

<sup>450</sup> BBC 20/ 4/ 2006.

Στις **Ίνδιες** τὸ παζάρι ὀργάνων ἀποτελεῖ ἓνα σημαντικό μέσο ὑψηλοῦ κέρδους. Ἡ Βομβάη εἶναι «γεμάτη ἀπὸ πλούσιους Ἀραβες ποὺ ἀγοράζουν νεφρὰ σὲ ὁποιαδήποτε τιμὴ», ὅπως καὶ τὸ Madras. Ἄν καὶ δὲν ὑπάρχει ἐπίσημος νόμος ἀπαγόρευσης τοῦ ἐμπορίου ὀργάνων, πολλὰ μέλη τῆς ἰατρικῆς κοινότητας στὶς Ἰνδίες εἶναι ἀντίθετα. Ὁ V. N. Colabawala, ἐξέχων νευρολόγος στὸ Jaslok Hospital τῆς Βομβάης, ἐπισημαίνει: «Ἔχουμε ἀνοίξει τὶς παράνομες πῦλες σ' ἓνα ἐμπόριο ποὺ θυσιάζει τὴν προσωπικὴ ἠθικὴ στὴν σκοπιμότητα».<sup>451</sup>

Τὸ 1991 ὁ Παγκόσμιος Ὁργανισμὸς Ὑγείας (**W.H.O.**) ἀνέφερε ὅτι ἡ πώληση ὀργάνων στὸν Τρίτο Κόσμο ἔχει πάρει «ἀνησυχητικὲς διαστάσεις» καὶ πίεσε ἔντονα τὰ Ἕν- μέλη νὰ ἀπαγορεύσουν τὸ ἐμπόριο ὀργάνων.<sup>452</sup> Τὸ 1987, Εὐρωπαῖοι Ὑπουργοὶ Ὑγείας ἐξέδωσαν μία ἀναφορὰ δηλώνοντας: «Ἡ προσφορὰ ὀργάνων εἶναι ἀναμφισβήτητα μία πολὺ βαθιὰ ἀνθρώπινη χειρονομία, ἀλλὰ ἡ νομοθεσία καὶ χρῆση αὐτῆς χωρὶς βασικοὺς περιορισμοὺς ἐγκυμονοῦν ἓναν ἀπὸ τοὺς μεγαλύτερους κινδύνους ποὺ ἀπειλοῦν τὸν ἄνθρωπο: ἐκείνον τοῦ νὰ προσδίδει τιμὴ στὸ σῶμα του, στὴ ζωὴ του. Πάρα πολλὲς χῶρες, εἴτε φτωχὲς εἴτε πλούσιες, βρίσκονται ἀντιμέτωπες μὲ τὴν ὀλοένα καὶ αὐξανόμενη ἀνάπτυξη τοῦ ἐμπορίου ὀργάνων».<sup>453</sup>

Ἄτερα δημοσιεύματα ἀναφέρουν σκάνδαλο μὲ κλεμμένα μοσχεύματα ἀπὸ τὶς ΗΠΑ ποὺ χρησιμοποιήθηκαν στὴν Αὐστραλία. Τὴν ἡμέρα τῶν Χριστουγέννων τοῦ 1983 τὸ τεῦχος τῆς **New Jersey Times** δημοσίευσε τὴν ἐξῆς ἀγγελία:<sup>454</sup> «Νεφρὸ πρὸς πώληση ἀπὸ 32χρονη Καυκασιανὴ γυναῖκα σὲ ἄριστη «ὕγεια». Τὸ δὲ Los Angeles Times:<sup>455</sup> «Μάτια πρὸς πώληση ἢ μεταμόσχευση, \$50.000 τὸ καθένα- βοήθησε κάποιον ποὺ θέλεις νὰ δεῖ καὶ σὲ ἀντάλλαγμα θὰ βοηθήσεις καὶ ἄλλους. Μόνο σοβαρὰ ἄτομα ν' ἀπευθυνθοῦν, παρακαλῶ». Τὸ ποσὸ ποὺ ζητοῦνταν γιὰ τὴν ἀγορὰ νεφρῶν στὴν Καλιφόρνια ἦταν πολὺ πιὸ ὑψηλὸ, μέχρι \$160.000. Μία ἀπὸ τὶς πιὸ γνωστὲς προσπάθειες γιὰ διακίνηση ἐμπορίου ὀργάνων ξεκίνησε ἀπὸ τὸν Dr. H. Barry Jacobs τὸ 1983. Ὁ Jacobs προσπάθησε νὰ ἰδρύσει ἓναν Διεθνῆ Ὁργανισμὸ Ἀνταλλαγῆς Νεφρῶν, ὁ ὁποῖος θὰ ἀναλάμβανε τὴν ἀγορὰ ὀργάνων ἀπὸ ὅλον τὸν κόσμον καὶ τὴν πώληση αὐτῶν μὲ ὑψηλὸ κέρδος σὲ ἀσθενεῖς ποὺ ταὰ εἶχαν ἀνάγκη καὶ ποὺ *μποροῦσαν* νὰ πληρῶσουν. Ἡ ἔντονη ἐθνικὴ ἀποδοκιμασία καὶ ἀπέχθεια γιὰ τὸ σχέδιο αὐτὸ

