

DR. KŐMÜVES SÁNDOR

Lelki betegséggel diagnosztizált betegek eutanáziája Belgiumban

A Tine Nys eset

„Egy beteg 'reménytelen eset'-nek minősítése abban az esetben, amikor az evidencián alapuló terápiák nem vezetnek a diagnózis remissziójához, azt a tényt tagadja, hogy a pszichiáterek elsősorban nem betegségeket, hanem személyeket kezelnek, akik mindig meglephetnek a gyógyulás képességével, evidencián alapuló terápiákkal vagy nélkül.”

(Stephan Claes és kollégái; Claes et al. 2015.)¹

Összefoglalás ♦ *Belgiumban az első eutanáziaeset, amelyben büntetőperre került sor, a lelki zavarral diagnosztizált Tine Nys esete. A lelki zavarral diagnosztizált betegek az egyik legsérülékenyebb betegcsoportot alkotják, tehát különös gondosságot igényel az eutanáziára irányuló kéréseik értelmezése. A tanulmány elsődleges perspektívája filozófiai, amennyiben a lelki probléma medikalizációjának kritikai olvasatát mutatja be egy konkrét eset ismertetésén keresztül, egy konkrét szabályozási környezet kontextusában. Az esetből levonható tanulságok lehetőséget nyújtanak arra, hogy gazdagabb értelmező keretben láthassuk a lelki zavarral diagnosztizált személyek eutanáziájának kérdését.*

Kulcsszavak: eutanázia, Belgium, lelki zavar, csillapíthatatlan szenvedés

Euthanasia of patients diagnosed with mental disorder in Belgium

The Tine Nys case

Summary ♦ *In Belgium, the first euthanasia case to be prosecuted is that of Tine Nys, who was diagnosed with a mental disorder. Patients diagnosed with a mental disorder are one of the most vulnerable groups of patients, so particular care is needed when interpreting their requests*

¹ A szerző által használt mottó jelen esetben nem a szerző álláspontját hivatott képviselni, sokkal inkább azt a megosztottságot kívánja reprezentálni vele, amely a mai nyugati pszichiátrián belül is fennáll a mentális zavarok mibenlétét, eredetét, illetve hatásos terápiáját illetően. Egyúttal előre is jelzi ezzel a tanulmány elemzésének fő perspektíváját: ez pedig elsősorban a lelki zavar körüli „bonyodalom” az eutanázia kontextusában.

for euthanasia. The primary perspective of the paper is philosophical, in that it presents a critical reading of the medicalisation of the mental problem through the description of a specific case in the context of a specific regulatory environment. The lessons that can be drawn from this case provide an opportunity to view the issue of euthanasia of persons diagnosed with a mental disorder in a richer interpretative framework.

Keywords: euthanasia, Belgium, mental disorder, irremediable suffering

Bevezetés

A belgiumi eutanáziatörvény² értelmében eutanázia „*az a cselekedet, amely szándékosan véget vet egy személy életének, annak saját kérésére*”. Az eutanáziaesemények a törvény értelmében nem minősíthetők bűncselekménynek, amennyiben az eutanáziát végrehajtó orvos eleget tesz számos, a törvényben nevezett feltételnek.

A törvényi kritériumok alapján eutanáziára irányuló kérelmet a következő négy csoport valamelyikébe tartozó személy fogalmazhat meg: I. Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, terminális stádiumban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú³, aki elviselhetetlen testi vagy lelki szenvedést él át; II. Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, terminális stádiumban lévő, nem-egyenjogúsított kiskorú, aki elviselhetetlen testi szenvedést él át; III. Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, nem terminális stádiumban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú, aki elviselhetetlen testi vagy lelki szenvedést él át; IV. Öntudatlan, irreverzibilis állapotban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú.

² 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) / 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);

Mérvadó, hiteles angol fordításához ld. a Belgiumi Alkotmánybíróság 153/2015. számú (2015. október 29.)

határozatát: <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: 275-294. Az eutanázia belgiumi

legalizálásáról magyar nyelven ld. Broeckaert, 2003. A jelenlegi belgiumi helyzetről magyarul ld. pl. Belovics,

2022: 129-130. Kőműves, 2021; Julesz, 2018: 59-60.,76-77.,83-84.; Hegedűs, 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 2002-ben elfogadott törvény komparatív elemzéséhez ld. például Maurice-Nys, 2003.

³ *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)ú

Az eutanáziatörvény hatályba lépése óta az eutanázia egyre szélesebb körű alkalmazását (Raus-Vanderhaegen-Sterckx, 2021)⁴, valamint az eutanázia emelkedő esetszámait figyelhetjük meg. Az emelkedő esetszámok bizonyos csoportokban is megfigyelhetők: így a 80 év feletti csoportjában, a nem daganatos betegséggel diagnosztizált betegek csoportjában, továbbá a nem terminális állapotban lévő betegek csoportjában (Dierickx et al, 2016). Emelkedett az eutanáziában részesített nem terminális állapotban lévő, pszichiátriai zavarral vagy demenciával diagnosztizált betegek száma is (Dierickx et al, 2017).

A pszichiátriai zavarral diagnosztizált és eutanáziában részesített betegek pontos számának meghatározását azonban több körülmény is nehezíti. Ismeretes például, hogy a törvényi kötelezettség ellenére sem jelentenek minden eutanáziát a Szövetségi Ellenőrző és Értékelő Bizottság (Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, CFCEE; a továbbiakban: CFCEE) felé. Nem elhanyagolható a be nem jelentett esetek száma, egy kutatás szerint nagyjából 3 eutanáziából 1 nem kerül bejelentésre. (Dierickx et al, 2018) Továbbá amennyiben a beteg a lelki zavar(ok) mellett testi betegség(ek)ben is szenved, akkor megeshet, hogy csupán a testi betegség van feltüntetve a CFCEE-nek küldött dokumentumon vagy lehetséges, hogy az eset polypathológiaként kerül kódolásra (Raus-Vanderhaegen-Sterckx, 2021: 91). Így azonban egyik esetben sem derülhet ki, ha az eutanázia kérése mögött éppen a lelki zavarból fakadó nehézségek álltak.⁵

Az eutanáziatörvény a mentális zavarral diagnosztizált betegek törvényes eutanáziájához az 1. táblázatban szereplő szubsztantív és procedurális kritériumok teljesülését írja elő.

SZUBSZTANTÍV KRITÉRIUMOK

A beteg

1. felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú
2. a törvény értelmében döntésképes és tudatánál van az eutanáziára irányuló kérés időpontjában
3. kérése önkéntes, jól átgondolt, több alkalommal megismételt, és nem külső nyomás eredményeként állt elő
4. egészségi állapotában nincs kilátás a javulásra és olyan folyamatos és elviselhetetlen szenvedést él át, amely

⁴ Ezt a folyamatot Hollandiában is megfigyelték: Van der Heide-Delden-Onwuteaka-Philipsen, 2017.

⁵ Amennyiben a beteg nincs terminális stádiumban, akkor egy második konzultáns orvosra is szükség van. Ilyen esetekben azonban nincs biztosítva, hogy valamelyik konzultáns orvos pszichiáter lesz, így a konzultáns orvosok szakterületeinek ismeretéből sem lehetséges mindig következtetni a beteg eutanáziára irányuló kérésének pontos mögöttes indokára.

- a) nem csillapítható és
- b) amely betegség vagy baleset következtében előálló súlyos és gyógyíthatatlan rendellenesség következtében jött létre

PROCEDURÁLIS KRITÉRIUMOK

ADMINISZTRATÍV KÖVETELMÉNYEK

1. A kérést a betegnek saját kezűleg, írásban kell elkészítenie, a dokumentumot dátummal kell ellátni, továbbá a betegnek alá kell írnia. Amennyiben ezt a beteg fizikai állapota nem teszi lehetővé, akkor a dokumentumot egy, a beteg által megnevezett személynek kell elkészítenie (orvos jelenlétében, akinek a nevét fel kell vezetni a dokumentumra), ez a személy azonban nem lehet anyagilag érdekelt a beteg halálában.
2. Minimum egy hónapnak el kell telnie a beteg írásba foglalt eutanáziakérelme és az eutanázia végrehajtása között.
3. A beteg a kérését bármikor visszavonhatja, ez esetben a dokumentumot el kell távolítani a betegdokumentációból és vissza kell adni a betegnek.
4. A beteg minden eutanáziakérésének, továbbá az eutanáziát végrehajtani szándékozó orvos minden intézkedésének (következményeikkel együtt), illetve a konzultációra felkért orvosok beszámolóinak is a betegdokumentációba kell kerülnie.
5. Az eutanázia végrehajtását követően négy munkanapon belül az eutanáziát végrehajtó orvosnak ki kell töltenie a regisztrációs nyomtatványt, amit el kell küldenie a Szövetségi Ellenőrző és Értékelő Bizottságnak. Ez a Bizottság számára lehetővé teszi annak megállapítását, hogy az eutanázia végrehajtása a törvényben szereplő kritériumoknak megfelelően történt-e.

A DÖNTÉSHOZÁS FOLYAMATA

Az eutanáziát végrehajtó orvosnak

1. tájékoztatnia kell a beteget az egészségi állapotáról és a várható élettartamról
2. át kell beszélnie a beteggel az eutanáziára irányuló kérést, továbbá minden, még szóba jöhető terápiás lehetőséget, a palliatív ellátás lehetőségeit, következményeikkel együtt
3. meg kell bizonyosodnia arról, hogy teljesül minden szubsztantív kritérium (többek között fennáll a folyamatos, elviselhetetlen, nem enyhíthető szenvedés, valamint az eutanáziára irányuló kérés tartós); és ezen célból:

- A) több alkalommal is beszélgetést kell folytatnia a beteggel ésszerű időkereten belül, miközben tekintetbe kell vennie a beteg állapotának progresszióját is
- B) konzultálnia kell egy másik orvossal,⁶ akinek
- i) függetlennek,⁷ a szóban forgó állapotot illető vélemény tekintetében pedig kompetensnek kell lennie
 - ii) át kell néznie a betegdokumentációt, meg kell vizsgálnia a beteget
 - iii) meg kell bizonyosodnia arról, hogy a beteg folyamatos, elviselhetetlen, nem csillapítható szenvedést él át
- C) konzultálnia kell egy harmadik orvossal is, akinek
- i) függetlennek, illetve pszichiáternek kell lennie
 - ii) át kell néznie a betegdokumentációt, valamint meg kell vizsgálnia a beteget, és
 - iii) meg kell bizonyosodnia arról, hogy a beteg folyamatos, elviselhetetlen, nem csillapítható szenvedést él át, továbbá meg kell bizonyosodnia arról is, hogy a beteg eutanáziára irányuló kérése önkéntes, jól átgondolt, és többször is elismételt
- D) amennyiben van olyan gondozói team, amely a beteggel folyamatos kapcsolatban áll, akkor a kérést át kell beszélnie ezzel a teammel vagy a team tagjaival
- E) amennyiben a betegnek kívánsága, a kérését át kell beszélni az által kijelölt hozzátartozóval is
- F) meg kell bizonyosodnia arról, hogy a betegnek lehetősége volt átbeszélni a kérését az általa kívánt személyekkel

1. táblázat: A mentális zavarral diagnosztizált betegek lelki szenvedésének alapján végrehajtható eutanázia törvényi feltételei (Verhofstadt et al, 2022: 02⁸)

⁶ A törvény úgy fogalmaz, hogy ezzel az orvossal „a rendellenesség súlyos és gyógyíthatatlan jellegéről” kell konzultálnia (§2 3)), amiből azt a következtetést is le lehet vonni, hogy a konzultációra felkért orvosnak meg kell bizonyosodnia a betegség súlyos és gyógyíthatatlan jellegéről is, nem csupán a szenvedés folyamatos, elviselhetetlen, és nem csillapítható jellegéről.

⁷ A CFCEE az orvosok számára készített broszúrában fogódzót adott a függetlenségi kritérium értelmezéséhez: a konzultációra felkért orvos nem állhat sem családi kapcsolatban, sem munkahelyi alá-fölérendeltségi viszonyban az eutanáziát végrehajtó orvossal, de nem lehet rendszeres terápiás kapcsolata sem a beteggel. A legutóbbi jelentésében a CFCEE ezt még kiegészítette azzal, hogy a függetlenséget nem kell szigorúan úgy értelmezni, hogy a konzultációra felkért orvos még soha nem is találkozott a beteggel vagy hogy egyáltalán nem ismeri a beteg kórtörténetét.

⁸ Az eutanáziatörvény úgy fogalmaz, hogy a második konzultáns orvosnak pszichiáternek vagy a kérdéses rendellenesség szakorvosának kell lennie. Ha a kérdéses rendellenesség pszichiátriai zavar - a belga kutatók

Mindezidáig két belgiumi eutanáziaesettel kapcsolatban született *bírósági állásfoglalás*. Egy 64 éves, krónikus depresszióban szenvedő nőbeteg eutanáziájának körülményeit vizsgálva a *Mortier v. Belgium* ügyben az Emberi Jogok Európai Bírósága (a továbbiakban: EJEB) hozott döntést (ez volt egyébként az első eutanáziaeset, amelyben az EJEB ítéletet hozott).⁹ *Tine Nys esete* pedig az első belgiumi büntetőeljárást eredményezte „méreg által okozott emberölés” vádja miatt (az ügy folyamán az eutanáziaesetek a posteriori kontrolljával kapcsolatban a belgiumi Alkotmánybíróság is állást foglalt). A továbbiakban Tina Nys esetét tárgyaljuk.

Noha a jelen tanulmány egy konkrét esetet, Tina Nys esetét tárgyalja egy konkrét állam, Belgium vonatkozásában, amelyben legális az eutanázia, az esetismertetésnek elsősorban nem a szabályozó környezet elemző leírása vagy nem jogi komparatív elemzés a célja.¹⁰ Az elemzés sokkal inkább *filozófiai* kíván lenni, amely a lelki nehézségek *medikalizációjának* egy konkrét lehetséges formáját illusztrálja, ugyanakkor megvilágítja a medikalizációban megbújó néhány problémás, vitatott, a medikalizált perspektíván kívül nyitott kérdésnek tekintett, de a pszichiátrián belül is esetlegesen megosztottságot generáló pontot. Munkánkhoz felhasználtuk Marc De Hert és kollégáinak az eset elemzéseként készített tanulmányát (De Hert et al, 2022) is. Tekintettel azonban arra, hogy a szerzők megállapításai számunkra elsősorban a medikalizáció aspektusából nyerik jelentőségüket, az orvosszakmai és a jogi szakmai megállapításaikat az olvasónak célszerű egy bizonyos távolságból szemlélnie.

A Tine Nys eset ismertetése

Tine Nyst 1991-ben, 19 éves korában borderline személyiségzavarral diagnosztizálták. A betegség lefolyása különösen viharos volt, öngyilkossági kísérletet is tartalmazó epizódokkal, ami miatt a beteg több mint tíz alkalommal kórházi kezelésben is részesült, nem egyszer hosszabb időre. Utolsó kórházi kezelésére 34 éves korában került sor, ettől kezdve a helyi közösség lelki egészségcentrumának egyik pszichológusa szupportív tanácsadásban részesítette. A 2010-ben bekövetkezett halálát közvetlenül megelőző években az állapota

használgják ezt a (szakirodalomban gyakran használt) kifejezést -, és mivel a második konzultáns személynek is orvosnak kell lennie, ezért a második konzultáns orvosnak szükségszerűen pszichiáternek kell lennie. (De Hert et al, 2022: 02; Verhofstadt et al, 2022: 02) Ugyanakkor a 2002 és 2013 között kizárólag a „pszichiátriai zavar vagy demencia” kategóriájába eső diagnózisok valamelyikével vagy közülük egyszerre több diagnózissal is rendelkező, eutanáziában részesített betegek regisztrációs nyomatványait elemezve az derül ki, hogy például a kizárólag hangulatzavarral diagnosztizált betegek alcsoportjában az esetek 13.2%-ában nem pszichiáter volt a második konzultáns orvos (ugyanakkor a CFCEE az összes esetet törvényesnek minősítette). (Dierickx et al, 2017: 5)

⁹ A *Mortier v. Belgium* üggyhöz ld. [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22appno%22:\[%2278017/17%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22appno%22:[%2278017/17%22]}) Az ügy kapcsán már számos elemzés született, például: Walraet, 2023.

¹⁰ Ez magyarázza például azt, hogy a tanulmányban miért nincsenek markánsabban elválasztva egymástól a jogalkotási és a jogalkalmazási problémák.

viszonylagos funkcionális stabilitást ért el. Diplomát szerzett, részmunkaidős állást vállalt, önállóan élt, 2009-ben pedig összeköltözött a párjával. A magánélete a tárgyalás alatt elhangzott beszámolók szerint ugyanakkor továbbra is zűrzavaros volt: alkalmanként drogot használt, párkapcsolatát a partnerétől elszenvedett erőszak is jellemezte, végül már a munkáját is túlságosan megterhelőnek érezte. 2009 közepén véget ért a párkapcsolata, amivel úgy érezte, szertefoszlottak a házasságról és a családról szőtt álmái. A magán- és a munkahelyi életben történt visszaesések komoly nehézségeket okoztak neki, súlyos depresszióba esett, az öngyilkosság lehetősége ismét foglalkoztatni kezdte. A pszichológusánál és Frank de Greef házi orvosánál is érdeklődött az eutanázia lehetőségéről.

Az eutanázia lehetőségével kapcsolatban Joris van Hove házi orvoshoz irányították, aki regisztrált tagja volt a legnagyobb flamand „jog-a-halálhoz” szervezetnek is; olyan orvosként tartották nyilván, aki hajlandó volt végrehajtani egy eutanáziát. A beteg 2009. december 22-én átadta neki a hivatalos, írásban tett, eutanáziára irányuló kérését.¹¹ (A beteg a második, írásbeli eutanáziára irányuló kérését közvetlenül a halála napján, 2010. április 27-én adta át az orvosnak.) 2009 végétől a pszichológus által nyújtott szupportív tanácsadást már nem vette már igénybe, a pszichológussal már csak alkalmanként beszéltek telefonon.

A házi orvos elvállalta az eutanáziát végrehajtó orvos szerepét, ezzel felvállalta a beteg kiértékelését is. A beteg ekkorra már rendelkezett kapcsolattal a szükséges két másik orvossal.¹² A hivatalosan az első konzultáns orvos szerepkörét ellátó orvos (aki azonban később azt állította, hogy megtevesztés áldozatául esett), a beteg házi orvososa, Frank de Greef lett. A második konzultáns orvos szerepkörét pedig a pszichiáter Godelieve Thienpont vállalta.

A pszichiáter az eutanáziakérés értékelése során a betegnek további diagnosztikai kivizsgálást írt elő. A 2010 márciusában történt kivizsgálás a beteg számára - csupán néhány héttel az eutanáziája előtt - egy új diagnózist (Asperger-féle zavar) eredményezett.

A pszichiáter tanácsára (De Hert et al, 2022: 05) az eutanázia végrehajtását felvállaló orvos jóváhagyta a beteg eutanáziára irányuló kérését. Mivel Joris van Hove házi orvos úgy ítélte meg, hogy a beteg a borderline személyiségzavarból és az Asperger szindrómából eredően folyamatos, elviselhetetlen, nem csillapítható szenvedést él át, 2010. április 27-én végrehajtotta az eutanáziát.

¹¹ A beteg – a halálra irányuló szándékának megerősítéseként - két előzetes rendelkezést is regisztráltatott 2009 decemberében: az egyik az újraélesztés és az életfenntartó kezelések visszautasítását tartalmazta, a másik pedig eutanáziára irányuló kérést arra az esetre, ha irreverzibilis kómába kerülne.

¹² A VVP szerint megkívánható gondosság kritériumai nem teljesülnek abban az esetben, ha nem az eutanázia végrehajtását elvállaló orvos, hanem maga a beteg keres fel olyan orvosokat, akik vállalják a konzultáns orvos szerepét, ezzel ugyanis nem zárható ki a „véleményvásárlás” lehetősége. (VVP, 2017: 15)

A beteg családja egy ponton jelen volt az eutanáziakérés elbírálásának a folyamatában, ugyanis beszélgetésre került sor a család és a második konzultáns orvos, Godelieve Thienpont pszichiáter között. A család elismerte ugyan a beteg korábbi komoly lelki nehézségeit, az eutanáziakérés időszakában fennálló nehézségeket azonban nem tartották összeegyeztethetőnek sem az eutanáziakérés elfogadásával, sem pedig az eutanázia végrehajtásával. A beteg állapotát nem tekintették gyógyíthatatlannak, nehézségeit nem tartották enyhíthetetlennek, alapvetően a szakítást követő stresszel magyarázták. A nehézségek következtében a beteg ismét szembesülni kényszerült azzal, hogy állandó és súlyos nehézségei vannak az élet kihívásaival való megbirkózás és a kapcsolatok fenntartása terén. (De Hert et al, 2022: 05). A családtagok megkérdőjelezték az újonnan kapott diagnózist is, és elfogadhatatlannak tartották, hogy új kezelés nem került a betegnek felajánlásra, és hogy nem is indult újabb kezelés.

