



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑΤΑ: ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΩΝ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗΣ • ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ • ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΒΙΟΗΘΙΚΗ**

74100 ΡΕΘΥΜΝΟ – ΚΡΗΤΗ

ΤΗΛ.: 28310 77218, 77245 • FAX: 28310 77230

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 1/01/2012

Μεταπτυχιακή Εργασία : “Βιοηθικοί Προβληματισμοί αναφορικά με την Άνοια στην Τρίτη Ηλικία”.

Εργασία της σπουδάστριας

Πριναράκη Μαρία

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κεφάλαιο 1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	Σελ 5
Κεφάλαιο 2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΟΙΩΝ	Σελ 9
• Φυσιολογικό γήρας	Σελ 9
• Ήπια νοητική διαταραχή	Σελ 13
• Νόσος του Alzheimer	Σελ 17
• Αγγειακή άνοια	Σελ 20
• Άνοια με σωμάτια Lewy	Σελ 27
Κεφάλαιο 3. ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	Σελ 29
Κεφάλαιο 4. ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	Σελ 32
• Βιοηθικοί Προβληματισμοί	Σελ 34
• Αρχή της Αυτονομίας - Kant	Σελ 37
• Αρχή της Αξιοπρέπειας - Kant	Σελ 39
• Συμπεράσματα	Σελ 41
Βιβλιογραφία	Σελ 43
Παράρτημα	Σελ 48

## ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

HAD = Associated Dementia

CT ή AT ή VT = Computerized Tomography, ή Αξονική Τομογραφία

MT = Μαγνητική Τομογραφία

FMRI = Λειτουργική Μαγνητική Τομογραφία

ΑΤΑ = Άνοια Τύπου Alzheimer

ΑΣΛ = Άνοια με σωματίδια Lewy

ΝΠ = Νόσος Πάρκινσον

ΗΕΓ = Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα

ΚΝΣ = Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

ΗΚΓ = Ηλεκτροκαρδιογράφημα

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το θέμα της εργασίας αφορά τους βιοηθικούς προβληματισμούς αναφορικά με την άνοια στην Τρίτη ηλικία. Συγκεκριμένα γίνεται μια προσπάθεια να διαπιστώσουμε κατά πόσο ένα ηλικιωμένο άτομο με άνοια έχει δικαίωμα να συναινέσει ή όχι για το είδος της θεραπείας που θα ακολουθήσει αλλά και για τη λήψη αποφάσεων σε θέματα που μπορεί να σχετίζονται με ιατρικά και νομικά ζητήματα.

Αναλυτικότερα, στην πρώτη ενότητα της εργασίας γίνεται μία σύντομη ιστορική αναδρομή αναφορικά με την άνοια και τη νόσο Alzheimer. Στη δεύτερη ενότητα της εργασίας γίνεται μία προσπάθεια να δούμε διάφορους τύπους άνοιας και τις βασικές διαφορές τους. Για παράδειγμα στο φυσιολογικό γήρας μπορεί να έχουμε έκπτωση μνήμης που σχετίζεται με την πάροδο της ηλικίας. Ωστόσο είναι εντελώς διαφορετικό ένα ηλικιωμένο άτομο να αντιμετωπίζει μία ήπια γνωστική διαταραχή που σχετίζεται με διαταραχές στη μνήμη από το να βρίσκεται στα τελευταία στάδια της νόσου Alzheimer.

Στη τρίτη ενότητα της εργασίας προσπαθούμε να αναλύσουμε το τι γίνεται στην Ελλάδα όσο αφορά τη νομική προσέγγιση του θέματος. Συγκεκριμένα γίνεται μία αναφορά στα άρθρα του Συντάγματος, στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας - τη προσωπική ελευθερία και στα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες. Επιπλέον, αναφέρονται άρθρα από τον Αστικό Κώδικα που σχετίζονται με τη συναίνεση, δικαστική συμπαράσταση και ακούσια νοσηλεία. Επίσης αναφέρεται ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας και τα άρθρα για τα δικαιώματα των ασθενών αλλά και για τη σχέση γιατρού ασθενούς και το ιατρικό απόρρητο. Επίσης γίνεται αναφορά στο ζήτημα της «εικαζόμενης συναίνεσης», που προκύπτει στις περιπτώσεις ασθενών που για διάφορους λόγους δεν μπορούν να συναινέσουν (λόγω ηλικίας, ασθένειας, κτλ).

Στην τέταρτη ενότητα της εργασίας εξετάζουμε τη φιλοσοφική διάσταση του αρχικού μας ηθικού προβληματισμού που είναι: «μπορεί ένα άτομο με άνοια να συναινέσει»? Το θέμα μας εξετάζεται με βάση την ηθική θεωρία του Καντ και κυρίως υπό τη μορφή που αυτή διατυπώνεται από την κατηγορική προστακτική. Ειδικότερα, στηριζόμαστε στην αρχή της αξιοπρέπειας και την αρχή της αυτονομίας που απορρέουν από τις διατυπώσεις της κατηγορικής προστακτικής, από τη διατύπωση του αυτοσκοπού η πρώτη και από τη διατύπωση της αυτονομίας η δεύτερη. Αναλυτικότερα, στηριζόμαστε στο ότι οι δύο αυτές αρχές υπαγορεύουν ότι ο άνθρωπος είναι ένα έλλογο, ανεξάρτητο όν, ελεύθερο να διαθέτει τον εαυτό του όπως εκείνο κρίνει. Επομένως τυχόν ενέργειες ή διαδικασίες που διακυβεύουν την ελευθερία του και αντίθετα αποσκοπούν στο να τον εκμεταλλευθούν καταδικάζονται ηθικά.

Συνοψίζοντας, καταλήγουμε σε συμπεράσματα που προκύπτουν από τη γενικότερη ανάλυση και προβληματισμό γύρω από το θέμα της συναίνεσης αλλά και την λήψη αποφάσεων των ηλικιωμένων ατόμων με άνοια.

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η νόσος Alzheimer, αν και θεωρείται από τους περισσότερους μια νόσος της σύγχρονης εποχής, εντούτοις, κατά την ιστορική αναζήτηση είναι δυνατό να βρούμε αναφορές σχετικές με τη νόσο ακόμη και στη μακρινή αρχαιότητα. Από τον 24<sup>ο</sup> αιώνα π.χ. οι αρχαίοι Αιγύπτιοι συσχετίζουν το γήρας με τη διαταραχή της μνήμης. Στο μουσείο του Λούβρου φυλάσσεται χειρόγραφο του Πτάχοτεπ, Αιγύπτιου αξιωματούχου, ο οποίος σε μεγάλη ηλικία θέλησε να αφήσει παρακαταθήκη στις επόμενες γενεές τις εμπειρίες και τη γνώση που είχε αποκτήσει. Στο κείμενο του, μεταξύ άλλων, περιγράφει και τη θλιβερή επίπτωση των γηρατειών στον άνθρωπο.

Στην αρχαιοελληνική ιστορία, ο Πυθαγόρας ήταν από τους πρώτους που αναφέρθηκαν στη νόσο τον 7<sup>ο</sup> αιώνα π. Χ. Ο Πυθαγόρας χώρισε τον κύκλο της ζωής σε πέντε διαφορετικά στάδια, τα οποία άρχιζαν στα 7, 21, 49, 63 και 81 χρόνια. Τα δύο τελευταία αντιστοιχούσαν στα γηρατεία, τα οποία θεωρούσε ως μία περίοδο φθοράς και εξασθένησης του ανθρώπινου σώματος και οπισθοδρόμησης των πνευματικών ικανοτήτων στο στάδιο της νηπιακής ηλικίας. Ήταν μάλιστα τόσο συχνή αυτή η εμφάνιση της απώλειας των νοητικών λειτουργιών που ο Σόλωνας, νομοθέτης του 5<sup>ου</sup> π. Χ. αιώνα, τη συμπεριέλαβε στους νόμους του, κατά την αναθεώρηση εκείνων που αφορούσαν στη σύνταξη της διαθήκης. Υπαγόρευε πως ο συντάσσων τη διαθήκη μπορούσε να κληροδοτήσει την περιουσία του στους συγγενείς του αλλά και σε πρόσωπο εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος αρκεί η κρίση του να μην είχε επηρεαστεί από τη χρήση βίας, από πόνο, ουσίες, γηρατεία και τη γυναικεία πειθώ.

Ο πατέρας της Ιατρικής, ο Ιπποκράτης, συμπεριέλαβε στην ταξινόμηση των ψυχικών ασθενειών τον όρο "παράνοια", με τον οποίον αναφερόταν στην έκπτωση των πνευματικών δυνάμεων που επερχόταν με το γήρας. Πίστευε πως η ασθένεια είχε κάποια οργανική αιτιολογία και μοιραία πρόγνωση. Η Ιπποκρατική νοσολογία βασίζεται στην αντίληψη των τεσσάρων κυρίων συστατικών του ανθρώπινου σώματος, τους τέσσερις χυμούς: αίμα, φλέγμα, κιτρίνη (ξανθή) χολή και μέλαινα (μαύρη) χολή, που περιγράφονται στο "Περί φύσιος ανθρώπου" βιβλίο. Η υγεία, κατά κύριο λόγο, οφείλεται στην ορθή αναλογία (αρμονία) των τεσσάρων χυμών του ανθρώπινου σώματος και χαρακτηρίζεται ως ευκρασία. Κάθε διαταραχή της ισορροπίας των χυμών αυτών (δυσαρμονία) προκαλεί την εμφάνιση νόσου (δυσκρασία). Σε καθεμία από τις περιόδους της ανάπτυξης του ανθρώπου οι χυμοί άλλαζαν την ισορροπία τους, η θεωρία του παρέμεινε δημοφιλής μέχρι τον 18<sup>ο</sup> αιώνα.

Ο Πλάτωνας και ο μαθητής του, ο Αριστοτέλης, αναφέρονται στα γραπτά τους κείμενα στην έκπτωση των νοητικών λειτουργιών που επέρχεται με το γήρας, με την πεποίθηση πως είναι άρρηκτα συνδεδεμένα. Ο Αριστοτέλης γράφει πως οι ηλικιωμένοι δεν είναι ικανοί να κατέχουν διοικητικές θέσεις, επειδή "χάνεται η οξύδερκεια του νου που τους βοηθούσε στα νιάτα τους, ενώ εξασθενούν και οι δυνάμεις που εξυπηρετούσαν τη νόηση, τις οποίες κάποιοι ονομάζουν κρίση, φαντασία, διαλεκτική ικανότητα και μνήμη" (Τσολάκη, 2005).

Σταθμό στην εξέλιξη των απόψεων σχετικά με την άνοια αποτέλεσε ο Ρωμαίος φιλόσοφος Κικέρωνας, που έζησε το 2<sup>ο</sup> π. Χ. αιώνα. Ενώ οι μέχρι τότε φιλόσοφοι και γιατροί θεωρούσαν αλληλένδετες την περιορισμένη νοητική λειτουργία και την προχωρημένη ηλικία, ο Κικέρωνας διατυπώνει την άποψη ότι η πνευματική έκπτωση, δεν χαρακτηρίζει όλους τους ανθρώπους προχωρημένης ηλικίας, αλλά κυρίως αυτούς που ήταν άβουλοι. Σύμφωνα με τον Κικέρωνα,

δηλαδή, η άνοια δεν είναι λογικό επακόλουθο της γήρανσης, ένα συμπέρασμα που υποστηρίζεται ακόμα και σήμερα! Συγχρόνως, βλέπουμε ότι εμμέσως προτείνει και ένα τρόπο πρόληψης της νοητικής έκπτωσης, μέσω της πνευματικής άσκησης.

Μία ακόμη στάση στην ιστορία της γεροντικής άνοιας είναι η εγκυκλοπαίδεια του Ρωμαίου Aurelius Cornelius Celsus, ' De Re Medicina' . Στο εγχειρίδιο αυτό του 30 μ.Χ. χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά η λατινική λέξη dementia (από το λατινικό de mens, δηλαδή χωρίς μυαλό) για να χαρακτηρίσει την άνοια, όρος που διατηρείται ακόμα και σήμερα διεθνώς. Ο όρος αυτός θα αποσαφηνιστεί πλήρως αργότερα το 600 μ.Χ. από τον Άγιο Ισίδωρο, Επίσκοπο της Σεβίλλης, στο βιβλίο του Etymologies.

Ένας ακόμη σημαντικότατος γιατρός που ασχολήθηκε με τη γεροντική άνοια κατά τον 2<sup>ο</sup> αιώνα μ.Χ., ήταν ο Έλληνας Γαληνός. Ο Γαληνός άνηκε στη σχολή των εκλεκτικών, δηλαδή ανθολόγησε τις απόψεις του από τις διάφορες συχνά αλληλοσυγκρουόμενες σχολές, που είχαν αναπτυχθεί στη Ρώμη κατά το 2<sup>ο</sup> μ.Χ. αιώνα και διέπλασε ένα ιατρικό σύστημα, το οποίο με τη δύναμη της αυθεντίας του κατόρθωσε να επιβάλει, ώστε να ποδηγετήσει την ιατρική σκέψη επί 14 αιώνες. Κατά τον Γαληνό, ο εγκέφαλος είναι η έδρα της σκέψης (ψυχή λογιστική), το κέντρο της αίσθησης και της κίνησης, οι λειτουργίες του εξαρτώνται από το ψυχικό πνεύμα και εξυπηρετούνται από τα νεύρα. Οι λειτουργίες του οργανισμού βασίζονται στη σταθερή ανανέωση του πνεύματος. Ο Γαληνός, για να περιγράψει την άνοια, χρησιμοποίησε τη λέξη «μώρωσις», η οποία προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη «μωρός» που σημαίνει ανόητος, δηλαδή χωρίς νόηση. Αυτοί που εμφάνιζαν «μώρωση» περιγράφονταν από τον Γαληνό ως «εκείνοι στους οποίους η γνώση των τεχνών και των γραμμάτων έχει σβηστεί». Στα συγγράμματά του, περιλάμβανε τη μώρωση στη λίστα με τις νοητικές διαταραχές και τα γηρατειά, σαν μία κατάσταση κατά την οποία εμφανίζεται η μώρωση. Επιπρόσθετα, θεωρούσε ασθένεια τη γεροντική ηλικία και συγκεκριμένα έγραφε: «τα γηρατειά δεν είναι φυσική διαδικασία, με την ίδια έννοια όπως η θρέψη και η ανάπτυξη. Τα δύο τελευταία θεωρούνται φυσιολογικές διαδικασίες, ενώ το πρώτο όχι. Τα γηρατειά είναι περισσότερο κάτι σαν μία αναπόφευκτη μόλυνση του σώματος». Με μία τέτοια αντίληψη για την προχωρημένη ηλικία, δεν μας είναι καθόλου περίεργο το ότι η πνευματική έκπτωση, φαινόταν να είναι μια αναπόφευκτη κατάσταση της τρίτης ηλικίας. Απέδιδε τα γηρατειά στην "αραίωση και ελάττωση της ποσότητας του πνεύματος, λόγω της ψυχρότητας και υγρασίας του εγκεφάλου" (Τσολάκη, 2005).

Κατά τους πρώτους αιώνες του Μεσαίωνα, Η Ευρώπη ερημωμένη από τους πολέμους και τις εισβολές των βαρβαρικών φυλών και ταλαιπωρημένη από τις επιδημίες, εμφανίζει εικόνα πολιτιστικής κατάπτωσης. Στην πορεία, η Καθολική Εκκλησία αναδείχθηκε σε ισχυρότατη δύναμη, καθώς κατείχε το μονοπώλιο της γνώσης και της μάθησης. Σύμφωνα με τις απόψεις της κατά την περίοδο εκείνη, τα γραπτά των αρχαίων βρίσκονταν στο απυρόβλητο, τα θεολογικά δόγματα απαγόρευαν κάθε «αιρετική» γνώση μέσω της παρατήρησης και της έρευνας και τα θρησκευτικά πιστεύω της εποχής υποστήριζαν ότι οι ασθένειες είναι η τιμωρία στις αμαρτίες. Κάθε προσπάθεια επιστημονικής έρευνας ερχόταν αντιμέτωπη με την Ιερά Εξέταση, γεγονός που εξηγεί το τέλμα στο οποίο περιέπεσε η επιστημονική γνώση κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου.

Μία από τις ελάχιστες αναφορές στη γεροντική άνοια που μπορεί να εντοπιστεί αυτή την περίοδο, προέρχεται από τον Φραγκισκανό μοναχό Roger Bacon (Ρογήρος Βάκων). Ο Ρογήρος Βάκων διατύπωσε το καλούμενο "

«Βακόνειον Δόγμα», που προκάλεσε σοκ στους δογματικούς της Εκκλησίας. Κατ' αυτό, η πειραματική επιστήμη έχει τρία μεγάλα προνόμια έναντι των άλλων επιστημών: επιβεβαιώνει συμπεράσματα με άμεσο πείραμα, αποκαλύπτει την αλήθεια, την οποία άλλοι ερευνητές, ενεργώντας με διαφορετικούς τρόπους, δεν θα μπορούσαν να συλλάβουν και τέλος, διερευνά τη γνώση του παρελθόντος και διευρύνει τη γνώση του παρόντος και του μέλλοντος. Κατά τη διάρκεια της απομόνωσής του, λίγα χρόνια πριν από τον θάνατο του σε ηλικία 80 ετών, τελείωσε το έργο του, γράφοντας το "Μέθοδοι Προφύλαξης από την Εμφάνιση της Άνοιας", στο οποίο σχολίασε ότι "στο πίσω μέρος του εγκεφάλου, βρίσκεται και η λησμονιά και η μνήμη και ότι τα γηρατειά είναι το σπίτι της λησμοσύνης" και ακόμη ότι "επέρχεται μία κάκωση της ικανότητας κρίσης και συλλογισμού που βρίσκεται στο μέσο μέρος του εγκεφάλου.... Κάκωση επίσης της φαντασίας επέρχεται στο μπροστινό μέρος του εγκεφάλου". Αυτή η δουλειά βασίστηκε, κατά ένα μεγάλο μέρος, στο έργο που άφησε πίσω του ο Γαληνός και το γνώριμο πλέον θέμα ότι η νοητική έκπτωση είναι αναπόφευκτη στην προχωρημένη ηλικία, και επαναλαμβάνεται. Αξιοσημείωτη, παρόλα αυτά, είναι η πληροφορία (δήλωση) ότι ο εγκέφαλος είναι η πηγή (έδρα, κέντρο) της μνήμης και της ικανότητας σκέψης.

Ακολουθώντας την ιστορική πορεία, συναντούμε τον Philip Barrough, ο οποίος το 1583 δημοσίευσε ένα εγχειρίδιο ιατρικής, όπου χώρισε σε κατηγορίες τις τότε αναγνωρισμένες νοητικές, ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές, βασιζόμενος στην προϋπάρχουσα ταξινόμηση του Γαληνού. Ο Barrough υπήρξε ο πρώτος που δημοσίευσε σύγγραμμα ιατρικής στην αγγλική γλώσσα.

Ο Thomas Willis [1621-1675], ανατόμος και προσωπικός γιατρός του βασιλιά Καρόλου Β', προσέφερε μία ακριβή ταξινόμηση των ανοιών το 1684 σε ένα κεφάλαιο του βιβλίου του : Practice of Physick. Ο Willis θεωρείται ένας από τους πρώτους που ασχολήθηκαν με τις νευρολογικές παθήσεις σε παιδιατρικούς ασθενείς. Σύμφωνα, λοιπόν, με τις απόψεις του Willis, οι αιτίες που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση άνοιας είναι: 1) γενετικοί παράγοντες, 2) ηλικία, 3) τραύμα στο κεφάλι, 4) χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών, 5) κάποια ασθένεια (για παράδειγμα ασθένεια του εγκεφάλου) και 6) παρατεταμένη επιληψία.

Ταυτόχρονα, υπήρξαν μελέτες και άλλων ανατόμων που προσπάθησαν να βρουν ακριβή συσχετισμό των πνευματικών διαταραχών με τις αλλοιώσεις στην ανατομία και τη μορφολογία του εγκεφάλου, χωρίς επιτυχία. Ο διαπρεπής Άγγλος γιατρός, Matthew Baillie, ήταν ίσως ο πρώτος που το 1793 περιέγραψε στο εγχειρίδιο του της Παθολογίας "The Morbid Anatomy of Some of the Most Important Parts of the Hyman Body" τη διεύρυνση των κοιλιών του εγκεφάλου σε ηλικιωμένους ανοϊκούς. Συγκεκριμένα, υποστήριξε ότι σε ορισμένες περιπτώσεις γεροντικής άνοιας ο εγκέφαλος είναι περισσότερο συμπαγής από τη φυσική του κατάσταση και οι κοιλίες είναι διασταλμένες, γεμάτες νερό. Ωστόσο, δεν κατάφερε να αναγνωρίσει αυτή τη διερεύνηση ως ένδειξη εγκεφαλικής ατροφίας.

Προς το τέλος του 18<sup>ου</sup> αιώνα, το ενδιαφέρον και η έρευνα για τον εγκέφαλο και το νευρικό σύστημα, πέρασε από τα χέρια των ανατόμων, στα χέρια των παθολόγων. Ένας από αυτούς, ήταν ο William Cullen, ο οποίος υποστήριξε ότι πηγή όλων των ασθενειών ήταν το νευρικό σύστημα. Ένα από τα σημαντικότερα του έργα είναι το « Synopsis Nosologiae Methodicae», το οποίο περιείχε την κατάταξη των ασθενειών σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: 1) Πυρεξίες, 2) Νευρώσεις, 3) Καχεξίες και 4) Τοπικές ασθένειες. Στην ταξινόμηση του Cullen και ειδικότερα στην κατηγορία των Νευρώσεων περιλαμβάνεται για πρώτη φορά και η γεροντική άνοια ως ιατρική οντότητα και ορίστηκε ως "εξασθένηση αντίληψης και μνήμης των γηρατειών ( Amentia Senilis)".

Κατά τη διάρκεια του 19<sup>ου</sup> αιώνα συναντούμε τον Γάλλο καθηγητή Παθολογίας και Υγιεινής Philippe Pinel, ο οποίος ήταν ο πρώτος που στηλίτευσε το μέχρι τότε ισχύον σύστημα, που ήθελε τους ψυχικά ασθενείς να αντιμετωπίζονται σαν εγκληματίες και να φυλακίζονται κάτω από άθλιες συνθήκες. Αυτός πρώτος απομάκρυνε τις αλυσίδες που χρησιμοποιούσαν για να δένουν τους ψυχικά ασθενείς που βρίσκονταν εγκλεισμένοι στα άσυλα.

Λίγο αργότερα, ο Esquirol, μαθητής του Pinel, θα θέσει τα θεμέλια της σύγχρονης ταξινόμησης των ψυχιατρικών ασθενειών ανταποκρινόμενος στις επιταγές της εποχής που ήθελαν ένα ενιαίο σύστημα κατάταξης των ασθενειών, προκειμένου να είναι εφικτή η συνεννόηση όλων των επιστημόνων. Συγχρόνως, περιέγραψε τα στάδια της πνευματικής έκπτωσης.

Παράλληλα, οι ανατόμοι προσπαθούσαν να συνδέσουν τις πνευματικές διαταραχές με εμφανείς αλλοιώσεις στον εγκέφαλο. Παρατήρησαν πως υπήρχε μείωση του βάρους του εγκεφάλου σε κάποιες μορφές άνοιας, καθώς και σε εγκεφάλους ηλικιωμένων. Τη μείωση αυτή παρουσίασε ο Wilks το 1864 ως χαρακτηριστικό της ατροφίας του εγκεφάλου και έδωσε την πρώτη περιγραφή της. Αρχικά απέδωσε την ατροφία στον χρόνιο αλκοολισμό και τη σύφιλη του ΚΝΣ, αργότερα όμως τη σύνδεσε και με τη γεροντική άνοια. Ο απλός ορισμός της ατροφίας διευκόλυνε από και στο εξής την αναγνώριση και την περιγραφή της στις περιπτώσεις ανοιών (Δεμβλιώτη, 2008).

Συγχρόνως, νέες ιστοχημικές τεχνικές έκαναν την εμφάνιση τους στο προσκήνιο και επέτρεψαν την παρατήρηση στο μικροσκόπιο νέων στοιχείων σχετικών με το ΚΝΣ. Το 1906, ο Alois Alzheimer χρησιμοποίησε τη χρώση του Bielschowski σε ένα περιστατικό που τον έκανε διάσημο. Το Νοέμβριο του 1901, μία γυναίκα 51 ετών, η Αυγούστα Detyer εισήχθη στο νοσοκομείο της Φρανκφούρτης, όπου εξετάστηκε από το νεαρό Alois Alzheimer. Η Αυγούστα είχε ένα εντυπωσιακό σύνολο συμπτωμάτων που περιλάμβανε: σημαντική εξασθένηση της μνήμης, αφασία, αλλοπρόσαλλη συμπεριφορά, παράνοια, ακουστικές ψευδαισθήσεις. Η κατάσταση της επιδεινώθηκε γρήγορα και το 1906 απεβίωσε. Ο Alzheimer συνεργαζόταν εκείνη την εποχή με τον πατέρα της σύγχρονης Ψυχιατρικής Emil Kraepelin στην Ιατρική σχολή του Μονάχου. Με την ενθάρρυνση του Kraepelin ζήτησε να σταλεί ο εγκέφαλος της Αυγούστας στο Μόναχο για αυτοψία. Χρησιμοποιώντας την προαναφερθείσα αργυρή χρώση, ανακάλυψε πλάκες αλλά και νευροϊνιδιακά δεμάτια τα οποία ήταν καινοφανή, καθώς και αρτηριοσκληρωτικές αλλοιώσεις στα εγκεφαλικά αγγεία. Τα αποτελέσματα των μελετών του τα παρουσίασε το 1907 σε ένα συνέδριο στο Tubingen. Η ανακοίνωση αυτή έμελλε να αποτελέσει σταθμό στην εξέλιξη της άνοιας και το όνομα του ερευνητή της έμελλε να αποτελέσει την ονομασία που η νόσος φέρει μέχρι και σήμερα.

Ακολούθως, η έρευνα σχετικά με τη νόσο ακολούθησε τις κατευθύνσεις: τη νευροχημική προσέγγιση, την περιγραφή των παθολογικών αλλοιώσεων και τέλος, τη περιγραφή των ευρημάτων σε επίπεδο μοριακής γενετικής.

Αναφερόμενοι στους σημαντικότερους σταθμούς της σύγχρονης έρευνας σχετικά με τη νόσο Alzheimer τη δεκαετία του 1930, συναντούμε τους Schottky, Flugel και Lowerberg, οι οποίοι έκαναν τις πρώτες αναφορές σχετικά με κληρονομικές μορφές της νόσου. Ωστόσο, έκρηξη του επιστημονικού ενδιαφέροντος στον τομέα της νόσου παρατηρήθηκε τη δεκαετία του 1960, όταν οι Roth, Blessed και Tomlinson διατύπωσαν την άποψη ότι τόσο η νόσος του Alzheimer όσο και οι υπόλοιπες μορφές ανοιών εμφανίζουν κοινή παθολογία. Λίγο αργότερα, ο Kidd αναγνώρισε στη δομή των δεματίων ζευγάρια ελικοειδών



ινών και ένα χρόνο μετά, ο Terry και οι συνεργάτες του μελετώντας τις πλάκες ανακάλυψαν πως αποτελούνταν από ίνες αμυλοειδούς. Το 1976, οι Bowen, Davies και Maloney διατύπωσαν τη "χολινεργική υπόθεση", σύμφωνα με την οποία η νόσος αρχικά είναι αποτέλεσμα ελλείμματος χολινεργικών διαβιβαστών. Η υπόθεση αυτή έδωσε τη δυνατότητα για πρώτη συμπτωματική θεραπεία της νόσου με τη χρήση αναστολέων της χολινεστεράσης, θεραπεία που εφαρμόζεται ευρέως ακόμη και σήμερα. Φτάνοντας στις τελευταίες δεκαετίες, θα πρέπει να σταθούμε σε δύο σημαντικά γεγονότα, στην κλωνοποίηση του γονιδίου της πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς (APP) το 1987 από τον John Hardy και στην αναγνώριση της θέσης του στο χρωμόσωμα 21, καθώς επίσης και στην ανακάλυψη το 1993 ότι το γονίδιο της απολιποπρωτεΐνης E4 σχετίζεται τόσο με την οικογενή όσο και με τη σποραδική μορφή της νόσου (Τσολάκη, 2007).

## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΓΗΡΑΣ

Σε αυτή την ενότητα της εργασίας γίνεται μία προσπάθεια να δούμε διάφορους τύπους άνοιας και τις βασικές διαφορές τους. Για παράδειγμα στο φυσιολογικό γήρας μπορεί να έχουμε έκπτωση μνήμης που σχετίζεται με την πάροδο της ηλικίας. Ωστόσο είναι εντελώς διαφορετικό ένα ηλικιωμένο άτομο να αντιμετωπίζει μία ήπια γνωστική διαταραχή που σχετίζεται με διαταραχές στη μνήμη από το να βρίσκεται στα τελευταία στάδια της νόσου Alzheimer.