---

<sup>451</sup> Chandra 1991, p. 53.

<sup>452</sup> Hedges 1991, p. 1.

<sup>453</sup> Lamb 1990, σ. 134- 5.

<sup>454</sup> Lamb 1990, p. 134.

<sup>455</sup> ἧ.ἀ., p. 1.

συνέβαλε έν μέρει στην ψήφιση από τὸ Κογκρέσσο τοῦ νομοσχεδίου «Ἐθνική Πράξη Μεταμόσχευσης Ὀργάνων» (National Organ Transplant Act, N.O.T.A.), τὸ ὁποῖο ἀποτελέσει μία ἱστορική ἀπαγόρευση τοῦ ἐμπορίου ὀργάνων.<sup>456</sup>

Στὶς ἀρχὲς τῆς δεκαετίας τοῦ 1980 ἓνας ἄνδρας στὴν Georgia προσέφερε τὸ νεφρὸ του γιὰ \$25.000 μὲ σκοπὸ ν' ἀγοράσει ἓνα fast-food.<sup>457</sup> Τὸ 1989 ἓνας δυτικογερμανὸς ἐπιχειρηματίας ποὺ προσπαθοῦσε νὰ στήσει ἓνα Εὐρωπαϊκὸ κύκλωμα ἐμπορίου νεφρῶν σὲ Βρετανική βάση περιέγραψε τὶς πιθανὲς πηγὲς ὀργάνων του ὡς «ἐπιχειρηματίες ποὺ ἔχουν ἓνα δεδομένο ἐπίπεδο ζωῆς ταὸ ὁποῖο ἐπιθυμοῦν νὰ διατηρήσουν ἢ νὰ βελτιώσουν καὶ ποὺ εἶναι πρόθυμοι νὰ πωλήσουν ἓνα νεφρὸ τους γιὰ νὰ τὸ κατορθώσουν».<sup>458</sup> Γενικά, δεκάδες χιλιάδες ὄργανα ἀγοράζονται καὶ πωλοῦνται σὲ ὅλο τὸν κόσμο, σὲ Ἰνδία, Ἀφρική, Λατινική Ἀμερική καὶ Ἀνατολική Εὐρώπη. Οἱ δότες πωλοῦν τὰ ὄργανά τους γιὰ ν' ἀγοράσουν τροφή καὶ καταφύγιο (γιὰ νὰ μπορέσουν δηλ. νὰ ζήσουν), γιὰ νὰ ξεπληρώσουν χρέη (π.χ. κάποια ὑποθήκη), ἀκόμα καὶ γιὰ νὰ μορφωθοῦν στὸ κολλέγιο.<sup>459</sup>

Τὸ ἐμπόριο ἀνθρωπίνων ὀργάνων ἀποτελεῖ σαφῶς μία ἀνήθικη δραστηριότητα ποὺ ἀπαγορεύεται καὶ νομικά, καὶ δρᾷ ὡς ἓνα ὑπόγειο παράνομο σύστημα.

