

«Εγκεφαλικός θάνατος»: Ένα χρησιμοθηρικό κατασκεύασμα, όχι βιολογικός θάνατος (Κωνσταντίνος Γ. Καρακατσάνης, Πρώην Καθηγητής τής Πυρηνικής Ιατρικής, της Ιατρικής Σχολής τού Α.Π.Θ.)

Date : Μαρτίου 6, 2019

Οι αιτίες για τις οποίες η έννοια του «Εγκεφαλικού Θανάτου» θά πρέπει νά έγκαταλειφθή.

Περίληψη

Σκοπός: Νά δειχθῆ ὅτι ἡ έννοια τοῦ «[Εγκεφαλικού Θανάτου](#)» («ΕΘ», στό ἐξῆς) εἶναι ἕνα ἀμιγῶς χρησιμοθηρικό κατασκεύασμα, τό ὁποῖο δέν ἔχει ἐπαρκῆ ἰατρική τεκμηρίωση.

Μέθοδοι: Παρουσίαση γνωστῶν καί νέων ἐπιχειρημάτων ἀπό τήν ἰατρική βιβλιογραφία καί ἀγνώστων φιλοσοφικῶν ἐπιχειρημάτων.

Αποτελέσματα: Ὑπάρχουν πολλαπλές ἐδογενεῖς, αὐτονόητες ἀσυνέπειες, ἀντιφάσεις καί λογικά σφάλματα στήν έννοια τοῦ «ΕΘ» συμφῶνως μέ τίς ὁποῖες ἡ έννοια αὐτή εἶναι ἐμφανῶς ἀβάσιμη.

Συμπέρασμα: Θεωρεῖται ἀναπόφευκτο ὅτι ἡ μόνη έντιμη ἐπιλογή εἶναι ἡ ἐγκατάλειψη τῆς έννοιας τοῦ «ΕΘ».

Λέξεις-Κλειδιά: ἐγκεφαλικός θάνατος, θάνατος τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους, συνείδηση, νωτιαῖοι αὐτοματισμοί , μεταμόσχευση.

1. Εἰσαγωγή

Ἡ καθιέρωση τῆς έννοιας τοῦ «ΕΘ» πραγματοποιήθηκε τό ἔτος 1968 ἀπό τήν πρός τοῦτο συσταθεῖσα Ἐπιτροπή τῆς Ἰατρικής Σχολῆς τοῦ Πανεπιστημίου τοῦ Harvard (Ἐπιτροπή Harvard, στό ἐξῆς) τό ἔτος 1968. Στήν ἀνακοίνωση τῆς ἀνωτέρω Ἐπιτροπῆς δέν κατεχωρήσθησαν ἰατρικές μελέτες ἡ ὁποιαδήποτε δεδομένα ἀσθενῶν, μέ τά ὁποῖα ὑποστηριζόταν ἡ έννοια τοῦ «ΕΘ» καί ἡ ἐξίσωσή του μέ τόν (βιολογικό) θάνατο [2]. Κατά τήν διάρκεια τῶν τελευταίων πενήντα ἐτῶν, ἀφ' ὅτου εἰσήχθη ἡ έννοια τοῦ «ΕΘ», ἔχουν προκύψει πολύ σοβαρά προβλήματα, τά ὁποῖα καθιστοῦν ἀναπόφευκτη τήν ἐγκατάλειψη τῆς έννοιας αὐτῆς.

1.1 Ο σκοπός της επινόησης του «ΕΘ» ήταν άμιγώς χρησιμοθηρικός

α) Ο κύριος σκοπός της Έπιτροπής του Harvard ήταν να ορίσει τό μή αναστρέψιμο κώμα ως ένα νέο κριτήριο θανάτου στίς περιπτώσεις τών ασθενών, οί όποίοι εύρίσκονταν σέ κωματώδη άπνοϊκή κατάσταση και στούς όποίους δέν ύπήρχε «εύδιάκριτη» δραστηριότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ, εις τό έξής).

Εΐναι άξιοσημείωτο ότι ή άνωτέρω Έπιτροπή παραδέχθηκε άναμφισβήτητα ότι ό σκοπός του όρισμού ενός νέου κριτηρίου θανάτου ήταν άμιγώς χρησιμοθηρικός· δηλαδή, ή άνάγκη του όρισμού ενός νέου κριτηρίου θανάτου ήταν τό γεγονός ότι οί «έγκεφαλικώς νεκροί» («ΕΝ», εις τό έξής, κλινόμενο) άσθενείς άποτελοϋν «φορτίο για τίς οίκογένειές τους, για τά νοσοκομεία, και για αύτούς οί όποίοι έχουν άνάγκη από νοσοκομεικά κρεβάτια, τά όποία ήδη έχουν καταληφθή από αύτούς τούς κωματώδεις άσθενείς. Τά άπρηχαιωμένα κριτήρια για τον όρισμό του θανάτου εΐναι δυνατόν νά όδηγήσουν σέ διαμάχη για τήν άπόκτηση όργάνων για μεταμοσχεύσεις» [3].

Ύποστηρίζεται επίσης ότι ό «ΕΘ» εΐναι ένα κοινωνικό κατασκεύασμα [4], διαφορετικό από τήν έννοια του βιολογικού θανάτου και ότι αυτό επινόηθηκε για τή λήψη ζωτικών όργάνων για μεταμοσχεύσεις [5]. Σέ κάποιες κριτικές έκφράσθηκε άνησυχία για το γεγονός ότι, εάν ό θάνατος θά μπορούσε νά όρισθή εκ νέου για ώφελιμιστικούς σκοπούς, θά μπορούσε νά επανορισθή σέ βραδύτερο χρόνο, πιθανώς άπειλώντας περισσότερο εύπαθείς ομάδες [6].

Η Έπιτροπή Harvard δέν έθεμελίωσε τό νευρολογικό κριτήριο του θανάτου σέ όποιαδήποτε έννοια θανάτου [7]. Μία έκπληκτική και γενναία όντως όμολογία υπό τών ύποστηρικτών του «ΕΘ» ήταν ότι ή άνωτέρω Έπιτροπή «πρωτίστως ένδιαφερόταν για τό μάταιο τής φροντίδας και για τήν έξεύρεση τρόπων νά βοηθήσει τούς ίατρούς στήν άπόσυρση τής (ίατρικής) ύποστήριξης [8].

Επιπροσθέτως, ό εκπρόσωπος τής Αμερικανικής Νευρολογικής Έταιρείας (ΑΑΝ, εις τό έξής) έδωσε μία σπουδαία πληροφορία γράφοντας ότι ή Έπιτροπή Harvard έν γνώριζε καλώς ότι ό «ΕΘ» άντιπροσωπεύει μία μοναδική κωματώδη κατάσταση [9] (άλλά όχι τον βιολογικό θάνατο- ή διευκρίνιση στήν παρένθεση εΐναι του ύπογράφοντος συγγραφέως). Τοιουτοτρόπως, συνάγεται ότι οί «ΕΝ» άσθενείς δέν εΐναι πτώματα, αλλά άσθενείς οί όποίοι εύρίσκονται σέ βαθύ άπνοϊκό κώμα, πιθανώς μή αναστρέψιμο, στούς όποίους ή διατήρηση τής κυκλοφορίας έπιτρέπει τή συνεχιζόμενη κυτταρική λειτουργία, καθώς και εκείνη τών όργανικών συστημάτων, παρεμποδίζοντας τήν έναρξη τής διεργασίας τής άποσύνθεσης⁴.

Περαιτέρω, πολύ διευκρινιστικά, στή συνάφεια του «ΕΘ», εΐναι τά σχόλια του

προέδρου τής Έπιτροπής Harvard, Καθηγητή Henry Beecher, ο οποίος έγραφε ότι: α) «Ο θάνατος ορίζεται σε διάφορα επίπεδα: διανοητικός θάνατος, πνευματικός θάνατος και κοινωνικός θάνατος... Σε οποιοδήποτε επίπεδο επιλέξουμε να ορίσουμε τον θάνατο, αυτό είναι μία αυθαίρετη απόφαση» [10]. Ακόμη, ο Beecher ορίζει τη ζωή ως την ικανότητα του ανθρώπου να επικοινωνήσει με τους άλλους. Η θέση του Beecher καθίσταται ακόμη σαφέστερη όταν υιοθετεί την άποψη ότι «νά ζεις σημαίνει να [11] λειτουργείς και β) «Το κοινωνικό κίνητρο της διάσωσης ανθρώπινης ζωής με τις μεταμοσχεύσεις είναι καλή και έπαρκής αιτία να σύρουμε τη γραμμή (δηλαδή να ορίσουμε τον θάνατο) στον «ΕΘ»10. Όταν κάποιος εξετάσει προσεκτικά τις συνέπειες του αυθαίρετου κοινωνικού κατασκευάσματος του «ΕΘ»4, συναντά την ύπαρξη επιπρόσθετων διολισθήσεων, όπως αναγράφεται κατωτέρω.

1.2 Προβλήματα τά οποία άφοροϋν στά κριτήρια του προσδιορισμού του «ΕΘ»

Ο Truog και ο Robinson έγραφαν τό έτος 2001 ότι επί άπουσίας μιās παγκόσμιας συμφωνίας σχετικώς με τον όρισμό του θανάτου του ανθρώπου, είναι δύσκολο -πραγματικά άδύνατο- να υπάρξουν διαγνωστικά κριτήρια του θανάτου [12].

