

DR. NEMES LÁSZLÓ

„Türelemmel viselt, hosszú betegség”- Erények az élet végén

Összefoglalás ♦ *A tanulmány azt a kérdést járja körül, hogy a bioetikán belül vagy azon kívül kidolgozhatunk-e olyan etikai elméletet és gyakorlatot, amely a haldokló betegek számára kínál segítséget jellemük és erényeik fejlesztéséhez. Az antik erényetika, az Ars moriendi középkori keresztény hagyománya, valamint a mai etikai és teológiai irodalom alapján tekintem át az életvégi helyzetekben leggyakrabban megjelenő erényeket, illetve azok szerepét az élet lezárásában. Azt állítom, hogy a mai viszonyok között is érdemes életben tartani az erények e felfogását, illetve kiegészíteni ezzel a mai bioetika megközelítését.*

kulcsszavak: erények, erkölcsi jellem, haldoklás, Ars moriendi, bioetika, filozófia,

„Long illness borne with patience” – Virtues at the end of life

Summary ♦ *The article investigates the question if we could develop a viable ethical theory and practice, within or outside bioethics, which would provide the dying patients with help for cultivating their characters and virtues. On the basis of ancient virtue ethics, the medieval Christian tradition of Ars moriendi, as well as the current literature in ethics and theology, I offer a survey of the mostly mentioned related virtues and their roles at the end of life. I assume that it would be of importance to keep this conception of virtues alive, or even to add it to the horizon of modern bioethics.*

keywords: virtues, moral character, dying, Ars moriendi, bioethics, philosophy

1. Bevezetés

Gyászjelentésekben gyakran visszatérő fordulat a „türelemmel viselt, hosszú betegség”, tipikusan daganatos betegségben elhunyt személyek esetében. A kifejezés felidézi bennünk a betegség és a kezelések által okozott kínzó fájdalmat és szenvedést, az életminőség drasztikus

csökkenését, a beteg és hozzátartozói számára egyaránt súlyosan megterhelő időszakot. Ugyanakkor bizonyos *méltóságot* is sugall, a haldoklás folyamatának méltóságteljes megélését, elfogadását, egyfajta „jó halált”, ami tiszteletet ébreszt bennünk.

Vajon miféle etika vagy filozófia képes ma számot adni a haldokló beteg helyállításáról az életet lezáró nagy megpróbáltatások közepette? Mit jelent méltósággal viselni a betegséget és halált, illetve miért jobb ez, mint fellázadni a sors ellen? A filozófiai etika történetében effajta kérdéseket az ún. *erényetika* hagyománya vetett fel, amely ma újra fontos tényezővé vált az erkölcsről való gondolkodásunkban. Az erényetika felfogásának és gyakorlatának a középpontjában olyan emberi erények, erkölcsi tulajdonságok állnak, amelyek jobba, erkölcsileg magasabb szintűvé tehetik életünket – és halálunkat is. Írásomban az erények megjelenésének lehetőségeit vizsgálom életvégi helyzetekben, a haldokló beteg szempontjából.

A bioetikai cikkek és könyvek leginkább az egészségügyi intézményrendszer szakemberei, elsősorban orvosok, orvostanhallgatók, illetve ápolók számára íródnak, megtanulandó tankönyvek formájában, formális oktatási folyamatuk részét képezve. Emellett a modern bioetika olyan társadalmi kérdéseket vet fel, amelyek új orvosi, biotechnológiai lehetőségek (pl. szervátültetés, haláldefiníciók, ember- és állatkísérletek, asszisztált reprodukív technológiák, génmódosítás, az agy működésének művi befolyásolása) etikai elfogadhatóságát elemzik az uralkodó társadalmi felfogások tükrében (Kovács 2006). Azzal viszont adós marad a bioetika, hogy a betegséggel, fogyatékossgal, függőséggel és egyéb egészségügyi problémákkal közvetlenül szembesülő ember milyen etikai, erkölcsi kihívásokkal találkozik, azokkal szemben hogyan álljon helyt. Ez talán nem is a bioetika feladata. Ám az is elképzelhető, hogy a bioetika horizontja érdemben kiterjeszthető ebben az irányban is.

2. A magára hagyott páciens

A modern bioetikát egy furcsa ellentmondás jellemzi. Miközben szemléletét alapvetően áthatja a korábbi idők *paternalista* gyakorlatával való szembenállás, ebből adódóan egy páciens-központú felfogás erősítése, voltaképpen jórészt megmarad azon keretek között, amely az egészségügy professzionális szereplői (orvosok, ápolók és más szakemberek) számára fogalmaz meg előírásokat arra vonatkozóan, hogyan viszonyuljanak a pácienseikhez. Ez érthető, abból adódóan, hogy a páciens, a beteg ember sokkal kiszolgáltatottabb, sebezhetőbb helyzetben van az egészségügyi intézményrendszeren belül. Ugyanakkor alapját képezheti annak a gyanúnak, hogy a pácienseket nem vonja be az érdemi etikai megfontolásokba, valójában továbbra is egyfajta gondoskodó attitűd marad érvényben. A betegek, a páciensek szempontjainak elfogadása központi etikai szempont, az viszont kevésbé, hogy a betegségükkel

és az ellátásukkal szembesülő emberek hogyan alakítsák ki saját elképzeléseiket, azokat hogyan éljék meg.

Mint arra sokan rámutattak, a modern normatív etika, annak alkalmazási formájaként a társadalmi etika, így a bioetika is, főleg jogokat igyekszik biztosítani, az egyéni autonómia elve alapján a *jogok nyelvét* használja. Jogokat szerezni nagyon fontos ahhoz, hogy dönthessünk az életünk alakításáról. Jogunk van minden olyan dologhoz, amely más emberek érdekeit, hasonló jogait nem csorbítja. A mai bioetika például nagyon fontosnak tartja, hogy a betegek kapjanak megfelelő tájékoztatást, betekinthessenek a róluk vezetett egészségügyi dokumentációba, dönthessenek a kezelésükről, elhagyhassák az egészségügyi intézményt, bizonyos körülmények között visszautasíthatnak akár életmentő/életfenntartó kezeléseket, joguk van a művi abortuszt választani, bizonyos országokban pedig az orvos-asszisztált öngyilkossághoz, a passzív vagy az aktív eutanáziához is. A modern etikai felfogáson belül az esetleges *kötelességekre* sokkal kisebb hangsúly jut, azokra is leginkább mások jogainak a figyelembe vételével összhangban. Talán még kevesebb az erényekre.

Az etika és a jog viszonya nagyon összetett, amire itt felhívnám a figyelmet, az, hogy a jogok biztosítása csupán *lehetőséget* nyújt a számunkra ahhoz, hogy döntéseket hozzunk az életünk fontos kérdéseiről, arra vonatkozóan azonban kevesebb eligazítást nyújt, hogy pontosan mit is válasszunk, mit is csináljunk kritikus helyzetekben. Egy halálos betegséggel szembenező vagy haldokló betegnek a mai bioetika biztosítja a tájékozott beleegyezés és visszautasítás, az egyéni preferenciák alapján való döntés lehetőségét, ami nagyon fontos, viszont abban tudatosan nem kínál egyértelmű eligazítást, hogy miként lehetne kialakítani ezeket a „preferenciákat”.