A családtagok a beteg eutanáziáját követően, hogy választ kaphassanak a kérdéseikre, ismét felkeresték a beteg eutanáziájában közreműködő orvosokat, megkereséssel fordultak a CFCEE felé is. Az orvosoktól azonban ellentmondó válaszokat kaptak. Arra is felfigyeltek, hogy az eutanázia legalább egyik procedurális követelménye nem teljesült: az eutanáziát regisztráló formanyomtatvány nem került időben megküldésre a CFCEE részére. Attól az újabb pszichiátertől pedig, akit segítségkérés szándékával kerestek fel, megtagadták a betegdokumentációba, illetve az eutanáziaértékelésről szóló jelentésbe való betekintés lehetőségét.

A beteg egyik testvére ezért formális panasszal élt. Az intézmény azonban, amely felügyeli az igazságügyi vizsgálatot és határoz abban a kérdésben, hogy van-e elegendő bizonyíték a bűnösségre büntetőeljárás megindításához 2016. december 20-i határozatában úgy ítélte meg, hogy nincs megfelelő alap egy bírósági tárgyalás megindításához. A határozat azon a tényen nyugodott, hogy a CFCEE egyhangúan úgy vélte, a beteg eutanáziájára a törvényes feltételek betartása mellett került sor.

A család azonban fellebbezett, a vádkamara 2018. november 22-én úgy találta, hogy elégséges indok áll fenn az orvosok bíróság elé kerülésére. A kamara döntése két kijelölt szakértő jelentésén alapult, mely azt a következtetést vonta le, hogy nem teljesült az összes törvényben előírt kritérium.

Az ügyet 2020. január 17 és 31 között a Gentben összehívott esküdtbíróság (cour d'assises) tárgyalta, a tárgyalás során központi szerepet játszottak a bíróság elnöke által kijelölt jogi és orvosi szakértők. A tárgyalás végül a három orvos felmentésével végződött. A bíróság úgy ítélte, hogy az eutanáziát végrehajtó orvos bűnösségét nem tudták minden kétséget kizáróan bizonyítani. Az első konzultáns orvossal kapcsolatban a bíróságnak az volt az álláspontja, hogy

őt megtévesztette az eutanáziát végrehajtó orvos, így nem lehetett teljes mértékben tudatában annak, hogy az a feljegyzés, amit írásban megfogalmazott a beteg eutanáziájának a támogatásáról, a jog által előírt három hivatalos vélemény egyikeként fog funkcionálni. A második konzultáns orvos, a pszichiáter vonatkozásában pedig a bíróság azon az állásponton volt, hogy nem volt olyan elem, ami arra utalt volna, hogy nem teljesítette a törvény által a beteg eutanáziakérésének kivizsgálásában rá előírt szerepkörből fakadó törvényi kötelezettségeket.

A család fellebbezett az eutanáziát végrehajtó orvos felmentése ellen, azzal az indokkal, hogy megsértésre került egy lényegi procedurális követelmény, nevezetesen a bíróságnak az a kötelezettsége, hogy elégséges módon megindokolja a döntését. Az eutanáziát végrehajtó orvos ügye így polgári bíróságra került a tények ismételt értékelésének a céljából. A polgári bírósági ügy egyet ideig felfüggesztették, mert a bíró előzetes jogi kérdéseket intézett az Alkotmánybírósághoz egyes, az eutanáziatörvényben szereplő rendelkezések értelmezéseivel, valamint az ezen rendelkezések megsértését követő jogi következményekkel kapcsolatban. Az Alkotmánybíróság szerint intuitív módon is ésszerűtlen, hogy a procedurális feltételek megsértése ugyanolyan mértékben büntetendő, mint a szubsztantív feltételek megsértése, határozatában pedig megállapította az alkotmányellenesség fennállását. A bíróság végül úgy döntött, hogy az eutanáziát végrehajtó orvos, Joris Van Hove nem követett el olyan hibát, amely az eutanázia szubsztantív feltételeit sérti, ezért nem terhelve kártérítési kötelezettség a család felé.

Az ellenőrzés a priori és a posteriori szintje

Hagyományosan az eutanázia törvényes kritériumainak fennállását illetően megkülönböztethetjük egymástól a kritériumok eutanáziát megelőző, *a priorinak* nevezhető, illetve az eutanáziát követő, *a posteriorinak* nevezhető ellenőrzését.

A nem terminális stádiumban lévő betegek eutanáziakérelmének értékelésekor az a priori ellenőrzés során az eutanáziát végrehajtó orvos és a konzultációra felkért két orvos ellenőrzi, hogy a részükről megvizsgálandó törvényi feltételek fennállnak-e. Az a posteriori ellenőrzés az eutanázia CFCEE által végzett ellenőrzését jelenti.

Az ellenőrzés a priori szintje

Az eutanáziát végrehajtó orvos (Joris van Hove, háziorvos)

Az eutanáziát végrehajtó orvos a feljegyzéseiben mindössze három rövid bejegyzéssel „intézte el” a beteg eutanáziára irányuló kérésének kiértékelését. Háromszor személyesen is találkozott a beteggel, tanúvallomása szerint több alkalommal telefonon is beszéltek egymással.

Az orvosnak azt a megállapítását, miszerint a beteg döntésképes volt, és hogy az eutanáziára irányuló kérése önkéntes, jól átgondolt, és többször elismételt volt, nem vonták kétségbe, minthogy ezeknek a kritériumoknak a fennállását számos, a bíróságon tanúskodó egészségügyi szakdolgozó, családtag és barát is megerősítette.

Marc De Hert és kollégái ugyanakkor azon az állásponton vannak, hogy a háziiorvosi szerepköréből fakadóan Joris van Hove nem rendelkezett azzal a *szakmai kompetenciával*, amivel képes lett volna a betegénél megállapítani a lelki szenvedést és diagnosztizálni komplex pszichiátriai betegséget. Mint az a tárgyaláson kiderült, nem próbálkozott mástól függetlenül, önállóan megállapítani, hogy a beteg elviselhetetlen szenvedését nem lehet csillapítani és hogy az elviselhetetlen szenvedés olyan pszichiátriai betegségből ered, mely esetben nincs kilátás a javulásra. Álláspontjuk szerint ezeknek a kritériumoknak a fennállását a háziorvos egyszerűen „kiszervezte” a pszichiáternek, későbbi cselekedetének alapjául a pszichiáter véleményére hagyatkozott. (De Hert et al, 2022: 06) Kétségtelen, hogy a törvény előírja az eutanázia végrehajtását elvállaló orvos számára, hogy a beteggel ismertesse a szóba jöhető terápiás lehetőségeket, ezt pedig az a szakember tudja megtenni, aki a kérdéses betegség terápiás lehetőségeit illetően kellően járatos. Ez feltételét alkotja annak a másik törvényi kritériumnak, hogy az orvos a beteggel együtt azt az álláspontot fogalmazza meg, hogy nem adódik más ésszerű alternatíva a beteg helyzetében, mint az eutanázia.

A háziorvos a bíróságon elismerte, hogy az eutanázia végrehajtásakor az eutanázia törvényről hiányos ismeretekkel rendelkezett.

Emellett az eutanáziáról elkészített regisztrációs nyomtatvány a törvényileg megszabott 4 munkanap helyett 51 nappal később érkezett meg a CFCEE-hez, ezért Marc De Hert és kollégái szerint az eutanáziát végrehajtó háziorvos ezzel mulasztást is elkövetett.

Az első konzultáns orvos (Frank de Greef, a beteg háziorvosa)

Frank de Greef körülbelül 10 éven át volt a beteg háziorvosa. A beteg pszichiátriai zavarával kapcsolatban tanácsadásban is részesítette a beteget, gyógyszereket is írt fel neki. A beteggel kapcsolatos orvosi dokumentumaiban egyedül a borderline személyiségzavar szerepelt, és csak röviddel az eutanázia végrehajtása előtt értesült arról, hogy a beteg megkapta az Asperger-féle zavar diagnózisát is.

Marc De Hert és kollégái ezért igen meglepőnek találták, hogy abban a feljegyzésben, amit az orvos a beteg halálának a napján készített (amit később a beteg eutanáziáját végrehajtó orvos az első pozitív véleményeként mutatott be), csupán az Asperger-féle zavar által okozott szenvedésről történik említés. A feljegyzés így szól: „*A beteg házi orvosaként megerősítem, hogy a beteg súlyos pszichiátriai zavarban (Asperger-féle zavarban) szenved, ami a betegem számára elviselhetetlen, [és] ami lényegében nem kezelhető vagy nem gyógyítható. A betegem ezért eutanáziát kér, ezt többször is megerősítette nekem. Orvosként és a betegem közeli barátjaként támogatom a döntését, ugyanakkor a döntését sajnálom is.*” (De Hert et al, 2022: 07, 6.lj.)

Az eutanáziatörvény előírja az első konzultáns orvos számára, hogy *kompetens* legyen a kérdéses betegség vonatkozásában, hogy önállóan végzett vizsgálattal megbizonyosodjon a beteg szenvedésének folyamatos, elviselhetetlen, és nem csillapítható jellegéről. Marc De Hert és kollégái szerint ezeknek a törvényi feltételeknek a fennállását a házi orvos a szükséges kompetencia hiányából fakadóan képtelen volt megállapítani. (De Hert et al, 2022: 07)

Úgy tűnik, hogy a törvény által megkövetelt *függetlenségi követelmény* sem teljesült, a törvény értelmében ugyanis a konzultációra felkért orvosnak függetlennek kell lennie a betegtől és az eutanázia végrehajtását elvállaló orvostól is. A CFCEE az orvosoknak készített brosúrájában csak később, évekkel az eset után kezdte el kibontani a függetlenségi kritérium jelentését, a jogi szakirodalomban azonban konzultánsként a beteg házi orvosának a kizárása követelményként már ismert volt. (Delbeke, 2012; Vanswevelt, 2003) Marc De Hert és kollégáinak érvelése a függetlenségi kritérium sérüléséről a jogi irodalomban már akkor jelen lévő kizárási kritériumra való hivatkozáson alapszik. A Tine Nys eutanáziáját is ellenőrző CFCEE elnöke azonban azon az állásponton volt, hogy a függetlenségi kritérium csak akkor sérül, ha a beteg házi orvososa maga hajtja végre az eutanáziát, de nem sérül akkor, ha csupán a tanácsadó szerepre korlátozódik. (De Hert et al. 2023: 13)

A házi orvos ráadásul nem csupán azzal nem volt tisztában, hogy a feljegyzése hivatalos véleményként fog funkcionálni, tévesen még azt is gondolta, hogy a CFCEE-nek még előzetesen jóvá is kell hagynia a beteg eutanáziáját. Ez Marc De Hert és kollégái szerint világosan bizonyítja, hogy az eutanázia egyik fontos procedurális kritériuma (*az első konzultáns orvos hivatalos véleményének megléte*) sem teljesült.

Az esküdtbíróóság később azért mentette fel a házi orvost, mert az írásos véleményének szerepét illetően megítélése szerint megtevesztés áldozata lett.

A második konzultáns orvos (Godelieve Thienpont, pszichiáter)¹³

Nagy visszhangot váltott ki az a 2015-ben megjelent tanulmány, melyben 100 pszichiátriai zavarral diagnosztizált és eutanáziára irányuló kérést megfogalmazott beteg jellemzőit ismertették. A betegek közül 35 személynél hajtották végre az eutanáziát. A betegek vizsgálata során Thienpont konzultáns orvosi szerepkört látott el. (Thienpont et al, 2015) Tekintettel arra, hogy 2007 és 2011 között a Belgiumban a CFCEE által neuropszichiátriai rendellenesség eseteiként¹⁴ kódolt és eutanáziában részesített betegek száma nem haladta meg a 100 főt, Stephan Claes és kollégái becslései szerint az eutanáziák 35-50%-át egyetlen pszichiáter, Thienpont „hagyta jóvá”.¹⁵ Claes és kollégái a lelki zavarral diagnosztizált betegek eutanáziára irányuló kérésének a tanulmányban közzétett módon történő kiértékelését a belgiumi pszichiáterek kisebbségi álláspontjának tekintik. Ám a tanulmányhoz írt hozzászólásukban felhívták a figyelmet arra is, mennyire égető kérdés egy eutanáziát kérő beteg esetében a pszichiáter adekvát szerepének kidolgozása, ami a megfelelő szakmai viták minél hamarabb történő lefolytatására szólítja fel az érintetteket. (Cleas et al, 2015)

Az eset elemzésekor a pszichiáter tevékenysége (is) alapos vizsgálat alá vonható. Marc De Hert és kollégái kétségbe vonják a pszichiáter által adott diagnózis érvényességét, továbbá túl korainak tekintették a csillapíthatatlan szenvedés törvényi kritérium fennállásról tett kijelentését.

2010-ben a DSM-IV¹⁶-ben az Asperger-féle zavar a pervazív fejlődési zavar egyik típusa volt. Az Asperger-féle zavar a 2013-ban megjelent DSM-5-ben azonban már nem szerepelt, részben azért, mert nem volt diagnosztikus specificitása. Helyette a tüneteket és a személyiségjegyeket kontinuumként értelmező autizmus spektrum zavar került bevezetésre, vagyis az autizmus spektrumbetegség sokkal szélesebb tartományt fog át, mint a DSM-IV Asperger-féle zavara. Az autizmus spektrum zavarok diagnózisának felállítása több szempont figyelembevétele alapján történik: ki kell értékelni a beteg viselkedését, meg kell figyelni a

¹³ Itt szeretném megköszönni Dr. Kovács-Tóth Beáta klinikai szakpszichológusnak az esetről folytatott párbeszédet, ami segítette a tanulmány ezen részének végleges formába öntését.

¹⁴ Ebbe a csoportba nem csupán a lelki zavarral, de az Alzheimer-kórral és a Huntington-kórral diagnosztizált betegek is beletartoznak.

¹⁵ Thienpont erre a vádra, miszerint csupán tőle függött ezeknek a betegeknek az eutanáziája, azt válaszolta, hogy a törvény világosan kimondja, hogy az eutanáziának végrehajtását elvállaló orvos mellett még két konzultánsként felkért orvost is be kell vonni a törvény által előírt gondossági kritériumokok értékelésébe. (Thienpont, 2016) Valójában a törvény értelmében akkor is végre lehet hajtani az eutanáziát, ha a konzultációra felkért orvosok közül az egyikük nem, vagy ha egyikük sem támogatja az eutanázia végrehajtását. A VVP ragaszkodik két támogató véleményhez. (VVP, 2017: 14)

¹⁶ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), magyarul: Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, az Amerikai Pszichiátriai Társaság által szerkesztett kézikönyv. A DSM-IV verzió 1994-ben jelent meg. (A jelenleg használatban álló DSM-5-TR 2022-ben jelent meg, a 2013-ban megjelent DSM-5-öt követve a sorban.)

klinikai tüneteket, vizsgálni kell a fejlődéstörténetet, illetve sort kell keríteni pszichodiagnosztikus vizsgálatra is, ami speciális interjúkat, valamint klinikai és neuropszichológiai tesztek felvételét és kiértékelését is magában foglalja.

Marc De Hert és kollégái szerint *a beteg pszichodiagnosztikus kiértékelése* nem a szakmailag elvárható színvonalon történt meg. Véleményük szerint nem csupán az volt a probléma, hogy nem differenciáldiagnózis, csupán az Asperger-féle zavar hipotézisének a megerősítése volt a cél, de az is, hogy a már akkor is elérhető vizsgálati eszközöket a vizsgálat lefolytatására felkért két pszichológus nem használta. A pszichológusok konklúzióját, miszerint a beteg autizmus spektrum zavarban szenvedett – amely 2013 előtt még nem is volt hivatalos diagnózis – nem igazolták az alkalmazott szűrőtesztek. A hat alkalmazott teszt eredményeit áttekintve az látható, hogy öt teszten a beteg normális pontszámokat ért el, ideértve az autisztikus jegyeket feltérképező tesztek eredményeit is. A bíróságon bemutatott értékelési dokumentum szerint a pszichológusok csupán bejelölték a DSM-IV Asperger-féle zavar kritériumait, noha a diagnózist a teszteredmények nem erősítették meg. Marc De Hert és kollégái (2022) ezért - a beteget eutanáziában részesítő orvos és a pszichiáter állításaival ellentétben – azon az állásponton vannak, miszerint nem történt meg annak igazolása, hogy a beteg Asperger-féle zavarban is szenvedett. (De Hert et al, 2022: 09)

Az Asperger-féle zavar fennállását egyébként alapvetően valószínűtlennek tartják két okból eredően is: egyrészt az Asperger-szindróma a beteg egyetlen kórházi dokumentumában sem szerepelt, másrészt a több éven át tanácsadást végző pszichológus sem gyanította ennek a zavarnak a jelenlétét. Marc De Hert és kollégái úgy vélik, hogy a betegnek valószínűleg volt néhány olyan tünete, amely a DSM-5 által bevezetett autizmus spektrum zavar részét képezi. Noha a borderline személyiségzavar és az autizmus spektrum zavar tünetei átfedhetnek egymással, a kettő együttes előfordulása igen ritka. (De Hert et al, 2022: 09; Dudas et al, 2017)

Marc De Hert és kollégái azt is kifogásolják, hogy a törvény nem követeli meg a második konzultáns orvostól is *a rendellenesség súlyos és gyógyíthatatlan jellegének a megállapítását*, ez ugyanis szorosan kapcsolódik a szenvedés nem csillapítható jellegének a megállapításához. (A törvény szerint ugyanis a szenvedésnek súlyos és gyógyíthatatlan rendellenességből kell erednie.) Ettől eltekintve is tény, hogy a három orvos közül gyakorlatilag egyedül a pszichiáter volt az, aki szakmailag – legalábbis a végzettségét tekintve - kompetensnek volt tekinthető Tine Nys betegségét illetően.

De Hert és kollégái azonban úgy vélik, hogy a pszichiáter szakmai hibát vétett azzal, hogy a beteg szenvedését nem tekintette *enyhíthetőnek*. Ismertetik, hogy a borderline személyiségzavarban a krízisen kívüli időszakban ugyan az egész személyiségre fókuszáló

pszichoterápiák jelentik a fő kezelést, de egyaránt hatásosnak bizonyult a dialektikus viselkedésterápia, a sématerápia, valamint a mentalizáció alapú terápia is. A bíróság által felkért pszichiáter szakértő azt állította, hogy a borderline személyiségzavarra a betegnél kipróbáltak evidencián alapuló terápiákat: a beteg 19 éves korában a kórházba való felvételét követően pszichoanalitikusan orientált terápiaiban részesült, 25 éves korában pedig feltételezések szerint viselkedésterápiás fókuszú beavatkozás történhetett. Ez azt azonban nem bizonyítja, mondják De Hert és kollégái, hogy a betegnek az utolsó éveiben a borderline személyiségzavara miatt felajánlottak volna evidencián alapuló kezelési lehetőségeket vagy részesült volna ilyen kezeléseket. Következésképpen elfogadhatatlannak tartják, hogy a konzultáns pszichiáter úgy vonta le a következtetést, hogy a beteg számára nincs kilátás a borderline személyiségzavarának javulására, hogy a már 2009-ben is évek óta rendelkezésre álló, számos esetben hatásosnak bizonyuló terápiás lehetőségeket át sem beszélte a beteggel, még csak fel sem ajánlotta neki. (De Hert et al, 2022: 08) Ha pedig nem volt levonható a kilátástalan helyzet az állapotára nézve, akkor úgy tűnik, nem teljesülhetett ez a törvényes feltétel. (De Hert et al, 2022: 09)

Ha a betegnek a borderline személyiségzavar mellett egy másik olyan súlyos és gyógyíthatatlan pszichiátriai betegsége is lett volna, amely miatt elviselhetetlenül szenvedett volna, akkor a pszichiáter még levonhatta volna a következtetést, hogy nincs kilátás az állapotának javulására. Ám Marc De Hert és kollégái egyfelől éppen az állítólagos Asperger-féle zavar valószínűtlenségére mutattak rá, másfelől a kilátástalan helyzet konklúzióját akkor is alaptalannak vélték volna, mert az Asperger-féle zavar diagnózisát követően nem került sor egyetlen potenciálisan hatásos terápiás módszer kipróbálására sem.¹⁷

Fel kell vetnünk itt azt a kérdést, hogy *ha rendelkezünk kutatások által bizonyítottan hatásosnak mutató terápiás lehetőségekkel, akkor a beteg szenvedését csillapíthatatlannak lehet-e minősíteni abban az esetben, ha a beteg egyetlen potenciálisan hatásos terápiát sem kíván kipróbálni?* Thienpont azt állította, hogy az Asperger-féle zavar diagnózisát követően javasolt a betegnek kezelést, ám azt a beteg visszautasította - részben azért, mert hosszúnak érezte a várólistát, részben pedig azért, mert úgy vélte, belátható időn belül az állapotában nem

¹⁷ A bíróság által kijelölt szakértők Marc De Hert és kollégái szerint az első tanúskodás alatt mintha kételkedtek volna abban, hogy kellően megalapozott volt az állítás, miszerint az Asperger-féle zavar tünetei nem javulhattak. Ám miután a szakértők a beteg szupportív tanácsadást végző pszichológustól arról értesültek, hogy a beteg rendszeres pszichológiai támogatásban részesült – hosszú időn keresztül személyesen, majd pedig telefonon keresztül -, második tanúskodásuk idején már úgy vélték, ez azt igazolja, hogy a beteg elégséges mértékű kezelésben részesült az Asperger-féle zavar tüneteinek kezelésére. Marc De Hert és kollégái ezt azért is problémásnak vélik - a fentiekben elmondottakon túl -, mert a beteg a szupportív tanácsadásban eleve nem az Asperger-féle zavar diagnózisa miatt részesült, másfelől a szupportív tanácsadást nem tekinthetjük az Asperger-féle zavar evidencián alapuló kezelési módjának. Az Asperger-féle zavarral diagnosztizált betegek esetében egyébként vannak olyan pszichoszociális intervenciók, melyek a betegnek a betegségével való megküzdésében segíthetnek.

várható javulás. Thienpont arra is megkérte a betegét, hogy keressen fel egy másik pszichiátert, aki szintén megvizsgálná őt. A megkeresett pszichiáter azonban írásban közölte, hogy nem tud tanácsot adni, mert nem rendelkezik a szükséges szakértelemmel, ami alapján meg tudná állapítani egyfelől azt, hogy a beteg Asperger-féle zavarban szenved-e vagy sem, másfelől pedig azt hogy minden evidenciára épülő terápiás lehetőség kipróbálásra került-e vagy sem. Azt is tudatta, hogy a beteg elutasította annak lehetőségét, hogy több alkalommal is felkeresse őt. Thienpont helyzetét nehezítette az a körülmény, hogy a beteg félt a kényszerkezelés lehetőségétől is, illetve a beteg azt is kijelentette, hogy öngyilkosságot fog elkövetni abban az esetben, ha az eutanáziára irányuló kérését elutasítják. A törvény egyébként csupán annyit követel meg az orvostól, hogy említse meg a még szóba kerülhető terápiás lehetőségeket, és amennyiben úgy látszik, hogy nincs ésszerű alternatíva a beteg helyzetére vonatkozóan, akkor ennek a meggyőződésnek közös belátásnak kell lennie.