«Αναλυτικότερα η γήρανση μπορεί να προσδιοριστεί ως η προοδευτική έκπτωση των μηχανισμών προσαρμογής και ομοιοστασίας κάθε οργανικού συστήματος. Η έκπτωση αυτή αρχίζει ήδη από την τρίτη δεκαετία της ζωής και είναι βαθμιαία και προοδευτική, αν και ο ρυθμός της ποικίλλει. Είναι γνωστό ότι ο ρυθμός γήρανσης διαφέρει από άτομο σε άτομο και καθορίζεται, κατ' αρχήν, από τη γενετική ιδιοσυγκρασία του ατόμου και, κατά δεύτερο λόγο, από περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Αυτός είναι ο κύριος λόγος για τον οποίο ορισμένα άτομα είναι ήδη γερασμένα από τα 60 τους χρόνια, ενώ άλλα διανύουν το 80ό έτος της ηλικίας τους χωρίς εμφανή σημάδια βιολογικής παρακμής. Η λειτουργική έκπτωση κάθε οργανικού συστήματος φαίνεται ότι συμβαίνει ανεξάρτητα από τις μεταβολές στα άλλα συστήματα και επηρεάζεται από τη διατροφή, το περιβάλλον, τις προσωπικές συνήθειες καθώς και από γενετικούς παράγοντες» (Οικονομίδης, 2005).

Διανόηση, μνήμη, γνωσία, ευπραξία, λόγος, συναίσθημα, συμπεριφορά, ύπνος είναι βασικές ανώτερες εγκεφαλικές λειτουργίες του ανθρώπου, που αναδεικνύονται και που η μία μετά την άλλη εξασθενούν, αποδιοργανώνονται και εξαφανίζονται στην αδυσώπητη πορεία της ΑΤΑ (Ανοια Τύπου Alzheimer). Από την άλλη, η φυσιολογική γήρανση επηρεάζει κι αυτή και μεταβάλλει όλες τις παραπάνω λειτουργίες, με τον δικό της τρόπο και ρυθμό. Η γνώση και η κατανόηση των εκδηλώσεων της φυσιολογικής γήρανσης θα μας βοηθήσει στη δύσκολη διαδικασία της διάγνωσης της ΑΤΑ.

«Σε άτομα που δεν έχουν νευρολογική νόσο, η νοητική λειτουργία τείνει να διατηρείται ακέραια μέχρι τουλάχιστον τα 80 έτη. Εν τούτοις, οι νοητικές

διεργασίες απαιτούν περισσότερο χρόνο για την ολοκλήρωσή τους, λόγω κάποιας επιβράδυνσης της κεντρικής επεξεργασίας δεδομένων. Οι γλωσσικές λειτουργίες και ικανότητες διατηρούνται ικανοποιητικά μέχρι την ηλικία των 70 ετών περίπου, μετά την οποία ορισμένα υγιή ηλικιωμένα άτομα, αναπτύσσουν μία βαθμιαία συρρίκνωση στο λεξιλόγιό τους και μία τάση να κάνουν σημασιολογικά λάθη. Άλλες, σχετικές με την γήρανση, μεταβολές της νοητικής λειτουργίας είναι λανθάνουσες, αλλά μπορεί να ανιχνευτούν σαν δυσκολία στον σχηματισμό νέων συνειρμών και απόκτηση νέων πληροφοριών, δυσχέρεια μάθησης, ιδιαίτερα ξένων γλωσσών, και εξασθένηση της μνήμης σε μη σημαντικά θέματα. Εν τούτοις, αυτή η ελαφρά μνημονική απώλεια, αντίθετα με την άνοια, δεν επηρεάζει την ανάκληση σημαντικών πληροφοριών ούτε επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου. Στην πραγματικότητα, είναι ένα χαρακτηριστικό των φυσιολογικών γηρατειών και δεν πρέπει να ταυτίζεται με ενδεχόμενες άνοιες» (Οικονομίδης, 2005).

Δεν είναι παράδοξο ότι το γήρας συνοδεύεται από νοητικές διαταραχές. Σε φυσιολογικά, μη ανοϊκά άτομα, κατά τη δέκατη δεκαετία της ζωής, το μέγεθος του εγκεφάλου μειώνεται κατά 20%, ενώ στους ιππόκαμπους της πλειονότητας των ατόμων που φθάνουν σ' αυτή την ηλικία ανευρίσκονται νευροϊνδιακά δεμάτια - παθολογικοί ιστολογικοί σχηματισμοί, που όταν ανευρίσκονται σε μεγαλύτερη πυκνότητα, χαρακτηρίζουν τη νευρική εκφύλιση που βλέπουμε στην ΑΤΑ.

Πολλές από τις κυτταρικές και μοριακές διεργασίες που χαρακτηρίζουν τη φυσιολογική γήρανση του εγκεφάλου είναι κοινές με εκείνες άλλων οργανικών συστημάτων και περιλαμβάνουν αυξημένη καταστροφή πρωτεϊνών και DNA, συσσώρευση παραπροϊόντων μεταβολισμού πρωτεϊνών και λιπιδίων (όπως λιποφουσκίνη και τελικά προϊόντα γλυκοζυλίωσης), μείωση της μεταβολικής δραστηριότητας, δυσλειτουργία μιτοχονδρίων και μεταβολές των κυτταρικών μεμβρανών. Εν τούτοις, στον εγκέφαλο, σε αντίθεση με τα άλλα συστήματα, με την πάροδο της ηλικίας εμφανίζονται και άλλες μεταβολές, μοναδικές και απόλυτα χαρακτηριστικές του νευρικού συστήματος, πολλές από τις οποίες είναι στενά συνδεδεμένες με τη μοναδική μοριακή πολυπλοκότητα των νευρικών κυττάρων, τα οποία εκφράζουν 50 έως 100 φορές περισσότερα γονίδια απ' ότι άλλοι ιστοί. Κυτταρικά συστήματα νευροδιαβίβασης, τροφικοί παράγοντες και κυτταροκίνες που εμπλέκονται στη ρύθμιση της νευρωνικής ευερεθιστότητας και πλαστικότητας όλα μεταβάλλονται κατά τη γήρανση (Τσολάκη, 2005) .

### **Δομικές μεταβολές**

Κατά τη φυσιολογική γήρανση παρατηρούνται δομικές μεταβολές τόσο στους νευρώνες όσο και στα νευρογλοιακά κύτταρα. Οι μεταβολές αυτές περιλαμβάνουν θάνατο νευρικών κυττάρων, ρίκνωση και επέκταση δενδριτών, απώλεια και αναδιαμόρφωση (remodeling) συνάψεων και αντιδραστικότητα νευρογλοιακών κυττάρων. Πολλές από τις μεταβολές αυτές της γήρανσης είναι αποτέλεσμα αλλοιώσεων στις πρωτεΐνες του κυτταρικού σκελετού και εναπόθεσης αδιάλυτων πρωτεϊνών, όπως το αμυλοειδές στον εξωκυττάριο χώρο. Τροποποιήσεις στις κυτταρικές νευροδιαβίβαστικές οδούς που ελέγχουν την κυτταρική ανάπτυξη και κινητικότητα, πιθανώς συμβάλλουν στην εμφάνιση τόσο αντισταθμιστικών όσο και παθολογικών μεταβολών στο γηράσκοντα εγκέφαλο.

## **Απώλεια νευρικών κυττάρων**

Ο αριθμός των νευρικών κυττάρων μειώνεται κατά τη φυσιολογική γήρανση. Εν τούτοις, η απώλεια αυτή των κυττάρων δεν είναι ομοιόμορφα κατανομημένη. Είναι ελάχιστη σε ορισμένες περιοχές (π.χ. πυρήνες του εγκεφαλικού στελέχους, υπεροπτικοί και παρακοιλιακοί πυρήνες), ενώ μπορεί να φθάνει το 10 έως 60% σε άλλες (π.χ. ιππόκαμπος). Ακόμη, οι απώλειες ποικίλλουν σε διάφορες περιοχές του φλοιού (π.χ. απώλεια 55% στην ανώτερη κροταφική έλικα αλλά 10 έως 30% στην κορυφή του κροταφικού λοβού). Από την ηλικία των 20 ή 30 ετών μέχρι εκείνη των 90 ετών, το βάρος του εγκεφάλου μειώνεται κατά 20% περίπου, ενώ η έκταση των εγκεφαλικών κοιλιών σε σχέση με ολόκληρο τον εγκέφαλο, μπορεί να αυξηθεί 3-4 φορές. Η κλινική σημασία των μεταβολών αυτών είναι πολύ δύσκολο να εκτιμηθεί δεδομένου ότι το βάρος του εγκεφάλου και το μέγεθος των κοιλιών δεν συσχετίζονται με την ευφυΐα και τη νοητική επίδοση. Πράγματι, βαριά άνοια έχει παρατηρηθεί σε άτομα με φυσιολογικό μέγεθος κοιλιών, για το φύλο και την ηλικία τους.

## **Μεταβολές κυτταρικού σκελετού και συνάψεων**

Έχουν περιγραφεί αρκετές μεταβολές στον κυτταρικό σκελετό νευρικών και νευρογλοιακών κυττάρων κατά τη γήρανση. Παρότι υπάρχουν σημαντικές μεταβολές στις πρωτεΐνες του κυτταρικού σκελετού (τουμπουλίνη, ακτινίνη και νευροϊνδιακές πρωτεΐνες) οι μεταβολές αφορούν κυρίως στην οργάνωση του κυτταρικού σκελετού και σε τροποποιήσεις της δομής των ήδη μεταγεγραμμένων πρωτεϊνών του. Έτσι, παρατηρείται αύξηση της φωσφορυλίωσης σε περιοχές του ιππόκαμπου, αύξηση της ασβεστίο-εξαρτώμενης πρωτεόλυσης καθώς και των οξειδωτικών διεργασιών.

Κατά τη γήρανση έχει αναφερθεί μείωση του αριθμού των συνάψεων, που αντισταθμίζεται με αύξηση του μεγέθους των υπολοίπων καθώς και εκτεταμένη αναδιαμόρφωση (remodeling). Η απώλεια συνάψεων είναι ένα χαρακτηριστικό ιστολογικό εύρημα πολλών διαφορετικών νευροεκφυλιστικών διαταραχών που σχετίζονται με τη γήρανση, όπως η ΑΤΑ, η ΝΠ και η νόσος Huntington.

Σε αντίθεση με τη φυσιολογική γήρανση, σημαντικές μεταβολές του σκελετού νευρικών κυττάρων καθώς και των συνάψεων παρατηρούνται σε νευροεκφυλιστικές καταστάσεις. Νευροϊνδιακές αλλοιώσεις (ινώδεις συσσωρεύσεις της τ πρωτεΐνης στο κυτταρόπλασμα εκφυλισμένων νευρικών κυττάρων) παρατηρούνται και σε υγιή ηλικιωμένα άτομα. Σε πειραματικές καλλιέργειες νευρικών κυττάρων, καταστάσεις που αυξάνουν τα ενδοκυττάρια επίπεδα ασβεστίου (έκθεση σε γλουταμινικά παράγωγα) και προκαλούν οξειδωτικό stress (έκθεση σε Fe<sup>2+</sup> ή Cu / Zn-SOD) μπορεί να προκαλέσουν βλάβες στον κυτταρικό σκελετό, που μοιάζουν με νευροεκφυλιστικές αλλοιώσεις στον άνθρωπο.

## Αγγειακές μεταβολές

Τα αγγεία του εγκεφάλου είναι ευπρόσβλητα από μεταβολές της γήρανσης που αφορούν αθηρωμάτωση και αρτηριοσκλήρυνση. Οι μεταβολές αυτές κάνουν τα αγγεία επιρρεπή σε απόφραξη ή αιμορραγία, που εκδηλώνεται ως αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, μία κύρια αιτία ανικανότητας και θανάτου των ηλικιωμένων.

Οι πιο συχνές νοσηρές συνέπειες της εγκεφαλικής αγγειακής νόσου της γήρανσης είναι νευρολογικές διαταραχές και νοητική έκπτωση. Πράγματι, η αγγειακή άνοια είναι η δεύτερη σε συχνότητα αιτία άνοιας των ηλικιωμένων, με πρώτη την ΑΤΑ.

Πολλές μελέτες έχουν τεκμηριώσει τη μείωση της εγκεφαλικής αιματικής ροής ως συνέπεια της γήρανσης, που συνοδεύεται από μείωση του εγκεφαλικού μεταβολισμού οξυγόνου και γλυκόζης. Με την πάροδο της ηλικίας, οι δομικές μεταβολές στα εγκεφαλικά μικροαγγεία περιλαμβάνουν σπειροειδή διαμόρφωση με πάχυνση της βασικής μεμβράνης και του έσω χιτώνα. Οι παράγοντες που οδηγούν στις παραπάνω βλάβες είναι η δυσλειτουργία του ενδοθηλίου συνεπεία οξειδωτικής βλάβης από οξειδωμένη LDL- χοληστερόλη και φλεγμονώδη αντίδραση, κατά την οποία μακροφάγα μπορεί να περάσουν τον αιματο-εγκεφαλικό φραγμό.

Οι μεταβολές της γήρανσης στα εγκεφαλικά αγγεία είναι στενά συνδεδεμένες με στεφανιαία νόσο, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδη διαβήτη και κάπνισμα. Υπάρχουν, επίσης, σημαντικές ενδείξεις για μία παράλληλη με την πάροδο της ηλικίας μείωση της αποτελεσματικότητας του αιματο-εγκεφαλικού φραγμού. Οι μεταβολές συνίστανται σε λεπτύνση των τριχοειδικών τοιχωμάτων και μείωση των μιτοχονδρίων στα ενδοθηλιακά κύτταρα.



Εικόνα 1. Διαταράσσεται η απόδοση στην εργασία. (Τσολάκη, Καζής, 2005, σελ 275)

## ΗΠΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Είναι γνωστό ότι οι ηλικιωμένοι, αρκετές φορές, παρουσιάζουν ένα βαθμό έκπτωσης της μνημονικής τους ικανότητας. Σχεδόν όλες οι εργασίες που έχουν δημοσιευθεί καταδεικνύουν σχετικές ανεπάρκειες των ηλικιωμένων, όταν αυτοί συγκρίνονται με νεότερα άτομα. Έτσι, έχει παρατηρηθεί μειωμένη απόδοση σε μετρήσεις της επεισοδιακής μνήμης, οπτικοχωρικής ικανότητας, ονομασίας αντικειμένων και βραδύτητα εκτελεστικής ικανότητας. Όμως, οι διαταραχές αυτές είναι συνήθως μικρές και δεν φαίνεται να επηρεάζουν τη λειτουργική ικανότητα του ατόμου και τις ικανότητες του στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Υπάρχουν, όμως, και ηλικιωμένοι οι οποίοι χωρίς να πληρούν τα κριτήρια για κάποιο ανοϊκό σύνδρομο παρουσιάζουν κάποια νοητική διαταραχή μεγαλύτερη από την αναμενόμενη για την ηλικία τους.

Ο όρος «Ηπια Νοητική Διαταραχή» (mild cognitive impairment) (ΗΝΔ - MCI) εισήχθη για να προσδιορίσει μία οριακή ή μεταβατική κατάσταση μεταξύ του υγιούς ηλικιωμένου και του πάσχοντος από ανοϊκό σύνδρομο. Στην πράξη ένα ποσοστό των ηλικιωμένων που χαρακτηρίζονται από ΗΝΔ δεν παρουσιάζουν μεγαλύτερη έκπτωση από την αρχική κατά την παρακολούθησή τους. Επειδή, όμως, οι ηλικιωμένοι που ομαδοποιούνται κάτω από τον όρο ΗΝΔ έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν άνοια και μάλιστα ΑΤΑ, σε μία χρονική περίοδο 4-5 ετών, η ΗΝΔ γενικά θεωρείται σήμερα σαν ένα κλινικό σύνδρομο που ανταποκρίνεται στα πρώιμότερα στάδια της νευροεκφυλιστικής παθολογίας. Επομένως, η ικανότητα να προσδιορίσουμε αυτούς τους ηλικιωμένους μπορεί να προσφέρει πολύτιμες προγνωστικές πληροφορίες για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και μακροπρόθεσμα να μας δώσει πληροφορίες για πιθανή προφυλακτική αγωγή ή για το πότε πρέπει να αρχίζει η φαρμακευτική αγωγή, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής χιλιάδων ηλικιωμένων. Αυτή είναι και η μεγάλη πρακτική σημασία της ΗΝΔ. Παρόλα αυτά, ο ορισμός της ΗΝΔ είναι ακόμα σήμερα δύσκολος, υπάρχει σύγχυση στην ορολογία με τη χρησιμοποίηση διαφορετικών όρων και διαφορετικών διαγνωστικών κριτηρίων (Levy, 1994).

### Διάγνωση της ΗΝΔ

Η διάγνωση της ΗΝΔ χαρακτηρίζεται από:

1. παρουσία διαπιστωμένης έκπτωσης της μνήμης
2. διατήρηση των γενικών νοητικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ατόμου
3. απουσία διαγνωσμένου ανοϊκού κλινικού συνδρόμου
4. βαθμολογία στην κλίμακα CDR 0.5, Στάδιο στην κλίμακα GDS 3

Η έκπτωση της μνήμης στην ΗΝΔ ποσοτικοποιείται με βαθμολογίες που διαφέρουν κατά 1.5 σταθερά απόκλιση από τον μέσο όρο της απόδοσης υγιών ατόμων της ίδιας ηλικίας. Στο MMSE βαθμολογίες συμβατές με τη διάγνωση θεωρούνται αυτές από 24-27. Η μαρτυρία για την έκπτωση της μνήμης μπορεί να γίνει από πληροφορίες του ίδιου του πάσχοντος ή των οικείων του. Αυτό προϋποθέτει ότι ο πάσχων έχει υποκειμενική γνώση της έκπτωσης του, αλλά η

έκπτωση αυτή επιβεβαιώνεται και από άλλους πληροφοριοδότες καθώς και από μία τουλάχιστον ψυχομετρική δοκιμασία. Επίσης, παρά το ότι δεχόμαστε γενικά τη διατήρηση των γενικών νοητικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ατόμου, μπορεί η ήπια έκπτωση να αφορά και άλλα νοητικά πεδία και να υπάρχουν ήπιες και λεπτές διαταραχές στις λειτουργικές ικανότητες, όχι όμως σε τέτοιο βαθμό που να επηρεάζουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Επομένως, η έκπτωση της μνήμης και πιθανώς των άλλων νοητικών πεδίων είναι αντίστοιχη με αυτήν των ανοϊκών συνδρόμων, αλλά σε πολύ μικρότερο βαθμό και λιγότερο σοβαρή απ' ότι στην άνοια (Τσολάκη, 2005) .

Από όσα ανωτέρω αναφέρθηκαν, γίνεται αντιληπτό ότι τα κριτήρια για την ΗΝΔ είναι σε μεγάλο βαθμό υποκειμενικά και είναι δύσκολο να εφαρμοσθούν. Έτσι, π.χ., βαθμολογίες στο MMSE εντός των φυσιολογικών για την ηλικία ορίων θεωρείται πολλές φορές ότι αντιπροσωπεύουν διατήρηση των νοητικών ικανοτήτων, παρά το ότι γνωρίζουμε ότι σύντομες δοκιμασίες, όπως το MMSE, συχνά δεν είναι ευαίσθητες σε πρώιμα στάδια άνοιας. Η διάγνωση, λοιπόν, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την εμπειρία και τις ικανότητες του εξεταστή, καθώς και από το πόσο καλά γνωρίζει τον πάσχοντα. Αγχώδη άτομα μπορεί να υπερβάλλουν στα συμπτώματα τους ή να τα υποβαθμίζουν στα πλαίσια άρνησης. Επιπλέον, ο εξεταστής πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει εξωτερικούς στρεσογόνους και άλλους κοινωνικούς παράγοντες που μπορεί να εξηγήσουν μία νοητική έκπτωση. Πρέπει να τονισθεί επίσης ότι η υπερβολική εξάρτηση της διάγνωσης από τις ψυχομετρικές δοκιμασίες μπορεί να είναι επισφαλής, καθώς κάποιος μπορεί να έχουν πτωχές επιδόσεις, οφειλόμενες σε άγχος, κατάθλιψη ή ιστορικό μειούμενης νοητικής ικανότητας. Αντίστοιχα, υψηλές επιδόσεις μπορεί να οφείλονται σε υψηλού βαθμού εκπαίδευση ή νοητική άσκηση ή σε υψηλό επίπεδο ευφυΐας (IQ). Όλα αυτά, καθώς και το ότι ο εξεταζόμενος θα πρέπει να αισθάνεται άνετα κατά τη διάρκεια της εξέτασης πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψιν από τον εξεταστή.

«Σήμερα έχουν αναπτυχθεί αρκετές ειδικές ψυχομετρικές δοκιμασίες για την αξιολόγηση της νοητικής έκπτωσης στην ΗΝΔ. Τέτοιες είναι το Rev Auditory Verbal Test, το Buschke Cued Recall Selective Reminding Test, το Logical Memory subtest of Wechsler Memory Scale και το New York University Paragraph Recall Test. Οι δοκιμασίες αυτές, εκτός από την πιθανή έκπτωση της μνήμης, εξετάζουν, επίσης, τη γλωσσική λειτουργία, την προσοχή και λεπτές και σύνθετες κινητικές/ψυχοκινητικές ικανότητες» (Βαγενάς, 2005).

### **Αιτιολογία της ΗΝΔ**

Τα άτομα τα οποία κατατάσσονται στην κατηγορία της ΗΝΔ αποτελούν μία ετερογενή ομάδα πληθυσμού, με διαφορετική παθογένεση πρόβλεψη. Αυτό οφείλεται στα διαφορετικά χαρακτηριστικά των ατόμων που αξιολογούνται και στην ποικιλία των χρησιμοποιούμενων δοκιμασιών. Με την ευρεία έννοια του υ, η ΗΝΔ μπορεί να συμπεριλάβει άτομα δεν πάσχουν από άνοια αλλά με διαταραχές στις νοητικές λειτουργίες, υγιείς ηλικιωμένους που ανησυχούν για τη

νοητική τους κατάσταση, άλλους που βρίσκονται σε πολύ πρώιμα στάδια ΑΤΑ ή άλλου ανοϊκού συνδρόμου και αυτούς που έχουν κάποια νοητική δυσλειτουργία που συνδέεται με φαρμακευτική αγωγή που ακολουθούν, κατάχρηση αλκοόλ, κατάθλιψη, μεταβολικές διαταραχές ή σωματική νόσο. Για τους λόγους αυτούς, μία μικρή μειοψηφία από αυτούς που χαρακτηρίζονται στην καθημερινή κλινική πράξη ως ευρισκόμενοι στο στάδιο της ΗΝΔ μπορεί να παραμείνουν σταθεροποιημένοι επί μακρόν, κάποιοι άλλοι να πάσχουν από ένα αναστρέψιμο αίτιο νοητικής έκπτωσης, όμως η μεγάλη πλειοψηφία αυτής της ομάδας θα οδηγηθούν προοδευτικά σε ΑΤΑ ή σε άλλο ανοϊκό σύνδρομο.

Ο όρος, όμως, ΗΝΔ χρησιμοποιήθηκε αρχικά για να περιγράψει ηλικιωμένα άτομα που είχαν υψηλή πιθανότητα να αναπτύξουν προοδευτικά νοητική έκπτωση, δηλ. η ΗΝΔ θεωρούνταν ως πρόδρομη κατάσταση που θα οδηγούσε σε άνοια. Και παρ' όλο που η ΗΝΔ θα ρούσε να είναι πρόδρομο στάδιο και για άλλους τύπους άνοιας, στην πράξη έφτασε να χαρακτηρίζει άτομα με υψηλή πιθανότητα να αναπτύξουν ΑΤΑ. Η προοδευτική έναρξη της ΑΤΑ οδηγεί στο συμπέρασμα ότι πολλοί προσβαλλόμενοι περνούν προοδευτικά από ένα στάδιο ΗΝΔ πριν η ΑΤΑ αναγνωρισθεί κλινικά καθορισμός της ΗΝΔ ως πρόδρομο στάδιο της ΑΤΑ είναι σημαντικός, διότι μπορεί η έρευνα να αποδείξει ότι η χορήγηση ειδικής φαρμακευτικής αγωγής σε αυτό το στάδιο είναι πλέον αποτελεσματική, πριν να επέλθει μεγάλη απώλεια νευρώνων και σοβαρή νοητική ανεπάρκεια.

Πρόσφατες μελέτες καταλήγουν σε συμπεράσματα, σύμφωνα με τα οποία το 50%-67% των πασχόντων από ΗΝΔ κατέληξαν σε άνοια σε μία χρονική περίοδο 4 ετών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε υγιείς ηλικιωμένους, ίδιας ηλικίας, ήταν περίπου 12%. Μία ερευνητική εργασία έδωσε ποσοστό 71.9% σε δύο χρόνια. Οι διαφορές στα ποσοστά πιθανόν να οφείλονται σε διαφορές στον σχεδιασμό των μελετών όσον αφορά στις ηλικίες του δείγματος, στο μορφωτικό επίπεδο και πιθανόν σε διαφορές στα διαγνωστικά κριτήρια για τον καθορισμό της ΗΝΔ.

Σε μία προσπάθεια να γίνουν πιο ομοιογενείς οι ομάδες και να διαφοροποιηθούν ανάλογα με την εξέλιξη τους, προτάθηκαν πρόσφατα όροι, όπως αμνησικού τύπου ΗΝΔ (amnesic MCI), ως και αγγειακού τύπου ΗΝΔ (Vascular MCI). Στον πρώτο τύπο κυριαρχεί η έκπτωση της μνήμης και θεωρείται ότι οδηγεί σε ΑΤΑ και ο δεύτερος τύπος, όπου κυριαρχεί η έκπτωση σε άλλα νοητικά πεδία και από το ιστορικό προκύπτουν αγγειακοί παράγοντες κινδύνου, θεωρείται ότι οδηγεί σε αγγειακού τύπου άνοια.

Από όσα ανωτέρω ανεφέρθησαν, είναι προφανές ότι δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι κατά την ιστοπαθολογική εξέταση εγκεφάλων πασχόντων από ΗΝΔ διαπιστώθηκε η παρουσία αμυλοειδικών πλακών και νευροϊνιδιακών αλλοιώσεων, δηλαδή των ιστοπαθολογικών αλλοιώσεων που αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά της ΑΤΑ. Η ανεύρεση νευροϊνιδιακών αλλοιώσεων σε ηλικιωμένα άτομα φαίνεται ότι είναι σταθερό εύρημα, ακόμα και σε όσους δεν πάσχουν από άνοια και η συγκέντρωση των πλακών φαίνεται ότι αυξάνεται με την ηλικία. Σε έρευνα των Braak and Braak (1997), όπου μελετήθηκαν 2661 εγκεφαλοι ατόμων που απεβίωσαν σε ηλικία μεταξύ 25-95 ετών διαπιστώθηκε ότι το 80%, ηλικίας 65 ετών, είχαν ήδη κάποιες νευροϊνιδιακές αλλοιώσεις, ανεξάρτητα κλινικών εκδηλώσεων, που έφθανε σε ποσοστό 98% στην ηλικία των 80 ετών. Στη συγκεκριμένη αλλά και σε άλλες αντίστοιχες μελέτες οι περισσότερες αλλοιώσεις εντοπίζονται στον ενδορρινικό φλοιό, στο κροταφικό λοβό και ιδιαίτερα στον ιππόκαμπο και πολλές φορές προηγούνται του

σχηματισμού των αμυλοειδικών πλακών. Ο σχηματισμός των νευροϊνιδιακών αλλοιώσεων, ο οποίος είναι ένας δείκτης νευρωνικής εκφύλισης, αυξάνει προοδευτικά με την εξέλιξη της νόσου και ίσως διαδραματίζει αποφασιστικό ρόλο στην κλινική εξέλιξη της ΑΤΑ. Σε 15 περιπτώσεις με ΗΝΔ που μελέτησαν οι Price and Morris (1999), όλες είχαν νευροϊνιδιακές αλλοιώσεις και ιδιαίτερα στον ενδορρινικό φλοιό και στον υπόκαμπο. Με την κλινική έναρξη της νόσου (βαθμολογία στην CDR ίση ή μεγαλύτερη του 1.0) και οι νευροϊνιδιακές αλλοιώσεις και οι αμυλοειδικές πλάκες έγιναν περισσότερες, με μεγαλύτερη εντόπιση στον μετωπιαίο και στον κροταφικό λοβό.



Εικόνα 2. Διαταραχές συγκέντρωσης. (Τσολάκη, Καζής, 2005, σελ 275)



## ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ALZHEIMER

Η πορεία και η διάρκεια της ΝΑ παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις. Η εξέλιξη, από το πρώτο σύμπτωμα ως τον θάνατο, μπορεί να διαρκέσει 3-20 χρόνια, με μέσο όρο διάρκειας τα 7-8 έτη. Χαρακτηριστικό, πάντως, της ΝΑ αποτελεί η προοδευτική επιδείνωση στις νοητικές και λειτουργικές ικανότητες. Οι κύριοι τομείς, λοιπόν, που προσβάλλονται, είναι: 1) οι καθημερινές δραστηριότητες (χειρισμός αντικειμένων, οικονομικών, αυτοφροντίδα κ.λπ.), 2) η συμπεριφορά (διέγερση, απάθεια, ψευδαισθήσεις κ.λπ.), 3) οι νοητικές λειτουργίες (μνήμη, προσανατολισμός, λόγος κ.λπ.).

