



Κωνσταντίνος Κορναράκης
Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών

«ΤΕΛΗ ΑΝΩΔΥΝΑ, ΑΝΕΠΑΙΣΧΥΝΤΑ, ΕΙΡΗΝΙΚΑ»:
ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΗΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΠΟ
ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΗΣ ΘΕΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑΣ

Α΄ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΤΟΥ ΣΥΓΧΡΟΝΟΥ
ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΥ ΙΔΕΩΔΟΥΣ ΓΙΑ ΝΟΗΜΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΘΑΛΑΜΟΥΣ
ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

1. Η ανακουφιστική φροντίδα μεταξύ βιοϊατρικού και βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου. Στατιστικές και ηθικές παράμετροι κατά την παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας ιατρικής φροντίδας.

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΕΡΕΥΝΑ που αφορά το έτος 2015, περισσότεροι από 61 εκατομμύρια άνθρωποι βίωσαν πόνο που σχετίζεται με σοβαρή πάθηση υγείας (Serious Health-related Suffering/SHS), συμπεριλαμβανομένων 25,5 εκατομμυρίων ανθρώπων οι οποίοι τελικά απεβίωσαν, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 45% των 56,2 εκατομμυρίων θανάτων παγκοσμίως. Διερευνουμένων των αναλογιών μεταξύ ενηλίκων και παιδιών, παρατηρείται ότι όσον αφορά τους ενήλικες, περίπου 23,1 εκατομμύρια που απεβίωσαν το 2015 υπέφεραν από SHS, ενώ τα σχετικά ευρήματα δείχνουν ότι σχεδόν 2,5 εκατομμύρια παιδιά, ηλικίας 15 ετών ή νεότερων, ακολούθησαν την ίδια κατάληξη.¹

Ιδιαίτερα σημαντικό, ωστόσο, είναι το εύρημα ότι σε χώρες χαμηλού και μέσου κατά κεφαλήν εισοδήματος (Low and Middle Income Countries/LMIC), οι περισσότεροι από τους 20 εκατομμύρια θανάτους που σχετίζονται με το SHS, σε μεγάλο ποσοστό προκαλούνται από ασθέ-

νεις και συνθήκες υγείας που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί ή να αντιμετωπιστούν. Σε κάθε περίπτωση, περισσότερο από το 95% όλων των ασθενών, που χρειάζονται παρηγορητική φροντίδα και ανακούφιση από τον πόνο (που σχετίζεται με τη νόσο HIV, προβληματικούς τοκετούς, φυματίωση και υποσιτισμό), ζουν σε LMIC.

Σε ό,τι αφορά, εξάλλου, στην παιδική θνησιμότητα, περισσότερο από το 98% των παιδιών ηλικίας 15 ετών ή νεότερων που πεθαίνουν με SHS ζουν σε χώρες χαμηλού και μέσου κατά κεφαλήν εισοδήματος, σε αντίθεση με τις χώρες υψηλού εισοδήματος, όπου τα παιδιά που βιώνουν το SHS αντιπροσωπεύουν λιγότερο από το 1% όλων των θανάτων, που σχετίζονται με το SHS.²

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία, η πρόκληση για τον δυτικό πολιτισμό έγκειται στο ότι στις χώρες μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος οι θάνατοι που θα μπορούσαν να αποφευχθούν είναι συνολικά 13,6 εκατομμύρια (και αφορούν συνθήκες υγείας και μολυσματικές ασθένειες σε σχέση με τη φτώχεια και την εξαθλίωση, που θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες εφόσον συνδέονται με τη φυματίωση, τον HIV, τις φλεγμονώδεις ασθένειες του κεντρικού νευρικού συστήματος και τον υποσιτισμό). Εάν στις χώρες αυτές ίσχυαν τα ίδια μέτρα ασφαλείας, που ισχύουν σε χώρες του δυτικού κόσμου, τότε θα αποφευγόταν το 88% της παιδικής θνησιμότητας.³

Β'. ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΥΠΕΝΘΥΜΙΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Πέραν, όμως, των πάσης φύσεως στατιστικών ερευνών, υπάρχει το ανθρώπινο πρόσωπο. Το πρόσωπο που ίσως διαβιώνει σε χώρες χαμηλού εισοδήματος, ίσως σε ανεπτυγμένες χώρες. Το πρόσωπο που, ασχέτως του τόπου που γεννήθηκε ή ανατράφηκε, αισθάνεται, ελπίζει, φοβάται, αγωνιά. Οι απαντήσεις, επομένως, σε ερωτήματα τα οποία αγγίζουν τον πυρήνα της ανθρώπινης ύπαρξης, όπως δηλαδή ποιο μπορεί να είναι το νόημα του πόνου, ή εάν ο θάνατος σημαίνει οριστικά το βιολογικό τέλος του ανθρώπου, ή μπορεί να σημαίνει ένα τέλος και συγχρόνως μια νέα αρχή, εξαρτώνται σημαντικά από τον βαθμό ανθρωπολογικού προσανατολισμού του πολιτισμικού ιδεώδους μέσα στο οποίο αναπτύσσονται τα ερωτήματα αυτά. Υπό την έννοια, μάλιστα, ότι «ο πολιτισμός είναι ένα πολύ περίπλοκο ζήτημα και δεν μπορεί πάντοτε να διακριθεί από το κοσμοειδωλο που εκφράζει».⁴

Μία από τις συνήθειες γενικεύσεις κατά τον λόγο περί «πολιτι-

σμού» είναι η σύγχυση της ταυτότητας του μορφωτικού ιδεώδους που αποτυπώνεται στο κοινωνικό σύνολο, όπου ανήκουμε, με τις ποικίλες εφαρμογές που εξαρτώνται από αυτό (όπως π.χ. η τεχνολογία). Όταν η ισορροπία μεταξύ Παιδείας και εφαρμογών της ανατρέπεται και οι τεχνικές εφαρμογές προηγούνται της ανάπτυξης ενός μορφωτικού ιδεώδους με κέντρο τον άνθρωπο τότε είναι σαφές ότι τα θεμέλια του πολιτισμού κλονίζονται. Επομένως το εάν ο άνθρωπος προβάλλεται, στο πλαίσιο ενός ουμανιστικού ιδεώδους, ως «μέτρον χρημάτων», ενώ συγχρόνως η ανάπτυξη των βιοϊατρικών τεχνολογιών λειτουργεί ως άλλοθι εργαλειοποίησής του, είναι ένα σοβαρό πολιτισμικό πρόβλημα, που αφορά άμεσα το ζήτημα της ανακουφιστικής φροντίδας. Σε καμία, δηλαδή, περίπτωση δεν μπορεί να αποσυνδεθεί η επιζητούμενη ευαισθησία για την ανάπτυξη δομών ανακουφιστικής φροντίδας από τον σεβασμό της φύσης του ανθρώπου (π.χ. το γεγονός ότι το βιολογικό υλικό του ανθρώπου αποστειρώνεται και συντηρείται στην «κονσέρβα» του εργαστηρίου και συνδέεται με μια ορισμένη αντίληψη εργαλειοποίησής του δεν είναι ανεξάρτητο από τους αργούς ρυθμούς ανάπτυξης δομών ανακουφιστικής φροντίδας).

Ο τρόπος, επομένως, με τον οποίο θα αξιοποιηθεί η τεχνολογία στην Ανακουφιστική Φροντίδα, αλλά και γενικότερα από τις βιοϊατρικές επιστήμες, αντανακλά το επίπεδο και την ευαισθησία του πολιτισμού μας. Η σύγχρονη τεχνολογία, πράγματι, είναι σε θέση να προσφέρει σημαντική βοήθεια όχι μόνο στον ασθενή και την οικογένειά του, διότι βελτιώνει την ποιότητα της ζωής του, αλλά και στην εύρυθμη λειτουργία του έργου των ποικίλων ειδικοτήτων της ανακουφιστικής φροντίδας. Από τις κλινικές μελέτες μέχρι την τεχνολογία των φαρμάκων, που δρουν κατασταλτικά στον πόνο, και από τις ιατρικές μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου και όλων των ψυχικών διαταραχών, μέχρι τις τεχνολογικές ανέσεις για την κατ'οίκον περίθαλψη, πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι η τεχνολογία αποτελεί συνθήκη εκ των ων ουκ άνευ για την προώθηση του έργου της ανακουφιστικής φροντίδας.⁵

Στο πλαίσιο αυτό, η δημιουργία και αξιοποίηση μονάδων ανακουφιστικής φροντίδας (σε ειδικούς Ξενώνες/ Hospices) αποτελεί αναμφίβολα, *mutatis mutandis*, το υψηλότερο δείγμα ανθρωπολογικής ευαισθησίας της σύγχρονης εποχής, διότι περιλαμβάνει, όπως ακριβώς διευκρινίζει ο σχετικός ορισμός, μέριμνα για τα ψυχοκοι-

νωνικά αλλά και τα πνευματικά προβλήματα του ανθρώπου, στα οποία προσδίδεται ισόκυρη σημασία με τα οργανικά του προβλήματα. Υπό την έννοια αυτή, η ανακουφιστική φροντίδα μπορεί να αποτελέσει την απάντηση των οργανωμένων κοινωνιών στον (προβαλλόμενο ως) μονόδρομο της ευθανασίας.⁶

Εξάλλου, νέες προοπτικές εμφανίζονται στον τομέα των υποβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας οικονομικά αθενέστερων κρατών. Μια υπόθεση εργασίας, λ.χ., θα μπορούσε να είναι το γεγονός ότι οι έρευνες για τις δυνατότητες πρόσβασης των πληθυσμών χωρών χαμηλού και μεσαίου κατά κεφαλήν εισοδήματος στη πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια ιατρική φροντίδα αποκάλυψαν παραλλήλως ότι στις χώρες αυτές, για πολλά μη μεταδοτικά νοσήματα, όπως ο καρκίνος, η άνοια και η αθηροσκλήρωση, τα ποσοστά θνησιμότητας είναι χαμηλότερα από ό, τι στις χώρες υψηλού εισοδήματος. Τούτο φαίνεται να οφείλεται στην «επιδημιολογική μετάβαση» (epidemiologic transition) στις χώρες αυτές, δηλαδή στη μετάβαση από ένα συγκεκριμένο μοντέλο θνησιμότητας και ασθένειας, που ορίζεται από επιδημιολογικές νόσους, σε ανθρωπογενείς μη μεταδοτικές ασθένειες (π.χ. ασθένειες που προκαλούνται από τον τρόπο ζωής), που πολλές από αυτές αφορούν άτομα τρίτης ηλικίας. Η μετάβαση αυτή οφείλεται με τη σειρά της σε αλλαγές συνθηκών διαβίωσης που, όμως, αυξάνουν την πίεση για διαμόρφωση κουλτούρας παρηγορητικής φροντίδας για τις LMIC σε συνεργασία με τοπικές κυβερνήσεις και διεθνείς φορείς.⁷

1. Ο ολιστικός χαρακτήρας της ανακουφιστικής φροντίδας: η δυνατότητα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου.

Σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ./WHO), «Ανακουφιστική Φροντίδα είναι η προσέγγιση που επιδιώκει τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, των οποίων η ζωή απειλείται από κάποιο χρόνιο νόσημα και η στήριξη της οικογένειάς τους. Αυτό επιτυγχάνεται με την πρόληψη και ανακούφιση από το “υποφέρειν” με την έγκαιρη αναγνώριση και αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου και των λοιπών οργανικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων» (πρβλ. επίσης, medicalization of death).⁸ Με βάση αυτό τον ορισμό τίθενται οι στόχοι που αφορούν την υγεία του ασθενούς (βελτίωση, πρόληψη και ανακούφιση), προβάλλονται τα μέσα για την επίτευξη αυτών

των στόχων (αναγνώριση, αξιολόγηση και αντιμετώπιση δεδομένων) και περιγράφονται οι ανθρωπολογικές ανάγκες του ασθενούς (οργανικά, ψυχοκοινωνικά και πνευματικά προβλήματα).⁹

