



**Γιατί ένα τέτοιο Συμπόσιο** WHY SUCH A SYMPOSIUM [olympias.uoi.gr/32635](http://olympias.uoi.gr/32635) & [doi:heal.uoi.12442](https://doi.org/10.12442/heal.uoi.12442)  
**Ο δρόμος ως το Συμπόσιο** TOWARDS THE SYMPOSIUM [olympias.uoi.gr/32632](http://olympias.uoi.gr/32632) & [doi:heal.uoi.12439](https://doi.org/10.12439/heal.uoi.12439)  
**Πρόγραμμα** PROGPAAM [olympias.uoi.gr/32633](http://olympias.uoi.gr/32633) & [doi:heal.uoi.12440](https://doi.org/10.12440/heal.uoi.12440)  
**Ομιλίες** ORAL PRESENTATIONS (121 βίντεο/videos) <https://www.youtube.com/@1-706/videos>  
**ΠΡΑΚΤΙΚΑ** PROCEEDINGS [olympias.uoi.gr/32634](http://olympias.uoi.gr/32634) & [doi:heal.uoi.12441](https://doi.org/10.12441/heal.uoi.12441)  
**Απολογισμός: Ήμουν κι εγώ εκεί!** REPORT: I WAS THERE! [olympias.uoi.gr/33342](http://olympias.uoi.gr/33342) & [doi:heal.uoi.13058](https://doi.org/10.13058/heal.uoi.13058)

**Παρόν άρθρο** THIS PAPER [olympias.lib.uoi.gr/33747](http://olympias.lib.uoi.gr/33747) & [doi:heal.uoi.13463](https://doi.org/10.13463/heal.uoi.13463) EN Summary p 2

## ΣΥΝΕΔΡΙΑ Π1: Άρνηση ή αποδοχή; Συζήτηση<sup>1</sup>

EN Session P1: DENIAL OR ACCEPTANCE? Discussion<sup>2</sup>

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: Ιωάννης Πνευματικός, Βασιλική Σολωμού-Παπανικολάου.

### Ομιλίες<sup>3</sup>

- **Καραχάλιου Α., Παπαθανασίου Α., Κωστήντη Ε., Σαράντη Μ., Λένα Α., Κουλούρας Β.** Η άρνηση του αναπόφευκτου: περιγραφή περίπτωσης. Παρουσίαση προβλήματος. [YouTube=wDaFQWvtSC4](https://www.youtube.com/watch?v=wDaFQWvtSC4) 6:53
- **Σολωμού-Παπανικολάου Β.** Η κατάλληλη στιγμή για τον θάνατο ως ορισμός του ωραίου στον πλατωνικό διάλογο *Ιππίας Μείζων*. [YouTube=rR5qocEF1Qk](https://www.youtube.com/watch?v=rR5qocEF1Qk) 18:53
- **Σουγκλάκος Ι.** Πεθαίνοντας με τον καρκίνο: πού, πότε, πώς, με ποιόν.<sup>4</sup>
- **Δημολιάτης Γ.** Μεταθανασία: αιτία κατάρρευσης της χώρας. Ευθανασία μου ή δυσθανασία της κοινωνίας μας; Διαλέξτε! [YouTube=gaQU7pHuNFU](https://www.youtube.com/watch?v=gaQU7pHuNFU) 13:21

Πνευματικός Ι, Σολωμού-Παπανικολάου Β, Αποστολοπούλου Γ, Βιρβιδάκης Στ, Γεωργιάδης Γ-Α, Δικαίου Γ, Γεωργαντά Ε, Ιωαννίδης Γ, Καραχάλιου Α, Κουλιάτσης Γ, Κουλούρας Β, Κούτρας Β, Πρωτοπαπαδάκης Ε, Δημολιάτης Γ. *Άρνηση ή αποδοχή; Συζήτηση*. [YouTube=zawTtxSBXDo](https://www.youtube.com/watch?v=zawTtxSBXDo) 34:38.

<sup>1</sup> 28-4-2017 11:00-12:30 Συνεδρία: Π1 Άρνηση ή αποδοχή; Συζήτηση: [YouTube=zawTtxSBXDo](https://www.youtube.com/watch?v=zawTtxSBXDo) 34:38. Άρθρο: υποβολή 26-9-2022· αποδοχή 20-2-2024· κρίση από ομότεχνους (peer review) όχι.

Πρόσβαση **συνδέσμων** 5-10-2023. Αν δεν λειτουργούν: > Κορυφή σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ: σελ. 21: υποσημ. 6.

Πώς να **αναφέρετε** αυτό το άρθρο: Πνευματικός Ι, Σολωμού-Παπανικολάου Β, Αποστολοπούλου Γ, Βιρβιδάκης Στ, Γεωργαντά Ε, Γεωργιάδης Γ-Α, Δικαίου Γ, Ιωαννίδης Γ, Καραχάλιου Α, Κουλιάτσης Γ, Κουλούρας Β, Κούτρας Β, Πρωτοπαπαδάκης Ε, Δημολιάτης Γ. «Άρνηση ή αποδοχή; Συζήτηση». Στο: «Πότε Πρέπει να Πεθαίνουμε; (ΠΠΠ). Πρακτικά 1ου Διεπιστημονικού Συμποσίου, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 28-30 Απριλίου 2017. ISBN 978-960-233-288-7». Εκδόσεις Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, αποθετήριο Ολυμπιάς. 7 Απριλίου 2024. Άρθρο P16: σς 10. <https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/handle/123456789/33747> & <http://dx.doi.org/10.26268/heal.uoi.13463>.

<sup>2</sup> Summary: page 2. If any **link** does not work: > Top of page > PROCEEDINGS: page 22: footnote 10.

<sup>3</sup> **Άρθρα** ομιλητών: > Κορυφή σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ > Συνεδρία Π1 > 1-5, όπου και σύντομο **βιογραφικό** τους.

<sup>4</sup> Βίντεο μη διαθέσιμο για τεχνικούς λόγους. Από την περίληψή του: «Η τέχνη της άσκησης της ογκολογίας στην καθημέρα πράξη αξιώνει από τον ογκολόγο να αφογκραστεί και να σεβαστεί τις επιθυμίες του ασθενούς, να αξιολογήσει τις προσδοκίες του από τη θεραπευτική στρατηγική, να διαχωρίσει το εφικτό από το επιθυμητό. Στο πλαίσιο αυτό, βασικό στάδιο αποτελεί η ενημέρωση του ασθενούς για την τελική κατάληξη σε περιπτώσεις ανίατων νεοπλασιών καθώς και η προετοιμασία του ασθενούς για το τελευταίο διάστημα της ζωής του. Στη διαδικασία αυτή, το πρώτο που καλείται ο ασθενής να αποφασίσει είναι η επιθυμία του ή όχι για παράταση της ζωής με τεχνητά μέσα και ακολούθως να εκφράσει την επιθυμία του για τον τρόπο στον οποίο επιθυμεί να περάσει τις τελευταίες ημέρες της ζωής του. Αν και η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών υποδεικνύουν ότι η νοσηλεία στο σπίτι οδηγεί σε σημαντικά καλύτερους δείκτες ποιότητας ζωής σε σχέση με τη νοσηλεία σε μονάδες τελικής φροντίδας (hospice) ή στο νοσοκομείο, όλες οι επιλογές απαιτείται να δίνονται στον ασθενή, διευκρινίζοντας ότι μπορεί να αλλάξει άποψη οποτεδήποτε το θελήσει. Τέλος, τα πρόσωπα που θα αναλάβουν την φροντίδα του ασθενούς στο τελικό στάδιο της νόσου θα πρέπει να είναι αποκλειστικώς επιλογή του ίδιου, στοιχείο που μειώνει σημαντικά το στρες και το άγχος του επικείμενου θανάτου για τον πάσχοντα.»