Στην κλινική εικόνα της ΝΑ μπορεί να συναντήσουμε συμπτώματα, όπως η απώλεια μνήμης, η δυσκολία στην πραγματοποίηση οικείων δραστηριοτήτων, τα προβλήματα λόγου, ο αποπροσανατολισμός στον χώρο και τον χρόνο, η μειωμένη κριτική ικανότητα, τα προβλήματα σχετικά με την αφηρημένη σκέψη, η τοποθέτηση αντικειμένων σε λάθος μέρος, οι μεταβολές στη διάθεση και τη συμπεριφορά, οι αλλαγές προσωπικότητας και η έλλειψη πρωτοβουλίας.

Ένα από τα πρώτιστα σημεία είναι η απώλεια μνήμης. Το άτομο αρχίζει να ξεχνάει όλο και πιο συχνά, πληροφορίες, τις οποίες είναι αδύνατο να επαναφέρει αργότερα. Όμως, έκπτωση μνήμης μπορεί να υπάρχει «φυσιολογικά» και λόγω ηλικίας. Ανάμεσα στις δύο αυτές καταστάσεις υπάρχουν κάποιες διαφορές. Έτσι, στην πρώτη περίπτωση ο πάσχων ξεχνάει ολόκληρες εμπειρίες, τις οποίες σπάνια θυμάται αργότερα, σε αντίθεση με τη δεύτερη, όπου ξεχνάει μέρος μιας εμπειρίας, που συχνά μπορεί να το επαναφέρει στο νου του αργότερα. Ακόμη, ο ασθενής με ΝΑ, σταδιακά, αδυνατεί να ακολουθήσει γραπτές ή προφορικές οδηγίες, δεν χρησιμοποιεί σημειώσεις και αδυνατεί να φροντίσει τον εαυτό του. Όλα αυτά τα συμπτώματα λείπουν σ' έναν άνθρωπο με ελαττωμένη μνήμη λόγω ηλικίας.

Όσον αφορά τη δυσκολία στην πραγματοποίηση οικείων δραστηριοτήτων, οι άνθρωποι με ΝΑ, συχνά, βρίσκουν δύσκολο να σχεδιάσουν ή να ολοκληρώσουν καθημερινές πράξεις. Μπορεί, για παράδειγμα, να ξεχάσει ο ασθενής την αλληλουχία των βημάτων που απαιτούνται για την προετοιμασία ενός γεύματος, για να κάνουν ένα τηλεφώνημα ή ακόμη να παίξουν ένα παιχνίδι.

Τα προβλήματα με τη γλώσσα αφορούν συνήθως την άγνοια απλών λέξεων ή και την αντικατάστασή τους με άλλες αταίριαστες, κάνοντας δύσκολη την κατανόηση, την ομιλία και το γράψιμο τους. Δηλαδή, υπάρχει περίπτωση, παραδείγματος χάριν, να μη βρίσκουν την οδοντόβουρτσα τους και να τη ζητούν ως «εκείνο το πράγμα για το στόμα μου».

Αναφορικά, τώρα, με τον αποπροσανατολισμό στον χώρο και τον χρόνο, οι ασθενείς με ΝΑ χάνονται μέσα στην ίδια τους τη γειτονιά. Ξεχνούν που βρίσκονται και πώς ήρθαν ως εκεί, με αποτέλεσμα να μη γνωρίζουν πώς να γυρίσουν σπίτι.

Πολλές φορές, γίνεται λόγος για πτωχή ή μειωμένη κρίση αυτών των ανθρώπων. Πράγματι, τα άτομα με ΝΑ, συχνά, ντύνονται ακατάλληλα προς τις περιστάσεις. Φοράνε πολλά ρούχα μια θερμή ημέρα ή αντιθέτως, ντύνονται ελαφρά όταν έξω έχει κρύο. Επιπλέον, είναι ικανά να δίνουν μεγάλα ποσά χρημάτων ακόμα και για την αγορά φθηνών προϊόντων. Όμως, προβλήματα υπάρχουν και στην αφηρημένη σκέψη. Οι ασθενείς παρουσιάζουν δυσκολία στην

εκτέλεση πολύπλοκων νοητικών λειτουργιών, όπως π.χ. ξεχνούν για ποιο λόγο είναι οι αριθμοί και πού χρησιμοποιούνται. Ένα ακόμη σημείο είναι η τοποθέτηση αντικειμένων σε λάθος μέρος. Δεν είναι σπάνιο να βάλουν ένα σίδερο στο ψυγείο ή ένα ρολόι χεριού στο κουτί με τη ζάχαρη.

Τέλος, μεγάλη σημασία έχουν οι μεταβολές στη συμπεριφορά και την προσωπικότητα, καθώς και η έλλειψη πρωτοβουλίας. Ως γνωστό, η αλλαγή προσωπικότητας στον άνθρωπο, με την πάροδο της ηλικίας, είναι ένα φυσιολογικό γεγονός. Εδώ, όμως, είναι κάτι διαφορετικό. Οι ασθενείς εμφανίζονται μπερδεμένοι, καχύποπτοι, φοβισμένοι και εξαρτημένοι από το άτομο της οικογένειας που τους φροντίζει. Από εκεί που βρίσκονται σε ηρεμία, ξαφνικά μπορεί να ξεσπάσουν σε κλάμα ή θυμό, χωρίς κάποια προφανή αιτία. Τέλος, το άτομο γίνεται πολύ παθητικό. Είναι δυνατό να κάθεται στην τηλεόραση για ώρες, να κοιμάται περισσότερο απ' ό,τι φυσιολογικά ή να αρνείται να πραγματοποιήσει δραστηριότητες που πρέπει ή συνήθιζε να κάνει παλιά.

Σε σχέση με τη σταδιοποίηση της ΝΑ, υπάρχουν τρία κύρια συστήματα με τρία, τέσσερα και εφτά στάδια το καθένα. Ουσιαστικά, τα επιπλέον στάδια του δεύτερου και τρίτου συστήματος αποτελούν υποκατηγορίες του πρώτου που θα αναλυθεί παρακάτω. Σύμφωνα, λοιπόν, με το σύστημα των τριών σταδίων διακρίνονται η ήπια νόσος με διάρκεια 1-3 χρόνια, η μέτρια με διάρκεια 2-10 χρόνια και η σοβαρή που μπορεί διαρκέσει 8-12 χρόνια (Δεμβλιώτη, 2008).

Στο πρώτο στάδιο της νόσου, ουσιαστικά, κυριαρχούν δέκα προειδοποιητικά σημεία, με χαρακτηριστική την αδυναμία απόκτησης νέων πληροφοριών. Κατά τα άλλα, ο ασθενής μπορεί να εμφανίζεται «φυσιολογικός» απέναντι σ' αυτούς που δεν τον γνωρίζουν. Ο ίδιος, μάλιστα, μπορεί να επαναστατεί και να αρνείται να δεχθεί την κατάσταση, πέφτοντας σε κατάθλιψη. Παρόλα αυτά, όμως, οι κοντινοί του άνθρωποι αντιλαμβάνονται τη μεταβολή της συμπεριφοράς, της προσωπικότητας και του τρόπου με τον οποίο αντιδρά. Το στάδιο αυτό εμφανίζεται ιδιαίτερα δύσκολο για την οικογένεια του αρρώστου, καθώς από τη μια μεριά αμφιβάλλουν για την εγκυρότητα των κρίσεων του και από την άλλη δεν θέλουν να εκφράσουν αυτήν την αμφιβολία μπροστά του.

Στο δεύτερο στάδιο, η κατάσταση χειροτερεύει. Η επιδείνωση της αμνησίας γίνεται εμφανής. Υπάρχει ανομία (αδυναμία κατονομασίας οικείων αντικειμένων), αγνωσία, απραξία και αφασία. Φυσικά, ο ασθενής δυσκολεύεται να αναγνωρίσει τους οικείους του. Όλα τα παραπάνω, εύκολα πλέον, μπορούν να γίνουν αντιληπτά από άτομα που συναντούν τον άρρωστο για πρώτη φορά. Επιπλέον, ο ασθενής δυσκολεύεται στις καθημερινές του δραστηριότητες. Δεν μπορεί να φροντίσει τον εαυτό του, να φάει, να κάνει μπάνιο, παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει κάποια αυϊκή αδυναμία ή προβλήματα συντονισμού. Σ' αυτό το στάδιο, το αγχνός και η διέγερση επιτείνονται, ενώ κάνουν την εμφάνιση τους παρανοϊκές ιδέες και διαταραχές ύπνου. Ο ασθενής δεν μπορεί να μείνει ήσυχος σε ένα μέρος. Κινείται συνεχώς, από δωμάτιο σε δωμάτιο, δείχνοντας σαν να ψάχνει κάτι και συγχρόνως, αδιαφορώντας για τη δυσανασχέτηση των γύρω του.

Τέλος, στο τρίτο και τελευταίο στάδιο ο άνθρωπος χάνει πλήρως την αυτονομία του. Υπάρχει απώλεια ομιλίας, απώλεια ισορροπίας και κινητικά προβλήματα. Επιπλέον, παρατηρείται ελάττωση του σωματικού βάρους, καθώς δεν υπάρχει όρεξη και υπάρχει ακράτεια ούρων και κοπράνων.

Σύμφωνα με το σύστημα των εφτά σταδίων της Global Deterioration Scale, τα βήματα έχουν ως εξής: 1) φυσιολογική κατάσταση, 2) έκπτωση μνήμης που σχετίζεται με την πάροδο της ηλικίας, 3) ήπια διαταραχή, 4) ήπια ΝΑ, 5) μέτρια ΝΑ, 6) σχετικά σοβαρή ΝΑ, 7) σοβαρή ΝΑ.



Εικόνα 3. Αδυναμία συμπλήρωσης μίας επιταγής. (Τσολάκη, Καζής, 2005, σελ 276)

## ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αγγειακή άνοια είναι μορφή άνοιας όπου συνυπάρχουν αγγειακές παθήσεις, αλλοιώσεις του εγκεφάλου και νοητικές διαταραχές. Σήμερα γίνεται μεγάλη προσπάθεια για να διασαφηνισθεί η σχέση αυτή (αγγειακή πάθηση-νοητικές διαταραχές). Οι νεότερες και νεότερες νευροαπεικονιστικές μέθοδοι μελέτης του εγκεφάλου και των αγγειακών του βλαβών συμβάλλουν ιδιαίτερα σ' αυτή την προσπάθεια. Προσπάθεια που περιορίζεται σημαντικά όσον αφορά τη συσχέτιση αιτίου (ισχαιμική αλλοίωση) και αιτιατού (διαταραχές ανώτερων νοητικών λειτουργιών), όταν συνυπάρχουν αγγειακές αλλά και εκφυλιστικές αλλοιώσεις (μικτή άνοια).

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η αγγειακή άνοια αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη αιτία άνοιας, μετά τη ΝΑ. Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 20% των ανοιών στους ηλικιωμένους έχουν αγγειακή αιτιολογία (εκ των οποίων το 10% είναι καθαρά αγγειακές), ενώ διάφοροι αγγειακοί παράγοντες φαίνεται να έχουν σημαντικό ρόλο και στην παθογένεση της ΝΑ.

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Σε μια ουδό ύψους περίπου 40% της φυσιολογικής αιματικής ροής, αρχίζει να επηρεάζεται η ηλεκτρική λειτουργία του εγκεφαλικού κυττάρου. Αν η πτώση της αιματικής ροής επιταθεί ακόμη περισσότερο και φθάσει το 10% περίπου της φυσιολογικής τιμής, ακολουθούν μαζικές μορφολογικές αλλοιώσεις που προαναγγέλλουν τη νέκρωση των προσβεβλημένων κυττάρων. Η αγγειακή άνοια μπορεί να οφείλεται σε αγγειακή εγκεφαλική νόσο ή σε διαταραχές της κυκλοφορίας.

Η αγγειακή εγκεφαλική νόσος χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ισχαιμικών ή αιμορραγικών εμφράκτων. Τα ισχαιμικά έμφρακτα προκύπτουν από την απόφραξη μιας αρτηρίας από έμβολο ή από τον σχηματισμό κάποιου θρόμβου, συνήθως σε υπόστρωμα αθηρωματικής πλάκας. Το μέγεθος του εμφράκτου εξαρτάται από τις διαστάσεις του αγγείου. Τα αιμορραγικά έμφρακτα προκύπτουν από τη ρήξη ενός ανευρύσματος, από αγγειακή δυσπλασία, σε υπερτασικούς ασθενείς, σε ασθενείς με αγγειίτιδα, σε χρήση θρομβολυτικών φαρμάκων κ.ά.

Επιπλέον, τα έμφρακτα μπορούν επίσης να προκληθούν από την ελάττωση της παροχής, η οποία συχνά έχει συστηματικό χαρακτήρα, όπως λ.χ. στην καρδιακή ανεπάρκεια ή τη γενικευμένη αρτηριοσκλήρυνση. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι ευάλωτες περιοχές είναι οι τελικές ζώνες (μεθόριες περιοχές ή border zones) που τρέφονται από τα τελικά αρτηρίδια (Καραγέργου, 2008).

Οι διαταραχές της κυκλοφορίας του αίματος μπορεί να οφείλονται σε μεγάλο βαθμού αρτηριοσκλήρυνση, σε αλλοιώσεις της γλοιότητας του αίματος, σε διαταραχή της παραμορφωσιμότητας των ερυθρών αιμοσφαιρίων κ.ά.

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση βλαβών στα αγγεία του εγκεφάλου είναι οι εξής: ηλικία, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, κάπνισμα, μειωμένη φυσική άσκηση κ.ά.

## ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

### **Άνοια μετά από Α.Ε.Ε.**

Σε αυτήν την κατηγορία εντάσσονται οι ασθενείς που έχουν υποστεί ένα σοβαρό εγκεφαλικό επεισόδιο που συνήθως προκαλεί μεγάλης έκτασης βλάβη με χαρακτήρα συνδρόμου. Το 30% περίπου αυτών των ασθενών παρουσιάζει άνοια μέσα στους 3 μήνες από την οξεία φάση, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 10πλασιασμό του κινδύνου σε σχέση με τον πληθυσμό ελέγχου.

### **Πολυεμφρακτική άνοια**

Η πιο συχνή περίπτωση αγγειακής άνοιας προκαλείται από την ύπαρξη πολλαπλών βλαβών στον εγκέφαλο, μετά από πολλαπλά έμφρακτα. Στους ασθενείς αυτής της κατηγορίας συνήθως δεν περιλαμβάνονται όσοι αρχικά παρουσιάζουν σοβαρά νευρολογικά συμπτώματα (ημιπληγία, αφασία, απραξία κ.ά.), αλλά όσοι αρχίζουν με κάποιου βαθμού ελάττωση των νοητικών λειτουργιών. Χαρακτηριστική είναι η προοδευτική νοητική έκπτωση σε διαδοχικά στάδια, καθώς με την πάροδο του χρόνου συμβαίνουν νέα έμφρακτα. Μπορεί να υπάρξει πλήρης ή μερική επαναφορά και βελτίωση στα συμπτώματα ή να σημειώνεται στασιμότητα. Με το πέρασμα των ετών, προστίθενται και άλλες εστιακές νευρολογικές δυσλειτουργίες (ημιπάρεση, ημιανοψίες, αφασίες, σύγχυση, αταξία, διπλωπία, δυσαρθρία, ίλιγγος κ.ά.).

### **Άνοια μετά από στρατηγικής θέσης έμφρακτο**

Από τη στιγμή που το μέγεθος και ο αριθμός των εμφράκτων δεν αρκούν για να δώσουν ικανοποιητική εξήγηση στην αγγειακή άνοια, είναι λογικό να υποτεθεί ότι κάποιες συγκεκριμένες «στρατηγικές» περιοχές που υφίστανται μια βλάβη θα πρέπει να οδηγούν σε νοητικές διαταραχές. Μικρά έμφρακτα, της τάξης των 2ml ή και μικρότερα, μπορούν προκαλέσουν σοβαρή έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, με διάφορες περιοχές του εγκεφάλου να θεωρούνται «καυτές ζωνικές περιοχές ζώνες».

### **Άνοια μικτού τύπου (αγγειακού και εκφυλιστικού)**

Όλο και περισσότερο οι ερευνητές, αντίθετα από τις προηγούμενες δεκαετίες που κυριαρχούσε ο διχοτομισμός, προσπαθούν να προσδιορίσουν κοινά σημεία στη σχέση μεταξύ της «αγγειακής» και της «εκφυλιστικής» συνιστώσας στην ανάπτυξη της άνοιας. Πέρα από αυτό το δεδομένο, ότι αγγειακές και εκφυλιστικές βλάβες πολύ συχνά συνυπάρχουν στον εγκέφαλο ηλικιωμένων ατόμων, νέες ενδείξεις δείχνουν συγγένεια παθολογικούς μηχανισμούς της κάθε διεργασίας. Έχει αποδειχθεί ότι τους ασθενείς με σύνδρομο άνοιας ποσοστό 25% έχουν συνύπαρξη αγγειακής άνοιας και ΝΑ. Μάλιστα, υπάρχουν αρκετά επιδημιολογικά και στατιστικά στοιχεία τα οποία συσχετίζουν τη ΝΑ με παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (διαβήτης, υπέρταση, κολπική μαρμαρυγή, κάπνισμα, υπερομοκυστεϊναιμία, παχυσαρκία, υπερλιπιδαιμία).

### **Υποφλοιώδης νόσος των μικρών αγγείων**

Συμπεριλαμβάνονται με αυτή την ονομασία ένα πλήθος από παθολογικά ή απεικονιστικά ευρήματα για τα οποία κοινό χαρακτηριστικό θεωρείται η αιτιολογική τους προέλευση (απόφραξη των μικρών αγγείων) και η οριοθέτηση της βλάβης στη λευκή ουσία και τα βασικά γάγγλια.

### **Κλινική εικόνα – Συμπτωματολογία**

Αναφερόμαστε κυρίως στην πολυεμφρακτική άνοια, της οποίας η συμπτωματολογία, σε γενικές γραμμές, χωρίζεται σε φλοιική και υποφλοιώδη. Τα σημεία και συμπτώματα που συνοδεύουν τα μεγάλα έμφρακτα έχουν χαρακτήρα συνδρόμου, είναι καλά μελετημένα όσον αφορά την τοπογραφία και την

αντιστοίχιση σε ορισμένες περιοχές αιμάτωσης, ενώ η άνοια, αν υπάρχει, αποτελεί απλά ένα επιπρόσθετο πρόβλημα στα ήδη υπάρχοντα και ίσως πιο σημαντικά.

Η πολυεμφρακτική άνοια έχει ως υπόστρωμα κάποια γενικευμένη αγγειοπάθεια, συνήθως αρτηριοσκλήρυνση, ή καρδιακή αιτιολογία, συνήθως βαλβιδοπάθειες ή αρρυθμίες. Κατά συνέπεια, όλα τα συμπτώματα που άμεσα ή έμμεσα σχετίζονται με τις παραπάνω καταστάσεις θα πρέπει να αναζητούνται και να αξιολογούνται. Ενδεικτικά αναφέρονται η υπέρταση, ο διαβήτης, η στηθάγχη, η καρδιακή ανεπάρκεια, η διαλείπουσα χωλότητα, η αγγειακή αμφιβληστροειδοπάθεια. Πολλές από τις ασθένειες αυτές έχουν και γενετική αιτιολογία, οπότε θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και το οικογενειακό ιστορικό.

Χαρακτηριστικό της αγγειακής άνοιας αποτελούν οι ποικίλες εκπτώσεις στις νοητικές λειτουργίες, όπως οι έντονες και πρώιμες διαταραχές στις εκτελεστικές λειτουργίες και οι συμπεριφορικές διαταραχές. Η απώλεια του ελέγχου των εκτελεστικών λειτουργιών εκδηλώνεται με διαταραχές στον σχεδιασμό των πράξεων και έλλειψη οργάνωσης στη σκέψη, τη συμπεριφορά και το συναίσθημα. Έτσι, οι ασθενείς παρουσιάζουν μικρές ή μεγαλύτερες δυσκολίες στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως το μαγείρεμα, το ντύσιμο, τη φροντίδα του σπιτιού, τη χρήση απλών συσκευών ή μέσων (π.χ. τηλέφωνο, μεταφορές) κ.λπ.

Επίσης, πολύ χαρακτηριστικά στην αγγειακή άνοια είναι τα συνοδά εστιακά νευρολογικά σημεία και συμπτώματα, όπως παρέσεις ή παραλύσεις εγκεφαλικών συζυγιών, ημιπάρεση ή ημιπληγία, ή ακόμα και διαταραχές αισθητικότητας. Τα σημεία αυτά οφείλονται στην εντόπιση της βλάβης σε συγκεκριμένη εστία στον φλοιό, λόγω αγγειακής βλάβης στον εγκέφαλο. Επιπλέον, όσον αφορά το νευροψυχολογικό προφίλ, στην αγγειακή άνοια, ανάλογα με το πού εντοπίζεται η βλάβη, θα έχουμε και ανάλογες εκπτώσεις σε νοητικές λειτουργίες, όπως για παράδειγμα σε πολλαπλά έμφρακτα, που αφορούν κυρίως υποφλοιώδεις περιοχές, παρατηρείται μείωση της ταχύτητας αντίδρασης ή γενικά ένας βραδυψυχισμός, σε έμφρακτο που αφορά μετωπιαίες περιοχές παρατηρούνται διαταραχές των εκτελεστικών λειτουργιών, της οργάνωσης μιας δραστηριότητας ή άρση αναστολών κ.λπ.

Τα φλοιικά σύνδρομα, των οποίων η συχνότερη αιτιολογία είναι η ύπαρξη πολλαπλών φλοιικών εμφράκτων, χαρακτηρίζονται από διάφορους συνδυασμούς από αφασίες, αλεξία (οπτική αφασική διαταραχή), αγραφία, ιδεατή και ιδεοκινητική απραξία, οπτικοχωρικές και οπτικοκασκευαστικές αγνωσίες, αναριθμησία. Αντίθετα, στα έμφρακτα της λευκής ουσίας (π.χ. lacunar state) παρουσιάζεται επιβράδυνση των ψυχοκινητικών λειτουργιών, αδράνεια, ελάττωση της προσοχής και της συγκέντρωσης, διαταραχές της μνήμης. Σε προχωρημένα στάδια παρατηρούνται κινητικά προβλήματα, διαταραχές στη βάδιση, δυσαρθρία, ανέκφραστο προσωπείο, ατημέλητο παρουσιαστικό, ακράτεια, ψευδοπρομηκική παράλυση με συναισθηματική ακράτεια, με απρόσφορο κλάμα ή γέλιο. Σε αρκετές περιπτώσεις συνυπάρχουν φλοιικές και υποφλοιώδεις βλάβες, οπότε και τα συμπτώματα προέρχονται και από τις δύο ομάδες. Σε κάθε περίπτωση πάντως, και όσον αφορά στα εστιακά νευρολογικά σημεία και συμπτώματα, θα πρέπει να αναζητούνται με απεικονιστικά μέσα οι βλάβες στα αντίστοιχα εγκεφαλικά κέντρα, πριν αποδοθούν «τυφλά» σε αγγειακά αίτια.

**Κλινικά χαρακτηριστικά που συμβαδίζουν με τη διάγνωση αγγειακής άνοιας είναι:**

1. Η πρώιμη εμφάνιση διαταραχών της βάρδισης (μικροβηματισμός, μαγνητικό, απρακτικό, αταξικό ή παρκισονικού τύπου βάδισμα)
2. Το ιστορικό αστάθειας και συχνών αδικαιολογήτων πτώσεων, που υποδηλώνουν διαταραχές στις λειτουργίες του ρυθμιστικού κινητικού μηχανισμού
3. Η πρώιμη εμφάνιση ακράτειας ούρων ή άλλων διαταραχών της ούρησης, που δεν οφείλονται σε παθήσεις του ουροποιητικού
4. Η ψευδοπρομηκική συνδρομή, η οποία είναι αποτέλεσμα τουλάχιστον δύο μεγάλων εμφράκτων (ένα σε κάθε πλάγιο) ή πολλαπλών αμφοτερόπλευρων μικροεμφράκτων, που βλάπτουν τη φλοιοπρομηκική οδό και τις φλοιοπρομηκικές συνδέσεις. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από υπερπυρηνική δυσαρθρία και δυσφαγία, αυξημένα φλοιοπρομηκικά αντανακλαστικά και συναισθηματική ακράτεια με απρόσφορο κλάμα και γέλιο. Επίσης, η κατάσταση αυτή εκδηλώνεται ως χρόνιο αγγειακό εγκεφαλικό σύνδρομο
5. Διαταραχές προσωπικότητας και συναισθήματος ή και ψυχωτικές εκδηλώσεις (αβουλία, κατάθλιψη, συναισθηματική ακράτεια, ψυχοκινητική επιβράδυνση, εκτελεστικές δυσλειτουργίες).

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

**Η διάγνωση της αγγειακής άνοιας θα πρέπει να ικανοποιεί τρεις προϋποθέσεις:**

- α.** Κλινικά διαγνωσμένη άνοια,
- β.** Ενδείξεις βλάβης των εγκεφαλικών αγγείων (με απεικονιστικές μεθόδους ή κλινική εξέταση),
- γ.** Αποκλεισμό άλλων καταστάσεων, ικανών να προκαλέσουν άνοια.

Ιδιαίτερα για την άνοια μετά από Α.Ε.Ε. θα πρέπει να υπάρχει χρονικός συσχετισμός άνοιας και εγκεφαλικού (3 μήνες), ενώ για την πολυεμφρακτική άνοια να παρατηρείται κλιμακωτή ή κυμαινόμενη έκπτωση των νοητικών λειτουργιών.

Σημαντικό ρόλο στη διάγνωση της αγγειακής άνοιας παίζουν οι απεικονιστικές εξετάσεις του εγκεφάλου, δηλαδή η CT, η MRI, η SPECT και η PET. Στις εξετάσεις αυτές τα μακροσκοπικά στοιχεία που εντοπίζονται είναι: ατροφία με διεύρυνση των αυλακών και με πολλαπλές ισχαιμικές εστίες, κυρίως στη λευκή ουσία των ημισφαιρίων και στην περιοχή των βασικών γαγγλίων. Το κοιλιακό σύστημα είναι διευρυσμένο. Ιδιαίτερη εικόνα παρουσιάζεται σε κενοχωριώδη κατάσταση, με πολλαπλά μικρά σφαιρικά κενοχώρια από προηγούμενα μικροέμφρακτα στην περιοχή των βασικών γαγγλίων, στην έσω κάψα και στη λευκή ουσία των ημισφαιρίων, ιδιαίτερα στις μετωπιαίες περιοχές. Εκτεταμένες περιοχές με κυστική εκφύλιση και απομυελίνωση, καθώς και με μακροσκοπική ατροφία της λευκής ουσίας των ημισφαιρίων, υπάρχουν στη λεγόμενη νόσο Binswanger από αποκλεισμό διατρητινόντων αρτηριδίων. Καλή λήψη ιστορικού στην περίπτωση αυτή αποκαλύπτει ότι προηγήθηκαν μικρά

ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια με ξεχωριστό νευρολογικό έλλειμμα, δίνοντας την εντύπωση μιας κλιμακωτής πορείας στην εξέλιξη της νόσου. Η νόσος αυτή, όπως και η κενοχωριώδης κατάσταση, εμφανίζονται συνήθως σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση.

Έχουν, κατά καιρούς, προταθεί διάφορες κλίμακες και διαγνωστικά κριτήρια για τη διάγνωση της αγγειακής άνοιας. Παρουσιάζουν, όμως, μια δυσχρηστία κατά την κλινική εφαρμογή και σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Άλλωστε, αυτό δηλώνει και ο αριθμός τους: την έλλειψη ομοφωνίας που χαρακτηρίζει προς το παρόν τον χώρο της αγγειακής άνοιας. Σε μελέτες που εφαρμόστηκαν σε ασθενείς με άνοια και στις οποίες συγκρίνονται διαφορετικές διαγνωστικές οδηγίες (guidelines) τα αποτελέσματα διαφέρουν αρκετά, αυτό όμως δεν θα πρέπει να ωθεί τον κλινικό γιατρό στην απόρριψη τους. Τα δεδομένα τους είναι σωστό να αξιολογούνται στον βαθμό που πιστεύει ο γιατρός και, κατά περίπτωση, στην κλινική πρακτική. Ωστόσο, οι διαγνωστικές οδηγίες αποτελούν χρησιμότερα ερευνητικά εργαλεία και είναι αναγκαία η διαρκής ενημέρωση και βελτίωση τους.

Μερικά παραδείγματα από διαγνωστικά κριτήρια αποτελούν τα εξής: DSM - III, ADDTC, ICD - 10, NINDS - AIREN, DSM - IV. Τα διαγνωστικά κριτήρια που αναφέρθηκαν έχουν κυρίως ερευνητικό προσανατολισμό.

Προτείνεται ως ιδιαίτερα αξιόπιστη και εύχρηστη στην καθημερινή πράξη η κλίμακα ισχαιμίας του Hachinski. Αποτελείται από 13 χαρακτηριστικά, στο καθένα από τα οποία αντιστοιχεί μια βαθμολογία. Αυτό που αξιολογείται είναι το άθροισμα της βαθμολογίας: ίσο ή μεγαλύτερο του 7 θεωρείται ενδεικτικό αγγειακής άνοιας, ενώ ίσο ή μικρότερο του 4 είναι ενδεικτικό της ΝΑ.