Η λειτουργικότητα και χρησιμότητα, ωστόσο, της ανακουφιστικής φροντίδας εξαρτάται κυρίως από τη δυνατότητα του σύγχρονου πολιτισμού να αφυπνίσει τον άνθρωπο από τη νάρκωση της «ψυχολογικής αυτονομίας» του. Πράγματι, η δυτική εκδοχή της αυτονομίας παίζει σημαντικό ρόλο στη διάβρωση κριτηρίων αυτοσυνειδησίας του ανθρώπου και η ευρεία τάση της ευθανασίας στις δυτικές κοινωνίες φαίνεται να θεμελιώνεται επάνω σε αυτή την εκδοχή της αυτονομίας, καθώς και την απομόνωση των ανθρώπων στις σύγχρονες κοινωνίες. Το πρόβλημα, δηλαδή, εντοπίζεται στο γεγονός ότι, ενώ η ιδέα της καντιανής αυτονομίας εξυπηρετεί σημαντικά το αιτούμενο της εξατομικευμένης θεραπευτικής προσέγγισης και την ασθενοκεντρική φιλοσοφία, στην εφαρμογή της στον καθημερινό βίο (everyday life), φθείρεται και συγχέεται με την έννοια της αυτονομίας, καθώς το υποκείμενο καθιστά τις ιδιωτικές του πεποιθήσεις ως κριτήριο κατανόησης του κόσμου, γεγονός που το απομονώνει από τον άλλο, αλλά και τον ίδιο του τον εαυτό. Συμβαίνει επομένως ένα παράδοξο: ενώ η δυτική σκέψη καταφάσκει την αρχή του Πρωταγόρα ότι «πάντων χρημάτων μέτρον άνθρωπον είναι»,¹⁰ εντούτοις δεν επιτυγχάνει να θέσει ένα, τέτοιας σημασίας, ανθρωπιστικό επιχείρημα ως ψυχολογική βακτηρία υπαρκτικής αναγέννησης. Το παράδοξο αυτό, όπως θα δούμε στη συνέχεια της μελέτης μας, αντιμετωπίζει η πατερική σκέψη, εξηγώντας ότι ο άνθρωπος αποτελεί «μέτρον χρημάτων» υπό τον όρο ότι «δεν μπορεί να νοηθεί αυτόνομα αλλά ως εικόνα του Θεού».¹¹

Το πρόβλημα της ψυχολογικής αυτονομίας του υποκειμένου μπορεί να καταστεί απτό στην εντατική ή στον θάλαμο νοσηλείας, όπου ο καταληκτικός ασθενής επαναξιολογεί τις προτεραιότητές του ενώπιον του φάσματος του θανάτου ή, σε άλλες περιπτώσεις (επί παραδείγματι σοβαρών παθήσεων, όπως του ΚΝ), μιας επώδυνης αναπηρίας. Εκεί, δηλαδή, όπου το υποκείμενο, αδύναμο πλέον να προχωρήσει σε επιλογές που αφορούν στη δική του ζωή και που μπορεί να υποστηρίξει τον σχεδιασμό και την εκτέλεσή τους, βρίσκεται σε ένα σταυροδρόμι όπου πρέπει να αποφασίσει εάν θα αναθεωρήσει τη ζωή του και θα την απογυμνώσει από ψιμμύθια και ειδωλικές κατασκευές, που επινοεί ως προς την κοινωνική και ψυχολογική του ταυτότητα, ή θα αντισταθεί στην ιδέα αυτή. Η βιβλική διήγηση περί της γυναικός του Λωτ αποκα-

λύπτει στον σύγχρονο αναγνώστη πώς εκείνη αυτονομήθηκε από την υπόλοιπη ομάδα, εστίασε το ψυχικό της βλέμμα στην εικόνα της καταστροφής, καθηλώθηκε από τη γοητεία της και εν τέλει παρέλυσε και «καταστράφηκε» («στήλη άλατος»)¹² Επειδή, λοιπόν, κάθε προσωπικό αφήγημα ενισχύει το νόημα ζωής του υποκειμένου, ο τρόπος με τον οποίο κάποιος θα επιλέξει να αντιμετωπίσει την ανατροπή της ζωής του, προϋποθέτει την απάντηση στο ερώτημα, ποιος είμαι, ένα δύσκολο αλλά και θεμελιώδες ερώτημα που αγγίζει ευαίσθητες νευρωτικές χορδές.

Η μεγάλη, επομένως, πρόκληση στην ανακουφιστική φροντίδα είναι πώς θα αφυπνισθεί ο ασθενής από τη «νάρκωση» αυτής της ψυχολογικής του αυτονόμησης (που εδώ νοείται ως παράλυση των ψυχικών του παραγόντων και πνευματικών του δυνάμεων), που καθλώνει τον ψυχισμό του στην ιδέα της καταστροφής (δηλαδή ότι, κατ' αυτόν, το μη αναστρέψιμον της πορείας υγείας σημαίνει μια υπαρκτική καταστροφή). Σε αυτή την περίπτωση το ερώτημα για το υπάρχον θεσμικό πλαίσιο υγείας εντοπίζεται στο ποιες προϋποθέσεις απαιτούνται, και σε ποιο πλαίσιο της υγείας, ώστε να αποβεί πραγματικά λειτουργική η ανακουφιστική φροντίδα. Το ανωτέρω ερώτημα είναι ουσιαστικό, διότι ανάγει τη σκέψη στο ερώτημα, «ποιο είναι τελικά το νόημα του όρου θεραπεία»; Ποια είναι η πολιτισμική μας αντίληψη περί υγείας και ασθένειας και των εφαρμογών της στο θεσμοθετημένο σύστημα υγείας;

Το πρόβλημα εννοιολόγησης της «θεραπείας», εάν δηλαδή ως θεραπεία εννοείται σαφώς και κυρίως η σωματική ίαση του ανθρώπου (οπότε στην περίπτωση καταληκτικών ασθενών το ενδεχόμενο θεραπευτικής προσέγγισης, υπό την έννοια του *medicalization of death*, πρέπει να αποκλειστεί ως μάταιο), ή εάν η θεραπεία είναι μια πολυσύνθετη διαδικασία, η οποία προϋποθέτει, αναμφιβόλως, το ενδεχόμενο της σωματικής ίασης, αλλά όχι ως αποκλειστική της συνθήκη, καθίσταται ζήτημα κεντρικής σημασίας για τη σύγχρονη ανθρωπολογία.¹³

Στο πλαίσιο αυτό πρέπει να θεωρηθεί εύλογη η κριτική που υφίσταται το βιοϊατρικό μοντέλο, υπό την έννοια ότι αντιλαμβάνεται την υγεία και την ασθένεια με αποκλειστικώς ιατρικούς όρους, με αποτέλεσμα να περιορίζει με απλουστευτικό τρόπο την υγεία του ανθρώπου στα όρια της βιολογικότητας (*reductionism*). Ο προσδιορισμός του ασθενούς ως «ιατρικής περιπτώσεως» αχρηστεύει την

παιδαγωγική αξία του πόνου, όπως την περιγράφει η Εκκλησία, και εξορίζει την ελπίδα από τους θαλάμους καταληκτικών ή χρονίως πασχόντων ασθενών, εφόσον παραθεωρεί το γεγονός ότι η ασθένεια μπορεί να αντιμετωπιστεί με ρεαλισμό υπό τις προϋποθέσεις που θέτει η ανακουφιστική φροντίδα, μεταξύ των οποίων δεσπόζει η ανάγκη της συμφιλίωσης του ανθρώπου με τον εαυτό του.

Ο ορισμός του Π.Ο.Υ. για την ανακουφιστική φροντίδα υποδεικνύει, σαφώς, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ως συμβατό με τις προϋποθέσεις λειτουργικότητάς της, δεδομένου ότι αφήνει χώρο γόνιμης διεπιστημονικής συζήτησης επάνω σε ζητήματα που φθείρουν το ανθρώπινο πρόσωπο (π.χ. ενοχή) και το πολιορκούν στα τέλη της ζωής του («οφειλές» σε εαυτούς και άλλους), τα οποία συνδέονται με τον πόνο (ακόμη και υπό την έννοια της τιμωρίας). Εδώ, εξάλλου, τίθεται το ζήτημα της αποενοχοποίησης του ασθενούς και της ευαισθητοποίησης του ιατρικού και συμβουλευτικού προσωπικού, του κοινωνικού λειτουργού και του κληρικού για το πώς πρέπει να αντιμετωπίζουν το ζήτημα της ενοχής.

Υπό τις ανωτέρω προϋποθέσεις, η ιδέα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου ως κοινού χώρου συνάντησης και διαλόγου των επιστημών του ενδοκοσμικού είναι μια ενδιαφέρουσα πρόταση, η οποία ερευνάται ενδελεχώς τις τέσσερις τελευταίες δεκαετίες.¹⁴ Η αξία του μοντέλου αυτού έγκειται στο γεγονός ότι προβάλλει τον ολιστικό χαρακτήρα της θεραπείας του ανθρώπου και αποτελεί μια εξειδικευμένη πρόταση του σύγχρονου πολιτισμικού ιδεώδους προς την κατεύθυνση της συμφιλίωσης του ανθρώπου με την ιδέα του πόνου.¹⁵

2. Ανθρωπολογικές προκλήσεις και ανακουφιστική φροντίδα.

α. Ο φόβος του θανάτου ως ψυχολογική μεταβλητή.

Η σύνδεση της ασθένειας και της εξέλιξής της με το βιοϊατρικό μοντέλο ευθύνεται σε σημαντικό βαθμό για την ψυχολογική ανασφάλεια των ασθενών ενώπιον του φάσματος του θανάτου. Το κλασικό έργο της Elizabeth Kubler-Ross, *On Death and Dying*,¹⁶ το οποίο επικεντρώνεται στους ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε καταληκτικό στάδιο, αποτυπώνει με ανάγλυφο τρόπο την ψυχολογική δοκιμασία, την οποία εκείνοι υφίστανται. Καταδεικνύεται, δηλαδή, η ανάγκη του ανθρώπου, που βρίσκεται σε τελικό στάδιο ή έχει επισφαλή υγεία, για νόημα ζωής. Τούτο προβάλλεται με σαφήνεια στα αποτελέσματα έρευνας που διενεργήθηκε μεταξύ των πολιτών τεσσάρων

χωρών (Ιαπωνίας, Βραζιλίας, Η.Π.Α. και Ιταλίας) τον Νοέμβριο του 2016 και δημοσιεύθηκε τον Απρίλιο του 2017, σχετικά με την εμπιστοσύνη που δείχνουν οι ίδιοι στο σύστημα υγείας των χωρών τους, αλλά και τις δυνατότητες πρόσβασης στο σύστημα αυτό.¹⁷ Στο ερώτημα που αφορά τις προτεραιότητες που θέτει το άτομο σε σχέση με το γεγονός του θανάτου του και κυρίως τι θεωρείται “υψίστης σημασίας” για τους ανθρώπους, όταν σκέφτονται τον θάνατό τους, καταγράφηκαν φοβίες που αποδεικνύουν ότι η στάση του ανθρώπου έναντι του επικείμενου θανάτου του συνδέεται άμεσα με ψυχικές διαθέσεις, που διαμορφώθηκαν στο πέρασμα της ζωής του.

Συγκεκριμένα στο ερώτημα, «σκεπτόμενοι τον θάνατό σας, ποιο θεωρείτε ότι είναι το πλέον σημαντικό πράγμα για εσάς;» σε ποσοστό από 70% (Βραζιλία/Ιταλία)-88% (Η.Π.Α.) οι πολίτες των χωρών απάντησαν ότι κατ’ αυτούς είναι από υψίστης σημασίας έως πολύ σημαντικό ότι «επιθυμούν να διασφαλίσουν ότι δεν θα επιβαρυνθεί με οποιοδήποτε τρόπο η οικογένειά τους», από 69% (Ιαπωνία) έως 78% (Η.Π.Α.), ότι «επιθυμούν ανώδυνα τέλη», από 66% (Ιταλία) έως 88% (Βραζιλία), ότι «επιθυμούν ειρηνικά και πνευματικά τέλη», από 67% (Ιαπωνία) έως 83% (Βραζιλία), ότι «επιθυμούν να έχουν ένα αγαπημένο πρόσωπο γύρω τους» και από 17% (Ιαπωνία) έως 70% (Βραζιλία), ότι «επιθυμούν να ζήσουν όσο περισσότερο μπορούν». Πέραν των ειδικών παρατηρήσεων, ότι δηλαδή η ανατολική φιλοσοφία και πνευματικότητα που εκπροσωπείται από την ιαπωνική σκέψη, λόγω της αποδοχής της βουδιστικής πίστewς περί μετενσαρκώσεως, περιορίζει στο 17% το ποσοστό των Ιαπώνων ερωτηθέντων εάν είναι υψίστης σπουδαιότητας για εκείνους να ζήσουν όσο περισσότερο μπορούν, μια γενική παρατήρηση θα μπορούσε να αφορά σε καθολικά αναγνωρίσιμα βιώματα, που αποκαλύπτουν τις ψυχολογικές διεργασίες κατά τις προθανάτιες στιγμές του ανθρώπου.¹⁸ Κυρίως μπορούμε να παρατηρήσουμε ενοχογόνα συναισθήματα: οι ερωτηθέντες στην ανωτέρω έρευνα δηλώνουν ότι δεν επιθυμούν να καταστούν ένοχοι ανατροπής της οικογενειακής γαλήνης, επισημαίνουν την ανάγκη συμφιλίωσης με τον εαυτό τους (ο ασθενής, στο κάτοπτρο μιας αυτοανάλυσης, που επιβάλλουν οι οριακές στιγμές που ζει, συνήθως ανακαλύπτει ότι δεν είναι αυτός που έπρεπε να είναι και ότι, ενδεχομένως, οφείλει να αποδομήσει την πλαστή ψυχολογική και κοινωνική εικόνα του), αλλά και την απώθηση της ιδέας του θανάτου, γεγονός που υποκρύπτει ψυχολογική ανετοιμότητα.¹⁹ Σε ό,τι αφορά τα ευρήματα σχετικά με

την αγωνία της μοναχικότητας ενώπιον του θανάτου, αν και αυτά υπογραμμίζουν την πανανθρώπινη ανάγκη της συντροφικότητας και κοινωνικότητας, εντούτοις, στο περιθώριο αυτού του εύλογου φόβου, πρέπει να δεχθούμε ότι περιλαμβάνεται και η αγωνία της συνάντησης του ανθρώπου με τον εαυτό του, ιδιαιτέρως στην περίπτωση μιας αναγκαστικής μόνωσης (επί παραδείγματι σε μια ΜΕΘ).