## Περίληψη

Πόσοι έχουν κάνει διαθήκη ζωής; Γιατί, ενώ μοιάζει τόσο λογικό, δεν έχουν επικράτηση ούτε στις προηγμένες κοινωνίες; Εσείς θα κάνετε; Έχουν νομική ισχύ; [Έχουν ηθική ισχύ;] Να διορίζουμε στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας νομικούς αντί γιατρούς; Κι αν πάς από τσίμπημα μέλισσας; Κι αν αλλάξεις γνώμη; Γιατί οι γιατροί, ενώ γνωρίζουν τις κατευθυντήριες οδηγίες, δεν τις εφαρμόζουν; Επιχείρημα ολισθηρής πλαγιάς. Μα σοβαρά, στην Ελλάδα δε φοβάσαι; Μήπως θα έπρεπε να βάλουμε τους συγγενείς στην εντατική; Και βέβαια θα αρνηθούν ν' αποδεχθούν το θάνατο, όταν κανένας γιατρός δεν έχει δαπανήσει μισή ώρα για να μιλήσει μαζί τους. Θέμα έλλειψης χρόνου; θέμα φόβου; Έχουμε δει πολλά: συγγενείς που εξαφανίζονται, συγγενείς που λένε «α, εγώ είμαι δευτέρου βαθμού, τρίτου βαθμού», συγγενείς που αρνούνται επίμονα: «Εάν πεθάνει η κόρη μας, θα σας σκοτώσουμε όλους». Μέχρι και την αστυνομία καλέσαμε. Κανένας δεν τους είπε ότι κάποια στιγμή επέρχεται η φθορά και υπάρχει ημερομηνία λήξης. Οι προηγούμενοι γιατροί τούς έδιναν ελπίδες, χωρίς να τους πουν ότι κάποια στιγμή θα τεθεί ένα τέλος. Υποθέτουμε ότι η ζωή είναι μόνο υγεία. Ξεχνάμε ότι η πραγματικότητα της ζωής εκφράζεται και με ασθένεια και με αναπηρία, μπορεί και σοβαρή, δεν αυτοεξυπηρετούνται. Τι σημαίνει αυτοεξυπηρέτηση; Πού πεθαίνει κανείς; Στο νοσοκομείο ή στο σπίτι; Στη Γερμανία υπάρχουν ειδικά ιδρύματα, τα "φιλοξενεία". Δυσκολία στην εκπαίδευση σε θέματα θανάτου· η δυτική κοινωνία έχει γίνει πολύ μαλθακή· αποφεύγει στιδήποτε έχει σχέση με πόνο· καταφυγή στα ψυχοφάρμακα, να αποφύγουν τον πόνο, όχι να τον διερευνήσουν. Πώς γίνονται οι κηδείες; Από το ψυγείο στο νεκροταφείο. Χωρίς καμία επεξεργασία των ανθρώπων που έχουν χάσει τον άνθρωπό τους: Υπήρχαν κάποια τελετουργικά παλαιότερα που βοηθούσαν. Ο πιο συχνός μηχανισμός άμυνας που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι, είναι η άρνηση. Κι εμείς οι γιατροί μπαίνουμε σε όλους αυτούς τους μηχανισμούς. Δεν είναι πάντα βέβαιο ότι μία απόφαση σήμερα μπορεί να με δεσμεύσει και στο μέλλον. Ευθανασία, ένα πολύ πρακτικό ζήτημα, μπορούμε να μιλάμε γι' αυτήν εν κενώ; Είναι χειρότερο ένας που έχει 40% πιθανότητες να διατηρηθεί στη ζωή να μην βρίσκει κρεβάτι επειδή κρατάμε έναν που έχει 1% – ενίοτε μάλιστα ενάντια στις επιθυμίες του. Καρκινοπαθής τελικού σταδίου, μετρώντας μία βδομάδα ζωής, οι γιατροί να μας δίνουν ελπίδες ότι πρέπει να τον πιέσουμε να πάρει τα θρεπτικά συστατικά που θα επιτρέψουν να κάνει χημειοθεραπείες άμεσα; Πρώτο απ' όλα η επιθυμία του ασθενούς, εφόσον έχει σώα τας φρένας. Ύστερα, σημαντικότατο – που εμείς οι γιατροί παραμελούμε – η ανακούφιση: ύψιστο καθήκον του γιατρού. Νέότερη νομική άποψη μεταθέτει το κέντρο βάρους από τις προγενέστερες οδηγίες στο να δεχθούμε ως ιατρικό σφάλμα τη συνέχιση μιας θεραπείας η οποία αποδεδειγμένα δεν μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική παράταση της ζωής, ενώ ταυτόχρονα μειώνει ουσιαστικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς κατά το τελικό στάδιο της ζωής του.

Λέξεις-κλειδιά: *άρνηση θανάτου, αποδοχή θανάτου, διαθήκη ζωής, ιατρικό σφάλμα, ανακούφιση ασθενούς, μηχανισμοί άμυνας του εγώ, επιχείρημα ολισθηρής πλαγιάς.*

### Session P1: Denial or acceptance? Discussion.<sup>5</sup>

Pnevmatikos I, Solomou-Papanikolaou V, Apostolopoulou G, Dikaiou G, Georganda E, Georgiadis G-A, Ioannidis G, Karahaliou A, Kouliatsis G, Koulouras V, Koutras V, Protopapadakis E, Virvidakis S, Dimoliatis I. [YouTube=zawTtxSBXDo](https://www.youtube.com/watch?v=zawTtxSBXDo) 34:38.

How many have signed a living will? Why, while it seems so logical, they are not prevalent even in advanced societies? Will you sign one? Do they have legal effect? [Do they have moral power?] Should

<sup>5</sup> Cite this article: Pnevmatikos I, Solomou-Papanikolaou V, Apostolopoulou G, Dikaiou G, Georganda E, Georgiadis G-A, Ioannidis G, Karahaliou A, Kouliatsis G, Koulouras V, Koutras V, Protopapadakis E, Virvidakis S, Dimoliatis I. «Session P1: Denial or acceptance? Discussion». In: «*When Should We Die? (WnSWD). Proceedings of the 1st Interdisciplinary Symposium, University of Ioannina, April 28-30, 2017. ISBN 978-960-233-288-7*». University of Ioannina Publications, Olympias repository. April 7, 2024. Paper P16: ps 10. <https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/handle/123456789/33747> & <http://dx.doi.org/10.26268/heal.uoi.13463>.

we appoint lawyers instead of physicians to Intensive Care Units? What if you die from a bee sting? What if you change your mind? Why physicians, while they know medical guidelines, they do not follow them? Slippery slope argument. But seriously, aren't you afraid in Greece? Should we put the relatives in intensive care unit? Of course, they will refuse to accept death when no doctor has spent half an hour to talk to them. Lack of time issue? matter of fear? We have seen a lot: relatives who disappear, relatives who say "oh, I'm a second degree relative, third degree", relatives who stubbornly deny: "If our daughter dies, we will kill you all." We even called the police. No one told them that at some point wear and tear occurs and there is an expiration date. The previous physicians gave them hope, without telling them that at some point there would be an end. We assume that life is only health. We forget that the reality of life is also expressed by illness and by disability, sometimes serious, with no self-serving. What does self-serving mean? Where does one die? At the hospital or at home? In Germany there are special institutions, the "hostels". Difficulties in death education. Western society has become too soft; it avoids anything to do with pain; it resorts to psychotropic drugs to avoid pain; it does not explore it. How are funerals held? From the fridge to the graveyard. Without any psycho-processing of people who have lost their human: there were some rituals in the past that were helping. The most common defense mechanism people use is denial. Doctors, enter into all these mechanisms, as well. It is not always certain that a decision today can bind me in the future. Euthanasia, a very practical issue; we cannot talk about it in a vacuum: It is worse that someone who has a 40% chance of survival cannot find a bed because we keep someone who has a 1% - sometimes even against their wishes. For a terminal cancer patient with one week to live, should physicians give us hope and should we push the patient to get the nutrients that will allow them to do chemotherapy immediately? First of all, the patient's wish, as long as their ability to express it is intact. Then, the most important thing – which doctors neglect – is relief: a highest duty of the doctor. A newer legal view shifts the focus from the earlier directives to accepting as a medical malpractice the continuation of a treatment that is demonstrably unable to lead to a significant extension of life, while at the same time substantially reducing the patient's quality of life during the final stage of life.

Keywords: *denial of death, acceptance of death, living will, medical malpractice, patient relief, ego defense mechanisms, slippery slope argument.*

## Αποχογραφημένη Συζήτηση<sup>6</sup>

**Ιωάννης Πνευματικός**, *Εντατικολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης*.<sup>7</sup> Αμέσως, θα ήθελα να ρωτήσω τον κ. Δημολιάτη, μιας και έχει κάνει τη διαθήκη του είναι ο πιο αρμόδιος να ξέρει, πόσοι σε αυτή τη χώρα έχουν κάνει ανάλογες διαθήκες; Αν γνωρίζεις.