Amikor egy adott országban, például Hollandiában vagy Belgiumban a nyilvános bioetikai viták eredményeként legálissá válik az aktív eutanázia, fontos jogi előrelépésként értelmezhető, ám ezzel együtt is csak egy újabb életvégi döntési lehetőség, amely nem nyújt érdemi segítséget ahhoz, hogy egy végstádiumú rákbeteg saját életének mérlegelését követően milyen döntést hozzon. Nyilván lesznek, akik az eutanáziát választják, mások viszont nem: akár a további kezelést, akár alternatív ellátást, pl. hospice-t. A döntési lehetőség adott, ezzel együtt viszont a döntés *maga* nem lesz könnyebb, sőt, inkább nehezebbé válik. A döntések nem csupán előzetesen adott értékrendek, preferenciák, érdekek kérdése, nem is kötelességeké, hanem erényeké is. Michael J. Meyer szavaival: „*A jogok az egyéni döntéseket biztosítják; például a kórházból a hospice-ba való kerülést, mindazokkal a változásokkal, amelyeket a kezelés felfogásbeli különbsége jelent. Azonban az, hogy mi történik a kórházban vagy a hospice-ban,*

csak részben az egyéni jogok kérdése, az elkerülhetetlenül az egyéni erények kérdése.” (Meyer, 1995:52.)

A modern nyugati kultúra legnagyobb civilizációs eredményeinek egyike az egyetemes emberi jogok elveinek kidolgozása, jogok biztosítása egyének és társadalmi csoportok számára, az ezeket biztosító etikai alapelvek és szabályok lefektetése. Mindezzel együtt azonban a hagyományos etika egyre inkább ezekre a szabályokra és elvekre, jogokra és kötelességekre korlátozódott, nagyrészt átengedve így az erkölcs területét a jogászoknak. Másrészt a pszichológia vette át az erkölcsi jellem és erények által korábban meghatározott személyiség kutatását, tudományos és terápiás céllal. A hagyományos erkölcs helyén tehát ma jórészt jogelméletet és jogokat, illetve pszichológiát találunk. Ez azzal is jár, hogy eltávolodunk olyan forrásoktól, amelyek a kultúránk története során felbecsülhetetlen bölcsességet halmoztak fel, egész egyszerűen abból adódóan, hogy mai fogalmainkkal nem igazán tudunk mit kezdeni ezzel.

Ha súlyos, akár halálos betegség diagnózisát kapom, vajon kihez, mihez fordulhatok érdemi erkölcsi tanácsért? Fontos hangsúlyozni, hogy nem orvosi információkra gondolok, az sem feltétlenül egyszerű kérdés, ezzel kapcsolatban azonban nagyjából egyetérthetünk abban, hogy a témában szakértőnek számító orvosokra érdemes főleg hagyatkozni, ha nem egy, akkor kettő vagy akár még több véleményt meghallgatni. Sokkal inkább arra, hogy mit gondoljak egy adott helyzetről, mi a fontos a számomra, hogyan fogok megküzdeni a betegséggel, a kezelésekkal, a kockázatokkal, vagy éppen a halálom fenyegető közeledésével. Hogyan szervezzem az életemet, mi legyen a munkámmal, családommal, személyes életemmel? Kihez fordulhatok segítségért? Hogyan tervezzem meg az életem hátralévő részét? Elsősorban pedig arra, hogy a „jó halál” milyen erkölcsi felfogását tegyem magamévá.

3. Erényetika és bioetika

Az erényetika az antik filozófia meghatározó felfogása, leginkább Arisztotelész etikai nézeteihez köthetjük. Az erény egy bizonyos emberi tulajdonság, a személyre jellemző stabil sajátosság, amelynek elsajátítása és működése ahhoz hasonló, ahogy szokásokat sajátítunk el, illetve ahogy ezek a szokások meghatározzák nyilvános és belső identitásunkat. Egy ember lehet erényes, bizonyos erényekkel leírható: például bátor, nagylelkű, mértékletes, türelmes, hűséges, kedves, barátságos. Ezekre az erkölcsi erényekre úgy tekintünk, mint amelyek egy adott személyt alapvetően jellemeznek, átfogó *jellemének* részét képezik, így azt gondoljuk, e tulajdonságok megbízhatóan előre jelzik, hogyan fog reagálni különböző élethelyzetekben. Ezek a tulajdonságok nem egyszerűen pszichológiai személyiségjegyek, hanem *normatív*

jelleggel is bírnak, ennek megfelelően törekednünk *kell* az elsajátításukra, ami nem feltétlenül könnyű vagy gyors folyamat.

Az erényetika hagyománya meghatározó volt az antik görög és római filozófiai felfogásban, ahol az etika fő kérdését a jó élet elérésének lehetősége képezte, de hasonló felfogást találunk az Európán kívüli gondolati tradícióban is, például a konfucianus, buddhista vagy taoista gyakorlatokban, hasonlóképpen a vallási etikai nézeteken belül, a keresztény, hindu, iszlám vagy zsidó erkölcsi tanításokban. Az így felfogott erkölcsi erények jelentősége gyakorlatilag a 18. századig fennmaradt az európai etikai hagyományban, amikor azonban a személyes erkölcsi kvalitások szerepe lassan átadta a helyét az elkülönült helyzetekben vagy helyzettípusokban megjelenő etikai döntések és cselekedetek megítélésének. A modern etika már nem arról szól, hogyan fejlesszük erkölcsi erényeinket és jellemünket, hanem arról, hogy egy-egy konkrét döntést vagy cselekedetet hogyan ítéljük meg etikailag. Nem az számít, hogy miféle és kiféle ember hoz döntést, hanem a döntés és cselekedet *maga*. Az így felfogott döntések racionális mérlegelés eredményei, amelyek gyakorlatilag azonnali belátáson alapulnak, nem igénylik a jellem lassú átalakítását. Akár a kanti szemléletű *deontikus* etikára, akár az *utilitarizmusra* gondolunk, a modern etika két meghatározó normatív etikai elméletére, az etikai ítéleteink inkább cselekedetekre, nem pedig az erkölcsi erények és a jellem kifejtésének jelentőségére irányulnak.