α. Κριτήρια τής Έπιτροπής του Harvard για τον προσδιορισμό του «ΕΘ»

Τά κριτήρια για τον προσδιορισμό του «ΕΘ» σύμφωνα με την Έπιτροπή του Harvard διατυπώθηκαν από τον Καθηγητή τής Νευρολογίας Raymon Adams και περιελάμβαναν τή μόνιμη κατάσταση τής πλήρους έλλειψης πρόσληψης έρεθισμάτων και τής πλήρους έλλειψης άπόκρισης σε έρεθίσματα. Μέ τήν έκφραση *πλήρης έλλειψη πρόσληψης έρεθισμάτων* έννοοϋνταν όλα τά άποτελέσματα των έρεθισμάτων (είτε διεγερτικά, είτε άντανακλαστικά, είτε γνωστικά ή άλλες λειτουργίες στον όργανισμό. Μέ τήν έκφραση *πλήρης έλλειψη άπόκρισης* έννοοϋνταν όλες οι άποκρίσεις είτε του έγκεφαλικού στελέχους είτε οι προερχόμενες από τον νωτιαίο μυελό ή τον έγκέφαλο, συμπεριλαμβανομένης τής άναπνοής [13]. Τά βασικά διαγνωστικά κλινικά κριτήρια για τή διάγνωση του «ΕΘ», συμφώνως με την Έπιτροπή του Harvard, ήταν τό μή άποκρινόμενο κώμα -άκόμη και στά πλέον όδυνηρά έρεθίσματα- ή έλλειψη αυτόματων κινήσεων, ή άπνοια μετά από άποσύνδεση από τον άναπνευστήρα για 3 min και ή άπουσία άντανακλαστικών με έμφαση στά άντανακλαστικά του έγκεφαλικού στελέχους. Θα πρέπει να τονισθί με έμφαση ότι όποιοσδήποτε αυτόματες κινήσεις και όποιαδήποτε άντανακλαστικά, είτε του ΚΝΣ είτε του νωτιαίου μυελού, πρέπει να είναι άπόντα στην κατάσταση του «ΕΘ»3.

Οι συγγραφείς τής μεγαλύτερης μελέτης, ή όποία έχει πραγματοποιηθί για τον «ΕΘ» στις ΗΠΑ (μελέτη NINCDS), άποφαίνονται ότι ο «ΕΘ» είναι μία έννοια χωρίς άκριβή κλινική ή παθολογο-ανατομική βάση και τοιουτοτρόπως τά διαγνωστικά κριτήρια

είναι αυθαίρετα [14]. Ο όρος «ΕΘ», συμφώνως με τους συγγραφείς της NINCDS μελέτης ούδέποτε απέκτησε μία ακριβή κλινική και παθολογο-ανατομική βάση. Ως αποτέλεσμα, καθορίστηκαν αυθαίρετα κριτήρια τά όποια θεωρήθηκαν ουσιώδη για τη διάγνωση του έγκεφαλικού θανάτου... οί ανεπάρκειες τών όποίων κατέστησαν έμφανεϊς, όταν επέζησαν άσθενείς οί όποιοι πληροϋσαν τά κριτήρια αυτά14.

Σχόλιο 1. Τά κριτήρια τής Έπιτροπής του Harvard για τον προσδιορισμό του «ΕΘ» είναι συμβατά με την όλική άπώλεια τών λειτουργιών όλόκληρου του νευρικού συστήματος (άλλά χωρίς όποιαδήποτε άξιόπιστη άπόδειξη ότι αυτή ή άπώλεια είναι όριστικώς μη αναστρέψιμη) άλλά όχι με τον βιολογικό θάνατο του ανθρώπου.

β. Κριτήρια τής Minnesota καί τής Άγγλικής Σχολής για τον προσδιορισμό του «ΕΘ»

Συμφώνως προς τά κριτήρια τής Minnesota (άπουσία τών άντανακλαστικών του έγκεφαλικού στελέχους) είναι δυνατόν νά αναγγελθῆ ό άσθενής ως «ΕΝ» με βάση τά εύρήματα άπό την κλινική έξέταση του άσθενούς καί την κλινική κρίση [15].

Η άπουσία τών άντανακλαστικών του έγκεφαλικού στελέχους χρησιμοποιήθηκε ως κριτήριο για τη διάγνωση του «ΕΘ» με δύο διαδοχικές άποφάσεις τά έτη 1976 καί 1979 στό Ηνωμένο Βασίλειο [16]. Είναι άξιοσημείωτο νά ύπογραμμισθῆ τό άκόλουθο λογικό σφάλμα: δηλαδή τό γεγονός ότι οί ίδιες ίατρικές δοκιμασίες, οί όποιες είχαν χρησιμοποιηθῆ για προγνωστικούς λόγους άργότερα χρησιμοποιήθηκαν για διαγνωστικούς λόγους, δηλαδή προκειμένου να χαρακτηρισθούν οί άσθενείς αυτοί ως ήδη νεκροί16.

Σχόλιο2. Η έξίσωση τής θεωρούμενης όλικής άπώλειας τών λειτουργιών του έγκεφαλικού στελέχους με τον βιολογικό θάνατο του ανθρώπου είναι παράλογη· διότι επί σοβαρως πάσχοντος έγκεφαλικού στελέχους ή διατήρηση τής κυκλοφορίας (με τη χρησιμοποίηση τής κατάλληλης ύποστηρικτικής άγωγής) έπιτρέπει τη συνεχιζόμενη κυτταρική λειτουργία καί εκείνη τών όργανικών συστημάτων, παρεμποδίζοντας την έναρξη τής διεργασίας τής άποσύνθεσης4. Περισσότερο προβληματικό, άναιτιολόγητο καί κλινικώς επικίνδυνο είναι τό λογικό σφάλμα τής ταύτισης τής πρόγνωσης με τη διάγνωση.

γ. Κριτήρια τής Έπιτροπής του Προέδρου τών ΗΠΑ (1981) για τον προσδιορισμό του «ΕΘ»

Συμφώνως με τον «ένιαϊο» όρισμό του θανάτου, αυτός είναι δυνατόν νά διαγνωσθῆ είτε με τό καρδιο-πνευμονικό κριτήριο είτε με τό νευρολογικό κριτήριο [17].

Τό νευρολογικό κριτήριο τής Έπιτροπής του Προέδρου τών ΗΠΑ για τη διάγνωση του

«ΕΘ» (1981) διαφέρει από εκείνο της Έπιτροπής του Harvard κατά τό γεγονός ότι συμφώνως μέ τήν πρώτη έκ τών δύο Έπιτροπών ή δραστηριότητα του Περιφερικού Νευρικού Συστήματος (ΠΝΣ, εις τό έξής), όπως έπίσης και τά άντανακλαστικά του νωτιαίου μυελου είναι δυνατόν νά έπιμένουν στην κατάσταση του «ΕΘ»¹⁷.

Ο θερμός ύποστηρικτής της έννοιας του “ΕΘ”, Καθηγητής της Νευρολογίας James Bernat, παραδέχεται ότι μεγάλες περιοχές του φλοιου και άλλων ανατομικών δομών του έγκεφάλου δέν είναι δυνατόν νά εκτιμηθούν από τήν παρά τήν κλίνη του άσθενούς κλινική εξέταση, εξαιτίας της καταστροφής του ανιόντος δικτυωτου σχηματισμου του έγκεφαλικου στελέχους [18].

Σχόλιο 3. Συνάγεται ότι ή έπινόηση της έλάττωσης των κριτηρίων για τον προσδιορισμό του «ΕΘ» συνέβη, όταν παρατηρήθηκαν σε «ΕΝ» άσθενείς άντανακλαστικά του νωτιαίου μυελου και άλλες αυτόματες κινήσεις.

δ. Τό έρώτημα, εάν είναι μή αναστρέψιμη ή άπώλεια των λειτουργιών του ΚΝΣ στους «ΕΝ» άσθενείς

Τό μεγάλο πρόβλημα τό όποιο άφορα στον όρισμό του θανάτου, συμφώνως προς τό νευρολογικό κριτήριο, είναι ότι ύπάρχει άνεπαρκής μαρτυρία του προσδιορισμου της έλάχιστης άποδεκτής χρονικής περιόδου, προκειμένου νά βεβαιωθή κάποιος ότι οι νευρολογικές λειτουργίες έχουν σταματήσει άνεπιστρεπτι [19]. Πρέπει νά ύπομνησθή στη συνάφεια αυτή ότι ή μή ύπαρξη αναστρεψιμότητας άποτελει έκ των ών ούκ άνευ προϋπόθεση για τή διάγνωση του «ΕΘ».

Σχόλιο 4. Η πλέον άπαραίτητη προϋπόθεση (για όλες τις ομάδες των κριτηρίων) για τή διάγνωση του «ΕΘ» -ή μή ύπαρξη αναστρεψιμότητας- δέν εξασφαλίζεται· τοιουτοτρόπως, ή διάγνωση του «ΕΘ» είναι άθεμελίωτη.