Ἡ χρήση τοῦ σώματος γιὰ τοὺς σκοποὺς τῆς μεταμοσχευτικῆς μεθόδου φαίνεται στὴν περίπτωση τοῦ William N. Worwood, ποὺ σκοτώθηκε σὲ ληστεία τὸ 1985. Οἱ ἱατροὶ ἔσπευσαν νὰ χρησιμοποιήσουν τὰ ὄργανά του σὲ πενηνταδύο διαφορετικοὺς ἀνθρώπους. Τὸ ἀποτέλεσμα ἦταν τραγικό, ἀφοῦ οἱ ἱατροὶ παρέλειψαν νὰ διαγνώσουν ὅτι ὁ Norwood ἔπασχε ἀπὸ AIDS, καὶ τέσσερις λήπτες ὀργάνων του κόλλησαν ἢ πέθαναν ἀπὸ AIDS.<sup>460</sup> συνέβαλε στὴν πιὸ προσεκτικὴ καὶ ὑπεύθυνη ἐφαρμογὴ τῆς μεταμοσχευτικῆς διαδικασίας.

---

<sup>456</sup> Kimbrell 1993, p. 30.

<sup>457</sup> ἔ.ἀ., σ. 30.

<sup>458</sup> Lamb 1990, σ. 138.

<sup>459</sup> Kimbrell 1993, p. 31.

<sup>460</sup> Rescher 1991.

## Άλλα νομικά ζητήματα

1. Το ανθρώπινο σῶμα είναι άπαραβίαστο, ὄρος πού ἀφορᾶ στήν προστασία του ἀπό τρίτους ἰδίως σέ θέματα εὐγονικῆς, καί ἀδιάθετο, ὄρος πού προσβλέπει στήν προστασία τοῦ προσώπου ἀπό τίς δικές του ἐνέργειες καί περιλαμβάνει τήν ἀπαγόρευση τῆς ἐπιλογῆς τῆς ἐνεργητικῆς εὐθανασίας, τῆς δουλείας καί τῆς παραχώρησης τοῦ σώματος μέ ἐπαχθῆ αἰτία. Ἐπίσης, καταδικάζεται ἀπό τή νομοθεσία κάθε περιουσιακή ἀποτίμηση τοῦ ἀνθρωπίνου σώματος ἢ σύνδεσός του μέ καθεστῶς ἰδιοκτησίας. Ἡ ἔννομη σχέση πού συνδέει τόν ἄνθρωπο μέ τὸ σῶμα του κατὰ τή διάρκεια τῆς ζωῆς του ρυθμίζεται σέ ἐπίπεδο προσωπικότητας, ἀνθρωπίνων δικαιωμάτων καί ὄχι περιουσιακοῦ δικαίου.<sup>461</sup>
2. Τὸ πτώμα δὲν ἀποτελεῖ ἀντικείμενο κυριότητας, ὁπότε δὲν τίθεται ζήτημα κληρονόμησής του. Ἀφ' ἑνός μὲν εἶναι ἀκληρονόμητο, ἀφ' ἑτέρου δὲ ἡ συναίνεση γιὰ τὴν ἀφαίρεση ὀργάνων ἀπὸ αὐτὸ, ἀνήκει θεωρητικὰ στοὺς στενοὺς συγγενεῖς καί ὄχι στοὺς κληρονόμους.<sup>462</sup>
3. Ὁ μέχρι σήμερα ἰσχύων διαχωρισμὸς τῶν πραγμάτων κατὰ τὸ ἀστικὸ δίκαιο φαίνεται ἀνεπαρκῆς γιὰ νὰ χαρακτηρίσει τὰ **μοσχεύματα**. Αὐτὰ ἀποτελοῦν οὐσιαστικὰ «ἀνθρωπίνης προέλευσης πράγματα» πού βρίσκονται ἐντὸς τῶν συναλλαγῶν (ὥστε νὰ δικαιολογεῖται μέ τὴ μέγιστη δυνατὴ νομικὴ συνέπεια ἢ χαριστικὴ καί ὑπὸ προϋποθέσεις δωρεά τους) ἀλλὰ ἐκτὸς τοῦ ἐμπορίου.<sup>463</sup> Κατ' αὐτὸν τὸν τρόπο, ἐπιτρέπεται ἡ δυνατότητα χαριστικῆς μεταβίβασης καί ἀπαγορεύεται ὁποιαδήποτε ἐπαχθῆς δικαιοπραξία, ὡς ἀντιβαίνουσα στὰ χρηστὰ ἦθη.<sup>464</sup>
4. Ἐνα ἀκόμη νομικὸ πρόβλημα εἶναι ἐὰν ἡ ἄρνηση, ἀπὸ τὸν ἀσθενῆ, μιᾶς ἐπέμβασης ἢ ὁποῖα θὰ μπορούσε νὰ σώσει τὴ ζωὴ του, συνιστᾶ διαχείριση τῆς υγείας του, πού εἶναι ἕνα διαθέσιμο ἀγαθὸ, ἢ τῆς ζωῆς του, πού δὲν ἀποτελεῖ διαθέσιμο ἀγαθὸ;<sup>465</sup>
5. Εἶναι δύσκολο νὰ κατανοηθεῖ τὸ διαφορετικὸ νομικὸ καί ἰατρικὸ καθεστῶς μεταξὺ ἐνὸς βρέφους ἑπτὰ καί ἐνὸς ὀχτῶ μηνῶν.<sup>466</sup> Πρὸ τῶν ἑπτὰ μηνῶν, δὲν