## **ΚΛΙΜΑΚΑ HACHINSKI**

<b>Χαρακτηριστικό στοιχείο</b>	<b>Βαθμός</b>
Αιφνίδια έναρξη	2
Σταδιακή επιδείνωση	1
Κυμαινόμενη πορεία	2
Νυχτερινή σύγχυση	1
Σχετική διατήρηση της προσωπικότητας	1
Κατάθλιψη	1
Σωματικά ενοχλήματα	1
Συναισθηματική ακράτεια	1
Ιστορικό υπέρτασης	1
Ιστορικό Α.Ε.Ε.	2
Ενδείξεις αρτηριοσκλήρωσης	1
Εστιακά νευρολογικά συμπτώματα	2
Εστιακά νευρολογικά σημεία	2

## **ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Οι κυριότερες καταστάσεις που σχετίζονται με άνοια και πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση είναι: η ΝΑ, η μετωποκροταφική άνοια, η άνοια των σωματίων του Lewy, η νόσος του Huntington, η προϊούσα υετροπυρηνική παράλυση, οι ενδοκράνιοι όγκοι, τα χρόνια υποσκληρίδια αιματώματα, ο χαμηλής τάσης υδροκέφαλος, οι τοξικές εγκεφαλοπάθειες, ο αλκοολισμός, η νευροσύφιλη, η νόσος των Creutzfeldt - Jakob. Το βασικότερο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα



αποτελεί πρωτίστως ο διαχωρισμός από τη ΝΑ και κυρίως η αναζήτηση των λεπτών διαφορών μεταξύ αμιγούς αγγειακής και μικτού τύπου άνοιας. Πολλές φορές, ο διαχωρισμός με κλινικά και απεικονιστικά μέσα είναι αδύνατος και μπορεί να γίνει μόνο μετά θάνατον με παθολογοανατομική εξέταση.

Η αγγειακή άνοια και η ΝΑ συνυπάρχουν σε ποσοστό 25% των ασθενών με κλινικά διαγνωσμένη άνοια. Επίσης, οι δύο μορφές άνοιας έχουν κοινούς παράγοντες κινδύνου, όπως υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, κάπνισμα, υπερομοκυστεϊναιμία, ΑΡΟΕ ε4, εναποθέσεις β-αμυλοειδούς. Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητός ο λόγος για τον οποίο πρέπει να δώσουμε ιδιαίτερη έμφαση στη διαφοροδιάγνωση της αγγειακής άνοιας από τη ΝΑ.

## **ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER**

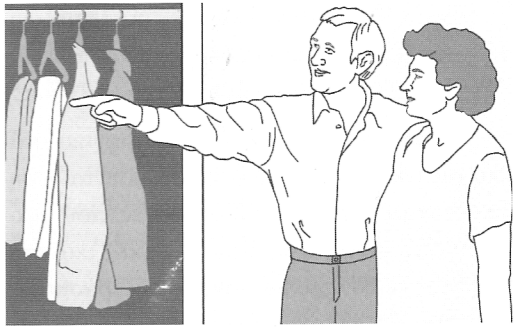
Σε αντίθεση με την πρόιμη διαταραχή της μνήμης που χαρακτηρίζει τη ΝΑ, στους ασθενείς με αγγειακή άνοια παρατηρούνται έντονες και πρόιμες εκτελεστικές δυσλειτουργίες και σχετικά ήπια απώλεια μνήμης.

Οι δύο τύποι άνοιας εμφανίζουν διαφορές στην κλινική νευρολογική εικόνα, οι οποίες βοηθούν στη διαφοροδιάγνωση τους. Στην αγγειακή άνοια εμφανίζονται από νωρίς πυραμιδικές και ψευδοπρομηκικές εκδηλώσεις. Επιπλέον, η αγγειακή άνοια έχει συνοδά εστιακά νευρολογικά σημεία και συμπτώματα και όσον αφορά το νευροψυχολογικό προφίλ στην αγγειακή άνοια ανάλογα και με το πού εντοπίζεται η βλάβη, θα έχει, και ανάλογες εκπτώσεις σε νοητικές λειτουργίες. Αντίθετα, στη ΝΑ, συνήθως, το νευροψυχολογικό προφίλ είναι πιο προδιαγεγραμμένο, δηλαδή αρχίζει με διαταραχές των λειτουργιών του κροταφικού λοβού, πρόσφατη μνήμη, αυτοβιογραφική μνήμη, προσοχή κ.ά. χωρίς βέβαια να αποκλείεται να αρχίσει με οπτικοχωρικές διαταραχές που παραπέμπουν σε βρεγματικό λοβό.

Στην κλίμακα ισχαιμίας του Hachinski, όταν το άθροισμα της βαθμολογίας είναι ίσο ή μεγαλύτερο του 7, θεωρείται ενδεικτικό αγγειακής άνοιας, ενώ όταν είναι ίσο ή μικρότερο του 4 είναι ενδεικτικό της ΝΑ.

Η απεικόνιση του εγκεφάλου με αξονική ή μαγνητική τομογραφία εμφανίζει διαφορές στην αγγειακή άνοια και τη ΝΑ. Συγκεκριμένα, απεικόνιση με CT και η MRI στη ΝΑ χαρακτηρίζεται από εξαιρετικά έντονη ατροφία του κροταφικού λοβού και της ιπποκαμπίου έλικας. Επίσης, στην αγγειακή άνοια υπάρχει ατροφία του εγκεφάλου, συνήθως διάχυτη, ενώ χαρακτηριστική είναι η ύπαρξη εμφρακτικής περιοχής. (Τα απεικονιστικά ευρήματα της αγγειακής άνοιας αναφέρθηκαν παραπάνω.

Η παθολογοανατομική εξέταση του νεκροτομικού εγκεφαλικού, παρασκευάσματος μετά θάνατον θέτει τη διάγνωση. Πολλές φορές, η κλινική εικόνα και οι απεικονιστικές μέθοδοι αδυνατούν να θέσουν τη διάγνωση, με αποτέλεσμα ο διαχωρισμός των δύο τύπων άνοιας να τίθεται μετά θάνατον. Στη ΝΑ σε παθολογοανατομική εξέταση εντοπίζονται οι χαρακτηριστικές «γεροντικές πλάκες» και οι «νευροϊνδιακές αλλοιώσεις τύπου Alzheimer».



Εικόνα 4. Αδυναμία επιλογής ενδυμάτων. (Τσολάκη, Καζής, 2005, σελ 276)

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αγγειακή άνοια είναι μια υποδιαγνωσμένη μορφή άνοιας στους ηλικιωμένους και οι έρευνες δείχνουν ότι μπορεί να αποτελεί τη συχνότερη αιτία άνοιας στους ασθενείς με ισχαιμική καρδιοπάθεια ή με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Πολλές περιπτώσεις εμφανίζουν στα πρώιμα στάδια φλοιικά ή υποφλοιώδη συμπτώματα με εκτελεστικές δυσλειτουργίες, γεγονός που συχνά δεν αναγνωρίζεται ως άνοια από τους συγγενείς ή τους θεράποντες, ενώ σε άλλους ασθενείς σχετίζεται άμεσα με κάποιο εγκεφαλικό ή καρδιακό επεισόδιο, ή μπορεί να εμφανιστεί στα πλαίσια μιας ήδη υπάρχουσας εκφυλιστικής διαδικασίας.

Οι μελλοντικές προκλήσεις για την αγγειακή άνοια αφορούν κυρίως την έγκαιρη διάγνωση και την αναζήτηση των πραγματικών παραγόντων κινδύνου. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορέσουμε να εκμεταλλευτούμε τη δυνατότητα θεραπείας της αγγειακής βλάβης, ώστε να καταφέρουμε να μειώσουμε τη συχνότητα της αγγειακής άνοιας. Χρειάζονται λοιπόν πιο ευαίσθητα, καθολικά και εύκολα στην κλινική πρακτική διαγνωστικά κριτήρια. Εξίσου αναγκαίες είναι και οι μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες όπως και η έρευνα για την κατανόηση των αιτιών και του μηχανισμού της αγγειακής άνοιας, καθώς και η σχέση της με τη ΝΑ.

## ΑΝΟΙΑ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΑ LEWY

Τα σωματίδια Lewy είναι ενδοκυττάρια μορφώματα πρωτεϊνικού υλικού και περιγράφηκαν για πρώτη φορά από τον F. Lewy το 1911 στη μέλαινα ουσία παρκινσονικών ασθενών. Έκτοτε, αποτελούν παθογνωμονικό ιστοπαθολογικό γνώρισμα της ιδιοπαθούς Νόσου του Πάρκινσον (ΝΠ). Το 1984, ο K. Kosaka συνέδεσε την παρουσία πολυάριθμων σωματιών Lewy στον φλοιό και τους πυρήνες του στελέχους με συμπτωματολογία ανοϊκού συνδρόμου. Για τα επόμενα χρόνια, η ΑΣΛ θεωρούνταν υπότυπος της ΑΤΑ, λόγω και της ιστοπαθολογικής αναγνώρισης πολλών μεικτών μορφών.

Υπάρχουν ακόμη αντιλεγόμενες απόψεις για το αν η ΝΠ και η ΑΣΛ είναι μία νόσος ή αντιπροσωπεύουν δύο ξεχωριστά νοσήματα. Νευροπαθολογικά είναι ακόμη δύσκολη η διάγνωση. Από τους 66 εγκεφάλους, όπου είχε τεθεί κλινικά η διάγνωση της ΑΣΛ, μόνο στους 11 είχαν βρεθεί νευροπαθολογικά ευρήματα αμιγώς της ΑΣΛ. Επομένως, μέχρι σήμερα, υπάρχουν κλινικές διαφορές, οι οποίες είναι:

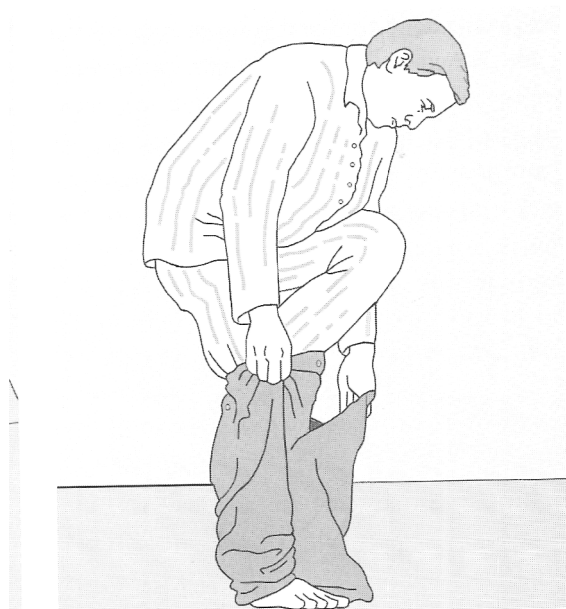
- Η άνοια είναι από τα πρώτα συμπτώματα στην ΑΣΛ ενώ παρουσιάζεται στα τελικά στάδια της ΝΠ.
- Οι ασθενείς με ΑΣΛ ζούν το πολύ 10 χρόνια μετά τη διάγνωση, ενώ ασθενείς με ΝΠ ζουν μέχρι 30 χρόνια.
- Οι ασθενείς με ΑΣΛ είναι μεγαλύτεροι από τους ασθενείς με ΝΠ τη στιγμή της διάγνωσης
- Επίσης υπάρχουν νευροχημικές διαφορές.

Σήμερα, η ΑΣΛ θεωρείται διεθνώς η Τρίτη σε συχνότητα άνοια μετά την ΑΤΑ και την ΑΓΓΑ και αφορά σε ποσοστό 10-20% του συνόλου των ανοϊκών συνδρόμων μεγάλης ηλικίας. Υπάρχει μικρή υπεροχή των αρρένων μεταξύ των ασθενών. Ημέση ηλικία έναρξης είναι τα 75 έτη (50-83έτη). Η εξέλιξη είναι ταχεία (1-5 έτη), σε ένα τελικό στάδιο βαριάς άνοιας και ακινητικού παρκινσονισμού.

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι διαταραχές μνήμης είναι ήπιες, στα αρχικά τουλάχιστον στάδια, και λιγότερο έκδηλες από εκείνες της ΑΤΑ. Προϊόντος του χρόνου υπάρχει συνολική νοητική έκπτωση, που επηρεάζει την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα. Οι διαταραχές προσοχής, οι διαταραχές οπτικοχωρικών κατασκευαστικών δεξιοτήτων, η έκπτωση σύνθετων εκτελεστικών λειτουργιών (κρίση, αφηρημένη σκέψη, ικανότητα επίλυσης προβλημάτων) είναι πρόδηλες. Οι ασθενείς με ΑΣΛ σκοράρουν υψηλότερα από τους ασθενείς με ΑΤΑ σε δοκιμασίες ανάκλησης λεκτικής μνήμης, αλλά πολύ χειρότερα στις οπτικοχωρικές κατασκευαστικές δοκιμασίες.

Η κλινική εικόνα, επίσης, περιλαμβάνει διακύμανση της νοητικής ικανότητας με ευρείες μεταβολές των επιπέδων προσοχής, εγρήγορσης και συγκέντρωσης. Περίοδοι σύγχυσης, υπνηλίας, αδράνειας εναλλάσσονται εντυπωσιακά με περιόδους σχεδόν φυσιολογικής νοητικής κατάστασης και καθημερινής λειτουργικότητας. Οι μεταβολές αυτές είναι χαρακτηριστικές και συμβαίνουν σε μεσοδιάστημα ωρών ή και ημερών σε συχνότητα 50- 70% των ασθενών (Τσολάκη, 2005) .



Εικόνα 5. Διαταραχή στην ικανότητα σωστής ένδυσης. (Τσολάκη, Καζής, 2005, σελ 277)

## ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Σε αυτή την ενότητα της εργασίας προσπαθούμε να αναλύσουμε το τι γίνεται στην Ελλάδα όσο αφορά τη νομική προσέγγιση του θέματος. Συγκεκριμένα γίνεται μία αναφορά στα άρθρα του Συντάγματος και ειδικότερα στις αρχές της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας και της προσωπικής ελευθερίας καθώς και στα δικαιώματα των ατόμων με προβλήματα υγείας και αναπηρίες. Επιπλέον, αναφέρονται άρθρα από τον Αστικό Κώδικα που σχετίζονται με τη συναίνεση, δικαστική συμπαράσταση και ακούσια νοσηλεία. Τέλος, αναφέρεται ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας και τα άρθρα για τα δικαιώματα των ασθενών αλλά και για τη σχέση γιατρού ασθενούς και το ιατρικό απόρρητο αναλυτικότερα στο τέλος της εργασίας στο παράρτημα.

Αναφορά γίνεται επίσης στο ζήτημα της "εικαζόμενης συναίνεσης" που προκύπτει στις περιπτώσεις ασθενών που για διάφορους λόγους δεν μπορούν να συναινέσουν ( Λόγω ηλικίας, ασθένειας κτλ). Στις περιπτώσεις αυτές η συναίνεση εικάζεται με κριτήριο τις ωφέλιμες συνέπειες για τον ασθενή. Υπάρχουν περιπτώσεις όμως όπου η συναίνεση είναι πολύ προβληματική όταν ο ενδιαφερόμενος δεν έχει τη φυσική ικανότητα να συναινέσει είτε λόγω ηλικίας ή της διανοητικής κατάστασης είτε διότι βρίσκεται σε κώμα ή σε κατάσταση άνοιας.

Το ζήτημα που τίθεται στις περιπτώσεις αυτές είναι αν οι προτιμήσεις των οικείων μπορούν να εκφράσουν την προτίμηση του ασθενούς και σε ποιο βαθμό μια τέτοια πρακτική συνιστά παραβίαση της αυτονομίας του. Το ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσο είναι ηθικά ορθό να εκφράσουν την προτίμηση τους με βάση αυτό που θα ήθελε ο ασθενής.

Αναλυτικότερα, η συναίνεση ύστερα από πληροφόρηση ( informed consent) είναι μία ενισχυμένη μορφή έκφρασης της ελεύθερης βούλησης, που τη δικαιολογεί η σοβαρότητα των ιατρικών επεμβάσεων. Έτσι για να είμαστε σε θέση να αποφασίσουμε έλλογα και κυρίως ελεύθερα το αν θέλουμε ο γιατρός να προχωρήσει σε μία συγκεκριμένη επέμβαση, δεν αρκεί να βασιστούμε στην κοινή, καθημερινή μας εμπειρία. Χρειάζεται να ενημερωθούμε κατάλληλα για ορισμένα κρίσιμα επιστημονικά δεδομένα, από τον γιατρό μας. Το πώς πρέπει να γίνεται αυτό, ώστε να εξασφαλίζεται πραγματικά η ελεύθερη βούληση, αποτελεί ήδη θέμα . Ωστόσο, έχει σημασία να διατηρήσουμε τον κομβικό ρόλο της συναίνεσης μας εδώ, περισσότερο από οπουδήποτε αλλού: πρόκειται για το μόνο στοιχείο που μπορεί να εξισορροπήσει προφανείς κινδύνους για την αυτονομία μας, σύμφωνα με κάθε σοβαρή ιατρική πράξη.

Υπάρχουν φορές που η συναίνεση αυτή δεν είναι δυνατόν να δοθεί. Είτε επειδή ο ενδιαφερόμενος δεν έχει τη φυσική ικανότητα να συναινέσει λόγω ηλικίας ή της διανοητικής του κατάστασης είτε διότι, αν και τη είχε κάποτε, τώρα πλέον η ικανότητα αυτή λείπει ( επειδή βρίσκεται σε κατάσταση άνοιας ή μετά από μία σοβαρή αρρώστια.

Το ερώτημα που τίθεται εν προκειμένω είναι, αν θα μπορούμε να « εικάσουμε» τη συναίνεση του προσώπου, αν δηλαδή είναι θεμιτό να

προσπαθήσουμε να σκεφτούμε «τι θα έκανε» ο ίδιος, αν διέθετε την ικανότητα να συναινέσει, και να αποφασίσουμε εμείς «στη θέση του».

Και όμως, το πρόβλημα παραμένει είτε γιατί είναι άμεση η ανάγκη της επέμβασης προκειμένου να σωθεί η υγεία ή και η ζωή ενός ανίκανου προσώπου ή και για άλλους σοβαρούς επίσης σκοπούς.

Ο νόμος σήμερα δέχεται τη συναίνεση ύστερα από ενημέρωση του αντιπροσώπου ενός ανίκανου να συναινέσει ενηλίκου, ως υποκατάστατο για να αντιμετωπισθούν άμεσα κίνδυνοι για την υγεία ή για τη ζωή των τελευταίων. Πρόκειται για μία λύση ανάγκης που δικαιολογείται από την ένταση των κινδύνων αυτών: σταθμίζοντας τους με το ενδεχόμενο βλάβης από την ίδια την επέμβαση, οι τελευταίοι είναι συνήθως σοβαρότεροι. Ο νόμος αναγνωρίζει, πάντως, μια δικλείδα ασφαλείας υπέρ της αυτοδιάθεσης του ίδιου του ενδιαφερόμενου, που σχετικοποιεί την εικαζόμενη συναίνεση του αντιπροσώπου: η γνώμη του πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, στο μέτρο του δυνατού, και για τα παιδιά, ανάλογα με το επίπεδο της ωριμότητάς τους. Μάλιστα, ειδικά σε θεραπείες, η αντίρρηση του ενδιαφερόμενου προσώπου φθάνει να αποκλείει εντελώς την επέμβαση.

Το ερώτημα είναι προς το παρόν θεωρητικό «Μπορούμε να εικάσουμε ότι ένα πρόσωπο που υποφέρει από ανίατη ασθένεια με βέβαιη κατάληξη τον θάνατο και ταυτόχρονα ταλαιπωρείται από την αγωγή που ακολουθεί». Έτσι η σημασία της αυτοπρόσωπης συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση είναι μεγαλύτερη επειδή ακριβώς το πρόσωπο εξακολουθεί να υπάρχει από ότι σε ένα ήδη νεκρό όπου δεν υπάρχει πια πρόσωπο.

### **ΕΙΚΑΖΟΜΕΝΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ "Presumed Consent"**

Το ερώτημα που τίθεται εν προκειμένω είναι, αν μπορούμε να «εικάσουμε» τη συναίνεση του προσώπου, αν δηλαδή είναι θεμιτό να προσπαθήσουμε να σκεφθούμε «τι θα έκανε ο ίδιος, αν διέθετε την ικανότητα να συναινέσει, και να αποφασίσουμε εμείς «στη θέση του» .

Με δεδομένη τη σημασία της αυτοπρόσωπης συναίνεσης στην ιατρική πράξη, το ρίσκο είναι μεγάλο. Είναι δύσκολο να υποκαταστήσουμε κάποιον άλλον στη θέση του ενδιαφερόμενου, έστω και αν έχει προηγηθεί η κατάλληλη ενημέρωση, αφού ο πρώτος δεν βιώνει άμεσα την εμπειρία της ασθένειας και του κινδύνου από μία ενδεχόμενη αποτυχία της επέμβασης που προτείνεται. Έτσι είναι πολύ πιθανό, αντί για «εικαζόμενη» να έχουμε εδώ μία αυθεντική συναίνεση, όχι όμως του ενδιαφερομένου, αλλά εκείνη του «αντιπροσώπου», για το πώς πρέπει να τον μεταχειρισθεί ο γιατρός: να τον «μεταχειρισθεί» ίσως, σύμφωνα με ανάγκες και συμφέροντα όχι του ίδιου, αλλά αυτού που συναινεί, υποβιβάζοντάς τον σε απλό «μέσον». Και όμως το πρόβλημα παραμένει είτε γιατί είναι άμεση η ανάγκη της επέμβασης προκειμένου να σωθεί η υγεία ή και η ζωή ενός ανίκανου προσώπου ή και για άλλους σοβαρούς επίσης σκοπούς (Βιδάλης ,2007).

Αναλυτικότερα σε άλλες χώρες, οι λεγόμενες «προγενέστερες οδηγίες» ή «διαθήκες εν ζωή», δηλαδή η διατύπωση της ρητής βούλησης του ικανού να εκφρασθεί για το πώς θέλει να τον μεταχειρισθούν στην περίπτωση που χάσει την

ικανότητα (πρόκειται ιδίως για ρητές επιθυμίες αποφυγής μιας επίμονης επέμβασης ή της καρδιακής ανάταξης, ή της διακοπής μηχανικής υποστήριξης, διατροφής κλπ.), προσφέρουν μία λύση για να αποφευχθεί η «εικαζόμενη». Και πάλι όμως, δεν αποκλείεται την κρίσιμη στιγμή, ο ενδιαφερόμενος, επειδή ακριβώς ζει, να αλλάξει γνώμη και να μην μπορεί να το εκφράσει.

Συμπερασματικά, καταλήγουμε στο ότι η «εικαζόμενη συναίνεση» ή ίσως «τεκμαιρόμενη συναίνεση» προτείνεται από πολλούς, ως υποκατάστατο της αυτοπρόσωπης «συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση», δηλαδή της βασικής εγγύησης για την αυτονομία του προσώπου. Προτείνεται ως εξαίρεση σε μία βασική παραδοχή, που ισχύει τουλάχιστον στο δίκαιο, ότι «η σιωπή δεν σημαίνει συμφωνία». Και όμως αυτή η παραδοχή θωρακίζει κατ' εξοχήν την αυτονομία, υπό την έννοια ότι διατηρεί το πρόσωπο αδέσμευτο στις επιλογές του. Φαίνεται, πάντως παράδοξο η εξαίρεση να προτείνεται σε ένα πεδίο όπου η αυτονομία είναι κατ' εξοχήν ευάλωτη.

Αξίζει να αναφέρουμε ότι, εάν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει ορισθεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή, και ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του.

## ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Οι δεοντοκρατικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι μία πράξη είναι ορθή εφόσον είναι το είδος της πράξης το οποίο υπαγορεύει κάποιος γενικός κανόνας ή αρχή, ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα και τις συνέπειες που αυτή μπορεί να έχει. Οι δεοντοκρατικές θεωρίες συνήθως, αλλά όχι πάντοτε, απορρέουν από την ηθική φιλοσοφία του Kant και κυρίως, υπό τη μορφή που αυτή διατυπώνεται από την κατηγορική προστακτική. Ειδικότερα, η αρχή της αξιοπρέπειας και η αρχή της αυτονομίας, ευρεία μνεία και χρήση των οποίων γίνεται στο χώρο της Βιοηθικής, θεωρούνται σε μεγάλο βαθμό ότι απορρέουν από τις διατυπώσεις της κατηγορικής προστακτικής, από τη διατύπωση του αυτοσκοπού η πρώτη και από τη διατύπωση της αυτονομίας η δεύτερη.

Οι δύο αυτές αρχές υπαγορεύουν ότι ο άνθρωπος είναι ένα έλλογο, ανεξάρτητο, ελεύθερο να διαθέτει τον εαυτό του, όπως εκείνος κρίνει. Επομένως, τυχόν ενέργειες ή διαδικασίες που διακυβεύουν την ελευθερία του και, αντίθετα, αποσκοπούν στο να τον εκμεταλλευθούν καταδικάζονται ηθικά. Η αξιοπρέπεια και η αυτονομία που διαθέτει ο άνθρωπος συνεπάγονται λογικά ότι ούτε το ανθρώπινο σώμα ούτε κάποιο από τα μέλη του ή τα όργανά του μπορούν να γίνουν αντικείμενο εκμετάλλευσης ή εμπορευματοποίησης. Ο άνθρωπος ως έλλογο όν, διαθέτει την αυτονομία να συγκατατίθεται ή να αρνείται να δώσει τη συγκατάθεσή του σε θεραπεία ή θεραπείες τις οποίες του προτείνει ο γιατρός σε περίπτωση κατά την οποία ασθενήσει και ζητήσει ιατρική βοήθεια είτε εντός είτε εκτός του νοσοκομείου. Πάνω στην αρχή της αυτονομίας ερείδονται όχι μόνο η αρχή της ενημερωμένης συγκατάθεσης αλλά επίσης και μία σειρά δικαιωμάτων και ελευθεριών, τα δικαιώματα των ασθενών.

Στο σημείο αυτό, επίσης, αξίζει να τονίσουμε ότι η αρχή της αυτονομίας, όπως αναδύεται από την ηθική φιλοσοφία του Kant δεν είναι ένα είδος ατομικής αυτονομίας. Αντίθετα, όπως εύστοχα δείχνει η Βρετανή φιλόσοφος Onora O' Neill, πρόκειται για ένα είδος αυτονομίας αρχών (Principled autonomy), λογικών αρχών τόσο θεωρητικών όσο και πρακτικών, η οποία έχει καταστεί καθολικός νομοθέτης. Μία τέτοιου είδους αυτονομία όμως, που είναι παράλληλα και ο καθολικός νομοθέτης έργων και των πράξεων μου και, κατ' επέκταση, των έργων και των πράξεων όλων των ανθρώπων οδηγεί αυτόματα στην αρχή της εμπιστοσύνης, μία έννοια κλειδί για τη σύγχρονη Βιοηθική, σύμφωνα με τη Βρετανή φιλόσοφο. Η Onora O' Neill, προτείνει ότι η ανάπτυξη της αρχής της ατομικής αυτονομίας με την επακολουθούσα συρρίκνωση της αμοιβαίας εμπιστοσύνης που επιφέρει δεν θα μας οδηγούσε μακριά (Onora O' Neill, 2002).

Αντίθετα, μία σύλληψη της αυτονομίας ως αυτονομίας αρχών, όπως αυτή απορρέει από το έργο του Kant, θα αναδείκνυε την αρχή της εμπιστοσύνης σε θεμελιώδη αρχή για το χώρο των βιοτεχνολογιών και των άλλων ιατρικών τεχνολογιών.

Επομένως, το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουμε είναι ότι αρχές όπως είναι η αρχή της αξιοπρέπειας, η αρχή της αυτονομίας και η στενά συναρτημένη με



αυτήν αρχή της εμπιστοσύνης, συμβάλλουν σημαντικά κατά τη λήψη αποφάσεων στην περιοχή των γενετικών τεχνολογιών και της βιοηθικής. Εφιστούν την προσοχή μας και μας υποδεικνύουν ορισμένες απόψεις των υπό συζήτηση ζητημάτων που πρέπει να συνυπολογίσουμε, εάν θέλουμε να καταλήξουμε στο ορθό συμπέρασμα. Εν τούτοις, οι αρχές αυτές καθώς και οι θέσεις της Καντιανής ηθικής φιλοσοφίας από τις οποίες απορρέουν είναι πολύ γενικές και αφηρημένες. Τα προβλήματα που συχνά αντιμετωπίζουμε στη Βιοηθική είναι συγκεκριμένα, λαμβάνουν χώρα σ' ένα ορισμένο πλαίσιο αναφοράς κάτω από πολύπλοκες και ιδιαίζουσες συνθήκες. Επομένως, οι αρχές που απορρέουν από την ηθική φιλοσοφία του Kant δεν είναι σε θέση να συλλάβουν την κατάσταση σε όλη της την πολυπλοκότητα ούτε, όπως είναι φυσικό, να συμμερισθούν τα ιδιαίτερα συναισθήματα που έχουν τα δρώντα υποκείμενα για την κατάσταση, και με τον τρόπο αυτόν καταλήγουν σε συμπεράσματα που είναι είτε ανεπαρκή είτε εσφαλμένα.

