

**BARACSI GABRIELLA**

## **A haláltabu és halálattitűd interpretatív fenomenológiai analízise**

A halállal kapcsolatos attitűdök és haláltabu jelenléte 50 év feletti, a halállal a hétköznapiakban foglalkozó nők körében

**Összefoglalás** - *A halál a társadalomban általánosan tagadott téma. A tanulmány célja, hogy feltárja a halálhoz fűződő attitűdöt azok körében, akik gyakran foglalkoznak a halál témájával. Továbbá, hogy feltárja: "Hogyan viszonyulnak a halálhoz azok a középkorú nők, akik aktívan foglalkoznak a halál tág témakörével, és már kapcsolatba kerültek az Életvégi Tervezés Alapítvánnyal, és hogyan élték meg a halál tabuját eddigi életükben?".*

*A pilot kutatás módszereként félig strukturált, nyitott végű kérdésekből álló interjúfelvételt és kvalitatív interpretatív fenomenológiai analízist (IPA) alkalmaztunk. A módszer lehetővé tette, hogy feltárjuk, milyen halálattitűddel rendelkeznek, illetve hogy megjelenik-e a haláltabu jelensége a vizsgált csoportban. Három főből álló, 50 év feletti nők csoportja alkotta a mintát, akikben közös, hogy érte őket veszteségélmény, és gyakran foglalkoznak a halál kérdéskörével. Az elemzés során a következő öt közös fő téma bontakozott ki: (1) A halálattitűd társas aspektusai, amely szerint a társadalom kapcsolatban áll a személyes halálattitűddel és -tabuval. Ezen belül megjelent a normatív haláltabu megítélése, amely rávilágít a társadalomban létező haláltabu miatti megbélyegzésekre, az ez okozta magányosság érzésére. (2) A halál személyes normalizálódása, amely a saját halállal kapcsolatos érzéseket jeleníti meg, mint nyugalom, megengedés, félelem megszelídülése. (3) A halállal kapcsolatos tevékenységek és ehhez fűződő élmények a halállal való foglalkozás mögött meghúzódó motivációkra világítanak rá és az ezzel kapcsolatos érzésekre, végül (4) A halálesemények narratívái, amely pedig az átélt halálesemények hatására kialakult személyiségfejlődésekre mutat rá.*

*Az eredmények arra mutatnak rá, hogy továbbra is szükséges a haláltabu enyhítése, mivel van igény a diskurzusra, és a hiány miatt megjelenik a magányosság/meg nem értettség érzése az alanyok körében. Emellett rávilágított a halállal való foglalkozás motivációs hátterére, ami a későbbiekben segítséget nyújthat a haláltabu enyhítésében.*

**Kulcsszavak:** *halálattitűd, haláltabu, haláhtagadás, poszttraumás növekedés, egzisztenciális pszichológia, pszichoanalízis, fenomenológia*

## The Interpretative Phenomenological Analysis of death-taboo and death-attitude

Attitudes towards death and the presence of death taboo among middle-aged women

*Summary - Death is denied by and is a taboo in society. The aim of this study is to investigate the questions: 'What are the attitudes towards death of those middle-aged women who actively deal with the broader topic of death and have already been in contact with the Életvégi Tervezés Alapítvány (End-of-Life Planning Foundation) and how have they experienced the taboo of death in their lives so far?'*

*The qualitative pilot study was conducted using the Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) method. IPA is a person-centred method to explore people's observations, and, therefore, it may be particularly appropriate for research on such sensitive topics as death. The study sought to explore the personal experiences of the respondents and the similarities between them.*

*During the interviews several themes related to the experience of death were highlighted. These were divided into five main common themes with the following titles: (1) The social component of attitudes to death, describing the fact that attitudes to death and the taboo have a connection to society. (2) The evaluation of death, showing the prejudices in society against people dealing with death caused by the death taboo. (3) The personal normalisation of death, revealing the respondents' own feelings towards death, such as relief from the fear of death, peace and permission. (4) The activities related to death and the feelings associated with it, showing the background motivations for engaging with the topic of death and the feelings associated with it. Finally: (5) The narratives of death experiences, describing the personal development of the three women following the death experiences.*

*The results indicated that there is still a need to alleviate the death taboo, as there is a need for discussion, for the lack of it creates a sense of loneliness/misunderstanding among the subjects. It also highlighted the motivational background of dealing with death, which may help to alleviate death taboo in the future.*

**Keywords:** death-attitude, death-taboo, denial of death, posttraumatic development, existential psychology, psychoanalysis, phenomenology

### ***A halálattitűd és a haláltabu fogalmai***

A halálattitűd és -tabu kérdéskörei és fogalmai szubjektívek, több szinten is interpretálhatóak. Társadalmi szinten hatást gyakorolnak a környezetre. Ezen a szinten az ember szembesülhet a környezetben a lét törekenységével és mulandóságával mások halálán keresztül. Egzisztencialista értelmezésben, személyes szinten a halál egy fenomén, amelyet az ember teljes magányában tapasztal meg: „a halál a lét legmagányosabb aktusa.” (Buda, 1997, 1.)

A szakirodalom egy része egyszerű jelenségként tekint a halálra és a felé irányuló attitűdre, figyelembe sem véve annak lehetséges tudattalan mivoltját (Yalom, 1998/2014; Hankiss, 2016). A halál fogalmán belül érdemes a konkrétabb attitűdöket megvizsgálni, mint például a halállal kapcsolatos félelmeket és szorongásokat. A halálattitűd vizsgálata nem egyértelmű, hanem a pszichés háttérműködés befolyásolja (Freud, 1920; Becker, 1997; Pyszczynski, T., Solomon, S., Greenberg, J., 2015). Figyelembe véve ezeket, érdemes lehet a témát kvalitatív, illetve projekciós módszerekkel vizsgálni.

### ***A haláhtagadással kapcsolatos elméletek***

Az egzisztencialista megközelítés, amely a pilot kutatás értelmezési keretét adja, a filozófiai és a pszichológiai megközelítéseket egyformán fontosnak tartja. Kierkegaard elmélete alapozta meg többek között a későbbiekben a halálról való gondolkodást és Ernest Becker elképzelését, miszerint az élet és halál paradoxonként van az ember életében jelen. A haláltudat elfojtása a figyelem tudattalan, hétköznapi környezetre irányuló fókuszát jelenti. Jövőjét úgy tervezi az ember, hogy figyelmét azokat a momentumokra irányítja, amelyek inkább létezését, mintsem halandóságát erősíti meg. (Becker, 1997)

Erre a gondolatra épít a terror menedzsment elmélet (terror management theory, TMT) és annak vizsgálatai. Az 1997-ben megalkotott modell szerint kétféle módon válaszolunk a tudatba férkőző halálgondolat ellen: tudatosan, tagadással és racionalizálással, illetve tudattalanul, az énkép és világkép megvédésével és az önértékelés erősítésével (Pyszczynski, Solomon, & Greenberg, 2015). Az egzisztenciális pszichológia kutatásainak eredményeihez visszanyúló kritika azt állítja, hogy a TMT állításával szemben a halálfélelem rettegéssel ellentétes hatást is gyakorolhat az ember életére, azaz a fejlődés irányába tolhatja el aktív és konstruktív magatartás előidézésével. (Mikulincer és Florian, 1997)

### ***A halál tudatosulása***

Az embernek szüksége van olyan mechanizmusokra, amelyek értelmet adnak életének, illetve értelmezhetővé teheti halálukat (Frankl, Kalocsai Varga Éva, & Sárkány Péter, 2014). A tudatos

halálszemlélethez szükség van egy határhelyzetre, amelynek a fogalmát Karl Jaspers vezeti be (2008). A határhelyzet előidézheti a „felfedőlet” (Heidegger, 2007/1927) állapotát, ami lehetővé teszi a tudatos váltást egy másfajta létezésre, magában hordozva az életminőség romlásának a lehetőségét is (Yalom, 1980/2014). Egy lélektani krízis, például a halállal való szembesülés, határhelyzetnek minősülhet (Csürke, 2019).

A személyiségfejlődésre pozitív hatással lehet, ha az ember tudatosan foglalkozik a halál jelenségével. Az évenkénti elhalálozások nagyjából 55 százaléka elkerülhető, de mégsem elkerült viselkedések miatt következtek be: dohányzás, egészségtelen és nagy mennyiségű étkezés, ittas vezetés. Ennek több magyarázata is lehet, akár az, hogy az emberek saját esélyüket túl optimistán szemlélik másokéhoz képest, illetve az is, hogy úgy vélik, egy részük örökké létezni fog, ezáltal önmagukat halhatatlannak érzik (Emmons & Kelemen, 2014; Keeney, 2008; Klein, 2008; Staats, 1993).

Irvin D. Yalom kérdőíves kutatási eredményeivel támasztotta alá, hogy az étellel kéz a kézben járó halál elfogadása fontos feltétele lehet a boldogságnak, mivel a vizsgálati személyek a halállal való szembesülés által személyiségfejlődésen mentek keresztül. A gondolkodás a halálról, saját halálunkkal való szembenézés, azaz a haláltudat emelhet az életminőségen (Yalom, 1980/2014, 49.). Russel Noyes kutatási eredményei szintén alátámasztják ezt. A halálközeli élmény még évekkel később is hatással volt a résztvevők személyiségére (Noyes, 1980). Nemcsak a halálközeli élmények lehetnek hatással az egyén személyiségfejlődésére, hanem a halállal kapcsolatos irányított beszélgetések egyaránt. (Geiszbühl-Szimon, 2016).

Nemzetközi kvalitatív kutatások igyekeztek feltárni a halálesetekhez köthető élmények témakörét az interpretatív fenomenológiai analízis módszerével. A kutatások eredményeinek közös tényezői, hogy kialakult egyfajta tudatos létezőmód, megváltozott szemléletmód és belső motiváció, emellett kiemelkedő a szociális támogatás igénye és annak fontossága a stresszel való megküzdésben (Haylett, W. J., Tilley, D. S., Spencer, B., Hwang, S. H., & Akard, T. F. 2021; Nazam, F., Husain, A., Devi, S., & Singh, R. K. 2021; Pye, N., 2020; Rassool, S. B., & Nel, P. W. 2012).

### **Célkitűzések, kutatási kérdések**

*A kutatásban a következő nyitott kérdések igyekeztek feltárni az interjúalanyok tapasztalatait:*

Milyen attitűd jellemzi azokat az 50 év feletti nőket, akik valaha foglalkoztak az Életvégi Tervezés Alapítvány keretein belül életvégi és halállal kapcsolatos kérdéskörökkel?

Vajon változott-e azon 50 év feletti nők halálattitűdje, akik valaha foglalkoztak az Életvégi Tervezés Alapítvány keretein belül életvégi és halállal kapcsolatos kérdéskörökkel?

Vajon jelen van-e a haláltabu olyan 50 év feletti nők körében, akik valaha foglalkoztak az Életvégi Tervezés Alapítvány keretein belül életvégi és halállal kapcsolatos kérdéskörökkel?

### **Módszer - interpretatív fenomenológiai analízis**

Az interpretatív fenomenológiai analízis egy kvalitatív elemző módszer, amely segítségével az interjúk átíratának szövegeiből több lépcsőn keresztül leszűkít fő- és altémákat. A kvalitatív interpretatív fenomenológiai elemzés legfontosabb alapjai a fenomenológia, a hermeneutika és az egzisztencializmus. A szerző szerint egy pilot kutatáshoz 3 interjúalany javasolt. A módszer használata megalapozott, mivel a kutatás egy szűk csoport szemszögének és élményeinek megértésére törekszik egy olyan egzisztencialista témán belül, mint a halál. A módszer segítségével feltérképezhető az alanyoknak a témához való személyes viszonyulása, ami segít megérteni a témával foglalkozók motivációit és érzelmeit.

Az IPA filozófiai megközelítése törekszik arra, hogy a vizsgált személy tapasztalataival járó fenoméneket központba helyezve a vizsgálati személy megértésének értelmezésére fókuszáljon. Az interjúalanyok egyéni élményvilágát igyekszik feltárni, illetve az alanyok közötti párhuzamokat feltérképezni, amire az IPA a téma szenzitivitását tekintve alkalmas módszernek bizonyul. A módszer abból a szempontból interpretatív, hogy a kutató interakcióban áll az alannal, behelyezkedik annak szemszögébe, és próbálja megérteni azt a saját fenomenológiai mezején keresztül. Így a keletkezett elemzés az alany és a kutató közös valóságából adódik össze.

A módszer limitációi közé tartozik az, hogy az élmény fundamentumát nem képes teljes mértékben leképezni, hiszen az interperszonális kapcsolatban átalakul. Ezt viszont a kutatói motivációk és önreflexió feltárásával lehet enyhíteni. (Smith, 2009 in Rácz, Kassai és Pintér, 2016)

### ***Mintaválasztás***

Az élmény lehető legközvetlenebb megismerésére törekszik az interpretatív fenomenológiai elemzés (IPA) módszere. A pilot kutatáshoz kis létszámú, homogén minta összeállítása szükséges, ezért a résztvevőket célzott mintavétellel választottuk ki. Smith az ilyen jellegű kutatásokhoz a háromfős mintaválasztást javasolja, így ebben a kutatásban emiatt választottunk ki pontosan három főt. Fontos kiemelni, hogy a minta egy perspektívát, nem pedig egy populációt képvisel. (Rácz & mtsai, 2016)

Az interjúkon három 50 év feletti nő vett részt, akik kapcsolatban álltak az Életvégi Tervezés Alapítvánnyal és foglalkoznak az életvég és a halál kérdésköreivel. A mintában foglalkozásukat tekintve különböznek a résztvevők, viszont az előzetes kérdőívben azt nyilatkozták, hogy gyakran foglalkoznak életvégi kérdésekkel, illetve hogy információt gyűjteni keresték fel az Életvégi Tervezés Alapítványt. A kutatáshoz szükséges etikai engedélyt az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Kutatásetikai Bizottsága adta ki, az engedély száma: 2021/124-3. A kutatásban való részvétel önkéntes és anonim módon, az alanyok beazonosíthatósága nélkül történt. A toborzás célzottan történt egy, a kutatásban való részvételre történt felhívással az Életvégi Tervezés Alapítvány Facebook-csoportján és belső levelezésén keresztül. Az interjúknál való részvétel előtt egy előszűrő demográfiai kérdőívet töltöttek ki a kutatásban részt venni kívánók, amely a következő információkra kérdezett rá: *életkor, nem, legmagasabb iskolai végzettség (ld. 1. táblázat).*

**1. táblázat: A kutatás részvevői**

Interjúalany	Életkor	Foglalkozás	Halállal való foglalkozás gyakorisága	Kapcsolódás a halál témájához
Teréz	50 év vagy annál több	nem szakmabeli	gyakran	Saját veszteségélmények, személyes utánajárás a témának (Youtube-vidéók, cikkek)
Mária	50 év vagy annál több	palliatív szakápoló	gyakran	Saját veszteségélmények, személyes utánajárás a témának (workshop, hospice ápolói tevékenységeknek való utánajárás)
Erzsébet	50 év vagy annál több	mentálhigiénés szakember, kutató	gyakran	Saját veszteségélmények, a téma több éves kutatása

**Eredmények****1. A halálattitűd társas aspektusai, a normatív haláltabu megítélése**

Az első közös téma, amely mindegyik interjúalanyánál megjelent, a *halálattitűd társas aspektusai*, illetve a *normatív haláltabu megítélése*. Megfigyelhető volt, hogy megjelenik egyfajta társas viszonyulás a halál témakörén belül, továbbá az, hogy értékelik a haláltabu társadalmi normalitását. Előtérben volt a mások általi elítélés és megbélyegzés, amelyet Teréznél és Máriánál a magányosság érzése is kísért. Összességében a közös jellemző a témáról való diskurzusnak és a haláltabu enyhítésének az igénye volt.

*„Engem mindig mindenhol lehurrognak, és csöndben is maradok, mert hogy mindenki fél tőle, még a kórháztól is, nemhogy a halottaktól.”*

*„Meglehetősen magamra maradok ezzel.”*

A következő módokon jelent meg a halálattitúd társas aspektusa: Mária már tapasztalt szélsőséges haláhtagadást, mégpedig többek között akkor, amikor az édesanyjával ő volt egyedül képes beszélni a rövid időn belül bekövetkező haláláról és végakarataról, mivel a testvére eltávolította magától anyjuk bekövetkező halálának tényét. Ennek ellenére Máriát megnyugtatta az, hogy ő képes volt ezekről a témákról időben beszélni édesanyjával, mivel amikor elhunyt, nem maradtak számára bizonytalan kérdések a temetéssel és a hagyatékkal kapcsolatban.

*„(...) végre valakinek abban tudok segíteni, hogy ne meneküljön a téma elől, ne féljen tőle, mert ugye a tesóm is mondta annak idején, hogy az anyu nem betegszik meg, az anyu nem halhat meg, az lehetetlen, és én voltam az, aki az anyuval meg tudta azt beszélni évekkkel ezelőtt, hogy mit szeretne, amikor meghal.”*

Emellett a mások általi megítélés is megjelent társas aspektusként. A szakma és a halálattitúd kapcsolata emelkedett ki a két, szakmában a halálhoz közel álló vizsgálati személy esetében. Erzsébet volt az, akit zavar, hogyha valaki szélsőségesen reagál a halál témájával kapcsolatban. Szerinte főleg egy szakmabelinek tudnia kell erről a témáról is beszélnie. Teréz pedig úgy gondolja, hogy egy szakmabelinek előbb elfogadják, ha a halál témájával foglalkozik, mint egy laikusnak.

*„Zavar, nagyon zavar, amikor ilyen hisztérikusan reagálnak a halál témára. Ezen megdöbbsentem, hogy egy egyetemi kutatóintézetben valaki [így reagál].”*

*„Értetlenséget látok, elutasítást, mint valami csodabogárra néznek az emberre ilyenkor, hogyha nem ez a szakmája.”*

Úgy érezték, hogy a külső szemlélők megbélyegzik őket amiatt, hogy ők a halál témakörével foglalkoznak, illetve arról nyíltan beszélnek. Ezen a ponton jelenik meg a magányosság érzése a témával kapcsolatban. Ez főleg Terézre és Máriára volt inkább jellemző, Erzsébet viszont baráti társaságban és nyilvánosság előtt is nyíltan beszél a témáról, sőt amennyiben valakin azt látja, hogy elutasító az ezzel kapcsolatos diskurzussal szemben, akkor egy bizonyos határon belül provokatívan áll hozzá.

*„(...) ja, hát igen, azt is kaptam már, hogy ez beteges.”*

*„(...) abban segített, hogy másokat is érdekel ez a téma, hogy nem vagyok egy csodabogár, mert eziránt érdeklődöm.”*

*„(...) nehéz elfogadni, meg akkor inkább így provokálok. Persze el kell fogadni valamilyen szinten.”*

A *haláltaburól* mindhármuknak volt egyfajta elképzelése, miszerint az a témának és a *hozzá tartozó érzéseknek az egyetemes elnyomása*. Előkerültek szituációk, ahol a halál témájának tárgyalását normálisnak tartották. Például Teréz szerint a szakma vagy egy családi kör, ahol történt haláleset, *hitelesíti a haláldiskurzust*. Úgy gondolja, hogy indokolt esetben normális beszélni a halálról. Közös vélemény volt az, hogy szerintük mindenki *retteg a haláltól*, ami *megakadályozza a diskurzust*. Tapasztalataik szerint amint szóba kerül a téma, azt amilyen gyorsan csak tudják, elterelik. Mária pedig kiemelte, hogy az emberek nemcsak a haláltól, hanem az *asszociálódó fogalmaktól is rettegnek*, mint például kórház, halottasház. A haláltabut nemcsak tág, hanem *szűk társas környezetben* is megtapasztalták az alanyok. Teréz nyitottan beszélne a saját életvégi kérdéseiről, viszont nem partnerek a családtagjai sem ebben a beszélgetésben, ami őt ebből a szempontból még magányosabbá teszi.

*„Az ő részéről ugyanazt a tabu okozta csendességet tapasztaltam, és ezt a gátat nagyon nehéz áttörni.”*

*„(...) családban is szóba jön a munkám, akkor pillanatok alatt mondják, hogy jó, ez nagyon jó, hogy ilyen sikerélményed van, de ezt nagyon gyorsan hagyd abba (...), a tesóm lecövekelte a lábát a patológia előtt, és azt mondta, hogy nem megy oda be (...).”*

## **2. A halál személyes normalizálódása**

A *halál személyes normalizálódása* az, amely második fő témává kerekedett ki. Azáltal, hogy az interjúalanyok foglalkoznak a halál témájával, számukra is formálódott a halál kérdéskörének a képe. Feltűnt, hogy a saját halállal kapcsolatos elképzelések, illetve életvégi tervezések és a téma kutatása *megfogható, megközelíthető és megszelídült halálképet* nyújt az interjúalanyok számára. Összességében ezek a stratégiák *kontrollkeresés* formájában vannak jelen: az *életvégi tervezésben, tovagyűrésben, racionalizálásban és humorban*. Mindegyik valamennyire távolítja a halált és segíti a halálfélelemmel való megküzdést.

*„Írogatom a receptjeimet, intelmeket a majd egyszer megszületendő unokáimnak, családi történeteket.”*

*„Senki se szomorkodjon, ráadásul itt leszek mindig, látni fogom őket.”*

*„Tehát pontosan tudom, hogy hogyan nem szeretnék meghalni.”*

*„(...) a kutatás meg az egésznek a racionalizálása, hát, hogy van itt egy problémakör, ami tabu, és egy kicsit kívülről nézem, mint egy rovartanász a rovarjait maga előtt.”*

*„(...) milyen jókat lehet nevetni a halálon (...), tehát lehet azért ezen humorizálni. Nem kell komolyan venni.”*

A halálesetek élményei *közelebb hozták a halált*, ezzel együtt pedig *megszelídítették* azt. Szükség van viszont a *haláleset elfogadására és átérésére* ahhoz, hogy ez később enyhítse a halállal kapcsolatos érzéseket. Teréz életében tehát nagy változást hozott a gyásszal és szomorúsággal járó érzések megengedése. Hagyja, hogy *megrázza*, és ez, illetve a témával való foglalkozás *nyugalmat* is nyújt számára. Erzsébet pedig úgy éli meg, hogy minél közelebb kerül az élet végéhez, annál inkább csillapodik számára a halálfélelem, amiben, úgy érzi, élettársa halála is szerepet játszott.

*„Nem félek róla beszélni, de persze nagyon megráz, és hagyom, hogy megrázzon. Ez az, ami nagyon nagy változás lett bennem.”*

*„(...) egyre közelebb vagyok a halálhoz, úgy megszeliődött, tehát hogy ez a megdöbbenés meg szívbe markolás meg halálos rémület, ez úgy megszeliődött (...).”*

*„Talán az is számított, hogy két évvel ezelőtt vesztettem el az élettársamat.”*

Előtérbe került a fő témán belül, hogy nemcsak normalizálódott a halál, hanem az *élet szemlélete is tudatosabbá vált*. Mária történetében kiemelkedett a hála és az élet természetes pillanatainak értékelése. Azáltal, hogy az onkológiai és palliatív ellátásban is van már nővéri tapasztalata, illetve két férjét is eltemette, világossá vált számára, hogy a halál nem válogat, így ő sokkal jobban értékeli az életet.

*„Tehát ezért alakította át a felfogásomat meg az életemet. De hálásabb vagyok, ha valami jó történik, mivel másnak nem természetes. Tehát addig, amíg nekem egy 28 éves fiú azt mondja, hogy a legnagyobb vágya, hogy álljon a lábán, és kimenjen sétálni a Duna-partra a kedvesével, és ez a fiú meghal, addig tényleg azt tudom mondani, hogy igen hálás tudok lenni, hogy ha valami jó történik, és hogy másnak nem természetes, ami nekünk az.”*

*Mielőtt foglalkoztak volna a halállal, és az normalizálódott volna számukra, mind a három alanyuk nehezebbre esett a gyásszal és halállal kapcsolatos érzéseiket felismerni, elfogadni vagy kinyilvánítani.* Ez Teréz esetében főleg a magzatok sorozatos elvesztésében mutatkozott meg, illetve a hozzá közel álló nagyszülőjének a temetésén tapasztalt hidegség és keménység érzésében. Ő a gyásszal kapcsolatos érzéseket a gyengeséggel asszociálta.

*„Elvetélt az ember, aztán egy hét múlva ment dolgozni, semmiről nem beszélt, nem beszélt róla. Arra sem idő, sem lehetőség, hogy meggyászoljunk egy magzatot, pedig az is ugyanolyan gyász kellett volna, hogy legyen.”*

*„Hát emlékszem, a nagypapám temetésén, aki tényleg közel állt hozzám, egy könnyet nem ejtettem. (...) Nagyon tartottam magam, nagyon kemény voltam, racionális, semmi érzelmet, semmi, ami lágyság, ami azt mutatja, hogy gyenge vagy.”*

A társas megítéléstől való félelem Mária esetében is előfordult. Elmesélte azt a személyes élményét, amikor a nagymamájának a temetésén képtelen volt visszatartani érzelmeit. Megrázta a haláleset, viszont *szégyellte érzelmeit* a családjával szemben.

*„(...) emlékszem, hogy kirohantam a ravatalozóból, mert hogy szégyelltem, hogy sírok.”*

A *haláldiskurzus elkerülésének másik oldalával* ismertetett meg Erzsébet édesanyja halálának történetével. Ebben az esetben ő és családja tért ki az egyenes beszéd elől. Erzsébet úgy ítélte meg, hogy abban az időben *normális volt a bekövetkező halál lehetőségét eltitkolni* a beteg elől. Amikor visszaemlékezett erre az időszakra, akkor arról számolt be, hogy a diskurzus elkerülése, emellett a tudatlanság distresszt és félelmet okozott édesanyjának. Az ő halála után végül ez vált motiváló tényezővé Erzsébet számára ahhoz, hogy elkezdje kutatni a halál tabujának témáját, azzal a céllal, hogy megértse és enyhítse azt.