<sup>461</sup> Κούρτης 2002, σσ. 37- 8.

<sup>462</sup> Κούρτης 2002, σ. 108.

<sup>463</sup> Κούρτης 2002, σ. 97.

<sup>464</sup> Κούρτης 2002, σ. 112 καί ἄρθρο 178 τοῦ Α.Κ.

<sup>465</sup> Αὐτόθι.

<sup>466</sup> Κούρτης 2002, σ. 17.

αναγνωρίζεται ὁ «ἐγκεφαλικὸς θάνατος» στὰ βρέφη, ἐπειδὴ θεωρεῖται ὅτι οἱ δοκιμασίες δὲν μποροῦν νὰ ἀξιολογηθοῦν σὲ αὐτὰ λόγω τῆς ἀτελοῦς ἀνάπτυξής τους. Συνεπῶς, ἡ ἐξαγγελία τοῦ «ἐγκεφαλικοῦ θανάτου» γίνεται σὲ ἀνθρώπους ἡλικίας ὀχτῶ μηνῶν καὶ ἄνω. Ὅμως, πῶς μπορεῖ νὰ δικαιολογηθεῖ νομικὰ ὅτι ὁ ἄνθρωπος δὲν «μπορεῖ νὰ πεθάνει» σύμφωνα μὲ τὰ νευρολογικὰ κριτήρια πρὸ τῆς ἡλικίας τῶν ὀχτῶ μηνῶν, ἐνῶ, ἀντιθέτως, μπορεῖ νὰ πεθάνει καὶ σὲ μικρότερη ἀπὸ αὐτὴν ἡλικία βάσει τῶν καρδιο- ἀναπνευστικῶν κριτηρίων;

6. Ἡ πιστοποίηση τοῦ θανάτου μὲ ἀναφορὰ στὴν πιθανὴ αἰτία αὐτοῦ, καθὼς καὶ στὸ τελειωτικὸ σύμπτωμα ποὺ τὸν προκάλεσε, ἀποτελεῖ καθῆκον τοῦ ἱατροῦ, σύμφωνα μὲ τὸ ἄρθρο 32 τοῦ Νόμου 344/76 «Περὶ ληξιαρχικῶν πράξεων»· ἡ παράβαση αὐτῆς τῆς διάταξης συνεπάγεται τὶς κυρώσεις ποὺ προβλέπει τὸ ἄρθρο 48 τοῦ ἰδίου Νόμου.

7. Ὁ ἀκριβὴς χρονικὸς προσδιορισμὸς τοῦ θανάτου ἐπιβάλλεται ἀπὸ τὴν ἀσφάλεια τοῦ δικαίου. Ὁ χρόνος ἐπέλευσης τοῦ θανάτου προσδιορίζει τὴν ἐπαγωγὴ τῆς κληρονομιάς, ὁπότε τυχὸν καθυστέρηση στὴ διάγνωση τοῦ θανάτου ἐνῶ αὐτὸς ἔχει ἤδη ἐπέλθει, δύναται νὰ ἀλλοιώσει τὴν κληρονομικὴ διαδοχὴ, ἢ νὰ ἐπιφέρει σημαντικὲς δικονομικὲς συνέπειες. Νομικὰ προβλήματα μπορεῖ νὰ δημιουργηθοῦν ὅταν ὑπάρχει κάποια ἀγωγή ἐναντίον ἐνὸς «ἐγκεφαλικὰ νεκροῦ» ἀτόμου (τότε αὐτὴ θεωρεῖται ἄκυρη ἢ ἀνυπόστατη), ἢ ἐκδοθεῖ κάποια ἀπόφαση κατὰ αὐτοῦ (τότε αὐτὴ χαρακτηρίζεται ἀνύπαρκτη).<sup>467</sup>

---

<sup>467</sup> Βάρκα- Ἀδάμη 1995, σ. 25.