A hatvanas évek végén, a hetvenes évek elején főleg Amerikában kibontakozó modern orvosi etika, a *bioetika* jóllehet elsősorban a páciensek személyes és társadalmi szempontjait állítja előtérbe, szembeállítva ezt a korábbi *paternalista* felfogással és gyakorlattal, normatív etikai előírásaiban szinte kizárólag az orvos (és az egészségügyi ellátásban részt vevő egyéb szakemberek) számára kínál szabályozást. A páciens szempontja leginkább kimerül autonómiájának, valamint az erőforrások igazságos elosztásában megjelenő érdekeinek elismerésében, csak marginálisan kiegészülve a betegek egészségügyi ellátásuk során megjelenő etikai és jogi kötelelességeivel. Arra vonatkozóan kevés támpontot kapunk, hogy a páciensek a saját életükben milyen etikai elveket kövessenek. Legyen gyakorlatilag bármi a páciens értékrendje, elképzelése, az autonómia bioetikai elve szerint az orvosoknak egészen addig a kívülálló objektivitásával kell azt elfogadniuk, amíg más szempontok, például a cselekvőképesség korlátozottságának gyanúja fel nem merül. Míg akár Kantnál is erős normatív cél volt a tényleges autonómia elsajátítása, amely a racionális személy kivívott képessége, addig az autonómia mai etikai fogalma sokkal tágabb, akár nem racionális döntések elfogadását is magába foglalja (Tauber, 2000).

Az erényetika hagyománya a bioetikán belül is jelentős megközelítés maradt, különösen annak köszönhetően, hogy az angolszász filozófiai etikai gondolkodáson belül a nyolcvanas-kilencvenes évektől az erényetikai felfogás reneszánszát tapasztaljuk. Az erényetika ma újra elfogadható megközelítést nyújtja a nemzetközi metaetikai és normatív etikai diskurzusnak (Mitchell, 2014). A bioetikai (valamint az ápolásetikai) szakirodalmon belül az erényetika fontos tényező, elsősorban Edmund Pellegrino amerikai bioetikus nagy hatású munkássága révén (Pellegrino-Thomasma, 1993), ám leginkább továbbra is csak egyfajta *alternatív* megközelítésként, az uralkodó felfogás mellett, amely elsősorban a nevezetes alapelvek (*ne árts!*, *jótekonyság*, *autonómia*, *igazságosság*) alkalmazására összpontosít. A mai erényetikai megközelítések hiányossága abból fakad, hogy továbbra is a hivatásetika részeként jelennek meg, azaz az egészségügyi szakemberek számára kínálnak erkölcsi iránymutatást, ritkábban a pácienseknek.

4. Az erényes páciens

Bár az erényetika orvosi összefüggésben megjelenő mai formái, mint láttuk, főleg az orvosokra, ápolókra és az egészségügy egyéb szereplőire összpontosítanak, ha szórványosan is, de léteznek olyan megközelítések, amelyek a beteg emberek erényeit tekintik át. Keresztény megközelítésben Hauerwas és Pinches (1996), hangsúlyozva, hogy a *páciens* máig használt fogalma etimológiailag a tűrő, betegségét türelemmel viselő személyre utal, a *türelem* keresztény erényét tartja meghatározónak a betegségekkel szembenező ember legfontosabb erényének. A keresztény vallású betegek Jézus szenvedéseiből meríthetnek erkölcsi példát, elsősorban a tűrés, türelem vonatkozásában. A témában sokat idézett tanulmányában az erkölcsoteológus Karen Lebacqz (1985) három alapvető erény jelentőségét hangsúlyozza: (1) *kitartó bátorság*; (2) *körültekintő bölcsesség (prudencia)*; (3) *remény*. Ahogy Arisztotelész is különbséget tesz erkölcsi és intellektuális (észbeli) erények között, a kettő együtt képes életünk egészét erényesebbé tenni, itt is e kétféle erény egységét ismerhetjük fel.

A fizikai és mentális betegség vagy más egészségügyi probléma, például a fogyatékos válás, a függőség nem csupán testileg és lelkiileg, de erkölcsileg is megterhelő helyzetet teremt. Újra kell gondolnunk gyakorlatilag mindent azzal kapcsolatban, hogy az életünkben fontos *értékeket* hogyan tudjuk a megváltozott körülmények között is érvényesíteni, illetve hogyan tudunk új erényekre szert tenni. A krónikus betegségek fokozottan vetik fel a páciensek erkölcsi hozzáállásának kérdését. A hosszan tartó kezeléseket, a testi és lelki szenvedést, az életminőség csökkenését nem könnyű elviselni. Nem is kell ehhez feltétlenül különösen súlyos betegségekre gondolni. Az életmód, a táplálkozási szokások megváltoztatása, a folyamatos gyógyszerszedés,

a mellékhatások elviselése, a vizsgálati és kezelési időpontok betartása jól kezelhető betegségek (pl. diabétesz) esetében is próbára teszi az illető beteg türelmét és kitartását.

Swift és munkatársai (2002) idült ízületi kopástól (*oszteoartrózis*) szenvedő páciensek helyzetét vizsgálták kifejezetten az arisztotelészi erényetika perspektívájából. Cikküket a következő szavakkal vezetik be: „Ez a tanulmány egy olyan kutatási program része, amely azt vizsgálja, milyen relevanciával bír egy bizonyos filozófiai elmélet, az erény-elmélet, a krónikus betegséggel élő páciensek tapasztalatára vonatkozóan.” (474.) Kutatásuk három, így felfogott erény jelentőségének vizsgálatára tért ki: (1) *körütekintő bölcsesség (prudencia)*; (2) *hála és jóakarát*; (3) *önmagunk értékessége*. Dekkers, Uerz és Wils (2005) végstádiumú vesebetegek csoportjában vizsgált hasonló jelenségeket, szintén Arisztotelész erényetikai felfogásában megjelenő egyéni erények vonatkozásában. A szerzők interjúkat végeztek a betegekkel, majd azt elemezték, hogy narratív beszámolóik mely erényekkel hozhatók leginkább összefüggésbe. Ezek a következők voltak: kitartás, elfogadás, kiegyensúlyozottság, valóságérzet, tisztánlátás, közösségi érzés, életkedv, boldogság, hála, remény, jellem, felelősség, példakövetés, hit stb.

Bár az antik erényetikai hagyomány az egyéni erkölcsi tulajdonságokra helyezi a hangsúlyt, ezt minden esetben úgy értelmezi, hogy az ember sajátos módon társas lény, így az erényei is társas környezetben érvényesülnek. Ahogy a betegség sem kizárólag az egyes személyt érinti, hanem társas környezetét, családját, barátait, munkatársait, illetve a gyógyításában, ápolásában részt vevő többi embert (Olson 2019), úgy a betegséggel összefüggésbe hozható erények is figyelembe veszik más emberek szempontjait is. Az erényes beteg nem csupán saját helyzetével, betegségével, életminőségével kapcsolatban mutat erkölcsi helytállást, hanem másokra is tekintettel van. Ez nem azt jelenti, hogy saját érdekeit másokénak rendeli alá, inkább azt, hogy saját boldogulása a társas környezetével való harmonikus együttműködés keretei között valósul meg.