β. Το πρόβλημα του πόνου.

Ένα βασικό κριτήριο στην επιλογή ευθανασίας από ασθενείς τελικού σταδίου, όπως καταλαβαίνουμε και από τα στοιχεία που παρατίθενται ανωτέρω, είναι ο φόβος του πόνου. Το πρόβλημα αυτό επιτείνεται, κυρίως, διότι η εμπειρία της καθημερινής ζωής (υπό την κοινωνιολογικά άτυπη έννοια της everyday life), αποκαλύπτει ότι η βεβαιότητα των βιολογικών ανθρωπολογιών ότι θα αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα προβλήματα της εύθραυστης ανθρώπινης φύσης, διαφεύδεται διότι, αν και υπόσχονται την τεχνογνωσία να επιτύχουν κάτι τέτοιο, εντούτοις δεν μπορούν τελικά να εγυηθούν την αθανασία, αφήνοντας τον άνθρωπο απaráκλητο ενώπιον του ρεαλισμού του βιολογικού του θανάτου.

Κατά τον Dr. P. Brand, όσο μια κοινωνία απωθεί τον πόνο, τόσο λιγότερους τρόπους ανακαλύπτει για να τον αντιμετωπίσει.²⁰ Υπό την έννοια αυτή, το πρόβλημα του πόνου μπορεί να αποτελέσει για τη σύγχρονη κοινωνία το άλλοθι του μηδενισμού. Η ανθρώπινη ζωή ταυτίζεται με τη βιολογικότητα και μέσα από ένα ιδιότυπο πλατωνισμό, δηλαδή την αντίληψη ότι το σώμα είναι αναλώσιμο όταν πλέον οι βιολογικές του λειτουργίες δεν μπορούν να το υποστηρίξουν, το επιχείρημα περί ποιότητας της ζωής οδηγεί στην τεχνητή διακοπή της. Στη συγκεκριμένη περίπτωση πρέπει να επισημάνουμε ότι δεν ασκούμε κριτική στο ζήτημα της αντοχής του πόνου (εφόσον πρόκειται περί υποκειμενικού γεγονότος), αλλά στην κουλτούρα εκείνη που εξορίζει το ενδεχόμενο του πόνου από τη ζωή του ανθρώπου, κατασκευάζοντας ιδεατές πραγματικότητες, όπως αυτές του δυστοπικού κόσμου του Aldus Huxley.²¹

Υπάρχει μια βασική αρχή: ότι τον βαθμό πόνου τον ορίζει ο ασθενής. Εάν η αξιωματική αυτή αρχή είναι αληθής τότε ο άνθρωπος δεν πρέπει να θεωρείται δέσμιος της αναπόδραστης πραγματικότητας του πόνου, μιας ακολουθίας της φυσικής νομοτέλειας των κοσμικών πραγμάτων.²² Η εισηγήτρια και θεμελιώτρια της ανακουφιστικής φροντίδας, Cecily Saunders, προσπάθησε να αντιμετωπίσει

το πρόβλημα του πόνου εισάγοντας την έννοια του ολικού πόνου (total pain). Ο «ολικός πόνος» είναι ένας τεχνικός όρος για να επισημάνει την αλληλεπίδραση ψυχολογικού, πνευματικού και σωματικού παράγοντα. Στο πλαίσιο αυτό η ανακουφιστική φροντίδα έχει ως στόχο της τον ψυχολογικό αλλά και πνευματικό έλεγχο του πόνου. Από την άλλη πλευρά ο σωματικός πόνος μπορεί να παρασύρει τον άνθρωπο σε ψυχολογική και πνευματική κατάθλιψη που δίνει άλλη τροπή στον φυσικό πόνο. Στην περίπτωση αυτή, επομένως, υπάρχει ευρύτατος χώρος άσκησης της ανακουφιστικής φροντίδας, ενώ αναδεικνύονται τα οφέλη του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου.²³

Όλα τα ανωτέρω σημαίνουν ότι εάν ο σύγχρονος πολιτισμός επιτύχει να εντάξει τον πόνο στην κουλτούρα του, τότε τον απαγκιστρώνει από τον μηδενισμό. Ένταξη της ιδέας του πόνου στην κουλτούρα του σύγχρονου κόσμου σημαίνει ότι ο άνθρωπος, μέσα από ποικίλες ανθρωπολογικές οπτικές (ψυχολογικές, κοινωνιολογικές, φιλοσοφικές ή θρησκευτικές), που συνθέτουν την πολιτισμική του εμπειρία, μπορεί να ερμηνεύσει δημιουργικά την έννοια του «ολικού πόνου» σε σχέση με τα διαπιστωμένα προβλήματα του είναι (π.χ. ο άνθρωπος απέναντι στο «παράλογο» του πόνου, η διαχείριση των επώδυνων ή αφόρητων εμπειριών ασθενών καταληκτικού σταδίου κ.ο.κ.). Εάν, επομένως, ο πόνος αποτελεί έναν από τους τρόπους μέσω των οποίων η ύπαρξη βιώνει την παρουσία της στον κόσμο, τότε ο πόνος, στη «θαυμαστή καινούργια κοινωνία» που προσπαθεί να τον εξορίσει, θα πρέπει να πιστοποιηθεί και πάλι ως γόνιμη υπαρξιακή πρόκληση και να γίνει κατανοητό ότι δεν μπορεί ο άνθρωπος να ολοκληρωθεί ως ψυχοσωματική ύπαρξη, όταν αγνοεί τον παιδαγωγικό χαρακτήρα μιας τέτοιας βασικής υπαρξιακής παραμέτρου από τη ζωή του.²⁴

Γ'. Η ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΝΑ ΣΥΜΒΑΛΕΙ ΣΤΟΝ ΔΙΑΛΟΓΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΙΑ ΤΗΣ ΘΕΟΛΟΓΙΚΗΣ ΤΗΣ ΣΚΕΨΕΩΣ

1. Η ιατρική ανακάλυψη της καθοριστικής σημασίας της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας, ως ψυχολογικών παραγόντων, για τη θετική ή αρνητική πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν πολλαπλασιαστεί οι μελέτες εκείνες οι οποίες ερευνούν την επίδραση της πνευματικότητας, ως στάσης ζωής, στην αντιμετώπιση εκ μέρους των ασθενών των ζητημάτων

υγείας τους. Από τη σχετική βιβλιογραφία διαφαίνονται δύο διαστάσεις λειτουργίας του πνευματικού παράγοντος: αυτή της ουδετερόθησης «spirituality» και η κλασική έννοια του «θρησκείν» (religion). Οι δύο αυτές διαστάσεις είναι δυνατόν να συγκλίνουν, αλλά και να βρίσκονται σε πλήρη αντίθεση μεταξύ τους, υπό την έννοια ότι ως «θρησκείν»²⁵ νοείται η αφοσίωση σε ένα σύστημα αξιών το οποίο περιλαμβάνει υπαρξιακά στοιχεία, όπως η ελπίδα και η πίστη στην ανάκαμψη της υγείας, αλλά συγχρόνως συνδέει τα στοιχεία αυτά με συγκεκριμένη τελετουργία, γλώσσα και κοσμοθεωρία,²⁶ ενώ η πνευματικότητα, σύμφωνα με την έρευνα, φαίνεται να θεμελιώνεται κυρίως σε υπαρξιακές εσωτερικές διαδικασίες (π.χ. θα μπορούσε να σημαίνει απλώς αναζήτηση νοήματος ζωής).²⁷ Παρά το γεγονός ότι αρνητικές σκέψεις των ασθενών, π.χ. όταν αισθάνονται αποξενωμένοι από τον Θεό, ότι δεν αγαπιούνται ή ότι τιμωρούνται από εκείνον ή αποδίδουν την ασθένειά τους στο έργο του διαβόλου, λειτουργούν επιβαρυντικά στην αντιμετώπιση του πόνου και προβάλλονται ως αρνητικές όψεις της «spirituality», εντούτοις είναι γενικά αποδεκτό ότι πνευματικότητα και θρησκεία παρέχουν στους ανθρώπους ψυχολογικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας.²⁸ Στοιχεία, όπως τα ανωτέρω, καθώς και η βεβαιότητα των επιστημόνων ότι ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορικών, γνωστικών και ψυχοκοινωνικών επιστημόνων παραδέχονται ότι υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ Θρησκευτικότητας/ Πνευματικότητας, πολιτιστικής ποικιλομορφίας και υγείας,²⁹ επιτρέπουν την υπόθεση ότι ο θρησκευτικός λόγος μπορεί να συμβάλει στην εξέλιξη ενός πολιτισμικού διαλόγου.³⁰

Στο πλαίσιο αυτό παρατηρείται, ήδη, ένα τεράστιο ενδιαφέρον για την ανακουφιστική φροντίδα από θρησκευτικούς οργανισμούς και χριστιανικές ομολογίες σε όλο τον κόσμο, που φανερώνει ότι ο σύγχρονος κόσμος αναζητεί, μεταξύ άλλων, απαντήσεις στη θρησκεία. Καρπός αυτού του ενδιαφέροντος, σε παγκόσμιο επίπεδο, το White Paper του 2001, συνταγμένο από πέντε αμερικανικούς θρησκευτικούς οργανισμούς (μεταξύ των οποίων η εβραϊκή κοινότητα).³¹ Εξάλλου, η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία έχει ήδη από ετών συστήσει την Ποντιφική Ακαδημία για τη ζωή (Pontificia Academia pro Vita/PAV), η οποία μεταξύ άλλων ασχολείται ενεργά με το ζήτημα της Ανακουφιστικής φροντίδας υπό το πρίσμα όλων των δυνατών επιστημονικών κατευθύνσεων.³²

Η θρησκευτική πολυμορφία, βέβαια, δεν επέτρεψε πιο συγκεκρι-

μένες προδιαγραφές από την ασαφή έννοια της «Spirituality» και των «Spiritual Care providers». Οι Ορθόδοξες Εκκλησίες θα ήταν ιδεατό, σε συνεργασία με τον υπόλοιπο χριστιανικό κόσμο, να συντάξουν Christian White Papers, τα οποία θα ενεργοποιούν την εκκλησιολογική αυτοσυνειδησία κάθε Ομολογίας ως δυνατότητας ενσυναίσθησης και αποδοχής σε γόνιμη κοινωνία των ανθρώπων που υποφέρουν, και θα αναδεικνύουν τη σπουδαιότητα των καλώς εκπαιδευμένων εφημερίων των παρεκκλησίων και την ανάγκη της συνεργασίας μεταξύ κληρικών, κοινωνικών λειτουργών και ιατρών.

Είτε, επομένως, ο θρησκευτικός λόγος αποκτήσει την εμπιστοσύνη του συλλογικού υποκειμένου ως προς τη δυνατότητά του να συμβάλλει σε ζητήματα πνευματικής στήριξης των νοσούντων, ως τμήματος ενός ευρύτερου πολιτισμικού πλαισίου, είτε αντιμετωπιστεί με επιφύλαξη (διότι στην έρευνα αναδεικνύεται η διάσταση μεταξύ του θρησκευείν και της άχρωμης πνευματικότητας σε σχέση με το ποια από τις δύο πραγματικότητες μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά σε ζητήματα πνευματικής στήριξης των νοσούντων), σε κάθε περίπτωση μπορεί να αναδειχθεί η πολύτιμη συμβολή της Εκκλησίας σε ένα διευρυμένο πολιτισμικό διάλογο σε σχέση με βιοηθικά ζητήματα αιχμής (ένα εκ των οποίων είναι η ευθανασία). Συγχρόνως, ωστόσο, αναδεικνύεται η ευθύνη της Εκκλησίας να διατυπώσει ένα θεολογικά ακριβή, αλλά και ποιμαντικά παρηγορικό λόγο.

2. Η ανακουφιστική φροντίδα ως συστατικό στοιχείο της

προσωποκεντρικής ανθρωπολογικής διδασκαλίας της Εκκλησίας.