Marc De Hert és kollégái azon az állásponton vannak, hogy *„nyilvánvalóan nem lehet kijelenteni, hogy egy pszichiátriai betegség esetében biztosan nem várható javulás, valamint azt sem, hogy a betegség következtében előálló szenvedés nem enyhíthető, ha a beteg még megfontolni sem hajlandó a kezelést”* (De Hert 2022: 11), illetve *„amikor az eutanázia értékelés során potenciálisan hatásos kezelés kerül visszautasításra, nem lehet azt a következtetést levonni, hogy a betegség esetében nincs kilátás a javulásra és hogy a szenvedés nem enyhíthető.”* (De Hert 2022: 11) Ezekben az esetekben az eutanázia végrehajtása álláspontjuk szerint törvényellenes cselekedetet valósít meg. Azt jegyezzük itt meg, hogy – miként azt fentebb írtuk – a beteg úgy vélte, hogy állapotában a felajánlott kezeléssel sem várható javulás számára elfogadható ésszerű időkereten belül. Ez alapján nem zárható ki annak lehetősége, hogy a beteg fontolóra vett felajánlott kezelést.

Az eddig elmondottak alapján a Flamand Pszichiátriai Szövetség (Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie, VVP) megköveteli, hogy amennyiben lelki zavarral diagnosztizált beteg fogalmaz meg eutanáziára irányuló kérést, és halála nem várható a közeljövőben, akkor a törvény által előírt három orvos közül kettő legyen pszichiáter. *„Ennek oka az, hogy az eutanáziakérelmek pszichiátriai értékelése a következő szakismeretre támaszkodik: a mentális vagy döntéshozó képesség értékelése, a pszichiátriai betegségekre vonatkozó diagnosztikai és terápiás szakértelem az orvosi haszontalanság megállapítása céljából, pszichoterápiás szakértelem a halálvágy és az eutanáziakérellem bonyolultsága, implicit jelentései és dinamikája (áttétel és viszontáttétel) tekintetében.”* (VPP, 2017: 11)

A CFCEE a posteriori ellenőrzése

A CFCEE részére az eutanáziát végrehajtó orvos által kötelezően beküldendő dokumentum¹⁸ két részből áll: egy anonim és egy személyes adatokat tartalmazó részből. Az anonim rész többek között tartalmazza a következő információkat: 1. a súlyos és gyógyíthatatlan betegség természetének leírását, 2. a folyamatos és elviselhetetlen szenvedés természetének leírását, 3. annak indoklását, hogy a szenvedést miért nem lehetett csillapítani, továbbá 4. annak igazolását, hogy a beteg kérése önkéntes, jól átgondolt volt, és azt többször megismételte, 5. információt arról, hogy a beteg halála a közeljövőben volt-e esedékes, illetve 6. a konzultációra felkért személyek végzettségeit és az álláspontjait. 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.

Az ügyben az esküdtbíróság előtt tanúskodott a CFCEE egyik társelnöke, aki elmondta, hogy az orvosok megkeresték őt közvetlenül a beteg eutanáziája előtt, és az általuk szolgáltatott információk alapján úgy ítélte meg, hogy az eutanázia törvényes feltételei teljesültek.

A CFCEE részére majdnem két hónappal a beteg eutanáziája után érkezett be a dokumentum, és a CFCEE állítólag egyhangúan jóváhagyta a beteg eutanáziáját. Az, hogy a CFCEE nem volt képes azonosítani az ellenőrzés első két szintjén levő problémákat, Marc De Hert és kollégái szerint azt bizonyítja, hogy a CFCEE nem tudja maradéktalanul ellátni a törvény által rá kirótt *ellenőrzési kötelezettséget*.

Néhány tanulság, különös tekintettel a lelki nehézségek medikalizációjára

Elengedhetetlen követelmény, hogy az eutanáziakérések értékelésében részt vevő orvosok maradéktalanul tisztában legyenek az eutanázia törvénnyel. *[Az eset tárgyalása során mind az eutanáziát végrehajtó orvos, mind pedig az első konzultánsként szereplő orvos bevallotta, hogy hiányosak voltak az eutanázia törvényre vonatkozó ismeretei.]*

Marc De Hert és kollégái (2022) szerint az eutanáziakérést értékelő három orvos közül legalább kettőnek rendelkeznie kell a lelki zavar és a lelki szenvedés természetének értékeléséhez szükséges jártassággal. *[Egyik házi orvos sem rendelkezett a szükséges szakértelemmel, ezért a második konzultáns orvos, a pszichiáter megállapításaira kellett*

¹⁸ A dokumentum online elérhető itt: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfcee-document-denregistrement-dune-euthanasie> Egy nem hivatalos, angol nyelvű fordítása elérhető a Dietrickx et al, 2017 tanulmány kiegészítő fájlként: https://static-content.springer.com/esm/art%3A10.1186%2Fs12888-017-1369-0/MediaObjects/12888_2017_1369_MOESM1_ESM.pdf

hagyatkozniuk.] Szigorúan véve az, hogy ráhagyatkozzanak a pszichiáter véleményére, jogilag lehetséges ugyan (De Hert et al, 2022:12), ám Marc De Hert és kollégáinak álláspontja szerint valódi szakmai kontrollról csak akkor beszélhetünk, ha mind a két konzultáns orvos önállóan is képes elvégezni a beteg kiértékelését.

A Flamand Pszichiátriai Szövetség például¹⁹, követve a Holland Pszichiátriai Társaság (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, NVvP) álláspontját, a lelki zavarral diagnosztizált betegek eutanáziakérésének értékeléséhez *minimum két pszichiátert* tekint elégségesnek. A két értékelés segítheti meggátolni, hogy a viszontáttétel²⁰ az értékelésre nem kívánatos hatást fejthessen ki (Nicolini et al, 2020; Groenewoud et al, 2004; NVvP, 1998), de akár olyan szakmai hibát is korrigálhat, amivel elérhető a beteg állapotának javulása. Ennek következménye lehet az eutanáziakérés visszavonása is. (van Veen et al, 2020b)

Továbbá, mondják Marc De Hert és kollégái, a fennálló lelki betegség esetében a második konzulens szerepkörében megjelenő *pszichiáter* esetében a törvénynek meg kellene követelnie a lelki betegség súlyos és gyógyíthatatlan természetének a vizsgálatát is, hiszen tulajdonképpen egyedül a pszichiáternek van meg ehhez a szükséges végzettsége. A követelmény hiányára szerintük az lehet a magyarázat, hogy a törvény megszületésének az időszakában a törvényalkotók alapvetően szomatikus betegségben szenvedő betegekre gondoltak, akik esetében már az eutanáziát végrehajtó orvos és az első konzultáns orvos is megbizonyosodott a betegség súlyos és gyógyíthatatlan jellegéről. (De Hert et al., 2022: 07) Ezt az értelmezést alátámasztani látszik a pszichiáter helye és szerepe is, ugyanis második konzultáns szerepkörben abban az esetben jelenik meg, ha a beteg halála nem várható a közeljövőben, és egyedül a második konzulens orvos feladatai közé tartozik a beteg kérését jellemző önkéntes, jól megfontolt, több alkalommal megismételt sajátosságok vizsgálata is.

Mivel bizonyos pszichiátriai zavarok hatással lehetnek a belátóképességre, ezért egyesek azon a véleményen vannak, hogy például egy eutanáziát kérő beteg értékelése során a törvény megkövetelhetné a beteg *belátóképességének* formális vizsgálatát is. Egyes lelki zavarok sajátos kihívásokat jelentenek a belátóképességet vizsgáló szakember számára (például az

¹⁹ Belgiumban több irányelv is kidolgozásra került, amely tárgyalja a lelki zavarral diagnosztizált betegek eutanáziára irányuló kéréseinek megfelelő kezelését. Számos tekintetben ezek az irányelvek szigorúbbak a törvényi előírásoknak, ugyanakkor több szempontból eltérések is mutatkoznak közöttük. Az irányelvek részletesebb elemzéséhez ld.: Verhofstadt, M. et al, 2019.

²⁰ Az áttétel az az általános jelenség, hogy az emberek a múltjukban fontos személyekkel (pl. szülők, gondozók) kapcsolatos érzéseiket, indulataikat, fantáziáikat „átteszik”, rávetítik más fontos személyekre a jelenben. A viszontáttételt a terapeuta viszontáttételi érzései, az áttételi viszonyulásra adott válaszok alkotják. (Forrás: <http://pszichoterapiak.net/elmeleti-hatter>) Az áttételről és a viszontáttételről ld. még Szönyi, 2015: 213-216.

intellektuális képességzavar és az autizmus spektrum zavar sajátos nehézségeit illetően ld. Tuffrey-Wijne et al, 2018: 14-17).

Ugyanakkor tény, hogy máig nincs olyan standardizált eszköz, amely kimondottan az életük befejezését választó betegek helyzetére lett volna kifejlesztve. Továbbá a belátóképesség meghatározása és vizsgálata körül is számos kérdés nyitott továbbra is, a belátóképesség fogalmának leggyakoribb értelmezése, az Appelbaum-kritériumok²¹ sem mutatkoznak mindenki számára feddhetetlennek. (Shaffer-Cook-Connolly, 2016: 147-149; Breden-Vollmann, 2004)

Az, ha egy súlyos pszichiátriai zavarral diagnosztizált beteg több alkalommal is kinyilvánítja az eutanázia iránti kívánságát, még nem vezethet minket automatikusan ahhoz a következtetéshez, hogy a beteg *döntése kellően átgondolt*. [*A tanulmányban ismertetett beteg is időnként bizonytalan volt.*] A kellő megfontolás alapját nem az akaratnyilvánítások száma, hanem az akarat hosszabb időn át jelenlévő konzisztens jellege adja.

Még mielőtt levonnánk azt a konklúziót, hogy a pszichiátriai zavar kezelhetetlen, nem kezelhető, vagy terápiarezisztens, Marc De Hert és kollégái szerint a betegek elégséges számú meggyőző bizonyítékkal rendelkező kezelésen kell részt vennie. Ez a megállapítás érdemes arra, hogy részletesebben is szemügyre vegyük.

A nem kezelhető pszichiátriai zavar koncepciója az eutanázia törvény azon szöveghelyét hívja elő, amely az eutanázia feltételül szabja „az orvosilag reménytelen állapot”-ot (Sec.3.§1.). A kérdés tehát a „reménytelen/kilátástalan” kifejezés értelmezése körül forog, mert a nem kezelhető lelki zavar egyenlő az orvosilag reménytelen helyzettel.

A Flamand Pszichiátriai Szövetség követi a Holland Pszichiátriai Társaság még 2009-ben²² (Tholen et al., 2009) megfogalmazott értelmezését, mely szerint egy lelki zavar nem kezelhetőnek vagy kezelhetetlennek minősíthető abban az esetben, ha a gyógyulásra nincs ésszerű kilátás.

A *gyógyulásra való ésszerű kilátásnak* a Holland Pszichiátriai Társaság három kritériumát szabja meg, a Flamand Pszichiátriai Szövetség ezen a ponton is követi a Holland Pszichiátriai Társaság interpretációját: 1. megfelelő kezeléssel van kilátás a javulásra, 2. belátható időn belül, és 3. a kezelés várható eredménye és a kezelés által a betegre rótt teher egymással ésszerű arányban áll. A megfelelő kezelésekre a Flamand Pszichiátriai Szövetség egyaránt beleérti az

²¹ Appelbaum-kritériumoknak (nevezik még MacArthur modellnek is) nevezzük a döntésképeség Thomas Grisso és Paul S. Appelbaum által kidolgozott lényegi összetevőit.

²² A Holland Pszichiátriai Társaság 2018-ban újrafogalmazta az orvos által asszisztált halállal kapcsolatos álláspontját a pszichiátriai rendellenességgel diagnosztizált betegek vonatkozásában. (Onwuteaka-Philipsen et al, 2017; van Veen et al, 2022b)

indikált, a szenvedés enyhítésére képes *biológiai terápiákat*, a *pszichoterápiás kezeléseket*, illetve a *szociális intervenciókat* is. Amennyiben azonban a második feltétel nem áll fenn, vagyis a javulás nem belátható időn belül várható, akkor – a definícióból következően - a gyógyulásra nincs ésszerű kilátás. A belátható idő meghatározásában a Flamand Pszichiátriai Szövetség szerint fontos szerepet játszanak a beteg korábbi egészségügyi ellátásai, azok időtartamai és különböző sajátosságai, a most javasolt kezelés időtartama, a beteg életkora, valamint a javulás esélyének és a betegre nehezedő tehernek az egymáshoz viszonyított aránya.

Abban az esetben, ha (ami jogában áll) a beteg visszautasít egy, a gyógyulás ésszerű kilátásával rendelkező terápiát, akkor a Flamand Pszichiátriai Szövetség szerint – ismét összhangban a Holland Pszichiátriai Társaság álláspontjával – nem beszélhetünk orvosi haszontalanságról, kezelhetetlenségről, enyhíthetetlen szenvedésről, következésképpen az eutanázia nem végrehajtható. (VVP, 2017: 15-20.)

A gyógyulás ésszerű kilátásával rendelkező terápiának egyik kardinális kritériuma a terápia várható eredményeinek és a betegre várhatóan nehezedő teher egymáshoz való arányának a megítélése. Az igazi problémát itt az okozza, ha a pszichiáter és a beteg nem egyformán ítélik meg a kezelés várható hasznának és a betegre várhatóan nehezedő teher egymáshoz viszonyított arányát (valamelyik fél a mérlegelendő egyik vagy akár mindkét komponenst helytelenül²³ ítéli meg). Ebben az esetben állhat elő az, hogy a beteg visszautasítja a felajánlott kezelést (mert azt ő túl csekély haszonnal rendelkezőnek vagy éppen túlzottan megterhelőnek vagy mindkét jeggyl rendelkezőnek elővételezi), miközben a pszichiáter azt vélelmezi, hogy a terápia haszonértéke ésszerű arányban áll a várható teherrel (vagyis a beteg haszna nagyobb lesz, mint az elővételezett teher, vagy a megtapasztalt teher kisebb mértékű lesz, mint az elővételezett teher, vagy egyszerre mindkettő; mindhárom lehetőség esetében az a közös, hogy az előnyök *a pszichiáter szerint* többet nyomnak majd latba a hátrányoknál). Amennyiben a haszon-kár mérlegelés során a pszichiáteré a döntő szó, akkor klasszikus *paternalista* nézőpontot érvényesítünk, amelynek része az az elképzelés, hogy noha a beteg jelen pillanatban ellenáll az orvosi döntésnek, később azonban majd minden bizonnyal hálás lesz érte. (Emanuel-Emanuel 1992: 2221)

²³ A helyes megítélés alapja *elméletileg* itt a később – a terápia során - megmutatkozó előny és hátrány. A *gyakorlatban* azonban itt szükségszerűen további nehézségekkel szembesülünk. Melyik későbbi időpontot kell a megállapításaink alapjául tekinteni? (A terápiában való bizonyos mértékű előrehaladottságot, vagy a terápia befejezésének időpontját?) Milyen változókat választunk az előny és a hátrány meghatározásához, azaz hogyan operacionalizáljuk ezeket a fogalmakat? (Mit tekintünk előnynek, eredménynek –lehet például a klinikai tünetek javulása, de lehet például a beteg életminősége stb.-, és mit tekintünk hátránynak?) Ki választhatja ki ezeket a változókat? (A pszichiáter szempontrendszeréből kell kiválasztani a változókat?) Mi a teendő abban az esetben, ha a terápia hatásosságát vizsgáló szakemberek haszon-kár mérlegelése egymástól eltérő?

A terápia, vagy a terápia kipróbálásának kötelező előírása éppúgy hordozza a remény ígérését, mint a kudarc lehetőségét. A haszon(eredmény) - kár(teher) mérlegelés igazságtartalma mintha csupán a terápia fényében rajzolódhatna ki, mintha csupán a terápia és a beteg találkozása lenne az a tér, amelyben választ kaphatnánk a hasznossággal kapcsolatos kérdéseinkre. Kutatások ugyanakkor azt is igazolják, hogy már a beteg motivációja jelentős meghatározó tényező lehet a terápia eredményességét tekintve (Ryan et al, 2011); azonban itt óvatosnak kell lennünk, nehogy a kilátástalan helyzet kérdése könnyen a motiváció kérdésévé redukálódjon (Haekens, 2021: 43).

A terápiás szolgáltatást nyújtó *ellátási helyszínek* között jelentős különbségek mutatkozhatnak azt illetően, hogy milyen terápiás lehetőségeket és milyen források mellett tudnak nyújtani a betegeknek. (Moureau-Verhofstadt-Liégeois, 2023: 03-04; WHO, 2021; Haekens, 2021: 42; Vandenberghe, 2017: 158; Vandenberghe, 2013) Etikai olvasatban ez az *igazságossággal* kapcsolatos kérdés, az ellátáshoz való egyenlő hozzáférés lehetőségéről van szó. Szociológiai olvasatban pedig azokra a *strukturális egyenlőtlenségekre* mutat, amelyek az ellátórendszerbe kerülő betegek szemszögéből bizonyos problémáik háttértényezőiként,²⁴ illetve az ellátáshoz való egyenlőtlen hozzáférési esélyként realizálódnak. Ha a terápiával kapcsolatos különféle kérdések a pszichiátria kizárólagos belügyeként értelmeződnek, úgy a kérdést medikalizáljuk, ellehetetlenítve a társadalomkritikát.

A pszichiátriai ellátás mögött meghúzódó filozófiai, vagyis *a terápia és a hatásosság mibenlétéről kialakított elképzelések* is hozzájárulnak egyes szolgáltatások elérhetőségéhez. A Flamand Pszichiátriai Szövetség már idézett, az eutanáziakérés kezeléséről szóló dokumentumában (is) olvashatunk arról, hogy a felépülés alapú modell²⁵ egyre jelentősebb térnyerésével a „klinikai felépülés” (a tünetredukció) helyett a „személyes felépülésre” helyeződik a hangsúly. Az eutanázián gondolkodó betegek számára ez többféle haszonértékkel bírhat, például: *„Ez a felépülés alapú megközelítés ösztönözheti mindazokat a betegeket, akik rossz tapasztalatokat szereztek a mentális egészségügyi ellátórendszerrel – ami már önmagában is növelheti szenvedésük mértékét -, hogy új, felépülés alapú kezeléseket és intervenciókat próbáljanak ki vagy hogy változásokat vezessenek be az életükben.”* (VVP 2017: 20)

²⁴ Nemrég született egy tanulmány, amely arról adott számot, mennyire hiányosak a belga pszichiáterek és más szakorvosok ismeretei a szegénységről, amely a betegek számos tünetének jelentős társadalmi rizikófaktora, „magyarázója”. (Cathoor et al., 2023) Egy áttekintő tanulmány a lelki zavarok társadalmi meghatározóiról szól, az ENSZ Fenntartható Fejlődési Célok kontextusában: Lund et al, 2018. (Az ENSZ Fenntartható Fejlődési Céljai között az első helyen szerepel a szegénység felszámolása.)

²⁵ A felépülés alapú modell rövid magyar nyelvű ismertetéséhez ld. pl. Bugarszki, 2013. Az egyik felépülés alapú modell és a meghaláshoz nyújtott egészségügyi segítség kapcsolatának egy lehetséges értelmezése: Macri-Wagner-Stuckey, 2020.

A Flamand Pszichiátriai Szövetség ezt a hangsúlyáthelyeződést *az orvosi modell fejlődéseként* interpretálja, nyilvánvalóvá téve, hogy a terápia hatásosságának már nem csupán egy- (a klinikai tünetek számában és intenzitásában megmutatkozó), hanem többféle indikátora lehet. A hagyományos indikátoroktól (tünetek) eltérő életjellemzőkben elért változások jelentős hatással lehetnek a beteg saját életére, ekképpen az eutanáziához is való hozzáállására.