5. A betegség jellemnevelő hatása

Megbetegedni valószínűleg senki nem akar. A betegség életünk lehetőségeinek beszűkülését jelenti, egy komolyabb betegséggel nem élhetünk úgy, ahogy szeretnénk, nem folytathatjuk megszokott tevékenységeinket, életmódunkat. Ugyanakkor a betegség újfajta tapasztalatok forrása is, betegként másképp tapasztaljuk meg a testünket, életünket, személyiségünket, a minket körülvevő emberek viselkedését, kapcsolatainkat. Betegként rákényszerülünk arra, hogy újragondoljuk életünk egészét. Így felfogva a betegség filozófiai belátások forrása lehet, egy tanulási folyamat. Ezzel együtt olyan erkölcsi kihívásoké is, amelyeket az élet más eseményei legfeljebb csak korlátozottan vetnek fel számunkra. A betegszerep nem csak a

kezelések orvosi vonatkozásában jelenik meg, hanem társas környezetben, lévén helyzetünk másokat is mélyen érinthet, ezzel együtt pszichológiai, spirituális, de kifejezetten etikai, filozófiai vonatkozásai is vannak.

Ian James Kidd angol filozófus újabban több írásában is komoly elemzés tárgyává tette azt a kérdést, hogy a betegségből lehet-e erkölcsi és filozófiai tanulságokat levonni. A betegség lehet pozitív transzformatív tapasztalat kognitív, affektív (érzelmi), esztétikai, egzisztenciális, spirituális értelemben, ezen túlmenően erkölcsi vonatkozásban is, erényeink fejlődését illetően. *Can illness be edifying?* (Lehet-e a betegség nevelő hatású?) című írásában (Kidd, 2012) rámutat arra, hogy noha akadtak olyan szerzők, például a cinikus Diogenész, Szent Ágoston, Montaigne vagy Nietzsche, akik a betegséget kifejezetten hasznos és akár kívánatos jellemformáló tapasztalatnak tartják, számára ez az „instrumentalista” felfogás éppúgy nem fogadható el, mint az, amikor a betegség tapasztalatát túlságosan pozitívnak állítják be (Kidd, 2015). Erre szintén vannak példák, ez is a kultúránkban terjedő tendencia (Ehrenreich, 2008). Kidd inkább azt a mérsékelt álláspontot vallja, hogy a betegség nem kívánatos az életünkben, viszont a megbetegedést lehet jellemnevelő tapasztalatként is felfogni, illetve kihasználni. *"A beteg ember, aki 'pozitívan válaszol' a betegségére, nem egyszerűen 'jól küzd meg', hanem az erények fejlesztésének, valamint a 'jó élet' keresésének nemes célkitűzésében is részt vesz."* (Kidd, 2012: 504.) A betegség tehát nemcsak átalakító tapasztalat, de erkölcsi erényeink, jellemünk fejlesztője is:

"Nem nehéz belátni, hogy az erények hogyan segítik hozzá az embert a betegséggel való megküzdéshez. Vegyük a tipikus erények halmazát. Egy alkalmazkodó és kreatív személy jobban reagálhat a betegségére, mint egy inflexibilis, nem kreatív személy, különösen, ha türelmes és van bátorsága is. A gyógyszerelési előírások betartása és a gyakorlatok fegyelmezettséget követelnek, miközben az egészségügyi szakemberekkel való együttműködés bizalmat és őszinteséget igényel, ahogy a jövőbeli egészség lehetősége reményt, a meglevő egészség pedig hálát vár el. További erényeket is hangsúlyozhatunk vagy adhatunk ezekhez tetszés szerint". (Kidd, 2012: 502)

Havi Carel (2016) a következőképpen foglalja össze ezt a belátást:

„A betegség egy mély kihívás, mint ilyen taníthat alázatot, megbocsátást (gyakran saját magunknak), türelmet, elfogadást és kitartást, más erények között. A bátor szembenézés, rugalmasság és reflektív megküzdés képessé teheti a beteg embert arra, hogy megfelelően viselje a betegségét. Azonban, ahogy Ian James Kidd (2012) érvelt, ez nem jelenti azt, hogy keresnünk kellene a betegséget; az egy sorscsapás. Viszont, bár a betegséget nem akartuk és

nem örülünk neki, az efféle csapásokra adott reakción fejlesztheti bennünk a kiválóságot, azáltal, hogy sajátos válaszokat vált ki.” (243.)

Kidd (2017, 2018) nagy hangsúlyt fektet az erkölcsi *példaképek* jelentőségére. A példakép szerepének igen jelentős hagyománya van az etika történetén belül. Az antik filozófusok hangsúlyozták, hogy erkölcsi elveinket, különösen pedig erényeinket és jellemünket nem bizonyos elméleti tantételek mentén sajátítjuk el, hanem erkölcsi példaképek követésének gyakorlatán keresztül. Az erkölcsi nevelésben bevett gyakorlat volt a példaképek életének bemutatása. A példakép az utóbbi években újra komolyan vett filozófiai témává vált, elsősorban az amerikai filozófus, Linda Zagzebski munkái révén (Zagzebski, 2017; Nemes, 2020). Az antik időkben Szókratész és Seneca halála volt mintaértékű, követendő példa (Wilson, 2007), míg a keresztény emberek számára Jézus, a mártírok és szentek kínáltak mintát a szenvedések és a halál elfogadására, az életvégi erényekre. Példaképek választása a mai emberek számára is megfontolandó gyakorlat, különösen az élet végi megpróbáltatások során.

6. Erények az élet végén

Az életük végén járó, halálos betegséggel szembesülő betegek számára az erények különös jelentőséggel kerülnek elő. Itt ugyanis nem csak a betegség és kezelés kontextusában jelenik meg az etikai szempont, hanem az élet, a létezés egészének viszonylatában. Nem csupán egy adott betegség, egészségügyi probléma leküzdése, hanem a teljes élet értelmessége, erkölcsi, filozófiai minősége válik valódi tétté. A halál az élet része. Az, ahogy meghalunk, életünk egészére vonatkozóan is jellemez minket. A „jó halál”, ha egyáltalán beszélhetünk ilyesmiről, nem orvosi kérdés, hanem az életünk egészére kiható normatív ideál. Vagy legalábbis az *volt*.

Az antik görög és római filozófiában, például a már említett Szókratésznél vagy a sztoikus filozófusoknál leginkább férfias, katonás erények jelennek meg, mint a rendíthetetlen állhatatosság, a lelki nyugalom megőrzése és a bátorság. A keresztény hagyományban a nevezetes *Ars moriendi*, a tizenötödik századtól széles körben alkalmazott képsorozat és magyarázó útmutató szolgált a haldokló betegek erényeinek fejlesztéséhez (Kovács 2010). A haldokló beteg erényeit megrendíthetik bizonyos csábítások, amelyek kikezdi erkölcsi tartását, jellemét. Az eredeti *Ars moriendi* bűnöket (jellemhibákat), ezek álnok kísértését, valamint az ezekkel szembeállított erényeket sorol fel, mégpedig elsősorban a következőket: (1) a *hit meggyengülése* - ezzel szemben a *hit megőrzése*; (2) a *kétségbeesés* - ezzel szemben a *remény* erénye; (3) a *türelmetlenség* - ezzel szemben a *szeretet* és a *türelem* erénye; (4) a *kevélység* (gőg, elbizakodottság) - ezzel szemben az *alázat* erénye; (5) a *kapzsiság* - ezzel szemben a *békesség* és *nagylelkűség* erénye (McCarty és Verhey, 2013). Újabban a teológus Matthew

Levering (2018) a következő kilenc erényt állítja a haldokló beteg elé: *szerelem, remény, hit, bűnbánat, hála, szolidaritás, alázat, elengedés, bátorság*. Shelp (1984) a bátorság erényét, Garchar (2005) a lojalitás erényét hangsúlyozza.