*„Sem az orvosok nem mondták el, hogy tüdőrákja van, sem mi, és éreztem, hogy sehogy sem jó ez a hazudozás. Nem tudtunk vele nyíltan beszélni, rettegett, szorongott, és akkor mikor meghalt, megpályáztam több külföldi ösztöndíjat, hogy jó lenne ezzel a témával foglalkozni (...).”*

### **3. A halállal kapcsolatos tevékenységek és az azt motiváló tényezők**

Mindhárom interjúalanynál megfigyelhető volt egy személyes és egyedi téma, amely a halál témakörében kiemelkedett. Teréznel központi szerepet játszott *a kisállatok helyzete hagyatéki eljárásakor*, illetve *a kisállatokhoz fűződő gyász elhanyagolása*. Úgy érzi, hogy az állami ellátásban is szükség lenne a speciális segítőkre *kisállatgyász* témakörében, ami még a magánszférában is ritka. Számára ez az élmény azért fontos, mivel személyes traumát élt át a terápiás kutyájának az elvesztésével.

*„Az emberek olyan szinten kötődnek a kutyájukhoz, ahogy egy-egy családtagjukhoz sem, és mégis mérhetetlen érthetlenség fogadja a társadalomban a szeretett kisállat miatt érzett gyászt.”*

Máriánál palliatív szakápolóként egyedi témaként jelent meg a *méltóságteli halál* kérdése. Személyes elmondása alapján barbárságnak tartja azt, amikor egy embert az utolsó leheletéig igyekeznek „gyógyítani”. Számára fontos az időben elkezdett palliatív támogatás, hogy megadathasson a betegnek a méltóságteli halál. Mária a saját életvégi intézkedéseivel kapcsolatban is fontosnak tartja az egészségügyi rendelkezés megírását, így ő biztosan tudja, hogy miképp nem szeretne meghalni.

*„(...) csak napi szinten megerősödik bennem az is, hogy akkor ebbe az egészségügyi rendelkezésbe esetleg mit vennék még bele, mivel nem tudok azonosulni vele. (...) Néha én is*

*megdöbbenek, és most nagyon csúnya, amit mondok, de van, hogy látok egy olyan beteget, tehát látok olyan állapotokat, amire azt mondom, hogy Úristen, ezt a munkát... tehát ezt a sintérmunkát, és ezt gyógyítás címszó alatt...”*

Erzsébet történetében két kiemelkedő téma is megjelent, az egyik a *halálról való beszélgetés a gyerekekkel*, illetve a járványhelyzet hosszú távú hatása a haláltabu enyhülésére vagy rossz esetben elmélyülésére. Erzsébet szerint a gyermekeket is be kell vonni a haláldiskurzusba, amennyiben érdeklődnek iránta, illetve a koruknak megfelelő módon. Emellett úgy gondolja, hogy a járvány alatt tevékenykedő önkéntesek és közvetve a családjaik oldani fogják a társadalomban megülő haláltabut. Ezzel szemben ronthat is a helyzetet, mivel például a fuldoklással járó haldoklás traumatikus élményt okozhat a környezetnek, ami szerinte inkább elmélyíti a tabut.

*„Mondjuk az, ami nagyon zavar, és ezt említettem is magának, hogy a gyerekeknek ugye nagyon nem beszélnek erről a témáról, illetve hogy ha beteg egy családtag, akkor sokszor késve, vagy torzan, vagy mit tudom én, hogy mondják el.”*

*„Nekem meggyőződésem, hogy a Covid–19 kapcsán, ugye nagyon sokan önkénteskednek, közelebb kerül ez a téma hozzájuk.”*

Mindhárman beszámoltak a halállal való foglalkozást *motiváló tényezőkről*. A *személyes ingóságok rendbetétele* és a *gyászoló szeretteinek ezáltal megkímélése* fontos motívumoknak mondhatók az életvégi kérdésekkel való foglalkozásban. Emellett a praktikus indokok mellett látható volt a *tovagyűrűzésnek* a reménye is. Továbbá motiváló tényezőként hatottak a *haláltabu okozta negatív élmények*. A motiváló tényezők utolsó csoportja ösztönözték a *haláltabu lebontását*.

*„(...) azt szeretném, hogy aki utánam majd rendet rak, akinek ezzel majd dolga lesz, az könnyen boldoguljon.”*

*„(...) én nem készülök éppen meghalni, csak én nem szeretem a rendezetlen dolgokat. És ez is oka annak, hogy én ezzel foglalkozom, mert nem szeretem sem magam körül, sem magam után a káoszt.”*

*„Ez volt a kiindulópont, hogy na, most akkor ezzel a témával szeretnék foglalkozni, mármint egyetemi munkám során is, meg mellette is.”*

#### **4. A halálesemények narratívái**

Végül megemlítendő, hogy az interjúalanyok személyes események hatására kezdtek el foglalkozni a halál témájával. Mindhármuk életében előfordult legalább egy olyan *határhelyzet*, amelytől kezdve fordulópontot vett az életük, illetve amelytől kezdve úgynevezett *poszttraumas*

*növekedésben* lett részük. Ez a fordulópont Teréz esetében akkor jött el, amikor meghalt a terápiás kutyája. Ez a halálesemény volt az első, amikor volt alkalma a búcsúzásra, mivel az állat a karjaiban halt meg. Ebben az egy eseményben pedig összpontosult a korábban meg nem élt összes vesztesége attól kezdve, hogy nem kívánt terhességből született, a bátyját gyermekkorában elvesztette, sorozatosan elvesztette a magzatjait, és eltemette az első vőlegényét. A háziállat halálesete után állapota rossz volt, huzamosabb ideig kórházba került. Lassan volt képes a gyászterapeutájával megérteni a reakcióját, majd a gyógyulás útjára lépni. Miután sikerült feldolgoznia a veszteségélményeket, megszűntek a pánikrohamai, és elmondása szerint elárasztotta őt a nyugalom.

*„Ezek gyűltek-gyűltek bennem, és amikor két évvel ezelőtt elveszítettem a terápiás kutyusomat, Masnit, akkor ez az egész kirobbant belőlem, mert valahogy már megengedtem magamnak, hogy gyászoljak, és akkor úgy minden, tehát akkor nem tudtam, hogy miért omlottam ennyire össze (...).”*

*„Sokkal nyugodtabb vagyok viszont, mióta ezzel foglalkozom, tehát az elmúlt két évben azt vettem észre, hogy elmúltak a pánikrohamaim. (...) Ebben változtam nagyon sokat.”*

Közös tényezőként bontakozott ki, hogy mindhármuk esetében megjelent egy *segítő* a fejlődési folyamatban. Mária, miután meghalt a második férje, arról számolt be, hogy fel akarta adni az életét. Ekkor motivációs tréner barátnője segítette át őt ezen és mutatott neki utat az *önmegvalósítás* felé. Az ő segítségével döntötte el, hogy megváltoztatja az életét és saját magát helyezi a középpontba: *megvalósítja a gyermekkori vágyát*, hogy ápolónő lehessen, saját képére formálja az otthonát és tudatosan keresi a *mindennapi örömeit*. Életének jelenlegi időszaka az *önmegvalósításról* szól, amit *fantasztikus élménynek* ír le.

*„De önmegvalósítok, tehát ez egy fantasztikus élmény. (...) Ettől jó most, aztán ehhez kellett, hogy idáig eljussak, hogy ezt így meg merem csinálni, hogy nem érdekel, hogy ki mit mond, gondol, ha hibbantnak gondolnak (...).”*

Erzsébet számára az édesanyja halála utáni útkeresésében a haláltabu-enyhítés mozgalmának egyik neves magyarországi alakja, Polcz Alaine volt segítségére. Ekkor megtalálta az útját, ahol a mai napig aktívan tevékenykedik. Továbbá elmeséli, hogy számára hogyan szelídült meg a halálfélelem azáltal, hogy végigkísérte élettársa utolsó időszakát és a halálát. Nem szentimentálisan szemlélte ezt az eseményt, hanem valóságosnak és közelinek érzekelte, ami végül a fejlődésre készítette.

*„Épp most olvastam valahol, hogy ezt tehát a poszttraumás növekedéssel éltem át, tehát hogy azt mondtam, hogy ha ez így történik, és nem volt szép, meg nem volt fölemelő, meg nem volt békés, de ugyanakkor nagyon valóságos és közeli volt. Tehát ez nem, lehet, hogy másnak*

*növelte volna a rémületét, de nekem meg éppen hogy közelebb hozta, hogy hát igen, bármelyikünk járhat így.”*

Végül azzal a megfigyeléssel zárul ez a fő témakör, hogy mindhármuk esetében előfordult a *halállal való találkozás formájának* a fontossága. Esetükben kiemelendő, hogy a közvetlen búcsúzás, vagy ami egy *hospice-ban* vagy *saját otthonban* történik, intenzívebb halál- és gyászélményt okoz, mint ha az kórházban, közvetett módon történik. Mária esetében kifejezetten fontos volt, hogy megbizonyosodjon arról, hogy valóban meghalt-e a hozzátartozója, így eltöltött vele egy kis időt, megnézte a testét, hogy az információ eljusson hozzá. Mondta, hogy a mostani járványhelyzet miatt édesanyját nem tudta meglátogatni, így nem is láthatta a holttestét sem. Emiatt számára sokkal nehezebb annak a ténynek az elfogadása, hogy ő már meghalt.

*„(...) éppen anyukám is meghalt, és ugye a mai helyzetnek köszönhetően nem mehettem be hozzá, nem láttam, betegen sem láttam, nemhogy halva. Egyszerűen nincs meg az információ, hogy most ő így meghalt, mivel nem láttam. Tehát nekem kell az a bizonyosság. Én, akárki meghalt, mindenkit megnéztem még egyszer, és akkor úgy volt meg az információ, hogy tényleg meghalt. Az anyut nem láttam, ezért ez most nehéz, és úgy vagyok vele, hogy ez a kettősség van bennem, hogy most jó, tudom, hogy meghalt, hát én szerveztem a temetést, de hát majd felhívom és megbeszélem vele.”*

Teréz számára a korábban említett közvetlen búcsú nyitott utat a korábban meg nem élt gyászoknak. Tehát az ő esetében is fontos szerepet játszott a halálélmény megtapasztalásának közvetlensége. Erzsébet pedig úgy érzi, hogy a halálfélelmének megszelídülésében inkább az élettársa halála, mintsem az édesanyjáé játszott szerepet, mivel az édesanyját kórházban ápolták, és nem kísérte úgy a halálát, mint az élettársáét, aki hospice-ban hunyt el.

*„Úgyhogy szerintem ez volt ez ilyen fordulópont, úgyhogy 30 évvel ezelőtt, amikor az édesanyám halt meg rákban, ő intézményben halt meg, tehát nem voltam mellette a nap 24 órájában, és az valahogy olyan távoli volt. Mármint hogy persze meglátogattam, meg mit tudom én, de tudja, megint más bemenni egy kórházba, meg megint más itt jelen lenni, amikor valaki beteg.”*

### **Konklúzió – önreflexió**

Személyes veszteség által tapasztaltam meg, hogy milyen a gyász élménye. Emellett azt is, hogy ha a gyásznak és a halálról való diskurzusnak nem engedünk teret, az nem szünteti meg az ehhez kapcsolódó érzéseket, csak eltolja a gyász folyamatát. A tapasztalataim alapján ezeknek az érzéseknek a figyelmen kívül hagyása azt eredményezi, hogy azok a későbbiekben

valamilyen úton manifesztálódnak. Személyesen ez a hosszú éveken át elhúzódott, és az egyre kellemetlenebb hatással bíró gyászfeldolgozás halogatása, majd az ezzel való szembenézés vetette fel bennem a kérdést, hogy vajon miért nem beszélünk a halálról, még akkor sem, amikor már előreláthatóan is számíthatunk rá. Ebből épült ki végül a kutatás ötlete és terve, illetve ez a személyes élmény hatja át a kutatásban kikerekedő értelmezéseket, amelynek a célja, hogy megértsem a halállal való foglalkozás motiváló tényezőit.

## Megbeszélés

### 1. A halálattitűd társas aspektusai, A normatív haláltabu megítélése

Az eredmények beigazolták, hogy az alanyoknak valóban van *tapasztalatuk a haláltabu jelenségéről* a mindennapokban, amire több szerző is korábban felhívta a figyelmet (Polcz, 1998, Walter, 1991, Gorer, 1950 in Robert & Tradii, 2017, Ariés, 1974 in Robert & Tradii, 2017, Yalom, 2008/2018, Zana, 2008). Az eredmények alapján látható, hogy a halál egyszerre értelmezhető *személyes és társadalmi szinten* egyaránt, mivel az interjú során mindkét formában megjelent a haláltabu (Buda, 1997). A halálattitűd az alanyok esetében inkább személyes, a saját perspektívából formálja a társadalmi megközelítésű haláltabut. A haláltabu jelensége pedig főképp a társas közegben volt nagyobb jelentőségű, bár előfordult személyes szinten is.

Az alanyok többek között tapasztalták a körülöttük lévők *elutasítását és mások rettegésérzését*, amikor a halálról kezdeményeztek diskurzust. Az is egy gyakori reprezentáció volt, hogy a körülöttük lévőket úgy látták, mint akik kerülnek, figyelmen kívül hagyják a halál lehetséges bekövetkeztét. Ez reflektál a TMT-re, miszerint egy folytonosan működő mechanizmus során a halálfélelmet elfojtjuk magunkban, és amikor az felszínre kerül, heves reakciókat vált ki az emberből, aki igyekszik azt mihamarabb elkerülni, kompenzálni. (Pyszczyński, Solomon, & Greenberg, 2015)

Ugyanakkor rámutattak az eredmények arra, hogy azon személyek körében, akik foglalkoznak a halál témájával, megjelenik a *magány* érzése, mivel az is előfordult, hogy még a saját családtaggal, házastárssal sem tudnak az igényeiknek megfelelően erről a témáról kommunikálni. A *szakma* jelent meg mint a *halálról való diskurzus normalizálója* például Erzsébet esetében, aki kutatóként olyan közegben mozog, ahol biztonságban lehet a témáról értekezéseket folytatni. Ennek ellenére ez még mindig azt feltételezi, hogy egy nem szakmabelinek, de még egy szakápolónak is nehéz alkalmat találnia arra, hogy erről őszintén tudjon beszélgetni.

Az életvégi kérdésekkel kapcsolatban előkerült a *digitális hagyaték* kérdése. Ennek kapcsán érdemes kiemelni tehát a nemzetközi és hazai kezdeményezések létjogosultságát, amelyek igyekeznek minél nagyobb felületet teremteni a halálról való diskurzusnak és az életvégi kérdésekkel kapcsolatos információgyűjtésnek. (Nemes, 2014, Geiszbühl-Szimon, 2016)

## **2. A halál személyes normalizálódása**

Korábban említett amerikai adatok alapján az elhalálozások 55%-a elkerülhető, de mégsem elkerült cselekvésekből adódik (Emmons & Kelemen, 2014; Keene, 2008; Klein, 2008; Staats, 1993). Az interjúalanyok beszámolói alapján *reális halál szemléletet* feltételezünk. Mindhárman találkoztak már legalább egy közeli hozzátartozó halálesetével, így számukra a halál eseménye a jövőben bekövetkező ténynek minősül. Ez a tapasztalás, ahogy említették is, *közelebbi és valóságosabb halálképet* vetít ki számukra, ami inkább a *poszttraumás növekedés* felé, mintsem meggondolatlan, életveszélyes életmód irányába tolja az interjúalanyokat.

## **3. A halállal kapcsolatos tevékenységek és ehhez fűződő élmények**

A halállal való foglalkozást motiváló tényezők a szakirodalmi háttérhez képest új információknak bizonyultak. Az interjúk alapján kijelenthető, hogy a legfőbb motivációs tényezők a következők: *nem szeretnék maguk után rendetlenséget hagyni*, tehát arra törekednek, hogy ha majd meghalnak, minden hagyatékkal kapcsolatos életvégi ügy el legyen rendezve. Emögött meghúzódik annak az érzése, hogy nem szeretnék a hátramaradó családtagok terhére lenni azáltal, hogy nem rendezték el a hagyatéki ügyeiket. Mivel a minta az Életvégi Tervezés Alapítványon keresztül lett toborozva, így várható volt az ebből fakadó motivációs tényező. Ezen belül az életvégi ügyek elrendezése az élethez tartozó „láthatatlan ingóságoknak” a rendbetételét is jelenti, mint például a pénzügyi adatok és hozzáférések öröklése vagy a digitális hagyaték sorsa. Motivációs tényezőként jelent meg továbbá a *méltóságteli halál reményében íródott előzetes egészségügyi rendelkezés*. Ez főképp Mária esetében jelent meg, de Teréz is megemlítette. Máriában szakápolóként, az onkológián eltöltött ideje alatt erősödött meg a tudat, hogy végrendelkezzen arról, hogy amennyiben súlyosan megbetegedne, mi az a kezelés, amelyet már nem kér. Saját élményei alapján rengeteg értelmetlen kezelést és beavatkozást figyelt meg, amelyet az emberi élet megmentése érdekében tettek, viszont ezáltal a méltóságban való meghalás lehetőségének elvételét eredményezték a kórházakban.

Mindezek felett impliciten a *tovagyűrűzés* fogalma az, amely szintén motivációs tényezőként vehető számításba az elemzés során. Ez Teréz esetében jelenik meg a jövőbeli családtagjainak szánt személyes üzenetek írásában, illetve a felkutatott családi történetek átadásában. Emellett pedig *személyes küldetés* is motiváló tényezőként bukkan fel, az *önmegvalósítás* formájában. Ez főképp Mária és Erzsébet esetében jelent meg, akik feltették az életüket arra, hogy egy, a halál témájával „átitatott” területen találják meg önmagukat. Máriát a sokféle őt ért veszteség és az, hogy elvetette gyermekkori álmát, hogy ápolóként dolgozzon, végül arra motiválta, hogy ezt megvalósítsa, és még tovább fejlessze magát, hogy a jövőben akár a hospice szolgálataiba is álljon, mint ápolónő. Erzsébet esetében pedig a *kutatói kíváncsiság* és a *haláltabu leküzdésének mozgalmában való részvétel* jelent meg jelentős mértékű motivációként. Ezek a motivációk összességében egyfajta *kontrollérzést* adnak, és megfoghatóvá teszik a kontrollálhatatlanul bekövetkező halált. Erzsébet esetében kontrollérzést ad, hogy kutatóként ő magától eltávolítva tanulmányozza a halált, így sokat tud róla, átlátható számára és nem ismeretlen. Mária számára a halálesetek az ő élni akarását erősítették meg, ami arra készítette, hogy ne adja fel gyermekkorában tőle elvett álmát, és megvalósítsa önmagát. Megadja neki a kontrollt, hogy a kórházi mindennapok során a saját önmegvalósításának biztonságából figyeli a nap mint nap bekövetkező elhalálozásokat. Teréz pedig a témával való szembenézés és a halál utáni létezés egy formájában találja meg a kontrollálhatóság útját.

#### **4. A halálesemények narratívái**

A *halál tudatosulása* mindhárom esetben kiemelkedően fontos katalizátora volt a halállal való foglalkozásnak. Nem csupán a halál közelebb kerülése miatt fontos, hanem mert képesek voltak az alanyok profitálni, *fejlődni ezekből a halálélményekből*. Paradoxonként lehetne tekinteni arra, hogy egy ilyen szorongással teli életeseményből hogyan fejlődhet ki mégis egy autentikusabb, egészségesebb létezés. Kierkegaard kijelentése értelmet adhat ennek a paradoxonnak, miszerint „Akit a szorongás nevel, azt a lehetőség neveli s csak, akit a lehetőség nevel, az fejlődhet a végtelenségig” (Kierkegaard, 1993/1844 181–182.). Ez alapján a halál általi szorongás adott lehetőséget egy autentikusabb létezésre.

A fejlődésen túl pedig az *önmegvalósítás* igénye volt jelen markánsan az alanyoknál. Az értelmetlennek tűnő veszteségekben megpróbálták értelmet keresni. Teréz magyarázatot lelt a súlyos gyászreakcióira, Máriában küldetéstudat alakult ki az onkológiai és a halálos betegek gondozásában, Erzsébet pedig elhatározta, hogy részt fog venni a haláltabu ledöntésének mozgalmában. Ezek a történetek pedig egyaránt kapcsolódnak a Victor Frankl logoterápiájában fontos tényezőnek tartott értelemkereséshez, illetve Yalom azon gondolatához, miszerint

szükség van egy határhelyzetre ahhoz, hogy lehetőséget kapjon az ember a fejlődésre (Frankl, Kalocsai Varga Éva, & Sárkány Péter, 2014, Yalom, 2014/1980). Mária kijelentése, miszerint szüksége volt arra a traumára, hogy megváltoztassa az életét, alátámasztja Buda gondolatát is, miszerint aki a halált nem éli meg érzelmileg, az az életét is jelentéktelenül éli meg. (Buda, 1997)

Végül pedig kiemelendő, hogy Yalom kutatásában személyiségfejlődést vett észre azoknál, akiknél halálos kimenetelű mellrákot diagnosztizáltak. A jelen IPA pilot kutatásnak az eredményei alapján érdemes lehet a továbbiakban mélyebben megvizsgálni azt, hogy a gyászolók személyiségfejlődésére is általánosan hatással van-e egy traumatikus halálosesemény, mivel elmondásuk szerint mindhárman tapasztaltak fejlődést. Az interjúban viszont fellelhető egy-két motívum, amelyet Yalom és munkatársai találtak kutatásukban, miszerint a *jelentéktelen dolgokat banálisként kezelik, nem halogatnak, és mélyebb a kommunikáció a szeretteikkel.* (Yalom, 2014 /1980 51–52. oldal)

### **Limitációk**

A legfontosabb limitációja a kutatásnak, hogy ez egy pilot kutatás, tehát a továbbiakban érdemes lehet több interjúalanyt bevonni az elemzésbe, hogy pontosabb párhuzamokat lehessen felfedezni közöttük. Továbbá az IPA módszer rengeteg előnye mellett több hátrányt is megemlíthetünk. A szubjektív kutatói értelmezés óhatatlanul befolyásolja az eredményeket, ezáltal nem az eredeti, lecsupaszított élményt kapjuk meg, hanem a kutató és az interjúalany közös valóságát. Kutatási csoportban, szisztematikus és többszöri szövegelemzéssel közelebb lehet jutni a fundamentális élményhez, amire jelen kutatásban nem volt lehetőség (Smith, 2005 in Rácz, Kassai és Pintér, 2016). A kutatás további korlátja lehet, hogy az eredmények csak az adott személyek élményvilágát és az egymás közötti összefüggéseket tárja fel, így nem lehet a teljes populációra következtetéseket levonni. Érdemes tehát kiegészítésképp az IPA által feltárt jelenségeket a továbbiakban a témának megfelelő kvantitatív módszerekkel is vizsgálni, hogy egy átfogó, általános képet is nyerhessünk.

## IRODALOM

- ARIÈS, P., RANUM, P. M. (1975). *Western attitudes toward death: From the middle ages to the present*. John Hopkins Univ. Press, Baltimore.
- BECKER, E. (1973). *The denial of death*. Free Press, New York.
- BUDA, B. (1997). A halál és a haldoklás szociál-pszichológiai tényezői és folyamatai. *Kharón Thanatológiai Szemle*, (I.), 1. oldal. [https://epa.oszk.hu/02000/02002/00001/pdf/1997-tel\\_buda-halal.pdf](https://epa.oszk.hu/02000/02002/00001/pdf/1997-tel_buda-halal.pdf)
- COHN, L. D., MACFARLANE, S., YANEZ, C., IMAI, W. K. (1995). Risk-perception: Differences between adolescents and adults. *Health Psychology*, 14(3), 217–222. doi: 10.1037/0278-6133.14.3.217
- CSÜRKE J. in KÖVÁRY, Z. (2019). *Egzisztenciális pszichológia egykor és ma*. Oriold & Társai, Budapest. (317–331.)
- EMMONS, N. A., KELEMEN, D. (2014). The Development of Children’s Pre-life Reasoning: Evidence From Two Cultures. *Child Development*, 85(4), 1617–1633. doi: 10.1111/cdev.12220
- FLORIAN, V., MIKULINCER, M. (1997). Fear of death and the judgment of social transgressions: A multidimensional test of terror management theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(2), 369–380. doi: 10.1037/0022-3514.73.2.369
- FRANKL, V. E., KALOCSAI VARGA, É., SÁRKÁNY, P. (2014). *...mégis mondj igent az életre!: Egy pszichológus megéli a koncentrációs tábor*. Jel, Budapest.
- FREUD, S. (2013). *Problem of Anxiety*. Read Books Ltd., London.
- FREUD, S., KOVÁCS, V., FERENCZI, S. (2011). *A halálöszön és az életöszönök*. Belső Egészség, Onga.
- FREUD, S., STRACHEY, A., STRACHEY, J., FREUD, S. (1989). *Inhibitions, symptoms, and anxiety*. Norton, New York.
- GEISZBÜHL-SZIMON, P. (2016). Beszéljünk-e a halálról? A csoportos beszélgetés hatása a halálfélelemre és a halál iránti attitűdre. *Kharón Thanatológiai Szemle*, III., 21–41. [https://kharon.hu/docu/2016-3\\_geiszbuhl-szimon-beszelgessunk-e.pdf](https://kharon.hu/docu/2016-3_geiszbuhl-szimon-beszelgessunk-e.pdf)
- GORER, G. (1955). The pornography of death. *Encounter*, 5(4), 49–52.
- HAYLETT, W. J., TILLEY, D. S., SPENCER, B., HWANG, S. H., & AKARD, T. F. (2021). Parenting Surviving Children After the Death of a Child from Cancer: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 30(9), 2225–2237.
- HANKISS, E. (2016). *Az emberi kaland egy civilizációelmélet vázlat*. Helikon, Budapest.
- HEIDEGGER, M. (2004). *Lét és idő* (M. Vajda & J. Horváth, Ford.). Osiris, Budapest.