Η Εκκλησία απεύχεται τον πόνο των ανθρώπων. Αφετηριακά στοιχεία ποιμαντικής του πόνου, μάλιστα, μπορούμε να αναζητήσουμε στην Καινή Διαθήκη στη φιλόανθρωπη στάση του Ιησού Χριστού, ο οποίος κατακλύσθηκε από ισχυρά κύματα συγκινήσεως και δάκρυσε ενώπιον του πόνου των ανθρώπων (όπως στην περίπτωση της αναγγελίας θανάτου του Λαζάρου και του σπαρακτικού θρήνου των αδελφών του).³³

Για τον λόγο αυτό η Εκκλησία, σύμφωνα με τις ιστορικές πηγές και τη θεολογία της, έθεσε ως προτεραιότητα από την πρώτη στιγμή της παρουσίας και δράσης της τη διακονία του ανθρώπινου προσώπου. Οι Πατέρες της, μάλιστα, την περιγράφουν ως ιατρείο όχι μόνο ψυχών αλλά και σωμάτων (βλ. λ.χ. την ακολουθία του Ευχελαίου).³⁴ Επομένως η Εκκλησία κατέχει την τεχνογνωσία της ικανοποίησης των υπαρξιακών

αναγκών του προσώπου πολλούς αιώνες πριν εμφανισθούν οι σύγχρονες θεωρίες οι οποίες προβάλλουν μια προσωποκεντρική ή ασθενοκεντρική (patient centered health policy) προσέγγιση του νοσούντος. Η ευαισθησία αυτή της Εκκλησίας οφείλεται στο γεγονός ότι στη διαχρονική συζήτηση περί ανθρώπου εισήγαγε την έννοια του προσώπου ως του λογικού και ελεύθερου εκείνου όντος το οποίο έχει καταξιωθεί του μεγίστου δώρου της κατ' εικόνα και καθ' ομοίωσιν Θεού δημιουργίας του και δι' αυτού του τρόπου μπορεί το ίδιο να τιμά τη φύση του μέσα από την εν ελευθερία προσωπική κοινωνία του με τον δημιουργό του, το Όλον, την αυτοζωή, που είναι η πηγή της ζωής. Η ανθρωπολογική διδασκαλία της Εκκλησίας περί προσώπου είναι ιδιαίτερος σημαντική για μια σύγχρονη πολιτισμική κατανόηση του ανθρώπου, ως αυτοσυνείδητης προσωπικότητας με δικαιώματα και ιδιάζουσα αξία, και μπορεί να συμβάλει ερμηνευτικά στην κατανόηση του νοήματος του πόνου, αλλά και να αποτυπωθεί κοινωνικά σε ποιμαντικές προτάσεις, που προβάλλουν τη διακονία του προσώπου ως απόρροιας αυτής της ανθρωπολογίας, πηγή της οποίας, σε κάθε περίπτωση είναι ο ευαγγελικός λόγος.³⁵

Η πατερική σκέψη, λόγου χάριν, είναι πεπεισμένη ότι «τας αρρωστίας, διά την υγείαν της ψυχής επάγει ο Θεός»,³⁶ εισάγοντας τον άνθρωπο σε μια γόνιμη διαλεκτική με τον εαυτό του και αποκλείοντας παραλλήλως τη δημιουργία ενοχικών βιωμάτων, εφόσον τον κατευθύνει να αντιληφθεί ότι η παιδαγωγική αγάπη του Θεού τον αφυπνίζει, ώστε μέσα από δοκιμασίες να ανακαλύψει τον αληθινό ορίζοντα της υπαρξιακής του προοπτικής. Ανάμεσα στα θεολογικά κείμενα, που εμβαθύνουν στη θεολογία του πόνου, ξεχωρίζουν οι θαυμάσιοι Ίαμβοι του Γρηγορίου του θεολόγου, όπου εμφανώς ο ποιητής τους εκδηλώνει τη θλίψη του για τα δεινά που υφίσταται, αν και στο τέλος παραθέτει κάθε μέριμνά του στον Θεό.³⁷ Αν και ο Θεός «δεν είναι αίτιος των κακών»,³⁸ εντούτοις επιτρέπει την εκδήλωση μιας ασθένειας ή άλλων επιφορών στη ζωή αγαθών ανθρώπων, ούτως ώστε να τελειωθούν μέσα από τις ποικίλες δοκιμασίες. Επομένως, ανάλογα με την κατάσταση στην οποία βρίσκονται, άλλοι δοκιμάζονται ώστε η πίστη τους να θεμελιωθεί σε βιωματικό έδαφος και άλλοι, διά μέσου της δοκιμασίας τους, βιώνουν τη συντριβή του φίλαυτου εαυτού τους.³⁹ Υπό την έννοια αυτή, όπως επισημαίνει και ο άγιος Γρηγόριος ο Παλαμάς «διά τοις αμαρτάνουσιν η νόσος έστιν ότε κρείττων της υγείας».⁴⁰

Μέσα από αυτή την ανθρωπολογική προοπτική η θεολογική σκέψη φθάνει αβίαστα στη διάγνωση της διαφοράς μεταξύ «ίασης» και «θεραπείας». Οι όροι αυτοί θεωρούνται συνήθως ως ταυτόσημοι, δηλαδή ότι σημαίνουν την αποκατάσταση της υγείας. Η αφήγηση, ωστόσο, της ίασης των δέκα λεπρών⁴¹ προβάλλει μια σημαντική διάσταση της αποθεραπείας του ανθρώπου, δηλαδή το αρμονικό συλλειτουργό σώματος και ψυχής. Ο ευχαριστιακός προσανατολισμός του θεραπευθέντος λεπρού προς τον θεράποντα Ιησού Χριστό, φανερώνει ότι η περιπέτεια της υγείας του τον είχε καθοδηγήσει να αξιολογήσει εκ νέου τις προτεραιότητες στη ζωή του και η μεταστροφή του αυτή πιστοποιήθηκε ως έμπρακτη κοινωνία με τον δάσκαλο. Στην περίπτωση αυτή δεν επρόκειτο περί απλής ίασεως αλλά θεραπείας του όλου ανθρώπου, ως ψυχοσωματικής ολότητας, βασική θεραπευτική αρχή την οποία προωθεί η σύγχρονη έρευνα, κατά την οποία το πρόσωπο θεραπεύεται ως όλον, ενώ η οξεία διάκριση νου και σώματος φθείρει το πρόσωπο, φθορά για την οποία ευθύνεται η Ιατρική, η οποία είδε τόσο στενά τον ρόλο της.⁴²

Σημαντική εδώ είναι η παρακαταθήκη της πατερικής σκέψης και σοφίας, αλλά και της μακράς εμπειρίας της Εκκλησίας στο ζήτημα της νοσηλείας, αλλά και της ανακουφιστικής φροντίδας. Μέσα από τη μακραίωνη προσφορά της στον άνθρωπο που νοσεί, η Εκκλησία διαπίστωσε ότι η ιατρική φροντίδα και μέριμνα (επειδή ακριβώς είναι πεπερασμένη) αποτυπώνει με αισθητό τρόπο την πορεία που πρέπει να διανύσει ο άνθρωπος για τη θεραπεία των παθών του από την ψυχή του. Κατά μία ενδιαφέρουσα τοποθέτηση του Μ. Βασιλείου, η κατά τη νοσηλεία βελτίωση της υγείας του ανθρώπου «ας γίνει γι' αυτόν παρηγοριά και ανακούφιση, διότι συγχρόνως μπορεί να τον θεραπεύσει από την απόγνωση (και κάθε ψυχική νόσο)», εννοώντας ότι μέσα από τη μετάνοια έχει τη δυνατότητα να αποκαταστήσει την αρτιμέλεια της ψυχής του.⁴³

3. Ακολουθίες της προσωποκεντρικής ανθρωπολογικής διδασκαλίας της Εκκλησίας και η σημασία τους για ένα διεπιστημονικό διάλογο με θέμα την ανακουφιστική φροντίδα. Παρά το γεγονός ότι στην εποχή της ύστερης νεωτερικότητας δεν αναγνωρίζεται κάποια προτεραιότητα στη θεολογική ανθρωπολογική διδασκαλία της Εκκλησίας, αλλά λογίζεται απλώς ως μία ακόμη από τις λοιπές ανθρωπολογικές συνιστώσες του πολιτισμικού της

περιβάλλοντος, εντούτοις έχει τη δυνατότητα να συμβάλει αποφασιστικά στον διεπιστημονικό διάλογο για την ανακουφιστική φροντίδα, παρουσιάζοντας αρχές που διασφαλίζουν την αξία του προσώπου, εμπλουτίζουν την ανθρωπολογική εμπειρία προβάλλοντας το γεγονός της κοινωνίας των προσώπων και προφυλάσσουν τον άνθρωπο από τον μηδενισμό. Ειδικότερα υποστηρίζει ότι:

α. Το δώρο της δυνατότητας του μη αποθνήσκειν (*posse non mori*) είναι εγγύηση της αξίας της ζωής και του σώματος και αντίβαρο μηδενισμού.

Η ανθρωπολογική διδασκαλία της Εκκλησίας ερμηνεύει τη ζωή και τον θάνατο ξεκινώντας από τη διδασκαλία περί Αναστάσεως. Αυτό σημαίνει ότι η διδασκαλία της περί εσχάτων και Αναστάσεως παρέχει στον άνθρωπο μια ουσιαστική οπτική διεξόδου από το αυτοαναφορικό σύμπαν μέσα στο οποίο τον εντάσσουν οι βιοϊατρικές επιστήμες, οι οποίες θεωρούν ότι τα όρια της ζωής του ανθρώπου εξαντλούνται με τον θάνατό του. Ανάμεσα στις δωρεές της καθ' εικόνα και καθ' ομοίωσιν δημιουργίας του ανθρώπου ανήκει η αρχική δωρεά του *posse non peccare et mori* (η κατά χάριν δυνατότητα του μη αμαρτάνειν και μη αποθνήσκειν), με την οποία προικίστηκε ο άνθρωπος, ήτοι το προπρωτικό δώρο της δυνατότητας πνευματικής αθανασίας που εγγυάτο την αθανασία του ως ψυχοσωματικής οντότητας υπό το πρίσμα, πάντοτε, της κοινωνίας του με τον χορηγό του δώρου αυτού. Μετά την αυτονόμηση του ανθρώπου έναντι του Θεού, η δυνατότητα αυτής της δωρεάς αποκαταστάθηκε χάρη στην ανάληψη τέλειαν ανθρώπινης φύσης από τον Θεό Λόγο, τη Σταύρωση και την Ανάσταση του.

β. Η βιολογική φθορά του ανθρώπου

είναι αποτέλεσμα της αυτονόμησής του από τον Θεό.

Η ασθένεια, η νόσος, η αρρώστια εξακολουθούν να αποτελούν παρά φύσιν καταστάσεις, των οποίων η αφετηρία έγκειται στην απομάκρυνση από τον Θεό και την Πτώση.⁴⁴ Παρά το γεγονός, δηλαδή, της αποκαταστάσεως των δωρεών που έλαβε η ανθρώπινη φύση, δεν ήρθαν οι συνέπειες της αυτονόμησης του ανθρώπου έναντι του Θεού, διότι απαιτείται ο εκκεντρισμός του ανθρώπου στο αναστημένο σώμα του Ιησού Χριστού διά της ελευθέρας βουλήσεώς του. Υπό την έννοια αυτή, αν και μετά την παρακοή του αδαμικού ζεύγους εισήλθε η ασθένεια και ο θάνατος στον κόσμο, η αποκατάσταση της υγείας του προσώπου προϋποθέτει επιστροφή του στην κοινωνία με τον Θεό.

Η κατανόηση της βιολογικής φθοράς του ανθρώπου ως αδυναμίας της ανθρωπίνης φύσεως να υποστηρίξει τη βιολογικότητά της εκτός του Όλου οδηγεί, ασφαλώς, στην ανανοηματοδότηση ιατρικών όρων, υπό την έννοια ότι η πραγματικότητα δεν είναι μονοδιάστατη ως βιολογικό γεγονός. Υπάρχει δηλαδή περίπτωση ένας άνθρωπος να είναι οργανικά υγιής και εντούτοις να πάσχει από πνευματική νόσο, χειρότερη «νοσήματος ανάγκης».⁴⁵ Τελικά η ασθένεια δεν εξαρτάται αποκλειστικώς από μια βιολογική αιτιότητα, αλλά διαμορφώνεται επί τη βάση της ποιότητας σχέσης του ανθρώπου με τον εαυτό του.

γ. Η αξιοπρέπεια είναι οντολογικά
αδιάπτωτη ιδιότητα του ανθρώπου προσώπου.

Η εσχολογική διδασκαλία της Εκκλησίας, και ειδικότερα η διδασκαλία περί Αναστάσεως, έχει τη δυνατότητα να διασώζει τον άνθρωπο από ανθρωπολογικές εμμονές και ψευδαισθήσεις, όπως ότι η κοινωνική ή ψυχολογική εικόνα του δικαιώνουν την υπαρξιακή του προοπτική. Μπορεί, επίσης, να οργανώσει τον ψυχικό του κόσμο, διότι τον βοηθά να αντιληφθεί ότι η νόσος και ο πόνος αν και συνδέονται με οδυνηρές εμπειρίες, εντούτοις σε καμιά περίπτωση δεν έχουν μηδενιστικό περιεχόμενο, διότι αποτελούν μέρος της ανθρωπολογικής εμπειρίας. Εξ ορισμού, επομένως, σμιλεύουν και καταξιώνουν την ανθρώπινη φύση.