Az Ars moriendi hagyománya abban segítette a haldokló beteget, hogy az említett negatív gondolatok és bűnök kivédéséhez a krisztusi erényekre emlékeztette, és támogatta abban, hogy ne veszítse el erkölcsi tartását, kialakítsa benne ezeket a fontos erényeket. Az antik filozófusok intelmei és példái, valamint az Ars moriendi keresztény hagyománya, bár a mai emberek számára is fontos tanulságokkal szolgálhatnak, eredeti formájukban inkább elavult történeti forrásnak tűnnek. A kérdés az, hogy szükség van-e ma is hasonló jellemnevelő irányelvekre, ki tudunk-e találni a meghalás erkölcsi művészetére a mai viszonyok között is alkalmazható praktikus tanácsokat? Ha igen, vajon kinek a feladata ez? Orvosoké, pszichológusoké, jogászoké, filozófusoké, antropológusoké, spirituális vezetőké, vagy a bioetikusoké? Erre a kérdésre az egyik válaszom az, hogy valószínűleg mindegyiküké. Egy modern Ars moriendi kidolgozását leginkább egy interdiszciplináris együttműködés keretében tudom elképzelni.

7. Egy modern Ars moriendi lehetősége

H. Tristram Engelhardt (1997) szerint a hagyományos erényetika és jellemnevelés olyan erkölcsi közösségeket feltételezett, amelyek nagyjából homogén világnézeti és erkölcsi felfogást vallottak az antik görög, római (vagy akár kínai, indiai, japán, afrikai) kultúrákban. Más a helyzet a modern, sokszínű, multikulturális társadalmakban, ahol nehezebb az erkölcsi alapok egyértelmű elfogadottságára hivatkozni. Társadalmaink megosztottak, heterogének a jó élet kritériumait illetően, ennek fel- és elismerése képezi a toleráns együttélés etikai minimumát.

Az erényekkel kapcsolatos nemzetközi szakirodalomban létezik egy nagyon fontos vita arról, hogy a különböző kultúrákban megjelenő erények mennyire mutatnak átfedéseket, mennyire tekinthetők kultúrák között univerzálisnak. Jelen tanulmány keretei között ennek a vitának a részleteire nem érdemes kitérni. Az itt hivatkozott nézetek arra mutatnak rá, hogy bár a szóba jöhető erények listája részben változó, alapvetően inkább a hasonlóságok dominálnak. Bár léteznek különbségek, a betegséggel és az élet végével szembenéző emberekkel kapcsolatban felmerülő erkölcsi nehézségek, a megjelenő erkölcsi erények jórészt ugyanazok minden történeti időszakban és kulturális környezetben. Ha egy erényetikai elvárás-*magot* akarunk felvázolni, ennek olyan erények lesznek a legfontosabb összetevői, mint a *türelem*, a *kitartás*, a *bátorság*, a *remény*, a *méltóság*, az *értelem* és a *bölcsesség*. A magam részéről ezt a

hét „sarkalatos” erényt tartom a betegséggel szembenező vagy haldokló beteg fő erkölcsi szempontjának.

Az erények furcsasága, hogy jogilag nem kikényszeríthetők, nem tekinthetők modern értelemben erkölcsi *kötelességeknek* (Meyer 1992; Miles 2019). Ha valaki nem erényes az életében vagy haldoklásának folyamán, az nem szankcionálható, nem büntethető, de más formában sem várható el tőle. A jogrendszerben nincs olyan paragrafus, hogy türelmesnek, nagylelkűnek vagy bölcsnek kell lennünk, ellenkező esetben bíróság elé idéznek minket. De nem is arról van szó, hogy valaki „jó” vagy „nehéz” beteg, azaz megfelel azoknak az elvárásoknak, amelyeket mások: kezelőik, ápolóik, hozzátartozóik, barátai, munkatársaik, vagy akár idegenek elvárnak tőlük.

A másik fontos szempont, hogy az erények inkább normatív ideálok, amelyeket elérendő célul tűzünk ki magunk elé, nem olyan tulajdonságok, amelyek teljes egészükben elsajátíthatók. Még a legnagyobb filozófusok, szentek, erkölcsi példaképek is arról számoltak be, hogy az erények területén időről-időre kudarcot vallottak, az emberi gyarlóság megakadályozta őket a kitűzött cél elérésében. Ennek belátása maga is a bölcsesség része. Ugyanakkor nem mond ellent annak, hogy erényeket, az erényes életet tűzzük ki magunk elé elérendő célként. Jóllehet az *Ars moriendi* nevében a *művészet* kifejezés szerepel, valójában nem a mai értelemben vett művészi, esztétikai szempontokra, hanem a *gyakorlatra* vonatkozik, mégpedig, mint az áttekintésből láttuk, erkölcsi erények vonatkozásában érvényesülő gyakorlatokra.

„A középkori Ars moriendi hagyomány magasztos célja a haldokló cselekvőképességének biztosítása volt: azt állítja, a haldoklás valami olyan, amit teszel, nem olyan valami, ami csak úgy megtörténik veled. (...) A haldoklás mint 'művészet' furcsa fogalma a cselekvőképességet érvényesíti, ugyanakkor elvárásokat is támaszt azzal szemben, mivel bármiféle művészet gyakorlása készségeket igényel. Az Ars moriendi hagyományon belül a meghalás művészetéhez szükséges készségek az erények, amelyek olyan stabil jellemtulajdonságok, amelyek tulajdonosaikat azáltal tökéletesítik, hogy a helyes cselekedetre, valamint a boldogság keresésére hajlamosítják őket.” (Elliot, 2016, 1.)

A mai emberek más módon, más körülmények között, más környezetben halnak meg, mint elődeik. Az egyik fontos különbség, hogy a daganatos betegségek vezető halálozási okká váltak, például a járványos betegségek visszaszorulásával. Az *Ars moriendi* gyakorlatát praktikus megfontolások idézték elő, lévén a nagy pestisjárványok idején olyan sok ember betegedett meg, hogy egyszerűen nem volt elegendő pap, aki lelki támaszt nyújtott volna a számukra, feladta volna rájuk az utolsó kenetet (Dugdale, 2010, 2017). A pestis és más járványok inkább gyorsabb lefolyású betegségek, akár pár napon belül halált okozhatnak. A

rákbetegség annyiban más, hogy lassabb lefolyású, így az egyéni reflexiónak nagyobb teret ad. Az elhúzódó betegség orvosi kezeléseket sorát jelenti orvosi környezetben, kórházban vagy hospice-ban, amely erre a feladatra szerveződött (Kömüves, 2018).