ε. Η χρήση των εργαστηριακών δοκιμασιών στη διάγνωση του «ΕΘ»

Ο εκπρόσωπος της AAN ισχυρίζεται ότι ή κλινική νευρολογική εξέταση παραμένει τό πρότυπο για τή διάγνωση του «ΕΘ» [20]. Μέ τό ίδιο σκεπτικό ο Καθηγητής της Νευρολογίας James Bernat θεωρούσε ότι αυτή ή διάγνωση έπιτυγχάνεται άσφαλώς μέ κλινικά μόνον κριτήρια· όμως, δέκα τέσσερα έτη άργότερα (2006) παραδέχθηκε ότι ή διάγνωση του «ΕΘ» μέ τή χρήση των κλινικών κριτηρίων τά όποια προσδιορίσθηκαν από τήν AAN, είναι άτελής. Περαιτέρω, ο Bernat αναθεώρησε τήν προηγούμενη άποψη του και παραδέχθηκε ότι, προκειμένου νά γίνει διάγνωση του «ΕΘ», είναι άπαραίτητο νά χρησιμοποιηθή έπίσης μία εργαστηριακή εξέταση ή όποια είναι κατάλληλη για τήν ανάδειξη της όριστικής παύσης όλης της ένδοκρανιακής κυκλοφορίας [21]. Είναι, όπωςδήποτε, άξιοσημείωτο τό γεγονός ότι δέν έχουν καθορισθή κριτήρια από τις νευρο-ακτινολογικές Έταιρειές για τή διάγνωση του

«ΕΘ» [22].

Σχόλιο 5. Δεδομένου ότι δέν είναι δυνατόν νά εξετασθούν τά πλείστα τμήματα τοῦ ἔγκεφάλου μέ τήν παρά τήν κλίνη τοῦ ἀσθενοῦς εξέταση, ἡ διάγνωση τοῦ «ΕΘ» μέ τήν κλινική μόνον εξέταση εἶναι ἀτελής.

στ. Χρησιμοποιοῦνται κανονικῶς τά καθιερωμένα κριτήρια γιά τή διάγνωση τοῦ «ΕΘ»;

Ὁ ἐκπρόσωπος τῆς AAN διεξήγαγε δύο ἐρευνητικές μελέτες μέ τούς συνεργάτες του, προκειμένου νά βεβαιωθῆ κατά πόσον χρησιμοποιοῦνται τά καθιερωμένα κλινικά κριτήρια ὑπό τῆς AAN γιά τή διάγνωση τοῦ «ΕΘ». Τά ἀποτελέσματα καί τῶν δύο μελετῶν ἦταν τόσο ἀπογοητευτικά, ὥστε νά συμπεράνουν ὅτι ἡ ἀκρίβεια γιά τήν ἐκτίμηση τοῦ «ΕΘ» εἶναι δυνητικῶς διαμφοισθητούμενη [23].

Μία ἐξαιρετικῶς σπουδαία πληροφορία, ἡ ὁποία ἐδόθη ἀπό τόν ἀνωτέρω ἐκπρόσωπο τῆς AAN εἶναι ἡ ἀκόλουθη: Στό 22% (ἐπί συνόλου 93) παιδιατρικῶν «ΕΝ» ἀσθενῶν στίς ΗΠΑ ματαιώθηκε ἡ λήψη ζωτικῶν ὀργάνων – μολονότι εἶχε ζητηθῆ (καί εἶχε δοθῆ) ἡ ἄδεια ἀπό τούς γονεῖς τῶν παιδιῶν αὐτῶν γιά λήψη ζωτικῶν ὀργάνων – διότι μετά πολύ προσεκτική νευρολογική εξέταση διαπιστώθηκε ὅτι ἡ διάγνωση τοῦ «ΕΘ» ἦταν ἐσφαλμένη [24]!

1.3 Ἀντιφάσεις καί ἀσυνέπειες οἱ ὁποῖες ἀφοροῦν στή διάγνωση τοῦ «ΕΘ»

α) Ὁ ἐκπρόσωπος τῆς AAN, σε ἕνα ἄρθρο του το ἔτος 1995, ἔγραφε: Εἶναι συμβατή μέ τή διάγνωση τοῦ «ΕΘ» ἡ ὑπαρξη φυσιολογικῆς ἀρτηριακῆς πίεσης καί ἡ ἀπουσία ἀποίου διαβήτου, χωρίς φαρμακολογική ὑποστήριξη [25]. ὅμως, ἕξι ἔτη ἀργότερα, ὁ ἴδιος ἔγραφε το ἀντίθετο· ὅτι, δηλαδή, θά πρέπει νά ἀμφιβάλει κάποιος γιά τή διάγνωση τοῦ «ΕΘ» σέ ἀσθενῆ τοῦ ὁποίου ἡ κατάσταση παραμένει σταθερή [26]. Ὅπωςδήποτε, ἰσχυριζόμεστε ὅτι, ὅταν τό ἐγκεφαλικό στέλεχος εἶναι «κλινικῶς νεκρό», εἶναι ἀδύνατον γιά τόν ἀσθενῆ νά εἶναι αἰμοδυναμικῶς σταθερός (τούλάχιστον στήν ὀξεῖα φάση).

β) Τό περιεχόμενο τῆς «Λευκῆς Βίβλου», ἡ ὁποία ὑπεβλήθη ἀπό τό Συμβούλιο Βιοηθικῆς τοῦ Προέδρου τῶν ΗΠΑ, τό ἔτος 2008, εἶναι ἀξιοσημεῖωτο. Ὡς γνωστόν, τό Ἠνωμένο Βασίλειο ἀκολουθεῖ τόν Pallis στή διάγνωση τοῦ «ΕΘ» ἀποδεχόμενο ὡς κριτήριον τόν «θάνατο τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους» μᾶλλον παρά τήν ὀλική ἀνεπάρκεια τοῦ ἐγκεφάλου. Αὐτή, ὅμως, ἡ ἐλάττωση τῶν κριτηρίων (γιά τή διάγνωση τοῦ «ΕΘ»), εἶναι, κατά τό ἀνωτέρω Συμβούλιο, «ἐννοιολογικῶς ὑποπτη, εἶναι κλινικῶς ἐπικίνδυνη» [27].

γ) Ἐνδιαφέροντα, ἀλλά καί ἐνοχλητικά γιά αὐτούς οἱ ὁποῖοι ἀποδέχονται τήν ἔννοια

του «ΕΘ» είναι τά ακόλουθα παθολογο-ανατομικά εύρηματα: 1) Δύο από τούς είκοσι πέντε «ΕΝ» ασθενείς οι οποίοι είχαν διαγνωσθῆ με βάση τά κριτήρια τῆς Minnesota δέν είχαν οποιαδήποτε παθολογικά εύρηματα στό ἐγκεφαλικό στέλεχος, στή μεταθανάτια παθολογο-ανατομική ἐξέταση, οὔτε ἀδρά οὔτε μικροσκοπικά¹⁵ 2) Στήν πλειονότητα (60%) τῶν περιπτώσεων «ΕΝ» ἀσθενῶν τό ἐγκεφαλικό στέλεχος ἦταν σχεδόν φυσιολογικό ἢ ἀκριβέστερα μόνον 0-5% τῶν νευρώνων τῶν ἐξετασθέντων ἐγκεφαλικῶν στελεχῶν ἔδειξαν ἰσχαιμικές ἀλλοιώσεις [28]. Εἶναι προφανές ὅτι εἶναι ἀδύνατον νά συνυπάρχουν κλινικῶς «νεκρό ἐγκεφαλικό στέλεχος» μέ σχεδόν φυσιολογικούς νευρώνες.

δ) Ὁ Veatch ὑποστηρίζει ὅτι τά ὄργανα παιδιῶν εἶναι δυνατόν νά ληφθοῦν μετά τήν ἀναγγελία τοῦ θανάτου, ἡ ὁποία ἔγινε μετά τήν ἐφαρμογή εἴτε νευρολογικῶν εἴτε καρδιακῶν κριτηρίων. Ἐάν κάποιος ἀναγγέλθηκε νεκρός μέ βάση τήν μή ἀναστρέψιμη παύση τῆς καρδιακῆς λειτουργίας, ... δέν θά ἦταν δυνατόν νά ἀποκατασταθῆ ἡ καρδιακή λειτουργία σέ ἕνα ἄλλο σῶμα... ὅπωςδήποτε, δέν μπορεῖ κάποιος νά λέγει ὅτι ἡ καρδιά ἔχει ἀνεπιστρεπτί σταματήσει, ἐάν στήν πραγματικότητα θά ἐπαναλειτουργήσῃ... Εἶναι ἀδύνατον νά μεταμοσχευθῆ μία καρδιά ἐπιτυχῶς μετά τήν μή ἀναστρέψιμη παύση τῆς... Ἀφαιρώντας ὄργανα ἀπό ἕναν ἀσθενῆ τοῦ ὁποίου ἡ καρδιά ὄχι μόνον μπορεῖ νά ἐπαναλειτουργήσῃ, ἀλλά ἐπίσης ἔχει ἤδη ἐπαναλειτουργήσῃ σέ ἕνα ἄλλο σῶμα, σημαίνει ὅτι διακόπτεται ἡ ζωή μέ τήν ἀφαίρεση ζωτικῶ ὀργάνου [29].

ε) Σέ δύο περιπτώσεις νηπίων ἀποσύρθηκε ἡ ὑποστηρικτική ἀγωγή μέ ἀποτέλεσμα τή διακοπή τῆς καρδιο-κυκλοφορικῆς δραστηριότητας μετά ἀπό 18 (δέκα ὀκτώ) min. Στίς δύο αὐτές περιπτώσεις, μόλις πέρασαν 75 (ἑβδομήντα πέντε) δευτερόλεπτα (μετά τή διακοπή τῆς καρδιακῆς λειτουργίας) ἄρχισε ἡ μεταμόσχευση τῆς καρδιάς [30]. Αὐτό τό γεγονός καί ἄλλα παρόμοια ἀποδεικνύουν πόσον εἰρωνικά ἐφαρμόζεται καί παραβιάζεται ὁ «κανόνας τοῦ νεκροῦ δότη»!