**Γιάνης Δημολιάτης**: Μακάρι να γνώριζα. Αυτό που γνωρίζω είναι ότι έχω την τιμή να είμαι ο πρώτος και τη στενοχώρια τη μεγάλη ότι είμαι μόνος. Γι' αυτό έξω στο πόστερ "*Η Διαθήκη Ζωής Μου*" λέω: Όταν οι πρώτοι 100 κάνουν τη διαθήκη τους, για τον *εαυτό* τους, όχι για τους άλλους, για την οποία δεν θα ντρέπονται αλλά θα περηφανεύονται γι' αυτήν, και θα την κουβαλάν πάντα μαζί τους όπως εγώ, διότι δεν ξέρω πότε το "χρεών" (που λέει ο Ευγένιος Βούλγαρης στη *Διατριβή περί Ευθανασίας*, το πεπρωμένο μου, δηλαδή η ώρα μου) θα με καλέσει, ώστε η πρώτη ομιλήτρια, η Διευθύντρια της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, να ξέρει τι να κάνει με μένα. Επομένως, αν το Συμπόσιο πείσει μερικούς και γίνουμε 100, το θέμα θα λυθεί αυτόματα. Θα είστε ο δεύτερος κ. Πρόεδρε;

**Ι. Πνευματικός**: Έκανα την ερώτηση στον κ. Δημολιάτη επειδή κι εγώ ως Εντατικολόγος αντιμετωπίζω συχνά αυτό το ενδεχόμενο, κι έχουμε κι εμείς από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας της Αλεξανδρούπολης μία περίπτωση έξω αναρτημένη σε poster, να τη διαβάσετε, είναι πολύ ενδιαφέροντα

<sup>6</sup> Αποχογράφηση: Άρτεμις Δάλλα. Επιμέλεια, περίληψη, summary, υποσημειώσεις: Γιάνης Δημολιάτης.

<sup>7</sup> Πνευματικός Ι. «*Κρίσιμα βιοηθικά ζητήματα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας*». Ομιλία: [YouTube-td30-TY82n0](https://www.youtube.com/watch?v=td30-TY82n0) 18:12. Άρθρο: Κορυφή 1<sup>ης</sup> σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ > Π8 > 4.

και θα την αναπτύξει το απόγευμα ο κ. Κουλιάτσος σ' ένα πεντάλεπτο στο Πνευματικό Κέντρο του Δήμου. Γιατί δεν προχωρούμε στις δυτικές κοινωνίες. Ας μη μιλήσουμε για την Ελλάδα που πάντα αποτελεί – στο μεταίχμιο μεταξύ Δύσης και Ανατολής – μια ιδιαίτερη περίπτωση. Γιατί οι διαθέκες από πριν, όπως του κ. Δημολιάτη, ενώ μοιάζει τόσο λογικό, ούτε στην προηγμένη Δύση δεν έχουν βρει την ανάλογη επικράτηση; Δηλαδή, είναι πολύ χαμηλό το ποσοστό σε προηγμένες κοινωνίες, όπως είναι του Καναδά, της Ολλανδίας, της Αυστραλίας κ.λπ., είναι πολύ χαμηλά τα ποσοστά των ανθρώπων που έχουν πει εκ των προτέρων, *advanced directives* λέγεται αυτό στα αγγλικά, εκ των προτέρων οδηγίες για τον θάνατό μου. Το περιστατικό μας είχε εκ των προτέρων οδηγίες, ήταν κάποιος ακαδημαϊκός, θα το δείτε. Γι' αυτό έκανα την ερώτηση. Αρα στη χώρα μας, δεν ξέρω... κύριε Κουλιάτση, έχουμε στοιχεία; Πόσοι Έλληνες έχουν κάνει, όπως ο κ. Δημολιάτης;

**Γεώργιος Κουλιάτσος**, *Εντατικολόγος, ΜΕΘ Πανεπιστημίου Θράκης*:<sup>8</sup> Δεν υπάρχουν στοιχεία.

**Ι. Πνευματικός**: Δεν υπάρχουν στοιχεία...

**Βασίλης Κουλούρας**, *Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας ΜΕΘ ΠΠΠΓΝ Ιωαννίνων*:<sup>9</sup> Θα μπορούσα να κάνω μία παρέμβαση. Δεν έχει καμία νομική ισχύ η διαθήκη σας. Δυστυχώς, αυτή είναι η αλήθεια. Εγώ στη χώρα μου δεν είμαι νομικά καλυμμένος να τη σεβαστώ. Αν αποσυνδέσω τη μηχανική υποστήριξη θα διωχθώ για ανθρωποκτονία εκ προθέσεως. Δεν έχει καμία νομική ισχύ. Θέλω να δώσω τα συγχαρητήρια για τη σκέψη σας, για την πρωτοπορία. Μακάρι και οι υπόλοιποι Έλληνες να πιέσουμε, ώστε να έχει νομική ισχύ αυτό που κάνετε. Δυστυχώς, εάν εγώ προβώ σε άρση των υποστηρικτικών μέτρων, σύμφωνα με το νομικό καθεστώς στη χώρα μας, εκτελώ ανθρωποκτονία εκ προθέσεως.

**Γ. Δημολιάτης**: Βασίλη, Ελλήνων προμαχούντες *εντατικολόγοι* – για τον εαυτό τους, όχι για τους αρρώστους τους ή για τους άλλους: για τον εαυτό τους – τα θέματα θα λυθούν αυτομάτως. Δεύτερον, επιτρέψτε μου, να σας κατηγορήσω λίγο τους εντατικολόγους και τους γιατρούς: έχετε απεμπολήσει την ιατρική στους νόμους. Μήπως ήρθε η ώρα να αντικαταστήσουμε την επιστήμη μας με τη νομική; Μήπως ήρθε η ώρα να διορίζουμε στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας *νομικούς αντί γιατρούς*; γιατρούς που έχουν κάνει 6 χρόνια σπουδές, 6 χρόνια ειδικότητα, 16 χρόνια υπηρεσία, που παρακολουθούν κάθε μέρα το διεθνή ιατρικό τύπο, που ξέρουν τι να γίνεται, με ανθρώπους που δεν ξέρουν τι να γίνεται, και βασίζονται στους νόμους; Οι οποίοι νόμοι είναι νόμοι. Δεν είναι *evidence based medicine* (EBM).

Ψηφίστηκαν για να γλιτώσουμε από αυτό που συνέβη στον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο (ΒΠΠ). Εκεί στηρίζονται όλοι οι νόμοι. Όμως, από τότε κύλησε πολύ νερό στα ποτάμια. Οι νόμοι που ψηφίστηκαν έσπρωξαν το **εκκρεμές** της δυσθανασίας προς την αντίθετη κατεύθυνση. Κι αυτό, από την ενεργητική απέξω και βίαιη μαζική προθανασία<sup>10</sup> του ΒΠΠ, υπερφαλάγγισε την άριστη μεσότητα της ευθανασίας, και έφτασε σήμερα στην εξίσου ενεργητική απέξω και βίαιη μαζική μεταθανασία (μεταθανάτια μακροζωία<sup>11</sup>) των Μονάδων εντατικής Επιβράδυνσης Θανάτου (ΜΕΕΘ), αν όχι Μονάδων εντατικής

<sup>8</sup> Κουλιάτσος Γ, Πεταλά Α, Χριστοφορίδης Η, Παπαϊωάννου Β, Πνευματικός Ι. «Προγενέστερες Οδηγίες: Παρουσίαση περιστατικού και ανασκόπηση της εφαρμογής τους στην Ελλάδα.» *Ομιλία*: [YouTube-0krq12EUKFo](https://www.youtube.com/watch?v=0krq12EUKFo) 4:37. *Άρθρο*: Κορυφή 1<sup>ης</sup> σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ > Π8 > 3.

<sup>9</sup> Κουλούρας Β. «Βαρέως πάσχων: αποφάσεις που αφορούν το τέλος της ζωής. Η ελληνική πραγματικότητα.» *Ομιλία*: [YouTube--U5BIwkRy\\_g](https://www.youtube.com/watch?v=U5BIwkRy_g) 15:15. *Άρθρο*: Κορυφή 1<sup>ης</sup> σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ > Σ3 > 1.