8. Bioetika betegeknek

Gondolatmenetemet azzal kezdtem, hogy a bioetika leginkább az egészségügyi szakembereknek, főleg orvosoknak szól, de talán felülvizsgálatra szorul ez a gyakorlat, és keresnünk kell olyan lehetőségeket, amelyek a beteg emberek számára is erkölcsi iránymutatást nyújtanak. Az orvosi humaniorák (*medical humanities*) területén egy effajta elmozdulás máris felismerhető, ez a terület egyre inkább fordul a páciensek világa felé (Whitehead 2014). De vajon hogyan juthatnak el a vonatkozó etikai, filozófiai szempontok a haldokló betegekhez? Hogyan fejleszthetik saját maguk az erényeiket, illetve milyen formában kaphatnak ehhez segítséget?

A bioetikai vonatkozások leginkább a jogi és érdekérvényesítő szempontok mentén jelennek meg az életük végéhez közeledő emberek számára: jogi tanácsokat kaphatnak a kezelések megválasztásához, fordulhatnak a betegjogi képviselőhöz, amennyiben probléma merül fel a helyzetük tisztázását illetően. A betegjogok tudatosítása és érvényesítése fontos tényező, azonban az etikai szempontok csak igen szűk tartományát fedi le. Hasonlóképpen fontosak azok az erőfeszítések, amelyek az életvégi döntések praktikus szempontjainak szervezésében segítenek a haldokló betegeknek és hozzátartozóiknak, előadások, beszélgetések vagy online források segítségével (Murdock, 2014). Erre nagyon jó hazai példa az *Életvégi Tervezés Alapítvány* munkája (Csikós, 2019). Azonban ezek a lehetőségek ritkán térnek ki filozófiai kérdésekre.

Ahogy egy korábbi írásomban (Nemes, 2014a) felvettem, a beteg embernek az orvosi, pszichológiai, jogi, társas és spirituális igényein túl mély filozófiai, etikai igényei is vannak, amelyek az élet végén felerősödnek. Ezek az igények, bármennyire is nyilvánvalóak legyenek, kevés hangsúlyt kapnak az egészségügyi ellátásban, általában a mai kultúránkban. A betegség, illetve az élet vége és a halál egy *filozófiai* szituáció, amivel így vagy úgy, mindannyian tisztában vagyunk. A mai filozófia a halál kérdését leginkább fenomenológiai és egzisztenciális vonatkozásában jeleníti meg, miközben a filozófiai hagyomány inkább etikai, mégpedig az erényekkel összefüggő megfontolásokat társított hozzá. A filozófiai gondolkodás középpontjában nem a lét értelme, ami a modern ember aggálya, hanem az a praktikus megfontolás állt, hogy milyen erényeket szükséges elsajátítani és mozgósítani a haldoklás folyamata során, azaz miben áll a jó halál.

A korábbi korszakokban a pap, a lelkipásztor, a rabbi és más lelki vezetők a vallási, spirituális tanításaikon túl az erények fejlesztésében is részt vállaltak. A vallásos világnézet visszaszorulásával azonban az erények ápolásának gyakorlata is eltűnt. A pszichológusok inkább tudományosan megalapozott terápiás lehetőségek felé fordultak, ami egy medikalizációs tendencia, a filozófusok pedig az etika más meghatározása felé, amelyen belül az egyes cselekedetek etikai megítélése a meghatározó, nem az egyéni erények és az erkölcsi jellem. Újabban viszont egyre több filozófus jut arra a következtetésre, hogy az erények fejlesztése, kultiválása, illetve a jellemnevelés gyakorlata nem korlátozódik a vallásos világnézetre, az antik filozófiai gyakorlat, az életmódként felfogott filozófia részeként értelmezve a mai viszonyok között is érvényesíthető. *A kérdés, hogyan juttatható el mindez a haldokló emberekhez?*

Az egyik kézenfekvő megoldás az etikai hagyomány szövegeinek tanulmányozása. Vallásos emberek számára ez megint csak kevesebb dilemmát vet fel, lévén a vallási szövegeket vélhetően tanulmányozzák, már a betegségüket megelőzően is, így arra egyrészt fel tudnak készülni, másrészt betegen is könnyen támaszkodhatnak azokra. A nem vallásos emberek azonban ritkábban találkoznak olyan lehetőségekkel, amelyek képesek ellátni őket olyan gondolati és gyakorlati útmutatásokkal, amelyek a filozófiai hagyományból adódnak.

A beteg és haldokló emberek ma egyre több segítséget kapnak pszichológusoktól, lelki tanácsadóktól. A spirituális szempontok is egyre inkább megjelennek, akár kifejezetten vallási értelemben, akár tágabb összefüggésben. Az ún. *pozitív pszichológia* irányzata újabban termékeny módon fordult az antik erényetikai felfogás, jelesül Arisztotelész *eudaimónia* fogalma, mint az életünkben megvalósítandó cél felé (Seligman, 2011). Eszerint a valódi kiteljesedés és boldogság útja nem az élvezetek hajszolása, hanem valami nagyobb életterv megvalósításaként érhető el. A jó élet forrása tehát a pszichológusok szerint is az erényes élet. Bármennyire is érdekes legyen ez a szemléletváltás a pszichológiában, tudnunk kell, hogy az antik filozófiával foglalkozó szakemberek jóváhagyását nem igazán nyerte el (Nussbaum, 2012; Kristjánsson, 2013). A megfogalmazott kritikák szerint a pozitív pszichológia félreértelmezi és leegyszerűsíti Arisztotelész erényetikai felfogását, amikor a pszichológia tudományos módszereivel tanulmányozható, mérhető jelenségként tekintenek az arisztotelészi erkölcsfilozófia fogalmaira.

Érdemes tehát visszatérni az eredeti filozófiai tanokhoz: Arisztotelészhez, Szókratészhez, Platónhoz, Senecához, Epiktétoszhoz, Marcus Aureliushoz. E szerzők gondolatai ma újra népszerűek, sokan gondolják, hogy hasznosak lehetnek a mai viszonyok között is. Egyre több filozófus ismeri fel, hogy sajátos tudásuk és készségeik által gyakorlati segítséget nyújthatnak

embertársaik számára egy jobb élet eléréséhez. Az évezredek során felhalmozott filozófiai tudás, tapasztalat, bölcsesség a mai emberek számára is hasznos filozófiai, etikai iránymutatásként szolgálhat. Az erények fejlesztése – sajátunké és másoké – nagyon különleges *feladat*, nem tantételek, kötelességek, alapelvek, jogszabályok, tudományos tények, elméletek kérdése, hanem jellemünk, személyiségünk kitartó gyakorlással való megváltoztatása. Hogyan legyek bátor, mértékletes, türelmes, elfogadó, nagylelkű, lojális, bölcs ember – ezek nem elméletek elsajátításától függő tulajdonságok, hanem az erkölcsi minőségem alakításának gyakorlati ideálja. Talán soha nem leszek ilyen ember, viszont törekednem kell rá; az antik bölcselők is inkább elérendő célként tekintettek a nagy erényekre.