### **Η βασισμένη σε αρχές αυτονομία (principled autonomy) και η εμπιστοσύνη στη σχέση ιατρού – ασθενούς**

Η Onora O' Neill (2002:16-27) συζητώντας το πρόβλημα «κερδίζοντας αυτονομία και χάνοντας εμπιστοσύνη» διακρίνει τέσσερα μοντέλα στη σχέση ιατρού- ασθενούς.

Το πρώτο, το παραδοσιακό μοντέλο εμπιστοσύνης, όπου ο ασθενής προσεγγίζει με εμπιστοσύνη τον γιατρό, έχει δεχτεί πολλές κριτικές καθώς στηρίζεται σε μια ως επί το πλείστον δεδομένη ασυμμετρία γνώσης και δύναμης ανάμεσα στον γιατρό και στον ασθενή, με δεδομένη την πατερναλιστική άποψη περί ιατρικής. Το δεύτερο μοντέλο, προϋποθέτει μια λογική (μετριοπαθή reasonable) εμπιστοσύνη, όπου οι ασθενείς ως ίσοι συμμετέχουν στη θεραπεία τους, μέσα από την αντίληψη ότι είναι καταναλωτές, που με την ενημερωμένη συγκατάθεσή τους, προχωρούν σε «ιεροτελεστία εμπιστοσύνης». Το τρίτο μοντέλο αναφέρεται σε μια σχέση που συνδυάζει την αυτονομία του ασθενούς με την αμοιβαία εμπιστοσύνη και απαιτεί περισσότερα από απλή αλλαγή της στάσης των γιατρών ή των ασθενών καθώς και αλλαγές στους όρους και στις συνθήκες της ιατρικής πρακτικής και των τρόπων διασφάλισης της συναίνεσης των ασθενών, και στο τέταρτο, δεν υφίσταται παρά ένα «ομοίωμα αυτονομίας- και ένα ομοίωμα εμπιστοσύνης», με την επιβολή της υπογραφής της ενημερωμένης συγκατάθεσης.

Εάν πράγματι η αυτονομία είναι θεμελιώδης για τη βιοηθική, τότε, συνάγει η O' Neill, χρειαζόμαστε μιαν ηθικά περισσότερο πειστική εκτίμηση της αυτονομίας, που παρέχει η δέσμευση σε βασισμένη σε αρχές αυτονομία, σε αρχές που μπορούν κατά την καντιανή ανάλυση να υιοθετηθούν από όλους και που συνεπάγονται την απόρριψη της εξαπάτησης και άρα τη δέσμευση στην αξιοπιστία. Η αξιοπιστία εκφράζεται μέσα από θεσμούς, πρακτικές και ενέργειες που είναι λογικό (reasonable) να εμπιστεύονται οι άλλοι, η βασισμένη σε αρχές αυτονομία ως εκ τούτου είναι συμβατή με την εμπιστοσύνη.

### **Dworkin (1988: 114-120)**

- Υποστηρίζει ότι η αρχή της αυτονομίας σταματά να έχει εφαρμογή ή η εφαρμογή της είναι τουλάχιστον περισσότερο προβληματική από ότι στις κανονικές καταστάσεις, στις περιπτώσεις όπου ένα πρόσωπο είναι ήδη σε μη αυτόνομη κατάσταση ή σε κατάσταση μειωμένης αυτονομίας.
- Συζητώντας τα όρια της εφαρμογής των αρχών θεμελιώνει εξαιρέσεις για την απαίτηση ενημερωμένης συγκατάθεσης και παρουσιάζει ένα πλαίσιο ηθικής δικαιολόγησης για τις εξαιρέσεις αυτές (περιπτώσεις που δεν υφίσταται ικανότητα κρίσης) incompetence.
- «Όταν δεν έχουμε ικανότητα κρίσης η αυτονομία μας έχει ήδη εξασθενήσει ή χαθεί... και δεν υπάρχει άρνηση της αυτονομίας μας από μέρος του γιατρού. Είναι αλήθεια ότι μπορεί να μας επιβάλλουν άλλα κακά. Μπορεί να κρατηθούμε ζωντανόι σε συνθήκες που προσβάλλουν την αξιοπρέπεια μας ή την ιδιωτική μας ζωή ( Privacy), και όταν θα γίνουμε γνώστες αυτών των προσβολών ίσως θα θέλουμε να καθιερωθούν όρια στην επιτρεπτή χωρίς κατηγορηματική συναίνεση θεραπεία»
- Η αυτονομία κατά τον Dworkin, γίνεται σεβαστή όχι ως μέσον αποδεικτικό των συμφερόντων του ασθενούς, αλλά χάριν της ακεραιότητας του βίου και της προσωπικότητας του, η δε αντίληψη της αυτονομίας ως ακεραιότητας μας παρέχει έναν γνήσιο λόγο για τον οφειλόμενο σεβασμό στην προηγούμενη αυτονομία του

### **ΒΙΟΗΘΙΚΗ**

Όπως έχει καταστεί μέχρι τώρα σαφές, η Βιοηθική είναι η επιστήμη εκείνη η οποία δημιουργήθηκε κατά τα τελευταία τριάντα χρόνια για να εξετάσει, να μελετήσει και να αποτιμήσει τα διάφορα ηθικά προβλήματα ή διλήμματα τα οποία εγείρουν χρήση και η εφαρμογή των συγχρόνων ιατρικών τεχνολογιών. Το έργο της υπερβαίνει αυτό της απλής μελέτης και της συνολικής αξιολόγησης των νέων γενετικών τεχνολογιών και εφαρμογών, καθώς συχνά απαιτείται να υποδείξει τις ηθικονομικές παραμέτρους τις οποίες πρέπει να έχει ο νομοθέτης υπ' όψη του προκειμένου να ρυθμίσει νομοθετικά μια συγκεκριμένη ιατρική τεχνολογία. Το έργο της, επομένως, καθίσταται δύσκολο κι υπεύθυνο, και γίνεται ακόμη πιο δύσκολο, αν λάβουμε υπ' όψη μας την πολυθεματικότητα η οποία την χαρακτηρίζει. Κι αυτό διότι ναι μεν ο ειδικός της Βιοηθικής προϋποθέτει κάποιες ηθικές αρχές τις οποίες φροντίζει να εφαρμόζει στα προβλήματα που έχει ενώπιον του, στην περίπτωση όμως των ηθικών προβλημάτων τα οποία εγείρουν οι

ιατρικές τεχνολογίες θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη και να συνυπολογίζει τους συγκεκριμένους χρονικούς και τοπικούς παράγοντες, την εντοπιότητα με άλλα λόγια, προκειμένου να επιλύσει ένα συγκεκριμένο δίλημμα. Κι αυτό είναι κάτι που καθιστά το έργο της Βιοηθικής ακόμη πιο δύσκολο και πολύπλοκο (Kuczewski and Polansky, 2007).

Η δυσκολία αυτή αντανακλάται κατ' εξοχήν στις ποικίλες ηθικές θεωρίες ή μεθοδολογίες τις οποίες χρησιμοποιεί η Βιοηθική προκειμένου να επιλύσει τα διάφορα ηθικά προβλήματα τα οποία εγείρουν οι ιατρικές τεχνολογίες. Όπως έχουμε αντιληφθεί από όσα εξετάθηκαν ανωτέρω, η Βιοηθική κάνει ως επί το πλείστον χρήση ηθικών θεωριών "αρχών" προκειμένου να εξεύρει απαντήσεις στα ερωτήματα που εξετάζει. Οι ηθικές θεωρίες αρχών μπορεί να είναι είτε συνεπειοκρατικές, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των ωφελμιστικών θεωριών, είτε δεοντοκρατικές, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των θεωριών Καντιανής έμπνευσης, είτε συνδυασμός και των δυο, όπως για παράδειγμα έχουμε στη θεωρία των τεσσάρων αρχών. Όπως και να έχει όμως το πράγμα, οι ποικίλες αυτές ηθικές θεωρίες των οποίων μετέρχεται η Βιοηθική για να απαντήσει τα ποικίλα ερωτήματα είναι όλες δημιουργήματα, συλλήψεις της νεωτερικής εποχής μας. Είναι ηθικές θεωρίες οι οποίες μας παρέχουν εναλλακτικές ηθικές αρχές οι οποίες είναι όλες αποδεκτές, εφόσον προϋποθέτουν εξ ίσου την αρχή της ουδετερότητας. Καμιά όμως από αυτές δεν μπορεί να δικαιολογηθεί περαιτέρω, αφού δεν υπάρχει μια κοινή σύλληψη του ανθρώπινου αγαθού και των πρακτικών, ιατρικών και άλλων, με τις οποίες αυτό προάγεται. Γι' αυτό ακριβώς και ο MacIntyre ισχυρίζεται ότι οι ηθικές διαφωνίες, όπου αυτές εγείρονται, είναι ατέρμονες και ασύμμετρες και πάντοτε επιμένουν και εμμένουν.

Βεβαίως, έχοντας πει αυτό, δεν θα πρέπει να παραλείψουμε να αναφέρουμε και να τονίσουμε ότι οι ηθικές θεωρίες αρχών είναι απαραίτητες διότι εξασφαλίζουν την ορθολογικότητα της σκέψης μας και την προφυλάσσουν από το να περιπέσει στα σφάλματα του υποκειμενισμού και του σχετικισμού. Και από την άποψη αυτή έχουν σημαντικό έργο να προσφέρουν. Η κριτική όμως που τους ασκείται συνήθως στο πλαίσιο της Βιοηθικής είναι η εξής. Πρώτον, οι ηθικές θεωρίες αρχών προβαίνουν σε σημαντικές αφαιρέσεις από το πλαίσιο της συγκεκριμένης, υπό συζήτηση περίπτωσης, το είδος της περίπτωσης που αντιμετωπίζουμε συνήθως στην κλινική ιατρική. Στο πλαίσιο της κλινικής ιατρικής υπεισέρχονται ποικίλοι παράγοντες, κυρίως οι σκέψεις, τα συναισθήματα, τα κίνητρα του ιατρού αλλά και του ασθενή, με άλλα λόγια η σχέση ιατρού - ασθενή, η οποία πάμπολλες φορές παίζει σημαντικό ρόλο στην επίτευξη των σκοπών της ιατρικής πρακτικής. Κι αυτό είναι κάτι που δεν λαμβάνουν υπ' όψη οι θεωρίες αυτές. Και δεύτερον, λόγω ακριβώς της υπερβολικής αφαίρεσης από το πλαίσιο της κλινικής ιατρικής ή της ιατρικής πρακτικής γενικότερα, η εφαρμογή των ηθικών θεωριών αρχών σε μια δεδομένη περίπτωση καταλήγει να είναι μια καθαρά τυπική, μηχανική εφαρμογή η οποία δεν έχει κανένα νόημα. Ένα τέτοιο μοντέλο, όπως είναι το μοντέλο που μας παρέχουν οι σύγχρονες ηθικές θεωρίες αρχών, δεν μπορεί να μας οδηγήσει μακριά. Πρόκειται για ένα ορθολογικό μοντέλο που ελέγχει τη λογική συνέπεια των σκέψεων και των πράξεων μας, το οποίο όμως δεν μπορεί να δικαιολογηθεί περαιτέρω, αφού μια τέτοια δικαιολόγηση προϋποθέτει μια ηθική θεωρία της ιατρικής πρακτικής.

Αν όμως έτσι έχουν τα πράγματα, τότε κανείς ειδικός της Βιοηθικής δεν θα καταφέρει να αντιμετωπίσει τα ποικίλα διλήμματα που εγείρουν οι γενετικές τεχνολογίες εάν περιορισθεί στη χρήση κάποιας ή κάποιων ηθικών θεωριών

αρχών. Αντίθετα, οι σύγχρονες γενετικές τεχνολογίες οφείλουν να διατυπώσουν μια ηθική θεωρία της ιατρικής εμπειρίας η οποία ορίζεται από τη σχέση ιατρού-ασθενή ή, διαφορετικά, από τη σχέση ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού από τη μια και των ασθενών από την άλλη. Η σχέση αυτή καθορίζει την ιατρική δραστηριότητα ή την ιατρική πρακτική η οποία λαμβάνει χώρα και η οποία διέπεται από σκοπούς που είναι εγγενείς σε αυτήν. Οι σκοποί αυτοί είναι η θεραπεία της ασθένειας και η αποκατάσταση της υγείας. Μέσα στο πλαίσιο της ιατρικής πρακτικής ανταλλάσσονται απόψεις, λαμβάνονται αποφάσεις με την καθοδήγηση πάντοτε ηθικών αρχών. Η χρήση της οποίας τυγχάνουν εν προκειμένω οι ηθικές θεωρίες αρχών είναι εντελώς διαφορετική από εκείνη την οποία είχαν προηγουμένως.

Πρώτα από όλα, οι ηθικές θεωρίες αρχών μπορούν τώρα να τύχουν δικαιολόγησης. Και το κριτήριο αναφορικά με το οποίο δικαιολογείται μια ηθική αρχή στη δεδομένη περίπτωση είναι το κατά πόσον προάγει τη θεραπεία του ασθενή και την αποκατάσταση της υγείας του. Επιπλέον, στην περίπτωση αυτή δεν έχουμε μια απλή μηχανική εφαρμογή της ηθικής αρχής στο ιατρικό ερώτημα. Αφού το πλαίσιο της ιατρικής πρακτικής ουσιαστικά καθορίζεται από τη σχέση ιατρού και ασθενή, κατά την εφαρμογή της ηθικής αρχής υπεισέρχονται επίσης οι δεξιότητες, οι αρετές, τα συναισθήματα, τα κίνητρα όχι μόνο του ιατρού αλλά και του ασθενή. Η εφαρμογή της ηθικής αρχής χρωματίζεται όχι μόνον από τις λεπτομέρειες της συγκεκριμένης προβληματικής περίπτωσης αλλά κυρίως από τις δεξιότητες, τις ευαισθησίες, την εμπειρία του ιατρού, με άλλα λόγια από την πρακτική του σοφία. Αυτή είναι μια αρετή την οποία αποκτά κανείς με το χρόνο, η οποία όμως του παρέχει τη δυνατότητα να εφαρμόσει «ορθά» τις ηθικές αρχές στην προβληματική περίπτωση. «Ορθά» ίσως δεν είναι η κατάλληλη λέξη. Διότι και ο σύγχρονος τεχνοκράτης στις περισσότερες περιπτώσεις εφαρμόζει ορθά αλλά μηχανικά τις ηθικές αρχές. Στο είδος της ιατρικής πρακτικής που περιγράφουμε, η οποία διέπεται από τη σχέση ιατρού-ασθενή και αποσκοπεί στην αποκατάσταση της υγείας του δευτέρου, ο ιατρός δεν εφαρμόζει απλώς -και οπωσδήποτε ορθά- τις ηθικές αρχές.

Διαθέτοντας το λογικό, τις αρετές, την εμπειρία και τη σοφία που διαθέτει γνωρίζει πώς να εφαρμόσει τις ηθικές αυτές αρχές έτσι ώστε να προαγάγουν καλύτερα το σκοπό της ιατρικής δραστηριότητας που δεν είναι άλλος από τη θεραπεία του ασθενή. Αυτό σημαίνει ότι η απλή εφαρμογή ηθικών θεωριών αρχών στην προβληματική περίπτωση δεν αρκεί. Εκείνο που απαιτείται είναι η παράλληλη χρήση μιας ηθικής των αρετών. Μια ηθική θεωρία των αρετών η οποία λαμβάνει υπ' όψη της όχι μόνο το λογικό αλλά και τις αρετές και την εμπειρία του ιατρού τον καθιστά ικανό να εφαρμόζει τις ηθικές αρχές με μεγαλύτερη ευαισθησία, επίγνωση και ακρίβεια κι έτσι να οδηγείται σε λύσεις που είναι πιο ευέλικτες και δημιουργικές.

Μια ηθική θεωρία των αρετών, η οποία δίνει προτεραιότητα στο χαρακτήρα του ηθικού υποκειμένου παρά στην ορθότητα της πράξης, δεν είναι απλώς πιο ρεαλιστική στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει μια διλημματική περίπτωση, δεν μας παρέχει απλώς απαντήσεις που είναι πιο ευαισθητοποιημένες και φαντασιακά πιο αναπτυγμένες αλλά κυρίως βελτιώνει και εμπλουτίζει την ηθική μας προσέγγιση τόσο στην ιατρική όσο και στη Βιοηθική.

### Οι διατυπώσεις της κατηγορικής προστακτικής.

Ο Καντ ισχυρίζεται ότι μια και ο ηθικός νόμος εξαναγκάζει τη θέληση να διευρύνει τους υποκειμενικούς της γνώμονες ώστε να αποκτήσουν καθολικό κύρος, ο χαρακτήρας του είναι προστακτικός. Κάθε προσταγή εκφράζεται με το ρήμα «πρέπει» αλλά τί ακριβώς προστάζει η κατηγορική προστακτική δεν είναι σαφές. Ο Καντ τοποθετεί το ερώτημα ως εξής: αυτή η προσταγή είναι τόσο ιδεατή, ώστε δεν υπάρχει αισθητό της δείγμα; Διαβλέποντας μια αναλογική της ιδέας του ηθικού νόμου προς την εποπτεία και το αίσθημα, ο Καντ διατυπώνει αυτό το νόμο με πολλούς τρόπους, χωρίς να είναι πάντα σαφές εάν κάθε αναδιατύπωση επαναλαμβάνει απλά το ίδιο με άλλα λόγια, ή πρόκειται για κάτι ριζικά διαφορετικό. Αποτελεί λοιπόν πρόβλημα: πόσες είναι οι ενδεχόμενες διατυπώσεις της κατηγορικής προστακτικής, και σε ποιά σχέση βρίσκονται αναμεταξύ τους.

Παραθέτω εδώ πέντε δοσμένες διατυπώσεις που μπορούν να διακριθούν με κάποια σαφήνεια:

A) Με αναφορά στον καθολικό νόμο:

«Πράττε μόνο σύμφωνα με ένα τέτοιο γνώμονα, μέσω του οποίου μπορείς συνάμα να θέλεις, αυτός ο γνώμονας να γίνει καθολικός νόμος» (Kant, 1984).

B) Με αναφορά στο νόμο της φύσης:

«Πράττε σαν να έπρεπε ο γνώμονας της πράξης σου να γίνει με τη θέληση σου καθολικός νόμος της φύσης» (Kant, 1984).

Γ) Με αναφορά στον αυτοσκοπό: «Πράττε έτσι ώστε να χρησιμοποιείς την ανθρωπότητα, τόσο στο πρόσωπο σου όσο και στο πρόσωπο κάθε άλλου ανθρώπου, πάντα ταυτόχρονα ως σκοπό και ποτέ μόνο ως μέσο» (Kant, 1984).

Δ) Με αναφορά στην αυτονομία: «Πράττε μόνο έτσι ώστε η θέληση σου μέσω του γνώμονα της να μπορεί να θεωρεί τον εαυτό της ταυτόχρονα ως καθολικό νομοθέτη» (Kant, 1984).

Υπάρχει λοιπόν μόνο μια κατηγορική προστακτική, δηλαδή ετούτη: «Πράττε μόνο σύμφωνα με ένα τέτοιο γνώμονα, μέσω του οποίου μπορείς συνάμα να θέλεις, αυτός ο γνώμονας να γίνει καθολικός νόμος.

Εάν τώρα όλες οι προστακτικές του καθήκοντος μπορούν να παραχθούν απ' αυτή τη μία και μόνη προστακτική ως αξίωμα τους θα μπορέσουμε να δείξουμε τί εννοούμε με την έννοια του καθήκοντος και τί σημαίνει αυτή η έννοια, αν και θα αφήσουμε προσωρινά αναπάντητο το αν αυτό που ονομάζεται καθήκον δεν είναι παρά μια κενή έννοια.

Αφού η καθολικότητα του νόμου συγκροτεί αυτό που ονομάζεται φύση με το πιο γενικό νόημα (σχετικά με τη μορφή), δηλαδή συγκροτεί την ύπαρξη των πραγμάτων κατά το μέτρο που αυτή η ύπαρξη καθορίζεται από καθολικούς νόμους, η γενική προσταγή του καθήκοντος μπορεί να διατυπωθεί και ως εξής: Πράττε σαν να έπρεπε ο γνώμονας της πράξης σου να γίνει με τη θέληση σου καθολικός νόμος της φύσης.

Η αξία κάθε πράγματος το οποίο μπορεί να πετυχαίνεται με την πράξη μας, είναι πάντα σχετική ή κάτω από όρους. Τα όντα, των οποίων η ύπαρξη δεν εξαρτάται από τη θέληση μας αλλά από τη φύση, εάν είναι άλογα όντα έχουν σχετική αξία ως μέσα, και γι' αυτό ονομάζονται πράγματα, αντίθετα τα έλλογα όντα ονομάζονται πρόσωπα: η φύση τους τα ξεχωρίζει ως αυτοσκοπούς, δηλαδή ως κάτι που δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο ως μέσο. Άρα ένα πρόσωπο περιορίζει την αυθαίρετη θέληση (και είναι αντικείμενο σεβασμού). Τα πρόσωπα δεν είναι λοιπόν απλώς υποκειμενικοί σκοποί, των οποίων η ύπαρξη ως αποτέλεσμα των πράξεων μας έχει μόνο για μας μιαν αξία, παρά είναι αντικειμενικοί σκοποί, είναι δηλαδή όντα των οποίων η ύπαρξη είναι αυτοσκοπός, και μάλιστα τέτοιου είδους, που δεν μπορεί να αντικατασταθεί από έναν άλλο σκοπό και να γίνει ένα απλό μέσο, γιατί χωρίς αυτόν δεν θα μπορούσε να βρεθεί ποτέ τίποτα που να κατέχει απόλυτη αξία. Αλλά εάν κάθε αξία ήταν σχετική (κάτω από όρους) και συνεπώς τυχαία, δεν θα μπορούσε να βρεθεί για τη λογική ένα ανώτατο ηθικό αξίωμα.

Αν λοιπόν πρέπει να υπάρχει ένα ανώτατο πρακτικό αξίωμα και μια κατηγορική προστακτική σχετικά με την ανθρώπινη θέληση, αυτή η προστακτική πρέπει να προκύπτει από την παράσταση του τί είναι ένας αναγκαίος σκοπός για κάθε έλλογο ον, γιατί αυτός είναι αυτοσκοπός, αποτελεί ένα αντικειμενικό αξίωμα της θέλησης και συνεπώς μπορεί να χρησιμεύσει ως καθολικός πρακτικός νόμος. Το θεμέλιο αυτού του αξιώματος είναι: η έλλογη φύση υπάρχει ως αυτοσκοπός. Ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται αναγκαστικά την ύπαρξη του ως τέτοια έλλογη φύση, άρα αυτό είναι ένα υποκειμενικό αξίωμα των ανθρώπινων πράξεων. Αλλά και κάθε άλλο έλλογο ον θεωρεί την ύπαρξη του κατά τον ίδιο τρόπο εξαιτίας του ίδιου ορθολογικού θεμέλιου που ισχύει και για μένα το αξίωμα είναι λοιπόν συνάμα αντικειμενικό αξίωμα, ανώτατο πρακτικό θεμέλιο, από το οποίο πρέπει να μπορούν να πηγάζουν όλοι οι νόμοι της θέλησης. Άρα η πρακτική προστακτική θα διατυπωθεί ως εξής: Πράττε έτσι ώστε να χρησιμοποιείς την ανθρωπότητα, τόσο στο πρόσωπο σου όσο και στο πρόσωπο κάθε άλλου ανθρώπου, πάντα ταυτόχρονα ως σκοπό και ποτέ μόνο ως μέσο.

Πρώτον: Σύμφωνα με την έννοια του αναγκαίου καθήκοντος απέναντι στον εαυτό μου, εκείνος που έχει κατανού να αυτοκτονήσει θα πρέπει να αναρωτηθεί, εάν αυτή η πράξη του μπορεί συμβιβαστεί με την ιδέα της ανθρωπότητας ως αυτοσκοπού. Αν αυτοκτονεί για να γλυτώσει από μια δύσκολη κατάσταση, χρησιμοποιεί ένα πρόσωπο μόνο ως μέσο, για να διατηρήσει μία υποφερτή κατάσταση έως το τέλος της ζωής του. Αλλά ο άνθρωπος δεν είναι πράγμα, δηλαδή κάτι που μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο ως μέσο, αλλά οφείλει σε όλες τις πράξεις του να θεωρείται πάντα ως αυτοσκοπός. Άρα δεν μπορώ να διαθέσω τον άνθρωπο, στο πρόσωπο μου, να τον ακρωτηριάσω, να τον φθείρω ή να τον σκοτώσω. (Το να καθοριστεί αυτό το αξίωμα ακριβέστερα ώστε αποφευχθεί κάθε παρερμηνεία, είναι υπόθεση της κατεξοχήν Ηθικής γι' αυτό θα παρακάμψω προβλήματα όπως εάν πρόκειται ακρωτηριάσω τα μέλη μου για να γλυτώσω από το θάνατο, ή διακινδυνεύσω τη ζωή μου για να την σώσω από κάποιο βέβαιο κίνδυνο κλπ.).

Δεύτερο: Σχετικά με τα αναγκαία ή υποχρεωτικά καθήκοντα προς τους άλλους, εκείνος που σκέπτεται να δώσει μια ψεύτικη υπόσχεση θα ιδεί αμέσως, ότι έτσι θα χρησιμοποιήσει έναν άλλο άνθρωπο μόνο ως μέσο, σαν αυτός να μην είναι ταυτόχρονα αυτοσκοπός. Γιατί ο άνθρωπος, τον οποίο με μια τέτοια υπόσχεση θέλω να εκμεταλλευτώ για τους σκοπούς μου, δεν μπορεί συμφωνήσει με τον τρόπο που πράττω απέναντι του κι έτσι να αποτελέσει το σκοπό αυτής της

πράξης. Αυτή η διαφωνία με αξίωμα των άλλων ανθρώπων γίνεται σαφέστερη, όταν παραβιάζεται η ελευθερία και η ιδιοκτησία κάποιων ανθρώπων. Γίνεται τότε σαφές ότι όποιος παραβαίνει τα δικαιώματα των άλλων, θέλει να χρησιμοποιήσει το πρόσωπο των άλλων μόνο ως μέσο, χωρίς να σκέπτεται ότι οι άλλοι ως έλλογα όντα πρέπει πάντα να θεωρούνται και ως σκοποί, δηλαδή ως όντα που μπορούν να αποτελούν ταυτόχρονα το σκοπό αυτής της πράξης .

Η ηθικότητα έγκειται λοιπόν στη σχέση κάθε πράξης προς τη νομοθεσία, μέσω της οποίας είναι μπορετό ένα κράτος των σκοπών. Αλλά αυτή η νομοθεσία πρέπει να υπάρχει μέσα σε κάθε έλλογο ον και να μπορεί να πηγάζει από τη θέληση του το αξίωμα της θέλησης του είναι λοιπόν το εξής: να μην πράττει ποτέ σύμφωνα με άλλο γνώμονα, παρά μόνο με το γνώμονα που μπορεί να γίνει καθολικός ηθικός νόμος, άρα να πράττει μόνο έτσι, ώστε η θέληση του μέσω του γνώμονα της να μπορεί να θεωρεί τον εαυτό της ταυτόχρονα ως καθολικό νομοθέτη. Εάν τώρα οι υποκειμενικοί γνώμονες δεν συμφωνούν κατ' ανάγκην ήδη από τη φύση τους με αυτό το αντικειμενικό αξίωμα των έλλογων όντων ως καθολικών νομοθετών, η αναγκαιότητα του να πράττουμε σύμφωνα με εκείνο το αξίωμα ονομάζεται πρακτική υποχρέωση, δηλαδή καθήκον. Μέσα στο κράτος των σκοπών δεν υπάρχουν καθήκοντα για τον

αρχηγό, αλλά μόνο για τα μέλη και μάλιστα για όλα τα μέλη στον ίδιο βαθμό.

Η πρακτική αναγκαιότητα του να πράττουμε σύμφωνα με αυτό το αξίωμα, δηλαδή το καθήκον, δεν στηρίζεται διόλου επάνω σε αισθήματα, σε ορμές και σε ροπές, αλλά μόνο επάνω στη σχέση των έλλογων όντων μεταξύ τους σ' αυτή τη σχέση η θέληση κάθε έλλογου όντος πρέπει να θεωρείται πάντα ταυτόχρονα ως νομοθέτης, γιατί αλλιώς τα έλλογα όντα δεν θα μπορούσαν να νοηθούν ως αυτοσκοπός. Η λογική συσχετίζει λοιπόν κάθε υποκειμενικό γνώμονα της θέλησης ως καθολικού νομοθέτη με κάθε άλλη θέληση καθώς και με κάθε πράξη ενός έλλογου όντος προς τον εαυτό του, και αυτό όχι από κάποια άλλη πρακτική αιτία ή για κάποια μελλοντική ωφέλεια, αλλά μόνο χάρη στην ιδέα της αξιοπρέπειας του έλλογου όντος, το οποίο δεν υπακούει σε κανένα άλλο νόμο από εκείνο τον οποίο θέτει αυτό τούτο στον εαυτό του.