- JASPERS, K., SANER, H. (2008). *Mi az ember? Filozófiai gondolkodás mindenkinek* (L. Kőrös, Ford.). Katalizátor Kvk., Budapest.
- KIERKEGAARD, S. (1993). *A szorongás fogalma*. Göncöl Kiadó, Budapest.
- KLEIN, W. M. P. (2008). Optimism bias. In *Human behavior constructs: Theory, measurement, and research*. National Cancer Institute. Retrieved from doi: 10.1177/1745691613485247
- KÜBLER-ROSS, E. (1972). On Death and Dying. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 221(2), 174.
- MAY, R. (1996). *The meaning of anxiety* (Rev. ed). Norton, New York.
- MIKULINCER, M., FLORIAN, V., HIRSCHBERGER, G. (2003). The Existential Function of Close Relationships: Introducing Death Into the Science of Love. *Personality and Social Psychology Review*, 7(1), 20–40. doi: 10.1207/S15327957PSPR0701\_2
- MUND, M., MITTE, K. (2012). The costs of repression: A meta-analysis on the relation between repressive coping and somatic diseases. *Health Psychology*, 31(5), 640–649. doi: 10.1037/a0026257
- NAZAM, F., HUSAIN, A., DEVI, S., & SINGH, R. K. (2021). An interpretive phenomenological analysis of hope in cancer patients: A qualitative study. *Indian Journal of Cancer*.
- NOYES, R. (1980). Attitude Change Following Near-Death Experiences. *Psychiatry*, 43(3), 234–242. doi: 10.1080/00332747.1980.11024070
- POLCZ, A. (1998). *Ideje a meghalásnak: Tanulmányok*. Pont, Budapest.
- PYE, N. (2020). The experience of being informed of the death of a loved one by suicide: an interpretative phenomenological analysis (Doctoral dissertation, University of Nottingham).
- PYSZCZYNSKI, T., SOLOMON, S., GREENBERG, J. (2015). Thirty Years of Terror Management Theory. In *Advances in Experimental Social Psychology* (Köt. 52, o. 1–70). Elsevier.
- RASSOOL, S. B., & NEL, P. W. (2012). Experiences of causing an accidental death: an interpretative phenomenological analysis. *Death studies*, 36(9), 832–857.
- RÁCZ, J., KASSAI, S., & PINTÉR, J. N. (2016). Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) mint kvalitatív pszichológiai eszköz bemutatása. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 71(2), 313–336. <https://doi.org/10.1556/0016.2016.71.2.4>
- ROBERT, M., TRADII, L. (2019). Do we deny death? I. A genealogy of death denial. *Mortality*, 24(3), 247–260. doi: 10.1080/13576275.2017.1415318
- SPIEGEL, D. (1981). Group Support for Patients With Metastatic Cancer: A Randomized Prospective Outcome Study. *Archives of General Psychiatry*, 38(5), 527. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780300039004
- STAATS, S., HEAPHEY, K., MILLER, D., PARTLO, C., ROMINE, N., & STUBBS, K. (1993). Subjective age and health perceptions of older persons: Maintaining the youthful bias in sickness and in health. *The International Journal of Aging and Human Development*, 37, 191–203. doi: 10.2190/373B-PJ6U-DWAA-4K03

WALTER, T. (1991). Modern Death: Taboo or not Taboo? *Sociology*, 25(2), 293–310.

doi: 10.1177/0038038591025002009

YALOM, I. D. (2014). *Egzisztenciális pszichoterápia* (Z. Adorján, Ford.). Park, Budapest.

Szerző:

**Baracsi Gabriella**

viselkedéselemző

ELTE PPK

baracsi.gabriella98@gmail.com

**DR. KŐMÜVES SÁNDOR**

## **Eutanázia Belgiumban**

### **Kihívások metszéspontjában**

**Összefoglalás** ♦ A tanulmány első lépésben ismerteti a belgiumi eutanáziatörvényt. Ezt követően Belgium eutanáziával szerzett tapasztalatának néhány olyan eleme kerül rövid értelmező leírásra, melyek a jelenlegi kihívások fókuszában állnak: a törvényben megnevezett súlyos és gyógyíthatatlan rendellenesség kritériuma, a lelki betegséggel diagnosztizált személyek eutanáziájának a kérdése, illetve a palliatív gondozás és az eutanázia egymáshoz való viszonya.

**Kulcsszavak:** eutanázia, Belgium, súlyos és gyógyíthatatlan rendellenesség, lelki betegség, lelki szenvedés, elviselhetetlen szenvedés, palliatív gondozás

## **Euthanasia in Belgium**

### **Current challenges**

**Abstract** ♦ The paper first delineates the Belgian law on euthanasia. Then it briefly describes some elements of Belgium's experience with the law in an interpretive way. These elements - the serious and incurable disorder criterion, euthanasia of patients diagnosed with mental illnesses, and the relation between palliative care and euthanasia – are amongst the main challenges of the current debate.

**Keywords:** euthanasia, Belgium, serious and incurable disorder, mental illness, mental suffering, unbearable suffering, palliative care

Belgiumban az eutanáziatörvény 2002-ben történő hatályba lépése óta intenzív parlamenti és társadalmi viták folynak a törvényről, valamint annak egyes elemeiről, ennek ellenére mindössze csupán két törvénymódosítás került elfogadásra. A 2005-ben történt módosítással

jogi védelmet kaptak azok a gyógyszerészek, akik az orvos rendelkezésére bocsátják az eutanázia végrehajtásához szükséges szert, a 2014-es módosítás pedig lehetővé tette életkori megkötés nélkül a kiskorúak eutanáziáját.

Az eutanáziaesetek vonatkozásában tendenciákat is azonosíthatunk: a törvény hatályba lépése óta fokozatosan emelkedik az eutanáziák száma és emelkedést figyelhetünk meg egyes csoportokban is (a 80 év felett lévő személyek csoportjában, a nem daganatos betegséggel diagnosztizált betegek csoportjában, a nem terminális állapotban lévő betegek esetében általában (Dierickx et al, 2016), illetve a nem terminális állapotban lévő, pszichiátriai zavarral vagy demenciával diagnosztizált betegek csoportjában (Dierickx et al, 2017)).

### 1. A belgiumi eutanázia törvény

Belgium eutanázia törvényének<sup>1</sup> értelmében *eutanázia* „az a cselekedet, amely egy személy életét annak saját kérésére szándékosan befejezi, és ugyanakkor a cselekedetet nem a saját életének befejezését kérő személy hajtja végre”. Ez a meghatározás a legismertebb eutanázia meghatározás törvénybe foglalása, ami a meghatározás tipológiai leírása során válik nyilvánvalóvá. Először is a törvény a cselekvés követelményéből következően az eutanázia *aktív* formáját definiálja. Másodszor, az élet megrövidítésére irányuló explicit szándék az eutanázia *direkt* formáját fedi le. Harmadszor pedig, mivel eutanáziára csakis annak a személynek a kérésére kerülhet sor, akin az eutanáziát végrehajtják, az eutanázia *önkéntes* formájáról van szó. Összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy a belgiumi törvényi meghatározás az *aktív, direkt, önkéntes eutanáziát* fedi le.

Az eutanáziaesemények a törvény értelmében nem minősíthetők bűncselekménynek, amennyiben az eutanáziát végrehajtó orvos eleget tesz a következő törvényi feltételeknek:

„Az eutanáziát végrehajtó orvos nem követ el bűncselekményt, amennyiben megbizonyosodik arról, hogy

---

<sup>1</sup> Ld. Belga Közlöny (Belgisch Staatsblad (holl.), Moniteur belge (fr.), Belgisches Staatsblatt (ném.)): Wet Betreffende de Euthanasie 28 Mei 2002 (holl.) ([https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002052837&table\\_name=wet](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002052837&table_name=wet)) / Loi Relative à L'Euthanasie 28 Mai 2002 (fr.) ([http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&table\\_name=loi&cn=2002052837](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002052837)); Mérvadó, hiteles angol fordításához ld. a Belgiumi Alkotmánybíróság 153/2015. számú (2015. október 29.): <https://www.const-court.be/public/e/2015/2015-153e.pdf>. A törvény egy nem hivatalos angol nyelvű fordítása a következő tanulmánykötetben is megtalálható: Jones-Gastmans-MacKellar 2017: 305-315. A törvény létrehozásának átfogó, részletes ismertetéséhez ld. Griffiths et al, 2008. Az eutanázia belgiumi legalizálásáról magyar nyelven ld. Broeckert, 2003. A jelenlegi belgiumi helyzetről magyarul ld. pl. Julesz, 2018: 59-60., 76-77., 83-84.; Hegedüs, 2017: 76-77., 79-83. Julesz, 2016: 26. A törvény 2014-es módosítása előtt állapotról, de néhány most is érvényben lévő feltétel leírásáról magyarul ld. Dósa 2012: 158-167.

- [A beteg felnőtt korú, vagy döntésképeséssel bíró egyenjogúsított kiskorú<sup>2</sup>, vagy ítélőképességgel<sup>3</sup> rendelkező kiskorú, aki tiszta tudattal rendelkezik kérésének pillanatában;]<sup>4</sup>
- A több alkalommal is kinyilvánított kérés önkéntes, átgondolt, és mindenfajta külső nyomástól mentes;
- A [felnőtt vagy az egyenjogúsított kiskorú] beteg orvosilag reménytelen állapotban van, betegség vagy baleset által okozott súlyos és gyógyíthatatlan rendellenességből eredően olyan folyamatos és elviselhetetlen fizikai vagy lelki szenvedést él át, ami nem enyhíthető;
- [az ítélőképességgel rendelkező kiskorú beteg orvosilag reménytelen állapotban van, betegség vagy baleset által okozott súlyos és gyógyíthatatlan rendellenességből eredően olyan folyamatos és elviselhetetlen fizikai szenvedést él át, ami nem enyhíthető, és állapota a közeli jövőben halálhoz vezet]<sup>5</sup><sup>6</sup>

Amennyiben egy orvos eutanáziát hajt végre, jelentési kötelezettség terheli. Négy munkanapon belül kell a szükséges adatokat megküldenie a Szövetségi Ellenőrző és Értékelő Bizottságnak (Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, CFCEE; a továbbiakban: CFCEE). A beküldendő dokumentum<sup>7</sup> két, egy anonim és egy személyes adatokat tartalmazó részből áll. Az anonim résznek többek között a következő információkat kell tartalmaznia: a súlyos és gyógyíthatatlan betegség természetének leírását, a folyamatos és elviselhetetlen szenvedés természetének leírását, annak indoklását, hogy a szenvedést miért nem lehetett csillapítani, továbbá annak igazolását, hogy a beteg kérése önkéntes, jól átgondolt, és többször kifejezett volt, információt arról, hogy a beteg halála a közeli jövőben volt-e esedékes, illetve tartalmaznia kell a konzultációra felkért személyek esetében a végzettségeiket és az álláspontjaikat. A dokumentum második része a beteg eutanáziájában érintett személyek személyes adatait tartalmazza. Ezt a második részt a CFCEE csak akkor bontja fel, ha további adatokra lenne szüksége az eutanázia törvényes jellegének elbírálásához.

A CFCEE tizenhat tagból áll, közülük nyolc személy orvos, négy személy jogi szakértő, négy személy pedig a gyógyíthatatlan betegség által okozott különböző nehézségek területein

---

<sup>2</sup> *Mineur émancipé*; „Egy kiskorú egyenjogúsítása – ami nagyon ritka eljárás – bírói döntésen alapul, eredményeként a biológiailag kiskorú jogilag felnőtté válik, a felnőtt személy (majdnem) minden jogával: az egyenjogúsított kiskorú 'önmaga urává válik'.” (Nys, 2017: 14)

<sup>3</sup> Ennek a fogalomnak az értelmezéséhez ld. különösképpen Van Assche et al, 2018.

<sup>4</sup> Tv. 2014.02.28/03, art. 2, 003 (Hatályos 2014.03.22-től)

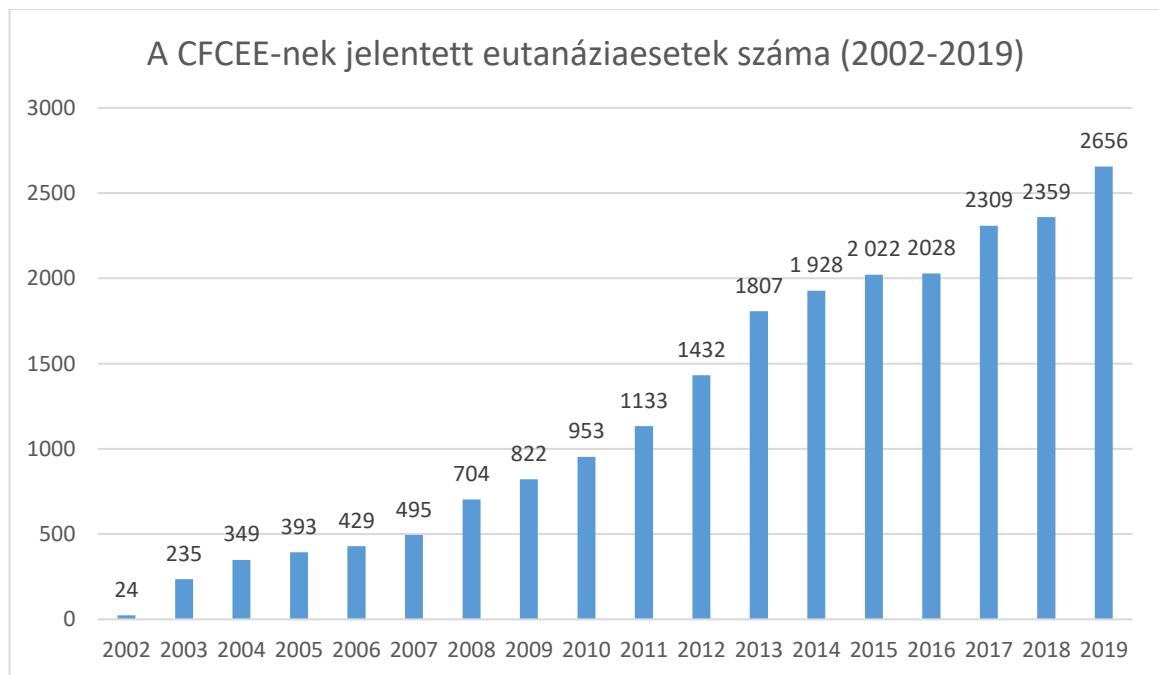
<sup>5</sup> Tv. 2014.02.28/03, art. 2, 003 (Hatályos 2014.03.22-től)

<sup>6</sup> Tv. 2002.05.28.

<sup>7</sup> A dokumentum elérhető: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfcee-document-denregistrement-dune-euthanasie>

jártas szakember. A CFCEE két hónapon belül nyilatkozik arról, hogy az eutanáziát végrehajtó orvos cselekedete a törvényben lefektetett kritériumokkal összhangban történt-e. Amennyiben a CFCEE kétharmados többséggel azon az állásponton van, hogy a törvényi feltételek nem teljesültek, jelentését továbbítja a beteg elhalálozási helye szerint illetékes ügyészségnek.

2004-től az eutanáziát végrehajtó orvosok által kötelezően szolgáltatott adatokra alapulva a CFCEE két évente jelentést tesz közzé.<sup>8</sup> Itt azonban meg kell említeni, hogy a CFCEE által regisztrált eutanáziaesetek közül egyesek a hagyományos terminológiával orvos által asszisztált öngyilkosság esetei.<sup>9</sup>



Belgiumban az eutanázia lehetőségét lényegi feltételként az eutanáziát kérő személy *jogi* státusza és *orvosi* állapota együttesen határozza meg. A beteg jogi értelemben lehet felnőtt korú, egyenjogúsított kiskorú, vagy kiskorú. Az orvosi állapot vonatkozásában a fennálló rendellenességnek betegség vagy baleset által okozottnak, súlyosnak és gyógyíthatatlannak,

<sup>8</sup> A CFCEE által készített jelentések elérhetők: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be>; A legutóbbi, két éves periódust átfogó 9. jelentés a 2018-as és a 2019-es évek adatait tartalmazza: [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/9\\_rapport-euthanasie\\_2018-2019-fr\\_0.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/9_rapport-euthanasie_2018-2019-fr_0.pdf).

<sup>9</sup> Amennyiben az orvos által asszisztált öngyilkosságra azon jogi feltételek és azon gondosság mellett került sor, mint amelyeket az eutanázia végrehajtása megkövetel, akkor a CFCEE ezeket az eseményeket egy kalap alá veszi az eutanáziával. (ld. CFCEE 2004:24, Nys 2017: 10; Vandenberghe 2017: 151) Ezzel az értelmezéssel egyébként a CFCEE nem volt egyedül, ld. pl. a belgiumi Orvosok Rendje [De Orde der artsen/L'Ordre des médecins] 2003-as állásfoglalását. Az interpretáció problémás voltára – ami abból fakad, hogy a törvény világosan a következőképpen fogalmaz: az eutanáziát az eutanáziát kérő személytől különböző, tehát másik személynek kell végrehajtania - már többen is felhívták a figyelmet, legutóbb a Marc Van Hoey „eutanáziájával” kapcsolatban megfogalmazott ügyészi álláspont.

orvosilag reménytelennek, a beteg által átélt szenvedésnek testi vagy lelki eredetűnek, folyamatosnak, elviselhetetlennek, illetve csillapíthatatlannak is kell lennie. Az ítélőképességgel rendelkező kiskorú betegek állapotának a közeli jövőben halálhoz kell vezetnie. A felsorolt jogi és orvosi kritériumok kombinációi négy betegcsoportot alkotnak, eutanáziakérelmet így kizárólag a következő csoportok valamelyikébe tartozó személy fogalmazhat meg:

- Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, terminális stádiumban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú, aki elviselhetetlen testi vagy lelki szenvedést él át
- Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, terminális stádiumban lévő nem-egyenjogúsított kiskorú, aki elviselhetetlen testi szenvedést él át
- Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, nem terminális stádiumban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú, aki elviselhetetlen testi vagy lelki szenvedést él át
- Öntudatlan, irreverzibilis állapotban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú

A fejezet további részében röviden ismertetjük az egyes betegcsoportok esetében szóba jöhető eutanázia főbb törvényi feltételeit.

### **Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, terminális stádiumban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú, aki elviselhetetlen testi vagy lelki szenvedést él át**

Az orvosnak tájékoztatnia kell a beteget az egészségi állapotáról és a jelenlegi egészségi állapota mellett várható élettartamról, ismertetnie kell a beteggel a szóba jöhető terápiás lehetőségeket és a palliatív terápia által nyújtható lehetőségeket a várható következményekkel együtt. Az orvosnak át kell beszélnie a beteggel a beteg eutanáziára irányuló kérését, a beteggel együtt arra a következtetésre kell jutni, hogy a beteg helyzetében nincs más észszerű alternatíva és hogy a beteg eutanáziára irányuló kérése teljes mértékben önkéntes. [Tv. 2. fej. 3. szak. 2.§ 1.] Az orvosnak továbbá meg kell bizonyosodnia a beteg folyamatos szenvedéséről, valamint arról, hogy a beteg eutanáziára irányuló igénye folyamatosan fennáll. Ennek biztosítása céljából az orvosnak a beteggel észszerű időkereten belül több alkalommal is beszélgetnie kell, figyelembe véve a beteg állapotának előrehaladását. [Tv. 2. fej. 3. szak. 2.§ 2.]

Az orvosnak a beteg állapotának súlyos és gyógyíthatatlan jellegéről konzultálnia kell egy másik orvossal, akit előzetesen tájékoztatnia kell a konzultáció indokáról. A konzultációra felkért orvosnak kompetensnek kell lennie a szóban forgó rendellenesség vonatkozásában, továbbá mind a betegről, mind a konzultációt kérő orvostól függetlennek kell lennie. A konzultációra felkért orvosnak át kell néznie az orvosi dokumentumokat, meg kell vizsgálnia a beteget, és meg kell bizonyosodnia a nem csillapítható fizikai vagy lelki szenvedés folyamatos,

elviselhetetlen jellegéről. [Tv. 2. fejr. 3. szak. 2.§ 3.] A konzultációra felkért orvosnak az eutanáziával kapcsolatban kialakított személyes álláspontja nincs hatással a konzultációt kezdeményező orvos magatartására nézve.

Amennyiben az ápoló személyzet rendszeres kapcsolatban áll a beteggel, akkor a beteg eutanáziára irányuló kérését az orvosnak az ápoló személyzettel is át kell beszélnie [Tv. 2. fejr. 3. szak. 2.§ 4.]. Ha a beteg kéri, az orvosnak a beteg eutanáziára irányuló kérését a beteg által megnevezett személyekkel is át kell beszélnie [Tv. 2. fejr. 3. szak. 2.§ 5.]. Az orvosnak továbbá azt is biztosítania kell, hogy a betegnek lehetősége legyen az eutanáziára vonatkozó kérését megbeszélni azokkal a személyekkel, akikkel a beteg szeretné. [Tv. 2. fejr. 3. szak. 2.§ 6.] A beteg hozzátartozóinak vagy a beteghez közel álló személyeknek az eutanáziával kapcsolatban kialakított álláspontja nem bír kényszerítő erővel az orvos magatartására nézve, ugyanakkor segítheti az orvost a saját álláspontjának kialakításában.

A betegnek az eutanáziára irányuló kérését írásban is rögzítenie kell, a dokumentumot a betegnek kell megfogalmaznia, majd dátummal ellátnia és aláírnia. Amennyiben erre a beteg nem képes, akkor egy általa kiválasztott, felnőtt korú személy elkészítheti a dokumentumot, ez a személy azonban nem lehet anyagilag érdekelt a beteg halálában. Ebben az esetben a dokumentumot az orvos jelenlétében kell elkészíteni, a dokumentumra fel kell vezetni ennek az orvosnak a nevét. A dokumentumba le kell írni, hogy a beteg nem képes maga elkészíteni a dokumentumot, de azt az indokot is meg kell nevezni, ami miatt a beteg nem tudja saját maga elkészíteni a dokumentumot. A dokumentumnak a betegdokumentáció részét kell képeznie.

A beteg az eutanáziára irányuló kérését bármikor visszavonhatja. Ebben az esetben a beteg eutanáziára irányuló írásbeli kérését el kell távolítani a betegdokumentációból, a dokumentumot vissza kell juttatni a betegnek. [Tv. 2. fejr. 3. szak. 4.§]

Az eutanázia végrehajtását követően az orvosnak minden érintett személy számára fel kell ajánlania a pszichológiai segítségnyújtás igénybevételének a lehetőségét.

### **Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, terminális stádiumban lévő nem-egyenjogúsított kiskorú, aki elviselhetetlen testi szenvedést él át**

Az eutanázia törvény 2014-es módosítása lehetővé tette, hogy döntésképesseggel rendelkező, nem egyenjogúsított kiskorú is eutanáziában részesülhessen. A Tv. 2. fejr. 3. szak. 2.§ 1-6.-ban megnevezett feltételeknek ebben az esetben is teljesülniük kell, van azonban néhány további, speciális feltétel.

A törvény azzal a megszorítással él, hogy a szenvedés a nem egyenjogúsított kiskorú esetében kizárólag testi szenvedés lehet. További megszorító feltétel, hogy a nem

egyenjogúsított kiskorúnak terminális állapotban kell lennie, vagyis állapotának a közeli jövőben halálhoz kell vezetnie. További feltétel, hogy az orvosnak kötelező egy gyermekpszichiáterrel vagy egy gyermekpszichológussal is konzultálnia, akit előzetesen tájékoztatnia kell a konzultáció indokáról. A pszichiáternek vagy a pszichológusnak át kell néznie az orvosi dokumentumokat, meg kell vizsgálnia a beteget, igazolnia kell az ítélőképesség jelenlétét, amit írásban rögzítenie kell. (Az Alkotmánybíróság 2015. október 29-én született ítélete kimondja, hogy a pszichiáter, illetve a pszichológus ítélőképességgel kapcsolatban tett állásfoglalását az orvosnak el kell fogadnia.) Az orvosnak mind a nem egyenjogúsított kiskorú beteget, mind annak törvényes képviselőit tájékoztatnia kell a konzultáció eredményéről. Az orvosnak ezen túlmenően beszélgetést kell lefolytatnia a kiskorú beteg törvényes képviselőivel, a beszélgetés során meg kell osztania velük a Tv. 2. fejjel 3. szak. 2.§ 1.-ben nevezett információkat, valamint meg kell bizonyosodnia arról, hogy a törvényes képviselők jóváhagyásukat fejezik ki a nem egyenjogúsított gyermek eutanáziára irányuló kérelmével. [Tv. 2. fejjel 3. szak. 2.§ 7.] A törvényes képviselőknek a kiskorú eutanáziára irányuló kérelmével kapcsolatban kifejezett jóváhagyását írásban rögzíteni kell. [Tv. 2. fejjel 3. szak. 4.§]

**Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, nem terminális stádiumban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú, aki elviselhetetlen testi vagy lelki szenvedést él át**

A Tv. 2. fejjel 3. szak. 2.§ 1-6.-ban megnevezett feltételeknek ebben az esetben is teljesülniük kell, van azonban két további, speciális feltétel.

Az első azt fogalmazza meg, hogy az orvosnak egy második orvossal is konzultálnia kell. Tájékoztatnia kell a konzultációra felkért második orvost is a konzultáció indokáról, aki vagy egy pszichiáter, vagy az érintett rendellenesség szakorvosa lehet. A második orvosnak át kell néznie az orvosi dokumentumokat, meg kell vizsgálnia a beteget, valamint meg kell bizonyosodnia arról, hogy a beteg testi vagy lelki szenvedése folyamatos, elviselhetetlen, nem csillapítható, és hogy a beteg eutanáziára irányuló kérése önkéntes, jól átgondolt, az eutanáziára irányuló igénye pedig folyamatosan fennáll. A második orvosnak függetlennek kell lennie mind a betegtől, mind az eutanázia végrehajtását mérlegelő orvostól, mind pedig attól az orvostól, akit a beteg orvosa szintén konzultációra kért fel. A beteg orvosának tájékoztatnia kell a beteget a második orvossal folytatott konzultáció eredményéről. [Tv. 2. fejjel 3. szak. §3. 1.]

