Sapientiana 3 (2010/2) 84–97.

PATSCH FERENC SJ

A helyzetfüggő segítés etikája:
paternalizmus és autonómia összefüggései a segítői helyzetben

(II. rész)

Ebben a dolgozatban a hatalomgyakorlás gyámkodó/túlgondoskodó módja (paternalizmus) és az önirányítás/önrendelkezés képessége (autonómia) összefüggéseit vizsgálom. Az első részben (lásd *Sapientiana* 2010/1) arra a széles körű kulturális és szemléletbeli változásra hívtam fel a figyelmet, amely nagyjából az 1960-as évek óta ment végbe a segítői etika számos részterületén (a pedagógiai és pszichológiai erkölcstantól kezdve az orvosi etikán át egészen az egyházi missziológiáig), és amely a gyámkodó-paternalisztikus segítői magatartástól a segített szabadságának és felelősségének (vagyis személyes autonómiájának) mind határozottabb figyelembevétele felé való elmozdulásban nyilvánult meg. Az alábbiakban arra teszek kísérletet, hogy az etikailag helyes döntéshozatal és segítői magatartás azon modelljét ajánljam – és szemléltessem újszerű módon –, amely szerint a segítőnek a segített mindenkori konkrét döntéssel kapcsolatos autonómia-szintjét kell mérlegelnie, és ehhez – egyfajta csúszó skálán – hozzáigazítani beavatkozása paternalizmusának szintjét.

1. PATERNALIZMUS ÉS AUTONÓMIA KÖZÖTT

Miközben egészséges emberként valamennyien törekszünk szabadságunk és önrendelkezési jogaink megélésére (azaz autonómiánk gyakorlására), bizonyos helyzetekben és adott körülmények között – akaratlanul vagy tudatosan – valószínűleg mindannyian alávetjük magunkat *valamifajta* gyámkodó magatartásnak (paternalizmusnak) is. Például amikor beoltatjuk a gyermekünket a kötelező védőoltásokkal; amikor bekapcsoljuk a biztonsági övet; vagy feltesszük a bukósisakot (illetve – bosszankodva vagy készségesen – kifizetjük az ezek elmulasztásáért kiszabott büntetést); adott feltételek mellett jogosnak vagy egyenesen kedvezőnek tekintjük, ha alárendelődünk egy rólunk gondoskodó, jóin-

dulatúnak tételezett társadalmi tekintélynek és hatalomnak. Ugyanezt tesszük olyan hétköznapi és magától értetődő helyzetekben is, amikor kiváltjuk és bevesszük az orvosunk által felírt gyógyszert (anélkül, hogy tisztában lennénk a teljes hatásmechanizmusával); ha kifizetjük az adónkat (vagyis panasz nélkül elfogadjuk, hogy az állam gondoskodni kíván nyugdíjas éveinkről); vagy ha éppen beülünk egy felnőttképző előadásra (bennfoglaltan elismerve ezzel, hogy a „gyermekké"/tanulóvá regrediált státuszból továbbra is hasznunk származhat). Tekintélyekbe vetett bizalom, mások jóindulatára való bizalomteli ráhagyatkozás nélkül lehetetlen volna élni.

Ráadásul szülőként, lelkipásztorként, tanárként, egészségügyi szakemberként gyakran magunk is paternalisztikusan viselkedünk – és ez, a fent mondottak értelmében, nem is számít végzetes hibának! Maga az élet hozza, hogy olykor továbbtanulási szakirányt, munkahelyet, esetleg – horribile dictu – orvosi beavatkozást, vagy házastársat ajánlunk másoknak, vagy éppen óvón-gyámkodón igyekszünk lebeszélni őket ugyanezekről. Talán valóban azoknak az etikusoknak van igazuk, akik azt állítják, hogy a társadalmi és családi közösségben leélt élethez elkerülhetetlenül hozzátartozó (legalábbis „puha", azaz nem teljesen és minden szempontból autonóm személyekkel szemben érvényesített) *paternalizmus* csupán azért vált gyanús hangzású szóvá, mert általában (és helytelenül) összekeverik azt mások kényszerítésével.[1]