Az életvégi erényekre előre is fel lehet és kell készülni, ennek mai gyakorlatát segíti a Halál Kávéház nemzetközi, nálunk is meghonosodott mozgalma (Nemes, 2014b; Geiszbühl-Szimon-Nemes, 2017). A Halál Kávéházban alkalom adódik arra, hogy alkalmi közösségekben beszéljünk az élet végességével összefüggő kérdésekről. A halálra való előre felkészülés az antik és későbbi filozófiai hagyománynak is fontos része volt (Barcsi, 2016). További lehetőséget kínál a filozófiai vagy humanista konzultáció igénybe vétele közös beszélgetések formájában, amelyek az erények és más etikai kérdéseket is előtérbe állítják (Baggini-Pym 2005). Akár a racionális vigasztalás régi, Senecától ismert, mára feledésbe merült műfaját is érdemes feleleveníteni, szintén a filozófiai erények gyakorlását elősegítendő. Az erények fejlesztésének további forrását képezik a betegségnarratívák, amelyek újabban önálló műfajként is megjelennek. Beteg, betegségekkel küszködő, életük végével szembesülő emberek számolnak be a sajátos tapasztalataikról, gondolataikról, az értelem keresésében tett erőfeszítéseikről. A *narratív medicina* (Nemes, 2015) sajátos mechanizmusa révén segíti, hogy más emberek belső világába betekinthessünk, saját világunkat reflektáltabban érzékeljük, megváltozott élethelyzetünkéből adódó kétségeinket eloszlassuk, értelmet konstruáljunk az életünkben. A betegségnarratívák példaszerű erényeket is bemutatnak, ezeken keresztül válhatnak szerzőik erkölcsi elismerésünk, csodálatunk tárgyává, alakíthatják saját jellemünket.

9. Összegzés

A betegség, végesség, haldoklás és halál komplex kérdéseit ma nagyon sok irányból vizsgálják, így filozófiai, például fenomenológiai, egzisztenciális megközelítésben, történeti, antropológiai, társadalmi, etikai és pszichológiai alapon. Az etikai szempontok többnyire az orvosok kötelességeire, az etikai alapelvekre és szabályokra, a betegek tiszteletben tartandó jogaira, esetleg kötelességeire irányulnak. Az egészségügyi törvény kiterjed a betegek jogaira, a kezeléshez, tájékoztatáshoz, önrendelkezéshez, kezeléseik visszautasításához, az egészségügyi

intézmény elhagyásához, kapcsolattartáshoz vagy titoktartáshoz való jogukra, valamint tisztázza a betegek kötelességeit is, azt illetően, hogy működjenek együtt az egészségügyi szakemberekkel. Tájékoztatni kell őket, az intézmény házirendjét betartani, mások egészségét nem veszélyeztetni. A specifikus beteg- vagy haldoklószerep szociológiai koncepciója is kötelességek, privilégiumok és jogok vonatkozásában beszél a haldoklóval szembeni társas elvárásokról (Mújdricza 2018). Ezek fontos szabályozói annak, ahogy az élet végének kritikus időszakát megéljük, feldolgozzuk, fontos, hogy tisztában legyünk a jogainkkal, éljünk velük, illetve teljesítsük társadalmi kötelezettségeiket.

Írásom azonban nem ezekről az etikai, erkölcsi szempontokról szól, hanem az erényetikai hagyomány megközelítésében vizsgáltam, hogy betegen, életünk végén milyen erények válnak fontossá számunkra ahhoz, hogy életünk egészét erkölcsi jellegét tekintve jobbá tehessek. Az erény, erényetika fogalmát filozófiai értelemben használom. Az erényetika egy meghatározott hagyomány és gondolkodásmód, ezzel együtt gyakorlat, amely az etika történetén, a kultúrák, vallások többségén belül meghatározó normatív felfogásnak számított. Erényekről beszélni ma talán idejétműltnak tűnhet, viszont fontos látni, hogy újabban jelentős visszatérést mutat az erkölcsfilozófiában ez a hagyomány. Újra terjedőben van az erényekről, jellemről, jellemnevelésről, az arisztotelészi értelemben vett jó élet feltételeiről való beszéd. Ez figyelmünket a múlt olyan belátásai felé fordítja, amelyekből napjaink emberei is sokat tanulhatnak. Az erények az élet végén ebbe a sorba tartoznak: az antik, keresztény és más kultúrákban megjelenő erények és az azokhoz kötődő egyéni és társas gyakorlatok, valamint azok mai megfelelői számunkra is hasznos iránymutatásul szolgálhatnak életünk végén. Az etikánk nem merül ki a jogokban és kötelességekben általános elvek alapján, hanem személyes erkölcsi tulajdonságunk tudatos alakítása is fontos ahhoz, hogy életünk egészét értékesebbé tegyük. Az etika jelentése sokkal gazdagabb, mint ahogy azt ma szokásosan értelmezzük.

Tanulmányomban arra hívtam fel a figyelmet, hogy életvégi helyzetekben hogyan tudatosítható az erkölcsi szempontok jelentősége, olyan erények fejlesztése, amelyek az élet végének időszakát, illetve a teljes élet és halál etikai minőségét emelhetik. Ráműtattam arra, hogy a korábbi kulturális időszakok a filozófián és valláson keresztül számos mintát kínáltak arra, hogy az emberek milyen erényekkel küzdhetnek meg leginkább az életük végén megjelenő kihívásokkal. Elsősorban az antik görög és római filozófia lelkigyakorlataira, illetve az *Ars moriendi* hagyomány keresztény gyakorlatára utaltam, mint olyan példákra, amelyek mai megfelelőit érdemes lenne tudatosan kialakítani. A bioetika, mint az orvoslás etikája kereteinek tágítása alkalmassá tehetné egy ilyen feladatra, ennek a fontos, bár ritkán felismert kihívásnak való megfelelésre. A haldoklás nem csupán orvosilag, társadalmilag vagy pszichológiailag

értelmezhető folyamat, hanem olyan helyzet, amely erkölcsi szempontok bevonását is igényli, az egyes ember szempontjából leginkább az erények vonatkozásában.