A második speciális feltétel az, hogy a beteg írásban kifejezett eutanáziára irányuló kérelme és az eutanázia végrehajtása között legalább egy hónapnak el kell telnie. [Tv. 2. fejjel 3. szak. §3. 2.]

### **Öntudatlan, irreverzibilis állapotban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú**

Az öntudatlan, irreverzibilis állapotban levő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú eutanáziáját a beteg korábbi időpontban elkészített előzetes rendelkezése teheti lehetővé. [Tv. 3. fejezet: Előzetes rendelkezés] Előzetes rendelkezést a felnőtt korú személy vagy az egyenjogúsított kiskorú tehet. Az orvosnak az előzetes rendelkezésben foglalt, eutanáziára irányuló kérést akkor kell figyelembe venni, ha az orvos megbizonyosodott arról, hogy a beteg betegség vagy baleset következtében okozott súlyos és gyógyíthatatlan állapotban van, öntudatlan, állapota az orvostudomány jelenlegi állása szerint visszafordíthatatlan. Az orvosnak konzultálni kell egy másik orvossal, akit tájékoztatnia kell a konzultáció indokáról. A konzultáció tárgya a beteg visszafordíthatatlan orvosi állapota. A konzultációra felkért orvosnak át kell néznie az orvosi dokumentumokat, meg kell vizsgálnia a beteget, megállapításait pedig írásba kell foglalnia. Herman Nys szerint Belgiumban konszenzus van azt illetően, hogy a visszafordíthatatlan öntudatlan állapot perzisztens vegetatív állapotot (PVS) jelent.<sup>10</sup> (Nys, 2017: 21-22)

Az előzetes rendelkezésben a beteg megnevezhet egy vagy több felnőtt korú személyt – több személy megnevezése esetén sorrendet felállítva –, aki az orvost tájékoztatja a beteg akaratáról. Nem lehet a megnevezett személyek között sem az orvos, sem az orvos által konzultációra felkért másik orvos, sem pedig a beteg ellátásában részt vevő ápolószemélyzet valamely tagja. Az előzetes rendelkezést írásban kell elkészíteni, két felnőtt korú tanú jelenlétében. Alá kell írnia a betegnek, a tanúknak, valamint - amennyiben beteg által megnevezett helyettes döntéshozó is van - a helyettes döntéshozónak. A beteg írásképtelensége esetén is készíthető előzetes rendelkezés. A beteg folyamatosan fennálló írásra való fizikai képtelenségét orvosilag igazolni szükséges, magában az előzetes rendelkezésben is fel kell tüntetni, hogy a beteg nem tudja saját maga elkészíteni az előzetes rendelkezést, a dokumentumban fel kell tüntetni ennek indokát is. Az írásképtelenségről kiállított orvosi igazolásnak az előzetes rendelkezés függelékét kell képeznie. Az előzetes rendelkezés nem lehet öt évnél korábbi attól az időponttól, amikor a beteg már nem képes kifejezni a saját akaratát. Az előzetes rendelkezést a beteg bármikor módosíthatja vagy visszavonhatja.

A 2003. április 3-i Királyi Dekrétum függeléke tartalmaz egy modellként szolgáló előzetes rendelkezést eutanázia kérelemmel, de nem kötelező ezt a dokumentumot használni.

## **2. A súlyos és gyógyíthatatlan rendellenesség kritériuma**

---

<sup>10</sup> Nem jelentheti a demencia kései stádiumát.

A „*gyógyíthatatlan rendellenesség*” nem annyira objektív kritérium, mint amennyire elsőre annak látszik. A törvény ugyanis egyfelől nem követeli meg a betegtől, hogy a lehetséges és rendelkezésre álló terápiás kezeléseket kötelezően igénybe vegye. A törvény csupán azt követeli meg, hogy az orvos az eutanázia kérését, valamint a terápiás lehetőségeket, illetve a palliatív gondozás lehetőségét *átbeszélje* a beteggel. Ebből az következik, hogy amennyiben a beteg visszautasít egy olyan terápiás lehetőséget, amely az alapbetegség(ek) vonatkozásában gyógyító kezelés, tulajdonképpen önmaga hozza létre állapotának „gyógyíthatatlan” jellegét. (Nys, 2017: 17) Egy orvosnak ebben az esetben lehetősége van arra, hogy eleget tegyen a beteg eutanáziára irányuló kérésének, ugyanakkor azonban, éppen abból következően, hogy az orvos tudatában van a terápiás potenciával rendelkező kezelés(ek)nek, vissza is utasíthatja az eutanáziában való közreműködést. Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy egyes állapotokat – pl. krónikus bronchitis, krónikus veseelégtelenség – önmagában is gyógyíthatatlannak lehet minősíteni, kielégítve ezzel a gyógyíthatatlan rendellenesség kritériumát. (Distelmans egy korábbi, 2002-es álláspontját idézi: Montero, 2017: 30)

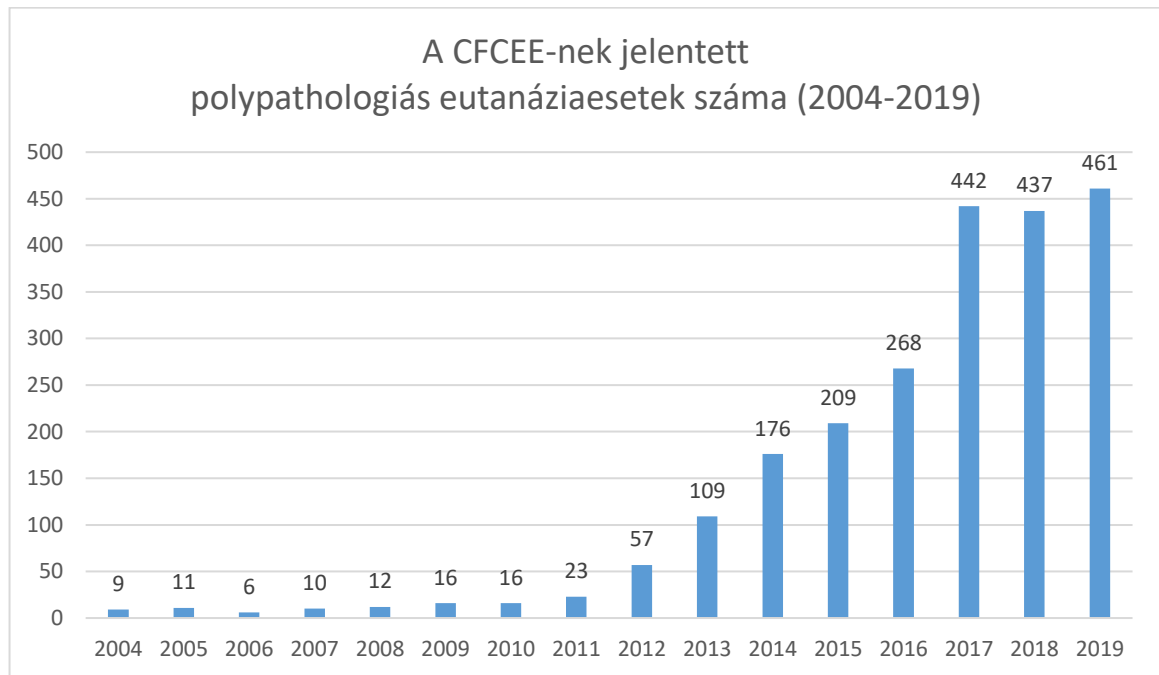
A „*súlyos rendellenesség*” kifejezés is értelmezési nehézséggel terhelt. A CFCEE szerint súlyos rendellenességről kell beszélnünk abban az esetben is, ha a beteg egyszerre több olyan betegségben – például csökkent látásképesség, csökkent hallásképesség, a demencia korai stádiuma, inkontinencia (CFCEE, 2020) - szenved, mely betegségek közül önmagában ugyan egyik sem súlyos, az egyes rendellenességek hatásai azonban összeadódva, együttvéve súlyosnak minősíthetők. Erre az esetre használja a CFCEE a *polypathologia* kifejezést.<sup>11</sup> A *polypathologia* kifejezést a CFCEE – mint az a legutóbbi, 2020-ban megjelent jelentésben (CFCEE, 2020) szerepel - a Marjan Van den Akker, Frank Buntinx, és J Andri Knottnerus által 1996-ban definiált szituációra használja: „egyszerre több krónikus vagy akut betegség, illetve állapot egyetlen személyben történő előfordulása” (Van den Akker-Buntinx-Knottnerus, 1996: 69) Van den Akker és munkatársai a *multimorbiditás* kifejezést használták a definiált jelenségre, a CFCEE azonban a *polypathologia* kifejezés használatát mellett döntött.<sup>12</sup> A CFCEE álláspontja szerint egyes idős betegek esetében a problémák kumulatív hatása a rendellenességet nem csupán súlyossá teheti, de a beteg számára elviselhetetlen szenvedést eredményezhet, ezáltal igazolhatja az eutanáziára irányuló kérés jogosságát (ld. például J. Herremans CFCEE tag álláspontját: Saget, 2008). Ugyanakkor a CFCEE jelentéseiben azt is láthatjuk, hogy miközben minden évben a daganatos betegség alkotja az eutanázia leggyakoribb

---

<sup>11</sup> A 2-6. jelentéseiben a CFCEE a „*multipathologia*” („*pathologies multiples*”) kifejezést használta. A 1. jelentésben (2002 és 2003 évek adatai) még nem szerepelt sem a „*multipathologia*”, sem a „*polypathologia*”.

<sup>12</sup> A *komorbiditás* és a *multimorbiditás* kifejezések használatának jelenlegi értelmezéséhez ld. Harrison et al, 2021.

indokát, egyre nagyobb számban vannak azok a személyek, akiknek az eutanáziájára a polypathologia fennállása mellett került sor:



A közvélemény is tudatában van a *polypathologia* kifejezés által okozott nehézségeknek, ez elsősorban *Jeanne*, valamint *Amelie Van Esbeen* nagyobb nyilvánosságot kapott eseteinek köszönhető. A 88 éves *Jeanne* eutanázia iránti kérelmét jóváhagyták, noha Jeanne orvosának és fiának egyaránt az volt a meggyőződése, hogy Jeanne nem szenvedett súlyos és gyógyíthatatlan betegségben. (Gruber, 2008; Saget, 2008; Delpierre, 2011) A kezelőorvosa szerint a 93 éves *Amelie Van Esbeen* nem szenvedett súlyos és gyógyíthatatlan betegségben, vissza is utasította az idős nő eutanáziára irányuló kérését, az eutanáziát azonban egy másik orvos végrehajtotta. (Pl. Lamensch, 2009; Hovine, 2009) Etienne Montero szerint a CFCEE a törvényben szereplő két kritériumot – a súlyos és gyógyíthatatlan állapot fennállásának igazolását és az igazolt állapot következtében keletkező csillapíthatatlan fizikai vagy lelki szenvedés követelményét – egyetlen kritériummá vonta össze, és ez a lépés a „súlyos és gyógyíthatatlan rendellenesség” definíciójának hiánya, valamint azon tény mellett, hogy az eutanázia jogilag lehetséges olyan betegek esetében, akiknek halála nem valószínűsíthető a közeli jövőben, lehetővé tette olyan személyek eutanáziáját, akik a szenvedésüket a magas kor, a szociális elszigeteltség vagy életuntság következtében minősítették elviselhetetlennek. (Montero, 2017: 31-32.) Így például az eutanáziához szükséges fizikai háttérrel kielégíthetők azok a polyarthritisszel élő személyek, akik csökkent mértékű mobilitás mellett megromlott

látás- és hallásképességgel élnek. (pl. Distelmans, 2013) Noha a CFCEE a 2016-ban megjelent hetedik jelentésében hangsúlyozta, hogy sem az idős kor, sem pedig az életuntság súlyos és gyógyíthatatlan betegség hiányában nem igazolhatja az eutanáziát, minél idősebb egy adott személy, annál nagyobb valószínűséggel alakul ki nála polypathologia. (CFCEE, 2016: 26) Montero – aki szerint a CFCEE értelmezési gyakorlatával sérül a büntetőtörvény szigorú értelmezésének követelménye és a törvényalkotó azon többször is kifejezett szándéka, hogy az eutanázia csak szigorú feltételek teljesülése esetén legyen lehetséges - éles meglátással ragadja meg a kialakult helyzetet: „Az eutanázia orvosi indikációit és jogi feltételeit láthatóan fokozatosan felváltja az elégtelennek minősített 'életminőség'.” (Montero, 2017: 32)

### **3. A lelki betegséggel diagnosztizált betegek eutanáziájának kérdésköre**

A lelki betegséggel diagnosztizált betegek eutanáziája az igen hevesen vitatott kérdések közé tartozik, aminek több oka is van. Belgiumban emelkedik a lelki betegséggel diagnosztizált betegek eutanáziájának a száma, amit annak a korábbi, még a törvény kidolgozásának időszakában többször is elhangzott ígéretnek a háttére előtt kell értékelnünk, miszerint a pszichiátriai betegségek ki lesznek zárva a törvényből. (Montero, 2017: 33) A különböző reakciók, állásfoglalások egyre nyilvánvalóbbá teszik a háttérben meghúzódó lényegi kérdéseket.

A lelki betegséggel diagnosztizált személyek eutanáziájának lényegi kérdései között szerepel *a lelki betegségek ontológiai státuszának* a kérdése, *a lelki betegség gyógyíthatatlanságának* a kérdése - ide tartoznak a 'prognózis' és a 'terápiarezisztencia' kifejezések alkalmazhatóságának a kérdései is -, *a fizikai és a lelki szenvedés közötti különbségtétel* megalapozhatóságának a kérdése, *a lelki betegség és a beteg által átélt szenvedés közötti kapcsolat* természetére irányuló kérdés, *a lelki szenvedés folyamatosságának, elviselhetetlenségének, csillapíthatatlanságának* a kérdései, *a lelki zavar és az élet befejezésére (eutanáziára vagy (asszisztált) öngyilkosságra) irányuló vágy közötti kapcsolat* értelmezésének a kérdése, valamint *a lelki betegség és a döntésképeség (eutanáziakérés esetében: önkéntes, jól átgondolt, külső nyomástól mentes döntés kritériuma) közötti kapcsolat* természetére irányuló kérdés. A fejezet további részében ezek közül veszünk néhányat közelebből is szemügyre, esetenként a belgiumi helyzet kontextusában.

#### **A lelki zavarok ontológiai státusza – honnan ered a probléma?**

A lelki betegség ontológiai státuszának kérdése a pszichopatológia nézőpontjából annak megalapozhatósága, hogy az eutanáziát kérő személy lelki betegségben szenved-e. A lelki

betegség diagnózisa helyezi el az eutanáziát kérő személyt abban a kontextusban, melyben a kivizsgálás további lépései – mint az eutanázia procedurális kritériumai – szükségessé válhatnak. Nem a mindennapi praxis, nem az eutanáziát kérő személy konkrét pszichiátriai vagy pszichológiai kivizsgálása az a helyszín, ahol felvetődik *a* vagy *egy* adott lelki betegség (például a depresszió: Horwitz-Wakefield, 2007) ontológiai státuszának a kérdése (Radden, 2019; Kendler-Parnas, 2017; Greenberg, 2013). A praxis nem azt vizsgálja, hogy egyáltalán minek az esete állhat fenn, hanem hogy a lehetséges esetek közül éppen melyik eset áll fenn, vagy mely esetek állnak fenn. Ebből következően nem szükségszerű, hogy egy adott személy pszichiátriai vagy pszichológiai vizsgálatkor elének táruljon annak a cselekedetnek az *előfeltétel-rendszere*, mely során a pszichiáter vagy a pszichológus egy adott személy különféle megnyilvánulásait „tekintetével” egy vagy több lelki betegség eseteként ragadja meg. A vizsgáló tekintet által működtetett előfeltétel-rendszer kérdésbe vonhatósága rendszerint nem olyan rendellenességek esetében válik nyilvánvalóvá, amikor a biológiai háttér nem vitatott - noha gyakran ezekben az esetekben is kérdésbe vonható a biológiai „kép” rendellenessé minősítésének alapja, továbbá az adott biológiai „kép” és a megfigyelt lelki megnyilvánulások közötti ok-okozati összefüggés természete. Egyáltalán nem szükségszerű, hogy a praxist akár csak egyetlen pillanatra is felfüggesse az a tény, hogy a lelki betegségek *nevezéktana*, a lelki betegségek *konceptualizációja*, *etiológiai magyarázatai*, *diagnosztikus kritériumai*, *terápiás lehetőségei* vertikális (történeti) és horizontális (kortárs) nézőpontból is jelentős heterogenitást mutatnak, hogy a lelki problémák „kezelésére” hivatott területek „szakmaisága” sokszínű, és hogy még egy adott szakterület – például a pszichiátria vagy a pszichológia - képviselői között is jelentős nézetkülönbséggel találkozhatunk a lelki problémák megközelítését (felelősségrendszerét), a gyógyító („terápiás”) eszközöket, a gyógyító hatás magyarázatait stb. illetően. Ezek a kérdések az egyes „szak”emberek által gyakran már (egymás közt) evidenciaként kezelt patológia patológia-státuszára, a szakember által elfoglalt álláspont igazolási alapjára, vagyis a különféle evidenciák *evidencia-státuszára* kérdeznék rá, egy adott gyakorlat működésének „tartópilléreit” rajzolják ki, rámutatva arra is, hogy egy adott praxisban érvényesített többé vagy kevésbé egységes álláspont miként hat többek között minden érintett személyre, a „gyógyítandó” személyre éppúgy, mint magára a „gyógyító”-ra. A kellően erős hagyománnyal rendelkező előfeltételek meghatározzák a törvényi feltételek fennállását vizsgáló bevett módozatokat is. Belgiumban a nyugati, döntően még mindig biomedikális szemléletű orvoslás filozófiájáról tanúskodik az eutanáziatörvényben szereplő kiemelkedő pszichiáteri szerepkör, a lelki zavarok szakértőiként kizárólagos jelleggel megjelenő pszichiátria és pszichológia, a CFCEE lelki zavarokra alkalmazott klasszifikációja a kétévente megjelenő jelentéseiben, valamint a BNO és

a DSM által adott nozológia jelenléte az orvosok által az CFCEE-nek megküldött eutanázia-jelentésekben, illetve az esetelemzésekben. (Dierickx et al 2017: 2-3; Thienpont et al, 2015: 3)

### **A szenvedés minősítő jelzői**

Az eutanáziatörvény értelmében a beteg szenvedésének négy kritériumot kell kielégítenie, a lelki szenvedés további elemzéséhez célszerű ebből kiindulnunk. A törvény megköveteli, hogy a *szenvedés* (1.) betegség vagy baleset következtében kialakuló súlyos és gyógyíthatatlan rendellenességből eredjen, (2.) folyamatos, (3.) elviselhetetlen, valamint (4.) csillapíthatatlan legyen.

### ***Lelki szenvedés, gyógyíthatatlan lelki betegség – mitől gyógyíthatatlan?***

2015 júliusában jelent meg az első, nagyobb betegszámot felölelő retrospektív és deskriptív elemzés a pszichiátriai rendellenességgel diagnosztizált belgiumi betegek eutanáziakérelméről. (Thienpont et al, 2015) Az elemzés 100, 2007 októbere és 2011 decembere között járóbeteg pszichiátriai klinikán kezelt beteg adatát dolgozta fel. A legnagyobb gyakorisággal szereplő diagnózis a *terápiarezisztens hangulatzavar* és a *személyiségzavar* volt, több beteg mindkét diagnózist megkapta. 23 betegnek szomatikus betegsége is volt. A 100 eutanáziakérelmből 48 került elfogadásra. A 48 jóváhagyott kérelmből 35 esetben hajtottak végre eutanáziát. A fennmaradó 13 eset közül 2 esetben a beteg öngyilkos lett, 11 esetben pedig a beteg vagy az eutanáziájának elhalasztását kérte, vagy visszavonta a kérését. A 11 betegből 8 beteg úgy érezte, hogy az eutanázia valós lehetősége elégséges mértékű nyugalmat adott számára élete folytatásához, 2 beteg a család heves ellenállására vonta vissza a kérelmét, 1 betegen pedig azért nem lehetett végrehajtani az eutanáziát, mert a beteg időközben börtönbe került. A 2 öngyilkos beteg közül az egyik túlságosan hosszúnak érezte a jóváhagyott eutanáziakérelme és az eutanázia végrehajtása között kivárandó időszakot, a másik beteg pedig a tanulmány szerzői szerint azért lett öngyilkos, mert a családja ellenezte az eutanáziáját. A betegek eutanáziájában közreműködő pszichiáterek és LEIF<sup>13</sup> orvosok - Lieve Thienpont mindegyik beteg esetében konzulens orvos szerepkört töltött be - a Holland Pszichiátriai Szövetség (NVvP) 2009-ben kiadott irányelvei alapján dolgozták ki a saját négylépéses módszerüket, amelynek első lépése az alapos kivizsgálást, a betegek teljeskörű pszichiátriai kiértékelését jelentette. A szerzők

---

<sup>13</sup> A LEIF (Levens Einde Informatie Forum) egy olyan személyek és szervezetek által 2003-ban indított közös, nyílt kezdeményezés, illetőleg szolgáltatás, amely az életvégi időszak méltó módon történő megélését igyekszik elősegíteni. A beteg akaratának tiszteletben tartását tekinti a legfontosabb alapelvnek. Bővebben ld.: <https://leif.be/home/>

ugyanakkor azt is kiemelik tanulmányuk záró fejezetében, hogy „Sajnálatos módon Belgiumban nem állnak rendelkezésre olyan irányelvek, melyek a lelki szenvedés talaján megfogalmazott eutanáziakérések kezelését lehetővé tennék. Figyelembe véve a jelenlegi heves etikai vitákat, lényeges ilyen irányelvek kidolgozása, illetve olyan világos és részletekbe menő protokollokba történő átfordítása, melyeket a gyakorlatban használni lehet.” (Thienpont et al, 2015: 7)

2015 szeptemberében az *Artsenkrant* orvosi magazinban Ariane Bazan klinikai pszichológus, Gertrudis Van de Vijver és Willem Lemmens filozófusok, valamint Noémie Rénuart hatvanöt belga pszichiáter, pszichológus és más szakemberek aláírásával ellátott nyílt levélben arra hívták fel a figyelmet, hogy az eutanázia pusztán lelki szenvedés alapján történő jóváhagyása és végrehajtása az eutanázia végrehajtója számára bizonytalan a jogvédelem szempontjából. (Bazan et al 2015a)

2015 során két, nagyobb nyilvánosságot kapott esemény is fokozta a lelki zavarral diagnosztizált betegek eutanáziája körüli bizonytalanságot. *Marc Van Hoey* orvos - aki az eutanázia egyik híres belgiumi szószólója, de többek között számos eutanáziában való aktív részvétele miatt nevezték már az ország *Dr. Halálának* is - közreműködött egy reaktív depresszióval diagnosztizált, fizikailag egészséges 85 éves nő, *Simona De Moor* halálában.<sup>14</sup> *Simona De Moor* először a lányát veszítette el, majd a férjét is. Férje elvesztését követően kért orvosi segítséget élete befejezéséhez. A CEEFC úgy ítélte meg, hogy *Simona* eutanáziája esetében a törvényi feltételek nem teljesültek maradéktalanul, ezért az ügyet továbbította az ügyészségnek. Ezzel *Van Hoey* esete lett az első, amit az eutanáziatörvény 2002-ben történő életbe lépése óta a CEEFC továbbított az ügyészség részére.<sup>15</sup>

Szintén 2015 folyamán kerül a figyelem középpontjába a 24 éves fiatal lány, „*Laura*” (*Emily*) esete, akinek eutanázia iránti kérését a pszichiátère, *Lieve Thienpont* jóváhagyta.<sup>16</sup> Ahogyan *Simona De Moornak*, *Emilyn*ek sem volt fizikai betegsége. A két esetet követően a *De Morgen* napilap hasábjain Ariane Bazan, Gertrudis Van de Vijver és Willem Lemmens tollából a fentebb említett nyílt levelet aláíró hatvanöt szakértő nevében újabb állásfoglalás jelent meg a következő címmel: *Távolítsák el a törvényből annak lehetőségét, hogy eutanáziára*

---

<sup>14</sup> Az eset megjelenik az ausztrál CBS által készített, 2015 szeptemberében levetített „*Allow Me to Die*” [*Engedj meghalni!*] című dokumentumfilmben. A dokumentumfilm elérhető a Youtube-on: <https://www.youtube.com/watch?v=hCRpuTRA7-g>

<sup>15</sup> Az ügyész 2019 áprilisában úgy döntött, hogy nem vizsgálja tovább az ügyet. Döntését azzal indokolta, hogy mivel *Simona De Moor* saját maga itta meg a halálos adag szert, nem pedig *Marc Van Hoey* orvos juttatta azt intravénásan a szervezetébe, az esetet jogilag nem lehet eutanáziának tekinteni.