Egy, a Delphi módszerrel végzett kutatás keretében belga és holland pszichiátereket kérdeztek meg olyan kritériumokról, melyek a tanulmány szerzői szerint a csillapíthatatlan szenvedés feltételeit alkotják. A megkérdezett pszichiátereknek már volt tapasztalata olyan betegekkel, akik az életüket az eutanázia vagy az orvos által asszisztált öngyilkosság formájában kívánták lezárni. (van Veen et al, 2022a) A pszichiáterek többsége egyetértett abban – ami a fentebbi szemléletváltozást igazolja –, hogy a betegek kezelése során legalább egy felépülés alapú terápiát meg kell kísérelni. Maguk a tanulmány szerzői beszélnek arról, hogy az engeli biopszichoszociális szemléletmód²⁶ mennyire jelentős a pszichiátriai ellátásban, következésképpen a hagyományos biológiai és pszichoterápiás kezelések mellett a szociális intervenciókra is szükség van. Érdekes módon azonban a felépülés alapú terápia hatástalansága mellett a csillapíthatatlan szenvedés konszenzuális kritériuma volt a beteg társadalmi helyzetének javítására tett kísérlet is, ami rögvest a pszichiáter, illetve a pszichiátriai ellátás hatókörének a kérdését érinti. Emellett a kutatás limitációi között említésre került az a tény is, hogy a lehetséges kritériumokba a kutatók nem vettek be új, kevésbé széles körben alkalmazott terápiákat – például a transzkraniális mágneses stimulációt vagy a pszichedelikus szerek alkalmazásával végzett terápiát –, ami jól mutatja, hogy az intézményi hagyományoknak mekkora szerepe van egyes terápiák elérhetőségében.

A Flamand Pszichiátriai Szövetség dokumentuma a hagyományos terápiák eredményességével kapcsolatban felhívja a figyelmet az olyan jellemzők hatására, mint a terápiás kapcsolat minősége, a beteg személyes környezetének különböző jellegzetességei, a placebo hatás stb., érdekes módon azonban ezeket a jellegzetességeket „specifikus faktoroknak” nevezi, mintha ezek mellett létezne valami esszenciálisan specifikus tényező, ami a terápia tulajdonképpeni „hatóanyaga”, „vivőanyaga” lenne.

A terápia eredményességére számos, a beteg különféle *viszonyrendszereiben* – a beteg terapeutával való viszonya, a betegnek a hozzátartozókkal, barátokkal, ismerősökkel való különféle kapcsolata, a betegnek a közvetlen életkörülményeihez (pl. fizikai életteréhez, munkájához) való viszonyai stb. - *megképződő sajátosság* bír hatással. Azon tényezők közül,

²⁶ Az engeli biopszichoszociális szemléletmód részletesebb ismertetéséhez ld.: Kőműves, 2017.

melyekhez a beteg kialakítja a különféle viszonyait, számos a társadalmi struktúra része (például az elérhető terápiák formája, száma, vagy a beteget körülvevő szociális háló minősége). Ha ebben az értelmezési keretben tekintünk egy beteg eutanáziára irányuló kérésére, akkor azt kell mondanunk, hogy a beteg kérését számos, a személyén kívüli tényező befolyásolja, és ezen tényezők jellemzőitől egyszerűen nem tekinthetünk el. A korábbi, a reduktív biológiai szemléletmódot képviselő (gyakran medikálisnak nevezett) terápiás megközelítéstől való eltávolodását jelzi a Flamand Pszichiátriai Szövetségnek az a megállapítása is, hogy mielőtt az a következtetés kerülne levonásra, hogy a beteg lelki zavara nem kezelhető, szükséges szociális intervenciók alkalmazása is. (VVP 2017: 17)

Következésképpen a beteg eutanáziára irányuló kérésének megjelenését, a kérésének a történetét nem lehet elválasztani attól a szociális tértől, amelyben a beteg él, ideértve a legtágabb társadalmi környezetét, a pszichiátriai ellátórendszer különféle sajátosságait is. A lelki zavarral diagnosztizált betegek eutanáziakérései így értelmeződnek a pszichiátria ügye mellett etikai, egészségpolitikai és tágabb társadalmi kérdésként is.

IRODALOM

- APPELBAUM, P.S. (2007): Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. *New England Journal of Medicine* 357(18): 1834–40.
- BELOVICS, E. (2022): Az emberi élet büntetőjogi védelme. In. Filó, 2022: 123-131.
- BREDEN, T.M.-VOLLMANN, J. (2004): The Cognitive Based Approach of Capacity Assessment in Psychiatry: A Philosophical Critique of the MacCAT-T. *Health Care Analysis* Dec;12(4):273-83;
- BROECKAERT, B. (2003): Az eutanázia legalizálása Belgiumban. *Kharón Thanatológiai Szemle* 7(1-2): 8-29. Ford. Bíró Zsuzsa.
- BUGARSZKI, ZS. (2013): A mentális problémák felépülés alapú megközelítése. *Esély* 1(5): 68-85.
- CATTHOOR, K. ET AL (2023): Viewpoint: Psychiatrists and Other Medical Professionals in Belgium Show a Substantial Lack of Knowledge about Poverty. *European Psychiatry* Jul 17;1-5.
- CLAES, S. ET AL (2015): Euthanasia for Psychiatric Patients: Ethical and Legal Concerns about the Belgian Practice. *BMJ Open*. Online elérhetősége: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007454.responses#euthanasia-for-psychiatric-patients-ethical-and-legal-concerns-about-the-belgian-practice>
- DE HERT, M. ET AL (2023): Media Coverage of Belgium's First Criminal Case Concerning Euthanasia for Psychiatric Patients: A Content Analysis of Flemish Newspapers and Magazines. *Frontiers in Psychiatry* Jan 4;13:1050086.

- DE HERT, M. ET AL (2022): Improving Control over Euthanasia of Persons with Psychiatric Illness: Lessons from The First Belgian Criminal Court Case Concerning Euthanasia. *Frontiers in Psychiatry* Jul 19;13:933748.
- DELBEKE, E. (2012): *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*. Antwerpen: Intersentia.
- DELEPELEIRE, J. (Ed.) (2013): *Euthanasie en menselijke kwetsbaarheid*. Leuven: KU Leuven Metaforum.
- 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 (2018): Drugs Used for Euthanasia: A Repeated Population-Based Mortality Follow-Back Study in Flanders, Belgium, 1998-2013. *Journal of Pain and Symptom Management* Oct;56(4):551-559.
- 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.
- DÓSA, Á. (2012): *Összehasonlító egészségügyi jog. Orvostikai kérdések jogi szemmel*. Budapest: Complex Kiadó Jogi és Üzleti Tartalomszolgáltató.
- EMANUAL, E.J.-EMANUAL, L.L. (1992): Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA* 267(16):2221-2226.
- FILÓ, M. (Szerk.) (2022): *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság. Az életvégi döntések szabályozása*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- GRIFFITHS, J., WEYERS, H., ADAMS, M. (2008): *Euthanasia and Law in Europe*. Portland: Hart Publishing.
- GRISSE, T.-APPELBAUM, P.S. (1998): *Assessing Competence to Consent to Treatment. A Guide for Physicians and other Health Professionals*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- GRISSE, T.-APPELBAUM, P.S. (1995): Comparison of Standards for Assessing Patients' Capacities to Make Treatment Decisions. *American Journal of Psychiatry* 152(7):1033-7.
- GROENEWOUD, J.H. ET AL (2004): Psychiatric Consultation with regard to Requests for Euthanasia or Physician-Assisted Suicide. *General Hospital Psychiatry* 26(4):323-30.
- HAEKENS, A. (2021): Euthanasia for Unbearable Psychological Suffering. In: Devos (Ed.) 2021. 39-47.
- HALPERN, J. (2012): When Concretized Emotion-Belief Complexes Derail Decision-making Capacity. *Bioethics* 26(2):108–16.
- HEGEDŰS, K. (2017): *Létezik-e jó halál?* Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- 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.

- KÖMÜVES, S. (2021): Eutanázia Belgiumban. Kihívások metszéspontjában. *Kharón Thanatológiai Szemle* 25(4): 22-49
- KÖMÜVES, S. (2017): Az engeli biopszichoszociális modell: Tudományelméleti alappozícióból levezetett orvosi szereptartalom. *Metszetek* 6(2): 98-123.
- LIÉGEOIS, A. (2022): Euthanasia in Mental Suffering—Overview and Discussion of the Arguments of the Roman Catholic Church. *Religions* 13(8): 684.
- LUND, C. ET AL (2018): Social Determinants of Mental Disorders and The Sustainable Development Goals: A Systematic Review of Reviews. *Lancet Psychiatry*. Apr;5(4):357-369.
- MACRI, R.-WAGNER, F.-STUCKEY, M. (2020): A Values-Based Analysis of Recovery-Oriented Practice in Mental Health Care and Medical Assistance in Dying. *Canadian Journal of Community Mental Health* 39(2): 1-10.
- MAURICE, A.-NYS, H. (2003): Comparative Reflections on The Belgian Euthanasia Act 2002. *Medical Law Review* Autumn;11(3):353-76.
- MOUREAU, L.-VERHOFSTADT, M.-LIÉGEOIS, A. (2023): Mapping the Ethical Aspects in End-of-Life Care for Persons with a Severe and Persistent Mental Illness: A Scoping Review of the Literature. *Frontiers in Psychiatry* Mar 16;14:1094038.
- NICOLINI, M.E. ET AL (2020): Euthanasia and Assisted Suicide of Persons with Psychiatric Disorders: The Challenge of Personality Disorders. *Psychological Medicine* 50(4):575-582.
- 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.
- ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B. D. ET AL. (2017): Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.
- 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.
- RYAN, R.M. ET AL. (2011): Motivation and Autonomy in Counseling, Psychotherapy, and Behavior Change: A Look at Theory and Practice 1ψ7. *The Counseling Psychologist* 39(2), 193–260.
- SHAFFER, C.S.-COOK, A.N.-CONNOLLY, D.A. (2016): A Conceptual Framework for Thinking about Physician-Assisted Death for Persons with a Mental Disorder. *Psychology, Public Policy, and Law* 22(2), 141–157.
- SZŐNYI, G. (Szerk.) (2015): *A pszichoterápia tankönyve*. Harmadik. átdolgozott, bővített kiadás. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- THIENPONT, L. (2016): A Commentary on 'Euthanasia for Psychiatric Patients: Ethical and Legal Concerns about the Belgian Practice' from Claes et al. *British Medical Journal Open*. Online elérhetősége: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007454.responses#euthanasia-for-psychiatric-patients-ethical-and-legal-concerns-about-the-belgian-practice>
- THIENPONT, L. ET AL (2015): Euthanasia Requests, Procedures and Outcomes for 100 Belgian Patients Suffering from Psychiatric Disorders: A Retrospective, Descriptive Study. *BMJ Open* 5(7):e007454.
- THOLEN, A. ET AL (2009): Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis [Íránymutatás a pszichiátriai betegségben szenvedő betegek asszisztált öngyilkosságra irányuló kérésének kezeléséről.] Utrecht, the Netherlands:

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; 2009. Online elérhetőség: <https://www.trimbos.nl/docs/feb35d93-7436-489f-af1e-4892fbaa57eb.pdf>

TUFFREY-WIJNE, I. ET AL (2018): Euthanasia and Assisted Suicide for People with an Intellectual Disability and/or Autism Spectrum Disorder: An Examination of Nine Relevant Euthanasia Cases in the Netherlands (2012-2016). *BMC Medical Ethics* Mar 5;19(1):17.

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.

VANDEN BERGHE, J. (2013): Euthanasie bij ondraaglijk lijden als gevolg van een ongeneeslijke psychiatrische aandoening. [Eutanázia gyógyíthatatlan pszichiátriai betegség miatt érzett elviselhetetlen szenvedés esetén] In: DELEPELEIRE (2013): 39–51.

VAN DER HEIDE, A.-VAN DELDEN, J.J.M.-ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B. (2017): End-of-Life Decisions in the Netherlands over 25 Years. *New England Journal of Medicine* Aug 3;377(5):492-494.

VANSWEEVELT, T. (2003): De euthanasiewet: de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 4:216–78.

VAN VEEN, S.M.P. ET AL (2022a): Irremediable Psychiatric Suffering in The Context of Medical Assistance in Dying: A Delphi-Study. *Canadian Journal of Psychiatry* Oct;67(10):758-767

VAN VEEN, S.M.P. ET AL (2022b): Physician Assisted Death for Psychiatric Suffering: Experiences in the Netherlands. *Frontiers in Psychiatry* Jun 20;13:895387.

VAN VEEN, S.M.P. ET AL (2022c): Establishing Irremediable Psychiatric Suffering in the Context of Medical Assistance in Dying in the Netherlands: A Qualitative Study. *Canadian Medical Association Journal* Apr 4;194(13):E485-E491

VAN VEEN, S.M.P.-RUISSSEN, A.M.- WIDDERSHOVEN, G.A.M. (2020a): Irremediable Psychiatric Suffering in the Context of Physician-Assisted Death: A Scoping Review of Arguments. *Canadian Journal of Psychiatry* Sep;65(9):593-603

VAN VEEN, S.M.P. ET AL (2020b): Last-Minute Recovery of a Psychiatric Patient Requesting Physician-Assisted Death. *Psychiatric Services* 71(6), 621-623.

VERHOFSTADT, M. ET AL. (2019): Psychiatric Patients Requesting Euthanasia: Guidelines for Sound Clinical and Ethical Decision Making. *International Journal of Law and Psychiatry* May-Jun;64:150-161.

VLAAMSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE [VVP] (2017): Hoe Omgaan met een euthanasieverzoek in psychiatrie binnen het huidig wettelijk kader? Adviestekst van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP) over te hanteren zorgvuldigheidsvereisten. [Hogyan kell kezelni az eutanáziakérelmet a pszichiátriában a jelenlegi jogi keretek között? A Flamand Pszichiátriai Szövetség (VVP) tanácsa az alkalmazandó kellő gondossági követelményeket illetően.] Kortenberg, Belgium. Online elérhetőség: http://vvponline.be/uploads/docs/bib/euthanasie_finaal_vvp_1_dec.pdf A dokumentum elérhető angol nyelven is: https://www.vvp-online.be/uploads/docs/bib/euthanasie_finaal_vvp_1_dec_word_en2_docx.pdf

WALRAET, P. (2023): Case Mortier V. Belgium: The Balance Between the Right to Life and the Right to Respect for Private Life in the Light of Euthanasia. *European Journal of Health Law* May 19;30(4):481-489.

WILSON, E.A. (2020): Medical Assistance in Dying and Mental Illness: When the Illness Hindering Your Autonomy Is the Illness You Wish to Be Relieved From. *McGill Journal of Law and Health* 13(2): 299-360.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] (2021): Mental Health Investment Case: A Guidance Note. Online elérhetőség: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019386>

Dr. Kőműves Sándor

egyetemi adjunktus

Debreceni Egyetem

Általános Orvostudományi Kar

Magatartástudományi Intézet

kutató, HUN-REN BTK, Filozófiai Intézet,

MTA Lendület Értékek és Tudomány Kutatócsoport,

komuves.sandor@med.unideb.hu

DR. BUSA CSILLA, DR. FORTUNA JÁNOS, DR. FRANK NÓRA

Életvégi kommunikáció és életvégi döntések családorvosi szemszögből

Összefoglalás ♦ *A súlyos, krónikus betegek gondozásában a családorvosok vesznek részt leghosszabb ideig az egészségügyi ellátórendszerben. Nemzetközi szakmai irányelvek szerint a családorvosok ideális kezdeményezői az életvégi megbeszéléseknek, ez azonban Magyarországon még nem elterjedt gyakorlat a praxisokban. 2022-ben készült felmérésünkben a hazai családorvosok az életvégi ellátással kapcsolatos kívánalmak megbeszélését családorvosi feladatnak (is) minősítették. Szinte kivétel nélkül fontosnak tartották betegeik őszinte tájékoztatását gyógyíthatatlan betegség esetén és bevonásukat a kezelési döntésekbe. Ennek ellenére a családorvosok fele vállalná fel biztosan az életvégi megbeszéléseket a saját praxisában. Az életvégi megbeszélést biztosan felvállaló családorvosok kevésbé érezték kényelmetlennek a halál, haldoklás témáját és felkészültebbnek érezték magukat az életvégi kérdések megbeszélésére.*

Kulcsszavak: családorvos, életvégi megbeszélés, életvégi döntések

Family Physicians' Perspectives on End-of-life Conversation and End-of-life Decision-making

Summary ♦ *General practitioners play a significant role in caring for severe, chronic patients for the longest time in the healthcare system. Guidelines recommend that general practitioners initiate end-of-life conversations, which is not a common practice in Hungary. In a survey carried out in 2022, general practitioners considered end-of-life conversation to be the task of general practitioners. Respondents unanimously thought that it was important to provide honest information to patients in case of incurable illnesses, and all of them found shared decision-making important. However, only half of them would be willing to discuss with the patient their end-of-life preferences. Those general practitioners who would be definitely*

willing to discuss end-of-life preferences felt less uncomfortable talking about death and dying and felt more prepared to discuss end-of-life issues with patients.

Keywords: general practitioners, end-of-life conversation, end-of-life decisions

Bevezetés

A 21. században globálisan és Magyarországon is a legtöbb halálesetet krónikus betegségek okozzák. (World Health Organization, 2020; Központi Statisztikai Hivatal, 2022) A súlyos, krónikus betegek gondozásában a családorvosok vesznek részt leghosszabb ideig az egészségügyi ellátórendszerben, ideális esetben együttműködve a beteg kezelőorvosával, majd a palliatív ellátókkal. Külföldi és hazai vizsgálatok szerint a családorvosi praxisokban a hirtelen halálesetek aránya egy évben legfeljebb 7-10%. (Thomas, Watson és Armstrong, 2022; Busa, 2021) Ez azt jelenti, hogy az esetek túlnyomó többségében lehetőség lenne az életvégi ellátás megbeszélésére és a beteg szükségleteire reagáló életvégi ellátás megtervezésére.

Az életvégi megbeszélés (end-of-life conversation) olyan megbeszélést jelent, amelyen az egészségügyi ellátók, a beteg és lehetőség szerint a hozzátartozói vesznek részt. Célja a beteg kívánalmainak feltárása és döntéseinek meghozatala az életvégi ellátásával kapcsolatban. A nemzetközi szakmai irányelvek és ajánlások szerint az alapellátás ideális helyszíne, a családorvos pedig ideális kezdeményezője az életvégi megbeszéléseknek. A családorvosok nagy számban találkoznak előrehaladott állapotú krónikus betegekkel, akik számára hasznos lehet az életvégi megbeszélés. Hosszú távú kapcsolatban állnak a betegekkel és olyan komplex információkkal rendelkeznek róluk (pl. kórtörténet, családi- és életkörülmények stb.), amelyek az egészségügyi ellátás magasabb szintjein nem állnak rendelkezésre, azonban fontosak az életvégi kívánalmak és döntések szempontjából. (Thomas, Watson és Armstrong, 2022; Royal Australian College of General Practitioners, 2019) A családorvosoknak lehetőségük van rutin találkozások alkalmával, tehát nem krízishelyzetben kezdeményezni ezeket a megbeszéléseket akkor, amikor a beteg még jó fizikai és mentális állapotban van ahhoz, hogy döntéseket hozzon. Ha a beteg az otthonában szeretne meghalni, a családorvos a palliatív ellátókkal (ha elérhetőek) együttműködve vesz részt a beteg életvégi gondozásában. Európa egyes országaiban (pl. Hollandiában) az életvégi megbeszélés a családorvosi tevékenység integráns része, más országokban – köztük Magyarországon – viszont még nem elterjedt gyakorlat a praxisokban. (Engel, van der Ark, van Zuylen et al., 2020; Zwakman, Jabbarian, van Delden et al., 2018; Busa 2023; Hegedűs, Farkas és Lukács, 2022)

A családorvosok Magyarországon is jó helyzetben lennének az életvégi megbeszélések kezdeményezéséhez. A magyar ellátórendszerben a betegeknek állandó családorvosuk van, ami hosszú távú orvos-beteg kapcsolatot feltételez. A hazai családorvosok számottevő része rendszeresen vagy alkalmanként szerepet vállal a terminális állapotú betegek otthoni életvégi ellátásában. (Rácz, Szente, Babonits-Farkas és mtsai, 2019; Benyó, Lukács, Busa és mtsai, 2017) Ez egybeesik a betegek kívánalmaival, mivel legtöbbször az otthonukban szeretnék tölteni életük legutolsó szakaszát és otthon szeretnének meghalni. (Csikos, Albanese, Busa et al, 2008; Busa, Zeller és Csikós, 2018) A családorvoslással kapcsolatos szakmapolitikai szándékok arra mutatnak, hogy a külföldi gyakorlatnak megfelelően hazánkban is megjelenjen a családorvosi kompetenciák között az életvégi ellátás megbeszélése és az ellátás előzetes tervezése (advance care planning). A szakorvosképzés átalakításáról szóló 28/2022. (VIII. 25.) BM rendeletben a háziorvostan szakorvosképzés követelményrendszerében a palliatív medicinán belül az „ellátástervezés (kezelési célok meghatározása)” a háziorvosi kompetenciák között szerepel. Az életvégi ellátás lehetőségeinek megbeszélése és az ellátás előzetes tervezése az új Háziorvosi Hatásköri Listába is bekerült az önálló betegellátási tevékenységek közé. Mindezek ellenére alig néhány vizsgálat készült életvégi kérdésekről családorvosok körében Magyarországon, így az életvégi megbeszélések megvalósítása szempontjából fontos tényezőkről is kevés információval rendelkezünk. (Busa, 2023)

Módszertan

2022-ben online kutatást végeztünk magyarországi praktizáló családorvosok körében. Kutatásunk célja az volt, hogy felmérjük a vizsgálatba bevont családorvosoknak az életvégi döntésekkel és az életvégi kommunikációval kapcsolatos attitűdjeit, véleményét, ismereteit és feladatvállalási szándékát. Az adatfelvétel 2022. május és július között zajlott. A potenciális válaszadókat családorvosi témájú rendezvényeken, valamint szakmai szervezetek levelezőlistáin keresztül kértük fel a részvételre. A vizsgálatot a PTE Klinikai Központ Regionális Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte (az engedély száma: 9276-PTE2022). Az adatok statisztikai feldolgozásához az IBM SPSS Statistics 28 szoftvert használtuk. Az adatelemzés során leíró statisztikai analízis és varianciaanalízis készült, a statisztikai szignifikancia ellenőrzése Chi-négyzet próba és ANOVA teszt alkalmazásával történt. Az eredményeket 0,05 alatti p-érték esetén tekintettük szignifikánsnak.