<sup>10</sup> Ευγένιος Βούλγαρης. *Διατριβή περί Ευθανασίας*: «[ο θάνατος] είναι καθ' αυτό άκοπον και αναλγές, και ανώδυνον, ότε μάλιστα εκ φύσεως επιγεννάται, των όρων της ζωής πληρουμένων [ευθανασία], και δεν επιφέρεται καταναγκαστικώς έξωθεν και βιαίως [προθανασία]». Πετρούπολη 1804, σελ. 87, αράδες 6-12. «Σε αντιδιαστολή με το βίαιο θάνατο, ο φυσικός θάνατος επέρχεται φυσιολογικά και ομαλά έσωθεν, από εσωτερικές δυνάμεις (ή αδυναμίες)· ο α-φύσικος (μη φυσικός) καταναγκαστικά και βίαια έξωθεν· ο έσωθεν είναι φυσιολογική εξέλιξη, ο έξωθεν όχι.» Στο ίδιο, μετάφραση, Αθήνα 2005: σημείωση των μεταφραστών {68}, [biblionet.gr/title116165](http://biblionet.gr/title116165) (πρόσβαση 15-12-2022). Πού να το φανταστεί ότι, πριν καν περάσουν 200 χρόνια, το **εκκρεμές** της δυσθανασίας θα περνούσε στο άλλο άκρο, στον εξίσου «καταναγκαστικά απέξω και βίαια» επιβαλλόμενο 'μη θάνατο', στην «καταναγκαστικά απέξω και βίαιη» μεταθανασία (μεταθανάτια μακροζωία· βλ. επόμενη υποσημείωση).

<sup>11</sup> Ivan Illich (1989). “**Posthumous Longevity**: An open letter to a cloistered community of Benedictine nuns”. <http://www.altraofficina.it/ivanillich/Articoli/Ing Posthumous Longevity 1989.pdf> (πρόσβαση 15-10-2022)

Απαγόρευσης Θανάτου (ΜεΑΘ).<sup>12</sup> Θα το σπρώξει άραγε το Συμπόσιο τούτο προς την άριστη μεσότητα; Ίδου ο σκοπός του. Σταματώ εδώ, για να μη μονοπωλώ τη συζήτηση – Θα είστε ο τρίτος κ. Κουλούρα; Συγγνώμη, ο έμπιστος! Υπάρχουν ακόμα δύο: η σύζυγός μου και ο γιός μας.

**Ι. Πνευματικός:** Έχουμε συζητήσει και κατ' ιδίαν. Ως εντατικολόγος θα πω *τολμηρά*: Απ' έξω απ' το χορό πολλά τραγούδια λέγονται, κύριε Δημολιάτη. Κι εγώ και ο κ. Κουλούρας έχουμε περάσει 30 χρόνια μέσα στις Εντατικές και τα ζητήματα αυτά τα ζούμε από *πρώτο χέρι*. Ομολογώ ότι είναι μία *εξόχως* δύσκολη ειδικότητα. Τα διλήμματα είναι *πιεστικά* και *υπαρξιακά* και εντονότατα. Τουλάχιστον για όσους τα αντιλαμβάνονται. Και νομίζω ότι όλοι οι εντατικολόγοι τα αντιλαμβάνονται. Είναι μια ειδικότητα *αιχμής*, που ζει ακριβώς σε αυτό το όριο. Δεν είναι τόσο εύκολο, Γιάννη. Θα έχουμε τον χρόνο να μιλήσουμε και για τη νομική και για την ηθική και για την ιατρική.

**Βασίλης Κουλούρας:** Μιας και, απ' ό,τι έχω αντιληφθεί, έχουμε αρκετό χρόνο, θα ήθελα να πω πως μερικοί από εμάς προσπαθούν έντονα τα τελευταία έτη, αυτά που συζητάμε όλα να μπου σιγά-σιγά ως *οδηγίες* της επιστημονικής κοινότητας και να ακολουθήσει μετά η κάλυψή τους η νομική. Σε όλες τις χώρες έτσι έγινε. Υπήρξε *απαίτηση* από την ιατρική κοινότητα, και μετά τα ανώτατα δικαστήρια της Αμερικής ή άλλων χωρών κατοχύρωσαν σιγά-σιγά αυτές τις αποφάσεις, ώστε να μην δίνονται οι γιατροί. Διότι, όπως θα πω στην ομιλία μου, μετά από μία μεγάλη μελέτη, η οποία έγινε στη χώρα μας, με 500 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις Εντατικές, πάνω από τους *μισούς* από αυτούς απάντησαν ότι δεν εφαρμόζουν τις μεθόδους αυτές διότι φοβούνται την *ποινική* τους δίωξη: 60% απάντησαν ότι αυτό που τους αποτρέπει, ενώ γνωρίζουν με σαφήνεια όλες τις οδηγίες και τις κατευθυντήριες οδηγίες των επιστημονικών εταιριών, *φοβούνται* την *ποινική* τους *δίωξη*. Είναι *ισχυρός* ανασταλτικός παράγοντας.

**Ι. Πνευματικός:** Σε μία χώρα με αδύναμους θεσμούς παντού, είναι λογικό να ισχύει αυτό. Εγώ θα πάω στο άλλο και κλείνω με αυτό το θέμα. Γιατί, ενώ είναι νομικά κατοχυρωμένο στη Δύση, δεν είναι δημοφιλής η πρακτική να συντάσσω εκ των προτέρων οδηγίες; Διότι τα σενάρια του πώς θα πεθάνω, μπορεί να αλλάξουν. Αν *δεσμευτώ* εγώ με μία διαθήκη από τώρα για παράδειγμα για το τι μπορεί να γίνει τα επόμενα χρόνια, τα σενάρια με τα οποία θα καταλήξω είναι πάρα πολλά, δεκάδες, εκατοντάδες. Επομένως, μπορεί να *αλλάξεις* γνώμη. Δεν μπορείς να πεις εκ των προτέρων πότε, πώς, και με ποιον τρόπο. "Να μη με διασωληνώσετε": Μπορεί να σε *τσιμπήσει* μία μέλισσα και να κάνεις ένα αναφυλακτικό σοκ, το οποίο να διασωληνωθείς ταχύτατα και σε οκτώ ώρες να έχεις αποσωληνωθεί και να *γλιτώσει* η ζωή σου. Αν έχεις πει «μη με διασωληνώσετε ποτέ» τελείωσε, θα πας από μέλισσα. Άρα η Εντατική, κύριε Δημολιάτη, δεν είναι *Μονάδα Επιβραδυνόμενου Θανάτου*.

Παρακαλώ, ο συνάδελφος ...

**Στέλιος Βιρβιδάκης, Καθηγητής Τομέα Φιλοσοφίας και Θεωρίας της Επιστήμης και της Τεχνολογίας στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ):**<sup>13</sup> Η απάντηση που θα προσπαθήσω να δώσω στο ερώτημά σας δεν είναι τόσο βασισμένη σε ιδιαίτερες γνώσεις. Νομίζω ότι υπάρχει μία *δυσπιστία* ή μία *προκατάληψη* ή ένας φόβος ευρέως διαδεδομένος, που έχω δει και σε διαθήκες *άλλου* είδους, ότι, αν κανείς *σπεύδει* να κάνει μία τέτοια διαθήκη, λόγω, αν θέλετε, μιάς *δεισδαιμονίας*, πολλοί τείνουν να πιστέψουν, ότι *επιταχύνει*, ότι φέρνει πιο κοντά το ενδεχόμενο του να του συμβεί κάτι κακό. Γι' αυτό ίσως κάτι σαν αυτό που λέει ο κ. Δημολιάτης, το οποίο όντως είναι *πολύ* γενναία και ενδιαφέρουσα πρόταση και ελπίζω να έχει και τη νομική της επικύρωση, φαίνεται να «τρομάζει» ορισμένους. Το αναφέρω επειδή ρωτήσατε για το γενικότερο ζήτημα, πέρα από το νομικό, «γιατί υπάρχει αυτή η στάση;» Και – για να το παρουσιάσω και ως περισσότερο βασισμένο σε αντιλήψεις που κυριαρχούν στη Φιλοσοφία –, υπάρχει ένα *επιχείρημα* που το λέμε *επιχείρημα της ολισθηρότητας* ή της *ολισθηρής πλαγιάς*: παρατηρείται μια *δυσπιστία* απέναντι και στους ίδιους τους γιατρούς, υπάρχει ο φόβος ότι μπορεί ο γιατρός, ο εντατικολόγος, να κρίνει κάπως εύκολα και βιαστικά ότι έφτασε πράγματι αυτή η

<sup>12</sup> Δημολιάτης Γ. «Γιατί η Εκκλησία δεν μπορεί να μην προμαχέι υπέρ της ευθανασίας». Στο: Η ζωή πριν το θάνατο: Εύ ζην και Εύ θνήσκειν». Δεύτερο Διεπιστημονικό Συμπόσιο Πότε Πρέπει να Πεθαίνουμε. Ορθόδοξος Ακαδημία Κρήτης, 29/3-1/4/2018. <https://www.oac.gr/articlefiles/i-zoi-prin-to-thanato-praktika2.pdf>. Σελίδα 31, εικόνα 8.