Η παρατήρηση αυτή είναι σημαντική σε ό,τι αφορά στη σύνδεση της αξιοπρέπειας του ανθρώπου με το ζήτημα του πόνου, αλλά και του τέλους του βίου του. Η κατ' εικόνα και καθ' ομοίωσιν δημιουργία του ανθρώπου, η οποία βιώνεται ως λογικότητα και ελευθερία αλλά και δυνατότητα του μη αποθνήσκουν, αποδεικνύουν κατά τη θεολογική σκέψη της Εκκλησίας την αξιοπρέπεια της ανθρώπινης φύσης. Η αξιοπρέπεια αυτή, που στην πατερική σκέψη τη βλέπουμε να ορίζεται ως «ευγένεια»,⁴⁶ δεν φθείρεται από την ασθένεια, σε όποιο επίπεδο και εάν η ασθένεια αυτή δρα (π.χ. ασθενείς καταληκτικού σταδίου), διότι η βιολογική κατάρρευση του οργανικού συστήματος δεν επηρεάζει την πνευματική ποιότητα του ανθρώπου. Η αξιοπρέπεια του ανθρώπου, κατά τη θεολογική σκέψη της Εκκλησίας, δεν αναδεικνύεται με την προσφυγή στην Ευθανασία, αλλά τη «λογοποίηση» του ανθρώπου, ήτοι την κοινωνία του με τον Θεό Λόγο.⁴⁷ Ο μόνος κίνδυνος απέναντι στην αξιοπρέπεια του ανθρώπου είναι ο ίδιος ο εαυτός του.⁴⁸

4. Η ποιμαντική ευαισθησία της Εκκλησίας για τη διακονία του προσώπου.

α. Η ποιμαντική τεχνογνωσία της Εκκλησίας και οι νέες προκλήσεις.

Υπό το πρίσμα αυτό η Εκκλησία, μέσα από το έργο της ποιμαντικής συμβουλευτικής, που ασκεί μέσα στους αιώνες, έχει τη δυνατότητα να υλοποιήσει τις σταθερές της ανακουφιστικής φροντίδας (palliative care standards), που τίθενται ποικιλοτρόπως από διάφορους εθνικούς οργανισμούς, επικεντρώνοντας τη συμβουλευτική της αυτή στις ανάγκες του προσώπου.⁴⁹ Σε επίπεδο κοινωνικών εφαρμογών η θεολογία του πόνου αποτέλεσε για την Εκκλησία το θεωρητικό θεμέλιο ενός κοινωνικού ακτιβισμού (υπό την έννοια της ποιμαντικής διακονίας), που είχε πάντοτε ως κέντρο του το ανθρώπινο πρόσωπο και ενεργοποιούσε τη δύναμη της κοινότητας. Ο πρώτος, μάλιστα, οργανωμένος ξενώνας – νοσοκομείο στην ιστορία ήταν αυτός της «Βασιλειάδος». Διάσημο για την άρτια οργάνωσή του υπήρξε το νοσοκομείο της Μονής Παντοκράτορος, κατά τον 12ο αιώνα, στην Κωνσταντινούπολη.⁵⁰

Λαμβάνοντας, επομένως, υπόψη την προσωπικότητα του ανθρώπου, καθώς και τις φυσικές, ψυχολογικές και πνευματικές του ανάγκες, αλλά και τις αξίες, στόχους και επιθυμίες του, μπορεί να κατευθύνει καταλλήλως την ποιμαντική της μέριμνα τόσο προς την πλήρωση των αναγκών του προσώπου, όσο και προς την ψυχική και πνευματική στήριξη των φροντιστών υγείας. Υπογραμμίζεται, ωστόσο, η ανάγκη της ικανής εκπαίδευσης του εφημεριακού κλήρου των νοσηλευτηρίων. Μια βασική αφετηρία συζήτησης θα μπορούσε να είναι η ανάδειξη της ανάγκης υψηλής θεολογικής κατάρτισης και εξειδικευμένης εκπαίδευσης των κληρικών, καθώς και η ισορροπία μεταξύ μυστηριακής και υποστηρικτικής δακονίας.⁵¹ Οι κληρικοί και οι κοινωνικοί λειτουργοί, παρά τις διαφορετικές οπτικές τους γωνίες, μπορούν να αγωνιστούν μαζί για τη βελτίωση της υγείας των ασθενών και την άνεσή τους, δίδοντας στην οικογένεια κουράγιο απέναντι στις αντιξοότητες που έχει να αντιμετωπίσει.⁵²

β. Η ολιστική θεραπεία υπό το πρίσμα της θεολογικής κατανόησης του προσώπου.

Σύμφωνα με τα προηγούμενα, η θεολογική ανθρωπολογία της Εκκλησίας έχει την τεχνογνωσία να συμβάλει δημιουργικά στο σύγχρονο πολιτισμικό ιδεώδες, μέσω των διεπιστημονικών διαλόγων, διότι γνω-

ρίζει πώς να καθοδηγήσει τον άνθρωπο ώστε αυτός να επιτύχει την απονεύρωση της δεσποτείας του πόνου, συλλέγοντας τα θραύσματα του εαυτού του και αποκαθιστώντας (διά της συμφιλίωσης και ενότητας των ψυχικών του δυνάμεων) την ενότητα του προσώπου του.⁵³ Μέσα από την τεχνογνωσία της ποιμαντικής της ανθρωπολογίας, λοιπόν, η Εκκλησία γνωρίζει πλήρως και εναργώς πώς να διακονεί τον σύγχρονο άνθρωπο, περιθάλλοντάς τον ψυχολογικά και πνευματικά.

Η δυνατότητα της Εκκλησίας να βοηθήσει τον άνθρωπο να επανασυνδέσει τις βιολογικές του ανάγκες με τις υπαρξιακές καθιστά γόνιμη τη συμβολή της στην ανακουφιστική φροντίδα των νοσούντων, μέσω της διεπιστημονικής αξιοποίησης του εύρους επιλογών του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου. Η Εκκλησία μπορεί να εγγυηθεί στον άνθρωπο την ελευθερία του από τα δεσμά της φυσικής νομοτέλειας (από την υποταγή δηλαδή στη βασανιστική δεσποτεία του ερεθίσματος «πόνος – αντίδραση») και να του εξηγήσει ότι η ελευθερία του αυτή συνίσταται στο να μπορεί να βλέπει τη φθορά του εαυτού του, όχι ως μίζερο τέλος αλλά μέσα από το πρίσμα της Αναστάσεως. Ο ρόλος της, επομένως, είναι να υπενθυμίζει μέσω των ξενώνων της, ή διά της παρουσίας της σε κάθε μορφή ξενώνα, ότι το ζήτημα της υγείας αξιολογείται κυρίως μέσα από τη σχέση του ανθρώπου με τον εαυτό του και δεν αναπληρώνεται από οποιαδήποτε ιατρική γνωμάτευση ή επέμβαση.

Στο πεδίο εφαρμογής των ανωτέρω θεωρητικών αρχών, θετική εικόνα εμφανίζουν οι αφηγήσεις ασθενών, αλλά και μελών των οικογενειών τους, οι οποίοι επέλεξαν Κέντρα Ανακουφιστικής Φροντίδας Ασθενών,⁵⁴ σύμφωνα με τις οποίες αν και ασθενείς τελικού σταδίου φεύγουν από τη ζωή, χωρίς να θεραπευτούν οργανικά, εντούτοις αποκτούν ένα αίσθημα εσωτερικής πληρότητας, δηλαδή θεραπεύονται από τις ψυχικές τους διασπάσεις, είτε αυτές θα μπορούσαν να προκαλούνται από εμπειρίες που οφείλονται στη ποιότητα του ψυχικού πρότερου βίου, είτε αυτές θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως παρελκόμενα της νόσου.⁵⁵ Δεδομένου ότι ο σύγχρονος άνθρωπος ταλαιπωρείται από τις εσωτερικές του διασπάσεις είναι πολύ σημαντικό, με αφορμή τη νόσο από την οποία υποφέρει, να μπορέσει να βρει τη χαμένη ενότητα του ψυχικού του κόσμου στα κέντρα ανακουφιστικής φροντίδας.

Είναι, άλλωστε, και η ευαισθησία του ποιητή που επιβεβαιώνει ότι, λίγο πριν το τέλος, αντιμετωπίζοντας το βέβαιον του θανάτου, ο άνθρωπος θα μπορούσε να αναζητήσει τις εικόνες και την επίγευση

των αισθήσεων που νοηματοδότησαν τη ζωή του, εμπειρίες γόνιμες που νοηματοδοτούν, επίσης, και τη στιγμή του θανάτου του:

«Δεν θα 'ναι νερό./ Θα είναι μέλι, η τελευταία σταγόνα της κλεψύδρας. Θα την δούμε/ καθώς θα στάζει λάμποντας μες στο σκοτάδι./ μα μέσα της θα περικλείνονται όλες εκείνες οι έξοχες δωρεές./ που Κάτι ή Κάποιος χάρισε στον πρωτόπλαστο Αδάμ: η αγάπη του ενός για τον άλλον, το άρωμά σου/ ... η αφή του βιβλίου που ψάχνουμε/ στ' ακατάστατα ράφια ... η ανακούφιση ν' ακούς μες από τη σιωπή/ μια συγχορδία που νοσταλγείς, μια ανάμνηση/ πολύτιμη και ξεχασμένη, η εξάντληση./ την ώρα που το όνειρο μάς διαλύει». ⁵⁶

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, επομένως, υπό την προοπτική της ολιστικής θεραπείας του ανθρώπου, μπορεί να καταστεί κοινός χώρος διαλόγου της Θεολογίας με τις σύγχρονες επιστήμες που πιστεύουν στην ολιστική φροντίδα του ασθενούς, ή τη φροντίδα που έχει ως κέντρο της τον ασθενή στη «Δημόσια Αγορά του λόγου» (Public Square), ή το ίδιο το μοντέλο να επέχει θέση «Δημόσιας Αγοράς», ως διεπιστημονικός χώρος ανταλλαγής θέσεων και συνθέσεως επιστημονικών πορισμάτων. ⁵⁷ Σε αυτό τον δημόσιο διεπιστημονικό διάλογο παρουσιάζονται στην Εκκλησία εξαιρετικές ευκαιρίες παρέμβασής της στα υπαρξιακά ερωτήματα της εποχής μέσω της ανακουφιστικής φροντίδας, ως θεολογικής διακονίας του προσώπου, καθώς, εκμεταλλευόμενη τις υπάρχουσες ρωγμές στην ανθρωπολογική θεωρία της ύστερης νεωτερικότητας, μπορεί να καταδείξει ότι η ποιότητα της ζωής κατανοείται μόνο στο πλαίσιο της ιερότητας της ζωής. Άλλως ισχύει η παρατήρηση ενός χριστιανού ιατρού, σύμφωνα με την οποία: «Όταν η ιδέα της ιερότητας της ζωής υποκαθίσταται από την ιδέα της ποιότητας της ζωής, τότε η κοινωνία έχει διαπράξει ανεπανόρθωτο κακό κατά του εαυτού της». ⁵⁸

5. Η ποιότητα της ζωής του ασθενούς,

στο πλαίσιο του ιερού, ως πρόβλημα της κοινότητας.

Έχει υποστηριχθεί ότι η «μείζων τραγωδία της εποχής μας» είναι το γεγονός ότι αν και επεκτείνεται το προσδόκιμο της ζωής, εντούτοις αυτό συνδέεται με την αύξηση της μοναχικότητας: ο άνθρωπος πεθαίνει μόνος στις ΜΕΘ, σε πολλές περιπτώσεις χωρίς την παρουσία κάποιου προσώπου δίπλα του. ⁵⁹ Ποικίλες έρευνες, που έχουν διεξαχθεί με αφορμή τη σχέση του ασθενούς με τους οικείους του, κατά τη διαχείριση εκ μέρους του τού πόνου σε περιπτώσεις σοβα-

ρών παθήσεων, επισημαίνουν το ζήτημα της μοναχικότητας και τη σημασία της συντροφικότητας ως παραγόντων που επιδρούν αντιστρόφως αναλόγως προς την εξέλιξη της ψυχοσωματικής καταστάσεως του προσώπου που νοσεί.⁶⁰

Υπό την έννοια αυτή, πράγματι, η ανθρώπινη κοινωνία οφείλει στην ανακουφιστική φροντίδα χάριτες για την εκ νέου ανακάλυψη μιας θεμελιώδους και ανεκτίμητης προσέγγισης, αυτής του να φροντίζει ο ένας τον άλλον.⁶¹ Η ευγνωμοσύνη του συλλογικού υποκειμένου προς εκείνους που εισηγήθηκαν και εφάρμοσαν τις αρχές της ανακουφιστικής φροντίδας οφείλεται στην υπενθύμιση των καταστροφικών συνεπειών της αποξένωσης των ανθρώπων μεταξύ τους. Υπό το πρίσμα αυτό, η θεωρία και πράξη της ανακουφιστικής φροντίδας φαίνεται ότι εισηγείται ένα «νέο πολιτισμικό πρότυπο βίου» (a new culture of life),⁶² δηλαδή μέσα από την εξειδικευμένη δράση κοινωνικών λειτουργών και επαγγελματιών της υγείας εκπαιδεύει συγχρόνως την κοινότητα στο άνοιγμα προς τον άλλο, δημιουργώντας ένα περιβάλλον (όντως) «καλού θανάτου», εφόσον ελευθερώνει τον άνθρωπο από τον φόβο του αβάσταχτου πόνου να φεύγει κάποιος από τη ζωή μοναχικά.