Eredmények

A vizsgálatban 178 családorvos vett részt. A férfiak aránya 36,0%, a nők aránya 64,0%, az átlagéletkor 55,9 év volt. (1. táblázat) Az adatfelvétel idején 55,1%-uk több mint húsz éve dolgozott családorvosként. Közel harmaduk a Dél-Dunántúli, illetve a Dél-Alföldi régióban, ötödük Pest megyében és Budapesten praktizált, településtípus szerint egyharmaduk megyei jogú városban vagy megyeszékhelyen.

1. táblázat: A válaszadók jellemzői

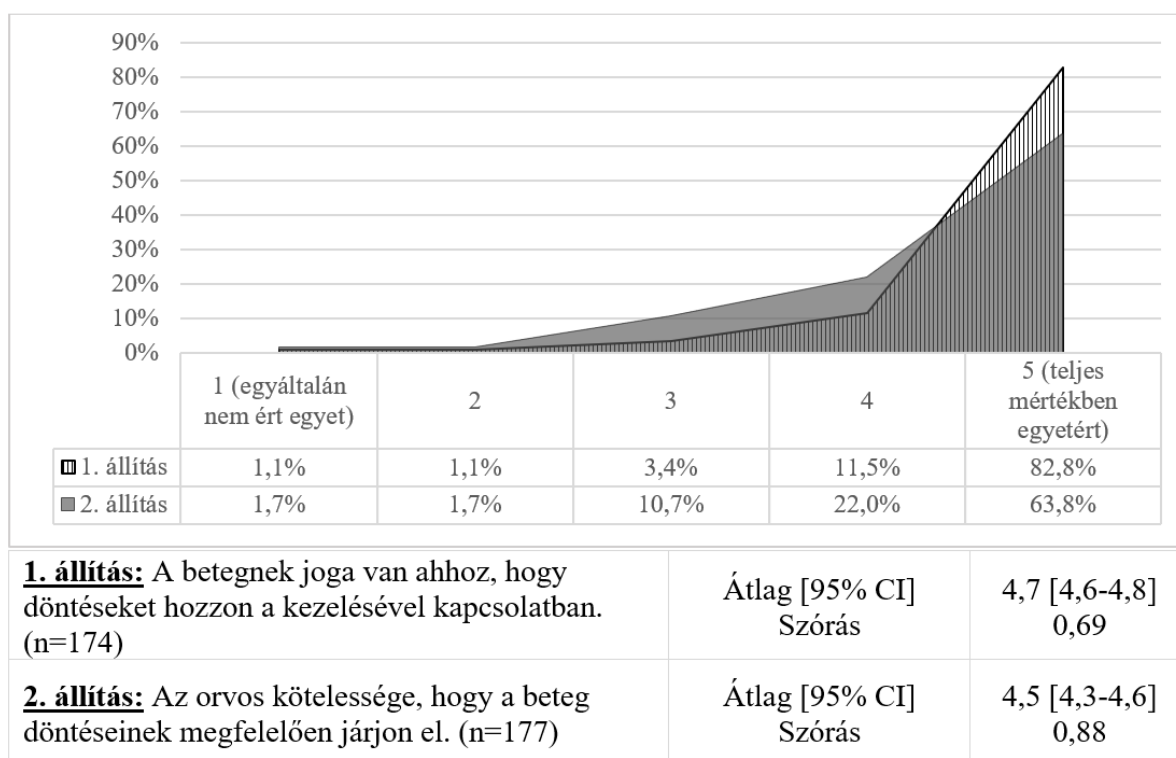
A válaszadók neme	Fő (%)
Férfi	64 (36,0)
Nő	114 (64,0)
A válaszadók kora	Fő (%)
Legfeljebb 40 éves	15 (8,4)
41-50 év közötti	43 (24,2)
51-60 év közötti	58 (32,6)
61 éves vagy idősebb	55 (30,9)
Mióta dolgozik családorvosként	Fő (%)
Legfeljebb 10 éve	31 (17,4)
11-20 éve	47 (26,4)
21-30 éve	56 (31,5)
Legalább 31 éve	42 (23,6)
Régió, ahol a praxisa működik*	Fő (%)
Dél-Dunántúl	53 (29,8)
Dél-Alföld	49 (27,5)
Pest, Budapest	38 (21,3)
Település típusa, ahol a praxisa működik*	Fő (%)
Megyei jogú város, megyeszékhely	59 (33,1)
Falu	43 (24,2)
Város	42 (23,6)

Megjegyzések: A táblázatban a százalékos értékek a teljes minta (178 fő) százalékában lettek feltüntetve. A kérdésekre nem válaszolók adatai nem szerepelnek a táblázatban.

*A három leggyakoribb említés

A kezelési döntésekkel kapcsolatos attitűdöket két aspektusból vizsgáltuk: a beteg joga és az orvos kötelessége oldaláról. Az attitűd-állításokkal való egyetértést a válaszadók ötfokozatú skálán jelezték (5 = teljes mértékben egyetért, 1= egyáltalán nem ért egyet). A kutatásban résztvevő családorvosok közül tízből nyolcan teljes mértékben egyetértettek azzal az attitűd-állítással, hogy „a betegnek joga van ahhoz, hogy döntéseket hozzon a kezelésével kapcsolatban”, és tízből hatan azzal a kijelentéssel, hogy „az orvos kötelessége, hogy a beteg döntéseinek megfelelően járjon el”. (1. ábra) A válaszok átlagértékei a két állítás vonatkozásában közel estek egymáshoz (4,7, illetve 4,5). (Az attitűd-állításokat tartalmazó kérdéssort a melléklet tartalmazza.)

1. ábra: Kezelési döntések: a beteg joga, az orvos kötelessége

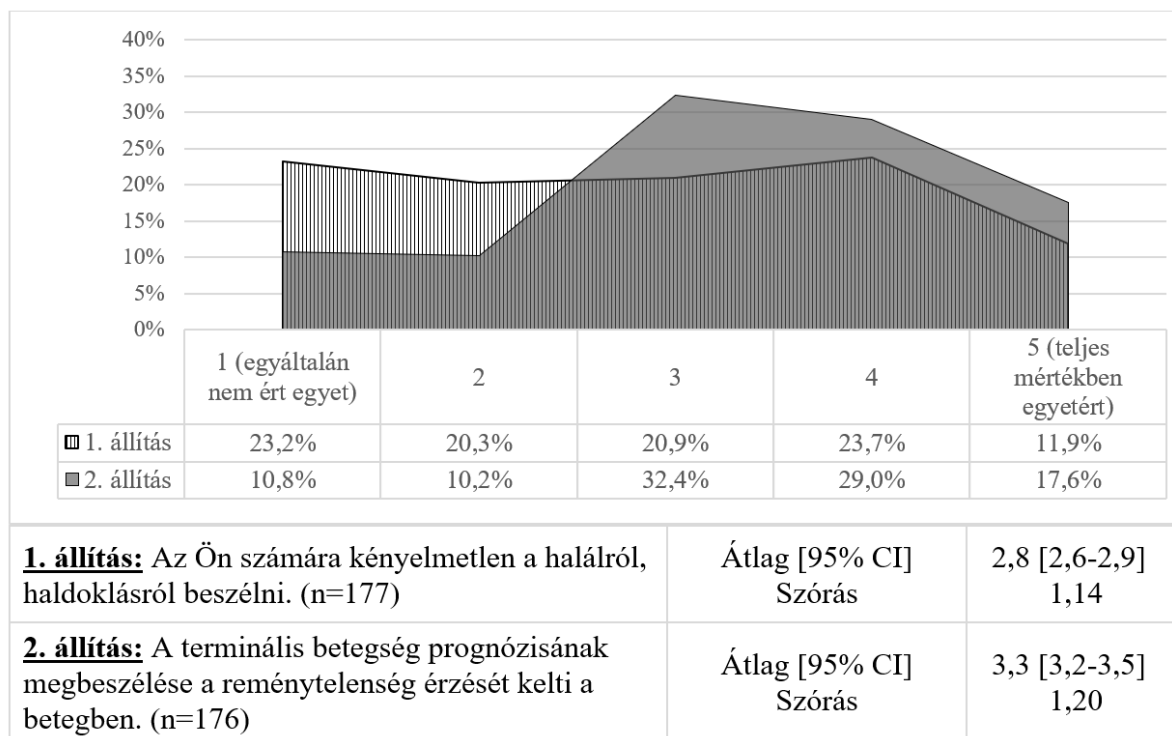


CI: Konfidencia intervallum

A megkérdezett családorvosok a közepesnél kevésbé minősítették kényelmetlennek a halál, haldoklás témájával kapcsolatos kommunikációt (átlagérték: 2,8) és közepes mértékben értettek egyet azzal a kijelentéssel, hogy „a terminális betegség prognózisának megbeszélése a reménytelenség érzését kelti a betegben” (átlagérték: 3,3). A 2. ábra azonban jól szemlélteti az átlagértékek mögött mutatkozó különbségeket: míg a saját diszkomfort érzés esetében a válaszok eloszlása közel egyenletes volt az egyes kategóriák között, addig a betegek

reménytelenség érzése vonatkozásában a válaszok részaránya a nagyobb egyetértést kifejező (3-5) kategóriákban volt a legmagasabb. (2. ábra)

2. ábra: Diszkomfort érzés, reménytelenség érzése



CI: Konfidencia intervallum

Az életvégi kívánalmak megbeszélése a beteggel elsősorban az erre képzett segítők (97,2%), a hozzátartozók (95,5%), valamint az orvosok közül a családorvosok (92,7%) feladata a válaszadók szerint. (2. táblázat) A megkérdezett családorvosok 94,4%-a tartotta kifejezetten az orvosi tevékenységek körébe is tartozó feladatnak az életvégi kívánalmak megbeszélését, és szinte kivétel nélkül úgy ítélték meg, hogy az életvégi megbeszélésben szerepet kell(ene) vállalniuk az egészségügyi ellátóknak.

2. táblázat: Kiknek a feladata az életvégi megbeszélés (Több szereplőt is meg lehetett jelölni.)

Ön szerint kinek a feladata, hogy beszélgesse a beteggel az életvégi kívánalmairól?		Fő (%*)
Hozzátartozók		170 (95,5)
Egészségügyi ellátók	Erre képzett segítők	173 (97,2)
	Családorvos	165 (92,7)

Kezelőorvos	158 (88,8)
Orvosok (Kezelőorvos és / vagy családorvos)	168 (94,4)
Egészségügyi ellátók (Egy vagy több egészségügyi ellátó)	177 (99,4)

*A teljes minta (178 fő) százalékában.

A vizsgálatban résztvevő családorvosok egyöntetűen nagyon fontosnak vagy inkább fontosnak tartották, hogy őszintén tájékoztassák a betegeiket (98,9%) és bevonják őket a kezelési döntésekbe (99,5%). (3. táblázat) Tízből kilencen a beteg hozzátartozóinak bevonását is fontosnak minősítették. A válaszadók több mint háromnegyede (77,5%-a) nagyon fontosnak vagy inkább fontosnak tartotta, hogy megbeszélje a betegeivel, milyen egészségügyi ellátást szeretnének az életük végén.

3. táblázat: Az életvégi kérdések megbeszélésének tényezői és fontosságuk

Súlyos betegség esetén mennyire tartja fontosnak a betegeivel való kommunikációban a következőket? Fő (%*)				Fontosnak tartja-e, hogy megbeszélje a betegeivel, milyen egészségügyi ellátást szeretnének az életük végén?
Válaszok	Állítások			
	Őszintén tájékoztassa a betegét akkor is, ha a betegsége gyógyíthatatlan.	Elmondja, hogy milyen kezelési lehetőségek vannak és bevonja a betegét a döntésekbe	Bevonja a beteg hozzátartozóit a kezelési döntésekbe	
Nagyon fontos	116 (65,2)	147 (82,6)	90 (50,6)	55 (30,9)
Inkább fontos	60 (33,7)	30 (16,9)	76 (42,7)	83 (46,6)
Fontos (együtt)	176 (98,9)	177 (99,5)	166 (93,3)	138 (77,5)
'Nagyon fontos' válaszok száma		Átlag [95% CI]	2,3 [2,2-2,4]	
		Szórás	1,19	

*A teljes minta (178 fő) százalékában.

CI: Konfidencia intervallum

A családorvosok fele (49,4%-a) biztos felvállalná, további egyharmada (32,6%-a) talán felvállalná, hogy megbeszéli a betegeivel az életvégi egészségügyi ellátással kapcsolatos

döntéseiket és segít azok dokumentálásában. (4. táblázat) Ez összesen a válaszadók 82,0%-át jelenti. Figyelemre méltó, hogy a megkérdezettek több mint egytizede még nem gondolkodott ezen.

4. táblázat: Feladatvállalási szándék

Felvállalná-e, hogy megbeszéli a betegeivel az életvégi egészségügyi ellátással kapcsolatos döntéseiket és segít azok dokumentálásában?	Fő (%)
Biztos felvállalná	88 (49,4)
Talán felvállalná	58 (32,6)
Nem vállalná fel	9 (5,1)
Nem gondolkodott még ezen	23 (12,9)

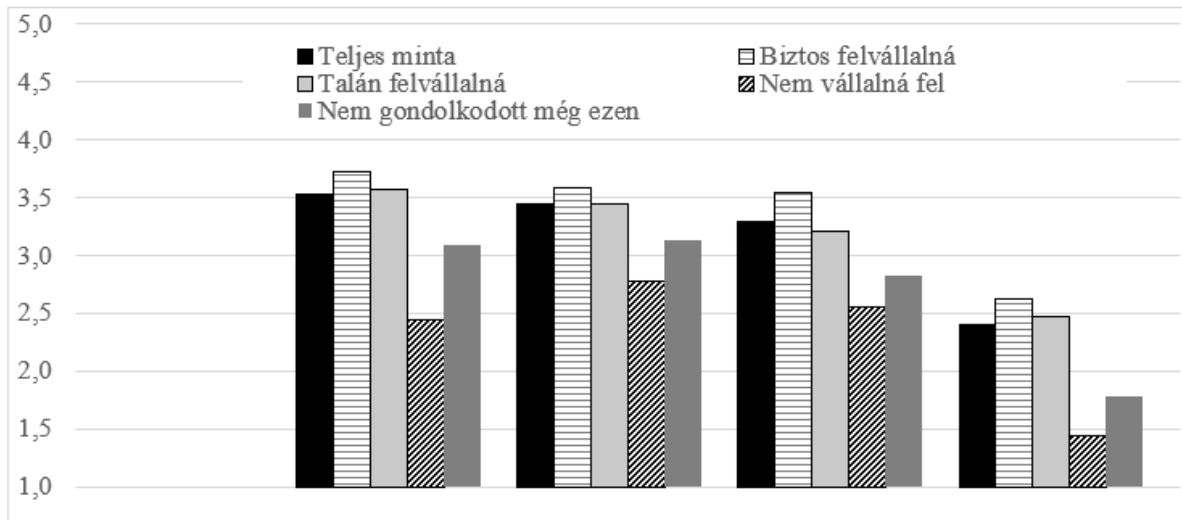
Az életvégi megbeszélést biztosan felvállaló családorvosok az életvégi megbeszéléssel kapcsolatos attitűdök, ismeretek és vélemények terén szignifikánsan különböztek a feladatot fel nem vállalók csoportjától az előző kérdésekre adott válaszaikat tekintve:

- kevésbé érezték kényelmetlennek halálról, haldoklásról beszélni a betegekkel (átlagok: 2,43 vs. 4,00; $p < 0,001$);
- kevésbé értettek egyet azzal, hogy a terminális betegség prognózisának megbeszélése a reménytelenség érzését kelti a betegben (átlagok: 3,01 vs. 3,89; $p = 0,006$);
- az életvégi kérdések megbeszélésének tényezői (összinte tájékoztatás, megosztott döntéshozatal, hozzátartozók bevonása, életvégi ellátás megbeszélése) közül többet minősítettek nagyon fontosnak (átlagok: 2,80 vs. 1,44; $p < 0,001$).

Az életvégi kérdések megbeszélésével kapcsolatos ismereteiket, készségeiket és felkészültségüket ötfokozatú skálán értékelték a válaszadók (5 = teljes mértékben rendelkeznek az adott ismerettel/készséggel, 1 = egyáltalán nem). (3. ábra) Az életvégi megbeszélésére a vizsgálatban résztvevő családorvosok összességében közepesen felkészültnek érezték magukat (átlag: 3,5). A felkészültség dimenziói közül az életvégi kérdések nyílt és empatikus megbeszéléséhez szükséges kommunikációs ismereteiket és készségeiket értékelték a legmagasabbra (átlag: 3,4), ezt követték a betegek életvégi önrendelkezési jogaival kapcsolatos ismeretek (átlag: 3,3). A betegek életvégi önrendelkezésének gyakorlati megvalósulását segítő tájékozottságukat (pl. kitöltendő dokumentumok, ügymenet) értékelték a legalacsonyabbra

(átlag: 2,4). Az életvégi megbeszélést biztosan felvállaló családorvosok felkészültebbnek érezték magukat az életvégi kérdések megbeszélésére, szignifikánsan jobbnak ítélték az ehhez szükséges kommunikációs készségeiket és tájékozottabbnak tartották magukat az életvégi betegjogokról és a praktikus teendőkről. (3. ábra)

3. ábra: Ismeretek, készségek, felkészültség (percepció) – feladatvállalási szándék szerint



	Felkészültség életvégi megbeszélésre	Kommunikációs ismeretek, készségek	Tájékozottság betegek önrendelkezési jogairól	Praktikus ismeretek
Teljes minta Átlag [95% CI] Szórás	3,5 [3,4-3,7] 0,88	3,4 [3,3-3,6] 0,88	3,3 [3,1-3,4] 0,95	2,4 [2,2-2,6] 1,03
Felvállalná-e, hogy megbeszéli a betegeivel...				
Biztosan felvállalná Átlag [95% CI] Szórás	3,7 [3,5-3,9] 0,79	3,6 [3,4-3,8] 0,87	3,5 [3,3-3,7] 0,91	2,6 [2,4-2,8] 1,01
Talán felvállalná Átlag [95% CI] Szórás	3,6 [3,4-3,7] 0,73	3,4 [3,3-3,6] 0,68	3,2 [3,0-3,4] 0,79	2,5 [2,2-2,7] 1,03
Nem vállalná fel Átlag [95% CI] Szórás	2,4 [1,7-3,2] 1,24	2,8 [2,0-3,5] 1,30	2,6 [1,6-3,4] 1,24	1,4 [1,1-1,9] 0,53
Nem gondolkodott még ezen Átlag [95% CI] Szórás	3,1 [2,6-3,4] 0,99	3,1 [2,6-3,5] 1,01	2,8 [2,4-3,2] 1,01	1,8 [1,4-2,1] 0,85
Válaszadók száma	177	177	177	176
ANOVA teszt (p)	<0,001	0,014	<0,001	<0,001