Κεντρική θέση στην ηθική θεωρία του Καντ έχει ο ισχυρισμός ότι όλοι οι άνθρωποι ( πρόσωπα) αξίζουν σεβασμό μόνο και μόνο επειδή είναι πρόσωπα δηλαδή ελεύθερα έλλογα όντα. Δηλαδή το να είσαι πρόσωπο σημαίνει το να έχεις ένα status και μία αξία (worth) που είναι εντελώς διαφορετική από οποιουδήποτε άλλου όντος, είναι να είσαι ένας αυτοσκοπός με αξιοπρέπεια.

Ο Καντ συνέλαβε την αυτονομία ως δυνατότητα ηθικής «αυτό-νομοθεσίας» και «ανέπτυξε έναν τύπο θεμελίωσης της ηθικής, εντός του οποίου η αρχή της αυτονομίας προκύπτει ως δεσμευτικό περιεχόμενο μέσα από το ίδιο το αφαιρετικό καθολικευτικό ενέργημα (κατηγορική προσταγή), το οποίο πραγματώνει την ιδέα της ελευθερίας». Το αξίωμα της αυτονομίας συναρτάται στις καντιανές αναλύσεις με μία ιδιαίτερη έννοια ελευθερίας, η οποία καθιστά δυνατή την ηθικότητα (Γσινόρεμα, 2006).

«Ο Καντ συλλαμβάνει την ελευθερία της βούλησης του δράντος αφενός ως τη δυνατότητα της να μην εξαρτάται από ατομικές αισθητικές κλίσεις, δηλαδή ως ανεξαρτησία από συγκυριακούς καθορισμούς (αρνητική έννοια της ελευθερίας), και αφετέρου, στη θετική της έννοια ως δυνατότητα της ατομικής βούλησης να «καθορίζεται» από τον πρακτικό λόγο (αρχή της καθολικευσιμότητας – μορφοποίηση των ηθικών πράξεων υπό έναν καθολικεύσιμο και, κατά τούτο αντικειμενικό, κανόνα), καθιστάμενη έτσι αυτόνομη. Αυτονομία είναι η σύμφωνα με τον ηθικό νόμο ελευθερία.

Ως τέτοια, αποτελεί πηγή της ηθικής υποχρέωσης, ειδικά πηγή της ικανότητας του ηθικά δρώντος να υποχρεώνει τον εαυτό του απέναντι στους άλλους (υποχρεώσεις προς την ανθρωπότητα)»Τσινόρεμα, 2006).

## ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΑΡΘΡΑ

Σύμφωνα με το άρθρο Informed Consent in Persons with Alzheimer Disease της Jeanne M. Sorrell και της Pamela R. Cangelosi, γίνεται φανερό η προστασία της αυτονομίας και της συναίνεσης είναι δύο από τις βασικότερες αρχές που πρέπει να ληφθούν πολύ σοβαρά υπόψη σε ασθενείς που δεν μπορούν να πάρουν απόφαση. Ωστόσο, εξηγεί ότι δεν σημαίνει ότι τα άτομα που έχουν τη νόσο Alzheimer βρίσκονται στην ίδια γνωστική κατάσταση. Είναι πολύ σημαντικό να ληφθεί υπόψη το στάδιο της νόσου που βρίσκονται στοιχείο το οποίο πρέπει να λάβουν υπόψη τους και οι ερευνητές.

Επίσης στο άρθρο a Consensus – Based Approach to Providing Palliative Care to Patients Who Lack Decision – Making Capacity του Jason H.T Karlawish και Timothy Quill, γίνεται φανερό η αξία της ανακουφιστικής θεραπείας και φροντίδας σε ανθρώπους που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο της νόσου Alzheimer.

Συγκεκριμένα αναφέρει μια περίπτωση μίας κυρίας η οποία αντιμετωπίζει τη νόσο Alzheimer επτά ολόκληρα χρόνια και βρίσκεται σε χώρο νοσηλείας (Nursing Home), όπου τις παρέχονται κάποιες υπηρεσίες βοήθειας σε καθημερινές της δραστηριότητες. Αναλυτικότερα ο βασικός λόγος που βρίσκεται η κυρία στο συγκεκριμένο χώρο είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και η προστασία της αξιοπρέπειας της. Όπως αναφέρεται στο άρθρο όταν η κυρία Β. αρρωσταίνει βαριά γίνεται μία συνάντηση τόσο με το γιατρό της Μονάδας (Παθολόγος) αλλά και με την υπόλοιπη οικογένεια για να αποφασιστεί από κοινού τι πλάνο προστασίας – θεραπείας και αγωγής θα ακολουθηθεί. Συγκεκριμένα ο Γιατρός- Παθολόγος χρησιμοποιεί δύο βασικές αρχές . Πρώτον, τι θα ήθελε η κυρία Β. αν μπορούσε να μας το εκφράσει (Εικαζόμενη Συναίνεση), και δεύτερον ότι πρέπει να ισορροπηθούν τα οφέλη από την όποια θεραπεία ακολουθηθεί προς την κατεύθυνση να ελαχιστοποιήσουμε τον πόνο της και να λάβουμε υπόψη μας την αξιοπρέπεια και την ποιότητα ζωής μέχρι το ενδεχόμενο τέλος ζωής.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση όταν η κυρία αρρωσταίνει βαριά αποφασίζεται μετά από συζήτηση με το γιατρό και την οικογένεια να ακολουθήσουν μία κοινή αγωγή - πρόγραμμα ανακουφιστικής φροντίδας προστασία της αξιοπρέπειας και της ποιότητας ζωής στο τελικό στάδιο, η οποία περιλαμβάνει ανθρώπινη επαφή, υγρή ενυδάτωση, γεύσεις από τα αγαπημένα της φαγητά και ποτά και μασάζ. Ωστόσο απαγορεύουν τι ενδοφλέβια θρέψη (Intravenous Nutrition). Τελικώς, μετά από επτά ημέρες η κυρία Β. επιβιώνει.



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας, από όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω γίνεται φανερό ότι ένα ηλικιωμένο άτομο μπορεί να συναινέσει για το είδος της θεραπείας που θα ακολουθήσει. Ωστόσο το επίπεδο της γνωστικής ικανότητας του ηλικιωμένου ατόμου είναι πολύ σημαντικό, στοιχείο το οποίο καθορίζεται από την συνολική κατάσταση της υγείας του, από τον θεράποντα ιατρό αλλά και τους οικείους του, (συγγενείς).

Ο ιατρός (νευρολόγος - παθολόγος) καλείται να προσφέρει την καλύτερη δυνατή θεραπεία σύμφωνα με τις γνώσεις του και να παρέχει τις φροντίδες του, μέσα στο πλαίσιο του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, των ανθρώπινων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών των ανθρώπων.

Αξίζει να αναφέρουμε ότι, ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή, η οποία πρέπει να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση από τον ιατρό.

Αναλυτικότερα, εάν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει ορισθεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή, και ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του.

Συγκεκριμένα η συναίνεση δεν θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη. Επιπλέον, θα πρέπει η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το περιεχόμενο της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της.

Αξίζει να αναφέρουμε ότι δεν απαιτείται συναίνεση όταν οι συγγενείς του ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή.

Επίσης, ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποκύπτει στην αντίληψη του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά τον ασθενή ή τους οικείους του.

Επιπλέον, ο ιατρός απέχει από οποιαδήποτε ενέργεια η οποία μπορεί να οδηγήσει στον κοινωνικό αποκλεισμό ή στη διακριτική μεταχείριση ασθενών ή ατόμων που είναι φορείς νόσων, οι οποίες ενδέχεται να προκαλέσουν κοινωνικό στίγμα. Αντίθετα μεριμνά για το σεβασμό της αξιοπρέπειας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους, παρέχοντας παράλληλα την καλύτερη δυνατή επιστημονική αντιμετώπισή τους.

Αναφορικά με τα άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού όπως τα άτομα τρίτης ηλικίας, ο ιατρός δίνει ιδιαίτερη προσοχή σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου.

Συμπερασματικά, τα άτομα τρίτης ηλικίας με άνοια (γεροντική) μπορούν να συναινέσουν και έχουν δικαίωμα στην επιλογή του είδους της θεραπείας που θα ακολουθήσουν.

Ωστόσο, όταν ένα ηλικιωμένο άτομο αντιμετωπίζει άνοια τύπου Alzheimer προχωρημένου σταδίου τότε γίνεται φανερό ότι δεν μπορεί να εκφέρει τη γνώμη του, λόγω του σοβαρότητας της ασθένειας του και σε αυτό το σημείο οφείλουν να αποφασίσουν οι πρώτοι συγγενείς (σύζυγος – παιδιά) για τον ηλικιωμένο άνθρωπο. (εικαζόμενη συναίνεση). Όταν δεν μπορούν και αυτοί να συναινέσουν για οποιοδήποτε λόγω τότε ορίζεται δικαστικός συμπαραστάτης.

Αξίζει να αναφέρουμε ότι είτε οι συγγενείς αναλάβουν την επιμέλεια του ηλικιωμένου ατόμου, είτε ορισθεί δικαστικός συμπαραστάτης από το δικαστήριο, οφείλουν πάντα να πράττουν και να ενεργούν με βάση το καλύτερο δυνατό για το ηλικιωμένο άτομο και όχι με βάση το τι πιστεύουν "αυτοί" ότι θα ήταν καλύτερο.

Επίσης, οφείλουν να σέβονται τις σκέψεις, τις προτιμήσεις, και τις επιθυμίες του ηλικιωμένου ατόμου που είχε όταν ήταν υγιές.

Συμπερασματικά, με βάση την αρχή της αξιοπρέπειας και την αρχή της αυτονομίας Καντ, υπαγορεύουν ότι ο άνθρωπος είναι ένα έλλογο, ανεξάρτητο, ελεύθερο να διαθέτει τον εαυτό του, όπως εκείνος κρίνει. Επομένως, τυχόν ενέργειες ή διαδικασίες που διακυβεύουν την ελευθερία του και αντίθετα αποσκοπούν στο να τον εκμεταλλευθούν καταδικάζονται ηθικά.

Αναλυτικότερα, η αξιοπρέπεια και η αυτονομία που διαθέτει ο άνθρωπος συνεπάγονται λογικά ότι ούτε το ανθρώπινο σώμα ούτε κάποιο από τα μέλη του ή τα όργανα του μπορούν να γίνουν αντικείμενο εκμετάλλευσης ή εμπορευματοποίησης.

Ο άνθρωπος, ως έλλογο, διαθέτει την αυτονομία να συγκατατίθεται ή να αρνείται να δώσει τη συγκατάθεση του σε θεραπεία ή θεραπείες τις οποίες του προτείνει ο γιατρός σε περίπτωση κατά την οποία ασθενήσει και ζητήσει ιατρική βοήθεια είτε εντός είτε εκτός του νοσοκομείου.

Με βάση την καντιανή προσέγγιση στις αρχές της ηθικής υποχρέωσης και του σεβασμός στα ανθρώπινα όντα και στην αξίωση της προστασίας του προσώπου και του απαραβίαστου της ακεραιότητάς, γίνεται φανερό ότι η αυτονομία είναι θεμέλιο της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ackerman, F. (1998). «Assisted suicide, terminal illness, severe disability, and the double standard». In M. Battin, R. Rhodes, and A. Silvers, eds. *Physician assisted suicide: Expanding the debate*, New York, NY: Routledge, pp. 149–161.
- Amundson, R. (2005). «Disability, ideology, and quality of life: A bias in biomedical ethics». In R. Wasserman, J. Bickenbach, and R. Wachbroit, eds. *Quality of life and human difference*, New York, NY: Cambridge University Press, pp. 101-124.
- Asch, A. (1999). Prenatal diagnosis and selective abortion: A challenge to practice and policy. *American Journal of Public Health* 89(11): 1649–1657.
- Braak, et al. (1997) Frequency of stages of Alzheimer related lesions in different age categories. *Neurobiology of Aging* : 18:351-357.
- Bernard, J. (1996) *Η Βιοηθική*, Εκδόσεις: Π. Τραυλός – Ε. Κωσταράκη, Dominos, Αθήνα.
- Brian, D. Carmelle, P, Snowdon, J. Henry, B. (2010) «Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia», *Alzheimer and Dementia* 675-82.
- Brock, D. (1996) «What is the moral authority of family members to act as Surrogates for incompetent patients?» *Milbank Quarterly*.74:599-618.
- Bruner, J. (1990) *Acts of Meaning*. Cambridge, MA: *Harvard Univ Press*.
- Buchanan, A. Brock, D. (1989) *Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making*. Cambridge: Cambridge Univ Press.
- Βαγενάς, Β. (2005) Ηπια Νοητική Διαταραχή, σελ 267. In: Τσολάκη, Μ. και Καζής, Α. (2005) Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, University Studio Press σελ 267-269.
- Βιδάλης, Τ. (2007) “Η «εικαζόμενη συναίνεση»”, Επιθεώρηση Βιοηθικής, 1(1), Φθινόπωρο 2007/Χειμώνας 2008, σελ 107-111.
- Dresser, R., and Whitehouse, P.(1994). ; “The incompetent patient on the slippery slope.” *The Hastings Center Report* 24(4): 6–12.
- Dresser, R. (1995) “Dworkin on dementia. Elegant theory, questionable policy”. *The Hastings Center Report*. 25:32-8.
- Doyle D, Hanks, G. MacDonald, N. (1998) *Oxford Textbook of Palliative Care*. 2d ed. New York: *Oxford Univ Press*.

- Δραγώνα, Μ. (2006). «*Η Οικουμενική Διακήρυξη για τη Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα*» και η ιστορία της, Εκδόσεις Ελληνική Ιατρική και Φαρμακευτική επιθεώρηση, Τόμος 4<sup>ος</sup>, σελ 56-68.
- Δραγώνα, Μ. (1986) *Φιλοσοφία και ανθρώπινα δικαιώματα*, Παπαζήσης, Αθήνα.
- Δεβλιώτη Α. (2008) *Πρακτικά Ημερίδας για τη νόσο Alzheimer*, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.
- Fischer, G. Tulsy, J. Rose, M. Siminoff, L. Arnold, R. (1998) Patient knowledge and physician predictions of treatment preferences after discussion of advance directives. *Journal of General Internal Medicine*. 13:447-54.
- Gauthier, W. et al (1997) Activities of daily living as an outcome measure in clinical trials of dementia drugs. *Alzheimer Disease Associated Disorders*, 11 (suppl 3): 6-7.
- Gardiner, P. (2003) A virtue ethics approach to moral dilemmas in medicine, *Journal of Medical Ethics*, t. 29 σ. 297-302.
- Henderson, C. (1998). *Partial view: An Alzheimer's journal*. Dallas, TX. *Southern Methodist University Press*.
- Hertogh, C. Eefsting, J. et al (2007). Would we rather lose our life than our self? Lessons from the Dutch debate on euthanasia for patients with dementia. *American Journal of Bioethics* 7(4): 48-56.
- Hughes, L., Kyrouac, G., Ghobrial, M., Eible, R. (2003) «The Mini Mental State Exam may help in the differentiation of Dementia with Lewy Bodies and Alzheimer's Disease». *Research and Practice in Alzheimer's Disease*, : 7 231-235.
- Hunter, K. (1991) *Doctor's Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton, NJ: *Princeton Univ Press*.
- Hurley, A. Volicer, L. Rempusheski, V. Fry, S. (1995) Reaching consensus: the process of recommending treatment decisions for Alzheimer's patients. *ANS Advances in Nursing Science*. 18:33-43.
- Immanuel, K. (1984) *Τα Θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών*, Μετάφραση Γιάννη Τζαβάρα, Εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα.
- Janofsky, J. Rovner, B. (1993) Prevalence of advance directives and guardian ship in nursing home patients. *Journal of Geriatric Psychiatry Neurology*. 6:214-6.
- Kuczewski, M. Polansky R, (2007) *Βιοηθική Αρχαία Θέματα σε σύγχρονους προβληματισμούς*, Εκδόσεις Τραυλός, Αθήνα.

- Kuczewski, M. (1996) Reconceiving the family. The process of consent in medical decisionmaking. *The Hastings Center Report*. 26:30-7.
- Καπάκη, Ε. Παρασκευάς, Γ. (2003) *Σύγχρονη θεραπευτική θεώρηση της ΝΑ και άλλων ανοϊκών διαταραχών*. ΒΗΤΑ medical arts.
- Καραγέργου, Σ. (2008) Πρακτικά Ημερίδας για τη νόσο Alzheimer, *Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη*.
- Levy, R. (1994) *Aging Associated Cognitive Decline*, Cambridge University Press 6:1: 63-68.
- Lo, B. Dornbrand, L. (1984). Guiding the hand that feeds. Caring for the demented elderly. *The New England Journal of Medicine*. ;311:402-4.
- Meisel, A. (1995) Barriers to forgoing nutrition and hydration in nursing homes. *American Journal of Law and Medicine*.;21:335-82.
- Meisel, A. (1996) *The Right to Die. 2d ed. New York: Wiley*.
- Μεντελόπουλος, Γ. και συν. (1997): *Η Μνήμη και οι διαταραχές της*, Εκδόσεις University Studio Press.
- Onora, O' N. (2002) *Autonomy and Trust in Bioethics, Cambridge University Press, Cambridge* κεφ 4.
- Οικονομίδης, Δ. (2005) Φυσιολογικό Γήρας, σελ 111. In Τσολάκη, Μ. και Καζής, Α. (2005) *Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση*, University Studio Press σελ 111-112.
- Pellegrino, E. και Thomasma, (1993) *The Virtues in Medical Practice, Oxford University Press, New York, Oxford*.
- Prendergast, T. Luce, M. (1997) Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*.115:15-20.
- Pritchard, S. Fisher, S. Teno, M. Sharp, M. Reding, J. Knaus, A. et al. (1998) Influence of patient preferences and local health system characteristics on the place of death. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Risks and Outcomes of Treatment. *Journal of the American Geriatric Society*.46:1242-50.
- Quill, E. Brody, H.(1996) Physician recommendations and patient autonomy: finding ma balance between physician power and patient choice. *Annals of Internal Medicine journal*. 125:763-9.
- Goering, S. (2007) What makes suffering Unbearable and Hopeless? Advance Directives, Dementia and Disability, University of Washington, *American Journal of Bioethics*, vol 7: 61-63.

- Schneider, B. Mauer, K. and Frohlich, L. (2001). Dementia und Suicide Dementia (in German)]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 69: 164–169.
- Seiffer, A., Clare, L. and Harvey, R. (2005). The role of personality and coping style in relation to awareness of current functioning in early-stage dementia. *Aging & Mental Health* 9: 535–541.
- Sheldon, T. (1999). Euthanasia endorsed in Dutch patient with dementia. *British Medical Journal* 319: 75.
- Schneiderman, J. Jecker, S. Jonsen, A. (1990) Medical futility: its meaning and ethical implications. *Annals of Internal Medicine Journal*. ;112:949-54.
- Sheldon, T. (2005). Dutch approve euthanasia for a patient with Alzheimer's disease. *British Medical Journal* 330: 1041.
- Smith, S. Murray, J. Banerjee, S. et al. (2005). What constitutes health-related quality of life in dementia? Development of a conceptual framework for people with dementia and their carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20: 889–895.
- Spike, J. (2000). Narrative unity and the unraveling of personal identity: *Dialysis, dementia, stroke and advance directives*. *Journal of Clinical Ethics* 11(4): 367–372.
- Sulmasy. D, Terry. P, Weisman. C, Miller. D, Stallings. R, et al. (1998) The accuracy of substituted judgments in patients with terminal diagnoses. *Annals of Internal Medicine Journal*. 128:621-9.
- Τσινόρεμα, Σ. (2006), Η Βιοηθική και η σύγχρονη Βιοηθική της πράξης, *Δευκαλιων* 24/2 Δεκέμβριος, Εκδόσεις Στιγμή σελ 236-248.
- Τσολάκη, Μ. και Καζής, Α. (2005) *Άνοια – Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση*, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Τσολάκη, Μ και Vasiliou, P. (2007) *Alzheimer's disease: a history as long as that of human beings 3<sup>rd</sup> Balcan Congress on the History of Medicine*. Thessaloniki.
- Pasman, B. Onwuteaka P, Ribbe, M. and G.van der Wal. (2002). Withholding the artificial administration of fluids and food from elderly patients with dementia: Ethnographic study. *British Medical Journal* 325: 1–5.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal [Dutch House of Parliament]. (2000/2001). Toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Gewijzigd voorstel van wet [Reviewing termination of life on request and assisted suicide. Amended legislative proposal (in Dutch); English summary available at: [http://www.minvws.nl/images/broch-euthanasia-eng\\_tcm20-](http://www.minvws.nl/images/broch-euthanasia-eng_tcm20-)

108102. (accessed February 15, 2007]. Den Haag: *Sdu Uitgevers*, 26691, nr 137.
- van Delden, J. (2004). The unfeasibility of requests for euthanasia in advance directives. *Journal of Medical Ethics* 30: 447–451.
- van der Meer, S. (2005). Dementie en euthanasie; het kan dus wel. [Dementia and euthanasia; possible after all (in Dutch)] In *Dementie en euthanasie, er mag meer dan je denkt* [Dementia and euthanasia: you are allowed to do more than you think (in Dutch)], eds. van der Grijn, M. 75–79. Amsterdam, the Netherlands: *NVVE [Dutch Euthanasia Society]*.
- van der Meer, S., Veen, E., Noordthoorn, O. and Kraan, H. (1999). Hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een organischpsychiatrische stoornis [Assisted suicide of a patient with an organic-psychiatric disorder (in Dutch)]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 143: 881–884.
- van der Steen, J., Ooms, G., van der Wal, and Ribbe, M. (2002). Pneumonia: The demented patient's best friend? Discomfort after starting or withholding antibiotic treatment. *Journal of the American Geriatrics Society* 50: 1681–1688.
- van der Wal, G., van der Heide, B., Onwuteaka, P. and P. J. van der Maas. (2003). Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en toetsingsprocedure euthanasie [Medical decisionmaking at the end of life. Euthanasia practice and review procedures (in Dutch)]. *Utrecht, the Netherlands: De Tijdstroom*.
- Vezzoni, C. (2005). The legal status and social practice of treatment directives in the Netherlands. Thesis. Groningen, the Netherlands: *Rijksuniversiteit Groningen*.
- Virvidakis, S. (2006) Problems of Moral Assessment: Hard cases in Applied Ethics, *Skepsis*, t. XVII/i-ii, ss. 177- 190.
- Virmani, J., Schneiderman, L., Kaplan, R. (1995) *Relationship of advance directives to physician-patient communication*. *Arch Intern Med*. 1994;154:909-13. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). *The SUPPORT Principal Investigators*. *JAMA*. ;274:1591-8.
- Vogel, A., Hasselbalch, A., Gade, M., Ziebell, and Waldemar, G. (2005). Cognitive and functional neuroimaging correlates for anosognosia in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20: 238–246.
- Vogel, A., Stokholm, A., Gade, B., Andersen, A., Hejl, M. and Waldemar, G. 2004. Awareness of deficits in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: Do MCI patients have impaired insight? *Dementia and Geriatric*

*Cognitive Disorders* 17(3): 181–187.

Vollmann, J. (2001). Advance directives in patients with Alzheimer's disease. *Medicine Health Care and Philosophy* 4: 161–167.

Widdershoven, G. and Berghmans, R. (2001). Advance directives in dementia care: From instructions to instruments. *Patient Education and Counseling* 44: 179–186.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΣΥΝΤΑΓΜΑ – 1975

#### **Άρθρο 2 – ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ**

- 1.Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας.
2. Η Ελλάδα, ακολουθώντας τους γενικά αναγνωρισμένους κανόνες του διεθνούς δικαίου, επιδιώκει την εμπέδωση της ειρήνης, της δικαιοσύνης, καθώς και την ανάπτυξη των φιλικών σχέσεων μεταξύ των λαών και των κρατών.

#### **Άρθρο 5 ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ**

- 1.Καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη.
- 2.Όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το διεθνές δίκαιο. Απαγορεύεται η έκδοση αλλοδαπού που διώκεται για τη δράση του υπέρ της ελευθερίας.
- 3.Η προσωπική ελευθερία είναι απαραβίαστη. Κανένας δεν καταδιώκεται ούτε συλλαμβάνεται ούτε φυλακίζεται ούτε με οποιονδήποτε άλλο τρόπο περιορίζεται, παρά μόνο όταν και όπως ορίζει ο νόμος.
- 4.Απαγορεύονται ατομικά διοικητικά μέτρα που περιορίζουν σε οποιονδήποτε Έλληνα την ελεύθερη κίνηση ή εγκατάσταση στη Χώρα, καθώς και την ελεύθερη έξοδο και είσοδο σ' αυτήν. Τέτοιου περιεχομένου περιοριστικά μέτρα είναι δυνατόν να επιβληθούν μόνο ως παρεπόμενη ποινή με απόφαση ποινικού δικαστηρίου, σε εξαιρετικές περιπτώσεις ανάγκης και μόνο για την πρόληψη αξιόποινων πράξεων, όπως νόμος ορίζει.
- 5.Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων.

**Ερμηνευτική δήλωση:** Στην απαγόρευση της παραγράφου 4 δεν περιλαμβάνεται η απαγόρευση της εξόδου με πράξη του εισαγγελέα, εξαιτίας ποινικής δίωξης, ούτε η λήψη μέτρων που επιβάλλονται για την προστασία της δημόσιας υγείας ή της υγείας ασθενών, όπως νόμος ορίζει.

## **Άρθρο 9<sup>Α</sup> – ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Καθένας έχει δικαίωμα προστασίας από τη συλλογή, επεξεργασία και χρήση, ιδίως με ηλεκτρονικά μέσα, των προσωπικών του δεδομένων, όπως νόμος ορίζει. Η προστασία των προσωπικών δεδομένων διασφαλίζεται από ανεξάρτητη αρχή, που συγκροτείται και λειτουργεί, όπως νόμος ορίζει.

## **Άρθρο 21 – ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ**

1. Η οικογένεια, ως θεμέλιο της συντήρησης και προαγωγής του Έθνους, καθώς και ο γάμος, η μητρότητα και η παιδική ηλικία τελούν υπό την προστασία του Κράτους.
2. Πολύτεκνες οικογένειες, ανάπηροι πολέμου και ειρηνικής περιόδου, θύματα πολέμου, χήρες και ορφανά εκείνων που έπεσαν στον πόλεμο, καθώς και όσοι πάσχουν από ανίατη σωματική ή πνευματική νόσο έχουν δικαίωμα ειδικής φροντίδας από το Κράτος.
3. Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων.
4. Η απόκτηση κατοικίας από αυτούς που τη στερούνται ή που στεγάζονται ανεπαρκώς αποτελεί αντικείμενο ειδικής φροντίδας του Κράτους.
5. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή δημογραφικής πολιτικής, καθώς και η λήψη όλων των αναγκαίων μέτρων αποτελεί υποχρέωση του Κράτους.
6. Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν μέτρων που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας.

## **ΝΟΜΟΣ 2071/1992 (ΦΕΚ Α' 123) ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **Άρθρο 47: ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.
2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.
3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη του πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.

4.Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάσταση του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεως του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

5.Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπος του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ.3, έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ιδίου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεση του για τυχόν συμμετοχή του

είναι δικαίωμα του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.

6.Ο ασθενής έχει το δικαίωμα στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.

7.Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνωρίσεως σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.

8.Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

### **Νόμος 2619/1998 (ΦΕΚ Α'132)**

**Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική.**

#### **Άρθρο πρώτο**

Κυρώνεται και έχει την ισχύ, που ορίζει το άρθρο 28 παρ. 1 του Συντάγματος, η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής -Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική - που υπογράφηκε στις 4 Απριλίου 1997 στο Ονιέδο της Ισπανίας, της οποίας το κείμενο σε πρωτότυπο στην αγγλική γλώσσα και σε μετάφραση στην ελληνική έχει ως εξής:

**ΣΥΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: Γενικές διατάξεις**

### **Άρθρο 1: ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ**

Τα Συμβαλλόμενα Μέρη θα προστατεύουν την αξιοπρέπεια και την ταυτότητα κάθε ανθρωπίνου όντος και θα εγγυώνται το σεβασμό της ακεραιότητας και των λοιπών δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών κάθε ανθρώπινου όντος, χωρίς διάκριση, σε σχέση με την εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής. Έκαστο Συμβαλλόμενο Μέρος θα λάβει τα αναγκαία μέτρα στην εσωτερική του νομοθεσία ώστε να τεθούν εν ισχύ οι διατάξεις της παρούσας Σύμβασης.

### **Άρθρο 2: ΤΟ ΠΡΟΒΑΔΙΣΜΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΟΝΤΟΣ**

Τα συμφέροντα και η ευημερία του ανθρώπινου όντος θα υπερισχύουν έναντι μόνου του κοινωνικού συμφέροντος ή της επιστήμης.

### **Άρθρο 3: ΙΣΟΤΗΤΑ ΕΥΚΑΙΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Οι Συμβαλλόμενοι, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες για την υγεία, καθώς και τους διαθέσιμους πόρους θα λάβουν τα κατάλληλα μέτρα προκειμένου να παρέχουν ισότητα προσβάσεων στην κατάλληλης ποιότητας περίθαλψη εντός της επικράτειας τους.