<sup>16</sup> *Emily* esetére *Thienpont* adta a *Laura* fedőnevet. A *The Economist* „*24 & ready to die*” [*24 éves, de már kész a halálra*] címmel készített egy rövid videóriportot *Emily*-vel. A videóriport elérhető a YouTube-on: <https://www.youtube.com/watch?v=SWWkUzkfJ4M>

*kerülhessen sor pusztán pszichológiai szenvedés alapján.* A „követelés” indoklása a következőképpen szól: „Azokkal a betegségekkel ellentétben, melyek szövetszövetkárosodás következtében jönnek létre, a lelki szenvedés a funkcióban bekövetkező változással áll kapcsolatban, nem a szövetszövetkárosodással. Ez lényegi különbség, mert az ilyen dinamikus változások visszafordíthatók, ami esetenként igen gyorsan meg is történik. Következésképpen azt láthatjuk, hogy egyesek, akiket kezdetben gyógyíthatatlan betegnek minősítettek és ezen az alapon jóvá is hagyták az eutanáziára irányuló kérelmüket, úgy döntenek, hogy nem akarnak többé eutanáziát, mert új – noha törekeny – perspektíva jelent meg a számukra. Ez paradox módon azt igazolja, hogy a betegséget nem lehet gyógyíthatatlannak nevezni. A lelki szenvedésnek egy személy saját perspektívájából történő szubjektív megítélése következőképpen nem megbízható alap a 'gyógyíthatatlan' ítélet meghozatalához. A következtetés világos: a jelenlegi törvény helytelenül feltételezi azt, hogy a pszichés szenvedésnek léteznek olyan objektív kritériumai, melyek igazolhatják az eutanáziát. Ezért a pusztán pszichológiai szenvedés alapján történő eutanáziát nem lehet törvény által szabályozni.” (Bazan et al 2015b)

### ***Az elviselhetetlen lelki szenvedés – mitől lesz elviselhetetlen?***

Lassan már húsz éve van érvényben a belgiumi eutanáziatörvény, ám önmagában is elgondolkodásra késztet az a tény, hogy „noha az *elviselhetetlen szenvedésnek* kétségtelenül lényegi szerepe van egy beteg eutanáziára irányuló kérésének jóváhagyásában, mind az elviselhetetlen szenvedés általánosan elfogadott definíciója, mind pedig a betegtapasztalatok azon speciális jegyeinek a részletes leírása, mely jegyek meghatározzák, hogy a tapasztalatok elviselhetetlenként kerülnek-e érzékelésre, még mindig kidolgozásra vár.” (Verhofstadt-Thienpont-Peters 2017: 238, kiemelés tőlem: KS) Egyfelől az elviselhetetlen szenvedés törvényi feltétel fennállásának megfelelő, *standard módon történő igazolhatóságát* teszi égetően szükségessé, hogy az elviselhetetlen szenvedésnek máig nem létezik általánosan elfogadott meghatározása. (Verhofstadt et al, 2019a: 2, Dees et al. 2010: 342) Ugyanakkor a fogalom általános meghatározásának hiánya a *standard módon történő igazolhatóság* lehetőségét meg is kérdőjelezheti. Egy általánosan elfogadott definíció hiánya valószínűsíti, hogy az eddigi eutanáziakérések eseteiben az elviselhetetlen szenvedés törvényi feltételének fennállását aligha vizsgálták egységes módon. Ez pedig a *standard vizsgálatot* teszi szükségessé. Vagy éppen a *standard vizsgálat* lehetőségét kérdőjelezi meg.

Ráadásul a szenvedés a CFCEE szerint akár a jövőben előre vetített szenvedés képzele következtében is elviselhetetlenné válhat. A CFCEE 2009-ben megjelent harmadik

jelentésében a következőt olvashatjuk: „*a [beteg személy életében] elképzelt, jövőbeni drámai változás ...* elégséges arra, hogy kielégítse a Törvényben szereplő elviselhetetlen, csillapíthatatlan szenvedés kritériumát” (CFCEE, 2009: 24, kiemelés tőlem: K.S.; Montero, 2017: 34) Etienne Montero felhívja a figyelmet arra, hogy „az eutanáziára ajtót nyitó szenvedés [így] magában foglalhatja az előre vetített jövőbeni szenvedést” is. (Montero, 2017: 35). Például *Hugo Claus*, a híres flamand író 2008-ban, 78 évesen, az Alzheimer kór diagnosztizálását követően, nem akarván szembesülni az előrehaladt kórállapottal járó tünetekkel, az eutanázia mellett döntött. *Marc Verbessem és Eddy Verbessem* („a Verbessem ikrek”) 2012-ben azért döntöttek az eutanázia mellett, mert azon túl, hogy süketek voltak, megkezdődött a látásuk jelentős romlása, és attól féltek, hogy egy nap már nem tudnak majd kommunikálni egymással. Ezek az esetek éles fényt vetítnek azokra az eutanáziaesetekre, melyek „*preventív céllal végrehajtott eutanázia*” címkét kaptak, ugyanis céljuk az előre vetített szenvedés megelőzése.

Az *elviselhetetlen szenvedést* tehát, mint láthattuk, egyesek definiálhatatlan, következésképpen a jog eszközével megragadhatatlan jelenségnek tekintik. Mások ugyanakkor kísérletet tesznek arra, hogy a fogalmat minél pontosabban definiálják, lehetőséget teremtve a törvényi kritérium vizsgálatára alkalmas mérőeszköz kidolgozására, aminek használata, álláspontjuk szerint, az eutanáziát végrehajtó orvos számára hatékonyabb jogvédelmet jelenthetne. Korábban már említettük azt a 2015 júliusában megjelent tanulmányt, amely az első belgiumi, nagyobb betegszámot felölelő retrospektív és deskriptív elemzés volt a pszichiátriai rendellenességgel diagnosztizált betegek eutanáziakérelméről. Egy 2017-ben megjelent tanulmány az ebbe a betegcsoportba tartozó 26 beteg Lieve Thienpont pszichiáternek átnyújtott írásait elemezte, melyekben a betegek magyarázattal szolgáltak az eutanáziakérelmükre, illetve szenvedésük elviselhetetlen jellegére (Verhofstadt-Thienpont-Peters, 2017). A tanulmány szerzőinek írásukkal két ambiciózus célkitűzése is volt. Egyrészt útjára akarták indítani azt a kutatási programot, amely megalkotja az elviselhetetlen szenvedés korábbi (Dees et al., 2010: 350), provizórikusnak tekintett meghatározásánál<sup>17</sup> pontosabb definícióját és ugyanakkor feltárja mindazokat a faktorokat, amelyek a betegek szenvedését elviselhetetlenné teszik. Ezen túl a szerzők két, a tanulmányt kísérő listával hozzá kívántak járulni a szenvedés természetét feltáró, illetve a szenvedés mértékét vizsgálni képes mérőeszközök kifejlesztéséhez.

---

<sup>17</sup> Az „elviselhetetlen szenvedés” Hollandiában is törvényi kritérium, számos holland kutatási eredmény van az elviselhetetlen szenvedés témakörében, ideértve a mérőeszköz kifejlesztésére tett erőfeszítéseket is: Ruijs et al, 2009; Dees et al, 2010; Dees et al, 2011; Ruijs et al, 2014.

A tanulmány készítői az elviselhetetlen szenvedés következő 5 dimenzióját azonosították: 1. az orvosi állapottal kapcsolatos szenvedés,<sup>18</sup> 2. az intraperszonális<sup>19</sup> szenvedés, 3. az interperszonális<sup>20</sup> interakcióhoz kapcsolódó szenvedés, 4. a személy társadalomban elfoglalt helyéhez és interakciójához kapcsolódó szenvedés, valamint 5. az egzisztenciális szenvedés. A szenvedés mértékének vonatkozásában 3 kategóriát alkottak: I. extrém mértékű szenvedés, II. annyira kibírhatatlan szenvedés, hogy azzal a beteg már nem képes megbirkózni, illetve III. krónikus, éjjel-nappal jelen lévő szenvedés, amely a zavarok tüneteiből, valamint a mindennapok nehézségeiből ered. A szerzők megjegyzik ugyan, hogy az elviselhetetlen szenvedésnek a betegséghez és más tényezőkhöz kapcsolódó tényezőire már más kutatás is felhívta a figyelmet (Dees et al., 2011), munkájukkal azonban, megítélésük szerint, további fontos belátásokhoz is eljutottak: „pszichiátriai betegek esetében ezek a tünetek már fiatalon megjelenhetnek és tovább romolhatnak elégtelen és/vagy gyenge minőségű beteg-orvos kommunikáció és hatástalan kezelési gyakorlatok következtében. Sőt, az anyagiak szintén fontosak, mert például az alacsony jövedelem esetében gondosan kell mérlegelni, hogy alternatív elhelyezések és kezeléseik lehetségesek-e? [...] Az adataink azt mutatják, hogy szélesebb politikai és társadalmi vita lehet szükséges ahhoz, hogy módot találhassunk az orvosi kiadások csökkentésére és/vagy egyes személyek anyagi helyzetének a javítására, ha csökkenteni szeretnénk az eutanáziára irányuló kérések számát.” (Verhofstadt-Thienpont-Peters, 2017: 243) A tanulmány arra a paradoxonra is empirikus bizonyítékkal szolgál, hogy egyes esetekben éppen az eutanáziára irányuló kérés jóváhagyása nyit perspektívát a betegnek az életre, az élet folytatására: „Az a megnyugvás, amit a betegek akkor éreznek, amikor egy orvos a meghalásra irányuló vágyukat komolyan veszi, együtt annak bizonyosságával, hogy immár valóban lehetőségük van az eutanáziára, amennyiben valóban ezt szeretnék, lehetőséget nyithat – például – a további kezelésre.” (Verhofstadt-Thienpont-Peters, 2017: 244)

Van olyan ellátási helyszín (pl. a Ghenti Egyetemi Kórház), amely a pszichiátriai kivizsgálásnak a törvényben előírt kötelezettségnél szigorúbb standardját határozza meg (Verhofstadt et al, 2019c).

### ***A lelki zavar prognózisa – értelmes képzettárs(ítás)?***

---

<sup>18</sup> A szerzők ebben a kategóriában, az orvosi állapothoz kapcsolódó szenvedés részben említik meg – a terápiához kapcsolódó okok közt - „a betegek és az orvosok közötti kommunikáció mintázatának nehézségeit”: esetenként tapasztalta a beteg részéről a beteg szenvedésének megértésére való képtelenséget, az orvos járatlanságát, inkompetenciáját, arra való képtelenségét, hogy a betegekkel ilyen dolgokról beszéljen, de a szerzők említik az orvosok esetenként előforduló egymás közti kommunikációs problémáját is.

<sup>19</sup> A személy saját belső lelki életéből eredő.

<sup>20</sup> A személynek más személyekhez fűződő kapcsolatából eredő.

A pszichiátria diskurzusában találkozunk a(z adott) lelki zavar *prognózisáról* szóló állításokkal. Ez felvetheti annak kérdését, hogy a „prognózis” kifejezés használója a zavarokat mintegy önálló léttel rendelkező entitásoknak tekinti-e vagy pusztán analógiás nyelvhasználatról van szó? Egyesek itt óvatosságra intenek azért is, mert álláspontjuk szerint a lelki rendellenességek esetében a *prognózis* számos tényező következtében nem megadható, még egy időben stabilnak mutató diagnózis esetében sem.<sup>21</sup> „Egy pszichiátriai betegség nem progresszív és degeneratív. Szabályként elmondható, hogy értékelése és a beteg prognózisa bizonytalan.” – írja például Joris Vandenberghe pszichiáter. (Vandenberghe, 2017: 157; az álláspontra további példaként ld. Miller, 2015: 885; Naudts et al., 2006: 407) Tisztázni szükséges azt is, hogy a lelki zavar esetében a prognózis pontosan mire is vonatkozik: magára a zavarra, a lelki rendellenesség által okozott szenvedésre, esetleg a szenvedés valamelyik lehetséges jellemzőre (pl. folyamatos, elviselhetetlen, csillapíthatatlan)? További óvatosságra készítet az a tény is, hogy számos esetben a szenvedésnek sem az elviselhetősége, sem az időtartama, sem pedig csillapíthatósága nem olyan paraméter, amely függetleníthető lenne azoknak a kapcsolatoknak a jellemzőitől, melyek a szenvedő személy különböző viszonyrendszereiben található.

### ***A lelki zavar terápiájának hatásossága – miből ered a hatás, mi hat?***

A törvény azt is megköveteli az orvostól, hogy a beteggel ismertesse a terápiás lehetőségeket azok várható következményeivel együtt, illetve a beteggel együtt megfogalmazza annak belátását, hogy a beteg esetében „nincs észszerű alternatíva”. A lelki problémákkal végzett munka értelmezésekor megeshet, hogy egy kellően leegyszerűsített gyógyszerhatás analógiájára gondolkodunk a lelki problémák gyógyszeres terápiájának vagy a pszichoterápiának, esetleg a kettő kombinációjának a hatásáról; ez igaz lehet még abban az esetben is, ha tisztában vagyunk azzal, hogy az egyéni biológiai és a környezeti jellemzők különböző módokon és mértékben határozhatják meg egy gyógyszer konkrét hatását. Az

---

<sup>21</sup> Amikor például Kanadában azt a lehetőséget mérlegelik, hogy a meghaláshoz nyújtott segítség lehetőségét kiterjessék-e a lelki rendellenességgel diagnosztizált személyekre, az érintett betegek prognózisának kérdésében nagyon óvatosan fogalmaznak: „Ha egy személy hosszú ideje él egy adott lelki rendellenességgel, csekély annak valószínűsége, hogy a diagnózis megváltozik. A diagnosztikus stabilitás azonban nem garantálja a pontos prognózist (a betegség időben való lefolyásának előrejelzését).” (CCA, 2018: 38-39.) A pontos prognózist ért kételyek élesen vetik fel a „*terápiarezisztencia*” kifejezés értelmét is a lelki zavarok kontextusában, említhető példaként a „*terápiarezisztens major depresszió*” jelentése körüli vita: pl. Malhi et al, 2005; McIntyre et al, 2014; Broome-De Cates, 2015; Demyttenaere-Van Duppen, 2019. Lieve Thienpont pszichiáter munkája során használta a Holland Pszichiátriai Szövetségnek azt a 2009-ben frissített iránymutatását, amely szerint egy állapotot „kezelhetetlen”-nek szükséges definiálni abban az esetben, amennyiben kielégíti a következő három feltételt: 1. nem hordozza a javulás reális lehetőségét, 2. nem lehetséges a megfelelő kezelés észszerű időn belül történő megkezdése, valamint 3. nem áll fenn észszerű egyensúly a várható kezelési eredmények és a beteg által tapasztalt kezelés terhe között. (NVVP, 2009)

értelmezés esszenciális eleme: egy *dolog* – ez esetben a *gyógyszer* (pontosabban a benne található *hatóanyag*) – immanens tulajdonsága az, ami elsősorban a terápiás eredményért felelős, ezért közel azonos individuális biológiai és környezeti háttérfeltételek mellett közel azonos eredményt lehetne elvárni. A pszichoterápia ebben az egyszerűsített megközelítésben terápiás potenciállal rendelkező „*dolog*”-ként (*res*) jelenik meg, mely mint a szubjektumhoz képest külső objektum valamilyen hatást fejt ki az őt igénybe vevő személyre. A pszichoterapeuta ebben a képletben a „*dolog*”-nak a birtokosa, a terápia felajánlója, a kliens pedig a terápia alanya, annak mintegy „elszenvedője”. A lelki nehézségekkel való munka eredményessége azonban számos kontextuális tényező függvénye: a terápiában levő személy mellett a terapeuta jellemzői, megnyilvánulásai, szakmai tudása, a terápiában levő személy kapcsolatrendszerének különböző elemei (például a terápiás kapcsolat megléte, annak minősége), a terápiában levő személyt körülvevő, a segítség különféle lehetőségeit hordozó személyek és intézmények jelenléte, jellemzői stb. mind-mind ide sorolhatók. Joris Vandenberghe pszichiáter például a következőt emeli ki a pszichiátriai betegségekkel diagnosztizált személyek eutanáziakérései kapcsán: „A terápia elérhetősége és hozzáférhetősége, továbbá a beteg motiváltsága fontos előfeltételek. Ilyen módon az eutanáziáról folytatott vita érinti a lelki betegséggel élők ellátását végző egészségügyi rendszer elégtelen finanszírozásának a kérdését, a stigma kérdését, rámutat a pszichoterápia térítésének hiányára, érinti a várólisták és a gondozás egyéb alapvető feltételeinek a kérdéseit.” (Vandenberghe, 2017: 158) Legutóbb An Haekens pszichiáter is hangsúlyozta ezeket a determináló tényezőket. (Haekens, 2021.)

### **Önkéntes és jól átgondolt kérés a lelki betegséggel élő személy esetében – illúzió vagy valóság?**

A törvény az eutanáziára irányuló *kéréssel* szemben is több kritériumot támaszt: a kérés legyen 1. több alkalommal is kifejezett, 2. önkéntes, 3. jól átgondolt, és 4. mindenfajta külső nyomástól mentes. Vandenberghe is hangsúlyozza, hogy az eutanáziára irányuló kérés „önkéntes” és „jól átgondolt” sajátosságairól való megbizonyosodás a lelki rendellenességekkel diagnosztizált betegek esetében sajátos nehézségekkel terhelt. Egyes lelki rendellenességek esetében az öngyilkosságra vagy általában a halálra irányuló vágyat a betegség tüneteként interpretálják. Ám a „racionális öngyilkosság” koncepciójának képviselői azt vallják, hogy a saját élet befejezésére irányuló vágy nem minden esetben egy betegség tünete, vagy a patológia megnyilvánulása, a racionális öngyilkosság koncepciójának képviselői fenntartják annak

lehetőségét, hogy egy személy döntésképeségének birtokában, saját értékei mentén észszerűnek tekinthető döntést hozhat életének befejezése mellett. (Hewitt, 2013) Vandenberghe ugyanakkor kiemeli azt a nehézséget, hogy nincs olyan döntésképeséget vizsgáló eszköz, melyet az eutanáziára irányuló kérésekre validáltak volna. (Vandenberghe, 2017: 156.) Az a gyakran hallott retorika, amely úgy szól, hogy ezért a lelki rendellenességgel élő személy eutanáziára irányuló kérelmének vizsgálata nagyon alapos munkát, kellő körültekintést igényel, az eszköz létezésének ígéretét hordozza, de nem adja meg magát az eszközt és alkalmazásának instrukcióit, nem adja meg az alaposság és körültekintés konkrét kritériumait, ezért beteljesíthetetlen, vagy továbbra is beteljesítésre váró ígért marad.<sup>22</sup> A döntésképeség kérdése azonban túlmutat az eutanázia kontextusán, csak a pszichiátria intézményrendszerén belül számos döntésképeség-értelmezésünk, számos döntésképeséget vizsgáló eszközünk van. (Amaral et al, 2021; Dembo-van Veen-Widdershoven, 2020; Palmer-Harmell, 2016; Lamont-Jeon-Chiarella, 2013; Kim, 2010; Dunn et al, 2006) Az eutanáziát követően a CFCEE-nek megküldendő adatok között azonban nem kell információt szolgáltatni arról, hogy az orvos milyen eszközt alkalmazott a döntésképeség vizsgálatára, ezért erre vonatkozóan nincsenek adataink (Dierickx et al, 2017: 6), a pszichiátereknek az eutanázia-kérések vizsgálatában való részvételükről is csak most szerzünk részletesebb ismereteket (pl. Verhofstadt et al, 2020b). A nehézségeket tovább fokozza, hogy a belgiumi eutanázia-törvény 2014-es módosításához megalkotott „ítélőképesség” fogalma, mely a kiskorúakon végrehajtott eutanázia kritériumai között szerepel (Van Assche et al., 2018), szintén adott megválaszolásra váró kérdéseket. (pl. Raus, 2016: 311, Siegel et al., 2014).

#### IV. Az eutanázia és a palliatív gondozás viszonya

A palliatív gondozás hagyományos értelmezése szerint – itt a leggyakoribb hivatkozási pont a WHO palliatív gondozásról alkotott meghatározása – a palliatív gondozás és az eutanázia egymással *antagosztikus* kapcsolatban áll, vagyis egymás ellentettjei: a palliatív gondozás ezen megközelítés szerint „sem siettetni, sem későbbi időpontra tenni nem kívánja a halál beálltát”. (WHO, 2002: 84) A Palliatív Gondozás Flandriai Szövetsége<sup>23</sup> ugyanakkor hivatalosan is azon

---

<sup>22</sup> Nem lepődünk meg azon, hogy a nyugati pszichiátria diskurzusában helyenként fellelhető nagy ígéretet tartalmazó narratíva itt is megjelenik. Esetenként az lehet az érzésünk, hogy az ígért távolra mutat egy adott irányba, de nem látjuk azt, amit az ígért mutat, vagy annak csupán homályos körvonalát véljük felfedezni. Ez a narratíva ily módon szükségképpen a hit elemét hordozza magában.

<sup>23</sup> A palliatív gondozás tekintetében Belgiumban regionális szinten három nagyobb szövetség létezik: Vallóniában a Fédération Wallonne de Soins Palliatifs, Brüsszelben a Fédération Bruxelloise de Soins Palliatifs et Continus/Brusselse Federatie voor Palliatieve en Continue Zorg, Flandriában a Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. A Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen hivatalos honlapja: <http://www.palliatief.be/template.asp?f=index.htm>

az állásponton van, hogy a palliatív gondozás és az eutanázia egymással *szinergikus* kapcsolatban áll: az eutanázia a magas szintű palliatív gondozás szerves része, az eutanázia ebből következően az egészségügyi ellátás egyik eleme.<sup>24</sup> Belgiumban is az az egyik alapvető kérdés, hogy hogyan pozicionálja magát a palliatív gondozás abban a kontextusban, melyben az eutanázia törvényes lehetősége adott.

A belgiami törvény 2002-ben nem csupán az eutanáziáról szóló törvényt fogadta el, de a mindenki számára elérhető palliatív gondozásról szóló törvényt is. Az eutanázia legalizálására irányuló törekvések és a palliatív gondozás belgiami fejlesztése fej-fej mellett haladt. Esetenként pedig kéz a kézben. Egy-egy szószóló – így például Jan L. Benheim vagy Wim Distelmans - felkarolta mindkét lehetőséget, a beteg számára rendelkezésre álló két törvényes opcióként vizionálták azokat. Az elfogadott eutanáziatörvénybe azonban nem került be – „palliatív szűrőként” értelmezve - az a feltétel, hogy az eutanáziakérést megfogalmazó beteg orvosának kötelezően konzultálnia kelljen a palliatív gondozási team-mel (Broeckaert, 2000; Broeckaert-Janssens, 2002; Gastmans et al, 2004; Hegedűs, 2005), vagy hogy a palliatív gondozási team kapja a konzultációra felkért második orvos szerepkörét, de az a követelmény sem, hogy az eutanáziakérést megfogalmazó betegnek meg kelljen tapasztalnia a palliatív gondozás által nyújtott lehetőségeket.<sup>25</sup>

Hosszabb múltra tekintenek vissza azok az érvek, melyek elfogadhatatlannak tekintik az eutanázia vagy az orvos által asszisztált öngyilkosság palliatív gondozás felségterületén való megjelenését,<sup>26</sup> így ezek az érvek nem ismeretlenek a Belgiumban folyó vita számára sem. A leggyakrabban felhozott érv filozófiai, azt állítván, hogy a palliatív gondozás filozófiája összeegyeztethetetlen az eutanázia filozófiájával. Ettől nem független az az érv, mely az eutanázia jelenlétével veszélyeztetve érzi a palliatív gondozást végző szakemberek etikai integritását. Az etikai pluralizmus által az ellátó személyzet tagjai között okozott konfliktust vizionálnak. A konfliktus megjelenhet a palliatív gondozást nyújtó személy és azon hely szellemisége között is, amely befogadta az eutanázia lehetőségét. Mások annak a félelemnek adnak hangot, hogy az egységesből heterogén jelentésűvé bomló palliatív gondozás majd nem közvetít egyértelmű üzenetet a betegek, illetve a nyilvánosság felé, ezzel pedig összezavarja az embereket. Azok a betegek, akik ellenzik az eutanáziát, attól tarthatnak majd, hogy a palliatív

---

<sup>24</sup> A flandriai szövetség álláspontja az integráló palliatív gondozás koncepcióját veszi védelembe, erről bővebben: ld. Kőműves, 2020. A palliatív gondozás és az asszisztált halál kapcsolatának átfogó értelmezéséhez ld. Gerson et al, 2020.

<sup>25</sup> Etienne Montero kérdezi a törvényben szereplő csillapíthatatlan szenvedés kritériumának validálhatósága kapcsán: „Hogyan tudnánk kijelenteni, hogy a beteg szenvedése ’nem csillapítható’, ha a beteg visszautasít mindenfajta palliatív gondozási lehetőséget?” (Montero, 2017: 33)

<sup>26</sup> A fő érvek jó összefoglalása található a következő tanulmányban: Pereira et al, 2008.

gondozást nyújtó személyek esetleg éppen akaratuk ellenére eutanáziát hajtanak végre rajtuk. Ez a félelem áthathatja a beteg hozzátartozóit is. A félelemnek pedig az lehet a nemkívánatos következménye, hogy a betegek és a hozzátartozók nem bíznak majd meg a palliatív gondozásban, amivel elveszíthetik a gondozásnak esetleg az utolsó lehetőségét. Egyesek azt is reális félelemnek tartják, hogy a beteg eutanáziára irányuló kérését követően megváltozhat a gondozás iránya, mert az erőfeszítések az eutanáziakérés mögöttes indokának feltárása és megszüntetése helyett a kérés teljesítésére irányuló előkészületekre irányulnak majd. Végezetül, ha a palliatív gondozás befogadja az eutanáziát, mondják, akkor egyes ellátási helyszínek úgy tekinthetnek a palliatív gondozást nyújtó helyszínekre, mint olyan gondozási egységekre, ahová a betegeket egyszerűen át lehet helyezni, ezzel csökkentve saját erőfeszítésüket, csökkentve egyúttal a bennük generálódott feszültséget is, hogy a beteg kérését megfelelő módon kezeljék.

Azonban még azok is a reális veszélylehetőségekre hívják fel a figyelmet, akik támogatják az eutanáziának a palliatív gondozás keretében történő lehetőségét. Ilyen reális veszélylehetőségnek tekintik a legalizmust, a proceduralizmust, és az instrumentalizmust. A legalizmus azt a veszélyt jelenti, hogy önmagában a törvényes kritériumok betartását egyenlőnek tekintjük a jó ellátással, a jog által nem szabályozott intervenciókat esetleg nem tekintjük kötelező érvényűnek. Ezzel figyelmen kívül hagyjuk, hogy minden életvégi intervenciónak megvan a maga indikációja. A legalizmus káros hatását ellensúlyozandó egyesek a proceduralizmus hívéül szegődtek: minden életvégi intervenció törvényes szabályozását kezdték követelni. Ez az álláspont azt a veszélyt hordozza magában, hogy elveszhet az egyes helyzetekben szükséges flexibilitás, bizonyos intervenciók hozzáférhetetlenné válhatnak, valamint jelentősen megnő az adminisztrációs teher.