<sup>13</sup> Βιρβιδάκης Σ. «Επιχειρήματα υπέρ και κατά της ευθανασίας: Μεθοδολογικές παρατηρήσεις». Ομιλία: [YouTube-v-OrVSZaP98](https://www.youtube.com/watch?v=OrVSZaP98) 15:46. Άρθρο: Κορυφή 1<sup>ης</sup> σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ > συνεδρία Σ1 > 2.

στιγμή, ενώ, ενδεχομένως και από τη δική σας πρακτική, θα ξέρετε πως μπορεί να λέμε ότι μια κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη, αλλά μπορεί αυτό το μη αναστρέψιμο να αποδειχθεί αναστρέψιμο. Έτσι, επειδή υπάρχει ο φόβος ότι θα βιαστούν οι γιατροί, θα βιαστούν οι συγγενείς, θα βιαστούν όλοι οι άλλοι, σου λέει κάποιος «αν εγώ υπογράψω κάτι τέτοιο, μπορεί εύκολα να...». Και μάλιστα άκουσα έναν διδάκτορά μας που είναι γιατρός, ο οποίος μου είπε «Μα σοβαρά, στην Ελλάδα δε φοβάσαι;», επειδή νομίζουμε πως υπάρχει αυτή η προχειρότητα, η ανευθυνότητα – βέβαια ίσως πρόκειται για μια προκατάληψη για την Ελλάδα και για τους Έλληνες γιατρούς –, ότι θα βιαστούν όλοι να «ξεφορτωθούν» κάποιους, αφού έφτασαν σε αυτή την κάπως επικίνδυνη έννοια της μεταθανασίας, ότι έχουν ξεπεράσει κάποιο όριο, τη στιγμή που η ιατρική έχει δώσει τέτοιες μάχες και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης έχει κατακτηθεί μέσα από αυτές τις μικρές μάχες. Μήπως θα υπονομευθεί η παραδοσιακή στάση του γιατρού, δηλαδή το να αγωνίζεται να σώσει τον ασθενή του; Μήπως ο γιατρός παραιτηθεί ή παρασυρθεί;

**I. Πνευματικός:** Ευχαριστώ πάρα πολύ για την πολύ ωραία παρέμβασή σας. Παρακαλώ!

**Γεώργιος Ιωαννίδης:** *Λέγομαι Ιωαννίδης. Είμαι από τη Θεσσαλονίκη. Είμαι υπεύθυνος Μονάδας Εντατικής Θεραπείας στον «Άγιο Λουκά», μια ιδιωτική κλινική.* Αυτό που ήθελα να παρατηρήσω και να ζητήσω και τη γνώμη των ομιλητών, είναι το εξής: Πριν ψάξουμε να βρούμε νομική κάλυψη ή να βάλουμε τον δικηγόρο και τον νομικό στην Εντατική, μήπως θα έπρεπε να βάλουμε τους συγγενείς στην Εντατική; Που σημαίνει τι; Όχι να τους βάλουμε να είναι φυσικά παρόντες όλο το 24ωρο, αυτό πρακτικά δεν μπορεί να γίνει. Αλλά να αυξήσουμε την παρουσία τους εκεί μέσα και να δαπανήσουμε χρόνο να μιλήσουμε μαζί τους. Γιατί, αν κατάλαβα κάτι από την εισήγηση της πρώτης ομιλήτριας, υπήρχε ένα σοβαρό έλλειμμα ενημέρωσης στην αντιμετώπιση των αρρώστων, όχι από τους γιατρούς της Εντατικής, όσο από τις Κλινικές οι οποίες προηγήθηκαν. Υπήρχε κάποιος, ένας γιατρός, ο θεράπων, που να αναλάβει την ενημέρωση αυτών των ανθρώπων, που τους ήρθε σαν σκαμπίλι από τον ουρανό; Και βέβαια θα αρνηθούν να αποδεχθούν τον θάνατο, όταν κανένας γιατρός δεν έχει δαπανήσει μισή ώρα από ένα 24ωρο για να μιλήσει μαζί τους. Εγώ βρίσκω ένα μεγάλο κενό σε αυτό. Στο έλλειμμα ενημέρωσης συγγενών ή και αρρώστων, όποτε αυτό είναι δυνατόν, από την πλευρά των γιατρών. Δαπανούμε ολόένα και λιγότερο χρόνο να μιλήσουμε σαν άνθρωπος προς άνθρωπο στους συγγενείς.

**Αγγελική Καραγάλιου,** *Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, πρώτη ομιλήτρια της συνεδρίας:* Έχετε πολύ μεγάλο δίκιο που το θίγετε αυτό το θέμα. Δεν είναι θέμα έλλειψης χρόνου. Από την εμπειρία μας έχουμε καταλάβει ότι είναι **θέμα φόβου**. Θεωρούν [οι γιατροί των άλλων κλινικών] ότι είναι μεγάλη η ευθύνη και δεν μπορούν να την αναλάβουν, οπότε οι ασθενείς θα πρέπει να πάνε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας κι εκεί θα αποδεχθούν οι συγγενείς τα πάντα. Κάπως έτσι λειτουργεί το θέμα. Επίσης, οι συγγενείς, όταν θα δουν στην πράξη σε τι κατάσταση είναι ο ασθενής – και μιλάω για περιπτώσεις που θα βγουν από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αλλά δεν θα είναι λειτουργικοί – από εκεί και ύστερα αλλάζει ο τρόπος σκέψής τους. Και έχουμε δει και πολλά περιστατικά που εξαφανίζονται οι συγγενείς και δεν ξέρουμε πώς πρέπει να τα διαχειριστούμε, γιατί η Μονάδα πια έχει ολοκληρώσει το έργο της και θα πρέπει να περάσουν στην Κλινική, με τη γαστροστομία, με την τραχειοστομία, πιθανόν με τον φορητό αναπνευστήρα, και ξαφνικά οι συγγενείς λένε «α... εγώ είμαι δευτέρου βαθμού, τρίτου βαθμού» κ.λπ. Υπάρχουν μεγάλα κενά, τα οποία και η πολιτεία δεν μπορεί να τα διαχειριστεί. Και όσο για τη διεπιστημονική ομάδα και ο κοινωνικός λειτουργός πολλές φορές ή δεν υπάρχει ή σηκώνει τα χέρια ψηλά.

**Βασίλης Κουλούρας:** Επειδή είμαι ένας από τους θεράποντες ιατρούς του περιστατικού, εγώ θα συμφωνήσω με τον κ. Ιωαννίδη για την ενημέρωση και με την οικογένεια. Ο τίτλος όμως της ομιλίας ήταν χαρακτηριστικός: «Η άρνηση αποδοχής». Υπάρχουν οικογένειες οι οποίες αρνούνται επίμονα. Οι συζητήσεις οι οποίες έγιναν ήταν δεκάδες ώρες, δεκάδες ώρες, δεκάδες, εξηγώντας αναλυτικά ότι δεν μπορεί να γίνει οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση. Μετά από τις συζητήσεις αυτές, και με ψυχολόγο και με υποστήριξη, η απάντηση ήταν «εάν πεθάνει η κόρη μας, θα σας σκοτώσουμε όλους». Και θέλω να σας πω ότι για να ενημερώσουμε για τον θάνατο ήρθε η αστυνομία, για να το ανακοινώσουμε. Υπάρχουν και κάποιες οικογένειες, οι οποίες αρνούνται επίμονα, πεισματικά, να δεχθούν αυτό που έρχεται όσο σωστή ενημέρωση κι αν κάνεις. Θα συμφωνήσω ότι το 80% από τις οικογένειες δέχονται, καταλαβαίνουν, και μάλιστα και υπάρχουν και αιτήματα από τις ίδιες τις οικογένειες να σταματήσει η

υποστήριξη διότι θεωρούν οι ίδιοι μάταιη την υποστήριξη. Δεν είναι όμως *όλοι* οι άνθρωποι ίδιοι και όλες οι οικογένειες ίδιες. Ο τίτλος έλεγε «Η άρνηση αποδοχής αυτού το οποίο έρχεται».