Περαιτέρω, οἱ πολλαπλές ἀντιφάσεις καί ἀσυνέπειες οἱ ὁποῖες ἀφοροῦν στό θέμα τοῦ «ΕΘ», ἀνεδείχθησαν πολύ ἐπιτυχῶς ἀπό τούς Καθηγητές Shewmon Shewmon [Shewmon 1997, Shewmon (a), 1998, Shewmon (b) 1998, Shewmon 2009, Shewmon , 2010] καί Truog (Truog, 1992, Truog, 1997).

1.4 Προβλήματα τά ὁποῖα ἀφοροῦν εἰδικότερα στή Δοκιμασία τῆς Ἄπνοιας

Ἡ ἀσφάλεια τῆς δοκιμασίας τῆς ἄπνοιας ἀμφισβητήθηκε ἀπό τούς σοφούς ἐρευνητές τῆς μεγαλύτερης μελέτης (NINCDS) γιά τόν «ΕΘ» καθῶς ἡ δοκιμασία θεωρήθηκε δυνητικῶς ἐπικίνδυνη γιά ἕναν ἤδη σοβαρῶς βεβλαμμένο ἐγκέφαλο [31].

Τό σπουδαιότερο πρόβλημα γιά τήν ἐκτίμηση τῆς δοκιμασίας τῆς ἄπνοιας εἶναι ὅτι ὁ οὐδός τῆς μέγιστης διεγερσης τῶν ἀναπνευστικῶν κέντρων ἔχει ὀρισθῆ ἀύθαιρέτως στίς ΗΠΑ σέ μερική πίεση διοξειδίου τοῦ ἄνθρακα 60 mm Hg [32].

1.5 Κινήσεις σέ «EN» άσθενείς

Πρέπει νά σημειωθῆ ὅτι στή NINCDS μελέτη γιά τόν «ΕΘ» πολλές ἀπό τίς αὐτόματες κινήσεις, οἱ ὁποῖες συνέβησαν στό 5-10% τῶν «EN» άσθενῶν, δέν ἦταν δυνατόν νά ταυτοποιηθοῦν ὑπό τῶν ἐξεταστῶν ὡς ἀναγνωρισμένα σχέδια ἀντανακλαστικῶν³¹.

Ἀναφορικῶς πρὸς αὐτές τίς κινήσεις, ἰσχυρίζομαστε ὅτι αὐτά τά (θεωρούμενα) σύνθετα νωτιαῖα ἀντανακλαστικά καί οἱ αὐτοματισμοί, οἱ ὁποῖοι ἐκλύονται σέ μερικούς «EN» άσθενείς, εἶναι πολύ παρόμοιοι μέ μερικές στερεότυπες κινήσεις τοῦ σώματος, οἱ ὁποῖες ἄγονται διά τοῦ ἐγκεφαλικοῦ στελέχους· αὐτές εἶναι οἱ περιστροφικές κινήσεις τῆς κεφαλῆς –οἱ ὁποῖες ἐλέγχονται ἀπό τόν διάμεσο πυρῆνα (interstitial nucleus) καί κινήσεις ἀνυψώσεως καί κάμψεως τῆς κεφαλῆς καί τοῦ σώματος, οἱ ὁποῖες ἐλέγχονται ἀπό τούς πυρῆνες prestitial καί recomissuralis ἀντίστοιχα [33].

Οἱ προαναφερθεῖσες στερεότυπες κινήσεις τοῦ σώματος εἶναι ἐφικτές μόνον ὅταν οἱ προαναφερθέντες πυρῆνες τοῦ μεσεγκεφάλου καί τοῦ κατώτερου διεγκεφάλου εἶναι λειτουργικοί (κατάσταση ἢ ὁποία δέν ὑπάρχει στους «EN» άσθενείς). Περαιτέρω, α) ἢ ἐκλυση ὁποιασδήποτε κίνησης στους «EN» άσθενείς δέν εἶναι σύμφωνη μέ τά ἀρχικά κριτήρια τῆς Ἐπιτροπῆς Harvard καί β) μερικά ἀπό αὐτά τά θεωρούμενα νωτιαῖα ἀντανακλαστικά οὐδέποτε ἔχουν παρατηρηθῆ σέ άσθενείς μέ ὑψηλές βλάβες τῆς ἀχενικῆς μοίρας τῆς σπονδυλικῆς στήλης [34].

Ἐπιπροσθέτως, συμφώνως μέ τούς ὑποστηρικτές τῆς ἔννοιας τοῦ «ΕΘ», ἡ σύντομη προσπάθεια τοῦ σώματος νά καθῆσει μέχρι γωνίας 40-60 μοιρῶν, τό «σταύρωμα» τῶν βραχιόνων στό στήθος καί ἄλλες παρόμοιες κινήσεις [35] εἶναι πιθανόν νά πραγματοποιοῦνται ἀπό νεκρούς!

Σχόλιο 6. Ὅπωςδήποτε, ὑποστηρίζουμε ὅτι τίς πρῶτες ἡμέρες μετά τήν ἐκδήλωση τοῦ νωτιαίου shock ὑπάρχει χαλαρή παράλυση, μέ ἀποτέλεσμα νά μήν εἶναι δυνατόν νά ἐκλυθοῦν πολλά ἀπό αὐτά τά «ἀντανακλαστικά».

2.1 Ἡ ἀνακρίβεια τῆς ταύτισης τοῦ περιεχομένου τῆς συνείδησης μέ τήν ἐγρήγορη

Ἡ συνείδηση συμφώνως μέ τήν κλασσική Νευρολογία διακρίνεται στήν ἐγρήγορη καί στό περιεχόμενο τῆς συνείδησης. Ἐγρήγορη εἶναι ἡ φυσική καί ψυχολογική κατάσταση, ἢ ὁποία ἐπιτρέπει σέ ἕνα ὄν νά ἀντιδρᾷ σέ ἐρεθίσματα. Θεωρεῖται ὅτι ἕνα ὄν εἶναι δυνατόν νά ἔχει ἐγρήγορη ἀκόμη καί χωρίς περιεχόμενο τῆς συνείδησης· ὅμως, περιεχόμενο τῆς συνείδησης δέν εἶναι δυνατόν νά ἐπιτευχθῆ χωρίς ὑπαρξη ἐγρήγορης [36].

Στή συνάφεια του θέματος του «ΕΘ» κατανοούμε τον λόγο για τον οποίο ορισμένοι νευρο-επιστήμονες θεωρούν ότι είναι αδύνατον να υπάρχει τό περιεχόμενο της συνείδησης, όταν ο εγκέφαλος είναι σοβαρώς βεβλαμμένος. Η θεώρησή τους εξηγείται από τό γεγονός ότι αυτοί ταυτοποιούν αυτό που ονομάζουν «συνείδηση» μέ τήν έγρήγορη, χωρίς να εξετάζουν τί συμβαίνει μέ τό περιεχόμενο της συνείδησης. Μέ αυτόν τον τρόπο μπορούμε επίσης να εξηγήσουμε τό γεγονός ότι συμφώνως μέ αυτούς είναι δυνατή ή εκτίμηση της «συνείδησης» μέ τή χρήση της Ποζιτρονικής Τομογραφίας Έκπομπής (PET) και τον Μαγνητικό Λειτουργικό Συντονισμό (fMRI)· μέ τίς προναφερθείσες μεθόδους είναι δυνατή ή ίχνηλάτηση της περιοχής του έγκεφάλου, ή οποία ενεργοποιείται από τήν πρόσληψη του δεδομένου έρεθίσματος· όπωσδήποτε, όμως, ούδεμία πληροφορία λαμβάνεται για τίς σκέψεις ή τό παραμένον περιεχόμενο της συνείδησης δεδομένου ότι δέν γνωρίζουμε τούς νευρωνικούς μηχανισμούς της σκέψης.

Θεωρείται επίσης ότι ή αναγκαία προϋπόθεση για τήν ύπαρξη του περιεχομένου της συνείδησης είναι ή άλληλεπίδραση του φλοιού του έγκεφάλου μέ τό άνιόν δικτυωτό ενεργοποιητικό σύστημα [37]. Έν προκειμένω ή ήμέτερη θεώρηση είναι ότι είναι δυνατή ή δημιουργία και ύπαρξη περιεχομένου της συνείδησης χωρίς ύπαρξη έγρήγορης [βλ. κατωτέρω τήν παράγραφο: Η λειτουργία της ψυχής (και του νου) θεωρούμενη καθ' έαυτήν].

Σε όποιαδήποτε περίπτωση, δέν έχει διευκρινισθή τί συμβαίνει μέ τό *προσχηματισμένο περιεχόμενο της συνείδησης* (αυτός ό όρος είναι του γράφοντος και περιλαμβάνει τίς προσχηματισμένες προσωπικές αυτοσυνείδητες έμπειρίες, άναμνήσεις, σκέψεις, μελλοντικά σχέδια, συναισθήματα, και άποκτηθείσες γνώσεις, οί όποιες είναι δυνατόν να παραμένουν λανθάνουσες και μή ενεργοποιημένες) στους κωματώδεις άσθενείς.