## Ἑλληνικὴ Βιβλιογραφία

- Ἀβραμίδης Ἀθανάσιος Β** (1995), «*Εὐθανασία*», Ἀθήνα: Ἐκδόσεις Ἀκρίτα.
- Ἀβραμίδης Ἀθανάσιος Β** (1999), «*Μεταμοσχεύσεις*», *Ὁρθόδοξη Μαρτυρία*, τεύχος 107, Ὀκτώβριος- Δεκέμβριος, Τρίκορφο Φωκίδος: ἐκδόσεις Ἰ. Μ. Ἀγίων Αὐγουστίνου καὶ Σεραφεῖμ τοῦ Σάρωφ, σσ. 46- 49 .
- Ἀβραμίδης Ἀθανάσιος Β** (2005α), «*Ὁ λεγόμενος “ἐγκεφαλικὸς θάνατος”*»: Σχόλια σὲ μιὰ ἡμερίδα», *Παρακαταθήκη*, τεύχος 29, Μάρτιος- Ἀπρίλιος, σσ. 12- 18.
- Ἀβραμίδης Ἀθανάσιος Β** (2004), «*Προβληματισμοὶ ἀπὸ τὶς βασικὲς θέσεις ἐπὶ τῆς ἠθικῆς τῶν μεταμοσχεύσεων τῆς Ἱερᾶς Συνόδου τῆς Ἐκκλησίας τῆς Ἑλλάδος*», *Παρακαταθήκη*, τεύχος 39, Νοέμβριος- Δεκέμβριος.
- Ἀβραμίδης Ἀθανάσιος Β** (2005β), «*Τί θὰ θέλαμε νὰ μάθουμε γιὰ τὸν “ἐγκεφαλικὸ θάνατο”*», *Παρακαταθήκη*, τεύχος 33, Νοέμβριος- Δεκέμβριος, σσ. 9- 16.
- Ἀδάμης Στέφανος Π** (1998), «*Ἡ ἀντιμετώπιση τοῦ “ἐγκεφαλικοῦ θανάτου” στὴν Ἑλλάδα καὶ στὴ Γερμανία: Ἀπὸ τὴ νομοθεσία στὴν ἰατρικὴ πράξη*», *Ἰατρικὸ Βῆμα*, Ἰούλιος- Αὐγουστος, σσ. 48- 54.
- Βάρκα- Ἀδάμη Ἀλεξάνδρα** (1998), «*Κριτικὲς παρατηρήσεις στὸ προσχέδιο νόμου γιὰ τὶς μεταμοσχεύσεις ἀνθρωπίνων ἰστῶν καὶ ὀργάνων*», *Ἰατρικὸ Βῆμα*, Σεπτέμβριος- Ὀκτώβριος, σσ. 12- 20.
- Βάρκα- Ἀδάμη Ἀλεξάνδρα** (1995), «*Ὁ προσδιορισμὸς τοῦ θανάτου στὴν ἑλληνικὴ νομοθεσία καὶ ἡ ὑποχρέωση ἰατρικῆς πιστοποίησής του*», *Ἰατρικὸ Βῆμα* (42), Σεπτέμβριος- Ὀκτώβριος, σσ. 22- 26.
- Βιρβιδάκης Στέλιος** (2008), «*Εὐθανασία καὶ αὐτοκτονία μὲ ἰατρικὴ συνδρομή*», *Περίληψη Πανεπιστημιακῶν Παραδόσεων κεφάλαιο Χ*.
- Ἱερὰ Σύνοδος τῆς Ἐκκλησίας τῆς Ἑλλάδος** (2001), *Εἰδικὴ συνοδικὴ ἐπιτροπὴ ἐπὶ τῆς βιοηθικῆς*, «*Ἐκκλησία καὶ μεταμοσχεύσεις*», ἔκδοση τῆς Ἱερᾶς Συνόδου τῆς Ἐκκλησίας τῆς Ἑλλάδος.
- Ἱερὰ Μητρόπολις Γλυφάδος**, «*Προβληματισμοὶ περὶ μεταμοσχεύσεων*», ἔκδοση τῆς Ἱερᾶς Μητροπόλεως Γλυφάδος.
- Καϊάφα Μ, Κουνουγέρη Ε, Συμεωνίδου Ε** (2008), «*Μεταμοσχεύσεις*», Ἐκδόσεις Σάκκουλα, ἀρ. 8 τῆς σειρᾶς «*Δημοσιεύματα ἰατρικοῦ δικαίου καὶ βιοηθικῆς*».