**Α. Καραγάλιου:** Απλά, επειδή εγώ το έζησα, ειδικά την ημέρα που έπρεπε να πω ότι «*το παιδί σας κατέληξε*» και όντως έχει δίκιο ο Καθηγητής μου που λέει ότι καλέσαμε μέχρι και την αστυνομία. Όμως οι άνθρωποι είχαν επί *πολλά* χρόνια ταλαιπωρηθεί με νοσηλείες, με επεμβάσεις στο παιδί τους και **κανένας** δεν τους είπε ότι κάποια στιγμή επέρχεται η φθορά και υπάρχει *ημερομηνία λήξης*. Οι *προηγούμενοι* γιατροί τούς έδιναν ελπίδες, *χωρίς* να τους πουν ότι κάποια στιγμή θα τεθεί ένα τέλος.

**Γεωργία Αποστολοπούλου,** *Ομότιμη Καθηγήτρια Ιστορίας της Φιλοσοφίας και Πρακτικής Φιλοσοφίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων:*<sup>14</sup> Θα ήθελα να μου επιτρέψετε δύο επισημάνσεις τουλάχιστον. Πρώτα-πρώτα συζητάμε για το «ασθενής και υγής» και υποθέτουμε ότι η ζωή είναι *μόνο* υγεία. Ξεχνάμε ότι η πραγματικότητα της ζωής εκφράζεται και με ασθένεια, η οποία μπορεί να μην είναι τόσο σοβαρή, αλλά ωστόσο να έχει κάποιο στοιχείο που *δεν* θεωρείται ότι είναι υγεία. Και πρόκειται για τους ανθρώπους με αναπηρία και, σε ορισμένες περιπτώσεις, για ανθρώπους με αναπηρία οι οποίοι *δεν* αυτοεξυπηρετούνται. Χρειαζόμαστε, λοιπόν, να διευκρινίσουμε *τι σημαίνει* αυτοεξυπηρέτηση. Η δεύτερη επισημάνση αναφέρεται στην πόλωση για το «*Πού πεθαίνει κανείς; Στο νοσοκομείο ή στο σπίτι;*». Είναι γνωστό ότι το «να πεθάνει κάποιος στο σπίτι» *προϋποθέτει φροντίδα* που δεν είναι καθόλου εύκολη από τεχνική άποψη. Δεν υπάρχουν κρεβάτια στο σπίτι που να ανυψώνονται, οι συγγενείς δεν γνωρίζουν πώς να συμπεριφερθούν στον ασθενή και υποχρεώνονται κάθε τόσο να τον μεταφέρουν σε εξωτερικές μονάδες εκτάκτων περιστατικών.

Στη Γερμανία υπάρχουν ειδικά ιδρύματα, τα οποία λέγονται Hospiz, «τα **φιλοξενεία**», τα οποία είναι μονάδες για ασθενείς τελικού σταδίου, οι οποίες παρέχουν εξειδικευμένη ιατρική, ανακουφιστική, θρησκευτική φροντίδα. Αυτή η μέριμνα είχε ξεκινήσει από την Ευαγγελική Εκκλησία. Ίσως είναι απαραίτητη η συζήτηση για την δημιουργία παρομοίων μονάδων και στην Ελλάδα. Ακούω με συμπάθεια και με σεβασμό τον αγώνα των εντατικολόγων να ενημερώσουν και να πείσουν τους συγγενείς ότι έφτασε το τέλος. Δεν είναι απλή υπόθεση, γιατί απαιτεί την συναισθηματική αποστασιοποίηση των συγγενών του ασθενούς από το πρόβλημα. Είναι διαφορετικά το να βλέπει κάποιος το πρόβλημα από μία *απολύτως* αναγκαία συναισθηματική απόσταση και διαφορετικά να εμπλέκεται κάποιος ψυχικά, *όχι* ψυχολογικά, ψυχικά με το πρόβλημα. Χρειάζεται λοιπόν να γίνει περισσότερη συζήτηση και αυτό είναι το μεγάλο μήνυμα του συνεδρίου, δηλαδή η γνωστοποίηση, η διασάφηση και η κατανόηση αυτών των προβλημάτων.

**Ι. Πνευματικός:** Ευχαριστούμε πολύ για την παρέμβασή σας. Πληθαίνουν τα χέρια! Παρακαλώ...

**Ευγενία Γεωργαντά,** *Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια:*<sup>15</sup> Καλημέρα κι από μένα. Λέγομαι Γεωργαντά Ευγενία. Είμαι ψυχολόγος-ψυχοθεραπεύτρια. Ήθελα να θίξω δύο θέματα. Το ένα βασικά είναι η δυσκολία στην *εκπαίδευση σε θέματα θανάτου*. Ακόμη και στο δικό μου το χώρο υπάρχουν πάρα πολλοί ειδικοί, σε εισαγωγικά ειδικοί, "ειδικοί", που δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν το θέμα του θανάτου. Είναι ένα θέμα που νομίζω ότι *όλους* μάς δυσκολεύει. Και συμπληρώνοντας σε αυτά, τα οποία πολύ σωστά έθιξε ο κ. Βιρβιδάκης, νομίζω ότι υπάρχει ένας *τεράστιος φόβος* απέναντι στον θάνατο, γιατί η δυτική κοινωνία, κυρίως, έχει γίνει πολύ μαλθακή. Αποφεύγει οτιδήποτε έχει σχέση με *πόνο*. Και γι' αυτό βλέπουμε και την τόσο πολύ μεγάλη καταφυγή των ανθρώπων στα ψυχοφάρμακα, στην προσπάθειά τους να *αποφύγουν* τον πόνο και *όχι* να τον *διερευνήσουν* και να ανακαλύψουν τα αίτια και τους λόγους για τους οποίους υποφέρουν. Επομένως, όλη μας η κοινωνία είναι αρκετά *φυγόπονη* και έχει την τάση να θέλει να αρνηθεί την πραγματικότητα του θανάτου, πολύ διαφορετικά από ό,τι σε παλαιότερες εποχές που οι άνθρωποι ήταν πιο κοντά στη φύση και ήταν εξοικειωμένοι με τον κύκλο της ζωής.

Επομένως, νομίζω ότι είναι και ένα ευρύτερο κοινωνικό θέμα το πώς αντιμετωπίζουμε τον θάνατο και πόσο πολύ νίπτουμε τας χείρας μας από τον τρόπο με τον οποίον πλέον γίνονται και οι *κηδείες*. Δηλαδή ο άνθρωπος πεθαίνει, μπαίνει στο ψυγείο και ξαφνικά βρίσκεται στο νεκροταφείο *χωρίς καμία*

<sup>14</sup> Αποστολοπούλου Γ. «Η αξία της ανθρώπινης ζωής και το ζήτημα της αυτοκτονίας σύμφωνα με τον Kant». Ομιλία: [YouTube-S0rct-CmGIA](#) 18:02. Άρθρο: Κορυφή 1<sup>ης</sup> σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ > συνεδρία Σ10 > 3.

<sup>15</sup> Γεωργαντά Ε. «Παραφράζοντας τον Καζαντζάκη: Δεν ελπίζω τίποτα, δεν φοβάμαι τίποτα, είμαι έτοιμη να πεθάνω». Ομιλία: [YouTube-6hPi7-G9a\\_Y](#) 17:50. Άρθρο: Κορυφή 1<sup>ης</sup> σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ > συνεδρία Σ7 > 3.

άλλη επεξεργασία των ανθρώπων που έχουν απωλέσει τον άνθρωπό τους. Νομίζω ότι υπήρχαν κάποια τελετουργικά σε παλαιότερα χρόνια που βοηθούσαν στην επεξεργασία του θανάτου. Όλα αυτά έχουν εκλείψει πλέον και ζούμε σε μία πολύ τεχνητή εποχή, που όλα προσπαθούμε να τα αντιμετωπίσουμε *μη βλέποντάς τα*: τις ρυτίδες, το οτιδήποτε είναι αυτό που μας φέρνει κοντά στο γήρας και στον θάνατο. Επομένως νομίζω ότι είναι πολύ σπουδαίο το ότι διοργανώνεται αυτό το συνέδριο και μακάρι να μπορούμε να αντιμετωπίσουμε τον θάνατο λίγο πιο κατάματα.