Η Εκκλησία, από της ιδρύσεώς της, ζει αυτό το «πολιτισμικό πρότυπο βίου» διότι γνωρίζει εμπειρικά ότι, αν και η καθημερινότητα απομονώνει τον άνθρωπο, ο πόνος τον φέρνει ξανά κοντά με τον συνάνθρωπό του. «Πλησιάζει τον πονεμένο αδελφό του, σπάει τα δεσμά της ατομικότητας και η ζωή του γίνεται αυθεντική και υπεύθυνη».⁶³ Χαρακτηριστικό παράδειγμα η αίτηση κατά την τέλεση της Θείας Λειτουργίας για τέλη ανώδυνα, ανεπαίσχυντα, και ειρηνικά η οποία υπενθυμίζει ότι όλη η ευχαριστιακή κοινότητα προσεύχεται και αιτείται με ουσιαστικό τρόπο (η Εκκλησία εντάσσει την ευχή αυτή στη διάρκεια της τέλεσης του μυστηρίου της Θείας Ευχαριστίας) για την ανώδυνη τελευτή εκάστου ανθρώπου και εύχεται προς τον Θεό για να συμβεί αυτό

Οι ποιμαντικές αυτές δράσεις, ασχέτως χρονικών περιόδων της εκκλησιαστικής ιστορίας, αποτελούν περίσσευμα της θεολογίας της και αντλούν τη δυναμική τους από το γεγονός της κοινωνίας των προσώπων με πρότυπο κατανόησης αυτής της κοινωνίας το Τριαδικό δόγμα. Καθώς, λοιπόν, για την Ορθόδοξη Εκκλησία το περιεχόμενο της πίστεως καθορίζει τον τρόπο αντίληψης των πραγμάτων αλλά και της ίδιας της ζωής του χριστιανού, είναι σαφές ότι «το δόγμα

περί της Αγίας Τριάδος... δύναται κάλλιστα να χαρακτηρισθεί ως το ύψιστον κοινωνικόν κήρυγμα και το τέλειον ιδεώδες προς ανάπτυξιν της ζωής του χριστιανού ως προσώπου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου». ⁶⁴ Μέσα από τη θεολογική και ανθρωπολογική της εμπειρία η Εκκλησία προβάλλει ως κομβικό σημείο κοινωνικότητας τη σχέση του προσώπου με το Όλον, το οποίο είναι ο Τριαδικός Θεός. Όπως, άλλωστε, επισημαίνεται στο Λουκ. 17, 17-19, οι 9 ιαθέντες εκ των 10 λεπρών, τελικώς δεν θεραπεύτηκαν (δηλαδή δεν γιαιτρεύτηκαν ολιστικά), διότι δεν συνέδεσαν τη θεραπεία τους με το Όλον, την Αλήθεια καθεαυτή, την ενοποιό δύναμη των διεσπασμένων αλλά και αντιθέτων, δηλαδή το πρόσωπο του Ιησού Χριστού και απαξίωσαν την κοινωνία μαζί του, θεωρώντας ότι έλαβαν ότι τους ανήκε ως ατομικό δικαίωμα. Σε αυτό το σημείο ακριβώς, δηλαδή το «οι δε εννέα πού;», συναντάται η ατομιστική αντίληψη των ιαθέντων λεπρών με την ακραία ερμηνεία της αυτονομίας του ανθρώπου της ύστερης νεωτερικότητας: μια επιλογή που αφήνει τον άνθρωπο υπαρξιακά ανοχύρωτο έναντι του θανάτου.

Εάν ο άνθρωπος (είτε ως ασθενής, είτε ως υγιής) γνωρίσει και πάλι την αξία της κοινότητας (οπότε θα πρέπει να δοθεί σημασία στο πώς η Εκκλησία αντιλαμβάνεται τις βασικές αρχές της βιοηθικής κατά Beauchamp και Childress, δηλαδή αυτονομίας, δικαιοσύνης, αρχής του μη βλάπτειν, αρχής του ωφελείν) ⁶⁵ θα έχει ως πρώτο κέρδος την εμπειρία της κοινωνίας με τον άλλο και η κοινωνία με τον άλλο αποτελεί πηγή αναψυχής κατά του απaráκλητου της διαδικασίας του θνήσκειν, αλλά και σύνδεσμος μιας δυναμικής κοινωνίας αγάπης. Αυτή, η εν τριαδικώ Θεώ κοινωνία αγάπης, είναι η κατάξίωση του προσώπου, καθώς μέσα από την ισχύ του ενεργούντος υποκειμένου αναπληρώνεται η αδυναμία του αδελφού του. ⁶⁶

Σύμφωνα με τον εμπνευστή και δημιουργό της ανακουφιστικής μονάδας «Γαλιλαία», «Σε αυτή την κοινωνία των ανθρώπων, εάν υπάρχει το μοίρασμα του προβλήματος, η αγάπη, ενισχύει την αίσθηση (Σ.Σ. του ταλαιπωρημένου ανθρώπου) ότι είναι πολύτιμος και επιθυμητός και αγαπώμενος. Ενισχύει πάρα πολύ και τις δύο πλευρές (Σ.Σ. βοηθούντος και βοηθουμένου). Αλλά και αυτό είναι λίγο γιατί δεν (μπορεί να) γίνεται με ψυχολογικούς τρόπους, δεν (μπορεί να) γίνεται με ανθρώπινους τρόπους, θέλει κάτι άλλο που είναι κλειδί: η μετάγγιση πίστης. Όχι κήρυγμα, όχι συμβουλές περί αιώνιας ζωής, όχι συνταγές παρηγορίας, αλλά να μπορέσει κάποιος,

από την πίστη που έχει μέσα του, να δει τον άνθρωπο αυτόν, όχι ως κάποιον που βασανίζεται και τελειώνει, αλλά ως έναν άνθρωπο που έχει μια προοπτική και μια αιώνια ιστορία! Τότε μπορεί να του δώσει, φυσικά, από την ελπίδα του ελπίδα! Και έτσι δένονται οι άνθρωποι. Μας φεύγουν οι άνθρωποι με πίστη, μας χαιρετούν και μας λένε “καλή αντάμωση”»!⁶⁷

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. The Lancet Commission Report: F. M. Knaul, P. E Farmer, E. L. Krakauer, L. De Lima, A. Bhadelia, X. Jiang Kwete, H. Arreola-Ornelas, O. Gómez-Dantés, N. M. Rodriguez, G. A. O. Alleyne, Stephen R. Connor, D. J. Hunter, D. Lohman, L. Radbruch, M. del Rocío Sáenz Madrigal, R. Atun, K. M Foley, J. Frenk, Dean T. Jamison, M. R. Rajagopal. «Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage» *The Lancet*, Published online October 12, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8) (σ. 13).
2. Στο ίδιο.
3. The Lancet Commission Report, «Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage», σ. 22.
4. Ιω. Ζηζιούλα (μητρ. Περγάμου), *Ελευθερία και Υπαρξη: Η μετάβαση από τον αρχαίο στον χριστιανικό Ελληνισμό, Πέντε μαθήματα στο Ίδρυμα Γουλιανδρή-Χορν (1983)*, Δόμος, Αθήνα 2018, σ. 197.
5. Χαρακτηριστικά μπορούμε να αναφέρουμε την Παγκόσμια Διάσκεψη Κορυφής για την Υγεία (WISH) στο Qatar, όπου συζητήθηκε ένα ευρύ πλαίσιο τεχνολογικών καινοτομιών στην ανακουφιστική φροντίδα που περιελάμβανε εργαλεία όπως την τηλε-ιατρική, διαδικτυακές υπηρεσίες υγείας, διαδίκτυο και κοινωνικά δίκτυα που θα συνδέουν τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και τους ειδικούς της υγείας σε αγροτικές και απόμακρες περιοχές που δεν έχουν πρόσβαση στις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, βλ. Sir T. Hughes-Hallett, Prof. S. A Murray, Dr J. Cleary, Dr L. Grant, Dr R. Harding, Prof. A. Jadad, Dr M. Steedman, K. Taylor, *Dying Healed: Transforming End-of-Life Care Through Innovation*, WISH End-of-Life Care Report 2013, Doha 10-11.12.2013, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [www.wish.org.qa/wp-content/uploads/2018/01/27425_](http://www.wish.org.qa/wp-content/uploads/2018/01/27425_WISH_End_of_Life_web.pdf)
6. Σύμφωνα με την εισηγήτρια και θεμελιώτρια της ανακουφιστικής φροντίδας Cicely Saunders, «my whole point being that firstly euthanasia is wrong, and secondly it should be unnecessary if terminal cancer patients are properly cared for» (D. Clark, *Cicely Saunders – founder of the hospice movement, Selected letters 1959–1999*, Oxford University Press, Oxford-New York 2002, σ. 14).
7. Πρβλ. ενδεικτικά, I. Fadhil-G. Lyons-S. Payne, «Barriers to, and opportunities for, palliative care development in the Eastern Mediterranean Region», *Lancet Oncol.* 18 (2017), σσ. 176–184.
8. Σχετικά με την «ιατροποίηση» του θανάτου, λόγω της επίδρασης του βιοϊατρικού μοντέλου, βλ. S. Nebel Pederson – T. M. Emmers-Sommer. “‘I’m Not Trying to Be Cured. So There’s Not Much He Can Do for Me’: Hospice Patients’ Constructions of Hospice’s Holistic Care Approach in a Biomedical Culture”, *Death Studies* 36:5 (2012), σσ. 419–446.
9. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Βλ. επίσης, Report of a WHO Expert Committee, *Cancer Pain Relief and Palliative Care*, World Health Organization Geneva 1990, σσ. 11-18. Σε ό,τι αφορά άλλα θεσμικά κείμενα, για τη «Διακήρυξη της Βενετίας» (2006), βλ. A. den Exter, *International Health Law and Ethics: Basic Documents*, Maklu Publishers, Antwerp-Apeldoorn-Portland 2015, σσ. 711-713. Για τη «Χάρτα της Πράγας» (2012), βλ. L. Radbruch, «The Prague Charter: Urging governments to relieve suffering and ensure the right to palliative care», *Palliative Medicine* 27.2 (2012), σσ. 101-102.
10. Πλάτωνος, *Θεαίτητος*, 152a.
11. Ιω. Ζηζιούλα, *Ελευθερία και Υπαρξη*, σ. 169.
12. Γεν. 19. 26.
13. Κατά τη M. Somerville, η υπερβο-

λική έμφαση που δίδεται στον όρο «cure» (παρατήρηση που θέτει επί τραπέζης το πρόβλημα της απολυταρχίας του βιοιατρικού μοντέλου) μας οδηγεί στο να αφαιρέσουμε από το κάδρο αυτόν που δεν μπορεί να ιαθεί. Πρέπει, όμως, να επιμένουμε, ιδιαιτέρως σε αυτή την περίπτωση, ότι ακόμα και εάν κάποιος δεν έχει προσδόκιμο ίασεως, εντούτοις μπορεί πάντοτε να θεραπευθεί («heal»). Βλ. M. Somerville, *Death Talk: The Case Against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, McGill-Queen's University Press, Montreal & Kingston-London-Ithaca, σ. 228.

14. Ορόσημο θεωρείται το άρθρο του G. L. Engel, "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine", *Science* 196 (1977) 129-136. Βλ. επίσης, I. Heszen, «The Biopsychosocial model of Illness and its New Developments. An Outline», στο J. Konrad, S. Stanisława (εκδ.), *Biopsychosocial aspects of health and disease*, vol. I, Wydawnictwo Gaudium, Lublin 2009, σσ. 11-23.

15. Βλ. J.-C. Mino – F. Lert, «Beyond the Biomedical Model: Palliative Care and its Holistic Model», *HEC FORUM* 17.3 (2005), σσ. 227-236.