IRODALOM

- BAGGINI J., PYM, M. (2005): End of Life: The Humanist View. *Lancet* 366(9492): 1135-1137.
- BARCSI T. (2016): *Három filozófiai kérdés az emberről*. Attraktor, Máriabesnyő
- CAREL, H. (2016): Virtue Without Excellence, Excellence Without Health. *The Aristotelian Society Supplementary Volume* 90(1):237-253.
- CSIKÓS D. (2019): Strucc Café - az életvégi időszakhoz kapcsolódó ismeretterjesztés tapasztalatai. *Kharón – Thanatológiai Szemle* 23(3): 37-44.
- DEKKERS, W., UERZ, I., WILS, J-P. (2005): Living Well with End Stage Renal Disease: Patients' Narratives Interrupted from a Virtue Perspective. *Ethical Theory and Moral Practice* 8(5): 485–506.
- DUGDALE, L. S. (2010): The Art of Dying Well. *Hastings Center Report* 40(6): 22-24.
- DUGDALE, L. S. (2017): Desecularizing Death. *Christian Bioethics* 23(1): 22-37.
- EHRENREICH, B. (2001): Welcome to Cancerland: A mammogram leads to a cult of pink kitsch. *Harper's Magazine* 2001 november 43-53.
- ELLIOT, D. (2016): The Theological Virtue of Hope and the Art of Dying. *Studies in Christian Ethics* 29(3):301-307.
- ENGELHARDT, H. T. (1997): The Crisis of Virtue: Arming for the Cultural Wars and Pellegrino at the Limes. In: Thomasma, D. C. (ed.): *The Influence of Edmund D. Pellegrino's Philosophy of Medicine*. Springer, Dordrecht, 165-172.
- GARCHAR, K. (2005): The Loyal Patient at the End of Life: A Roycean Argument for Assisted Suicide. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 14(2):147-55.
- GEISZBÜHL-SZIMON P, NEMES L. (2017): Halál Kávéház, Budapest. *Kharón – Thanatológiai Szemle* 21(4): 32-46.
- HAUERWAS, S., PINCHES, C. (1996): Practicing Patience: How Christians Should Be Sick. *Christian Bioethics* 2(2): 202-221.
- KIDD, I. J. (2012): Can Illness be Edifying? *Inquiry* 55(5): 496-520.
- KIDD, I. J. (2015): Transformative Suffering and the Cultivation of Virtue. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 22(4): 291-294.
- KIDD, I. J. (2017): Exemplars, Ethics, and Illness Narratives. *Theoretical Medicine and Bioethics* 38(4): 323-334.

- KIDD, I. J. (2018): Adversity, Wisdom, and Exemplarism. *Journal of Value Inquiry* 52(4): 379–393.
- KOVÁCS D. (2010): Az „ars moriendi” táblák üzenete. *Kharón – Thanatológiai Szemle* 14(4): 1-23.
- KOVÁCS J. (2006): *A modern orvosi etika alapjai: Bevezetés a bioetikába* (2. átdolgozott kiadás). Medicina Könyvkiadó, Budapest
- KÖMÜVES S. (2018): A modern hospice: Cicely Saunders teológiai-filozófiai alapvetése. *Kharón – Thanatológiai Szemle* 22(4): 1-58.
- KRISTJÁNSSON, K. (2013): *Virtues and Vices in Positive Psychology: A Philosophical Critique*. Cambridge University Press
- LEBACQZ K. (1985): The Virtuous Patient. In: Shelp E. E. (ed.): *Virtue and Medicine*. Philosophy and Medicine, vol 17. Springer, Dordrecht, 275-288.
- LEVERING, M. (2018): *Dying and the Virtues*. Wm. B. Eerdmans Publishing Co.
- MCCARTY, B., VERHEY, A. (2013): The Virtues for Dying Well. *Center for Christian Ethics at Baylor University*. <https://www.baylor.edu/content/services/document.php/205047.pdf>
- MEYER M. J. (1992): Patients’ Duties. *Journal of Medicine and Philosophy* 17(5): 541-555.
- MEYER, M. J. (1995): Dignity, Death and Modern Virtue. *American Philosophical Quarterly* 32(1): 45-55.
- MILES, J. K. (2019): Taking Patient Virtue Seriously. *Theoretical Medicine and Bioethics* 40(2):141-149.
- MITCHELL, D. (2014): Philosophy at the Bedside: Phenomenology, Complexity and Virtue in the Care of Patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 20(6): 970-974.
- MÚJDRICZA F. (2018): A halál „helye” a családban – A haldoklás mint szerep. *Lege Artis Medicinæ(LAM)* 28(4-5): 187-196.
- MURDOCK, D. E. (2014): *The New Art of Dying: How to Personalize the Most Important Decisions for Yourself and Your Loved Ones*. Murdocks, LLC
- NEMES L. (2014a): „Filozofálni annyi, mint felkészülni a halálra” Filozófiai praxis az élet végén. *Kharón – Thanatológiai Szemle* 18(1): 1-20.
- NEMES L. (2014b): Halál Kávéház - Egy új mozgalom a halálról való nyilvános diskurzus előmozdítására *Kharón – Thanatológiai Szemle* 18(1):42-49.
- NEMES L. (2015): Narratív medicina és bioetika. *Századvég* 20(76): 43-67.
- NEMES L. (2020): A példakép filozófiája. *Performa* 9:
http://performativitas.hu/res/nemes_laszlo_peldakep.pdf

- NUSSBAUM, M. C. (2012): Who is the Happy Warrior? Philosophy, Happiness Research, and Public Policy. *International Review of Economics* 59(4): 335-361.
- OLSON, N. W. (2019): Why Should Medical Care Be Family-Centered?: Understanding Ethical Responsibilities for Patients' Family Members. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 29(2):159-185.
- PELLEGRINO, E. D., THOMASMA, D. C. (1993): *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press
- SELIGMAN, M. (2011): *Flourish - Éljen boldogan: A boldogság és a jól-lét radikálisan új értelmezése*. Akadémiai Kiadó, Budapest, Fordította: Bozai Ágota
- SHELP, E. E. (1984): Courage: A Neglected Virtue in the Patient-Physician Relationship. *Social Science & Medicine* 18(4):351-60.
- SULMASY, D. P. (2006): *The Rebirth of the Clinic: An Introduction to Spirituality in Health Care*. Georgetown University Press
- SWIFT, T. L., ASHCROFT, R. E., TADD, W., CAMPBELL, A. V., DIEPPE, P. A. (2002): Living Well Through Chronic Illness: The Relevance of Virtue Theory to Patients with Chronic Osteoarthritis. *Arthritis Care & Research* 47(5): 474-478.
- TAUBER, A. I. (2000): *Confessions of a Medicine Man: An Essay in Popular Philosophy*. MIT Press
- VERHEY, A. (2012): *The Christian Art of Dying: Learning from Jesus*. Wm. B. Eerdmans Publishing Co.
- WHITEHEAD, A. (2014): The medical humanities: A literary perspective – Overview, In: Victoria Bates, Alan Bleakley, Samuel Goodman (eds.): *Medicine, Health and the Arts: Approaches to the Medical Humanities*, Routledge, 2014, 107-127
- WILSON, E. (2007): *The Death of Socrates: Hero, Villain, Chatterbox, Saint*. Profile Books, London
- ZAGZEBSKI, L. (2017): *Exemplarist Moral Theory*. Oxford University Press

Dr. Nemes László
filozófus, bioetikus
Semmelweis Egyetem,
Magatartástudományi Intézet
nemeslal@hotmail.com