CI: Konfidencia intervallum

Megbeszélés

Az orvosi terápiákkal kapcsolatos döntések hagyományos paradigmája a beteg „objektív legjobb érdekét” tartotta szem előtt és a kezelésekről az egészségügyi tudással rendelkező orvosok döntöttek. (Kussinszky, Stánicz, 2022) A 20. század végétől viszont a betegek autonómiája került előtérbe: megfelelő tájékoztatást követően a beteg maga tudja megítélni, hogy a szóba jöhető kezelések számára elfogadhatóak-e, ezért a döntés a beteg kezébe került. (Hancock, Clayton, Parker et al, 2007; Sallnow, Smith, Ahmedzai et al, 2022) Ez az életvégi terápiákkal kapcsolatos döntésekre is érvényes. Vizsgálatunkban a családorvosok egyetértettek azzal, hogy a betegeknek joguk van döntéseket hozni a kezelésükkel kapcsolatban és az orvosoknak kötelességük a beteg döntéseinek megfelelően eljárni. Az életvégi kérdések megbeszélése azonban a legnehezebb orvosi kommunikációs helyzetek közé tartozik, és a halállal, haldoklással kapcsolatos diszkomfort érzés az életvégi megbeszélések elmaradását eredményezheti. (Pozsgai, Csikós, 2022; Csikós, 2016; Gaal, 2018) Egy amerikai felmérésben az alapellátó orvosok 97%-a állította, hogy számukra nem okoz diszkomfort érzést az életvégi témák megbeszélése, Belgiumban viszont egy fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálatban a kevesebb tapasztalattal rendelkező és a kevésbé képzett családorvosok kényelmetlennek minősítették ezeket a konzultációkat. (Shaheen, Salama, Ammar et al, 2022; De Vleminck, Pardon, Beernaert et al, 2014) Kutatásunkban a magyar családorvosok közepesen kényelmetlennek tartották a halálról, haldoklásról való beszélgetést és közepes mértékben értettek egyet azzal, hogy a terminális betegség prognózisának megbeszélése a reménytelenség érzését kelti a betegben. 2010-ben egy magyar és amerikai családorvosok körében készült összehasonlító vizsgálatban a magyar családorvosoknak több mint a fele úgy gondolta, hogy a terminális betegség prognózisának megbeszélése gyakran kelti a reménytelenség érzését a betegekben, míg az amerikai családorvosoknak több mint fele úgy vélte, hogy ez csak ritkán van így. (Csikos, Mastrojohn, Albanese et al, 2010) A kanadai alapellátó orvosok véleménye megegyezik az amerikai kollegáikéval. (Howard et al., 2018) A magyar családorvosok tehát a nemzetközi eredményekhez viszonyítva nagyobb arányban osztják ezt a nézetet, amiben közrejátszhat a hazai családorvosok ismeretszintje. Szakirodalmi adatok szerint az alacsonyabb ismeretszint összefügg az életvégi kérdésekhez kapcsolódó negatívabb attitűdökkel. (Shaheen, Salama, Ammar et al, 2022)

Az egyes országok eltérőek abban, hogy családorvosok milyen mértékben tekintik saját feladatuknak az életvégi megbeszélést. Egy ausztrál vizsgálatban valamennyi megkérdezett családorvos, Hollandiában több mint 90%-uk saját felelősségének is tartotta, hogy beszéljen a betegeivel és a hozzátartozóikkal az életvégi ellátásról. (Ding, Saunders, Cook et al, 2019;

Engel, van der Ark, van Zuylen et al, 2020) A családorvosok feladatvállalását kanadai kutatások is alátámasztják. (Howard, Bernard, Klein, et al, 2018) Vizsgálatunkban hasonlóan magas arányban tartották saját feladatuknak a családorvosok az életvégi megbeszélést: több mint 90%-uk szerint a családorvos, és emellett a képzett segítők és a hozzátartozók feladata az életvégi kívánalmakról beszélni a beteggel. Az életvégi megbeszélések megvalósulásának és az életvégi döntések meghozatalának előfeltétele az őszinte tájékoztatás. A már hivatkozott 2010-es magyar-amerikai vizsgálatban az amerikai családorvosok 77%-a arról számolt be, hogy mindig tájékoztatja a pácienseit a terminális betegségről, míg a magyar családorvosoknak csak a 9%-a. (Csikos, Mastrojohn, Albanese et al, 2010)

Vizsgálatunkban a magyar családorvosok szinte kivétel nélkül fontosnak tartották az őszinte tájékoztatást gyógyíthatatlan betegség esetén is. Kutatásunk eredményei közelebb állnak az amerikai adatokhoz, mint a magyar előzményekhez. Ennek egyik oka az lehet, hogy az eltelt idő alatt a beteg-tájékoztatás a nyitottság irányába változott, a másik pedig, hogy kutatásunkban a fontosságot vizsgáltuk és nem a tényleges gyakorlatot. Ugyancsak szinte kivétel nélkül fontosnak tartották vizsgálatunkban a családorvosok azt, hogy bevonják a betegeiket a kezelési döntésekbe. A tájékoztatás és a megosztott döntéshozatal a magyar betegek számára is fontos: egy 2019-es felmérés szerint a családorvosokkal való elégedettség két legfontosabb tényezője a tájékoztatás és a döntésekbe való bevonás. (Juhász, Hetesi és Buzás, 2019) A megosztott döntéshozatal körébe tartozik a hozzátartozók bevonása is, ami az életvégi ellátásban hangsúlyosan jelenik meg, mivel leggyakrabban ők a betegek elsődleges gondozói. Kutatásunkban tíz magyar családorvosból kilenc fontosnak tartotta a hozzátartozók bevonását, ami összhangban áll a nemzetközi ajánlásokkal. (Rietjens, Sudore, Connolly, et al, 2017; Frechman, Dietrich, Walden et al, 2020) Bár a vizsgálatunkban résztvevő családorvosok egyöntetűen saját feladatuknak is tartották, saját praxisukban csak a megkérdezettek fele vállalná fel biztosan a betegek életvégi kívánalmainak felmérését és dokumentálását. Nemzetközi viszonylatban ez mérsékelt feladatvállalási szándéknak tekinthető. Egy 2022-ben publikált felmérés szerint például a holland családorvosok 76%-96%-a beszél a pácienseivel az életvégi ellátással kapcsolatos kívánalmaikról, ha a beteg prognózisa várhatóan egy év, illetve három hónap. (Engel, van der Ark, van Zuylen et al, 2020)

Külföldi kutatások igazolták, hogy a feladatvállalási szándék szoros összefüggést mutat az életvégi megbeszéléshöz szükséges ismeretekkel és készségekkel. (Howard, Bernard, Klein et al, 2018; Giezendanner, Jung, Banderet et al, 2017) Vizsgálatunk szerint a magyar családorvosok az életvégi kérdések megbeszélésére közepesen felkészültnek érzik magukat, ismereteiket és készségeiket közepesnek minősítették. A már idézett kanadai felmérésben a

családorvosok közel fele e készségeit közepesnek, több mint egyharmaduk viszont az átlagosnál jobbnak tartotta, legjobbnak a kommunikációs kompetenciáikat, leggyengébbnek pedig a jogi ismereteiket ítélték. (Howard, Bernard, Klein et al, 2018) Hasonló eredményekre jutott egy a svájci családorvosi kutatás is az életvégi kommunikációs és jogi ismeretek vonatkozásában. (Giezendanner, Jung, Banderet et al, 2017) Vizsgálatunk eredményei részben egybeesnek a nemzetközi adatokkal: a magyar családorvosok is a kommunikációs készségeiket ítélték a legjobbnak, leggyengébbnek viszont a praktikus ismereteiket. A felkészültség, az ismeretek és a feladatvállalási szándék összefüggését viszont a saját kutatásunk is megerősítette: az életvégi kívánalmak felmérését biztosan felvállaló családorvosok felkészültebbnek érezték magukat erre a feladatra és valamennyi vizsgált dimenzióban jobbnak ítélték az ehhez szükséges készségeiket és ismereteiket.

Nemzetközi kutatási eredmények szerint a következő lépésekkel támogatható hatékonyan a családorvosok feladatvállalása az életvégi megbeszélésben: (1) alapellátási szemléletű, családorvos-specifikus képzések biztosítása, (2) az életvégi megbeszélések multidiszciplináris együttműködésben történő megvalósítása képzett segítők bevonásával, (3) e konzultációk finanszírozása az alapellátásban. (Howard, Bernard, Klein et al, 2018; Giezendanner, Jung, Banderet et al, 2017; Palmer, Jacobson és Enguidanos, 2021)

IRODALOM

- BENYÓ G., LUKÁCS M., MIKLÓS, BUSA CS., MANGEL L., CSIKÓS Á. (2017): A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitörési pontjai. *Magyar Onkológia* 61 (3):292-299.
- BUSA Cs. (2021): Ellátás előzetes tervezése családorvosi praxisban (előadás). *Kötelező szinten tartó tanfolyam, Pécsi Tudományegyetem Alapellátási Intézet, Pécs, 2021. május 14.*
- BUSA Cs. (2023). Az ellátás előzetes tervezése (advance care planning) és alkalmazási lehetőségei Magyarországon. *PhD értekezés, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola*
- BUSA Cs., ZELLER J., CSIKÓS Á. (2018): Életvégi kívánalmakkal és döntésekkel kapcsolatos vélemények és ismeretek a magyar társadalomban. *Kharón Thanatológiai Szemle, XXII* (2):9–26.
- CSIKOS A., ALBANESE T., BUSA, C., NAGY, L., RADWANY, S. (2008): Hungarians'

- Perspectives on End-of-Life Care. *Journal of Palliative Medicine* 11 (8):1083-1087.
- CSIKOS, A., MASTROJOHN, J., ALBANESE, T., MOELLER, J. R., RADWANY, S., BUSA, C. (2010): Physicians' Beliefs and Attitudes About End-of-Life Care: A Comparison of Selected Regions in Hungary and the United States. *Journal of Pain and Symptom Management* 39 (1): 76-87.
- CSIKÓS D. (2016): Az életvégi igények érvényesülésének elősegítése az orvos-beteg kommunikációban. *Kharón Thanatológiai Szemle XX* (3):1-19.
- DE VLEMINCK, A., PARDON, K., BEERNAERT, K., DESCHEPPER, R., HOUTTEKIER, D., VAN AUDENHOVE, C., DELIENS, L., VANDER STICHELE, R. (2014): Barriers to advance care planning in cancer, heart failure and dementia patients: A focus group study on general practitioners' views and experiences. *PLoS ONE* 9 (1):e84905.
- DING, J., SAUNDERS, C., COOK, A., JOHNSON, C. E. (2019): End-of-life care in rural general practice: How best to support commitment and meet challenges? *BMC Palliative Care* 18 (1):1-10.
- ENGEL, M., VAN DER ARK, A., VAN ZUYLEN, L., VAN DER HEIDE, A. (2020): Physicians' perspectives on estimating and communicating prognosis in palliative care: a cross-sectional survey. *BJGP Open* 4 (4):1-11.
- FRECHMAN, E., DIETRICH, M. S., WALDEN, R. L., MAXWELL, C. A. (2020): Exploring the Uptake of Advance Care Planning in Older Adults: An Integrative Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 60 (6):1208-1222.e59.
- GAAL I. (2018): Orvos-beteg kapcsolat. A Magyar Hospice Alapítvány kommunikációs programja. *Kharón Thanatológiai Szemle XXII* (2):20-33.
- GIEZENDANNER, S., JUNG, C., BANDERET, H. R., OTTE, I. C., GUDAT, H., HALLER, D. M., ELGER, B. S., ZEMP, E., BALLY, K. (2017): General practitioners' attitudes towards essential competencies in end-of-life care: A cross-sectional survey. *PLoS ONE* 12 (2):1-18.
- HANKCOCK, K., CLAYTON, J. M., PARKER, S. M., WALDER, S., BUTOW, P. N., CARRICK, S., CURROW, D., GHERSI, D., GLARE, P., HAGERTY, R., TATTERSALL, M. H. N. (2007): Discrepant Perceptions About End-of-Life Communication: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 34 (2):190-200.
- HEGEDŰS K., FARKAS A., LUKÁCS M. (2022): Hospice betegellátás 2020. *Kharón Thanatológiai Szemle XXVI* (2):45-54.
- HOWARD, M., BERNARD, C., KLEIN, D., ELSTON, D., TAN, A., SLAVEN, M., BARWICH, D., YOU, J. J., HEYLAND, D. K. (2018): Barriers to and enablers of advance care planning

- with patients in primary care Survey of health care providers. *Canadian Family Physician* 64:e190-8.
- JUHÁSZ Z., HETESI E., BUZÁS N. (2019): A betegelégedettséget befolyásoló tényezők és a lojalitás vizsgálata a háziiorvosi ellátásban. *Marketing & Menedzsment* 53 (3):17–31.
- KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2022): Halálozások kiemelt halálokok szerint. <https://www.ksh.hu/ffi/1-17.html>. Elérés: 2024. január 2.
- KUSSINSZKY A., STÁNICZ P. (2022): Van-e döntésünk az élet végén? Lehetőségek és kompetenciák a gyakorlat tükrében. In: FILÓ MIHÁLY (szerk.): *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 133-144.
- PALMER, M. K., JACOBSON, M., ENGUIDANOS, S. (2021): Advance Care Planning for Medicare Beneficiaries Increased Substantially, but Prevalence Remained Low. *Health Affairs* 40 (4):613-621.
- POZSGAI É., CSIKÓS Á. (2022): Rossz hír és prognózis közlése. In: CSIKÓS ÁGNES (szerk.): *Palliatív ellátás*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt., 474-481.
- RÁCZ K., SZENTE SZ., BABONITS-FARKAS K. R., HEGEDŰS K. (2019): A háziorvosok és a lakosság ismeretei a hospice-palliatív ellátásról a szentendrei kistérségben. *Onkológia & Hematológia* (5):35-38.
- RIETJENS, J. A. C., SUDORE, R. L., CONNOLLY, M., VAN DELDEN, J. J., DRICKAMER, M. A., DROGER, M., VAN DER HEIDE, A., HEYLAND, D. K., HOUTTEKIER, D., JANSSEN, D. J. A., ORSI, L., PAYNE, S., SEYMOUR, J., JOX, R. J., KORFAGE, I. J. (2017). Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology* 18 (9):e543-e551.
- ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (2019): Advance care planning. In *RACGP Aged Care Clinical Guide (Silver Book)* (5th edition). <https://www.racgp.org.au/getattachment/3e548b29-64c1-4ce1-b93f-213c796bdc3f/Advance-care-planning.aspx>. Elérés: 2024. január 3.
- SALLNOW, L., SMITH, R., AHMEDZAI, S. H., BHADLIA, A., CHAMBERLAIN, C., CONG, Y., DOBLE, B., DULLIE, L., DURIE, R., FINKELSTEIN, E. A., GUGLANI, S., HODSON, M., HUSEBØ, B. S., KELLEHEAR, A., KITZINGER, C., MARIE KNAUL, F., MURRAY, S. A., NEUBERGER, J., RAJAGOPAL, M. R., WYATT, K. (2022): The Lancet Commissions Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *The Lancet* (399):837-884.
- SHAHEEN, H. E. M., SALAMA, A., AMMAR, S. A., MOHASSEB, M. (2022): Predictors of poor knowledge, attitude, and practice among primary care physicians toward end-of-life care.

Menoufia Medical Journal 35 (2):516-521.

THOMAS, K., WATSON, M., ARMSTRONG, J., GSF TEAM (2022): The Gold Standards Framework - Proactive Identification Guidance (PIG).

<http://www.goldstandardsframework.org.uk>. Elérés: 2024. január 3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2020): The top 10 causes of death.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Elérés: 2024. január 3.

ZWAKMAN, M., JABBARIAN, L. J., VAN DELDEN, J. J. M., VAN DER HEIDE, A., KORFAGE, I. J., POLLOCK, K., RIETJENS, J. A. C., SEYMOUR, J., KARS, M. C. (2018): Advance care planning: A systematic review about experiences of patients with a life-threatening or life-limiting illness. *Palliative Medicine* 32 (8):1305-1321.

28/2022. (VIII. 25.) BM Rendelet A szakorvosképzés átalakításához kapcsolódó egyes miniszteri rendeletek módosításáról

Dr. Busa Csilla PhD

szociológus, kutató, az egészségtudományok doktora
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudomány Kar, Alapellátási Intézet,
Hospice-Palliatív Tanszék
csillabusa@gmail.com

Dr. Fortuna János

családorvos, PhD hallgató
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola
bmwmerciaa@gmail.com

Dr. Frank Nóra

családorvos, egyetemi oktató, PhD hallgató
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudomány Kar, Alapellátási Intézet
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola
drfranknora@gmail.com

Levelező szerző: **Dr. Fortuna János**

dr.fortunajanos24@gmail.com)

Melléklet

Attitűd-állítások

Mit gondol a következő állításokról? Értékeljen 1-től 5-ig: az 5-ös jelentse, hogy teljes mértékben egyetért, az 1-es pedig, hogy egyáltalán nem ért egyet.

Kezelési döntések: a beteg joga, az orvos kötelessége

Válaszlehetőségek Állítások	Egyáltalán nem ért egyet				Teljes mértékben egyetért
A betegnek joga van ahhoz, hogy döntéseket hozzon a kezelésével kapcsolatban.	1	2	3	4	5
Az orvos kötelessége, hogy a beteg döntéseinek megfelelően járjon el.	1	2	3	4	5

Diszkomfort érzés, reménytelenség érzése

Válaszlehetőségek Állítások	Egyáltalán nem ért egyet				Teljes mértékben egyetért
Az Ön számára kényelmetlen a halálról, haldoklásról beszélni.	1	2	3	4	5
A terminális betegség prognózisának megbeszélése a reménytelenség érzését kelti a betegben.	1	2	3	4	5

PAP ÁGOTA

A sírás mint humánspecifikus jelenség megismerése és jelentősége a gyász folyamatában

Összefoglalás ♦ *A sírás a gyermekek és felnőttek esetében gyakran kommunikáció vagy szociális jel, ami másokból megértést, gondoskodást, odafigyelést és leginkább együttérzést vált ki. Háttérben több ok is szerepelhet, ilyen a reménytelenség, a fizikai fájdalom, az empátia kifejezése; egy különösen pozitív esemény, s nem utolsósorban a veszteség. A mi kultúránkban megjelenő jelentőségéről a vele kapcsolatos szólások és közmondások is tanúskodnak. Valamikor, ha meghalt valaki, illetlőséget elszírni. Bizonyos kultúrákban elfogadható és kifejeződik, míg másokban elnyomott és tabutémaként kezelik a gyászban megjelenő sírást.*

Kulcsszavak: sírás, gyász, kultúra

Understanding crying as a human-specific phenomenon and its significance in the grieving process

Abstract ♦ *Crying in children and adults is often a communication or social signal that elicits understanding, care, attention and most of all compassion from others. Its background may include a variety of reasons, such as hopelessness, physical pain, an expression of empathy; a particularly positive event, and not least loss. Its importance in our culture is also highlighted by the sayings and proverbs associated with it. Once, when someone died, it was appropriate to cry. In some cultures, it is accepted and expressed, while in others crying because of grief is repressed and treated as a taboo subject.*

Keywords: crying, grief, culture

A sírás emberi viselkedési forma, amely azáltal jelenik meg, hogy könnyeket ejtünk és hangokat adunk ki a lélegzés során. A sírás gyakran az érzelmi reakciók egyik megnyilvánulása, amely különböző érzelmek, például szomorúság, boldogság, frusztráció vagy fájdalom következménye.

Az emberi sírás fiziológiai és pszichológiai folyamatok összetett kombinációjaként jöhet létre. Megjelenését jellemzi a könnyképzés, hiszen a sírás során a könnymirigyek több könnyet termelnek. Ezek a könnyek lehetnek a bazális könnyek, amelyek azért vannak, hogy a szaruhártyát nedvesen tartsák és meggátolják a szemkiszáradást. Másrészt lehetnek reflexkönyvek, amelyek szerepe, hogy kimossanak a szemünkből minden irritációt vagy oda nem tartozó részecskét, mint amikor valamilyen szembe jutó idegen anyagot kell kitisztítani onnan. Ez lehet valamilyen szennyeződés, de ilyen könny termelődik a hagyma pucolásakor is. Végül pedig lehetnek síráskönyvek, amelyek akkor jelentkeznek, ha erős érzelem lesz rajtunk úrrá. Kiválthatja őket a megatódottság, a szomorúság, a stressz vagy akár az erős fájdalom is. Ilyenkor a minket érő impulzusok stimulálják az idegrendszert, ami egy acetilkolin nevű neurotranszmitter segítségével jelez a könnymirigyeknek, hogy kezdjenek el termelni. Az ilyenkor termelt könny tartalmaz egy bizonyos leucin-enkefalin nevű anyagot, ami fájdalomcsillapító és hangulatjavító hatású.

A sírás jelensége gyakran hangokat is magában foglal, amelyek különböző módon fejezhetik ki az érzelmi állapotot, például nyögések, zokogás vagy síráshangok formájában. A magyar nyelvben nagyon gazdag kifejezésmód áll rendelkezésünkre a sírás eltérő intenzitása, testi megjelenése, vagy épp az azt kiváltó érzelem függvényében: könnyezik, sírdogál, pityereg, zokog, itatja az egereket, bög, rí, picsog, pityeg, könnybe lábad a szeme, hullajtja a könnyeit, szipog, megered a könnye, könnyekben tör ki, hüppög, bömböl, oázik, óbégat, piszeg stb.

A kultúránkban megjelenő jelentőségéről a vele kapcsolatos szólások és közmondások is tanúskodnak. A teljesség igénye nélkül idéznék most néhányat: „Fele sírás, fele nevetés. (Örökös gyásza.)” „Gyermek fegyvere a sírás./Gyermeknek játékért, leánynak sírásért ne süvegelj.” „Hosszú nevetésnek sírás a vége.” „Nem mindenkor használ a sírás./Semmit sem használ a sírás.” „Sírásnak is van ideje.” „Sírással jövünk a világra, sírással megyünk ki.” „Szomorúnak sírása, szíve könnyülése.” A sírás az érzelmek „nyomáscsökkentő szelepének” nagyon is szükséges szerepét tölti be. A „sírva fakad”, „zokogásban tör ki” kifejezésekkel a magyar nyelv nagyon szépen érzékelteti a sírás e funkcióját. (Kárpáty, 2002)

A sírás során a test is reagálhat, például az arc izmainak összehúzódásával, a légzés változásával és a test mozgásának változásával.