**I. Πνευματικός:** Πολύ ωραία παρέμβαση. Ευχαριστούμε.

**Βασίλειος Κούτρας**, Ψυχίατρος, Καθηγητής Αγωγής Υγείας στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.<sup>16</sup> Θέλω να κάνω δύο σχόλια. Πρώτον να συμφωνήσω με αυτό που είπε ο κ. Κουλούρας, ότι παρ' όλο που ενημερώνουμε, *δεν αποδέχονται*. Ο λόγος είναι πολύ απλός: Ο πιο συχνός μηχανισμός άμυνας του εγώ που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι, όταν αντιμετωπίζουν δύσκολα πράγματα, είναι η *άρνηση*. Αν λοιπόν για μένα είναι πάρα πολύ επώδυνος ο συγκεκριμένος θάνατος, είτε είμαι εγώ αυτός που πεθαίνει είτε είναι ένας συγγενής μου, τότε το πιο εύκολο πράγμα είναι να μπω σε μηχανισμό άρνησης. Και φυσικά ένας άνθρωπος, ο οποίος χρησιμοποιεί προβληματικούς μηχανισμούς άμυνας του εγώ, δεν είναι δυνατόν – επειδή θα κάνει μία επαφή μ' έναν γιατρό ή μ' έναν ψυχολόγο, έναν ψυχίατρο – σε ένα τόσο σύντομο χρονικό διάστημα ν' αλλάξει τον βασικό τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει τα πράγματα. Και σκεφτείτε πόσοι γιατροί για παράδειγμα αντίστοιχα, όταν έχουν πρόδρομα συμπτώματα από μία αρρώστια, *δεν αναγνωρίζουν* τα πρόδρομα συμπτώματα και δεν ζητάνε βοήθεια ιατρική, γιατί, όπως καταλαβαίνετε, κι εμείς οι γιατροί μπαίνουμε σε όλους αυτούς τους μηχανισμούς άμυνας.

Το δεύτερο το οποίο θέλω να πω, είναι ότι είναι ένα πολύ μεγάλο ερώτημα αυτό το οποίο ειπώθηκε πριν, το αν εγώ έχω αυτή τη στιγμή αποφασίσει κάτι για μένα, *αν αυτό συνεχίσει να ισχύει*. Θα σας φέρω ένα παράδειγμα από την κλινική μου εμπειρία. Όταν έχεις ανθρώπους οι οποίοι αποφασίζουν να αυτοκτονήσουν και αν ο τρόπος που διάλεξαν δεν είναι τρόπος που αυτόματα δεν μπορείς να αλλάξεις γνώμη — κόβω για παράδειγμα τις φλέβες μου και χρειάζεται να περάσει ένα χρονικό διάστημα για να πεθάνω ή παίρνω φάρμακα και χρειάζεται ένα χρονικό διάστημα για να πέσω σε κώμα και να πεθάνω — πάρα πολλοί από αυτούς κάνουν *δεύτερες σκέψεις*, παίρνουν εκείνη τη στιγμή τηλέφωνο και λένε «κινδυνεύω» και έρχονται. Αυτό δεν σημαίνει ότι μετά αυτή τη δεύτερη σκέψη, οπωσδήποτε πάντα από εκεί και πέρα θα σταματήσουν να κάνουν απόπειρες. Ενδέχεται να κάνουν πάλι μία απόπειρα, να *ξαναλλάξουν* άποψη και να κάνουν μία επιτυχημένη απόπειρα. Άρα, δεν είναι πάντα βέβαιο ότι μία απόφαση *σήμερα* σημαίνει ότι είναι και μία απόφαση η οποία μπορεί να με *δεσμεύσει* και στο μέλλον.

**I. Πνευματικός:** Ευχαριστούμε. Παρακαλώ...

**Ευάγγελος Δ. Πρωτοπαπαδάκης**, Επίκουρος Καθηγητής Εφαρμοσμένης Ηθικής και Διευθυντής Εργαστηρίου Εφαρμοσμένης Ηθικής Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ), επικεφαλής του Ελληνικού κλιμακίου της Έδρας Βιοηθικής της UNESCO (Haifa).<sup>17</sup> Διδάσκω Εφαρμοσμένη Ηθική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Στα συγχαρητήριά μου για τη διοργάνωση, να προσθέσω μία μικρή παρατήρηση. Νομίζω ότι η *ευθανασία* είναι ένα πολύ πρακτικό ζήτημα και δεν μπορούμε να μιλάμε γι' αυτή σαν να μιλάμε *εν κενώ*. Στην παρατήρηση της κυρίας Αποστολοπούλου, είναι προφανώς πάρα πολύ κακό ένας άνθρωπος, ο οποίος έχει μία στις εκατό, 1%, πιθανότητες να γίνει καλά, να διακοπεί η διατήρησή του στη ζωή και να καταλήξει. Είναι όμως *χειρότερο* ένας άνθρωπος που έχει **40%** πιθανότητες να διατηρηθεί στη ζωή *να μην έχει* κρεβάτι σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, επειδή κρατάμε έναν άνθρωπο ο οποίος έχει **1%** και μάλιστα ενίοτε *ενάντια* στις επιθυμίες του ιδίου. Αυτό είναι κάτι που πρέπει προφανώς να μπει στη συζήτηση και να προσμετρηθεί, θεωρώ. Ευχαριστώ.

**I. Πνευματικός:** Θα έχω μία διάλεξη το απόγευμα στο Πνευματικό Κέντρο ακριβώς και για το θέμα που θίξατε. Υπάρχει και άλλη μία τελευταία ερώτηση. Παρακαλώ.

<sup>16</sup> Κούτρας Β. Ο φόβος του θανάτου: Ο ένας από τους δύο μεγάλους φόβους του ανθρώπου. Ομιλία: [YouTube-MHArhTISXO](#) 18:32. Άρθρο: Κορυφή 1<sup>ης</sup> σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ > συνεδρία Π4 > 2.

<sup>17</sup> Πρωτοπαπαδάκης Ε. «Ευθανασία: Το δικαίωμα στην ζωή και το δικαίωμα στον θάνατο.» Ομιλία: [YouTube-ik2IkM1p1iU](#) 14:32. Άρθρο: Κορυφή 1<sup>ης</sup> σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ > συνεδρία Σ9 > 3.



**Γιάννα Δικαίου**, υποψήφια Διδάκτωρ στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.<sup>18</sup> Είμαι υποψήφια διδάκτωρ στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Εν ολίγοις αντιλαμβανόμαστε ότι είναι ένα ζήτημα ταμπού όλο αυτό και μπορώ να καταλάβω τη θέση ακόμα και των γιατρών, τη δύσκολη αυτή θέση στο να κάνουν ανοιχτά τη διάγνωσή τους μπροστά στους ασθενείς, αλλά θα ήθελα πραγματικά τις απόψεις σας για ένα περιστατικό. Καρκινοπαθής τελικού σταδίου, μετρώντας μία εβδομάδα ζωής, όπως είδαμε εκ του αποτελέσματος, πώς θα σας φαινόταν οι γιατροί να μας δίνουν ελπίδες για το ότι πρέπει να τον *πέσουμε* να λάβει τα θρεπτικά συστατικά εκείνα που θα του επιτρέψουν να κάνει χημειοθεραπείες άμεσα; Θέλω να εστιάσετε λίγο στο *ψυχολογικό και σωματικό βάρος* που μπορεί να δέχεται ο ίδιος ο ασθενής. Ευχαριστώ.

**I. Πνευματικός:** Η ερώτηση είναι σε κάποιον ομιλητή; Με τα προτελευταία διλήμματα κυρίως δύο ειδικότητες ασχολούνται. Η δική μας, η Εντατική, και η Ογκολογία. Στην Ογκολογία ίσως είναι και πιο δύσκολα τα πράγματα. Ίσως. Διότι μέχρι τελευταία στιγμή υπάρχει επικοινωνία με τον ασθενή. Δεν πεθαίνει διασωληνωμένος και κατεσταλμένος όπως κάποιοι στην Εντατική. Το σημαντικότερο απ' όλα είναι η επιθυμία, η αυτονομία του ασθενούς: *τι θέλει ο ίδιος*. Αν είναι σε θέση να το εκφράσει, να κάνει την επιλογή του, θα τη σεβαστούμε απολύτως. Και ο γιατρός δεν θα επιμένει πατερναλιστικά, και πόσο μάλλον και οι συγγενείς. Επομένως, το πρώτο απ' όλα είναι η επιθυμία του ασθενούς εφόσον αυτός έχει σώας τας φρένας και μπορεί να επιλέξει.