Έπί του παρόντος, δέν υπάρχουν καθιερωμένα κριτήρια για τή διάγνωση της άπώλειας του περιεχομένου της συνείδησης, διότι ή συνείδηση είναι ύποκειμενική έμπειρία [38] τό περιεχόμενο της όποίας δέν υπόκειται σε εκτίμηση και μέτρηση, καθόσον δέν υπάρχουν διαθέσιμες κλινικές μέθοδοι για τήν εκτίμηση της αυτοσυνειδησίας [39]· τοιουτοτρόπως, ή διάγνωση του «ΕΘ» -ή όποία βασίζεται στή θεωρούμενη άπουσία της συνείδησης- βασίζεται σε μία αναπόδεικτη ύπόθεση! Περαιτέρω, ή έλαττωμένη -και ιδιαίτερα ή καταργημένη στίς κωματώδεις καταστάσεις- έγρήγορη παρεμποδίζει τήν εκτίμηση του περιεχομένου της συνείδησης [40]· τοιουτοτρόπως, σε αυτές τίς καταστάσεις δέν είναι δυνατόν να εκτιμηθή τό περιεχόμενο της συνείδησης.

Έπιπροσθέτως, ή μή άναστρεψιμότητα της άπώλειας της συνείδησης, επί του παρόντος, δέν είναι δυνατόν να διαγνωσθή μέ βεβαιότητα [41]. **Η κλινική κατάσταση του «ΕΘ» είναι βεβαίως διαφορετική από εκείνη της**

έπιμένουσας φυτικής κατάστασης. Όμως, οί προαναφερθείσες καταστάσεις έχουν ένα κοινό γνώρισμα, δηλαδή τή θεωρούμενη απώλεια του περιεχομένου τής συνείδησης. Όπωςδήποτε, υπάρχουν ένδειξεις ότι τό προσχηματισμένο περιεχόμενο τής συνείδησης δεν είχε απωλεσθῆ κατά τό χρονικό διάστημα κατά τό όποιο οί άσθενείς εύρίσκοντο σέ έπιμένουσα φυτική κατάσταση [42]. Τοιουτοτρόπως, κατ' αναλογία, είναι δυνατόν νά συμπεράνει κάποιος ότι είναι άτεκμηρίωτη ή άποψη ότι στους «ΕΝ» άσθενείς υπάρχει μή αναστρέψιμη απώλεια του περιεχομένου τής συνείδησης.

Σέ ένα προηγούμενο άρθρο [43] είχαμε εισηγηθῆ τή δυνητική έφαρμογή τής μεθόδου PET (ποζιτρονιακής τομογραφίας έκπομπής) καί τής έν τῷ βάθει διέγερσης του έγκεφάλου σέ ένα άρχικό δείγμα «ΕΝ» άσθενών χωρίς μαζικό έγκεφαλικό οίδημα -μέ δεδομένη τήν προηγηθείσα συγκατάθεσή τους, σέ άνύποπτο χρόνο- προκειμένου νά άποκαλυφθῆ δυνητικῶς ή συνείδηση αυτών των άσθενών· δεν γνωρίζουμε, όμως, εάν ἤδη έχει πραγματοποιηθῆ τέτοια μελέτη.

2.2 Ό έγκέφαλος καί τά διανοητικά φαινόμενα

Ό έγκέφαλος είναι τό άπαραίτητο όργανο για τήν έκφραση καί τήν έκδήλωση των διανοητικῶν φαινομένων, αλλά δεν άποτελεῖ τήν αίτία τής προέλευσης των πνευματικῶν φαινομένων του νοῦ, όπως ή θέληση, ή σκέψη, ή κρίση, τό συναίσθημα κ.τ.λ. Ήταν πασίγνωστο τό ρητό στήν άρχαιότητα ότι, εάν ό νοῦς δεν έστιάσει τήν προσοχή του στό έρέθισμα καί στήν πληροφορία ή όποία καταφθάνει στό όργανο τής αίσθησης, δεν παράγεται όποιαδήποτε αίσθηση δεδομένου ότι ό νοῦς είναι ή αίτία καί ή πηγή τής αίσθησης. Έάν λάβουμε υπ' όψη τή θεώρηση του Άγίου Ίωάννου του Δαμασκηνού ότι ό νοῦς είναι «τό καθαρότατο τμήμα τής ψυχῆς» καί «ό όφθαλμός τής ψυχῆς» [44] εξηγείται τό γνωστό άρχαιο ρητό: «νοῦς όρῆ καί νοῦς άκούει» [45]. Η αίσθηση εξαρτᾶται από τήν προσοχή καί τή θέληση του νοῦ. Στήν περίπτωση τής βαριάς βλάβης του έγκεφάλου, οί λογικές δυνάμεις του νοῦ συνεχίζουν νά υπάρχουν, αλλά είναι άδύνατο νά έκδηλωθοῦν.

2.3 Η λειτουργία τής ψυχῆς καί του νοῦ θεωρούμενη «καθ' έαυτήν»

Όταν ό έγκέφαλος είναι σοβαρῶς βεβλαμμένος -άκόμη καί εάν τό υπόλοιπο σῶμα συνεχίζει νά λειτουργῆ- είναι άδύνατον για όρισμένες λειτουργίες τής ψυχῆς (π.χ. εκείνη του ενδιάθετου νοῦ) νά έκδηλωθοῦν μέσω του έγκεφάλου. Όπωςδήποτε, αὐτή ή ἔλλειψη τής έξωτερικῆς έκδήλωσης δεν άποτελεῖ άπόδειξη ότι ή ψυχή δεν μπορεί νά συνεχίζει νά λειτουργῆ «καθ' έαυτήν». Στο Φαίδωνα του Πλάτωνα έκφράζεται ή άκόλουθη άποψη: «λογίζεται δέ γέ που τότε κάλλιστα, όταν αὐτήν τούτων μηδέν παραλυπῆ, μήτε άκοή μήτε όψις μήτε άλγηδών μηδέ τις ήδονή, άλλ' ότι μάλιστα αὐτή καθ' αὐτήν γίγνηται έῶσα χάρειν τό σῶμα, καί καθ' όσον δύναται μή κοινωνοῦσα αὐτῷ μηδ' άπτομένη όρέγεται του όντος [46].

Ίδιαίτερα αξιοσημείωτη είναι η εξήγηση του Ἁγίου Μαξίμου τοῦ Ὁμολογητοῦ γιά τόν τρόπο μέ τόν ὁποῖον ἡ ψυχὴ λειτουργεῖ τόσο «καθ' ἑαυτήν» ὅσο καί μετά τοῦ σώματος [47]. Μία ἀπό τίς χαρακτηριστικές ιδιότητες ψυχῆς, «ἡ λειτουργία της καθ' ἑαυτήν» εἶναι ἡ ἰκανότητά της νά ἐκτελεῖ σύνθετες, λογικές καί ἀφηρημένες λειτουργίες κατά τόν πλέον τέλειο τρόπο, ὅταν δέν λαμβάνει ὑπ' ὄψη τά ἐρεθίσματα, τά ὁποῖα προέρχονται ἀπό τόν ἐξωτερικό κόσμο. Μέ ἓνα μυστηριώδη καί ἀκατάληπτο τρόπο ἡ λειτουργία τῆς ψυχῆς μέ τό σῶμα καθίσταται δυνατή καί συνίσταται στήν ἐνεργοποίηση τοῦ ἐγκεφάλου διά τῆς ὁποίας καθίσταται δυνατή ἡ ἐπικοινωνία της μέ τόν ἔξω κόσμο μέσω τῶν αἰσθήσεων, ἀλλά καί στήν ἀντίληψη τῶν μεταβολῶν τοῦ «ἐσωτερικοῦ περιβάλλοντος» τοῦ σώματος.

Ὅπωςδήποτε, ὅταν ὁ ἐγκέφαλος εἶναι σοβαρῶς βεβλαμμένος –ἀλλά τό ὑπόλοιπο τοῦ σώματος συνεχίζει νά λειτουργεῖ– εἶναι ἀδύνατον νά ἐκδηλωθοῦν ὀρισμένες λειτουργίες τῆς ψυχῆς διά τοῦ ἐγκεφάλου. Αὐτή ἡ ἔλλειψη τῆς ἐξωτερικῆς ἐκδήλωσης δέν ἀποτελεῖ ἀπόδειξη ὅτι ἡ ψυχὴ δέν δύναται νά συνεχίζει νά λειτουργεῖ «καθ' ἑαυτήν».

Τοιοιτοτρόπως, ἡ ταυτοποίηση τῆς ἀπουσίας τῆς ἔκφρασης τῶν ἐκδηλώσεων τῆς ψυχῆς τοῦ ἀνθρώπου μέ τήν ἀπουσία τῆς συνείδησης –ὅπως ὀρισμένοι νευροεπιστήμονες ὑποστηρίζουν– δέν εἶναι δυνατόν νά ὑποστηριχθῆ οὔτε ἀπό τήν Ἑλληνική φιλοσοφία οὔτε ἀπό τήν Παράδοση καί τήν Θεολογία τῆς Ὁρθόδοξης Ἀνατολικῆς Ἐκκλησίας. Κατά συνέπειαν, ἡ ἀπουσία τῆς ἐγρήγορης δέν εἶναι δυνατόν νά χρησιμεύσει ὡς μαρτυρία ἔλλειψης τοῦ περιεχομένου τῆς συνείδησης καί ἐπομένως ὡς κριτήριον «ΕΘ».