Követelményként jelenik meg az is, hogy az a csoport, amely számára hozzáférhető az eutanázia, széles társadalmi vita eredményeként legyen meghatározva. Az eutanázia ne szabadulhasson el oly módon, hogy minden keretfeltételét önkényesnek nyilvánítva könnyedén azok módosítását lehessen indítványozni. Az instrumentalizmusnak sem szabad elterjednie, annak a szellemiségnek, amely instrumentalizálja a halált, amely ez eutanáziában pusztán eszközt lát a betegség megszüntetésére vagy az idős kor lezárására. Az eutanázia a nehézségek elől gyorsan megszabadító eszközzé válhat, ahelyett, hogy az ellátó személyzet tagjainak a beteg, illetve idős személyek gondozása során felmerülő nehézségekkel komolyan szembe kellene néznie. (Vanden Berghe et al., 2017: 73-77)

A palliatív gondozásnak azok a belga szakemberei, akik a palliatív gondozás és az eutanázia viszonyát szinergikus kapcsolatként értelmezik, különböző tapasztalatok által

alakították ki ezt az álláspontot. Bizonyos esetekben azt tapasztalták, hogy a betegek gyengén reagálnak a palliatív terápia intervencióira és ezekben az esetekben az eutanázia idézte elő a jó halált. Más esetekben a palliatív gondozás szakemberei visszautasították a beteg eutanáziájában való közreműködést, de ezt követően azzal kellett szembesülniük, hogy a beteg eutanáziájára a normális, a családi gondozói egységet is magában foglaló gondozói-ápolói kontextuson kívül került sor, gyakran anélkül, hogy a családtagok az eseményről előzetesen tudomást szerezhettek volna. Ezen szakemberek számára a beteg eutanáziájában való részvétel kisebb rosszként értelmeződött, mint a cselekedettől való tartózkodás. Sok esetben pedig, attól függetlenül, hogy minden palliatív terápiás opció kiaknázásra került-e vagy sem, a beteg hálás volt azért, hogy az életét az általa választott módon zárhatja le. Ez a tapasztalat egyeseket arról győzött meg, hogy az eutanázia részét alkothatja a jó betegellátásnak. (Vanden Berghe et al., 2017: 68)

## IRODALOM

- AMARAL, A.S. et al (2021): Decision-Making Capacity in Healthcare: Instruments Review and Reflections About Its Assessment in the Elderly with Cognitive Impairment and Dementia. *Psychiatric Quarterly* Jan 2. Online ahead of print.
- BAZAN, A. et al. (2015b): Schrap euthanasie op basis van louter psychisch lijden uit de wet. Open brief. [Távolítsák el a törvényből annak lehetőségét, hogy eutanáziára sor kerülhessen pusztán pszichológiai szenvedés alapján. A halál mint terápia?] *De Morgen*, December 8. <https://www.demorgen.be/meningen/schrap-euthanasie-op-basis-van-louter-psychisch-lijden-uit-de-wet~b277b650/>; A nyílt levél Trudo Lemmens által készített angol nyelvű fordítása: <https://euthanasiadebate.org.nz/belgium-experts-call-for-a-removal-of-euthanasia-on-the-grounds-of-psychological-suffering/>
- BAZAN, A. et al. (2015a), "Euthanasie bij psychisch lijden: een wankel wettelijk kader en maatschappelijke ondermijnende gevolgen" [Eutanázia lelki szenvedésre: bizonytalan jogi keretek és káros társadalmi következmények], *Artsenkrant*, Szeptember 25, no. 2420: 42
- BEEL, V., BERGMANS, E. (2013): Euthanasie na strijd van 25 jaar tegen anorexia [Eutanázia az anorexiával 25 évig folytatott küzdelem után], *Nieuwsblad* 28 January 2013.
- BELGISCH RAADGEVEND COMITÉ VOOR BIO-ETHIK [Belga Bioetikai Tanácsadó Testület] (2017): *Advies nr. 73 van 11 September 2017 2017 betreffende euthanasie in geval van niet-terminale patiënten, psychisch lijden en psychiatrische aandoeningen*. [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/advies\\_73\\_euthanasie.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/advies_73_euthanasie.pdf) Brussels, Belgium; 2017. Angolul: BELGIAN ADVISORY COMMITTEE ON BIOETHIC (2017): *Opinion no. 73 of 11 September 2017 on Euthanasia in Case of Non-Terminally Ill Patients, Psychological Suffering and Psychiatric Disorders*.

- [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/opinion\\_73\\_web.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/opinion_73_web.pdf)
- BROECKAERT, B. (2003): Az eutanázia legalizálása Belgiumban. *Kharón Thanatológiai Szemle* 7(1-2): 8-29. Ford. Bíró Zsuzsa. A tanulmány eredeti megjelenési helye: FRIDLI, J. (Szerk.) (2002): *Health Care and Human Rights*. Budapest, Társaság a Szabadságjogokért. 44-54.
- BROECKAERT, B., JANSSENS, R. (2002): Palliative Care and Euthanasia. Belgian and Dutch Perspectives. *Ethical Perspectives* 9(2-3): 156-75.
- BROECKAERT, B. (2000): Palliatieve Zorg, euthanasie en menswaardig sterven. Standpuntbepaling naar aanleiding van de op 20 december ingediende wetsvoorstellen betreffende euthanasie en palliatieve zorg. Wemmel.
- BROOME, M.R., DE CATES, A. (2015): Choosing Death in Depression: A Commentary on 'Treatment-Resistant Major Depressive Disorder and Assisted Dying'. *Journal of Medical Ethics* Aug;41(8):586-7
- CCA [Council of Canadian Academies] (2018): The State of Knowledge on Medical Assistance in Dying Where a Mental Disorder is the Sole Underlying Medical Condition. The Expert Panel Working Group on MAID Where a Mental Disorder Is the Sole Underlying Medical Condition. Ottawa, Canada.
- CFCEE [Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie] (2004): Premier rapport aux chambres législatives (22 septembre 2002- 31 décembre 2003).
- CFCEE [Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie] (2006): Deuxième rapport aux chambres législatives (Années 2004-2005).
- CFCEE [Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie] (2008): Troisième rapport aux chambres législatives (Années 2006-2007).
- CFCEE [Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie] (2010): Quatrième rapport aux chambres législatives (Années 2008-2009).
- CFCEE [Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie] (2012): Cinquième rapport aux chambres législatives (Années 2010-2011).
- CFCEE [Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie] (2014): Sixième rapport aux chambres législatives (Années 2012-2013).
- CFCEE [Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie] (2016): Septième rapport aux chambres législatives (Années 2014-2015).
- CFCEE [Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie] (2018): Huitième rapport aux chambres législatives (Années 2016-2017).
- CFCEE [Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie] (2020): Neuvième rapport aux chambres législatives (Années 2018-2019).
- CLAES, S. (2015): Euthanasia for Psychiatric Patients: Ethical and Legal Concerns about the Belgian Practice. *BMJ Open* 6 November. eLetter.
- DEES, M.K. et al. (2011): 'Unbearable Suffering': A Qualitative Study on The Perspectives of Patients Who Request Assistance in Dying. *Journal of Medical Ethics* 37(12):727-34.
- DEES, M.K. et al. (2010): Unbearable Suffering of Patients with a Request for Euthanasia or Physician-Assisted Suicide: An Integrative Review. *Psychooncology* Apr;19(4):339-52

- DELPYERRE, F. (2011): Jeanne – “Ma mère ne répondait pas aux critères pour être euthanasiée” [Jeanne – Az anyám nem felelt meg az eutanázia kritériumainak]. *Le Soir* 15 January 2011: 12.
- DEMBO, J., VAN VEEN, S., WIDDERSHOVEN, G. (2020): The Influence of Cognitive Distortions on Decision-Making Capacity for Physician Aid in Dying. *International Journal of Law and Psychiatry* 72(September-October):101627.
- DEMÍTTENAERE, K., VAN DUPPEN, Z. (2019): The Impact of (the Concept of) Treatment-Resistant Depression: An Opinion Review. *International Journal of Neuropsychopharmacology* Feb 1;22(2):85-92.
- DEVOS, T. (Ed.) (2021): *Euthanasia: Searching for the Full Story. Experiences and Insights of Belgian Doctors and Nurses*. Cham, Switzerland: Springer.
- DIERICKX, S. et al (2017): Euthanasia for People with Psychiatric Disorders or Dementia in Belgium: Analysis of Officially Reported Cases. *BMC Psychiatry* Jun 23;17(1):203.
- DIERICKX, S. et al (2016): Euthanasia in Belgium: Trends in Reported Cases between 2003 and 2013. *CMAJ* Nov 1; 188(16): E407–E414.
- DISTELMANS, W. (2013): Interjú Wim Distelmans-szal. *De Standaard*. Október 16.
- DÓSA, Á. (2012): Összehasonlító egészségügyi jog. Orvostikai kérdések jogi szemmel. Budapest: Complex Kiadó Jogi és Üzleti Tartalomszolgáltató.
- DUNN, ET AL (2006): Assessing Decisional Capacity for Clinical Research or Treatment: A Review of Instruments. *American Journal of Psychiatry* 163(8): 1323-34.
- GASTMANS, C., VAN NESTE, F., SCHOTSMANS, P. (2004): Facing Requests for Euthanasia: A Clinical Practice Guideline. *Journal of Medical Ethics* 30(2): 212-7.
- GERSON, S.M. et al. (2020): The Relationship of Palliative Care with Assisted Dying Where Assisted Dying is Lawful: A Systematic Scoping Review of the Literature. *Journal of Pain and Symptom Management* 59(6): 1287–1303.
- GREENBERG, G. (2013): *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry*. Blue Rider Press; 1st edition.
- GRIFFITHS, J., WEYERS, H., ADAMS, M. (2008): *Euthanasia and Law in Europe*. Portland: Hart Publishing.
- GRUBER, P. (2008): Jeanne avait décidé de mourir [Jeanne a halál mellett döntött], *Le Vif/L'Express (Belgique)* 21 January 2008: 36–40. <http://www.marccosyns.eu/documenten/jeanne.pdf>
- HAEKENS, A. (2021): Euthanasia for Unbearable Psychological Suffering. In. Devos (Ed.) 2021. 39-47.
- HARRISON, C. et al. (2021): Comorbidity versus Multimorbidity: Why It Matters. *Journal of Multimorbidity & Comorbidity* Mar 2;11:2633556521993993.
- HEGEDŰS, K. (2017): *Létezik-e jó halál?* Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- HEGEDŰS, K. (2005): Életvégi dilemmák. Az eutanázia és a palliatív terápia néhány etikai és jogi kérdése. *LAM* 15(10): 784-787.
- HEWITT, S. (2013): Why Are People with Mental Illness Excluded from the Rational Suicide Debate? *International Journal of Law and Psychiatry* 36(5-6): 358-365.

- HORWITZ, A.V., WAKEFIELD, J.C. (2007): *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. New York: Oxford University Press.
- JONES, D.A., GASTMANS, CH., MACKELLAR, C. (2017): *Euthanasia and Assisted Suicide. Lessons from Belgium*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- JULESZ, M. (2018): *Orvosi jog működés közben. A hálapénztől a kártérítésig*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- JULESZ, M. (2016): *Az orvosi jog aktualitásai. Az eutanáziától a klónozásig*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- KENDLER, K.S., PARNAS, J. (2017): *Philosophical Issues in Psychiatry IV. Classification of Psychiatric Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- KIIM, S.Y.H. (2010): *Evaluation of Capacity to Consent to Treatment and Research*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- KŐMŰVES, S. (2020): Az eutanáziát integráló palliatív gondozás – a belgumi modell. *Kharón Thanatológiai Szemle* 2020/1: 36-46.
- LAMONT, S., JEON, Y.H., CHIARELLA, M. (2013): Assessing patient capacity to consent to treatment: an integrative review of instruments and tools. *Journal of Clinical Nursing* 22(17-18): 2387-2403.
- MALHI, G.S. et al. (2005): Treatment-Resistant Depression: Resistant to Definition? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112(4):302–9.
- MCINTYRE, R.S. et al. (2014): Treatment-Resistant Depression: Definitions, Review of The Evidence, and Algorithmic Approach. *Journal of Affective Disorders* 156:1–7.
- MILLER, F.G. (2015): Treatment-Resistant Depression and Physician-Assisted Death. *Journal of Medical Ethics* 41(11):885-886.
- MONTERO, E. (2017): The Belgian Experience of Euthanasia Since Its Legal Implementation in 2002. In: JONES-GASTMANS-MACKELLAR (2017): 26-48.
- NAUDTS, K. et al. (2006): Euthanasia: The Role of the Psychiatrist. *British Journal of Psychiatry* 188: 405-9.
- NYS, H. (2017): A Discussion of the Legal Rules on Euthanasia in Belgium Briefly Compared with the Rules in Luxembourg and the Netherlands. In: JONES-GASTMANS-MACKELLAR (2017): 7-25.
- ORDE DER ARTSEN, NATIONALE RAAD (2003): ‘Advies betreffende palliatieve zorg, euthanasie en andere medische beslissingen omtrent het levenseinde’ [‘Opinion on palliative care, euthanasia and other medical decisions concerning the end of life’], *Tijdschrift Nationale Raad* 100: 5.
- Online: <https://ordomedic.be/nl/adviezen/deontologie/consent-fully-informed/advies-betreffende-palliatieve-zorg-euthanasie-en-andere-medische-beslissingen-omtrent-het-levenseinde>
- ORDE DER ARTSEN, NATIONALE RAAD (2019): Deontologische richtlijnen voor de toepassing van euthanasie bij patiënten die psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening [Deontológiai irányelvek az eutanázia alkalmazásához pszichiátriai rendellenesség következtében pszichológialag szenvedő betegeknél]

- Online: <https://ordomedic.be/nl/adviezen/ethiek/euthanasie/deontologische-richtlijnen-voor-de-toepassing-van-euthanasie-bij-pati%C3%ABnten-die-psychisch-lijden-ten-gevolge-van-een-psychiatrische-aandoening>
- PALMER, B.W., HARMELL, A.L. (2016): Assessment of Healthcare Decision-making Capacity. *Archives of Clinical Neuropsychology* 31(6): 530–540
- PEREIRA, J., et al. (2008): Assisted Suicide and Euthanasia Should Not Be Practiced in Palliative Care Units. *Journal of Palliative Medicine* 11(8): 1074-6.
- RADDEN, J. (2019): Mental Disorder (Illness). <https://plato.stanford.edu/entries/mental-disorder/>
- RAUS, K., VANDERHAEGEN, B., STERCKX, S. (2021): Euthanasia in Belgium: Shortcomings of the Law and Its Application and of the Monitoring of Practice. *Journal of Medicine and Philosophy* 46(1): 80-107
- ROSE, N. (2019): *Our Psychiatric Future*. Polity Press. Medford, MA
- RUIJS, C.D. et al. (2014): Unbearable Suffering and Requests for Euthanasia Prospectively Studied in End-of-Life Cancer Patients in Primary Care. *BMC Palliative Care* Dec 23;13(1):62.
- RUIJS, C.D. et al. (2009): Unbearability of Suffering at the End of Life: The Development of a New Measuring Device, the SOS-V. *BMC Palliative Care* Nov 3;8:16.
- SAGET, E. (2008): L'euthanasie, ma mère et moi [Az eutanázia, az anyám, és én]. *L'Express (France)*, 24 avril 2008. [https://www.lexpress.fr/actualite/societe/l-euthanasie-ma-mere-et-moi\\_472327.html](https://www.lexpress.fr/actualite/societe/l-euthanasie-ma-mere-et-moi_472327.html)
- SIEGEL, A.M., SISTI, D.A., CAPLAN, A.A. (2014): Pediatric Euthanasia in Belgium Disturbing Developments. *The Journal of the American Medical Association* 311(19): 1963-1964.
- STEINBOCK, B. (2017): Physician-Assisted Death and Severe, Treatment-Resistant Depression. *Hastings Center Report* 47(5): 30-42.
- THIENPONT, L. (2016): A commentary on 'Euthanasia for psychiatric patients: ethical and legal concerns about the Belgian practice' from Claes et al. *BMJ Open* 5 January
- THIENPONT, L. ET AL (2015): Euthanasia Requests, Procedures and Outcomes for 100 Belgian Patients Suffering from Psychiatric Disorders: A Retrospective, Descriptive Study. *British Medical Journal Open* 5(7):e007454.
- THOLEN A.J. et al. (2009): *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis* [Útmutató pszichiátriai betegek asszisztált öngyilkosság iránti kérelmének kezeléséhez]. Utrecht: De Tijdstroom.  
Online: [https://www.tijdstroom.nl/media/1/inkijkex\\_richtlijn\\_omgaan\\_zelfdoding.pdf](https://www.tijdstroom.nl/media/1/inkijkex_richtlijn_omgaan_zelfdoding.pdf)
- VAN ASSCHE, K., RAUS, K., VANDERHAEGEN, B., STERCKX, S. (2018): „Capacity for Discernment” and Euthanasia on Minors in Belgium. *Medical Law Review* 27(2): 242-266.
- VANDEN BERGHE, P., MULLIE, A., DESMET, M., HUYSMANS, G. (2017): Assisted Dying. The Current Situation in Flanders: Euthanasia Embedded in Palliative Care. In JONES-GASTMANS-MACKELLAR (2017): 67-85.

- VERHOFSTADT, M ET AL. (2020b): The Engagement of Psychiatrists in the Assessment of Euthanasia Requests from Psychiatric Patients in Belgium: A Survey Study. *BMC Psychiatry* Aug 8;20(1):400.
- VERHOFSTADT, M ET AL (2020a): Belgian Psychiatrists' Attitudes towards, and Readiness to Engage in, Euthanasia Assessment Procedures with Adults with Psychiatric Conditions: A Survey. *BMC Psychiatry* Jul 16;20(1):374.
- VERHOFSTADT, M ET AL (2019c): Ghent University Hospital's Protocol Regarding the Procedure Concerning Euthanasia and Psychological Suffering. *BMC Medical Ethics* 2 Sep; 20(1):59.
- VERHOFSTADT, M ET AL (2019b) Psychiatric Patients Requesting Euthanasia: Guidelines for Sound Clinical and Ethical Decision Making. *International Journal of Law and Psychiatry* May-Jun 64:150-161.
- VERHOFSTADT, M ET AL. (2019a): Towards an Assessment Instrument for Suffering in Patients with Psychiatric Conditions: Assessing Cognitive Validity. *British Journal of Psychiatry Open*. May; 5(3): e35.
- VERHOFSTADT, M., THIENPONT, L., PETERS, G-J. (2017): When Unbearable Suffering Incites Psychiatric Patients to Request Euthanasia: Qualitative Study. *British Journal of Psychiatry* 211(4):238-245.
- VLAAMSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE [VVP, A Pszichiátria Flamand Szövetsége] (2017): Hoe Omgaan met Een Euthanasieverzoek in Psychiatrie Binnen Het Huidig Wettelijk Kader? [Hogyan lehet kezelni a pszichiátriai eutanázia iránti kérelmet a jelenlegi jogszabályi keretek között?] Kortenberg, Leuven; 2017. Online: [http://vvponline.be/uploads/docs/bib/euthanasie\\_finaal\\_vvp\\_1\\_dec.pdf](http://vvponline.be/uploads/docs/bib/euthanasie_finaal_vvp_1_dec.pdf)
- WHO [WORLD HEALTH ORGANIZATION] (2002): *National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Geneva: WHO.

Szerző:

**Dr. Kőműves Sándor**

egyetemi adjunktus

Debreceni Egyetem

Általános Orvostudományi Kar

Magatartástudományi Intézet

[komuves.sandor@med.unideb.hu](mailto:komuves.sandor@med.unideb.hu)

**Párbeszéd gyermekekkel a veszteségről, a halálról**  
**- Veszteségélmény felismerése és kezelése az oktatási**  
**intézményekben**

„...valahányszor veszteséget szenvedünk el, valahányszor meg kell válnunk valamitől,  
szükség van a gyászmunkára.” (Verena Kast)  
„Gyerekekkel, erről a témáról? Biztos vagy benne?”

**Összefoglalás** ♦ *A méltósággal teli élet, életvég iránti tisztelet, a szociális kompetenciák erősítése, az érzelmi intelligencia fejlesztése területén tűztünk ki feladatokat és célokat. A Méltóság mezeje programot azért dolgoztuk ki, hogy oldjuk a halál-tabut, továbbá hogy az élet értelmének felismerésében és értékének megbecsülésében tudjunk segíteni és cselekvő gondoskodásra készíteni a fiatalokat. Debrecenben közel száz szakember (pszichológus, mentálhigiénés szakember, szabadidő szervező, pedagógus) közreműködésével tíz éven át zajlott a Méltóság mezeje szemléletformáló program, amelyet a Magyar Hospice Alapítvánnyal együtt indítottunk útjára. A program gazdagítása, kibővítése viszont már a helyi kollégák közreműködésével valósult meg. Az érzelmi nevelés sajátos területe a Méltóság mezeje program, amely tíz év alatt intézményközi programjaival egyrészt hozzájárult a kulcskompetenciák fejlesztéséhez, másrészt a tabu témákról, mint a halál, a veszteség, és az elmúlás, a komplex tevékenységrendszer megvalósításával kommunikált a gyerekekkel. Jó példa volt arra, hogy egy civil kezdeményezés hogyan illeszthető be a köznevelési intézmények gyakorlatába, gazdagítva azt. A tízéves program kiemelten fontos eredménye, hogy egy húsz ágyas hospice-palliatív és terápiás osztály nyílt a Debreceni Egyetem fenntartásában. Emellett sikerült megvalósítani egy akkreditált képzést „A pedagógus szerepe és lehetőségei a méltósággal teli élet, gondoskodásra nevelés, a gyermekekért veszteség felismerésében, kezelésében” címmel, pedagógusok, óvónők, pszichológusok számára. A képzést a 2015-ben alakult Debreceni Hospice Alapítvány munkatársai, a Méltóság mezeje programban látott*

*tapasztalatok, módszertanok felhasználásával dolgozták ki. A fentiek tükrében az óvodai és iskolai tapasztalatokat, reflexióikat foglalom össze.*

**Kulcsszavak** - *méltóság, veszteség, kulcskompetenciák, szemléletformálás*

## **Conversation with children about loss and death**

### **Recognising and handling symptoms of bereavement in education institutions**

**Summary** ♦ *We assigned tasks and set goals in the area of preserving dignity throughout life, respect for the end of life, strengthening social competencies and developing emotional intelligence. The Field of Dignity programme has been developed to overcome the taboo related to death, to help young people recognise the meaning and honour the value of life and to motivate them to active care.*

*Field of Dignity attitude-forming programme was launched together with the Hungarian Hospice Foundation and has been running for ten years in Debrecen with the participation of nearly a hundred professionals (psychologists, mental health professionals, recreation management professionals and teachers). However, local colleagues were involved in improving and expanding the programme. The field of Dignity program is a specific area of emotional education. Over the last ten years, its inter-institutional programmes contributed to the development of key competencies on one hand, and by implementing a complex system of activities it helped the communication with children about taboo topics like death, loss and pass away, on the other hand. It is a good example of integrating a civic initiative into the practices of public education institutions, while also enriching them. A particularly important achievement of the ten-year programme is the opening of the 20-bed Hospice Palliative Care and Therapeutic Ward within the framework of the University of Debrecen. In addition, an accredited training course titled “The role and possibilities of teachers in educating children to care for others, live life in dignity, and in recognising and handling symptoms of loss experienced by children” has been successfully implemented for teachers, preschool teachers and psychologists. The training programme was developed by the staff of the Debrecen Hospice House Foundation, established in 2015, using the observations and the methodology of the*

*Field of Dignity programme. In light of the above, I summarise the experiences and reflections of preschools and schools.*

**Keywords:** dignity, loss, key competencies, shaping the attitude

A mai társadalomban az emberi méltósághoz való jog számos módon terítékre kerül, ehhez való viszonyulásunk az emberi kapcsolatokra is kivetül. Olyan tabutémának számító kérdésekben, mint a vallás, politika, anyagi helyzet és a szexualitás, bátran megnyilvánulnak a felnőttek, gyerekek egyaránt; beszélgetnek róla, sőt nyíltan mernek kérdezni, vitatkozni is a témában. Az élet valós részeként megélt veszteségekről, a betegségről, a halálról viszont nem tudnak, és kevésbé akarnak megnyílni.

Az elmúlással, a halállal, a veszteséggel kapcsolatos téma, annak kommunikációja így az egyénben bent reked, ezzel sajnos gátját képezve a teljesítmény, a tudás megfelelő kibontakozásának. A nyitott közösségi média alapú információáramlás, a maga előnyeivel és veszélyeivel új dimenziót nyitott a gyerekek és a felnőttek életében, amely komoly feladatot ad, valódi kihívást jelent a bennünk rejlő alapkészség, a gondoskodásra nevelés kibontakoztatása területén is. A veszteségélmény számos formában jelenhet meg egy családban. Veszteséget élhet meg egy gyermek egy családtag, vagy barát gyógyíthatatlan betegsége, elvesztése, vagy egyéb más veszteségélmény okán a mindennapokban. Gyermekkorban egy barátság megszűnése, egy kedvenc háziállat elvesztése, költözés, válás nehéz helyzet elé állítja a gyermekeket éppúgy, ahogyan természetesen a felnőtteket is. Ezekben az eseményekben közös, hogy tárgyvesztést élünk át, amikor a szeretetünk és ragaszkodásunk tárgyát veszítjük el. A gyászolás ezekben az esetekben is fontos lelki folyamat, egészségünk megőrzését szolgálja (Pilling, 2012). A gyermek a saját életkorának megfelelően éli meg az élményeit, nagyon sokszor magányosan próbál megbirkózni érzéseivel, de sajnos azok megértésével, kifejezésével, feldolgozásával kapcsolatban nehezen talál segítségre, izolálttá válik.