16. The Macmillan Company, New York 1969.

17. Kaiser Family Foundation / The Economist: Four-Country Survey of Aging and End-of-Life Medical Care (έρευνα διεξαχθείσα το διάστημα Μαρτίου-Νοεμβρίου 2016). Η έρευνα είναι διαθέσιμη στο <http://files.kff.org/attachment/Topline-Kaiser-Family-Foundation-The-Economist-Four-Country-Survey-on-Aging-and-End-of-Life-Medical-Care>. Την έρευνα αυτή ανέλυσε από την οπτική της γωνία η Kathleen Foley, «Accompanying Life in the Passage of Death: New Responsibilities in the Technological Era», στο V. Paglia-R. Pegoraro, *Accompanying Life, New Responsibilities in the Technological Era*, Pontifical Academy for Life, XXIII General Assembly of Members, Rome 2018, σ. 150 κ.εξ. Σχολιασμό του κευμένου της K. Foley στο K. Kornarakis, «“Dying Healed”: In search of Person's Respect and Meaningful End of Life Care in the Technological Era», στο V. Paglia-R. Pegoraro, *Accompanying Life, New Responsi-*

bilities in the Technological Era, σσ. 159-165.

18. Πρόκειται για ανθρωπολογικά προβλήματα (φόβος θανάτου, ενοχή, μοναξιά κ.λπ.) καθολικώς αναγνωρισμένα (βλ. I. Yalom, *Existential Psychotherapy*, BasicBooks, New York 1980, σσ. 8-9).

19. K. Kornarakis, ““Dying Healed”: In search of Person's Respect and Meaningful End of Life Care in the Technological Era”, σ. 160.

20. P. Brand - P. Yancey, *Pain: The Gift Nobody Wants*, σ. 294.

21. Ο αμερικανός πεζογράφος και «προφήτης» των καιρών του, στο έργο του *Brave New World* περιγράφει μια κατ' ουσίαν δυστοπική κοινωνία βιολογικά προνομιούχων ανθρωπίνων όντων (βιολογικά διαβαθμισμένων βάσει εργαστηριακών επεμβάσεων), οι οποίοι αγνούσαν τον πόνο και τα γηρατειά χάρη στη νοσηλεία τους σε ειδικά θεραπευτήρια [«τα πρόσωπα των γερόντων ήταν αρυτίδωτα και τεντωμένα (γιατί ο καλπάζων γερωντισμός δεν έχει χρόνο να πειράξει τα μάγουλα-μόνο την καρδιά και τον εγκέφαλο). Στα μάτια τους καθρεφτιζόταν η κατάστασή τους. Απλανή, μωρουδίστικα». A. Huxley, *Θαυμαστός Καινούριος Κόσμος*, μτφρ. Ελένη Κυπραίου, Εκδ. Κάκτος, Αθήνα 1980 σ. 226).

22. Κατά τον Paul Brand ο άνθρωπος μπορεί να ελέγξει τον πόνο διότι “studies of various ethnic groups indicate that response to pain is in large degree learned” (P. Brand - P. Yancey, *Pain: The Gift Nobody Wants*, HarperPerennial, New York 1995, σσ. 231-232).

23. Βλ. J.-C. Mino – F. Lert, “Beyond the Biomedical Model: Palliative Care and its Holistic Model”, σ. 229.

24. Πρβλ. “The experience of pain is influenced by physical, emotional, social and spiritual factors. The concept of total pain acknowledges the importance of all of these dimensions of a person's suffering, and that good pain relief is unlikely without attention to all of these areas”, M. Bennett, K. Forbes, C. Faull, “The Principles of Pain Management”, στο C. Faull, Y. H. Carter, L. Daniels, *Handbook of Palliative Care*, Black-

well Publishing Ltd, Malden, Massachusetts 2005, σσ. 117-118.

25. R. Tanyi, "Towards clarification of the meaning of spirituality", *J Adv Nurs* 39.5 (2005), σσ. 500-509. Βλ. K. Darby, N. Paul, N. Sally, "Parents' Spiritual and religious needs in young oncology", σσ. 16-22. Επίσης, Suzan Strang-Peter Strang, "Spiritual Care", στο E. Bruera, I. J Higginson, C. Ripamonti, C. F von Gunten, *Textbook of Palliative Medicine*, Hodder Arnold, London 2006, σ. 1021.

26. K. Darby N. Paul, N. Sally "Parents' Spiritual and religious needs in young oncology", *Cancer Nurs Pract* 13 (2014), σσ. 16-22.

27. Βλ. σχετικά, H. M. Chochinov - B. J. Cann, "Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying", *J. Palliat. Med.* 8.1 (2005), σσ. 103-115.

28. N. M. El Nawawi, M. J. Balboni, Tracy A. Balboni, "Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness", *Curr. Opin. Support. Palliat. Care* 6.2 (2012), σσ. 269-274. S. E. Shannon - P. Tatum, "Spirituality and End-of-Life Care", στο D. A. Fleming and J. C. Hagan III, *Care of the Dying Patient*, University of Missouri Press, Columbia, Missouri 2010, σ. 118. Στο πλαίσιο αυτό, από τους L. D. Purnell και B. J. Paulanka προτάθηκε το *Purnell Model for Cultural Competence* (1995), δηλαδή ένα θεωρητικό πρότυπο που επισημαίνει τον απαιτούμενο επαναπροσδιορισμό της πολιτισμικής αυτοσυνειδησίας με σκοπό την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Το μοντέλο αυτό, σύμφωνα με σχετικές μελέτες, θα μπορούσε να συμβάλει στον τομέα της ανακουφιστικής φροντίδας και ιδιαιτέρως της εκπαίδευσης φροντιστών υγείας ώστε, μεταξύ άλλων αξιών, να ενσωματωθεί η «πνευματικότητα» σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης [C.O. Long, "Cultural and Spiritual Considerations in Palliative Care", *J. Pediatr. Hematol. Oncol.*, 33. 2 (2011), σσ. 96-101].

29. H.E. Lopez-Sierra and J. Rodriguez-Sanchez, "The supportive roles of religion and spirituality in end-of-life and palliative care of patients with cancer in a culturally

diverse context", *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 9.1 (2015), σσ. 88-95.

30. Βλ. J. Hordern, "Religion and culture", *Medicine* 44.10 (2016), σσ. 589-591.

31. Βλ. τη σχετική κριτική του κειμένου αυτού στο Α. Αυγουστίδη, Συντροφεύοντας τον άνθρωπο που νοσεί, *Εισαγωγή στην Ποιμαντική της Υγείας*, Εκδόσεις Αρμός, Αθήνα 2015, σσ. 246-253.

32. Τον Οκτώβριο του 2017 έλαβε χώρα συνέδριο στο πλαίσιο της 23ης Γενικής Συνόδου της PAV με τίτλο "Accompanying Life, New Responsibilities in the Technological Era" (5-7 October, Vatican City), του οποίου τα πρακτικά είναι υπό έκδοση. Άλλες εκδόσεις σχετικές με το θέμα μας: E. Sgreccia-J. Laffitte, *Alongside the incurably sick and dying person: Ethical and practical aspects*, Proceedings of the fourteenth assembly of the Pontifical Academy for Life, Pontificia Academia Pro Vita, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2009. I. Carrasco de Paula-R. Pegoraro, *Assisting the elderly and Palliative Care*, XXI General Assembly of Members, Rome 2015. Καρπός της συστηματικής αυτής ενασχόλησης είναι η έκδοση "White Paper" για την ανακουφιστική φροντίδα το οποίο περιέχει συστάσεις προς όλους τους φορείς που εμπλέκονται στη διαδικασία της ανακουφιστικής φροντίδας, βλ. C. Centeno-E. Garalda (εκδ.), *White Book for Global Palliative Care Advocacy, Recommendations from the PAL-LIFE expert advisory group of the Pontifical Academy for Life*, Pontificia Academia Pro Vita, Vatican City 2019.

33. «Ἰησοῦς οὖν ὡς εἶδεν αὐτὴν κλαίουσαν καὶ τοὺς συνελθόντας αὐτῇ Ἰουδαίους κλαίοντας, ἐνεβριμήσατο τῷ πνεύματι καὶ ἐτάραξεν ἑαυτὸν» (Ιω. 11, 33).

34. Πρβλ. Δέσποτα, παντοκράτωρ, φιλόψυχε, φιλόδουλε, ὁ σωτὴρ τῶν ἀπάντων, ὁ ταπεινῶν καὶ ἀνυψῶν, ὁ παιδεύων καὶ πάλιν ἰώμενος, τὸν ἀδελφὸν ἡμῶν τὸνδε ἐπίσκεψαι ἐν τῷ ἔλεει σου, ἔκτεινον τὸν βραχίονα σου τὸν ἀόρατον τὸν πλήρη ἰάσεως καὶ θεραπείας, καὶ ἴασαι τὸν δούλον σου ἐξανιστῶν ἀπὸ κλίνης ἀρρωστίας, ἐπιτίμησον τῷ πνεύματι τῆς ἀσθενείας, ἀπόστησον ἀπ' αὐτοῦ πᾶσαν μαλακίαν, πᾶσαν ἀλγῆδονα, πᾶσαν μά-

στιγα πάντα πυρετὸν ἢ ρίγος καὶ εἴ τι ἐστὶ ἐν αὐτῷ πλημμέλημα ἢ ἀνόμημα, ἄνες, ἄφες, συγχώρησον, ἐν Χριστῷ Ἰησοῦ τῷ Κυρίῳ ἡμῶν, μεθ' Οὗ Σοὶ δόξα, τιμὴ, κράτος σὺν τῷ Πατρὶ (στο Π. Κουμαριανός, *A Manuscript Eὐχολόγιον of the 9th century*, Γλυφάδα 2018). Μια παραλλαγή της ίδιας ευχής, βλ. στο Π.Ν. Τρεμπέλα, *Μικρὸν Εὐχολόγιον*, τ. Α'. Αἱ ἀκολουθίαι καὶ τάξεις Μνήστρον καὶ Γάμου, Ευχελαίου, Χειροτονιῶν καὶ Βαπτίσματος κατὰ τους ἐν Ἀθήναις ἰδία Κώδικας, Ἀθήναι 1950 σ. 186.

35. Κατὰ τον Ἰω. Ζηζιούλα, «ἡ θεολογία πρέπει νὰ προσφέρει στὴν Ἐκκλησία τὶς θεμελιώδεις κατευθυντήριες γραμμὲς ποὺ θὰ τὴς δίνουν τὴ δυνατότητα νὰ κρίνει σὲ κάθε συγκεκριμένη περίπτωση ποιες πολιτιστικὲς μορφὲς ἐνσωματώνουν τὸ Ευαγγέλιο πιστὰ» (*Ἐλευθερία καὶ Ὑπαρξη*, σ. 197).

36. Ἰσαάκ του Σύρου, *Λόγοι*, Ε', *Ἀββὰ Ἰσαάκ του Σύρου, Λόγοι Ἀσκητικοί*, Μ. Pirard (εκδ.), Ἱερά Μονὴ Ἰβήρων, Ἅγιον Ὅρος 2012, σ. 292, στ. 210.

37. «Πῆξόν με, Χριστέ· πῶς ἐλύθη σὸς λάτρις; Ὑμνωδὸς ἀργεὶ γλώσσα. Πῶς φέρεις τόδε; Ἄλλ' ἄρμοσόν με, μὴ πρόη τὸν σὸν θύτην. Ποθῶ πάλιν στῆναί τε καὶ σωτηρίας Κῆρυξ γενέσθαι, καὶ λαὸν καθαρῖσαι· Σὺ τὸ σθένος μου, λίσσομαι, μὴ μ' ἐκλίπης. Εἶς' ἐν ζάλη προῦδωκα, βαλοίμην ἔτι» («Νοσοῦντος εὐχὴ πρὸς Χριστόν», *Ἐπη Ἱστορικά, Περὶ Ἐαυτοῦ*, Κ', PG37, 1279-1280).

38. Πρβλ «Ὡσπερ οὖν τῆς τομῆς ἢ τοῦ καυτήρος οὐχ ὁ ἰατρὸς αἴτιος, ἀλλ' ἡ νόσος· οὕτω καὶ οἱ τῶν πόλεων ἀφανισμοί, ἐκ τῆς ἀμετρίας τῶν ἁμαρτανομένων τὴν ἀρχὴν ἔχοντες, τὸν Θεὸν ἀπάσης μέμψεως ἀπολόουσιν» (*Ὁμιλία ὅτι οὐκ ἐστὶν αἴτιος τῶν κακῶν ὁ Θεός*, PG31, 333D).

39. Κατὰ τον Ἡλία τον ἐκδικιο, οἱ ἀσθένειες ἀνῆκουν στοὺς ἀκούσιους πειρασμούς, μαζί με τὶς «ζημίες» καὶ τὶς «λοιδορίες», «γίνονται δὲ ταῦτα τισὶ μὲν εἰς οἰκοδομήν, τισὶ δὲ εἰς καθαίρεσιν» (*Ἀνθολόγιον Γνωμικῶν Φιλοσόφων Σπουδαίων*, 8, *Φιλοκαλία τῶν Ἱερῶν Νηπιτιῶν*, τ. Β', Εκδ. Οἶκος «Ἀστήρ», Ἀθήναι 1984, σ. 290).

40. Γρηγορίου του Παλαμά, *Ὁμιλία*, Γ,

Τὴ Δευτέρα Κυριακὴ τῆς Ἁγίας Τεσσαρακοστῆς, Π.Κ. Χρήστου (εκδ.), Γρηγορίου του Παλαμά Ὁμιλία, τ. 9, Πατερικαὶ Ἐκδόσεις «Γρηγόριος ὁ Παλαμάς», Θεσσαλονίκη 1985, σ. 264.