2.4 Ἄλλες ἀπόψεις ἀρχαίων φιλοσόφων, οἱ ὁποῖες ἀφοροῦν στή σχέση ψυχῆς-ἐγκεφάλου (καί ἐγκεφάλου-νοῦ)

Ὁ Ἡράκλειτος, ὁ μέγιστος προσωκρατικός φιλόσοφος, ἰσχυρίζεται (κατά τήν ἡμέτερη θεώρηση), μέσω συνεσκιασμένου «σπερματικοῦ» λόγου ὅτι ὁ ἄνθρωπος δέν εἶναι λογικός «ἐκ φυσικῆς κατασκευῆς», ἀλλά μάλλον ὅτι εἶναι «ἐκ φύσεως ἄλογος»· «μόνον ἡ περιέχουσα αὐτόν (τόν «φυσικόν» ἄνθρωπον) ψυχὴ εἶναι λογική καί ἐχέφρων (ἔχει σύνεση, φρόνηση)». Περαιτέρω, ἰσχυρίζεται, ὅτι ὁ συμφυῆς μέ τήν ψυχὴ νοῦς «ἐνδύεται» ἀπό αὐτήν (τήν ψυχὴ) τῆ λογική του δύναμη (Ἡράκλειτος, ἀπόσπασμα στόν Σέξτο τόν Ἐμπειρικό). Θεωρώντας τά ἀνωτέρω, ὑποστηρίζουμε ὅτι, συμφώνως πρός τόν Ἡράκλειτο, δέν εἶναι ἡ «σύμφωνη μέ τή φύση» κατασκευή τοῦ ἐγκεφάλου, ἡ ὁποία εἶναι ἡ αἰτία τῶν διανοητικῶν φαινομένων, ἀλλά μάλλον ἡ λογική ψυχὴ μέ τόν συμφυῆ μέ αὐτήν νοῦ.

Ἐπιπροσθέτως, ὁ Ἀριστοτέλης ἰσχυρίζεται ὅτι ἡ ψυχὴ: 1) εἶναι ἡ αἰτία καί ἡ προέλευση τοῦ ζώντος σώματος (Ἀριστοτέλης, Περὶ Ψυχῆς, 415 b), 2) φαίνεται μάλλον νά εἶναι αὐτή, ἡ ὁποία συνέχει τό σῶμα, διότι ὅταν ἡ ψυχὴ ἐξέλθει τοῦ

σώματος, τοῦτο ἐκπνέει καί σήπεται (Ἀριστοτέλης, Περί Ψυχῆς, 411 b), καί 3) εἶναι ἐκεῖνη ἡ ὁποία παρέχει στά ζῶα τήν κίνηση (Ἀριστοτέλης, Περί Ψυχῆς, 404 a).

Ὁ Γαληνός ἀσκώντας κριτική στόν Πραξαγόρα καί στόν Ἡρόφιλο ἰσχυρίζεται ὅτι ἡ αἰτία τῆς κίνησης τοῦ σώματος εἶναι ἡ ψυχὴ καί ὅτι οἱ μύες καί τὰ νεῦρα εἶναι ἀπλῶς τὰ ὄργανά της. Τοιουτοτρόπως, ὅλες οἱ κινήσεις χάνονται μέ τήν ἀπώλεια τῆς ψυχῆς (Heinrich Von Staden, 1989, 1994).

Συμπερασματικῶς, συνάγεται ὅτι εἶναι ἀθεμελίωτος ὁ ἰσχυρισμός ὅτι στήν κατάσταση τοῦ «ΕΘ» ἔχουν ἀπολεσθῆ ἀμφοτέρω, τόσον τό περιεχόμενο τῆς συνείδησης ὅσο καί οἱ φυτικές λειτουργίες τοῦ ὀργανισμοῦ· ἐπομένως, τὰ προαναφερθέντα δέν εἶναι δυνατόν νά γίνουν ἀποδεκτά ὡς κριτήρια τοῦ «ΕΘ». Ὅπως ἀποδείχθηκε ἀνωτέρω, ἡ χρησιμοθηρική ἐπινόηση τῆς ἔννοιας τοῦ «ΕΘ» μαστίζεται ἀπό τόσα πολλά προβλήματα, ἀσυνέπειες καί ἀντιφάσεις, ὥστε ἡ μόνη ἐντιμη ἐπιλογή εἶναι ἡ ὀριστική ἐγκατάλειψή της.

3. Ἐπίμετρο

Οἱ ἀδελφές Νοσοκόμες ἀποτελοῦν μεγάλο τμήμα τοῦ νοσηλευτικοῦ προσωπικοῦ, οἱ ὁποῖες προσφέρουν τίς πολύτιμες ὑπηρεσίες τους μέ θυσιαστική ἀγάπη, ἰδιαίτερα στούς σοβαρῶς πάσχοντες ἀσθενεῖς. Τό καθῆκον τους εἶναι νά ἀνακουφίζουν τούς ἀσθενεῖς ἀπό τό σωματικό καί ψυχικό πόνο. Ἡ ἄποψή μας εἶναι ὅτι ὑπό ὁποιοσδήποτε περιστάσεις δέν θά πρέπει νά ἐμπλέκονται σέ ἐνέργειες, οἱ ὁποῖες εἶναι βλαπτικές γιά τούς ἀσθενεῖς.

Συμφώνως μέ τὰ προαναφερθέντα ἐπιχειρήματα, οἱ «ἐγκεφαλικῶς νεκροί» ἀσθενεῖς δέν εἶναι βιολογικῶς νεκροί, καί γιά τόν λόγο αὐτόν ἡ ἀφαίρεση τῶν ζωτικῶν τους ὀργάνων γιά μεταμοσχεύσεις σηματοδοτεῖ τήν ἀφαίρεση τῆς ζωῆς τους. Αὐτή ἡ πρακτική εἶναι ἐμφανῶς ἀντίθετη μέ τόν ὄρκο τοῦ Ἰπποκράτη καί τούς νόμους τοῦ ἀνθρωπισμοῦ.

Περαιτέρω, ἡ ἔννοια τοῦ «ΕΘ» εἶναι μία ἐπινόηση γιά καθαρῶς ὠφελιμιστικούς σκοπούς, γεγονός τό ὁποῖο ὁμολογεῖται ἀκόμη καί ἀπό τήν Ἐπιτροπή τοῦ Πανεπιστημίου τοῦ Harvard, ἡ ὁποία ἐπινόησε τήν ἔννοια τοῦ «ΕΘ». Μέ βάση τὰ ἀνωτέρω, προσπαθήσαμε νά δώσουμε ἀφορμή στό νοσηλευτικό προσωπικό νά προβληματισθοῦν κατά πόσον ἡ συμμετοχή τους στίς πρακτικές ἀφαίρεσης ζωτικῶν ὀργάνων ἀπό «ἐγκεφαλικῶς νεκρούς» ἀσθενεῖς εἶναι ἠθικῶς ἐπιτρεπτή.

Εὐχαριστίες

Αἰσθάνομαι βαθιά ὑποχρεωμένος στούς Καθηγητές Alan Shewmon (Ὁμότιμος Καθηγητής τῆς Ἰατρικῆς Σχολῆς τοῦ Πανεπιστημίου UCLA τῶν ΗΠΑ) καί Robert

Truog (Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Harvard των ΗΠΑ) για δύο λόγους: α) διότι η ένασχόλησή μου με τό θέμα του «ΕΘ» άρχισε, είκοσι χρόνια πριν, μετά τη μελέτη των βαθυστόχαστων σχετικών άρθρων τους και β) για την εύγενική βοήθεια την οποία μου προσέφεραν στο παρελθόν κατά την συγγραφή άρθρων για τό ίδιο θέμα.

References

A definition of irreversible coma.(1968). Report of the ad hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of death.JAMA, 205, 337-340.

Adams, R.D.(2001). Foreword. In: Wijdicks, E.F.M. (Ed.),Brain Death. Philadelphia, Williams Lippincott & Wilkins.

Allen, N., Burkholder, J.D., Molinari, G.F., & Comiscioni, G.(1980).Clinical criteria of brain death.In The NINCDS Collaborative study of brain death (pp. 77-147, p. 80, p. 99). NINCDS Monograph No 24, NIH Publication No 81-2286, Bethesda, Maryland.

Aristotle a) De Anima, Book II, Ch. 4, 415b,p 64.Translation, introduction and notes by R.D. Hicks, M.A. Trinity College, Cambridge, At the University Press, Printed by John Clay, MA, 1907,https://ia802609.us.archive.org/17/items/Aristotle_de_anima005947mbp/Aristotledeanima005947mbp.pdf, accessed 12-11-2016).

Aristotle b). De Anima, Book I, 411b, Ch. 5, p 45. Translation, introduction and notes by R.D. Hicks, M.A. Trinity College, Cambridge, At the University Press, Printed by John Clay, MA, 1907, https://ia802609.us.archive.org/17/items/aristotle_de_anima005947mbp/aristotledeanima005947mbp.pdf, accessed 12-11-2016).

Aristotle c) De Anima, Book I, 404a, Ch. 2, p 11. Translation, introduction and notes by R.D. Hicks, M.A. Trinity College, Cambridge, At the University Press, Printed by John Clay, MA, 1907, <https://ia802609.us.archive.org/17/items/aristotledeanima005947mbp/aristotledeanima005947mbp.pdf>, accessed 12-11-2016).

Arts, W.F.M., Van Dongen, H.R., Van-Hof-Van Duin, J., & Lamens, E.(1985).Unexpected improvement after prolonged post-traumatic vegetative state.J NeurolNeurosurg Psych, 48, 1300-1303.