Az emberi élet során sokféle okból és élethelyzetből kifolyólag lehet sírni, valamint a sírás a kulturális és személyes különbségektől függően változhat. A jelenések könyvében így írnak erről: „Minden könnyet letöröl a szemükről, s nem lesz többé halál, sem gyász, sem sírás, sem fájdalom, mert a régi dolgok elmúltak.” (A jelenések könyve 21:4 ERV-HU)

A sírás kulturális különbségei a gyászfolyamatban

A sírás vagy a sírás visszatartása sok tényezőtől függhet: az egyéni érzelmi állapottól, a szociális normáktól, a környezettől és az egyén életkörülményeitől. A társadalmak és kultúrák különböző szabályokat, normákat tartanak fenn a sírásra vonatkozóan. Bizonyos kultúrákban elfogadható és kifejeződik, míg másokban elnyomott és tabutémaként kezelik (ld. később). Az emberek gyakran megpróbálják összhangba hozni viselkedésüket az adott kulturális elvárásokkal. Van, hogy épp az önuralom és önkontroll tartja vissza a sírást – mert annak nincs tere az adott helyen, időben vagy társadalmi rendszerben. Van, akinek komoly problémát jelent az érzelmek kifejezése, esetleg megpróbálja elnyomni vagy elfojtani ezeket, megakadályozva a sírást is. Ugyanakkor bizonyos gyógyszerek és betegségek mellékhatásként okozhatnak szemészeti vagy érzelmi változásokat, amelyek befolyásolhatják a könnyek képződését vagy a sírást. Szemészeti problémák, például a szemszárazság vagy egyéb szemészeti állapotok gátolhatják a könnyek termelését, ami nehezítheti a sírást. S mindezek mellett az egyén pszichológiai állapota is befolyásolhatja a sírás képességét. Például depresszió, vagy a szorongás egyes esetekben hozzájárulhat a fokozott síráshoz, míg másokban ezek a zavarok gátolhatják a sírás jelenségét.

A gyász és a sírás kulturális megnyilvánulásai változhatnak a világ különböző részein, és sok kultúrában számos hagyomány és szertartás kapcsolódik a gyászhoz és a síráshoz. A gyász és a sírás módjai erősen függhetnek a kultúrától, a vallástól és az egyéni preferenciáktól.

Az érzelmi expresszivitás modell a sírásra úgy tekinti mint, amire hatnak a kulturális normák, amelyek előírják, hogyan, mikor és hol illik érzelmeket fejez ki. Az egyik példa erre a japánoknál a bánat kifejezésére vonatkozó norma. Az özvegyek állítólag elmosolyodtak, amikor meghallották, hogy a férjük meghalt a harcban a második világháború alatt, mert ez tiszteletreméltó halálesetnek számít (van Hemert és mtsai. Berry, Poortinga, Segall és Dasen alapján, 2011).

A legkorábbi sirató ének a Giraldus Cambrensis (Gerald of Wales), amelyet 1180-ból idézik. Van énekes és beszélt része is, a dallam a beszéddel elegyedik, amely az érzelmi hatással együtt fokozódik, egy viszonylag szabad formában. Az emberek énekelnek és táncolnak elhunyt szeretteik

emlékére, és ezáltal fejezik ki a gyászukat és tiszteletüket az elhunytak iránt. A mi hagyományainkhoz közelebb áll azonban az ír hagyomány, ugyanis Írországból a gyászhoz hagyományosan hozzátartozik a siratóasszonyok alkalmazása. A hajdani siratóasszonyok is az érzelmek felszakadását segítették jajveszékelésükkel, mivel a fájdalom megélése fontos fázisa a gyászfolyamatnak. Ezek a nők hagyományos énekükkel és gyászruhájukkal segítenek kifejezni a gyászt a temetéseken. Siratóasszonyokról az Ó- és Újszövetségben is olvashatunk. Ez utóbbiban Jézus Jairus házában találkozott siratóasszonyokkal, valamint síró asszonyok kísérik őt is a Golgotára. *„A Szentírásban a halottakat nemcsak a családtagok, a hozzátartozók v. a barátok stb. siratták el, hanem hivatásos siratók is. A földön ültek gyászba öltözve, lemeztelenített keblekkel, kibontott hajjal, az énekesek pedig gyakran fuvola kíséretével magasztalták a halott erényeit és siratták a halott, valamint a hátramaradottak sorsát.”* (Magyar Katolikus Lexikon). Virrasztáskor az esti gyászos hangulatról a siratóasszonyok halottas énekekkel gondoskodtak (Fehér, 2015). A siratóasszonyokról említést tesznek a Mátyás király és a siratóasszony című népmesében is. (Kókai, 2003)

Az ortodoxok virrasztáskor nem imádkoznak, hanem siratóasszonyokat fogadnak pénzért, akik hangosan jajgatnak, siratóznak. Ugyanakkor az öngyilkosok virrasztásán vonakodnak elvállalni a siratást. (Czank, 2003) A siratás lehetővé (sőt: a közösség által elvárt normák alapján szinte kötelezővé) tette a fájdalom kifejezését, de emellett a siratóénekekben a gyászoló visszaemlékezett az elhunytakra és saját kapcsolatukra, kifejezhette szeretetét és köszönetét is. (Pilling, 2012)

A buddhisták a halált egy új élet kezdetének tekintik, ezért a temetés egyben egy ünnepélyes alkalom. (budhizmus.hu, kulturpart.hu) A masszogéták (hatalmas és harcias természetű nomád nép a Kaspi-tónak északi partján, az árszi nép – szkíta – szövetségének görögösített elnevezése) meg se várták, hogy valaki meghaljon, amikor öregedni kezdett, egyszerűen megölték, vagy megették. Csak betegség esetén temettek, s ekkor a siránkozásuk oka az élelemtől való elesés volt. (Tamási, 1999)

A zsidó temetéssel kapcsolatban Josephus Flavius megjegyzi, hogy a gyászmenet Mózesig visszanyúló szokás volt, amelyhez egy szakaszon csatlakoznia kellett mindannak, aki a menettel találkozott. A halotti gyász megnyilvánulásának sok formája volt. Ez kifejeződött a hangos sírásban, földre borulásban, a kezek tördelésében, a ruha megszaggatásában. Csak későbbi szokás volt a siratók alkalmazása, amely aztán általánosan elterjedt szokássá lett. (Tamási, 1999)

A Bali szigetén élők szokása, hogy a gyászolók visszatartják a könnyeiket, úgy tartják, hogy a szomorúság visszatartja a halottakat és nem tudnak továbblépni. Ha a családtagok sírnak, a könnyek nem hullhatnak a halott testére, mert úgy gondolják, hogy ez rossz helyet biztosít neki a mennyországban. A túl hosszú sírás pedig rosszindulatú szellemeket idéz elő, és boldogtalansággal terheli meg a halott lelkét. (vehir.hu, theconversation.com)

Ez csak néhány példa a világ különböző kultúráinak egyedi és különleges gyász- és sírási hagyományaira. Minden kultúra sajátos módját találja meg a gyász és a sírás kifejezésére, amelyek hozzájárulnak az elhunytak emlékének megőrzéséhez és a gyászolók közösségi támogatásához.

Még Jézus is gyászolt barátja, Lázár halála után, amikor Bethániába ment tanítványaival, ahol Lázár testét eltemették. Mikor Jézus látta a gyászolók sokaságát, és az elhunyt testvérét, Mártát, sírni, ő is könnyekre fakadt. (János 11:35; Máté 23:37-39)

Fontos megjegyezni, hogy a sírás természetes és egészséges módja az érzelmi kifejezésnek és sok esetben megkönnyíti az érzelmi terhek levezetését. Ha valaki rendszeresen megakadályozza a sírást, az problémákat okozhat az érzelmi jóllétében vagy a mentális egészségében. Kínában, egy családközpontú társadalomban, ahol erős hagyományai vannak a gyásznak és a gyász tabuként való kezelésének, egy kutatásban – narratív megközelítés alkalmazásával – azt találták a szülőket gyászoló kamaszok és fiatal felnőttek gyászmegosztási tapasztalatairól, hogy szinte minden résztvevő, függetlenül a nemétől, a szülő nemétől, a halál okától vagy a veszteség óta eltelt időtől, azt jelezte, hogy soha nem osztotta meg gyászát más családtagokkal. Így például a „könyvek visszatartása a temetés alatt” a résztvevők azon küzdelmét tükrözi, hogy megvédjék a családot (különösen a „túlélő” szülőt) azáltal, hogy elrejtik gyászukat a családi veszteség idején. (Yunjun Li és mtsai, 2023.)

A tudósok jelentős része úgy gondolja: az emocionális sírás funkciója az, hogy együttérzést váltson ki a többi emberből. Az a képességünk, hogy érzelmi könnyeket termelünk, és jelentésüket funkcionálisan érzékeljük, valószínűleg hozzájárult olyan ultraszociális fajjá való fejlődésünkhöz, amilyenek jelenleg is vagyunk. (Gračanin és mtsai, 2018) A sírás lényegében a könnytermelés fokozódása valamilyen emocionális hatásra. Gyakorlatilag bármilyen érzelem kiválthatja, ami elég erős ahhoz, hogy bennünket felkavarjon. Ez magyarázat lehet az örömkönnyekre is, hiszen evolúciós szempontból mindegy, hogy az ember azért válik védtelenné, mert nem tud megbirkózni egy hirtelen jött pozitív érzelmi lökettel, vagy azért, mert egy nagy veszteség érte.

Amikor a sírás alatt a könnyek hullajtását is értjük, akkor a szakértők véleménye szerint ez egy kifejezetten humánspecifikus jelenség (Vingerhoets, 2013). Paul Maclean szerint őseink 1,4 millió évvel ezelőtt, a tűz feltalálása után, amikor szeretteik holttestét elhamvasztották, szemüket a felszálló füst csípte és könnybe fakasztotta, ami összekapcsolódott a szeretett személy elvesztése felett érzett fájdalommal. (Maclean, 1990) Ám Vingerhoets véleménye szerint a test elégetése egyáltalán nem lehetett univerzális, hisz más népek a vadállatokkal etetik meg a holttesteket, szintén mások eltemetik vagy éppen mumifikálják a halottaikat. Ezért ebből nehezen alakulhatott volna ki a könnyezés, mint genetikailag kódolt viselkedés (Vingerhoets, 2013).

William Frey, a Minnesotai Egyetem biokémikus professzora a könnyezésnek tisztító funkciót tulajdonított. Szerinte toxikus és fölösleges anyagokat, pl. stresszhormonokat könnyezünk ki, ezért is vezet a sírás megkönnyebbüléshez. (Frey, 1985) A teória régi keletű, már a XVI. században felvetődött. A sírás feltételezhetően önmegnyugtató viselkedés is. A kutatások szerint azonban nem mindenkinél és nem minden sírás hoz megkönnyebbülést. A sírás megnyugtató hatását többek közt az oxytocin és az endogén opiátok szintjének megemelkedése eredményezi (Gračanin és mtsai., 2014).

A gyász, a gyászolás szokása a bibliai időkben nem kötődött csupán a halálesetekhez, hanem akkor is gyásztak, ha valami nagy baj szakadt az egyénre. A gyász külsődleges megnyilvánulásai a síráson és jajgatáson kívül más formában is megmutatkoztak. Ilyen volt például a ruha megszaggatása, tépése, a ruha zsákra cserélése, a külső elhanyagolása, a fejfedő levétele, vagy a fej betakarása, a cipő levétele, az étel és ital megvonása önmaguktól, por vagy hamu hintése a fejre, földre ülés, száj és szakáll eltakarása, testük megsebesítése, megvágása, haj és köröm levágása, mellük verdesése. (Szilárdi – Szugyiczki, 2017)

Egy Mary-Frances O’Connorral folytatott beszélgetés kivonatában, a kutató arról beszél, hogy ha a veszteséget követően, évekkel, évtizedekkel később is találkozunk valamivel, ami miatt hirtelen elsírjuk magunkat, és eláraszt bennünket hirtelen egy gyász hullám, az nem azt jelenti, hogy bármit rosszul tettünk volna a gyászfolyamat során. Ez csak azt jelenti, hogy abban a pillanatban tudatában vagyunk valami igazán fontos dolog elvesztésének.

A gazdag nyugati emberek inkább sírnak, mint a világ más részeiben élők. Vingerhoets és csapata 37 kultúrában kutatta a sírást. Megállapították, hogy a gazdagabb, demokratikusabb, nyitottabb és individualista társadalmakban élő emberek gyakrabban sírnak. (Vingerhoets, 2013)

A sírás a gyászolókkal folytatott pszichoterápiában

A gyászolókkal folytatott pszichoterápia alapelveinek megfelelően a gyászoló alapvető igénye, hogy érezze: gyásza, fájdalma elmondható, meghallgatható. Például a páciens félhet attól, hogy ha sírni kezd, nem is fogja tudni abbahagyni, illetve senki nem képes elviselni az ő fájdalmát. Amennyiben a terapeuta helyes konténer-funkciót¹ alkalmazva képes befogadni, megtartani a páciens fájdalmát, ez segít annak a pozitív érzésnek az internalizációjában, hogy a fájdalom megbeszélhető és elviselhető (Symington és Symington, 1996).

A namida sensei (japán sírásoktató) szerint, a könnyek jobbak, mint a nevetés vagy az alvás és valódi sírás tanfolyamokat kínál. Népszerűnek számítanak a síró klubok, melyeket kocsmákban és szórakozóhelyeken tartanak, ahol csoportokban sírnak együtt idegenek. Ehhez könnyfakasztó filmrészleteket néznek vagy hagymát használnak. Ez a jelenség Európában és az Egyesült Államokban is terjed, és némileg ellentmond annak a pszichológusok körében feltárt jelenségnek, mely szerint az emberek általában nem szeretnek idegenek jelenlétében sírni.

A sírás mint érzelmi kifejezés és megnyilvánulás mélyen beágyazott az emberi tapasztalatba és az emberi természetbe. Mivel az emberi érzelmi és pszichológiai szükségletek állandóak, valószínűtlen, hogy a sírás jelentősége teljesen eltűnik. Az emberek sírnak, hogy kifejezzék örömeiket, szomorúságukat, frusztrációjukat és egyéb érzelmi állapotokat. A sírás segíthet levezetni az érzelmi feszültséget és hozzájárulhat az érzelmi egyensúly helyreállításához, valamint a sírás segíthet az egyéneknek jobban megérteni saját érzéseiket és gondolataikat. Emellett egy olyan jel, amely másoknak jelezheti, hogy segítségre vagy támogatásra van szükségünk. A mások által nyújtott empátia és támogatás pedig hozzájárulhat a kapcsolatok megerősítéséhez. Evolúciós és pszichológiai szempontból is fontos szerepet játszik a sírás az emberi túlélés és jóllét szempontjából.

A kultúrák és társadalmak változhatnak a sírás megnyilvánulásában és elfogadásában, attól függően, hogy miként értelmezik az érzelmi kifejezést és a szociális normákat. Mivel a sírás olyan mélyen gyökerezik az emberi természetben és szolgálja az érzelmi és mentális jóllétet, valószínűtlen, hogy evolúciós szinten teljesen eltűnik. Az emberek továbbra is sírni fognak, amikor érzelmi reakcióra van szükségük, hisz az érzelmi kifejezés fontos része az emberi létnek.

¹ „a másik lélek” befogadja és értelmessé alakítja az élményt, ami ezáltal kezelhetővé válik

IRODALOM

- CZANK G. (2003) Temetkezési szokások Pécskán és környékén, *Kharon*, 4. 1-20.
- FEHÉR V. (2015) Halál és temetés, Az emberélet harmadik fordulójához kapcsolódó szokások és hiedelmek Egyházaskéren – II. rész, *Híd*, 4., 110–139.
- FREY, W. H. (1985) *Crying. The Mystery of Tears*, Minneapolis
- FREY, WILLIAM H., DENISE DESOTA JOHNSON, CARRIE HOFFMAN & JOHN T. MCCALL (1981): Effect of stimulus on the chemical composition of human tears, In: *American Journal of Ophthalmology* 92, 559 – 567.
- GRAČANIN A, BYLSMA LM, VINGERHOETS AJ. (2014) Is crying a self-soothing behavior?. *Front Psychol*, 5:502.
- GRAČANIN A, BYLSMA LM, VINGERHOETS AJ. (2018) Why Only Humans Shed Emotional Tears Evolutionary and Cultural Perspectives. *Human Nature* (29) 2: 104–133.
- KÁRPÁTY Á. (2002) *A gyász szociológiája*, MTA PTI Etnoregionális Kutatóközpont Munkafüzetek 91. ISSN 1416-8391, ISBN 963 9218 80
- KISS E. Cs., SZ. MAKÓ H. (2015) *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*, Pro Pannonia Kiadói Alapítvány, Pécs
- KÓKA R. (2003) *Mátyás király rózsát nyitó ostornyele*, Timp, Budapest
- MACLEAN P.D. (1990) *The History of Neuroscience in Autobiography*, Vol. 2, 271.
- PILLING J. (2012) *A gyász hatása a testi és a lelki egészségi állapotra*, Doktori értekezés, Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest
- SZILÁRDI R. és SZUGYICZKI Zs. (szerk.) (2017) *Metszet és perspektíva, Tanulmányok az alkalmazott valláskutatás területéről*, Szegedi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Vallástudományi Tanszék, 2017
- SYMINGTON, J. ÉS SYMINGTON, N. (1999) *Wilfred Bion klinikai munkássága*, Animula, Budapest
- Tamási Zs. (1999) Az elnyugvó test élete (1), *A temetés hagyományai és teológiája*, *Keresztény Szó*, X. évf. 2. sz.
- VAN HEMERT D., VAN DE VIJVER F., VINGERHOETS A. J. J. M. (2011) Culture and Crying: Prevalences and Gender Differences, *Cross-Cultural Research* 45: 399
- VINGERHOETS A. J. J. M. (2013). *Why Only Humans Weep: Unraveling the Mysteries of Tears*. Oxford: Oxford University Press.
- WORDEN, J. W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer Publishing Company

YUNJUN LI, WALLACE CHI HO CHAN és TISH MARRABLE (2023) "I never told my family I was grieving for my mom": The not-disclosing-grief experiences of parentally bereaved adolescents and young adults in Chinese families, *Fam Process*, doi: 10.1111/famp.12865.

<https://buddhizmus.hu/hu/dharmaonline/felkeszulni-a-halalra>

https://kulturpart.hu/2009/11/01/a_halal_arcai_ekszerkent_hordott_halottaktol_a_vidam_temetoi_g

<http://lexikon.katolikus.hu/S/sirat%C3%B3asszonyok.html>

http://nepzenetar.fszek.hu/index.php/%C3%8Dr_sirat%C3%B3k_%C3%A9s_ballad%C3%A1k

<https://theconversation.com/death-and-dying-how-different-cultures-deal-with-grief-and-mourning-197299>

<https://vehir.hu/cikk/53394-a-gyasz-ezer-arca>

Pap Ágota

pszichológus, addiktológiai konzultáns

ProAktíva Pszichológiai Központ, Szerbia, Szabadka

pap.agota@gmail.com

Terminális állapotú betegek pszichedelikus pszichoterápiája

Összefoglalás ♦ *A súlyos, életet veszélyeztető gyógyíthatatlan betegségek diagnózisát követően gyakran alakulnak ki különböző pszichiátriai kórképek, mint depresszió vagy egzisztenciális szorongás. Ezt a betegcsoportot nagyon nehéz hatékonyan kezelni. Erre a problémára lehetnek megoldások az utóbbi években egyre gyakrabban vizsgált pszichedelikus szerek és a segítségükkel folytatott pszichoterápia. Ilyen anyagok a hallucinogén kábítószeresek közé tartozó LSD, illetve psilocibin. Ebben a cikkben az ezekkel a szerekkel folytatott kísérletek módját és eredményeit foglalom össze, leginkább két klinikai kísérleten keresztül. A kísérleti tapasztalatok azt mutatták, hogy a terápia mind biztonsági szempontból, mind hatékonyságban kiemelkedően jól teljesített. A betegek megközelítően 70 százalékánál voltak hosszantartó antidepresszáns, anxiolitikus hatások és életminőség javulás, de minden beteg beszámolt szubjektív pozitív mentális hatásról. A szerek teljesen biztonságos használatához még sok kísérletre szükség van, de nagyon ígéretesnek tűnnek ebben a betegcsoportban.*

Kulcsszavak: pszichedelikum, LSD, psilocibin, depresszió, szorongás, halálfélelem

Psychedelic-assisted psychotherapy for terminal patients

Summary ♦ *Following the diagnosis of serious, life-threatening incurable illnesses, patients often develop various psychiatric pathologies such as depression or existential anxiety often develop. This group of patients is very difficult to treat effectively. Psychedelics and psychotherapy, which have been increasingly studied in recent years, may be a solution to this problem. Such substances include LSD and psilocybin, which are hallucinogenic drugs. In this article I will summarise the methods and results of experiments with these substances, mainly through two clinical trials. The experimental experience has shown that the therapy has performed extremely well, both in terms of safety and efficacy. Approximately 70 percent of patients showed long-lasting antidepressant, anxiolytic effects and improvement in quality of life, but all patients reported subjective positive mental effects. Many trials are still needed to*

ensure that the drugs are completely safe to use, but they appear very promising in this patient group.