Nyilvánvaló ugyanis, hogy – legalább *bizonyos* helyzetekben – elvileg is helyesnek tűnik egyetérteni *valamifajta* paternalizmussal. Voltaképpen ezt tesszük akkor, ha helyeseljük a szociális kontroll bizonyos formáit, a fogyasztóvédelmet, a kábítószerek, az alkohol és cigaretta reklámozásának, fogyasztásának és terjesztésének korlátozását. Elvileg kérdőjelezzük meg a szélsőséges (individualista) autonómia-felfogást, amennyiben – ha rajtunk múlik – nem igyekszünk korlátlan teret adni a pornográfiának és a prostitúciónak, illetve – saját érdekünkben – alávetjük magunkat a kényelmetlen biztonsági előírásoknak egy repülőtéren. „Puha" értelemben paternalisztikusan, anti-individualisztikusan gondolkodunk akkor is, ha történetesen vitatjuk annak jogosultságát (erkölcsileg megengedhetetlennek tarjuk), hogy valaki ártson magának (mondjuk azzal, hogy önszántából rabszolgának áll),[2] vagy ha nem minden esetben helytelenítjük annak jogi úton való megakadályozását, hogy valaki másnak, annak saját kérésére ártson, illetve, hogy

[1] Tziporah Kasachkoff: Paternalism: Does Gratitude Make it Okay? *Social Theory & Practice* 20 (1994/1) 1–23, itt: 2.

[2] Vö. Andrew Sneddon: What's wrong with selling yourself into slavery? Paternalism and deep autonomy, *Crítica* 33 (agosto 2001) 97–121.

másokat saját kérésükre meggyilkoljon.[3] Ha helytelenítjük az embereken való kísérletezést,[4] vagy kötelező biztosítást fizetünk, a gyakorlatban legitimáljuk az állam gyámkodó szerepét. Hogy mindez valóban paternalizmusnak számít-e, az természetesen definíció kérdése is.[5] Hiszen nyilvánvalóan az ilyen típusú elvi álláspont racionálisan nagyon is megalapozható, amennyiben ugyanilyen alapon reménykedünk abban, hogy bennünket is megóvnak olyan helyzetekben, amikor esetleg nem felelünk teljes mértékben magunkért. Mindenesetre úgy tűnik, a legkevesebb, amit mondhatunk, hogy a bennünket védő tekintélyekbe vetett bizalom, illetve a saját és mások életének védelmét célzó intézkedésekkel való egyetértés nem minden körülmény között mond gyökeresen ellent autonómiánknak.

A szakirodalomban a szerzők igen jelentős hányada elfogadja és etikailag igazoltnak tekinti a paternalizmus fent emlegetett „puha" *(soft)* változatát,[6] ha – részben az alternatív orvoslás részéről – okkal-joggal féltenek is attól, hogy kiszolgáltassuk magunkat a kontroll-nélküli orvosi autonómiának és önkénynek,[7] illetve – helyesen – általánosságban is felhívják a figyelmet arra, hogy ha a hivatásos segítő és a segített nem értenek egyet ez utóbbi legjobb érdekeit illetően, ebből nem szabad elhamarkodottan arra következtetni, hogy a segített téved, vagy hogy döntése eleve irracionális.[8]

Még a német jog is, amely általában véve kerüli a direkt paternalizmust a büntetőjogban (a megkísérelt öngyilkosság és önmagunk akaratlagos testi megsértése nem számít büntetendő cselekménynek), törvénykezési gyakorlatában néhány kivétellel látszik szolgálni: ilyen például a kábítószerhasználat, melyet a

[3] Vö. Andrew von Hirsch: Direct Paternalism: Criminalizing Self-Injurious Conduct, *Criminal Justice Ethics* 27 (2008/1) 25–33.

[4] Franklin G. Miller – Alan Wertheimer: Facing Up to Paternalism in Research Ethics, *Hastings Center Report* 37 (2007/3) 24–34.

[5] Vö. Paul Bou-Habib: Compulsory Insurance without Paternalism, *Utilitas* 18 (2006/3) 243–263.

[6] Agnes E. Tellings: What eyes doesn't see: An Analiysis of Strategies for Justifying Acts by an Appeal for Concealing Them, *Ethics & Behavior* 16 (2006/4) 363–375, itt: 372; Paul Anand – Alastair Gray: Obesity as Market Failure: Could a 'Deliberative Economy' Overcome the Problems of Paternalism? *Kyklos* 62 (2009/2) 182–190, itt: 188; Franklin G. Miller – Alan Wertheimer: *Facing Up to Paternalism in Research Ethics,* i. m. 28–30.