Φυσικά από εκεί και πέρα, όταν σταματάει η θεραπεία, το σημαντικότερο το οποίο εμείς οι γιατροί παραμελούμε και έχουμε ξεχάσει και η ιατρική εκπαίδευση δίνει πολύ λίγη σημασία, είναι η *ανακούφιση*. Η ωραία αυτή ελληνική λέξη. Ανά-κούφος, γίνομαι ξανά ελαφρύς, κούφος είναι ο ελαφρύς. Είναι η ελαφρότητα που έχει η υγεία. Άρα, λοιπόν, η ανακούφιση είναι *ύψιστο* καθήκον του γιατρού. Ίσως και σημαντικότερο από το θεραπευτικό. Εκεί οι περισσότεροι γιατροί, εμείς, τα... εγκαταλείπουμε. Όταν ο ασθενής χρειάζεται ανακούφιση από τον πόνο, από τη δύσπνοια, από το στρες, από τους εφιάλτες κ.λπ, το αφήνουμε στους συγγενείς, στις νοσοκόμες, στη συνοδό κ.λπ. Ένα πεδίο που η σύγχρονη ιατρική δεν εκπαιδεύει κανέναν φοιτητή. Το θεωρούμε δευτερεύον. Και όμως είναι πρωτεύον. Σεβασμός στις *επιθυμίες* του ασθενή και *ανακούφιση* όταν η θεραπεία τελειώνει.

**A. Καραγάλιου:** Απλώς θα ήθελα μία διευκρίνιση να κάνω. Οι ασθενείς, οι συγγενείς και οι γιατροί δεν είναι αντίπαλοι. Ουσιαστικά είμαστε συνεργάτες και συνοδοιπόροι σε ό,τι κάνουμε. Ευχαριστώ.

**Γεώργιος-Αλέξανδρος Γεωργιάδης:** Είμαι *δικηγόρος, υποψήφιος διδάκτορας στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και ένας από τους νομικούς συμβούλους του Νοσοκομείου "Παπαγεωργίου" της Θεσσαλονίκης*.<sup>19</sup> Θα ήθελα να κάνω μία ορολογική παρατήρηση και μία ουσιαστική επισήμανση σε σχέση με τις διαθήκες, τις οποίες έθιξε πριν ο κ. Δημολιάτης. Θέματα αμφότερα, τα οποία έχουμε συζητήσει εκτενώς μεταξύ μας. Η ορολογική παρατήρηση αφορά στον όρο 'διαθήκη'. Στην προκειμένη περίπτωση έχω την εντύπωση ότι είναι εντελώς *αδόκιμος* αυτός ο όρος. Ο όρος διαθήκη, κατά το αστικό μας δίκαιο, αναφέρεται αποκλειστικά και μόνο στην περιέλευση περιουσιακών στοιχείων από τον θανόντα, λόγω του θανάτου του, στους κληρονόμους του. Αναφέρεται *αποκλειστικά* σε περιουσιακά στοιχεία. Δεν αναφέρεται στη διάθεση του ίδιου του προσώπου. Και αυτό γιατί η έννοια της διάθεσης είναι ασυμβίβαστη με την έννοια του προσώπου.<sup>20</sup> Ο όρος αυτός, διαθήκη, διαθήκη ζωής όπως χρησιμοποιείται συχνά, προέρχεται από τον αγγλικό όρο Living Will, όπου κακώς μάλλον η λέξη will μεταφράζεται ως διαθήκη. Ίσως θα ήταν ορθότερο να μεταφραζόταν απλά ως επιθυμία. Σκοπιμότερη θα αξιολογούσα τη χρήση του όρου "*εντολή πρόληψης*". Είναι η μετάφραση του όρου που χρησιμοποιούν αντίστοιχα οι Γερμανοί νομικοί, Vorbeugende Anordnung [;]. Σημαίνει ακριβώς αυτό: Εντέλλομαι, δίνω σε κάποιον την εντολή, ώστε στον χρόνο για τον οποίον δεν θα έχω τη δικαιοπρακτική μου ικανότητα, να

<sup>18</sup> Δικαίου Γ, Μπρούζος Α. «Πένθος στην παιδική ηλικία: Στάδια και ο ρόλος του σχολείου». *Ομιλία: YouTube-8K2Wmg6JJK* 15:18. Άρθρο: Κορυφή 1<sup>ης</sup> σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ > συνεδρία Π5 > 4.

<sup>19</sup> Γεωργιάδης Γ-Α. «Εντολή και πληρεξουσιότητα πρόληψης για την περίπτωση δικαιοπρακτικής ανικανότητας». *Ομιλία: YouTube-P3kollhbqTJM* 19:46. Άρθρο: Κορυφή 1<sup>ης</sup> σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ > συνεδρία Σ7 > 1.

<sup>20</sup> Ίσως ούτε «από νομοτεχνική άποψη η χρήση του όρου "διαθήκη ζωής" είναι εσφαλμένη» διότι «αφορά [κυριολεκτικά] μεταθανάτια διάθεση περιουσιακού στοιχείου του διαθέτη»: του σώματός του. Βλ. Δημολιάτης Γ. «Μεταθανασία (Μεταθανάτια μακροζωία): Αιτία κατάρρευσης της χώρας. Ευθανασία μου ή Δυσθανασία της Κοινωνίας μου; Οφείλω να επιλέξω.-». Κορυφή 1ης σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ > Συνεδρία Π1 > 6: σ 19, υσμ 87.

ενεργήσει, να επιχειρήσει συγκεκριμένες πράξεις. Το ζήτημα αυτό θα το θίξω αναλυτικά αύριο στην εισήγησή μου.

Από ουσιαστική άποψη, ως προς τη νομική δεσμευτικότητα αυτών των εντολών πρόληψης, το ζήτημα σ' εμάς τους νομικούς είναι ιδιαίτερα εριζώμενο. Οι απόψεις δίστανται. Υπάρχουν πολλά επιχειρήματα υπέρ και κατά. Φαίνεται να επικρατεί η αρνητική άποψη ως προς τη νομική δεσμευτικότητά τους. Θα ήθελα μόνο τώρα να επισημάνω μία νεότερη άποψη που έχει διατυπωθεί στη θεωρία, η οποία μεταθέτει το κέντρο βάρους από τις προγενέστερες αυτές *οδηγίες* στο στάδιο της έννοιας του ιατρικού σφάλματος. Εν συντομία θα σας πω μόνο ότι υποστηρίζει αυτή η άποψη ότι θα πρέπει να δεχθούμε ως **ιατρικό σφάλμα** τη συνέχιση μιας θεραπείας η οποία αποδεδειγμένα δεν μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική παράταση της ζωής, ενώ ταυτόχρονα μειώνει ουσιωδώς την ποιότητα ζωής του ασθενούς κατά το τελικό στάδιο της ζωής του.<sup>21</sup> Κριτήριο μάλιστα για τη στάθμιση αυτή υποστηρίχτηκε ότι θα πρέπει να είναι ο φυσικός πόνος του ασθενούς. Περαιτέρω ζητήματα θα αναλύσω αύριο στην εισήγησή μου, οπότε φαντάζομαι θα έχουμε και τον χρόνο μιας διεξοδικότερης συζήτησης. Ευχαριστώ.

**I. Πνευματικός:** Ευχαριστούμε πολύ!

**Πήραν το λόγο** (αλφαβητικά): Αποστολοπούλου Γ (1 φορά), Βιρβιδάκης Στ (1), Γεωργιάδης Γ-Α (1), Δημολιάτης Γ (2), Δικαίου Γ (1), Γεωργαντά Ε (1), Ιωαννίδης Γ (1), Καραχάλιου Α (3), Κουλιάτσης Γ (1), Κουλούρας Β (3), Κούτρας Β (1), Πνευματικός Ι (12· Πρόεδρος της συνεδρίας), Πρωτοπαπαδάκης Ε (1).

<sup>21</sup> Βλ. **Η μεγάλη κραυγή των εντατικολόγων**. Στο: Δημολιάτης Γ. «Μεταθανασία (Μεταθανάτια μακροζωία): Αιτία κατάρρευσης της χώρας. Ευθανασία μου ή Δυσθανασία της Κοινωνίας μου; Οφείλω να επιλέξω. -»: > Κορυφή πρώτης σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ > Συνεδρία Π1 (Αρνηση ή Αποδοχή); > 5: σημείωση 58.

Επίσης: «ποιότητα ζωής του ασθενούς», αλλά **καί** «ποιότητα ζωής των υγιών» που τον φροντίζουν: Βλ. άρθρα και συζήτηση της συνεδρίας «Σ4 Ποιος φροντίζει τους φροντιστές;» > Κορυφή 1ης σελίδας > ΠΡΑΚΤΙΚΑ: σελ. 35-36: Σ4.