- ΚΕ.Σ.Υ** .(1985), «Απόφαση 9/20.3.85 τής 21<sup>ης</sup> ολομέλειας του ΚΕΣΥ και γνωμοδότηση για τα κριτήρια διάγνωσης του “έγκεφαλικού θανάτου”».
- Κονιαβίτου Κατερίνα, Βάρκα- Αδάμη Αλεξάνδρα** (1997), «Η έθνική (μας) πολιτική στον τομέα των μεταμοσχεύσεων», *Ίατρικὸ Βῆμα*, τεύχος 50, Ίανουάριος- Φεβρουάριος, σσ. 46- 50.
- Κούρτης** Μαρίνος (2002), «Τὸ ἀστικὸ δίκαιο τῶν μεταμοσχεύσεων (σύμφωνα με τὸ Ν. 2737/1999)», Ἐκδόσεις Σάκουλα.
- Μαρκεζίνη** Αικατερίνη (1995), «Ἠθικὴ θεώρηση τῆς μεταμόσχευσης ἀνθρωπίνων ἰστῶν καὶ ὀργάνων», Φιλοσοφικὴ Ἀθηνῶν: Διδακτορικὴ διατριβή.
- Μπούκλα- Παπαδημητρίου** Ἰουλία- Βασιλική (1996), «Ἐγκεφαλικὸς θάνατος», Ἀριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης- Σχολὴ Ἐπιστημῶν Ὑγείας- Τμήμα Ἰατρικῆς: Διδακτορικὴ διατριβή.
- Νέα ἐγκυκλοπαίδεια**, τόμος 15, ἐκδόσεις Μάλλιαρης παιδεία, σ. 430.
- Νόμος** 2737/27.8.1999, ΦΕΚ 174, τεύχος πρῶτο: «Μεταμοσχεύσεις ἰστῶν καὶ ὀργάνων καὶ ἄλλες διατάξεις».
- Παναγόπουλος** Ἐμμανουήλ Δ (2006), «Ἐγκεφαλικὸς θάνατος ἢ ἄλλη θέση», *Κοινωνία*, Ἀπρίλιος- Ἰούνιος. [www.im-glyfadas.gr/01/05/01050004.asp](http://www.im-glyfadas.gr/01/05/01050004.asp)
- Παναγόπουλος** Ἐμμανουήλ Δ (2001), συνέντευξη στὴ Χαρὰ Λιαντωνάκη, *Nemesis*, τεύχος Ἰουλίου.
- Παναγόπουλος** Ἐμμανουήλ Δ (1998), «Ἡ ἀπομυθοποίηση τοῦ ἐγκεφαλικοῦ θανάτου», *Θέματα ἀναισθησιολογίας καὶ ἐντατικῆς ἰατρικῆς*, τόμος 8, τεύχος 7, Νοεμβρίου.
- π. Μουζακίτης** Εὐθύμιος, «Ἡ παγίδα τῆς δωρεᾶς ὀργάνων καὶ ἡ ἀλήθεια τῆς Ἐκκλησίας». (<http://www.alopsis.gr>)
- π. Τσιούτσικας Λουκάς, π. Στεφόπουλος Στέφανος, Δαμασκηνὸς μοναχὸς** (2004), «Μεταμοσχεύσεις καὶ «έγκεφαλικὸς θάνατος»: Θεολογικὴ καὶ ἰατρικὴ παρέμβασις», *Παρακαταθήκη*, τεύχος 39, Νοέμβριος- Δεκέμβριος.
- π. Στεφόπουλος** Στέφανος (2002), «Ἐκκλησία καὶ μεταμοσχεύσεις», Πεύκη, 19/ 9, [www.orthros.Org/Greek/Keimena/StefStefEkkliMetamsx-p.htm](http://www.orthros.Org/Greek/Keimena/StefStefEkkliMetamsx-p.htm)