### **Άρθρο 4: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ**

Κάθε επέμβαση στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας, πρέπει να επιτελείται σύμφωνα με τις σχετικές επαγγελματικές υποχρεώσεις και πρότυπα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ: ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ**

### **Άρθρο 5: ΓΕΝΙΚΟΣ ΚΑΝΟΝΑΣ**

Επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεση του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσης του. Το πρόσωπο αυτό θα ενημερώνεται εκ των προτέρων καταλλήλως ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και κινδύνους που αυτή συνεπάγεται.

Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο μπορεί ελεύθερα και οποτεδήποτε να ανακαλέσει τη συναίνεση του.

### **Άρθρο 6: ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΝΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΟΥΝ**

1. Κατά τα άρθρα 17 και 20 κατωτέρω, επέμβαση δύναται να διενεργηθεί μόνο επί προσώπου που δεν διαθέτει την ικανότητα να συναινέσει για άμεσο όφελος του.
2. Στις περιπτώσεις που, σύμφωνα με το νόμο, ο ανήλικος δεν διαθέτει την ικανότητα να συναινέσει σε επέμβαση, η επέμβαση επιτρέπεται μόνο κατόπιν εξουσιοδότησης του αντιπροσώπου του ή των αρχών ή του προσώπου ή σώματος που προβλέπεται από το νόμο. Η γνώμη του ανηλίκου θα λαμβάνεται υπόψη σαν αυξανόμενος καθοριστικός παράγοντας σε αναλογία με την ηλικία και το βαθμό ωριμότητας του.
3. Σε περιπτώσεις όπου, σύμφωνα με το νόμο, ο ενήλικος δεν διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης σε επέμβαση εξαιτίας διανοητικής αναπηρίας, νόσου ή για παρεμφερείς αιτίες, η επέμβαση επιτρέπεται μόνο κατόπιν εξουσιοδότησης του αντιπροσώπου του ή αρχής ή προσώπου η σώματος που προβλέπεται από τη νομοθεσία. Το ενδιαφερόμενο άτομο θα λαμβάνει, στο μέτρο του δυνατού, μέρος στη διαδικασία εξουσιοδότησης.
4. Στον αντιπρόσωπο, την αρχή, το πρόσωπο ή το σώμα που αναφέρονται στις παραγράφους 2 και 3 ανωτέρω, θα παρέχεται, υπό τις αυτές προϋποθέσεις, η ενημέρωση που αναφέρεται στο άρθρο 5.
5. Η εξουσιοδότηση που αναφέρεται στις παραγράφους 2 και 3 ανωτέρω δύναται να ανακληθεί οποτεδήποτε προς το συμφέρον του ενδιαφερόμενου προσώπου.

#### **Άρθρο 7: ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Με την επιφύλαξη των προστατευτικών διατάξεων που ορίζονται από το νόμο, συμπεριλαμβανομένης της εποπτικής, ελεγκτικής και αναιρετικής διαδικασίας, το πρόσωπο που πάσχει από διανοητική διαταραχή σοβαρής μορφής δύναται να υποβληθεί, χωρίς τη συγκατάθεση του, σε επέμβαση που αποσκοπεί στη θεραπεία της διανοητικής του διαταραχής, μόνο στις περιπτώσεις κατά τις οποίες, χωρίς αυτή τη θεραπεία, είναι πιθανόν να ανακύψει σοβαρή βλάβη της υγείας του.

#### **Άρθρο 8: ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ**

Όταν λόγω του επείγοντος της κατάστασης δεν δύναται να ληφθεί η δέουσα συναίνεση, επιτρέπεται να επιτελείται άμεσα κάθε ιατρικός αναγκαία επέμβαση προς όφελος της υγείας του ενδιαφερόμενου ατόμου.

#### **Άρθρο 9: ΕΠΙΘΥΜΙΕΣ ΕΚΦΡΑΣΘΕΙΣΕΣ ΕΚ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΡΩΝ**

Οι προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με ιατρική επέμβαση θα λαμβάνονται υπόψη, προκειμένου για ασθενή, ο οποίος, κατά το χρόνο της επέμβασης, δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

### **Άρθρο 10: ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

1. Όλοι έχουν το δικαίωμα σεβασμού της προσωπική τους ζωής σε σχέση με την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.
2. Όλοι δικαιούνται να λαμβάνουν γνώση κάθε πληροφορίας σχετικής με την κατάσταση της υγείας τους. Θα είναι σεβαστές, ωστόσο, οι επιθυμίες των ατόμων που επιλέγουν να μην ενημερώνονται σχετικά.
3. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, είναι δυνατή η επιβολή περιορισμών από το νόμο στην άσκηση των δικαιωμάτων που αναφέρονται στην παρ. 2 προς το συμφέρον του ασθενούς.

## **ΝΟΜΟΣ 3418 Φ.Ε.Κ. Α'287/28-11-2005 ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α' ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ**

#### **Άρθρο 1 –ΕΝΝΟΙΕΣ ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΕΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ**

1. Ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου.
2. Ως ιατρικές πράξεις θεωρούνται και εκείνες οι οποίες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης.
3. Στην έννοια της ιατρικής πράξης περιλαμβάνονται και η συνταγογράφηση, η εντολή για διενέργεια πάσης φύσεως παρακλινικών εξετάσεων, η έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και βεβαιώσεων και η γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενή.

#### **4. Κατά τον παρόντα Κώδικα:**

- α) στην έννοια "ασθενής" περιλαμβάνεται κάθε χρήστης των υπηρεσιών υγείας,
- β) στην έννοια "οικείος" περιλαμβάνονται οι συγγενείς εξ αίματος και εξ αγχιστείας σε ευθεία γραμμή, οι θετοί γονείς και τα θετά τέκνα, οι σύζυγοι, οι μόνιμοι σύντροφοι, οι αδελφοί, οι σύζυγοι και οι μόνιμοι σύντροφοι των αδελφών, καθώς και οι επίτροποι ή οι επιμελητές του ασθενούς και όσοι βρίσκονται υπό δικαστική συμπαράσταση.

5.Οι διατάξεις του παρόντος εφαρμόζονται κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα και ανεξάρτητα από τον τρόπο ή τη μορφή άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, ατομικά, ομαδικά ή με τη μορφή ιατρικής εταιρείας, ως ελεύθερο επάγγελμα ή όχι.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'** **ΓΕΝΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

### **Άρθρο 2 – Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΩΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΜΑ**

- 1.Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της 28 Νοεμβρίου 2005 σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφιση του από τον πόνο.
- 2.Ο ιατρός τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, ασκεί το έργο του σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και πρέπει, κατά την άσκηση του επαγγέλματος του, να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρού και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα. Οφείλει, επίσης, να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατρικού σώματος. Ο ιατρός πρέπει να επιδεικνύει τη συμπεριφορά αυτή όχι μόνον κατά την άσκηση του επαγγέλματος του, αλλά και στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής έκφρασης της προσωπικότητας του.
- 3.Το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας.
- 4.Ο ιατρός σέβεται την ανθρώπινη ζωή ακόμη και κάτω από απειλή και δεν χρησιμοποιεί τις γνώσεις του ενάντια στις αρχές του ανθρωπισμού. Δεν συντρέχει ούτε παρέχει υποστήριξη σε βασανιστήρια ή άλλες μορφές εξευτελιστικής και απάνθρωπης συμπεριφοράς, οποιαδήποτε και αν είναι η πράξη για την οποία κατηγορείται ή θεωρείται ένοχο ή ύποπτο το θύμα αυτών των διαδικασιών, σε καιρό ειρήνης ή πολέμου.
- 5.Ο ιατρός, επικαλούμενος λόγους συνείδησης, έχει δικαίωμα να μη μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις.
- 6.Αν η κρίση του ιατρού ενδέχεται να επηρεασθεί από μία ιατρική κατάσταση από την οποία υποφέρει, καθώς και εάν ο ιατρός πάσχει ή είναι φορέας ενός μεταδοτικού νοσήματος, πρέπει να αναζητήσει συμβουλή από ιατρό εργασίας ή κατάλληλα καταρτισμένους συναδέλφους σχετικά με την αναγκαιότητα ή τον τρόπο αλλαγής παροχής των υπηρεσιών του. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ιατρός δεν πρέπει να επαφίεται στην αποκλειστική προσωπική του εκτίμηση σχετικά με την ύπαρξη κινδύνου.

### **Άρθρο 3 – ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ**

1.Κάθε ιατρός απολαύει κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, επιστημονικής ελευθερίας και ελευθερίας της συνείδησης του, παρέχει δε τις ιατρικές του υπηρεσίες με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

#### **2.Ο ιατρός ενεργεί με βάση:**

α) την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκηση του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση,

β) την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και

γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης.

3.Ο ιατρός, κατά την άσκηση της ιατρικής, ενεργεί με πλήρη ελευθερία, στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας. Έχει δικαίωμα για επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης, για τον συγκεκριμένο ασθενή, με βάση τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, και παραλείπει τη χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση.

4. Οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος, η οποία δεν εφαρμόζεται από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα, χαρακτηρίζεται ως πειραματική και η εφαρμογή της επιτρέπεται μόνο σύμφωνα με το νομικό και δεοντολογικό πλαίσιο που διέπει τη διεξαγωγή της επιστημονικής έρευνας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ' ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗ**

### **Άρθρο 8 – Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΩΣ ΣΧΕΣΗ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΣΕΒΑΣΜΟΥ**

1.Η συμπεριφορά του ιατρού προς τον ασθενή του πρέπει να είναι αυτή που προσήκει και αρμόζει στην επιστήμη του και την αποστολή του λειτουργήματος του.

2.Ο ιατρός φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του χρήστη - ασθενή. Ακούει τους ασθενείς του, τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπεια τους.

3.Ο ιατρός δεν παρεμβαίνει στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενή, παρά μόνο στο μέτρο, στο βαθμό και στην έκταση που είναι αναγκαίο και αρκετό για την αποτελεσματική προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών του εφόσον αυτό του έχει επιτραπεί.

4.Ο ιατρός, κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, σέβεται τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές ή πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις του ασθενή. Οι απόψεις του ιατρού σχετικά με τον τρόπο ζωής του ασθενή, τις πεποιθήσεις και την κοινωνική ή οικονομική κατάσταση του τελευταίου δεν επιτρέπεται να επηρεάζουν τη φροντίδα ή τη θεραπευτική αντιμετώπιση που παρέχεται.



5.Ο ιατρός δεν πρέπει να εκμεταλλεύεται την εμπιστοσύνη του ασθενή, να χρησιμοποιεί τη θέση του για τη σύναψη ανάρμοστων προσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς ή τους συγγενείς τους, να ασκεί οικονομικές ή άλλες πιέσεις, να αποκαλύπτει εμπιστευτικές πληροφορίες και να συστήνει θεραπείες ή να παραπέμπει τους ασθενείς σε εξετάσεις οι οποίες δεν είναι προς το συμφέρον τους.

6.Όταν ο ιατρός, μετά το πέρας των καθηκόντων του, παραδίδει τη φροντίδα του ασθενή του σε άλλο συνάδελφο του, πρέπει να εξασφαλίζει ότι η διαδικασία παράδοσης γίνεται αποτελεσματικά και μετά από ακριβή και σαφή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση, τις ανάγκες του ασθενή και τις υπάρχουσες εκκρεμότητες.

7.Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να διευκολύνει τη συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, όταν το ζητούν ο ασθενής ή οι οικείοι του.

### **Άρθρο 9 – ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**

- 1.Ο ιατρός δίνει προτεραιότητα στην προστασία της υγείας του ασθενή
- 2.Ο ιατρός δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του για λόγους άσχετους προς την επιστημονική του επάρκεια, εκτός εάν συντρέχει ειδικός λόγος, που να καθιστά αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του.
- 3.Ο ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ανεξάρτητα από την ειδικότητα του. Η υποχρέωση αυτή βαρύνει τον ιατρό, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής, και ισχύει μέχρι την παραπομπή του ασθενή σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά του σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης.
- 4.Ο ιατρός μπορεί να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών, που ήδη προσφέρει στον ασθενή του, για λόγους επιστημονικούς ή προσωπικούς και εφόσον δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία ή η ζωή του τελευταίου. Στην περίπτωση αυτή, οφείλει, εφόσον του ζητηθεί, να υποδείξει άλλο συνάδελφο του για την αναπλήρωση του.
5. Ο ιατρός οφείλει, σε κάθε περίπτωση επέλευσης έκτακτης ανάγκης ή μαζικής καταστροφής, ανεξαρτήτως της ένταξης του σε σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών, να προσφέρει τις ιατρικές υπηρεσίες του, έστω και χωρίς αμοιβή ή αποζημίωση.

### **Άρθρο 10 – ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ**

1. Η άσκηση της ιατρικής γίνεται σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Ο ιατρός έχει υποχρέωση συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητας του

2. Η υποχρέωση αυτή περιλαμβάνει όχι μόνον τις ιατρικές γνώσεις, αλλά και τις κλινικές δεξιότητες, καθώς και τις ικανότητες συνεργασίας σε ομάδα, οι οποίες είναι απαραίτητες για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας. Η συνεργασία στο πλαίσιο κάθε διεπιστημονικής ή μη ομάδας πρέπει να γίνεται εποικοδομητικά. Αν ο ιατρός ηγείται της ομάδας, προσπαθεί να εξασφαλίσει από όλα τα μέλη την ανάγκη παροχής αξιοπρεπούς και αποτελεσματικής φροντίδας, καθώς και εκδήλωσης σεβασμού στην προσωπικότητα του ασθενή.
3. Ο ιατρός οφείλει να αναγνωρίζει τα όρια των επαγγελματικών του ικανοτήτων και να συμβουλευέται τους συναδέλφους του.

### **Άρθρο 11 – ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ**

1. Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεση της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασης του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων.
2. Ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεση της, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους.
3. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να καταβάλλεται κατά την ενημέρωση που αφορά σε ειδικές επεμβάσεις, όπως μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικής υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκαταστάσεως φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις.
4. Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής, κατά τις διακρίσεις του επόμενου άρθρου.

### **Άρθρο 12 - ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΗ**

1. Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή.
2. **Προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή είναι οι ακόλουθες:**
  - α) Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, σύμφωνα με το προηγούμενο άρθρο.
  - β) Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση.

αα) Αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλεια του. Λαμβάνεται, όμως, υπόψη και η γνώμη του, εφόσον ο ανήλικος, κατά την κρίση του ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής. Στην περίπτωση της παραγράφου 3 του άρθρου 11 απαιτείται πάντοτε η συναίνεση των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα του ανηλίκου.

ββ) Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει ορισθεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή, και ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής,

γγ) Η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη.

δδ) Η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενο της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της.

### **3. Κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση:**

αα) στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας,

ββ) στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή

γγ) αν οι γονείς ανήλικου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή.

## **Άρθρο 13 - ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ**

1. Ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψη του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά στον ασθενή ή τους οικείους του.

2. Για την αυστηρή και αποτελεσματική τήρηση του ιατρικού απορρήτου, ο ιατρός οφείλει:

αα) να ασκεί την αναγκαία εποπτεία στους βοηθούς, στους συνεργάτες ή στα άλλα πρόσωπα που συμπράττουν ή συμμετέχουν ή τον στηρίζουν με οποιονδήποτε τρόπο κατά την άσκηση του λειτουργήματος του και

ββ) να λαμβάνει κάθε μέτρο διαφύλαξης του απορρήτου και για το χρόνο μετά τη με οποιονδήποτε τρόπο παύση ή λήξη άσκησης του λειτουργήματος του.

3. Η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται όταν:

αα) Ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος. Νομικό καθήκον συντρέχει, όταν η αποκάλυψη επιβάλλεται από ειδικό νόμο, όπως στις περιπτώσεις γέννησης, θανάτου, μολυσματικών νόσων και άλλες, ή από γενικό νόμο, όπως στην υποχρέωση έγκαιρης αναγγελίας στην αρχή, όταν ο ιατρός μαθαίνει με τρόπο αξιόπιστο ότι μελετάται κακούργημα ή ότι άρχισε ήδη η

εκτέλεση του και, μάλιστα, σε χρόνο τέτοιο, ώστε να μπορεί ακόμα να προληφθεί η τέλεση ή το αποτέλεσμα του.

β) Ο ιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη έννομου ή άλλου δικαιολογημένου, ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος ή συμφέροντος του ίδιου του ιατρού ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορεί να διαφυλαχθεί διαφορετικά.

γ) Όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας.

**4.** Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου αίρεται, εάν συναινεί σε αυτό εκείνος στον οποίο αφορά, εκτός εάν η σχετική δήλωση του δεν είναι έγκυρη, όπως στην περίπτωση, που αυτή είναι προϊόν πλάνης, απάτης, απειλής, σωματικής ή ψυχολογικής βίας, ή εάν η άρση του απορρήτου συνιστά προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

**5.** Οι ιατροί που ασκούν δημόσια υπηρεσία ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης απαλλάσσονται από την υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου μόνο έναντι των εντολέων τους και μόνο ως προς το αντικείμενο της εντολής και τους λοιπούς όρους χορήγησης της.

**6.** Η υποχρέωση τήρησης και διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου δεν παύει να ισχύει με το θάνατο του ασθενή.

#### **Άρθρο 14 - ΤΗΡΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΡΧΕΙΟΥ**

**1.** Ο ιατρός υποχρεούται να τηρεί ιατρικό αρχείο, σε ηλεκτρονική ή μη μορφή, το οποίο περιέχει δεδομένα που συνδέονται αρρήκτως ή αιτιωδώς με την ασθένεια ή την υγεία των ασθενών του. Για την τήρηση του αρχείου αυτού και την επεξεργασία των δεδομένων του εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 2472/1997 (ΦΕΚ 50 Α').

**2.** Τα ιατρικά αρχεία πρέπει να περιέχουν το ονοματεπώνυμο, το πατρώνυμο, το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, τη διεύθυνση του ασθενή, τις ημερομηνίες της επίσκεψης, καθώς και κάθε άλλο ουσιώδες στοιχείο που συνδέεται με την παροχή φροντίδας στον ασθενή, όπως, ενδεικτικά και ανάλογα με την ειδικότητα, τα ενοχλήματα της υγείας του και το λόγο της επίσκεψης, την πρωτογενή και δευτερογενή διάγνωση ή την αγωγή που ακολουθήθηκε.

**3.** Οι κλινικές και τα νοσοκομεία τηρούν στα ιατρικά τους αρχεία και τα αποτελέσματα όλων των κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων.

**4.** Η υποχρέωση διατήρησης των ιατρικών αρχείων ισχύει:

α) στα ιδιωτικά ιατρεία και τις λοιπές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ιδιωτικού τομέα, για μία δεκαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή και

β) σε κάθε άλλη περίπτωση, για μία εικοσαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή.

**5.** Ο ιατρός λαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα, έτσι ώστε στην περίπτωση επιστημονικών δημοσιεύσεων να μην γνωστοποιείται με οποιονδήποτε τρόπο η ταυτότητα του ασθενή στον οποίο αφορούν τα δεδομένα. Εάν, λόγω της φύσης της δημοσίευσης, είναι αναγκαία η αποκάλυψη της ταυτότητας του ασθενή ή στοιχείων που υποδεικνύουν ή μπορούν να οδηγήσουν στην εξακρίβωση της ταυτότητας του, απαιτείται η ειδική έγγραφη συναίνεση του.

**6.** Ο ιατρός τηρεί τα επαγγελματικά του βιβλία με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται το ιατρικό απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων.

7. Στα ιατρικά αρχεία δεν πρέπει να αναγράφονται κρίσεις ή σχολιασμοί για τους ασθενείς, παρά μόνον εάν αφορούν στην ασθένεια τους.

8. Ο ασθενής έχει δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά αρχεία, καθώς και λήψης αντιγράφων του φακέλου του. Το δικαίωμα αυτό, μετά το θάνατο του, ασκούν οι κληρονόμοι του, εφόσον είναι συγγενείς μέχρι τετάρτου βαθμού.

9. Δεν επιτρέπεται σε τρίτο η πρόσβαση στα ιατρικά αρχεία ασθενή. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η πρόσβαση:

α) στις δικαστικές και εισαγγελικές αρχές κατά την άσκηση των καθηκόντων τους αυτεπάγγελτα ή μετά από αίτηση τρίτου που επικαλείται έννομο συμφέρον και σύμφωνα με τις νόμιμες διαδικασίες,

β) σε άλλα όργανα της Ελληνικής Πολιτείας, που με βάση τις καταστατικές τους διατάξεις έχουν τέτοιο δικαίωμα και αρμοδιότητα.

10. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα πρόσβασης, σύμφωνα με τις οικείες διατάξεις, στα εθνικά ή διεθνή αρχεία στα οποία έχουν εισέλθει τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που τον αφορούν.

## **Άρθρο 15 ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ**

Ο ιατρός που βρίσκεται μπροστά σε σύγκρουση καθηκόντων αντιμετωπίζει τη σύγκρουση αυτή με βάση την επιστημονική του γνώση, τη σύγκριση των έννομων αγαθών που διακυβεύονται, τον απόλυτο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας και τη συνείδηση του στο πλαίσιο των αρχών του άρθρου 2.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ' ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

### **Άρθρο 16 Ο ιατρός και η κοινωνία**

1. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει τον κοινωνικό χαρακτήρα του λειτουργήματος του και έχει την υποχρέωση, με βάση τις γνώσεις του, τις δεξιότητες και την πείρα που έχει αποκτήσει, να επιστά την προσοχή της κοινότητας, στην οποία ανήκει, σε θέματα που έχουν σχέση με τη δημόσια υγεία και τη βελτίωση της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών.

2. Ο ιατρός συμμετέχει σε επαγγελματικές ή και επιστημονικές οργανώσεις που έχουν ως σκοπό την προστασία των συλλογικών συμφερόντων της ιατρικής κοινότητας, καθώς και τη μελέτη, επεξεργασία, πρόταση και εφαρμογή συλλογικών μέτρων, που συμβάλλουν στη βελτίωση της δημόσιας υγείας.

3. Ο ιατρός έχει δικαίωμα στο σεβασμό της προσωπικότητας του και της ιδιωτικής του ζωής από τον Τύπο και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, κατά την άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος.

4. Ο ιατρός απέχει από οποιαδήποτε ενέργεια η οποία μπορεί να οδηγήσει στον κοινωνικό αποκλεισμό ή στη διακριτική μεταχείριση ασθενών ή ατόμων που είναι φορείς νόσων, οι οποίες ενδέχεται να προκαλέσουν κοινωνικό στίγμα. Αντίθετα, μεριμνά για το σεβασμό της αξιοπρέπειας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους, παρέχοντας παράλληλα την καλύτερη δυνατή επιστημονική αντιμετώπιση τους.

5. Ο ιατρός δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην παροχή φροντίδας σε άτομα τα οποία ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες, όπως γυναίκες που ζουν σε ελλειμματικές συνθήκες ασφάλειας, παιδιά προβληματικών οικογενειών'ν, νεαρά άτομα που διαβιώνουν

σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου, άτομα με χρόνια νοσήματα ή άτομα της τρίτης ηλικίας.

6.Ο ιατρός παρέχει σε άτομα που ζουν σε φυλακές και στα παιδιά τους, που ζουν σε ιδρύματα, εξίσου καλή φροντίδα με εκείνη που παρέχεται στους υπόλοιπους πολίτες.

7.Στην περίπτωση παροχής φροντίδας σε λιγότερο προνομιούχες ομάδες ατόμων, όπως οι μετανάστες και οι πρόσφυγες, ο ιατρός λαμβάνει υπόψη ιδιαίτερος την πολιτισμική διάσταση της υγείας.

## **Άρθρο 17 – ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ – ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΑ ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ**

1.Απαγορεύεται οποιαδήποτε προσωπική διαφήμιση ή συστηματική δημόσια παρουσία ή αναφορά του ονόματος του ιατρού, άμεσα ή έμμεσα, η οποία είτε προέρχεται από αυτόν είτε διενεργείται με δική του υποκίνηση.

2.Απαγορεύεται η ανάρτηση σε δημόσιο χώρο διαφημιστικών πινακίδων ή επιγραφών, η διανομή φυλλαδίων, αγγελιών, δημοσιευμάτων ή οποιασδήποτε φύσης διαφημιστικών εντύπων ή άλλων ανακοινώσεων στον έντυπο ή ηλεκτρονικό τύπο. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η χρήση των ανωτέρω μέσων σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 8.

3.Απαγορεύεται η εντοίχιση επιγραφών ή πινακίδων με εμπορικό ή κερδοσκοπικό περιεχόμενο, καθώς και η ανάρτηση πινακίδων σε εξώστες, παράθυρα ή άλλα σημεία εκτός από την κύρια είσοδο του τόπου της κατοικίας και της επαγγελματικής εγκατάστασης του ιατρού και την πρόσοψη του κτιρίου. Οι διαστάσεις των πινακίδων οι οποίες επιτρέπεται να αναρτηθούν στην κύρια είσοδο της επαγγελματικής έδρας του ιατρού δεν είναι δυνατόν να είναι μεγαλύτερες των 25 X 0.30 εκατοστών και περιέχουν υποχρεωτικά και μόνον το όνομα, το επώνυμο, τον αριθμό μητρώου του οικείου Ιατρικού Συλλόγου, τους μόνιμους τίτλους που έχουν αναγνωρισθεί στην Ελλάδα, την ειδικότητα και τις ημέρες και ώρες των επισκέψεων. Απαγορεύεται η επιδεικτική διακόσμηση και ο φωτισμός των πινακίδων.

4.Οι πινακίδες είναι ομοιόμορφες. Ο ιατρός οφείλει, πριν από την ανάρτηση, να υποβάλει την πινακίδα, που προτίθεται να αναρτήσει, προς έγκριση στον οικείο Σύλλογο, ο οποίος αποφαινεται εντός δεκαπέντε (15) εργάσιμων ημερών, άλλως θεωρείται ότι την εγκρίνει.

5.Οποιαδήποτε χρησιμοποίηση των ανωτέρω ή παρεμφερών στοιχείων από τρίτους, οι οποίοι έχουν σχέσεις συγγένειας, συνεργασίας ή εξάρτησης από τον ιατρό, με έμμεσο ή άμεσο σκοπό τη διαφήμιση του, συνεπάγεται τις ίδιες κυρώσεις σε βάρος του ιατρού, τις οποίες προβλέπει ο νόμος, εφόσον αποδεικνύεται ότι ο ιατρός γνώριζε τις ενέργειες των προσώπων αυτών.

6.Η δημοσίευση εν γνώσει του ιατρού αγγελιών, επιστολών ή δηλώσεων με μορφή ευχαριστηρίων ή συγχαρητηρίων και πραγματικών ή υποθετικών διαγνωστικών ή θεραπευτικών επιτυχιών και ικανοτήτων του, η οποία στοχεύει στην επαγγελματική διαφήμιση, συνεπάγεται τις ίδιες κυρώσεις.

7.Οποιαδήποτε επιτρεπόμενη παροχή πληροφοριών δεν πρέπει, σε καμία περίπτωση, να οδηγεί σε κατάχρηση της εμπιστοσύνης των ασθενών και σε εκμετάλλευση της έλλειψης ειδικών ιατρικών γνώσεων από πλευράς του κοινού.

8.Δεν συνιστούν ανεπίτρεπτη διαφήμιση:

α) οι δημόσιες ανακοινώσεις για ιατρικά θέματα, εφόσον γίνονται από ειδικούς σε θέματα της ειδικότητας τους και με γνώμονα την ενημέρωση των συναδέλφων ιατρών ή της κοινής γνώμης,

β) η συμμετοχή σε δημόσιες συζητήσεις, στο γραπτό ή ηλεκτρονικό Τύπο, με σκοπό την ενημέρωση της κοινής γνώμης γύρω από θέματα αρμοδιότητας ή ειδικότητας του ιατρού ή του πεδίου ευθύνης του, επίκαιρα ή μη, που την απασχολούν, εφόσον βεβαίως τηρούνται οι αρχές της αβρότητας, της έντιμης εκφοράς κρίσεων και επιχειρημάτων και του σεβασμού της άλλης άποψης, που διατυπώνεται με τους ίδιους κανόνες.

**9.** Η ενημέρωση του κοινού από τους ιατρούς σε θέματα της ειδικότητας ή του γνωστικού τους αντικειμένου πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις αρχές και τις κείμενες διατάξεις που διέπουν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την Ιατρική Δεοντολογία. Η ενημέρωση πρέπει να στηρίζεται αποκλειστικά σε στοιχεία απόλυτα τεκμηριωμένα και διεθνώς παραδεδεγμένα. Η παρουσία του ιατρού πρέπει να περιορίζεται στα αναγκαία για την ενημέρωση πλαίσια και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να υποκρύπτεται σκοπός διαφήμισης.

**10.** Δεν επιτρέπεται η δια των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης έκφραση απόψεων που μπορούν να προκαλέσουν σύγχυση ή παραπλάνηση του κοινού για θέματα υγείας. Ο περιορισμός αυτός ισχύει ιδιαίτερα σε περιπτώσεις υποθέσεων οι οποίες εκκρεμούν ενώπιον δικαστικών ή διοικητικών αρχών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η' ΙΑΤΡΟΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **Άρθρο 28 – ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**1.** Ο ψυχίατρος πρέπει να προσφέρει την καλύτερη δυνατή θεραπεία σύμφωνα με τις γνώσεις του και να παρέχει τις φροντίδες του μέσα στο πλαίσιο του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, των ανθρωπίνου δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Ενθαρρύνει επίσης τη γενικότερη προαγωγή της ψυχικής υγείας.