Az oktatási intézmények magas osztálylétszáma nehezen teszi felismerhetővé az időszakosan vagy állandósultan felismert alulteljesítés mögött meghúzódó lelki akadályokat, a veszteségélményekből származó blokkokat, a problémák feltérképezését. A nyitott, őszinte kommunikáció, a „meg tudom osztani az érzéseimet valakivel” élménye, a tanulható minták, a tanítható, átadható ismeretek birtokában is felmerül olykor a szülőben, a pedagógusban a kérdés, hogy mit lehet tenni? Beszélni róla? Írni róla? Terelni? Sportolni, hogy kiadja magából

a gyerek a szorongást, a feszültséget? Hogyan lehet ezekben a helyzetekben az érzelmi tudatosság megfelelő szintjén reagálni? Egy biztos: a segítségkérés elengedhetetlen, nem szégyen, hanem érdem.

### **A Méltóság mezeje program**

A lengyelországi (krakkói) és nagy-britanniai modellek alapján 2007-ben Debrecenben és Budapesten elindított Méltóság mezeje című mentális, érzékenyítő társadalmi szemléletformáló program a gondoskodásra nevelést célozta meg. A program elindítása után pár évvel a Kharonban megjelent egy összefoglaló írás róla. (Bíró et al, 2010)

A tanulmány megjelenése óta eltelt évek során a méltósággal teli élet, életvég iránti tisztelet, a szociális kompetenciák erősítése, az érzelmi intelligencia fejlesztése területén jelöltünk ki célokat és tűztünk ki feladatokat, a folyamatok további eredményeket mutattak. A tíz év eredményei mérhetőek. A Méltóság mezeje program különleges hatása, hogy módszertana révén kapcsolódott a tehetséggondozó program folyamatához. Tudott, hogy a lelki akadálymentesítés elengedhetetlen, annak folyamata felszabadító erővel tud hatni a tanulmányi vagy más készségek területén. A nevelési, oktatási intézmények részvételével jelentős transzferhatás is érzékelhető, amely a program másodlagos célcsoportját: a szülőket, nagyszülőket, családtagokat, barátokat is meg tudta szólítani. A program nagy érdeme, hogy az életszerűség mentén haladt.

A nemzetközi mintát alapul véve civil kezdeményezéssel indult el a munka, ami a szakmai támogatás mellett (pszichológus, mentálhigiénikus) bontakozott ki és gazdagodott. Évről évre az intézményi keretek között havonkénti tematikus beszélgetések zajlottak. Az intézményi és fenntartói elkötelezett támogatás (önkormányzat, majd a későbbi fenntartó tankerület) mellett a szülői munkaközösség vezetői körében is legitimációt kellett nyerni, hiszen a téma jellege, annak lelki intimitása és vetülete, az ezzel kapcsolatos diszkréció elengedhetetlenül fontos. A programhoz a forrásszerzés magán és vállalkozói tőke bevonásával, saját CSR (corporate social \*responsibility-társadalmi felelősségvállalás) tevékenység mentén történt.

A bevonódás szintjei a civil és szakmai szféra, a helyi önkormányzat, a Debreceni Egyetem, a Kenézy Gyula Kórház, valamint a kulturális- és az oktatási-nevelési intézmények, nevelőtestületek, szülői munkaközösségek és a családok, továbbá az egyházak.

A program célcsoportját primér és szekunder szinten jelöltük meg. Így az általános iskolások jelentették az elsődleges célcsoportot, emellett a program transzferhatása miatt a pedagógusok, illetve a szülők bevonására is sor került. A visszacsatolás, a közös élményben

való osztozás, az utánkövetés során tapasztalt információ- és élményátadás a családokban rendkívüli módon gazdagította a későbbiekben a programot.

A Méltóság mezeje program három szinten zajlott: városi, intézményi, intézményközi. A három szint egymással párhuzamosan, egymást segítve tudta az üzeneteit koherensen érvényre juttatni. A méltósággal teli élet ugyanis mindannyiunk alanyi joga, a gondoskodásra való igény és tettvágy mindenkiben adott kompetencia.

A városi rendezvények alkalmanként több ezer embert, a tíz év alatt több százezer embert szólítottak meg. A cél a figyelemfelhívás volt: az, hogy az életben minden pillanat fontos. és ne hagyjuk magára a gyógyíthatatlan beteg embereket, mivel az irántuk való együttérzés közös társadalmi felelősségünk. Az őszi nárcisz virágültetéseken, a virághagymák közös ültetésével a gyerekek maradandó szépet hoztak létre a város szívében, a sárga lufikra rögzített üzeneteikkel pedig újtára engedték érzéseiket.

A városi program másik eleme a tavaszi Nárcisz futófesztivál, amely tízezres fesztivállá nőtte ki magát. Minden évben valami aktuális problémára is fókuszáltunk, például a cselekvő egyénben és közösségekben rejlő erő mozgatórugóra, az egymás iránti figyelem fontosságára. A program alapját az intézményi szint képezte. A havonkénti iskolai beszélgetések, foglalkozások mindig egy adott tanévre szabottan, adott tematika mentén zajlottak. A tematika módszertani kibontásához több szakember volt a segítségemre: Mailáth Mónika pszichiáter és Síró Ágnes klinikai, szakpszichológus a munkacsoport szakmai referenseiként véleményezték az intézményekből érkező javaslatokat, szakmai módszertani anyagokat, mentorálva a programban részt vevő pedagógusokat. Az intézmények vezetői, pedagógusai az anyagok felhasználásának módjáról, a saját intézményi programok sorába történő beillesztés mikéntjéről szabadon dönthettek. Ezekben az érzékeny témákban, bizalmon alapuló kommunikáció bontakozott ki a pedagógus, szülő és gyermek között.

*„Gyermekeim több éven át aktív részesei voltak a „Méltóság mezeje” mentális szemléletformáló programnak. Mély nyomot hagytak bennük ezek a foglalkozások, a beszélgetések, a közös programok. Mindenképp pozitívan, felelősséggel állnak embertársaikhoz, ha segítségéről, elfogadásról van szó. Nem haboznak, hanem cselekszenek. E nemes munkát talán Deák Ferenc szavaival tudnám legjobban jellemezni: „Az embereket puszta eszközöknek soha ne tekintsd, bármilyen alant álljanak is. Tiszteld mindenkiben az emberi méltóságot.”* Tóthné Vigvári Ibolya, szülő

A pedagógusok szociális kompetencia és egyéb érzékenyítő tréningen vettek részt „A szociális kompetencia fejlesztésének lehetőségei az oktatási intézményekben a nemzetközi hospice mozgalom szemlélete alapján” című, 30 tanfolyam pedagógusok számára címmel. A

pedagógusok munkájuk során gyakran tapasztalnak a gyermek viselkedésében, hangulatában, tanulmányi eredményében, társaival való viszonyulásában változásokat, amelyek felismeréséhez és kezeléséhez sokszor keresnek új módszereket vagy próbálják a már meglévő ismereteket megújítani, egyénre szabottan, adekvátan alkalmazni. Konkrét pedagógiai eszközök tekintetében is kaptak segítséget, amelyek a szociális érzékenység fejlesztésére, a veszteség felismerésében és kezelésében is hathatósak tűnik.

Az intézményközi programok az egységes intézményi tematikus havonkénti beszélgetések mentén a veszteség feldolgozására építenek. Az élet értékeit, a közösségben rejlő felelősség-érzést emelik az egyén látókörébe. A program utolsó éveiben az alábbi javasolt **havonkénti tematikát** használtuk, amelyből hármát kibontva is mellékelek:

**1. Magunkon segíteni jó; másokon segíteni még jobb**

**2. Lássuk meg a felhők mögött a Napot!**

**3. Az együttes tevékenységek öröme**

A segítségre mindenki képes valamilyen módon. Van, aki erőt, más odafigyelést, megértést, türelmet, gondoskodást tud adni vagy személyes példájával tud segíteni. Hogyan tudják a gyerekek azokat a társaikat segíteni, akiket veszteség ért, akik szomorúak, akiknél a kudarcok halmozódnak. Derítsük ki az események jó oldalát! Gondolkozzunk azokról a helyzetekről, amikor valami rossz történt vagy rossznak gondoltuk, és ismerjük fel bennük jót, az előrevívót. Egy jó ügyért közösen tenni, ezt az érzést, gondolatot erősíteni a virágültetés kapcsán minden óvodai, vagy osztályközösségben. Közösen valami szépet létrehozni a kisebb közösségeikben, környezetükben.

Javasolt: közös rajz, montázs, mozaikkép stb., amelyen az egész csoportnak, osztálynak rajta van a kéznyoma. Lehet tematikus kép (pl. barátságról, egy hangulatról, érzésről).

Térképészítés: nárciszültetés - bejelölni azokat az országokat és Magyarországon belül azokat a városokat, amelyek csatlakoztak ehhez a programhoz. A gyerekeknek fontos azt is látniuk, hogy milyen nagy egésznek a részesei.

**4. Egyedüllét, kirekesztettség**

Hogyan segíthetjük azokat, akik a szociális térben nehezebben tájékozódnak, akik szociálisan éretlenebbek, bátortalanabbak. Ebben az esetben nem egyszeri, hanem folyamatos segítségre van szükség. Tapasztalatok szerint egy közösségen belül a kirekesztettségtől, az egyedüllétől szenvednek leginkább a gyerekek az óvodáskortól a középiskolás korig, és ennek sokszor hosszú távú következményei is lehetnek. Felnőtt szemmel ez többnyire nem tűnik nagy problémának, ráadásul ennek az okát elsősorban a magára hagyott egyén felelősségében látják, a változást tőle várják. Hasonló érzés zajlik le egy gyógyíthatatlan beteg lelkében is, hiszen

ahogyan egy hosszú betegség esetén egy diák, úgy a felnőtt is izolálódik a környezetében, tartanak, félnek mások felhívni, megkeresni, esetleg őszintén beszélgetni vele az éppen megélt veszteség okán.

### **5. Az ajándékozás öröme**

### **6. A mozgás öröme, alapvető jelentősége és szerepe az életünkben**

### **7. „Egy tökéletes nap”**

Mit gondolnak a gyerekek egy sérült, beteg ember vágyairól, igényeiről, mennyire tudnak empátikusak lenni. A feladat során, természetesen kiderültek a saját vágyaik is.

Játékleírás: csapatokat alakítunk az osztályban. A kerettörténet szerint a csapatoknak megvan minden lehetősége, minden feltétele ahhoz, hogy megszervezzenek egy kivételesen szép napot. A csoportok kis cédulákat kapnak, hogy kiknek a számára szervezzék meg pl. egy nem látó 10 éves kisfiú, egy nagyon szegény család, egy 12 éves kislány, aki nem tud egyedül közlekedni. Egy idős néni, aki egyedül él. Példákban az életkor és a helyzet is variálható.

Adjunk időt az ötletelésre, majd az egész osztálynak mutassák be a projektet, végül közös megbeszélés, értékelés következik.

### **8. Milyen érzés segítőnek lenni, vagy segítségre szorulni**

A pozitív értékek felmutatása, azok élményszintű megélése a kreatív programokon keresztül valósult meg, a pedagógusok különböző eszközökkel, módszerekkel igyekeztek az olykor mélységeket érintő beszélgetéseket oldani. A művészeti nevelés, az irodalom, a kultúra hatása a veszteségélmény feldolgozásában működő módszernek bizonyult.

A kultúra iránti igény, a művészetek általi lelki kibontakozás a személyiségfejlődés szempontjából is fontos tényező lehet. A Méltóság mezeje program számos műfajt módszertani eszközként használt. A kreatív foglalkozások, a színjátszás, drámapedagógia, az alkalmazott grafikai foglalkozások és a hiányt pótló irodalmi pályázat kiváló eszközök voltak.

Őszintén írni érzéseinkről, gondolatainkról, félelmeinkről, fájdalmainkról, vagy éppen örömeinkről az egyik legbátrabb dolog az életben. Évente több száz pályamű érkezik a méltóság témakörére épülő irodalmi pályázatra. Olyan tematikus idézetek köré fűzték fel gondolataikat a pályázók, mint a „*Minden perc értékes.*” *Minden megszépül, ha szeretik*” vagy „*A zene az kell, mert körülölel*”. Vers és próza kategóriában egyaránt lehetett minden évben nevezni az általános iskola alsó és felső tagozatos diákjainak éppúgy, mint a középiskolásoknak.

Elsődlegesen nem a művészi minőség volt a fontos, hanem a feszültségoldás, a spontán, őszinte, tiszta gondolatok, érzések előhívása: az hogy az egyén egy adott témában alkotson, írjon, feloldva magában saját félelmét, szorongását, vagy a megélt történetet. A munkák során azonban olyan részkapességek is felszínre kerültek, amelyekkel sok esetben akkor szembesült

maga az alkotó gyermek és közvetlen környezete, a szülő és pedagógus is. Így előfordult, hogy tehetségigéretté vált a veszteségfeldolgozás során a gyermek s kapott kedvet a továbbiakban is az alkotáshoz.

Az irodalmi pályázat, a főzőverseny, a nárcisz élménytábor, a kreatív foglalkozások mind évente visszatérő programként beépültek az intézmények, így az oda járó diákok életébe is, oldva a téma mélységeit. Volt olyan diák, aki az általános iskola elvégzése után is vissza-vissza tért ezekre a programokra.

A program különböző szintjei minden év végén - értékelést követően - további ötletekkel bővültek, gazdagodtak. Így például egy közös patchwork elkészítése, testvérvárosi kapcsolatfelvétel, művészetoktatás, kiállítás szervezése, tartalomfejlesztési munkacsoport, „egy intézmény - egy gondolat” program, óvodai tematikus színező füzet, filmklub pedagógusoknak, középiskolásoknak.

Az intézmények kiválasztása tudatos elv szerint történt. Lakótelepi, kis létszámú, jól teljesítő, egyházi, hátrányos városi térségben található, valamint kertvárosi iskolákban indult a program. Később megtörtént a középiskolák és az óvodák bekapcsolása. A munkacsoport a program kezdetétől, 2007 óta folyamatosan bővült. A program tizedik évében, 2017-ben már 18 debreceni általános iskola, középiskola és óvoda, továbbá öt Hajdú-Bihar megyei település vált a Méltóság mezeje partner intézményévé.

Ez a bővülés illetve a munkacsoportokon belüli fluktuáció folyamatos adaptációt és folytonos munkát igényelt. A tapasztalat azt mutatta, hogy a program során egyre több érzelmi akadályt ismertek fel egy-egy alulteljesítés mögött. A megváltozott magatartás mögött meghúzódó veszteségélmény - további együtt gondolkodásra, együttműködésre sarkallt.

Elgondolkodtunk, hogyan alkalmazhatnánk ezt a programot az óvodáskorú gyermekek életkori sajátosságaihoz igazítva. A kisgyermekek számára a halál fogalma még nehezen érthető, véglegessége nehezebben felfogható. Ezért fontos átgondolni, hogy milyen módszerrel segíthető a veszteség feldolgozásának témája ebben az életkorban: úgy beszélni arról, hogy az életnek eleje és vége van, hogy mindezt ne megrémítve, félelmet táplálva tegyük. A gyerekek az érzelmeiket nem mindig tudják direkt módon kimutatni, a gyász jelei nem annyira egyértelműek náluk, mint a felnőtteknél. Esetükben különösen fontos az egész családot, mint rendszert segíteni a gyász folyamatában. Így fogalmazódott meg az az igény, hogy az iskolákon túl az óvodákat is bevonjuk a munkába. Megszületett meg az óvodai módszertan, amely arra épít, hogy az óvodás korú gyermekek játékosan tanulnak, így a gondoskodásra való igény is beépíthető.

### **Az óvodai program – a „Nárcisz gyerek életre kelt”**

Egy kortárs közösségbe járó gyermek vesztesége mindig kihatással van a közösségre is. Az óvodai program indításával kezdetben voltak dilemmák; az óvónők is érezték, hogy sokat adhat a Méltóság mezeje szemlélete abban, hogy a csoportot érintő veszteségélményeket, haláleseteket kezelni tudják, ugyanakkor tartottak attól, hogy kisgyermkekkel hogyan tudják a gyakorlatban ezeket a témákat megközelíteni. A családot ért veszteségélmények kapcsán a szülők is igényelték az óvodapedagógusok tanácsát, segítségét azzal kapcsolatban, hogyan kommunikáljanak a gyerekekkel ezekben az esetekben, hogyan beszéljenek a csoportban egy-egy felmerülő halálesetről, vagy veszteségélményről. A gyerekek kommunikatív képessége, együttélési- és együttműködési képességei sok támogatást, fejlesztést igényelnek. Egyre inkább erősödött a szakemberekben a szociális kompetencia fejlesztésének igénye nevelési intézményi szinten is, erre épült a program.

A megváltozott szerkezetű és működésű családok gyerekeinél különösen fontos ezen a téren a támogatás az óvodai közösségben is. A Méltóság mezeje szemlélet a szociális érettségre is kedvező hatással lehet. Fontos szempont volt az is, hogy a versengés helyett előtérbe kerüljön az együttműködés az elfogadás.

Ez egy hosszabb folyamat, melynek során a pedagógusok mintát adhatnak, választási lehetőségeket kínálhatnak, és lehetőséget teremthetnek arra, hogy másfajta viselkedésformákat is kipróbáljon a gyermek. Nagyon fontos, hogy ezt a folyamatot új ötletekkel, újszerű módszerekkel segítsék, hiszen a szakirodalom szerint is az érzelmi nevelésben és a szociális érzékenyítésben egyre nagyobb szerepe van az óvodának.

A gyermek életének legfogékonyabb időszakában, ha olyan kérdésekkel foglalkozunk, mint az elfogadás, a tolerancia, a szociális érzékenység, a gondoskodásra nevelés, az együttlét öröme, megalapozhatja a későbbiekben a gyermek érzelmi nyitottságát. A program keretein belül ezért is váltak kiemelt feladattá ezek a témák.

A Méltóság mezeje program óvodai módszertanát 2008-ban kezdte kidolgozni a debreceni Boldogfalva Óvoda, Vargáné Aranyász Éva óvónő szakmai vezetésével. Az óvodás korú gyermeknél a környezet megismerésében, a befogadás folyamatában alapvető szerepe van az érzékszerveknek. Az óvodai program a több érzékszervet igénylő tapasztalásra alapozott, amelynek a havonkénti tematikája a következőképpen épült fel:

- *Szeptember:* Felelősség. Az együttlét öröme. Felelősek vagyunk egymásért – segíteni siető lábak
- *Október:* Vágyaink, kívánságaink. Valóra válhatnak-e a kívánságok? Vegyük észre, mit kíván a másik! – éber szemek

- *November – december: Ünnepek – család - szerető szív*
- *Január: Gondoskodás (Betegség) – gondoskodó, segítő kezek*
- *Február: Igazság – őszinteség - hazugság. Barátság (Farsangi alakoskodás)– kedves arc*
- *Március: Értékek, öröm, boldogság – mosolygó száj*
- *Április: Együtt veled – másokért - Halljuk meg a másik problémáját!– figyelmes fülek*
- *Május – június: Másság – különbözőség. „Mindannyian mások vagyunk...” – különböző jó illatokat érző orr. Erre építve minél több érzékszervet is bevonó tapasztalásra alapoz a módszer: segíteni siető lábak, éber szemek, szerető szív, gondoskodó, segítő kéz.*

Az óvoda logójában szereplő gyermek figura felhasználásával hónapról hónapra az említett érzékszerveken és testrészekén keresztül ismerkednek a gyerekek a témákkal, amelyek megismerésével az év végére mint egy puzzle áll össze a logóban szereplő, az óvodások számára már ismerős nárciszgyermek. Ezzel és az így megismert tulajdonságokkal szeretnek és tudnak is azonosulni a gyerekek. Minden nap ott van velük, sőt egy-egy adott szituációban a pedagógus tud utalni rá. Az óvodai év során a gyerekekben él és így folyamatosan fejlődnek a megismert készségek.

*„A tíz éves program tapasztalatával bátran mondhatom, hogy olyan lelki többletet kapnak a gyerekek a tevékenységek által, ami beépülhet a személyiségükbe. Megdöbbentő tapasztalat volt számomra, hogy már a legkisebbek is mennyire igénylik azokat az őszinte, bensőséges beszélgetéseket, ahol őszinte kérdéseikre őszinte válaszokat kaphatnak. Azóta sokkal tudatosabban dolgozom azon, hogy a gyerekek megértsék és gyakorolják, hogy a szeretet egymás iránt, közvetlen környezetük iránt, a beteg és sérült emberek iránt elengedhetetlen része életünknek.” Aranyász Éva*

Fontos feladatok és célok is megfogalmazódtak a program elindításával párhuzamosan. A „jó gyakorlatok” létrehozása, amely hatékony segítséget jelent a szociális érzékenyítés területén, a nevelőtestületben a belső tapasztalatcsere, tudásmegosztás lehetősége és a társintézményekkel való konzultáció. Mindez lehetőséget teremtett, hogy a pedagógusok tanácsot kaphassanak munkájuk hatékonyabbá tételéhez. Fontos célunk volt, hogy a gyermekek együttélési képességei és szociális érzékenysége ezek által is fejlődjenek. Egy kislány egyszer azt mondta, hogy neki azt jelenti ez a program, hogy nem szabad haragot tartani.

Életkorra tekintettel a játékosság alapvető az óvodáskorú gyermekek életében, de mindezek tökéletes megválasztása mellett is számolnunk kell a komoly megnyilvánulásokra, a felvetett gondolatok levezetésére, megnyugtató oldására és mindezek teljeskörű, diszkrét kezelésére.

Így született meg a „nárcisz gyermek”, amely az említett havi módszertani beszélgetések révén kelt életre.



A Méltóság mezeje program lehetőséget teremtett az óvodás korosztály számára, hogy életkoruknak és érzelmi-értelmi érettségüknek megfelelően ismereteket szerezhessenek a gondoskodás, törődés jelentőségéről, rendelkezzenek cselekvési alternatívákkal. Jelentős szempont volt, hogy a csoportok mindennapi életében eredményesen jelen legyen az egymásra való odafigyelés, egymással való törődés és a kommunikáció, kooperáció minősége is jó irányba változzon.

Olyan értékrendet közvetített és erősített a program, mely stabil alap arra, hogy felnőtt korára embertársaihoz szociálisan érzékeny, odafigyelő, együttműködő legyen.

*“... egymás orvosai lehetnénk - egy kis szeretettel, empátiával, valódi és nem színlelt érdeklődéssel embertársunk személye iránt. Megérinteni a remegő kezét, elmélyedni a repdeső tekintetben, azt sugallni: most te, egyedül te vagy a fontos, s lenyugtatni a zaklatott lelket, azáltal, hogy osztozunk vele.” (Jókai Anna)*

### **Következtetés**

A Méltóság mezeje mentális társadalmi szemléletformáló program keretében olyan átfogó program jött létre, amely a család minden tagjához elért és amely által a gyerekekből együttérző, gondoskodó felnőttek válhatnak. A szakemberek - köztük pszichológusok, pedagógusok mentálhigiénés szakemberek, orvosok - által összeállított program keretén belül nyitott párbeszéd valósult meg a gyerekekkel. A nárcisz virág szimbolikájának segítségével láthatóan és indirekt módon is sikerült gondoskodásra nevelés folytonos vágyát a gyermekekben táplálni, az életvégi emberi méltósághoz való jogunk mikéntjét erősíteni. Olyan kompetenciákat fejlesztett a program, mint az önkéntesség, azonosulás, elfogadás, bevonódás, szolgálat, bátorság, elkísérés, gondoskodás.

*„Néha csak nagy nehezen tudunk bármit is mondani a szeretetről, az elmúlásról. Keressük csak a szavakat és túlbonyolítjuk azt, ami pedig annyira egyszerű. A gyerekek ehhez – valamiért – jobban értenek.”* – mondta Lukács László a Tankcsapda frontembere a Méltóság mezeje program egyik rendezvényén.

### **A program továbbfejlesztése**

A veszteségélményhez, a halálhoz való viszonyt az élet tisztelete, a pozitív életszemlélet tükrében, a személyiségfejlődés kontextusában érdemes megközelíteni, kiemelve a hasonlóságokat és különbségeket a gyász- és veszteségélmény folyamatában: válás, család szétesése, jelentős élethelyzeti váltás, baleset, súlyos betegség a családban, és a halál témakörében. A törzsanyagot a mindennapi pedagógiai tevékenységbe integrálható elméleti és gyakorlati ismeretek jelentik.

A program során jelentős játékgyűjtemény, jógyakorlat lista, különféle helyzetben működő módszertanok gyűltek össze. A meglévő tapasztalatokat összegezve és továbbfejlesztve valósult meg 2019-ben „A pedagógus szerepe és lehetőségei a méltósággal teli élet, gondoskodásra nevelés, a gyermekeket ért veszteség felismerésében, kezelésében” címmel akkreditált képzés. Célja, hogy a veszteség kezdeti és hosszútávú pszichés hatásainak egyéni és intézményi szinten történő átadására koncentráljon, a mindennapi stressz probléma- és konfliktuskezelésének hatékonyságát segítse.

### **Képzés pedagógusoknak**

A képzés akkreditációjakor magam sem gondoltam, hogy mennyire releváns lesz a veszteség felismerésének és feldolgozásának a témája. Arról, hogy szükség van-e és ha igen miért a gyász- és veszteségfeldolgozásra az oktatásban, a pedagógusképzésben akkor bizonyosodtam meg, amikor 2018-ban a Debreceni Egyetem a Családi életre nevelés kurzusának egyik meghívott előadójaként a „Veszteség a családban” címmel tartott előadásomon találkoztam a pedagógus, szociálpedagógus hallgatókkal. A visszajelzések alapján a „Veszteség a családban” téma kapta a második legmagasabb rangsorolást. Ebből leszűrhető, hogy a gyermekek gyászfeldolgozásának segítésében fontos kihívást látnak a pedagógus szakos hallgatók, továbbá az is, hogy nyitottak, érdeklődőek arra, hogy tanulmányaik során, még a pedagógusképzésben felkészítsék őket veszteségfelismerésre és a folyamatban való segítségnyújtás mikéntjére.