## Ξένη Βιβλιογραφία

- Akabayashi A (1997), «Finally done- Japan's decision on organ transplantation», *Hastings Cent Rep*; 27: 47.
- Andrews Lori, Kevorkian Jack, Kimbrell Andrew, May William (1990), «Sacred or for Sale? The Human Body in Age of Biotechnology», *Harper's* (October), p. 50.
- Barber Norm (2003), «*The nasty side of organ transplanting. The cannibalistic nature of transplant medicine*», second edition.
- Barnard C (1995), «Reflections on the first heart transplant», *S Afr Med J*; 85: 924, 926.
- Beauchamp Tom, Childress James (1989), «*Principles of Biomedical Ethics*», O.U.P.
- Beecher H (1971), «The new definition of death. Some opposing viewpoint», *Int J Clin Pharmacol*; 5: 120- 121.
- Byrne Paul A., «Vital organ donation. What you don't know can kill you!», *ἀνατύπωση στο τεύχος τῆς Ι. Μ. Γλυφάδας*, σσ. 217- 220.
- Byrne, Paul A. et al. (1982/ 83), «Brain Death: the patient, the physician, the society», *Gonzaga Law Review* 18, no. 3, pp. 429- 516.
- Chandra Pakrash 1991, «Kidneys for Sale», *World Press Review* 38 (February), p. 53.
- Ciba Foundation symposium (1966), «Ethics in medical progress: with special reference to transplantations».
- Cook Deborah J, Giacomini Mita, Johnson Nancy, Willms Dennis, For the Canadian critical care trials group (1999), «Life support in the intensive care unit: a qualitative investigation of technological purposes», *Canadian Medical Association Journal*; 161(9): 1109- 1113.
- Cranston RE (2001), «The diagnosis of brain death», *NEJM*; 345 (8): 616.
- Daar AS (1991), «Rewarded Gifting and Rampant Commercialism in Perspective: Is there a Difference?», W. Land - J.B. Dossetor (εκδ.), *Organ Replacement Therapy: Ethics, Justice, Commerce*, Springer - Verlag, Berlin-Heidelberg, pp. 181- 9.
- DeVita MA, Snyder JV, Grenvik A (1993), «History of organ donation by patients with cardiac death», *Kennedy Inst Ethics J*; 3: 113- 129.



Giacomini Mita (1997), "A change of heart and a change of mind? Technology and the redefinition of death in 1968", *Soc. Sci. Med.*, vol. 44, no. 10, pp. 1465- 1482, Great Britain: Elsevier Science Ltd.

Gilder SSB (1968), «Twenty- second World Medical Assembly», *Br Med J*; 3: 493- 494.

Hedges Chris (1991), «Egypt's Desperate Trade: Body Parts for sale», *New York Times* (Sept. 23).

Hill David (spring 1999), «Transplants- are the donors really dead?», *Triple Helix*, pp. 4- 7.

Joffe Ari, Anton NR, Decaen AR (2005), «Survey of pediatricians opinion on donation after cardiac death: are the donors dead?», *Pediatrics*, 122/ 5: 967- 974.

Kass L (1985), «Thinking about the body», *Hastings Center Report* (February), pp. 20- 30.

Kimbrell Andrew (1993), «*The Human Body Shop: The Engineering and Marketing of Life*», Harper Collins Religious.

Lamb David (1990), «*Organ Transplants and Ethics*», London, N.Y.: Routledge.

Latronico Nicola, Zamperetti Nereo, Bellomo Rinaldo, Defanti Carlo Alberto (2008), «"Brain death": what's in a name?», Springer- Verlag.

Loewy Erich H (1989), «*Textbook of Medical Ethics*», New York: Plenum Medical Book Company.

Machado C (2005), «The first organ transplant from a brain- dead donor», *Neurology*; 64: 1938- 1942.

Machado C (1999), «Consciousness as a definition of death: its appeal and its consequences», *Clin Electroencephalogr*; 30: 156- 164.

Machado C, Garcia OD, Roman JM, Parets JM (1995), «Four years after "the first international symposium on brain death" in Havana: could a definitive conceptual reapproach be expected?», in *Brain Death, Developments in Neurology 9*, Amsterdam.

Mill John Stuart (1863), «*Utilitarianism*», London.

Morioka Masahiro (1989), «*Brain dead person: from the viewpoint of life studies*».

Murray JE (2001), «*Surgery of the soul: reflections on a curious career*», Canton, MA: Science History Publications.