Keywords: psychedelic, LSD, psilocybin, depression, anxiety, fear of death

A gyógyíthatatlan betegek – mint például egyes daganatos betegek – körében a betegséggel járó fizikális tünetek és testi szenvedés mellett jelentősen megnő a lelki szenvedés mértéke is és a pszichés állapot romlik. Az egészségügy és pszichológia fejlődésével napjainkban egyre jobban látszik, hogy mennyire szükséges lenne ezeknek a pszichológiai aspektusoknak a figyelembevétele és a palliatív ellátás fejlesztése. *„A palliatív szemléletű ellátás nemcsak a beteg, hanem az ellátásban érintett valamennyi szereplő (családtagok és szakellátók) számára megkönnyíti az életet veszélyeztető vagy életet rövidítő állapottal és a halállal való szembenézést, megküzdést.”* (Benyó et al. 2017: 298)

Ebben a betegcsoportban a halálfélelem okozta egzisztenciális szorongás, kétségbeesettség nagyon gyakori. Nő a stressz-szint, csökken az emberi méltóság. A kórházban fekvő daganatos betegek jelentős részében kimutatható klinikailag jelentős depresszió, illetve szorongásos tünetek. Kialakulhatnak egyéb súlyos pszichiátriai kórképek, mint generalizált szorongás, major depresszió, demoralizáció szindróma stb. Ezek a faktorok pedig rontják a beteg terápiás együttműködését, fokozzák a szomatikus alaptergység tüneteit és azok negatívabb megélését, csökkentik az élni akarást és növelik az öngyilkosság valószínűségét. *„... a betegséget is holisztikusan, bio-pszicho-szociális egységként kellene szemlélni és értelmezni...”* (Temesváry B. 2010) Tehát a mentális állapot szoros összefüggésben van a test fizikális állapotával és ezek kihatnak egymásra. A szomatikus betegség és tüneteinek szempontjából is fontos a mentális állapot javítása, ha viszont a beteg és a hozzátartozóinak életminőségét is szem előtt tartjuk – azaz bio-pszicho-szociálisan fogjuk fel a betegséget – elengedhetetlen.

A betegek szomatikus terápiás kezelése – amelyek mind testileg, mind lelkileg megterhelőek lehetnek – vagy palliatív ellátásuk mellett a pszichés állapotuk javítása nehéz és összetett feladat, ami pszichológiai, szociális és spirituális támogatást is igénybe vesz. És habár az odaadó ápolás, kezelés, jó környezet és szociális támogatás mind nagyon fontos, azonban nagy hatékonyságú gyógyszeres vagy pszichoterápiás hangulatjavításra igen korlátozottak a lehetőségek Számos kutatás meta-analízise során nem sikerült bebizonyítani, hogy az

antidepresszánsok hatékonyabbak lennének a placebónál ebben a betegcsoportban. (Agin Liebes et al. 2020: 156)

Talán ebben hozhatnak változást a napjainkban újra a kísérletek középpontjába kerülő hallucinogén hatóanyagok mint a pszilocibin, lizgerinsav-dietilamin (LSD), dimetiltriptamin (DMT) vagy a meszkalin, amiket összefoglalva pszichedelikumoknak neveznek. Ezek közül is jelenleg az LSD és a varázsgombák hatóanyaga, a pszilocibin tűnik terápiás szempontból legfelhasználhatóbbnak ezeknél a betegeknél. A varázsgomba hatóanyagával az első kísérletek 2016-ban történtek ebben a betegcsoportban (Ross et al. 2016), (Griffith et al. 2016), az LSD-vel pedig 2014-ben (Gasser et al. 2014). Az eredményeket a *Journal of Psychopharmacology*-ben publikálták. Hogy ezek a kísérletek létrejöhessenek, több évtizednek kellett eltelni, holott ezeknek a szereknek a pozitív terápiás hatásai már a 60-as évektől ismertek voltak.

Az LSD-t 1938-ban fedezték fel Svájcban. Ez volt a pszichedelikumok nyugati világban való hódításának kezdete, ugyanis a világ különböző pontjain, a törzsi kultúrákban régóta elterjedtek voltak hasonló szerek. Mikor a kutatók megértették a tudatmódosító hatásokban rejlő hatalmas potenciált, nagy tudományos érdeklődés kezdte övezni ezeket a hatóanyagokat az egészségügyben is, leginkább a pszichiátriában. Az 50-es, 60-as években elkezdtek kísérletezni velük különböző betegcsoportokban. Már ekkor sok klinikai kísérlet volt, azonban ezek gyakran még nem megfelelő tudományos háttérrel és körültekintéssel történtek. Viszont így is nagy áttörésnek ígérkezett a területen. Mikor azonban a szerek Amerikában kikerültek a laboratóriumok falai közül és elterjedtek a fiatal generációk körében mint rekreációs és élvezeti szerek, a politikai döntéshozók megijedtek a nyilvánvaló és nagy személyiségformáló, valamint a társadalmat nem számukra kedvezően alakító (hippi mozgalmak, vietnami háború ellenzése) erejétől. Ezért elindították a drog ellenes háborút és teljesen betiltották mindennemű használatát, a tudományos kutatásokat pedig szintén befagyasztották és megtiltották azok folytatását. Több mint 30 évig szinte teljes volt a tudományos életben a csend. A 2010-es évekre azonban a társadalmi változásoknak köszönhetően fellazultak a nyilvánvalóan eltúlzott tiltások és újrakezdődhetett a tudományos diskurzus a témában. Így indulhatott újra a hatóanyagok neurofarmakológiai kutatása és jöhetett létre több, jól ellenőrzött klinikai kísérlet is kifejezetten a haldoklók állapotjavításának az érdekében is. (Ross 2018)

A pszichedelikus szerek hatása nagyban különbözik más pszichotrop vegyületek hatásától. A kutatási eredmények azt mutatják, hogy ezek nem csupán a negatív pszichés tüneteket tompítják vagy szüntetik meg a terápia idejére. Ehelyett akár egyszeri használattal, mélyen, gyökerénél kezelik a problémát és drasztikus változást hozhatnak a fogyasztó pszichés státuszában.

A szerek pontos neurális és pszichológiai hatásmechanizmusai nagyon bonyolultak és még messze nincsenek teljesen felderítve, emiatt gyakran csak hipotetikus válaszok vannak a feltett kérdésekre, főleg ha a pszichológiai aspektusokat nézzük. A hatás lényege, az hogy ezek az erős szerotonin agonisták az agyat átmenetileg átprogramozzák úgy, hogy különböző idegpályák szinapszisainak számát megnövelik, így új pályákat hoznak létre és megnövelik az agy neuroplaszticitását. A neuroplaszticitás növekedésével egy olyan tudatállapotba kerül az ember, ahol sokkal nyitottabb, könnyebben tanul és az ekkor szerzett élmények nagyobb pszichológiai hatás kiváltására alkalmasak. Ilyen magas neuroplaszticitása az emberi agynak csak gyermekkorban van. (Calder et al. 2022; Gasser et al. 2014)

Mindez az akut hatás egy egybefüggő 3-9 órás, különös, misztikus, szinesztéziákkal és érzékszervi hallucinációkkal járó élmény (pszichedelikus trip) során történik. Ennek csak szakemberi felügyelettel szabad történnie és követnie kell egy, az élményeket integráló pszichoterápiának. Erre nagy szükség van, ugyanis ez az állapot igen kellemetlen, adott esetben egyenesen félelmetes és megrázó élmény tud lenni. A beteg egyfajta pszichotikus állapotba kerül, ahol gyakori a teljes kontrollvesztés, a negatív érzelmek kikerülhetetlen felerősödése, az ego megszűnése – meghalás élmény. Viszont pont a „tripnek” ezen nehéz részei azok, amik segítenek a páciensen. Általa hozzáférnek a bennük elfojtott, gyakran fájdalmas érzelmekhez (ez a terminális betegeknél különösen gyakori), így meg tudják élni a fájdalmukat és megbékélni azzal. Ebben a tértől és időtől függetlenebb tudatállapotban újraélhetik az emlékeiket, kapcsolataikat szeretteikkel, a világgal és megtapasztalhatnak egyféle spirituális „egység” élményt. Ez az élmény a nehéz kezdet ellenére szinte mindig (a kísérletek szerint) pozitívan zárul le. Hatására a beteg a szenvedés, a kapcsolatok, élet és halál kérdéseinek felfogását újraértelmezi magában, úgy, hogy azokkal jobban meg tud békélni. Ez a változás az addig hitetlen, spiritualitással nem foglalkozó személyekre is igaz. A terápiás munka azért szükséges az élmény után, hogy a megrázó élményeket a beteg értelmezni tudja és azokat a saját pszichológiai fejlődésére tudja felhasználni. (Agin Liebes et al. 2020; Gasser et al. 2014)

Peter Gasser és munkatársai kísérlete 2014-ben LSD, Ross és munkatársai 2016-os, vagy Agin-Liebes és társai 2020-as kísérlete pedig pszilocibinnel próbálta meg és értékelte ki a pszichedelikum asszisztált pszichoterápia hatásait terminális betegeknél.

Gasser és munkatársai kísérletükben 2014-ben 11 résztvevőnek adtak 2x200 mikrogramm LSD-t két alkalommal. Mindegyikük valami súlyos betegséggel küzdött, legtöbbjük daganatos betegséggel. Közülük hét betegnek volt major depressziója, hármuknak pánikbetegsége, hatuknak generalizált szorongása. A 200 mikrogramm egy közepesen erős dózis, ami még nem terheli meg olyan súlyosan a páciens, de kiváltja a komoly pszichedelikus, misztikus élményt.

A klinikai vizsgálat egy 3 hónapos, felépített pszichoterápiás kezelés keretein belül történt. A résztvevők szorongásszintjét és pszichés állapotát STAI tesztekkel mérték és összehasonlították a terápia előttit a kísérlet után egy héttel, 2 hónappal és 12 hónappal mért adatokkal. Ezenkívül a résztvevőket meginterjúvolták a szubjektív élményeikről a pszichológiai hatás jobb megértése érdekében.

A résztvevők 77,8%-ban volt szorongás- és halálfélelem csökkenés, 66,7%-uknál jelent meg életminőség javulás. Az összes résztvevő pozitív pszichés hatásokról számolt be, valamint olyan személyiségváltozásokról, mint az érzelmekhez való jobb hozzáférés, relaxáció, nyitottság, elfogadás, mentális erő és tudatosság növekedése. 44,4%-uk az élmény nyújtotta pszichés változások hatására fizikálisan is jobban érezték magukat. (Gasser et al. 2014) Emellett a fájdalomtűrése is javult a betegeknek az ahhoz való viszonyulásuk okán. Két betegnek a súlyos migrénes fejfájása teljesen megszűnt illetve mérséklődött. A hosszútávú követés tanulsága is az volt, hogy ezek a változások a terápia után is megmaradtak, a betegek nem estek vissza a pszichológiai mutatók szerint, sőt kialakultak hosszútávú változások is, mint a családhoz és szeretteikhez való erősebb kötődés vagy az addigi értékrendszerük gyökeres átalakulása.

Ross és munkatársai 2016-ban varázsgombák hatóanyagával, a psilocibinnel végeztek hasonló kísérletet 29 daganatos beteggel. Gabrielle I Agin-Liebes és munkatársai 2020-ban ezt folytatták, részben az előző kutatásban résztvevőkkel, akik még életben voltak, ekkor már a hatások hosszú, 4,5 éves követésével. Az eredmények hasonló hatékonyságot mutattak, mint az LSD esetében, a résztvevők 60-80%-ában volt kimutatható az anxiolitikus és antidepresszáns hatás, amit HADS és STAI tesztekkel mutattak ki. A többi pozitív, fentebb említett, pszichedelikumokra jellemző hatások itt is jelentkeztek. Az itt feltett kérdésekből derült ki hogy a résztvevők 70%-a a terápiát élete egyik legmeghatározóbb személyes, míg 50%-uk élete „top-5” vagy legfontosabb spirituális élményének élte meg (Agin-Liebes et al.2020).

A kísérletek mindegyik résztvevője azt nyilatkozta, hogy pozitív változást hozott neki az élmény. A szubjektív beszámolóiban ilyen élményekről, érzésekről beszéltek: *„Az LSD ülés alatt felszabadultak a dolgok az elmémbe, amik normális állapotban nem jöttek volna elő, mert talán túlságosan el voltak nyomva.”*, (Gasser et al. 2014: 5) *„Lehetőségem volt relaxálni. Inkább a belső világomhoz kapcsolódtam. Csukott szemmel. A betegséggel kevésbé törődtem.. Képes voltam perspektívába helyezni...hogy ne a betegséggel a középpontban tekintsek magamra.”* (Gasser et al. 2014: 6) Ezeket és ehhez hasonlókat nyilatkoztak: megváltozott a hozzáállásuk a viselkedésükhöz, értékeikhez, helyzetükhöz. El tudták engedni

a kevésbé fontos dolgokat és meglátni az igazi értékeket az életükben, valamint a betegséghez és a halálhoz kötődő félelmeiktől is távolabb tudtak kerülni.

A pszichedelikumokról a közvélekedésben mélyen be van ágyazva az a tévhit, hogy veszélyes, kiszámíthatatlan és komoly negatív pszichés mellékhatásai lehetnek, mint például a skizofrénia kiváltása vagy a drog indukálta pszichózis. Azonban a tapasztalatok azt mutatják, hogy egy megfelelően felépített, integráló pszichoterápiával, megfelelő körülmények között (ugyanis a set is setting, azaz a környezet és hozzáállás nagyon fontos tényezője egy pszichedelikus tripnek) az okozott kellemetlenségek szinte teljesen kiküszöbölhetők. Ezen kutatásokban a betegek semmilyen hosszútávú negatív következményről nem számoltak be. Az egyetlen panasz az ülés közben érzett fejfájás illetve szorongás, ez azonban elenyésző a nyújtott pozitív hatásokhoz képest. Ennek eléréséhez természetesen hozzájárul a megfelelő rizikócsoportok, mint például a skizofrénia hajlamos egyének kiszűrése. Fontos még a kezelt trippe és annak lehetséges nehézségeire – mint zavarodottság, elveszettség érzés, kellemetlen hallucinációk – felkészítése, illetve a támogató terápia megfelelő kivitelezése és végig vitele.

Az LSD-szerű pszichedelikumok alkalmazása teljesen új távlatokat nyithat a terminális betegek pszichiátriai kezelésében. Emellett sok egyéb kórképben is hatásosnak tűnnek, ilyenek a súlyos, kezelésnek ellenálló depresszió, a függőségek vagy a PTSD kezelése, ezek körül szintén zajlanak hasonló kísérletek. Az ígéretes eredmények még fontosabbnak tűnnek annak fényében, hogy ezek a kórképek nagyon gyakran kívül esnek a használatban lévő pszichiátriai eszközök repertoárjának hatáskörén és ezeknek a betegeknek az egyetlen esélyt nyújthatják a gyógyulásra vagy életminőségük javítására. Azonban, hogy ezek a módszerek használhatóak legyenek, a klinikai gyakorlatban még több hasonló átfogóbb, nagyobb esetszámú kísérletre van szükség, emellett pedig jelentős társadalmi és politikai változásokat igényelnek, hogy a szerek körül megszűnjenek, a jelenleg még nagyon erősen jelenlévő tabuk és a hamis előítéletek.

IRODALOM

- AGIN-LIEBES, G.I. és munkatársai (2020) Long Term follow-up of psilocybin-assisted psychotherapy for psychiatric and existential distress in patients with life-threatening cancer, *Journal of Psychopharmacology* Vol. 34(2) 155-166
- BENYÓ G., LUKÁCS M., BUSA CS., MENGEL L., CSIKÓS Á.: A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitörési pontjai. *Magyar Onkológia* 61:292–299, 2017

- CALDER A.E. and HASLER G. (2022) Towards an understanding of psychedelic-induced neuroplasticity www.nature.com/npp
- GASSER P. és munkatársai (2014) LSD-assisted psychotherapy for anxiety associated with a life-threatening disease: A qualitative study of acute and sustained subjective effects, *Journal of Psychopharmacology* Volume 29, Issue 1, January 2015, Pages 57-68
- GRIFFITH R.R. és munkatársai (2016) Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial, *Journal of Psychopharmacology* Vol 30(12) 1181-1197
- ROSS S. és munkatársai (2016) Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Psychopharmacology* 30: 1165–1180.
- ROSS S. (2018) Therapeutic use of classic psychedelics to treat cancer-related psychiatric distress, *International Review of Psychiatry* (Print) 1369-162
- TEMESVÁRY B.: Direkt és indirekt önpusztítás, avagy hogyan lehet a „szuicidogén klímát” csökkenteni?. *Egészségtudomány*, LIV. évf, 2010. 3.

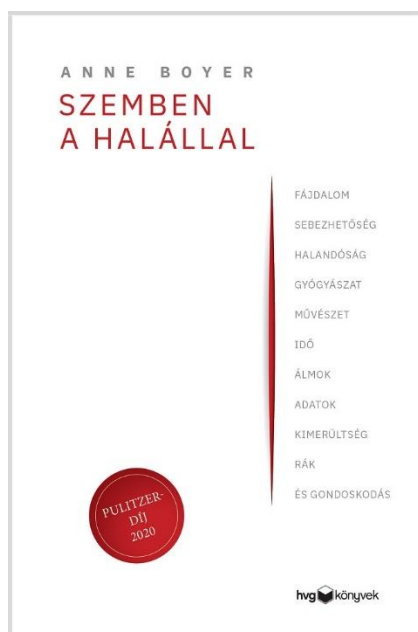
Tóth Krisztián
orvostanhallgató
Semmelweis Egyetem,
Általános Orvostudományi Kar
thot.krisztian@gmail.com

Anne Boyer

Szemben a halállal - Fájdalom, sebezhetőség, halandóság, gyógyászat, művészet, idő, álmok, adatok, kimerültség, rák és gondoskodás

HVG Könyvek, 2021

248 oldal



„A kórházi környezetben, fojtogató érzések közepette tudatosult bennem, hogy beteg vagyok.”

Festői képek, sors- és pályatársi párhuzamok. Anne Boyer kendőzetlen őszinteséggel, néhány szöveghelyen pimaszul nyers stílusban tárja olvasói elé a betegségével együtt járó fiziológiai tüneteit, lelke és elméje harcát a makacs kórral, a kemoterápiák nehéz pillanatait. Az emlőrákkal való harc katonai metaforák sorát kívánja meg mind a magyar nyelvben, mind az angolban is: harcolni a kórral, legyőzni a rákot, támadást indítani a rákos sejtek ellen - a betegséggel, rákkal kapcsolatos metaforák és a kozmikus

betegségkapcsolat Wilhelm Reich-i jelentésében. (Wilhelm Reich Speaks of Freud. Wilhelm Reich Discusses His Work and His Relationship with Sigmund Freud. The Interview. The Wilhelm Reich Museum, Orgonon Farrar Straus and Giroux, New York, 1972.)

Az olvasójával udvariaskodó szerzői szövegeken szocializálódott olvasó számára akár zavaró is lehet, ahogyan Boyer szembesít. Arcunkba vágja azon tételmondataink balgaságát, melyet vigaszul, a betegség hírére meghallva mondunk. „*X-nek is volt, hamar meggyógyult*”, „*Levették a mellét és kutya baja.*” Mert Anne Boyer nem ír körbe, nem kendőz el, nem óvja olvasóját a traumatizációtól. Ha úgy érzi, belehal, leírja. Ha éppen az bántja: miért pont ő és nem Te, kedves olvasó, papírra veti. Nem ment föl senkit (sem magát, sem más), nem akar szimpatikus lenni. Egy olyan daganatos betegségben szenved, amely sok nőtársát ragadta el

családjától tragikusan fiatalon, és ő nem akar meghalni. Felsorol művészt, író, költőt, festőt, akinek szintén volt családja és mellrákja is. És aki meghalt. Akinek elvágólag bevégeztetett az életműve. Most pedig ő lett a költő, aki betegségét veti papírra nem versben, szembehelyezkedik a halállal, s nem akar alul maradni vele szemben.

Boyer mindent úgy ír le, ahogy megélte, ahogy megtörtént. Olybá tűnik, mintha a szerzőnek nem lenne ideje a színjátékra, barokkosan túlzó és cicomázott helyzet- és állapotleírásokra. Nem akar betegtársaiért felvonulni, a szűrések fontosságát súlykoló tételmondatokat írni. Viszont megbújjik a sorok között a társadalmi közöny számonkérése, a betegektől elvárt „ideális viselkedésmód” el- és megvetése, az egészségügyi ellátóteam bevonódása, máskor embertelen közönye, de a rákkutatás összegeinek volumene is. Utóbbi párhuzamba állítva egy koraközépkorú ember életének „árával”...

Dr. Zelena András PhD

egyetemi docens

BGE KKK Társadalomtudományi Intézet

dr.zelena@gmail.com