Awada, A.(1995). Uncommon reflex automatisms after brain death.Rev Neurol (Paris), 150, 586-588.

Beecher H.K.(1968). Ethical problems created by the hopelessly unconscious patient. N Engl J Med, 278(26), 1425-1430.

Beecher, H.K., &Dorr, H.I.(1971).The new definition of death.Some opposing views.Int J ClinPharmacol,5(2), 120-124.

Bernat, J.L.(1992).How much of the brain must die in brain death?.The Journal of Clinical Ethics, 3, 21-26.

Bernat, J.L.(2006). The whole-brain concept of death remains optimum public policy. Journal of Law, Medicine and Ethics, Spring, 35-43.<https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2006.00006.x>

Bleck,T.P. (1999). Levels of Consciousness and attention.In Goetz, C.G.,&Pappert, E.J.(Eds.),Textbook of Clinical Neurology(pp. 3-4).W.B. Saunders Co, Philadelphia.

Childs, N.L., &Mercer, W.N.(1996). Brief report: Late improvement in consciousness after post-traumatic vegetative state. N Engl J Med, 334(1), 24-25.

Controversies in the Determination of Death.(2008). A White Paper by the President's Council on Bioethics. Washington, DC.

Curfman, G.D., Morrissey, S., &Drazen, J.M.(2008). Cardiac Transplantation in Infants.New Engl J Med, 359, 749-750.

Diringer, M.N. &Wijdicks, E.F.M.(2001).Brain death in historical perspective. InWijdicks,E.F.M.(Ed.), Brain death(pp. 5-27).Philadelphia, LippincottWilliams&Wilkins.

Doig,J., &Burgess,E.(2003).Brain death. Resolving inconsistencies in the ethical declaration of death. Canadian J of Anesthesia, 50(7), 725-731.

Doyen, N.(2016).Brain Death and the true patient care. Pontifical University of St. Thomas Aquinas, Rome, Italy. Retrieved 10 December, 2017, from <http://www.tandfonline.com/eprint/BfQHt9sNBqqgiySRNkya/full>

Epiharmus, in Plutarch's Moralia, 336b.

Evans, D.(2002,September). Brain death is a recent invention. BMJ, 325-598.

Fost, N.(1999). The Unimportance of death. InYoungner, S.J., Arnold, R.M., &Schapiro,R. (Eds.),The definition of Death, Contemporary Controversies(pp.161-178). Baltimore & London, The John's Hopkins University Press.

Freeman, J.M., &Ferry, P.C.(1988).New brain death guidelines in children.Further confusion, *Pediatrics*, 81, 301-303.

Giacino,J.T.(1997). Disorders of consciousness: Differential diagnosis and neuropathologic features. *Seminars in Neurology*, 17(2), 105-111.

Greer, D.M., Haque, S., &Wijdicks, E.F.M.(2008).Variability of brain death determination guidelines in leading US neurologic institutions.*Neurology*, 70, 284-289.

Guidelines for the determination of death.(1981). Report of the medical consultants on the diagnosis of death to the Presidents Commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research, 246, 2184-2186.

Guyton and Hall.(1996).Textbook of Medical Physiology(9th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Co., p. 712, p. 742.

Heinrich Von Staden 1989.(1994). The Art of Medicine in Early Alexandria, Cambridge University Press. Reprinted 1994, 141, Galenus, De tremor, palpitatione, convulsion et rigore 5 (vii, pp. 605-6K), pp 318-319.<https://doi.org/10.1212/WNL.35.7.1082>

Heraclitus, fragment In: Sextus Empiricus, Against the Mathematicians, 38.

Joannis Damasceni, De Fide Orthodoxa, Lib II, An Exposition of the Orthodox Faith. (Book II). Migne's PG 94, 924b.

Jordan, J.E., Dyess, E., &Cliett, J.(1985).Unusual spontaneous movements in brain dead patients.*Neurology*, 35, 1082.

Karakatsanis, K.G.(2016). "Brain dead" Patients: Critically ill or dead? A Potential Answer to the Problem. *Journal of Intensive and Critical Care*, 2(2), 1-4. <https://doi.org/10.21767/2471-8505.100032>

Maximi Confessoris, Epistolae, Ad Joannem Presbyterum. Migne's, P.G. 91, 436d-437a.

Mohandas, A., &Chou, S.N.(1971). Brain Death: A clinical and pathological study. *J Neurosurg*, 35, 211-218.

Pallis, C.(1982). ABC of brainstem death. From brain death to brainstem death. *British Medical J.*, 285, 1487-1490.

Plato, Plato's Phaedo, transl. G.M.A. Grube (Indianapolis: Hackett Publishing, 1977), pp 13-16 (65a- 67e). Retrieved May 11, 2016, from http://puffin.creighton.edu/eselk/int-ro-phil_on-linecourse/plato_republic/plato_republic_pg13.htm

Plum, F., & Posner J.B. (1987). The diagnosis of stupor and coma (3rd ed.). Ch. 1, F.A. Davis Company, Philadelphia, pp. 3-4.

Shewmon, D.A. (1989, September). The semantic confusion surrounding «brain death». Arch Neurol 46: 603. Letter to the Editor.

Shewmon, DA. (1997). Recovery from “brain death”. A neurologist’s apologia. Linacre Q 64:31-96.

Shewmon (a) DA (1998). "Brainstem Death", "Brain Death" and Death. A critical re-evaluation of the purported equivalence. Issues Law Med 14:125-145.

Shewmon (b) DA (1998). Chronic "brain death". Neurology 51: 1538-1545.

Shewmon DA (1999). Letter to the Editor. Neurology 53: 1371-1372.

Shewmon DA (2009). Brain Death: Can it be resuscitated? Hastings Cent Rep 39: 18-34.

Shewmon DA (2010). Constructing the death elephant: A synthetic paradigm shift for the definition, criteria, and tests for death. J Med Philos 35: 256-298.

Shutter, L. (2014). Pathophysiology of brain death. What does the brain do and what is lost in brain death. J Crit Care, 29(4), 683-686. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.04.016>

Steinbock, B. (1989). Recovery from persistent vegetative state? The case of Carrie Coons. Hast Cent Rep 194: 414. In Civetta, J.M., Taylor, R.W., & Kirby, R.R., (Eds.), Critical Care (1997, 3rd ed., p. 74). Lippincott-Raven, Philadelphia chapt 5.

Taylor, R.M. (1997). Reexamining the definition and criteria of death. Sem Neurol, 17, 265-270.

Truog, R.D., & Fackler, J.C. (1992). Rethinking brain death. Crit Care Med, 20, 1705-1713.

Truog, R.D. (1997). Is it time to abandon brain death? Hastings Cent Rep (United

States), 27, 29-37.

Truog, R.D., & Robinson, W.M.(2001).The diagnosis of brain death.NEJM, 345(8), 617.

Truog, R., & Robinson, W. (2003).Role of brain death and the dead-donor rule in the ethics of organ transplantation.Critical Care Medicine, 31(9), 2391-2396.

Veatch, R.M.(2008). Donating Hearts after Cardiac Death. Reversing the Irreversible. N Engl J Med., 359, 7.<https://doi.org/10.1056/NEJMp0805451>

Walker, A.E., & Molinari, G.F.(1980, December).Criteria for cerebral Death. A critique. In The NINCDS Collaborative STUDY of brain death (pp.181-199). NINCDS Monograph No 24, NIH Publication No 81-2286, Bethesda, Maryland.

Wijdicks, E.F.M.(1995). Determining brain death in adults.Neurology, 45, 1003-1011.

Wijdicks, E.F.M., Rochester, M.N., Bernat, J.L., & Leabanon, N.H.(1999).Letter to the Editor.Neurology, 53, 1369-1370.

Wijdicks E.F.M.(2001a). Current Concepts: The Diagnosis of Brain Death. NEJM, 344(16).

Wijdicks E.F.M.(2001b). Clinical diagnosis and confirmatory testing of brain death in adults.In Wijdicks, E.F.M. (Ed.), Brain Death (p. 79).Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Wijdicks E.F.M.(2001c). NEJM, 345,616-618, No 8 (August 23, 2001).

Wijdicks, E.F.M.(2002). Brain death worldwide.Neurology, 58, 20-25.<https://doi.org/10.1212/WNL.58.1.20>

Wijdicks, E.F.M.(2003). The neurologist and the Harvard criteria of brain death.Neurology, 61, 970-976.

Wijdicks, E.F.M., & Pfeifer E.A. (2008).Neuropathology of brain death in modern transplant era.Neurology 70(15), 1234-1237.<https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000289762.50376.b6>

Wijdicks, E.F.M., & Pfeifer, E.A.(2008).Neuropathology of brain death in the modern transplant era, 70, 1234-1238.

Wijdicks, E.F.M., Varelas, P.N., Gronseth, G.S., & Greer, D.M.(2010). Evidence-based

guideline update: Determining brain death in adults. *Neurology*, 74, 1911-1918.

Youngner, S.J., & Bartlett, E.T. (1983). Human death and high technology: The failure of the whole-brain formulations. *Ann Int Med*, 99, 252-258.

[1] Τό άρθρο αυτό αποτελεί μετάφραση άρθρου, τό οποίο δημοσιεύθηκε πρόσφατα στό Διεθνές Περιοδικό *International Journal of Studies in Nursing*, vol 4, No 1, 2019, doi. 10.20849/ijasn.v4i1.544.