41. Λουκ. 17, 12-19.

42. E. Cassell, "The Nature of Suffering and the goals of Medicine", *The New England Journal of Medicine*, 306.11 (1982), σ. 640.

43. *Ὅροι κατὰ Πλάτος*, Ερώτησις 55, PG31, 1052A.

44. Βλ. *Ὅροι κατὰ Πλάτος*, Ερώτησις 55, PG31, 1044C-1045A.

45. Πρβλ. «τὸ γὰρ ἑαυτοὺς ἀγνοεῖν, ἐσχάτης μανίας καὶ φρενιτιδος χαλεπώτερον. Τὸ μὲν γὰρ ἀνάγκης νόσημα, τὸ δὲ διεφθαρμένης προαιρέσεως» (Ἰω. Χρυσόστομος, *Εἰς τὸν Θ' Ψαλμὸν*, 9, PG55, 135).

46. Τέτοιων ἀναγκῶν ἡ μέριμνα καθίσταται ἐπιτακτικὴ, εἰάν λάβουμε ὑπόψη μᾶς τὰ οφέλη τῶν Κέντρων ἀνακουφιστικῆς φροντίδας. Πρβλ., V. Romotzky et al., "All of a sudden, a lot less still makes it worthwhile to be alive: Palliative care patients' views on life", *Palliative and Supportive Care*, 1-7. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000081>.

47. Πρβλ. «Ὁ Θεὸς Λόγος ἐγένετο ἀνθρώπος διὰ νὰ λογοποιήσῃ καὶ θεώσῃ τὸν ἄνθρωπον· καὶ τὴν ψυχὴν του καὶ τὸ σῶμα του, καὶ τὴν σκέψιν του, καὶ τὴν αἰσθησίν του, καὶ παν ὅ,τι καθιστᾷ τὸν ἄνθρωπον ἄνθρωπον. Ἄνευ αὐτῆς τῆς ἐν τῷ Θεῷ Λόγω λογοποιήσεως καὶ θεώσεως, καὶ ἡ ψυχὴ μᾶς καὶ τὸ σῶμα μᾶς καὶ ἡ σκέψις μᾶς καὶ αἱ αἰσθήσεις μᾶς εἶναι τέρατα καὶ φαντάσματα καὶ φρίκη. Διότι τὶ μᾶς χρειάζονται πράγματι ὅλα αὐτά; Διὰ νὰ τρεμοσβήνωμεν ἀφῶνοι καὶ νὰ παγώνωμεν ἀντικρῶζοντες τὸν θάνατον καὶ ὅλον τὸ χάος τῆς ζωῆς;» (Ἰουστίνου Πόποβιτς, *Ἀνθρώπος καὶ Θεᾶνθρωπος*, Μελετήματα Ὁρθοδόξου Θεολογίας, Εκδ. Οἶκος «Ἀστήρ», Ἀθήναι 1981, σ. 38).

48. Πρβλ. Γρηγορίου του θεολόγου, *Λόγοι*, ΚΕ', *Εἰς Ἡρώνα τον Φιλόσοφον*, 3, PG 35, 1201AB.

49. «Πᾶσι μίᾳ τοῖς ὑψηλοῖς πατρὶς, ὦ οὔτος, ἡ ἄνω Ἱερουσαλήμ, εἰς ἣν ἀποτιθέμεθα τὸ πολίτευμα. Πᾶσι γένος ἐν, εἰ μὲν

τά κάτω βούλει σκοπεῖν, ὁ χοῦς· εἰ δὲ τὰ ὑψηλότερα, τὸ ἐμφύσημα, οὐ μετεϊλήφραμεν, καὶ ὁ τηρεῖν ἐκελεύσθημεν, καὶ μεθ' οὗ παραστῆναί με δεῖ λόγον ὑφέξοντα τῆς ἄνωθεν εὐγενείας καὶ τῆς εἰκόνας. Πᾶς μὲν οὖν εὐγενής, ὁ τοῦτο φυλάξας ἐξ ἀρετῆς, καὶ τῆς πρὸς τὸ ἀρχέτυπον νεύσεως· δυσγενής δὲ ἅπας, ὁ τῇ κακίᾳ συγγέας, καὶ μορφὴν ἐτέραν ἐπιβαλὼν ἑαυτῷ, τὴν τοῦ ὄψεως. Αἱ δὲ κάτω πατρίδες αὐταί, καὶ τὰ γένη ταῦτα, τῆς προσκαίρου ζωῆς καὶ σκηπῆς ἡμῶν γέγονε παίγνια» (Γρηγόριος Θεολόγος, *Λόγος ΑΓ', Πρὸς Ἀρειανούς, καὶ εἰς ἑαυτὸν*, 12, PG36, 229).

50. Βλ. σχετικά, S. Kotzabassi (εκδ.), *The Pantokrator Monastery in Constantinople* (Byzantinisches Archiv 27), De Gruyter, Berlin 2013.

51. Κατά την S. Burns, "It is true that pastoral care professionals who work in hospices should be grounded in solid theology, well versed in Scripture, adept at communicating with others ... But one of the greatest gifts a pastoral care worker can bestow on a dying person is a genuine listening and a calm, supportive presence" ["Spiritual Care at the End of Life", *Health Progress* 7.3 (1998) 49]. Αναλυτικά τις σχετικές προτάσεις βελτίωσης της διακονίας και προσφοράς της Εκκλησίας στα Νοσηλευτήρια διαμέσου του εφημεριακού τους κλήρου, βλ. στο Αδαμαντίου Αυγουστίδη, *Συντροφεύοντας τον άνθρωπο που νοσεί*, σσ. 259-305.

52. Ενδεικτικώς βλ. D. Doeltz Boots, "Helping the Cancer Patient: The Minister and the Social Worker", *Pastoral Psychology* 22 (1971), σσ. 35-40· G. Beuken, "The Spiritual Dimension of Palliative Care in the Local Christian Community", *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy* 6.1 (2003), σσ. 44-46· M. O. Delgado-Guay, "Spirituality and religiosity in supportive and palliative care", *Curr Opin Support Palliat Care* 8.3 (2014), σσ. 308-313.

53. Πρβλ.: «καὶ μάλισθ' ὅταν ὁ νοσῶν συνείη ἰατρειάν οὐσαν παρὰ Θεοῦ τὴν πληγὴν φέρη γενναίως καὶ μετὰ πίστεως προσπίπτῃ Θεῷ καὶ δι' ἔργων, ὅπως ἂν ἔχη δυνάμεως ἐπικαλεῖται τὸν ἰλασμόν» (Γρηγορίου του Παλαμά, *Ομιλία Γ', Π.Κ. Χρή-*

στου, σ. 264).

54. Ὅπως π.χ. ἡ Μονάδα (hospice) «Γαλιλαία», που ἔχει ιδρύσει στὴν Ελλάδα ὁ Μητροπολίτης Μεσογαίας κ. Νικόλαος καὶ ἀποτελεῖ πρότυπο παροχῆς υπηρεσιῶν ἀνακουφιστικῆς φροντίδας. Ἡ ἀνακουφιστικὴ φροντίδα, σύμφωνα με τὴν εἰσηγήτρια τῆς Dame Cicely M. Saunders, δὲν πρέπει νὰ ἀποτελεῖ λύση τῆς τελευταίας στιγμῆς ἀλλὰ ἓνα πρόλογο τοῦ τέλους, που περιλαμβάνει τὴ φροντίδα τοῦ ἀσθενοῦς ἀλλὰ καὶ τῶν μελῶν τῆς οἰκογενείας τοῦ ἢ ὁποῖα ἀποδιοργανώνεται ἀπὸ τὴ χρόνια ἀσθένεια. (Dame Cicely M. Saunders, M. Baines, *Living with Dying: The Management of Terminal Disease*, Oxford University Press, New York 1995, σ. 2).

55. Ἡ Ρέιτσελ βρισκόταν στὶς ἀρχές τῆς τέταρτης δεκαετίας τῆς ζωῆς τῆς, ὅταν εἰσήχθη στὸν Ξενώνα με ἀσθένεια σὲ τελικὸ στάδιο, βιώνοντας ἀφόρητο πόνο. Λόγω αὐτοῦ, παρὰ τὴ βαθιὰ πίστη τῆς καὶ τὴ γνώση τῆς σχετικῆς διδασκαλίας τῆς Εκκλησίας, εἶχε προσπαθήσει νὰ αυτοκτονήσει κόβοντας, συγχρόνως, τὶς φλέβες καὶ τὸν λάρυγγά τῆς. Ἦταν ὁ μόνος τρόπος με τὸν ὁποῖο, κατὰ τὴ γνώμη τῆς, μπορούσε νὰ τεματίσει τὸν πόνο. Ἡ Ρέιτσελ ἐζήσῃ τους τελευταίους τέσσερις μῆνες στὴ μονάδα μας, ὅπου τὸ ἰατρικὸ προσωπικὸ ἦταν σὲ θέση νὰ διαχειριστεῖ τὸν πόνο τῆς, χωρὶς νὰ τῆς στερήσει τὴ συνείδησή τῆς (ΣΣ χωρὶς κατασταλτικὰ φάρμακα). Ἀπελευθερωμένη ἀπὸ τὸν πόνο, αὐτὴ ἡ πολὺ ἐξυπνὴ ἀλλὰ καὶ εὐσεβὴς γυναίκα, ἐξελίχθη γρήγορα στὴν πιο ἀγαπημένη ἀσθενή τοῦ προσωπικοῦ καὶ τῶν ἐπισκεπτῶν τῆς μονάδας. «Εἶμαι ἐκπληκτος», εἶπε ὁ γιὰ τὸς τοῦ Ξενώνα. «Ὅσο πιο κοντὰ στὸν θάνατο πλησιάζει ἡ Ρέιτσελ τόσο πιο πολὺ γαληνεύει καὶ ἀχτινοβολεῖ στὸς γύρω τῆς» (S. Burns, "Spiritual Care at the End of Life", σσ. 45-49).

56. X. A. Μπόρχες, *Τὸ ἐγκώμιο τῆς σκιάς*, μτφρ. Δ. Καλοκύρης, Ὑψιλον/βιβλία, Αθήνα 1982, σ. 107.

57. Βλ. C. Puchalski, B. Ferrell, R. Vitrani, S. Otis-Green, P. Baird, J. Bull, H. Chochinov G. Handzo, H. Nelson-Becker, M. Prince-Paul, K. Pugliese, D. Sulmasy "Improving the Quality of Spiritual Care as

a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference”, *Journal of Palliative Medicine* 12.10 (2009), σ. 890.

58. F. Rosner. “The Use and Abuse of Heroic Measures to Prolong Dying”, *Journal of Religion and Health* 17.1 (1978) σ. 17.

59. C. Centeno-E. Garalda (εκδ.), *White Book for Global Palliative Care Advocacy*, σ. 5.

60. Πρβλ. “My final suggestion for pain preparations, unlike the others, does not depend primarily on the individual. Just the opposite. The best single thing I can do to prepare for pain is to surround myself with a loving community who will stand beside me when tragedy strikes”, (P. Brand - P. Yancey *The Gift Nobody Wants*, *Harper-Perennial*, σ. 236).

61. C. Centeno-E. Garalda (εκδ.), *White Book for Global Palliative Care Advocacy*, σ. 6.

62. Στο ίδιο, σ. 5.

63. Μοναχού Μωυσέως Αγιορείτου. *Ο Άγιος Πόνος. Μαθητεία στην επίσκεψη του πόνου στη ζωή μας*. Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, Αθήνα 2005, σ. 68.

64. Γ. Μαντζαρίδου. *Η θεμελιώδης αρχή της κοινωνικής διδασκαλίας της Ορθοδοξίας*, Θεσσαλονίκη 1972, σ. 11.

65. T. Beauchamp-J. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, Oxford/New York 20137, σσ. 101-301.

66. Για την αγάπη, ως χαρακτηριστικό του προσώπου, βλ. Ιω. Ζηζιούλα, *Ελευθερία και Υπαρξη*, σ. 142-143.

67. Εκπομπή «Ιχνηλατώντας» της ET1 (28/12/2012): Μια σύγχρονη Γαλιλαία. Αφιέρωμα στη Μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας «Γαλιλαία», στη δικτυακή διεύθυνση <https://www.youtube.com/watch?v=cIIpYpnsCFw&t=180s>. Σύμφωνα με μαρτυρία ασθενούς στην ίδια εκπομπή, «είναι πολύ σημαντικό το να υπάρχουν άνθρωποι που σε εξυπηρετούν και σε βοηθούν να λύσεις τα πρακτικά κομμάτια της ζωής, που όταν είσαι καλά δεν τα σκέφτεσαι... κυρίως το ψυχολογικό. Συζητώντας μαζί τους νιώθω ότι βγάζω ένα βάρος από πάνω μου και το δίνω σε εκείνους».