Nau J- Y (1992), « La mort violée», *Le monde*, Société, dimanche 17- lundi 18 mai.

Olick RS (1991), «Brain death, religious freedom and public policy: New Jersey's landmark legislative initiative», *Kennedy Inst. Ethics J*; 1: 275- 292.

Pius XII 1958, «The prolongation of life: an address of pope Pius XII to an international congress of anaesthesiologists», *The pope speaks*; 4: 393- 398.

Plum F (1999), «Clinical Standards and Technological Confirmatory Tests in Diagnosing Brain Death», in *The Definition of Death: Contemporary Controversies*, ed. S.J. Youngner, R.M. Arnold, and R. Schapiro (Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press, , 34- 65.

Pellegrino Edmund, Thomasma David (1983), «Beyond medical paternalism and patient autonomy: A model for the physician- patient relationship», *Annals for internal medicine*; 98: 213- 48.

Pius XII (1958), «The prolongation of life; an address of Pope Pius XII to an international congress of anesthesiologists», *The Pope Speaks* 4, 393- 398.

Potts M, Byrne PA & Nilges RG (2000), «*Beyond brain death*», The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Potts M, «*“Brain death”: enemy of life and truth*».

Potts M, Evans DW (2005), «Does it matter that organ donors are not dead? Ethical and policy implications», *J Med Ethics*; 31: 406- 9.

Power BM, Van Heerden PR (1995), «The physiological changes associated with brain death. Current concepts and implications for treatment of the brain dead organ donor», *Anaesth. Intens. Care*; 23: 26- 36.

Rescher Nicholas (1991), «The Reusable Body Parts», *Washington Post* (May 28): Health.

Seifert Joseph (2000), «*Brain death and euthanasia*», in Potts, Byrne & Nilges 2000, pp. 201- 227.

Sells R (1979), «Let's not opt out: Kidney donation and transplantation», *Journal of Medical Ethics*; 5: 2, pp. 165-9.

Shewmon DA (1996), «Is brain death actually death? An autobiographical conceptual itinerary», *Aletheia*; 7: 1- 34.

Shewmon, D. Alan (1998), «“Brainstem Death”, “Brain Death” and Death: A critical re-evaluation of the purported equivalence», *Issues in Law and Medicine*, Vol. 14, no. 2.

Slote Michael (1985), «*Commonsense Morality and Consequentialism*», London: Routledge and Kegan Paul (editors).

- Starzl TE (1992), «*The puzzle people- Memoirs of a transplant surgeon*», Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Starzl TE, Groth CG, Brettschneider L, et al (1968), «Orthotopic homotransplantations of the human liver», *Ann Surg*; 168(3): 392- 415 .
- Taylor RM (1997), «Reexamining the definition and criteria of death», *Sem Neurol*, vol. 17, no. 3, pp. 265- 270.
- The President's Council on Bioethics (2008), «*Controversies in the determination of death. A white paper of the President's Council on Bioethics*», Washington, DC.
- Truog RD, Fletcher JC (1989), «Anencephalic newborns. Can organs be transplanted before death?», *NEJM*; 321: 388- 390.
- Truog RD, Robinson WM (2003), «Role of brain death and the dead- donor rule in the ethics of transplantation», *Crit Care Med*; 31: 2391- 6.
- Veatch R (1976), «*Death, Dying and the Biological Revolution*», London: Yale University Press, New Haven.
- Vesperien P (1992), «Les prélèvements multiples de tissus et d'organes», *Le monde*, Société, dimanche 17- lundi 18 mai, p. 14.
- Wolstenholme GEW, O' Connor M (1966), «*Ciba Foundation Symposium on Ethics in Medical Progress: With Special Reference to Transplantation*», Boston, Little, Brown, p. 70.
- Zamperetti Nereo, Bellomo Rinaldo (2009), «Total brain failure: a new contribution by the President's Council on Bioethics to the definition of death according to neurological standard», *Intensive Care Medicine*; 35: 1305- 1307.
- Zamperetti Nereo, Proietti Rodolfo (2006), «End of life care in the ICU: laws, rules and practices: The situation in Italy», *Intensive Care Medicine*; 32: 1620- 1622.
- Wace J, Kai M (2000), *Anaesthesia*, τεύχος 55, σ. 590.
- Widjicks EF (2003), «The neurologist and Harvard criteria for brain death», *Neurology*; 61: 970- 6.