Győri-Dani Dóra „A gyász- és veszteségfeldolgozás oktatásának szerepe a pedagógusképzésben” címmel publikált egy felmérést nyugvó tanulmányt, amelynek eredményei alapján elmondható, hogy a hallgatók fontosnak és komplexnek látják a

gyászfeldolgozás segítségével kapcsolatos szerepüket, valamint, hogy nagyon erős nyitottságot mutatnak arra, hogy erre a szerepre már a pedagógusképzés keretén belül felkészüljenek. (Győri-Dani Dóra, 2021)

A járványhelyzet alapvetően érintette az oktatási intézményekben folyó munkát, új kihívások, megoldandó feladatok elé állította a pedagógusokat. Gyors váltással történt az online oktatásra való átállás, ami egyéni és közösségi szinten is befolyásolta a pedagógusok közérzetét, a tanár-diák viszonyt, az iskolát, mint intézményt. A veszteség és gyász egyéni és intézményi szinten történő feldolgozásának segítése, a járványhelyzet következtében fellépő félelmek, stressz és krízishelyzetek hatékony kezelési lehetőségei, továbbá az új feladatokhoz, megoldandó helyzetekhez történő rugalmas alkalmazkodás és a hatékony kommunikációs készségek tudatosítása, fejlesztése vált kiemelten fontossá.

A járványhelyzet jelentős hatással volt mindannyiunk életére. A súlyos és nem egyszer végzetes kimenetelű betegség közvetlenül érintette sok család és pedagógus életét is, mindez különösen fontossá teszi a pedagógus szerepét és lehetőségeinek mérlegelését a veszteség kezelésében.

Ma már az is bizonyosnak látszik, hogy hosszútávú pszichés hatással, egyéb következményekkel számolhatunk. Ennek vizsgálata során kiemelt jelentőségűnek bizonyult az egyéni sérülékenység és a rugalmas alkalmazkodás. Jelentős szerepe van továbbá a járványnarratívának, amire a gyerekek, fiatalok különösen érzékenyen reagálnak.

A pandémia kezdeti és hosszútávú pszichés hatásának egyéni és iskolai közösségi szinten történő kezelési lehetőségei segíthetők a stressz- és konfliktuskezelés hatékonyságának a fejlesztésével. Választ kerestünk többek között a következő kérdésekre: Meddig reális és véd a veszély - és fenyegetettség érzésünk? Milyen lelki erőforrásokból meríthetünk? Milyen pozitív pszichoszociális hozadéka lehetséges a járványhelyzetnek?

A pandémia óta több középfokú oktatás intézményben történt képzés oktatók, pedagógusok, iskolapszichológusok, mentálhigiénés szakemberek, intézményvezetők számára. Az elméleti ismeretek mellett, konkrét esetmegbeszélés során a konfliktuskezelést, kommunikációt tudatosító, fejlesztő gyakorlatok a résztvevők aktuális problémáihoz, érzelmi és hangulati közérzetéhez igazodva történtek.

A humanisztikus értékeken nyugvó gyógyító beszélgetések elvei is használhatónak bizonyultak.

*„A segítő kapcsolatok területe ritkán kényeztet látványos sikerekkel. Számos esetben kudarcot vallunk, nemcsak a szerény eredményeket, de a nem ritka csalódásokat is el kell*

*viselnünk. Talán kárpótol az a tudat, hogy fáradozásaink nyomán valamivel kevesebb a szenvedés, több a szeretet és az öröm a Földön.” (Tringer 2007)*

A pedagógus szerepe azért is fontos, mert tizenéves korra még javarészt nem szilárdulnak meg azok a megküzdési mechanizmusok, amelyek adaptív alkalmazásával segítenek abban, hogy a serdülők egy ismerős, egy barát elvesztésének fájdalmával meg tudjanak birkózni, a veszteséget elviselni. Fontos hozadéka a képzésnek, hogy a résztvevők a fentiek tükrében saját élményeiket, tapasztalataikat, osztották meg, amelyek jelentősen hozzájárultak egy-egy helyzet többszemponútú megközelítéséhez.

A csoporttagok megfogalmazták azokat az érzelmi, gondolati tartalmakat, munkájukkal kapcsolatos veszteségeket és lehetőségeket, amelyeket a maguk számára leginkább fontosnak tartottak, továbbá arról is beszámoltak, hogyan hatott rájuk és környezetükre a pandémia alatti időszak. Általános veszteségként élték meg azokat a változásokat, amelyek a jelenléti oktatásból un. „stand up oktatásra” való átállást jelentették, a folyamatos csalódást, az bizonytalanságot, a „magunkra maradtunk” érzését, azt, hogy a munka és a családi élet nem választódott el.

A pandémia időszakában ugyanakkor számos pozitív hozadékról is számot adtak a résztvevők, amelyek akár a jövőben beépíthetőek pedagógiai gyakorlati és vezetői munkájukba. Az értekezletek online térben való megszervezése hatékonyabb módszernek tűnt, az egymásra utaltság kérdése közelebb hozta a kollegákat. Példaként említették, hogy az informatikai kommunikáció, a közös oktatási online platformok kialakításában egymásra utaltak voltak és ez az egymásrautaltság, együttműködés hosszútávon is megmaradt, komoly erőforrást jelentve a további munkájukban. Érdekes aspektusból került előtérbe a figyelem megosztásának fejlesztése; volt olyan diák, aki az online oktatás mellett besegített szülei vállalkozásába és például a Guti erdőből jelentkezett be órára.

Az új protokoll bevezetése, a diákok újra szocializálása, az online oktatásban a diákok részvételi jelenlétének biztosítása a vezetői munkában is kihívást, lehetőséget és egyben felelősséget is jelent. Ebben a folyamatban a kitartást-, a kreativitást, az alkalmazkodóképesség fejlődését, a kapcsolattartás fontosságát, az elengedés folyamatának megismerését és elfogadását említették komoly segítségnek. Visszajelzéseik azt is megerősítették, hogy kiválóan reflektáltak a váratlanul előállt helyzetekre, a veszteségélmény felismerésének folyamata ezen esetekben lerövidült, a feldolgozás szakaszai változó ütemben hullámoztak. A résztvevők egybehangzóan fontosnak érezték a konkrét esetmegbeszéléseket, továbbá a jógyakorlatok egymás között történő megismerését és megosztását.

Összefoglalóan elmondható, hogy a járványhelyzet az intézményvezetők számára napi szinten jelentett új kihívásokat, szervezési és döntési feladatokat, miközben személyesen és családjukban is – csakúgy, mint mindannyian – valamilyen szinten érintettek voltak. Ez az érintettség nagyon különböző volt a képzésben résztvevőknél. Előfordultak súlyos megbetegedések, veszteségek a tantestület a tanulók és azok családjainak a körében, más esetben inkább az aggodalom, a veszteségektől való félelem volt jellemző. A tantestületnek és az osztályközösségnek is támogatást jelenthet az emlékezés, a kommunikáció, a fizikai jelenlét, a napi aktivitás, a rendszeres feladatok, a hit, és az, amikor azt érezheti a gyászoló, hogy nincs egyedül az érzéseivel. A kollégák körében meglévő támogató közegben egymást segítve tudták az erőforrásaikat mozgósítani. A csoportban feldolgozott esetismertetésekéből kiderült, hogy különösen sokat jelent a titoktartás a bizalmas közléseket illetően, az ítélezésmentes légkör, az őszinteség a saját érzések terén, valamint az, hogy a környezet együttérző, meghallgató legyen. A pedagógusok ezt a következőképpen fogalmazták meg. „Meghallgatom, megkérdem, miben segíthetek.” „Meg kell hallgatni, el kell fogadni, hogy ő mit szeretne.” „Fontos az osztályközösséggel megbeszélni, feldolgozni a gyásszal kapcsolatos érzéseiket. Mit éreznek, kerülte-e már hasonló helyzetbe.” Hogyan tudnának segíteni társuknak a gyász feldolgozásában?

A tizennyolc szakképző centrum (Debreceni Szakképző Centrum) közel félszáz pedagógusának visszajelzései alapján az szűrődött le, hogy igényelték azokat a gyakorlatokat, amelyek abban segítenek, hogy a tanulók életkorának megfelelően tudjanak kommunikálni a gyászról, a veszteségről. Nyitottak voltak arra, hogy a kommunikációs és probléma-megoldási technikákat készségszinten elsajátítsák annak érdekében, hogy egyénileg és osztályközösségen belül is hatékonyabban tudják kezelni a krízis helyzeteket. A képzés segítséget nyújtott abban, hogy a támogató légkör kialakításában a pedagógusok rendszerszemléletű megközelítéssel kezeljék a helyzeteket. Ha a papírból készült láncszemek el is szakadnak, az egymásnak átadott tapasztalat, tudás, gondoskodás és szeretet tovább él, az élet körforgása viszi.

Az elmúlt évtizedekben folyamatosan gazdagodott, fejlődött a veszteségélmény, a haláltabu kérdésének megítélése. A tíz év tapasztalata azt bizonyítja, hogy valóban egyre szélesebb körben jelentkezik az igény, hogy az elmúlás, a veszteség feldolgozása természetes keretek között lehessen beszédtema a gyermekek és szüleik, a tanáraik, a barátaik körében. Munkánk során megannyi területet érintve jutottunk el a jelenig. A program lehetőséget ad a további építkezésre, bővülésre. A szakma a társadalommal, az oktatáspolitikával, egészségügy-politikával folytatott párbeszéd során nyithatja tágabbra az ajtót.

## **IRODALOM**

- BIRÓ E., MUSZBEK K., MAILÁTH M., PORKOLÁB GY. et al: Méltóság Mezeje program: a szemléletformálás új lehetőségei a magyarországi hospice mozgalomban. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 2010; 14(2): 1-14.
- GYŐRI-DANI DÓRA: A gyász- és veszteségfeldolgozás oktatásának szerepe a pedagógusképzésben – hallgatói vélemények SZTE JGYPK Alkalmazott Pedagógiai Intézet, *Módszertani Közlemények*, 2021. 61 (1): 39-48.  
[http://acta.bibl.u-szeged.hu/72884/1/modszertani\\_061\\_001\\_039-048.pdf](http://acta.bibl.u-szeged.hu/72884/1/modszertani_061_001_039-048.pdf)
- KAST, V.: *A gyász. Egy lelki folyamat stádiumai és esélyei.* Ford. Mérei Vera. T-Twins Kiadó, 1995.
- PILLING J.: *A gyász hatása a testi és a lelki állapotra.* Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, 2012.
- PILLING J.: *Strukturális technikák a gyászolók önségítő csoportjaiban.* *Kharón*, 7 (1-2), 97-122) 2003.
- TRINGER L.: *A gyógyító beszélgetés* Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2007.

Szerző:

**Porkoláb Gyöngyi**

társadalmi-kulturális mediátor,

a Méltóság mezeje program debreceni programvezetője,

a Debreceni Hospice Ház Alapítvány kuratóriumi elnöke,

a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karának végzős Egészségügyi menedzser hallgatója

[info@porkolabgyongyi.hu](mailto:info@porkolabgyongyi.hu)

**DR. BRUCE GREYSON**

## **Azután - egy orvos felfedezései arról, hogy mit árulnak el a halálközeli élmények az életről és azon túlról <sup>1</sup>**

**Összefoglalás** ♦ „Azután - egy orvos felfedezései arról, hogy mit árulnak el a halálközeli élmények az életről és azon túlról” című könyvében a halálközeli élmények egyik vezető szakértője osztja meg a halálközeli élmények tanulmányozása során közel fél évszázad alatt szerzett tapasztalatait.

**Kulcsszavak:** klinikai halál, halálközeli élmény, testen kívüli élmény, HKÉ

**Summary** ♦ *In After: A Doctor Explores What Near-Death Experiences Reveal About Life and Beyond, one of the world's leading experts on near-death experiences shares the lessons he has learned over nearly a half century of studying near-death experiences.*

**Keywords:** clinical death, near-death experience, out-of-body experience, NDE

### **A fordító előszava**

„... and they lived happily ever after” olvashatjuk az angol nyelvű tündérmesék végén, ami a magyar fordításokban így jelenik meg: „és azután boldogan éltek, amíg meg nem haltak”, ugyanakkor, ha szó szerint fordítjuk, akkor az „ever after” azt jelenti, hogy mindörökké... Mindenesetre Dr. Bruce Greyson az ebben a kifejezésben szereplő „After” (Azután) címet adta igen gazdag életművét áttekintő, 2021-ben kiadott könyvének.

---

<sup>1</sup> A magyar fordítás az kiadó engedélyével készült, az alábbi könyv részleteit tartalmazza: Dr. Bruce Greyson: After: A Doctor Explores What Near-Death Experiences Reveal about Life and Beyond - St. Martin's Press ebook 2021. <https://us.macmillan.com/books/9781250263032/after>  
Fordította: Dr. Magyary István

### **Részletek a könyv bevezetőjéből**

Ötven évvel ezelőtt egy nőbeteg, aki éppen megpróbálta megölni magát, olyasmit mondott nekem, ami megkérdőjelezte mindazt, amit addig tudni véltem a tudatról, az agyról és arról, hogy kik is vagyunk mi valójában.

Éppen ebédeltem és már majdnem sikerült bekapnom egy falat spagettit, amikor az övem hirtelen megszólalt a csipogó, mire én kiejtettem a villát a kezemből. A váratlan csipogás megijesztett, mert éppen a tálcám és a szalvétatartó közé kitámasztott sürgősségi pszichiátriai kézikönyvre koncentráltam. A lehulló villa a tányéromon csattant és a paradicsomszószt ráfröccsent a kinyitott könyvre. Igyekeztem kikapcsolni a csipogót és közben észrevettem, hogy a nyakkendőmre is jutott egy adag spagetti szósz. Az orrom alatt morgolódva egy nedves szalvétával szerettem volna letörölni a foltot, ami ettől már kevésbé volt piros, viszont egyre nagyobb lett. Még csak alig néhány hónapja végeztem az orvosi egyetemen és kétségbeesetten próbáltam profibbnak tűnni, mint amilyenek valójában éreztem magam...

Odasétáltam a büfé falán lévő telefonhoz és tárcsáztam a csipogóm kijelzőjén látott számot. A sürgősségi osztályra ugyanis felvettek egy beteget, aki túladagolta magát és a kollégiumi szobatársa már várt, hogy beszélhessen velem. Nem akartam időt veszíteni azzal, hogy keresztülmegyek a parkolón, az ügyeleti szobába, ahol a váltóruhám volt, így hát felvettem a székem háttámlájáról a fehér köpenyemet és begomboltam, hogy elrejtsem a nyakkendőmön lévő foltot, majd lementem a sürgősségre, ahol az első dolgom az volt, hogy elolvastam a felvételes nővér jegyzeteit.

Holly, akit kollégiumi szobatársa hozott be a kórházba az egyetem elsőéves hallgatója volt. Szobatársa a folyosó végén a hozzátartozóknak fenntartott társalgóban várt rám. A nővér és a rezidens orvos feljegyzései szerint Holly állapota bár stabil volt, de még nem tért magához. A 4-es vizsgálóban aludt, ahol egy ápoló vigyázott rá, ami egyébként rutinszerű óvintézkedés pszichiátriai betegek esetén a sürgősségin. Egy hordágyon fekve találtam, kórházi ruhában, kanüllel a karjában.

Gyengéden Holly karjára tettem a kezem és a nevéen szólítottam, de nem reagált. Az ápolóhoz fordultam és megkérdeztem, látta-e esetleg, hogy Holly kinyitotta a szemét vagy hallotta-e beszélni. Megrázta a fejét. "Egész idő alatt eszméletlen volt" - mondta.

Közelebb hajoltam Hollyhoz, hogy megvizsgáljam. Légzése lassú, de szabályos volt, és nem volt alkoholszaga. Feltételeztem, hogy valamilyen gyógyszer túladagolása miatt alszik ilyen mélyen.

Elköszöntem az ápolótól és elindultam a folyosó túlsó végén lévő társalgó felé. Holly szobatársa, Susan éppen fel-alá járkált a szobában, amikor beléptem. Az ablaktalan szoba nem

volt légkondicionálva és izzadni kezdtem a virginiai nyárvégi hőségben. Kicsit közelebb húztam az álló ventilátort és kigomboltam a köpenyemet.

"Helyesen cselekedett, Susan, hogy behozta Hollyt a sürgősségre" - mondtam. "Elmondaná, hogy pontosan mi is történt?"

"Amikor hazaértem egy késő délutáni óráról" - mondta – "Hollyt ájultan találtam az ágyán. Kiabáltam és rázogattam, de nem tudtam felébreszteni. Felhívtam a kollégiumi nevelőt, ő pedig hívta a mentőket, akik ide szállították, én pedig a kocsimmal követtem őket."

Amikor másnap kora reggel egy jó éjszakai alvástól és egy váltás ruhától felfrissülve beléptem az intenzív osztályra, a nővérpultnál lévő állványon Holly kórlapját kerestem. Az egyik nővér éppen beleírt, majd felnézve ezt kérdezte: "A pszichiátriáról jött?"

Bólintottam. "Dr. Greyson vagyok."

"Holly már magához tért. Beszélhet vele, bár még mindig elég álmos" - mondta a nővér.

Odasétáltam Holly szobájához és bekopogtam az ajtón. Most már cső volt az orrában és a karjában is, és a szívmonitor vezetékei egy képernyőre voltak csatlakoztatva az ágya fölött. Behúztam magam mögött a függönyt az ágya körül és halkán a nevéen szólítottam. Kinyitotta az egyik szemét és bólintott.

"Holly, Dr. Greyson vagyok" - mondtam. "A pszichiátriai teamből."

Lehunyta a szemét és ismét bólintott. Néhány másodperc múlva halkán motyogta, kissé akadozva:

"Tudom, hogy kicsoda Ön. Emlékszem még tegnap estéről."

Szünetet tartottam, gondolatban lejátszottam az előző esti találkozásunkat.

"Nekem úgy tűnt a sürgősségin, mintha mélyen aludt volna tegnap este" - mondtam. "Nem gondoltam, hogy lát engem."

Még mindig csukott szemmel, halkán motyogta: "A szobámban nem is, de láttam, hogy Susannal beszélget a kanapén ülve".

Ez bizony mellbe vágott... Kizárt, hogy látott vagy hallott volna minket beszélgetni a folyosó túlsó végén. Azon tűnődtem, lehet, hogy nem én vagyok az első látogatója a sürgősségin... Vajon kitalálhatta-e bárhogy, hogy hol beszélgettem Susannal...

"Talán a személyzet mondta, hogy tegnap este beszéltem Susannal?" - kérdeztem

"Nem" - mondta most már tisztábban. "*Láttam* magát."

"Csíkos nyakkendőt viselt, amin piros folt volt" - mondta határozottan.

Lassan előrehajoltam..., és azon tűnődtem, vajon jól hallottam-e, amit mondott.

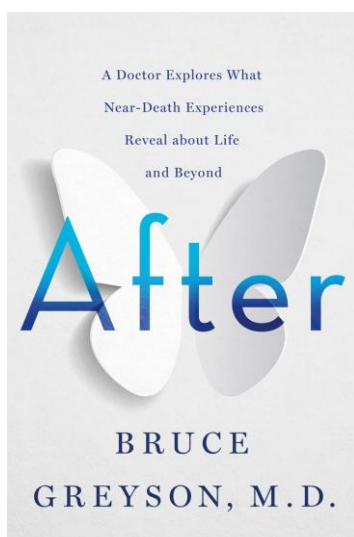
"Mit...?" Mondtam, és alig tudtam megformálni a szót.

"Egy csíkos nyakkendőöt viselt, amin piros folt volt" - ismételte meg, rám meredve. Ezután hiba nélkül megismételte a Susannal folytatott beszélgetésünket, az összes kérdésemet és Susan válaszait, Susan járkálásával és a ventilátor mozgásával együtt. Felállt a szőr a hátamon és libabőrös lettem. Nem tudhatta mindezt. Talán sejtette, hogy milyen kérdéseket fogok valószínűleg feltenni...

Ez évekkel azelőtt történt, hogy az angol nyelvű világban bárki is ismerte volna a "halálközeli élmény" kifejezést. Megdöbbenett ez az eset, mert nem tudtam megmagyarázni. Csak annyit tehettem, hogy elraktároztam ezeket a kérdéseket az elmém mélyén...

Az elmúlt fél évszázadban próbáltam megérteni, hogyan tudhatott Holly arról a spagetti foltról. Korábbi a neveltetésem vagy a tudományos képzésem során addig a pontig semmi sem készített fel arra, hogy ilyen frontális támadást intézzek a világnézetem ellen. Engem egy szkeptikus apa nevelt fel, akinek az élete a kémia volt és az ő példáját követve vágtam bele a saját karrierembe, mint igazi mainstream tudós. Akadémiai pszichiáterként több mint száz tudományos cikket publikáltam lektorált orvosi folyóiratokban.

A Virginiai Egyetem pszichiátriai sürgősségi osztályának igazgatója lettem, amikor Raymond Moody 1976-ban megkezdte ottani tanulmányait. Amikor Raymond *Life After Life* (Élet az élet után) című könyve - az első angol nyelvű könyv, amelyben a "halálközeli élmény" kifejezést és az NDE (HKÉ) rövidítést használta - meglepetésszerűen bestsellerré vált, hamar elárasztották az ilyen élményeket átélt olvasók levelei. Gyakornokként nem volt ideje arra, hogy válaszoljon ezekre a levelekre, ezért hozzám fordult segítségért, mint a sürgősségi osztályon dolgozó gyakorlatvezetőjéhez. És akkor meglepődve tapasztaltam, hogy Holly HKÉ-je, amely engem is ledöbbenett, egyáltalán nem egyedi eset. Raymond más betegekkel is készített interjúkat, akik azt állították, hogy elhagyták a testüket és megfigyelték, mi történik másol, miközben közel voltak a halálhoz.



A szerző:



Dr. Bruce Greyson

Dr. Bruce Greyson a Virginiai Egyetem pszichiátriai és ideg- és viselkedéstudományi professzor emeritusa. Korábban a Michigani Egyetem és a Connecticuti Egyetem orvosi karán dolgozott, ahol a pszichiátria klinikai vezetője volt. Társalapítója volt az International Association for Near-Death Studies (IANDS) nevű szervezetnek, amely támogatja és elősegíti az ilyen élmények kutatását és 27 éven át szerkesztette a Journal of Near-Death Studies című folyóiratot, az egyetlen tudományos folyóiratot, amely a halálközeli kutatással foglalkozik. (forrás: <https://www.brucegreyson.com/about/>)

Fordította:

**Dr. Magyary István**

habilitált egyetemi adjunktus

PTE KPVK

Alkalmazott Ontológiai Kutatócsoport

magyary.istvan@pte.hu

**KISS VERUS**

## **Hegmesék – A császármetszésen innen és túl**

2020, Magánkiadás, Alföldi Nyomda, Debrecen

160 oldal



Egy szeretett személy halála legális gyásznak számít a mai társadalmunkban. Aki már veszítette el hozzátartozóját, tudja, hogy egy ilyen veszteség mekkora fájdalommal járhat. Azonban a halálesetek mellett számos más típusú veszteséget is átélhetünk, amelyekről sokan azt gondolják, majd az idő megoldja, nem is érdemes ezzel külön foglalkozni. Az illegális gyász kategóriájába tartozik a császármetszés is, ami sokak szerint nem is értelmezhető veszteségként, hisz a nők anyává válását az egyik legboldogabb eseményként tartják számon. Az ilyen típusú veszteséget átélt nőket olykor még a család sem támogatja megfelelőképp, mindenki az utódnak

örül, és ezt a felhőtlen örömet várják el az édesanyától is. Sokszor a legjobb szándék ellenére sem tudnak kapcsolódni az édesanyához, mert az új élet születése kapcsán veszteségről, hiányról beszélni még mindig tabunak számít.

Ezt a tabut dönti meg a *Hegmesék* című hiánypótló könyv, ahol húsz, császárral szült édesanya őszintén osztja meg szüléstörténetét: beszélnek örömeikről, fájdalmaikról, hiányaikról hárítások nélkül, a lehető legtermészetesebb módon. A mély vallomásokat csodaszép hasképek kísérik, amelyek még inkább beengedik az olvasót, hogy átélhesse mindazt, amiről kendőzetlen őszinteséggel mesélnek. A könyv minden olvasó számára kapcsolódási lehetőséget és egy önreflexív folyamat elindulását adhatja, függetlenül attól, hogy valaki még csak most készül a szülésre vagy már édesanyaként, édesapaként, illetve szülőkkel foglalkozó szakemberként olvassa. Az olvasó megélheti a sorsközösség támogató erejében rejlő lehetőségeket, felszínre kerülhetnek a mélyben lappangó érzések, az „aha” élmények egyaránt.

A könyv másik nagy erőssége, hogy szakemberek – szülész-nőgyógyász, szülésznő, perinatális szaktanácsadó, gyászkísérő, gyógytornász – hegmeséi is a részét képezi. Szakmai

szempontból, komplexen, gyakorlatias szemléletben, hitelesen és őszintén járják körbe a szülés-születés témaköreit az ehhez kapcsolódó számos megéléssel.

A szülővé válás olykor testi és lelki hegek szerzésével jár. Ennek életszerűségéről, a kapcsolódás, gyógyulás lehetőségéről kap számos muníciót minden olvasó. Jó szívvel ajánlom olvasásra minden szülésre készülő családnak, a várandósokkal foglalkozó szakembereknek, és természetesen császárral szült édesanyáknak és családtagjaiknak egyaránt.

Nem az a baj, ha hegeket szerzünk, hanem ha e hegek nem forrnak össze, és gyógyulnak be. A *Hegmesék* abban segít, hogy a hason lévő seb gyógyulása mellett a lelki heg is mihamarabb beforrhat és a szülésélménybe integrálódhat.

**Dr. Mucsi Georgina, PhD**

szociális munkás, gyásztanácsadó

PTE BTK TKI Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék

[mucsi.georgina@pte.hu](mailto:mucsi.georgina@pte.hu)