**2.** Ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώνεται, να εκπαιδεύεται και να επιμορφώνεται τακτικά σε θέματα που αφορούν τόσο τις εξελίξεις της επιστήμης του, όσο και την προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των θεμελιωδών ελευθεριών των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, καθώς και στην αποφυγή και τον έλεγχο της βίας.

**3.** Ο ψυχίατρος οφείλει να προβαίνει σε θεραπευτικές παρεμβάσεις στο μέτρο που αυτές περιορίζουν ελάχιστα την ελευθερία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές και να ζητεί τη γνώμη συναδέλφων του, όπου αυτό θεωρείται αναγκαίο. Όταν ο ψυχίατρος είναι υπεύθυνος για τη θεραπεία ή τις υποστηρικτικές ενέργειες που παρέχονται στο χώρο των ψυχικών διαταραχών από άλλους επαγγελματίες, οφείλει να τους εκπαιδεύει και να τους επιβλέπει κατάλληλα.

**4.** Ο ψυχίατρος οφείλει να γνωρίζει και να αναγνωρίζει ότι ο άνθρωπος που πάσχει από ψυχικές διαταραχές είναι δικαιωματικά εταίρος στη θεραπευτική διαδικασία. Η θεραπευτική σχέση βασίζεται τόσο στην εχεμύθεια του ιατρού, όσο και σε αμοιβαία εμπιστοσύνη και σεβασμό, ώστε να επιτρέπει σε αυτόν που πάσχει από

ψυχικές διαταραχές να συμμετέχει στην αποφασιστική διαδικασία, σύμφωνα με τις προσωπικές του αξίες και προτιμήσεις.

**5.**Ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώνει τον άνθρωπο που πάσχει από ψυχικές διαταραχές για τη φύση της κατάστασης του, τις θεραπευτικές διαδικασίες, καθώς και τις τυχόν εναλλακτικές αυτών, όπως επίσης και την πιθανή έκβαση των θεραπευτικών διαδικασιών.

**6.**Ο ψυχίατρος σέβεται την πνευματική, συναισθηματική και ηθική αυτονομία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές. Για αυτόν το λόγο, κατά τη θεραπεία, λαμβάνει τα ανάλογα μέτρα, που διασφαλίζουν την άσκηση των θρησκευτικών και πολιτικών επιλογών του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, καθοίς και τη συμμετοχή του σε πρόσφορες κοινωνικές δραστηριότητες, εφόσον αυτές δεν επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική του κατάσταση ή δεν εμπλέκονται στην ψυχοπαθολογία του.

**7.**Ο ψυχίατρος οφείλει να συνεννοείται με τα πρόσωπα που αναφέρονται στο άρθρο 12, όταν ο άνθρωπος που πάσχει από ψυχικές διαταραχές δεν διαθέτει ικανότητα λήψης αποφάσεων, λόγω των διαταραχών αυτών.

**8.**Ο ψυχίατρος δεν χορηγεί καμία θεραπεία χωρίς τη θέληση του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, εκτός εάν η άρνηση θεραπείας θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ίδιου και εκείνων που τον περιβάλλουν ή συνεπάγεται σοβαρή επιβάρυνση της πορείας της ψυχικής του διαταραχής. Αν καθίσταται επιτακτική η αναγκαστική νοσηλεία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, αυτή πρέπει να είναι σύμφωνη με τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται από την ισχύουσα νομοθεσία.

**9.**Δεν επιτρέπεται στον ψυχίατρο να επωφεληθεί από τη θεραπευτική του με τον άνθρωπο που πάσχει από ψυχικές διαταραχές και να επιτρέψει να υπεισέλθουν στη θεραπεία ανάρμοστες προσωπικές επιθυμίες, συναισθήματα, προκαταλήψεις πεποιθήσεις, ούτε να χρησιμοποιήσει πληροφορίες που έχουν αποκτηθεί, κατά τη σχέση αυτή, για προσωπικούς λόγους, οικονομικά ή ακαδημαϊκά οφέλη. Επιτρέπεται η παραβίαση του απορρήτου, μόνον όταν η τήρηση του θα μπορούσε να επιφέρει σοβαρή σωματική ή ψυχική βλάβη σε αυτόν που πάσχει από ψυχικές διαταραχές ή σε τρίτο πρόσωπο.

**10.**Ο ψυχίατρος που καλείται να διατυπώσει μια εκτίμηση για ένα πρόσωπο με σκοπούς άλλους από τους θεραπευτικούς, όπως κατά τη διενέργεια ψυχιατροδικαστικής εκτίμησης, οφείλει πρώτα να το ενημερώσει και να το συμβουλευτεί για το σκοπό της εκτίμησης αυτής, τη χρήση των ευρημάτων και τις πιθανές επιπτώσεις της εκτίμησης.

**11.**Ο ψυχίατρος οφείλει, στις έρευνες που διεξάγονται σε ανθρώπους που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, να επιδεικνύει ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να διαφυλάσσεται η αυτονομία τους, καθώς και η ψυχική και σωματική τους ακεραιότητα. Επίσης, οφείλει να ενημερώνει τους ανθρώπους αυτούς για τους σκοπούς της έρευνας και τις ενδεχόμενες ανεπιθύμητες επιδράσεις της και να εξασφαλίζει, μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, τη συγκατάθεση των ασθενών, αναφορικά με τη συμμετοχή τους σε ερευνητικό πρόγραμμα. Η προσπάθεια του ψυχιάτρου για την καλύτερη δυνατή θεραπεία ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές δεν θα πρέπει επ' ουδενί να επηρεάζεται από την άρνηση συμμετοχής του συγκεκριμένου ανθρώπου σε έρευνα του ψυχιάτρου.

**12.**Ο ψυχίατρος με κανέναν τρόπο δεν θα πρέπει να χρησιμοποιεί μέσα και μεθόδους του επαγγέλματος του, που πειθαναγκάζουν σε τροποποίηση ή αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με πολιτικές ή και κοινωνικές



πεποιθήσεις ή, γενικότερα, εξυπηρετούν άλλους σκοπούς πλην των θεραπευτικών και της προαγωγής της υγείας του ατόμου και της κοινωνίας.

**13.** Ο ψυχίατρος πρέπει να φροντίζει ώστε οι ψυχικά πάσχοντες να παρουσιάζονται στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) με τρόπο που, αφ' ενός μεν προστατεύει την τιμή και την αξιοπρέπεια τους, αφ' ετέρου δε μειώνει το στίγμα και τη διάκριση εναντίον τους. Ο ψυχίατρος δεν πρέπει να κάνει ανακοινώσεις στα Μ.Μ.Ε. για την υποτιθέμενη ψυχοπαθολογία οποιουδήποτε ατόμου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ' ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

### Άρθρο 29 – ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

1. Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπεια του μέχρι το σημείο αυτό.

2. Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να επαναλάβει.

3. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.

## ΑΣΤΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ ΔΙΚΑΙΟΠΡΑΞΙΕΣ

"Όποιος έχει συμπληρώσει το δέκατο όγδοο έτος της ηλικίας του (ενήλικος) είναι ικανός για κάθε δικαιοπραξία".

**Άρθρο: 128** Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΔΙΚΑΙΟΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ (ΔΙΚΑΙΟΠΡΑΞΙΑ)

Τίτλος Άρθρου

Ανίκανοι για δικαιοπραξία

Λήμματα

ΔΙΚΑΙΟΠΡΑΞΙΕΣ, ΔΙΚΑΙΟΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ, ΑΝΗΛΙΚΟΙ,  
ΠΛΗΡΗΣ ΣΤΕΡΗΤΙΚΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται όπως τροποποιήθηκε από 30.12.1996 με το άρθρο 16 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

"Ανίκανοι για δικαιοπραξία είναι: 1. όποιοι δεν έχουν συμπληρώσει το δέκατο έτος 2. όποιοι βρίσκονται σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση".

**Άρθρο: 129**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Τίτλος Άρθρου

Περιορισμένα ικανοί

Λήμματα

ΔΙΚΑΙΟΠΡΑΞΙΕΣ, ΔΙΚΑΙΟΠΡΑΚΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ, ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΑ ΙΚΑΝΟΙ, ΑΝΗΛΙΚΟΙ, ΜΕΡΙΚΗ ΣΤΕΡΗΤΙΚΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται όπως τροποποιήθηκε από 30.12.1996 με το άρθρο 16 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

"Περιορισμένη ικανότητα για δικαιοπραξία έχουν: 1. οι ανήλικοι που συμπλήρωσαν το δέκατο έτος 2. όποιοι βρίσκονται σε μερική στερητική δικαστική συμπαράσταση 3. όποιοι βρίσκονται σε επικουρική δικαστική συμπαράσταση".

**Άρθρο: 1666**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ (ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ)

Τίτλος Άρθρου

Ποιοί υποβάλλονται σε δικαστική συμπαράσταση

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ

Σχόλια

Σύμφωνα με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278), τα Κεφάλαια Δέκατο Έκτο (άρθρα 1686 έως 1700), Δέκατο Εβδομο (άρθρα 1701 έως 1704) και Δέκατο Ογδοο (άρθρα 1705 έως 1709) του Τέταρτου Βιβλίου του ΑΚ, που αναφέρονταν

στην επιτροπεία απαγορευμένων, την επιτροπεία απόντος και τη δικαστική αντίληψη, καταργούνται. Στη θέση των ως άνω καταργηθέντων διατάξεων και των ήδη καταργημένων με το άρθρο 21 Ν. 1329/1983 διατάξεων του παλαιού Δέκατου Πέμπτου Κεφαλαίου του Τέταρτου Βιβλίου του ΑΚ, που αναφέρονταν στην κηδεμονία χειράφετων ανηλίκων (άρθρα 1666 έως 1685), τίθενται τα νέα Κεφάλαια Δέκατο Έκτο "Δικαστική συμπαράσταση" (άρθρα 1666 - 1688) και Δέκατο Εβδομο "Δικαστική επιμέλεια ξένων υποθέσεων" (άρθρα 1689 - 1694). Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου  
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ ΠΕΜΠΤΟ  
ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ

"Σε δικαστική συμπαράσταση υποβάλλεται ο ενήλικος: 1. Όταν λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής ή λόγω σωματικής αναπηρίας αδυνατεί εν όλω ή εν μέρει να φροντίζει μόνος για τις υποθέσεις του. 2. Όταν, λόγω ασωτίας, τοξικομανίας ή αλκοολισμού, εκθέτει στον κίνδυνο της στέρησης τον εαυτό του, το σύζυγό του, τους κατιόντες του ή τους ανιόντες του. Ο ανήλικος, που βρίσκεται υπό γονική μέριμνα ή επιτροπεία, μπορεί να υποβληθεί σε δικαστική συμπαράσταση, αν συντρέχουν οι όροι της, κατά το τελευταίο έτος της ανηλικότητας. Τα αποτελέσματα της υποβολής σε δικαστική συμπαράσταση αρχίζουν, αφότου ο ανήλικος ενηλικιωθεί".

**Άρθρο: 1667**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ (ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ)

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

"Η υποβολή στη δικαστική συμπαράσταση αποφασίζεται από το δικαστήριο, ύστερα από αίτηση του ίδιου του πάσχοντος ή του συζύγου του, εφόσον υπάρχει έγγαμη συμβίωση, ή των γονέων ή τέκνων του ή του εισαγγελέα ή και αυτεπαγγέλτως. Στην περίπτωση της δεύτερης παραγράφου του άρθρου 1666, την αίτηση μπορεί να υποβάλει και ο επίτροπος του ανηλίκου. Όταν το πρόσωπο πάσχει αποκλειστικά από σωματική αναπηρία, το δικαστήριο αποφασίζει μόνο ύστερα από αίτηση του ίδιου".

**Άρθρο: 1668**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ (ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ)

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ,  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟΥ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

"Οι δημόσιοι ή δημοτικοί υπάλληλοι, οι εισαγγελείς, τα όργανα των αρμόδιων κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και οι προϊστάμενοι μονάδων ψυχικής υγείας οφείλουν να γνωστοποιούν στο δικαστήριο κάθε περίπτωση που μπορεί να συνεπάγεται την υποβολή ενός προσώπου σε δικαστική συμπαράσταση, αμέσως μόλις την πληροφορούνται κατά την άσκηση των καθηκόντων τους".

**Άρθρο: 1669**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗΣ

Τίτλος Άρθρου

Ποιος διορίζεται δικαστικός συμπαραστάτης

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΣ  
ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗΣ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

"Το δικαστήριο διορίζει δικαστικό συμπαραστάτη το φυσικό πρόσωπο που έχει προτείνει αυτός τον οποίο αφορά το μέτρο, εφόσον ο τελευταίος έχει συμπληρώσει το δέκατο έκτο έτος της ηλικίας του και το προτεινόμενο πρόσωπο κρίνεται κατάλληλο και μπορεί κατά το νόμο να διορισθεί. Αν αυτός που χρειάζεται τη συμπαράσταση δεν προτείνει κανέναν ή αν εκείνος που προτάθηκε

δεν κρίνεται κατάλληλος, το δικαστήριο επιλέγει ελεύθερα αυτόν που κρίνει περισσότερο κατάλληλο για τη συγκεκριμένη περίπτωση, αφού λάβει υπόψη του την τυχόν εκφρασμένη βούληση του συμπαραστατέου, να αποκλεισθεί συγκεκριμένο πρόσωπο, τους δεσμούς του με τους συγγενείς του ή άλλα πρόσωπα και ιδίως με τους γονείς του, τα τέκνα του και το σύζυγό του, καθώς και τον κίνδυνο από την τυχόν υφιστάμενη αντίθεση συμφερόντων ανάμεσα στον συμπαραστατέο και σ' αυτόν που πρόκειται να διορισθεί".

**Άρθρο: 1670**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗΣ

Τίτλος Άρθρου

Ποιοί αποκλείονται

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗΣ, ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Δικαστικός συμπαραστάτης κατά το άρθρο 1672. 3. Αυτός που συνδέεται με σχέση εξάρτησης ή με οποιονδήποτε άλλο στενό δεσμό με τη μονάδα ψυχικής υγείας στην οποία ο συμπαραστατέος έχει εισαχθεί για θεραπεία ή απλώς διαμένει. Ο διορισμός που εμπίπτει στην πρώτη περίπτωση του προηγούμενου εδαφίου δεν παράγει έννομα αποτελέσματα. Για τις δύο άλλες περιπτώσεις ισχύουν τα οριζόμενα στα δεύτερο και τρίτο εδάφια του άρθρου 1596".

**Άρθρο: 1671**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗΣ

Τίτλος Άρθρου

Αδυναμία διορισμού

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗΣ, ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΔΙΟΡΙΣΜΟΥ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

#### Κείμενο Άρθρου

"Αν δεν βρίσκεται κατάλληλο φυσικό πρόσωπο για να διοριστεί δικαστικός συμπαραστάτης, σύμφωνα με τους ορισμούς του άρθρου 1669, η δικαστική συμπαράσταση ανατίθεται σε σωματείο ή ίδρυμα, που έχουν συσταθεί ειδικά για το σκοπό αυτόν και διαθέτουν το κατάλληλο προσωπικό και υποδομή, αλλιώς στην αρμόδια κοινωνική υπηρεσία. Το άρθρο 1635 έχει ανάλογη εφαρμογή".

#### **Άρθρο: 1672**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ

#### Τίτλος Άρθρου

Προσωρινός δικαστικός συμπαραστάτης

#### Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ

#### Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

#### Κείμενο Άρθρου

"Το δικαστήριο μπορεί οποτεδήποτε, πριν ή και μετά την έναρξη της διαδικασίας για την υποβολή ενός προσώπου σε δικαστική συμπαράσταση, να διορίσει, με αίτηση ενός από τα πρόσωπα του άρθρου 1667 ή και αυτεπαγγέλτως, προσωρινό δικαστικό συμπαραστάτη. Η εξουσία του περιλαμβάνει κάθε ασφαλιστικό μέτρο απαραίτητο για να αποφευχθεί σοβαρός κίνδυνος για το πρόσωπο ή την περιουσία του συμπαραστατέου. Για το διάστημα από τη δημοσίευση της απόφασης έως την τελεσιδικία της, ο διορισμός προσωρινού δικαστικού συμπαραστάτη είναι υποχρεωτικός".

#### **Άρθρο: 1673**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ

#### Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΛΗΞΗ

#### Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

#### Κείμενο Άρθρου

"Η προσωρινή δικαστική συμπαράσταση λήγει με την τελεσιδικία της απόφασης της κύριας δίκης. Το δικαστήριο μπορεί, ακόμη και αυτεπαγγέλτως, να αίρει την προσωρινή δικαστική συμπαράσταση και οποτεδήποτε άλλοτε, αν ο συμπαραστατέος δεν έχει πλέον ανάγκη αυτού του μέτρου".

#### **Άρθρο: 1674**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ-ΕΚΘΕΣΗ

#### Τίτλος Άρθρου

Έκθεση της κοινωνικής υπηρεσίας

#### Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΕΚΘΕΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

#### Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278). Σύμφωνα με το πρώτο εδάφιο της παρ. 4 άρθρου 19 Ν. 2521/1997 (ΦΕΚ Α' 174), τα οριζόμενα στην δεύτερη παρ. άρθρου 1646 του ΑΚ και στην τρίτη παρ. άρθρου 796 του ΚΠολΔ, ισχύουν και στην περίπτωση του παρόντος άρθρου.

#### Κείμενο Άρθρου

"Το δικαστήριο, προκειμένου να αποφασίσει την υποβολή ενός προσώπου σε δικαστική συμπαράσταση και το διορισμό δικαστικού συμπαραστάτη, καθώς και όταν πρόκειται να διορίσει προσωρινό δικαστικό συμπαραστάτη, συνεκτιμά την έκθεση της αρμόδιας κοινωνικής υπηρεσίας σχετικά με την αναγκαιότητα του μέτρου και την καταλληλότητα του προσώπου που πρόκειται να διοριστεί δικαστικός συμπαραστάτης ή του σωματίου ή του ιδρύματος, στα οποία πρόκειται να ανατεθεί η δικαστική συμπαράσταση".

#### **Άρθρο: 1675**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΔΗΜΟΣΙΟΤΗΤΑ-ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΠΕΡΙ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ

#### Τίτλος Άρθρου

Δημοσιότητα της απόφασης

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ, ΔΗΜΟΣΙΟΤΗΤΑ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

"Το διατακτικό της απόφασης για την υποβολή σε δικαστική συμπαράσταση ή για το διορισμό προσωρινού δικαστικού συμπαραστάτη καταχωρίζεται σε ειδικό βιβλίο που τηρείται στη γραμματεία του δικαστηρίου".

**Άρθρο: 1676**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ

Τίτλος Άρθρου

Αποτελέσματα της υποβολής σε δικαστική συμπαράσταση

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ, ΣΤΕΡΗΤΙΚΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

"Ανάλογα με την περίπτωση, το δικαστήριο που υποβάλλει ένα πρόσωπο σε δικαστική συμπαράσταση, είτε: 1. Τον κηρύσσει ανίκανο για όλες ή για ορισμένες δικαιοπραξίες, γιατί κρίνει ότι αδυνατεί να ενεργεί γι' αυτές αυτοπροσώπως (στερητική δικαστική συμπαράσταση, πλήρης ή μερική) είτε

2. Ορίζει ότι για την ισχύ όλων ή ορισμένων δικαιοπραξιών του απαιτείται η συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη (επικουρική δικαστική συμπαράσταση, πλήρης ή μερική) είτε 3. Αποφασίζει συνδυασμό των δύο προηγούμενων ρυθμίσεων. Το δικαστήριο δεν δεσμεύεται από την αίτηση, οφείλει όμως να επιβάλλει στον συμπαραστατούμενο τους ελάχιστους δυνατούς περιορισμούς που απαιτεί το συμφέρον του. Στην περίπτωση της δεύτερης παραγράφου του άρθρου



1667, το δικαστήριο δεν μπορεί να επιβάλει, με την αρχική ή την τροποποιητική απόφασή του, περιορισμούς περισσότερους από όσους ζητούνται".

**Άρθρο: 1677**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ, ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

"Με μεταγενέστερη απόφασή του, το δικαστήριο μπορεί να τροποποιεί και αυτεπάγγελα το είδος και την έκταση της δικαστικής συμπαράστασης".

**Άρθρο: 1678**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

"Η υποβολή του συμπαραστατούμενου σε καθεστώς πλήρους στέρησης της δικαιοπρακτικής του ικανότητας πρέπει να ορίζεται στην απόφαση ρητά. Αν δεν ορίζεται διαφορετικά στο νόμο ή στη δικαστική απόφαση, ο συμπαραστατούμενος δεν μπορεί να επιχειρεί, αν η δικαστική συμπαράσταση είναι στερητική, αυτοπροσώπως και, αν είναι επικουρική, χωρίς τη συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη, όσες πράξεις δεν μπορεί να επιχειρεί ο επίτροπος του ανηλίκου χωρίς την άδεια του δικαστηρίου, ούτε να διεξάγει τις συναφείς με αυτές δίκες. Επίσης δεν μπορεί, εφόσον δεν του έχει επιτραπεί ρητά, να επιχειρεί

μόνος χαριστικές δικαιοπραξίες, να εισπράττει απαιτήσεις και να παρέχει εξόφληση.

Η διάταξη του άρθρου 1527 έχει ανάλογη εφαρμογή".

**Άρθρο: 1679**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΣΤΕΡΗΤΙΚΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ,  
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

" Όταν το δικαστήριο υποβάλλει τον συμπαραστατούμενο σε συνδυασμό στερητικής και επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης, ορίζει ρητά στην απόφασή του ποιές πράξεις δεν μπορεί ο συμπαραστατούμενος να επιχειρεί αυτοπροσώπως και ποιές δεν μπορεί να επιχειρεί χωρίς τη συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη του. Ο συνδυασμός μπορεί να συνίσταται και στο να αφαιρεί το δικαστήριο από αυτόν τον οποίο υποβάλλει σε επικουρική δικαστική συμπαράσταση, την αυτοπρόσωπη διοίκηση της περιουσίας του, είτε στερώντας του ταυτόχρονα και την ελεύθερη διάθεση των εισοδημάτων από αυτήν είτε όχι, και να την αναθέτει στον δικαστικό συμπαραστάτη".

**Άρθρο: 1680**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΟΥΜΕΝΟΥ

Τίτλος Άρθρου

Αρμοδιότητες ως προς την επιμέλεια

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ  
ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΟΥΜΕΝΟΥ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

"Το δικαστήριο μπορεί να αναθέτει στον δικαστικό συμπαραστάτη εν όλω ή εν μέρει και την επιμέλεια του προσώπου του συμπαραστατούμενου. Κατά την άσκηση της επιμέλειας, ο δικαστικός συμπαραστάτης οφείλει να εξασφαλίζει στον συμπαραστατούμενο τη δυνατότητα να διαμορφώνει μόνος του τις προσωπικές του σχέσεις, εφόσον του το επιτρέπει η κατάσταση του".

**Άρθρο: 1681**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΕΝΑΡΞΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ

Τίτλος Άρθρου

Έναρξη αποτελεσμάτων

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ,  
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ, ΕΝΑΡΞΗ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

"Τα αποτελέσματα της δικαστικής συμπαράστασης αρχίζουν αφότου δημοσιευθεί η σχετική απόφαση. Για την έναρξη όμως του λειτουργήματος του δικαστικού συμπαραστάτη απαιτείται τελεσιδικία της απόφασης που τον διορίζει".

**Άρθρο: 1682**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΕΠΙΤΡΟΠΕΙΑ ΑΝΗΛΙΚΟΥ

Τίτλος Άρθρου

Λειτουργία της δικαστικής συμπαράστασης

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

"Σε κάθε περίπτωση στερητικής δικαστικής συμπαράστασης έχουν, εφόσον ο νόμος δεν ορίζει διαφορετικά, ανάλογη εφαρμογή οι διατάξεις για την επιτροπεία ανηλίκων. Τα έργα της εποπτείας της δικαστικής συμπαράστασης ασκεί

συμβούλιο από τρία έως πέντε μέλη, τα οποία διορίζονται με την ίδια απόφαση που διορίζει τον δικαστικό συμπαραστάτη από συγγενείς ή φίλους του συμπαραστατουμένου (εποπτικό συμβούλιο). Η δεύτερη παράγραφος του άρθρου 1634 εφαρμόζεται αναλόγως. Στην περίπτωση προσωρινού δικαστικού συμπαραστάτη, τα έργα της εποπτείας της δικαστικής συμπαράστασης ασκεί ο ειρηνοδίκης".

**Άρθρο: 1683**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ-ΣΥΜΦΕΡΟΝ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΟΥΜΕΝΟΥ

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

"Η συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη, από την οποία εξαρτάται η ισχύς ορισμένων ή και όλων των δικαιπραξιών αυτού που έχει υποβληθεί σε επικουρική δικαστική συμπαράσταση, παρέχεται εγγράφως, μόνο πριν από την επιχείρηση της πράξης. Αν ο δικαστικός συμπαραστάτης αρνείται να συναιέσει, αποφασίζει το δικαστήριο ύστερα από αίτηση του συμπαραστατουμένου. Οι πράξεις του συμπαραστατουμένου, για τις οποίες ο νόμος απαιτεί τη συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη, είναι άκυρες, αν επιχειρήθηκαν χωρίς αυτή τη συναίνεση. Την ακυρότητα προτείνει μόνο ο δικαστικός συμπαραστάτης, ο συμπαραστατούμενος και οι καθολικοί και οι ειδικοί διάδοχοί του".

**Άρθρο: 1684**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ-ΣΥΜΦΕΡΟΝ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΟΥΜΕΝΟΥ

Τίτλος Άρθρου

Στοιχεία που συνεκτιμώνται

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΣΥΜΦΕΡΟΝ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΟΥΜΕΝΟΥ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

" Όλες οι πράξεις του δικαστικού συμπαραστάτη, του εποπτικού συμβουλίου ή του δικαστηρίου πρέπει να αποβλέπουν στο συμφέρον του συμπαραστατούμενου. Πριν από κάθε ενέργεια ή απόφαση, πρέπει να επιδιώκεται η προσωπική επικοινωνία με τον συμπαραστατούμενο και να συνεκτιμάται η γνώμη του".

**Άρθρο: 1685**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΑΡΣΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ

Τίτλος Άρθρου

Άρση της δικαστικής συμπάραστασης

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΑΡΣΗ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

"Αν έλειψαν οι λόγοι που την προκάλεσαν, η δικαστική συμπάρασταση αίρεται με απόφαση του δικαστηρίου ύστερα από αίτηση των προσώπων που μπορούν να τη ζητήσουν ή και αυτεπαγγέλτως. Στην περίπτωση της δεύτερης παραγράφου του άρθρου 1667, το δικαστήριο αποφασίζει την άρση της δικαστικής συμπάραστασης, κατά την ελεύθερη εκτίμησή του, μόνο όταν το ζητεί ο ίδιος ο συμπαραστατούμενος. Η απόφαση που αίρει τη δικαστική συμπάρασταση υποβάλλεται στις διατυπώσεις δημοσιότητας του άρθρου 1675".

**Άρθρο: 1686**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΑΡΣΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

"Αν ο δικαστικός συμπαραστάτης γνωρίζει περιστατικά που δικαιολογούν οποιαδήποτε μεταβολή στο καθεστώς της δικαστικής συμπαράστασης, οφείλει να τα γνωστοποιεί στο δικαστήριο χωρίς καθυστέρηση".

**Άρθρο: 1687**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Τίτλος Άρθρου

Ακούσια νοσηλεία

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ, ΑΔΕΙΑ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟΥ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

Κείμενο Άρθρου

"Όταν η κατάσταση ενός προσώπου επιβάλλει την ακούσια νοσηλεία του σε μονάδα ψυχικής υγείας, αυτή γίνεται μετά προηγούμενη άδεια του δικαστηρίου και κατά τις διατάξεις ειδικών νόμων".

**Άρθρο: 1688**

Ημ/νία: 30.12.1996

Ημ/νία Ισχύος: 23.02.1946

Περιγραφή όρου : ΕΚΤΙΣΗ ΠΟΙΝΗΣ ΣΤΕΡΗΤΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ

Τίτλος Άρθρου

Δικαστική συμπαράσταση όσων εκτίουν ποινή στερητική της ελευθερίας

Λήμματα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ, ΕΚΤΙΣΗ ΠΟΙΝΗΣ ΣΤΕΡΗΤΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ

Σχόλια

Το παρόν άρθρο τίθεται σύμφωνα με το περιεχόμενο που έλαβε από 30.12.1996 με το άρθρο 13 Ν. 2447/1996 (ΦΕΚ Α' 278).

### Κείμενο Άρθρου

"Με δικαστική απόφαση μπορεί να υποβληθεί σε επικουρική δικαστική συμπαράσταση και όποιος εκτίει ποινή στερητική της ελευθερίας του τουλάχιστον δύο ετών. Η δικαστική συμπαράσταση κηρύσσεται μόνο με αίτηση του προσώπου που εκτίει την ποινή και μόνο για τις πράξεις που αυτός προσδιόρισε στην αίτησή του".