[2] Doyen, N. (2016). Brain Death and the true patient care. Pontifical University of St. Thomas inas, Rome, Italy. Retrieved 10 December, 2017, from <http://www.tandfonline.com/eprint/BfQHt9sNBqqgiySRNky>.

[3] A definition of irreversible coma.(1968). Report of the ad hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of death. *JAMA*, 205, 337-340.

[4] Taylor, R.M.(1997).Reexamining the definition and criteria of death. *Sem Neurol*, 17, 265-270.

[5] Freeman, J.M., & Ferry, P.C.(1988).New brain death guidelines in children. *Further confusion, Pediatrics*, 81, 301-303,, Shewmon, D.A.(1989,September). The semantic confusion surrounding «brain death». *Arch Neurol* 46: 603. Letter to the Editor,, Taylor, R.M.(1997).Reexamining the definition and criteria of death. *Sem Neurol*, 17, 265-270,, Truog, R.D. (1997). Is it time to abandon brain death? *Hastings Cent Rep (United States)*, 27, 29-37,, Evans, D.(2002,September). Brain death is a recent invention. *BMJ*, 325-598.

[6] Fost, N.(1999). The Unimportance of death. In Youngner, S.J., Arnold, R.M., & Schapiro, R. (Eds.), *The definition of Death, Contemporary Controversies*(pp.161-178). Baltimore & London, The John's Hopkins University Press.

[7] Doig, J., & Burgess, E. (2003). Brain death. Resolving inconsistencies in the ethical declaration of death. *Canadian J of Anesthesia*, 50(7), 725-731.

[8] Diring, M.N. & Wijdicks, E.F.M. (2001). Brain death in historical perspective. In Wijdicks, E.F.M. (Ed.), *Brain death* (pp. 5-27). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

[9] Wijdicks, E.F.M. (2003). The neurologist and the Harvard criteria of brain death. *Neurology*, 61, 970-976.

[10] Beecher, H.K., & Dorr, H.I. (1971). The new definition of death. Some opposing views. *Int J Clin Pharmacol*, 5(2), 120-124.

[11] Beecher H.K. (1968). Ethical problems created by the hopelessly unconscious patient. *N Engl J Med*, 278(26), 1425-1430.

[12] Truog, R.D., & Robinson, W.M. (2001). The diagnosis of brain death. *NEJM*, 345(8), 617.

[13] Adams, R.D. (2001). Foreword. In: Wijdicks, E.F.M. (Ed.), *Brain Death*. Philadelphia, Williams Lippincott & Wilkins.

[14] Walker, A.E., & Molinari, G.F. (1980, December). Criteria for cerebral Death. A critique. In *The NINCDS Collaborative STUDY of brain death* (pp. 181-199). NINCDS Monograph No 24, NIH Publication No 81-2286, Bethesda, Maryland.

[15] Mohandas, A., &Chou, S.N.(1971). Brain Death: A clinical and pathological study. *J Neurosurg*, 35, 211-218.

[16] Pallis, C.(1982). ABC of brainstem death. From brain death to brainstem death. *British Medical J.*, 285, 1487-1490.

[17] Guidelines for the determination of death.(1981). Report of the medical consultants on the diagnosis of death to the Presidents Commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research, 246, 2184-2186.

[18] Bernat, J.L.(1992).How much of the brain must die in brain death?.*The Journal of Clinical Ethics*, 3, 21-26.

[19] Wijdicks, E.F.M., Varelas, P.N., Gronseth, G.S., &Greer, D.M.(2010). Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults. *Neurology*, 74, 1911-1918.

[20] Wijdicks (a) E.F.M.(2001). Current Concepts: The Diagnosis of Brain Death. *NEJM*, 344(16).

[21] Bernat, J.L.(2006). The whole-brain concept of death remains optimum public policy. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, Spring, 35-43.<https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2006.00006.x>

[22] Wijdicks (b), E.F.M.(2001). Clinical diagnosis and confirmatory testing of brain death in adults.InWijdicks, E.F.M. (Ed.), *Brain Death* (p. 79).Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

[23] Wijdicks, E.F.M.(2002). Brain death worldwide.*Neurology*, 58, 20-25.<https://doi.org/10.1212/WNL.58.1.20>; Greer, D.M., Haque, S., &Wijdicks, E.F.M.(2008).Variability of brain death determination guidelines in leading US neurologic institutions.*Neurology*, 70, 284-289.

[24] Wijdicks, E.F.M., Rochester, M.N., Bernat, J.L., &Lebanon, N.H.(1999).Letter to the Editor.*Neurology*, 53, 1369-1370.

[25] Wijdicks, E.F.M.(1995). Determining brain death in adults.*Neurology*, 45, 1003-1011.

[26] Wijdicks (c), E.F.M.(2001). *NEJM*, 345,616-618, No 8 (August 23, 2001).

[27] Controversies in the Determination of Death.(2008). *A White Paper by the President's Council on Bioethics*. Washington, DC.

[28] Wijdicks, E.F.M., & Pfeifer, E.A.(2008).*Neuropathology of brain death in the modern transplant era*, 70, 1234-1238.

[29] Veatch, R.M.(2008). Donating Hearts after Cardiac Death. Reversing the Irreversible. *N Engl J Med.*, 359, 7.<https://doi.org/10.1056/NEJMp0805451>

[30] Curfman, G.D., Morrissey, S., &Drazen, J.M.(2008). Cardiac Transplantation in Infants.*New Engl J Med*, 359, 749-750.

[31] Allen, N., Burkholder, J.D., Molinari, G.F., & Comiscioni, G.(1980).Clinical criteria of brain death.*In The NINCDS Collaborative study of brain death* (pp. 77-147, p. 80, p. 99). NINCDS Monograph No 24, NIH Publication No 81-2286, Bethesda, Maryland.

[32] Wijdicks (a) E.F.M.(2001). Current Concepts: The Diagnosis of Brain Death. *NEJM*, 344(16).

[33] Guyton and Hall.(1996).*Textbook of Medical Physiology*(9th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Co., p. 712, p. 742.

[34] Awada, A.(1995). Uncommon reflex automatism after brain death.*Rev Neurol (Paris)*, 150, 586-588.

[35] Jordan, J.E., Dyess, E., & Cliett, J.(1985). Unusual spontaneous movements in brain dead patients.*Neurology*, 35, 1082.

[36] Shutter, L.(2014). Pathophysiology of brain death. What does the brain do and what is lost in brain death. *J Crit Care*, 29(4), 683-686. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.04.016>

[37] Bleck, T.P. (1999). Levels of Consciousness and attention. In Goetz, C.G., & Pappert, E.J. (Eds.), *Textbook of Clinical Neurology* (pp. 3-4). W.B. Saunders Co, Philadelphia.

[38] Truog, R.D., & Fackler, J.C. (1992). Rethinking brain death. *Crit Care Med*, 20, 1705-1713.

[39] Giacino, J.T. (1997). Disorders of consciousness: Differential diagnosis and neuropathologic features. *Seminars in Neurology*, 17(2), 105-111.

[40] Plum, F., & Posner, J.B. (1987). *The diagnosis of stupor and coma* (3rd ed.). Ch. 1, F.A. Davis Company, Philadelphia, pp. 3-4.

[41] Youngner, S.J., & Bartlett, E.T. (1983). Human death and high technology: The failure of the whole-brain formulations. *Ann Int Med*, 99, 252-258; Arts, W.F.M., Van Dongen, H.R., Van-Hof-Van Duin, J., & Lamens, E. (1985). Unexpected improvement after prolonged post-traumatic vegetative state. *J Neurol Neurosurg Psych*, 48, 1300-1303; Steinbock, B. (1989). Recovery from persistent vegetative state? The case of Carrie Coons. *Hast Cent Rep* 194: 414. In Civetta, J.M., Taylor, R.W., & Kirby, R.R., (Eds.), *Critical Care* (1997, 3rd ed., p. 74). Lippincott-Raven, Philadelphia chapt 5; Childs, N.L., & Mercer, W.N. (1996). Brief report: Late improvement in consciousness after post-traumatic vegetative state. *N Engl J Med*, 334(1), 24-25.

[42] Arts, W.F.M., Van Dongen, H.R., Van-Hof-Van Duin, J., & Lamens, E. (1985). Unexpected improvement after prolonged post-traumatic vegetative state. *J Neurol Neurosurg Psych*, 48, 1300-1303; Childs, N.L., & Mercer, W.N. (1996). Brief report: Late improvement in consciousness after post-traumatic vegetative state. *N Engl J Med*, 334(1), 24-25.

[43] Karakatsanis, K.G. (2016). "Brain dead" Patients: Critically ill or dead? A Potential Answer to the Problem. *Journal of Intensive and Critical Care*, 2(2), 1-4. <https://doi.org/10.21767/2471-8505.100032>

[44] Joannis Damasceni, *De Fide Orthodoxa*, Lib II, An Exposition of the Orthodox Faith. (Book II). Migne's PG 94, 924b.

[45] Epipharmus, in Plutarch's *Moralia*, 336b.

[46] Πλάτωνος Φαίδων, 65c.

[47] Maximi Confessoris, Epistolae, Ad Joannem Presbyterum. Migne's, P.G. 91, 436d-437a.

"[Η ΑΛΛΗ ΟΨΙΣ](#)": Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε από βάθους καρδίας τον κ. Καθηγητή γιατί μας εμπιστεύθηκε την εργασία του.