[7] Matthew McCoy: Autonomy, Consent, and Medical Paternalism: Legal Issues in Medical Intervention, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 14 (2008/6) 785–792.

[8] Jayne Breeze: Can paternalism be justified in mental health care? *Jorunal of Advanced Nursing* 28 (1998/2) 260–265.

büntetőjog körébe von.[9] Máshol, még olyan etikusok is, akik az egyenlő elbírálás elve alapján a „halálhoz való jog" mellett szállnak síkra,[10] elismerik annak erkölcsi megengedhetetlenségét, hogy valaki eladja magát rabszolgának.[11] Nyilvánvalóan jó dolog saját sorsunkat irányítva döntéseket hozni, ám az autonómia csak egy a szóban forgó értékek között, és nem világos, hogy minden mással szemben prioritást kellene élveznie.[12] A protektív szabályozás (mint mondtuk, például a kábítószerek, a prostitúció, a pornográfia, a szerencsejáték és az eutanázia elterjedésének lehetőség szerinti akadályozása érdekében, illetve a közlekedésben a bukósisak- és biztonsági övhasználat stb., mely bizonyítottan csökkenti a halálozási arányszámot)[13] – ha végső soron gyámkodó magatartás is – minden társadalom jól felfogott érdekei közé tartozik.

Mások egyenesen sürgetik a paternalizmus modernizált változatának bevezetését, legalábbis a technológiával összefüggő etikai kérdésekben.[14] Az orvosi etikában[15] és a pszichoterápiában[16] is világviszonylatban sok jele van annak, hogy erősödik az az irányzat, amely nem hisz többé sem a kizárólagos beteg-autonómiában, sem az orvosi paternalizmusban, hanem a kettő lehetséges kombinációjával operál. A fent elmondottak alapján nyilvánvaló, hogy a magam részéről ehhez az áramlathoz kívánok csatlakozni.

9 Andrew von Hirsch: *Direct Paternalism: Criminalizing Self-Injurious Conduct,* i. m.

10 Andrew Sneddon: Equality, Justice, and Paternalism: Recentreing Debate about Physician-Assisted Suicide, *Journal of Applied Philosophy* 23 (2006/4) 392–394.

11 Andrew Sneddon: *What's wrong with selling yourself into slavery? Paternalism and deep autonomy,* i. m.

12 Simon Clarke: Debate: State Paternalism, Neutrality and Perfectionism, *The Journal of Political Philosophy* 14 (2006/1) 111–121, itt: 112.

13 Marian Moser Jones – Ronald Bayer: Paternalism and Its Discontents: Motorcycle Helmet Laws, Libertarian Values, and Public Health, *American Journal of Public Health* 97 (2007/2) 208–217.

14 Bjørn Hofmann: Technological Paternalism: On how medicine has reformed ethics and how technology can refine moral theory, *Science and Engineering Ethics* 9 (2003) 343–352.

15 Alireza Bagheri: Regulating Medical Futility: Neither Excessive Patient's Autonomy Nor Physician's Paternalism, *European Journal of Health Law* 15 (2008) 45–53; Anthony G. Tuckett: On paternalism, autonomy and best interests: Telling the (competent) aged-care resident what they want to know, *International Journal of Nursing Practice* 12 (2006/3) 166–173.

16 Helen Maison – Uirike Sciinnidt – Harriet Humfress: Between paternalism and neoliberal regulation Producing motivated cients of psychotherapy, *Critical Psychology* 18 (2006) 107–135.

2. Felelősebb/veszélyesebb döntéshez nagyobb kompetencia: a belátási képesség csúszó standardja

E dolgozat első részében igyekeztem röviden igazolni, hogy egy és ugyanazon személy különböző döntési helyzetekben viselkedhet autonóm módon (s tekinthető kompetens döntéshozatalra képes, felelős személynek), máskor a helyzettől elbizonytalanodva (mondjuk kórházi környezetben, súlyos fájdalom, stressz hatására, hospitalizációs szindrómákat mutatva) képtelenné válhat arra, hogy felelős döntést hozzon saját sorsával kapcsolatban. Ezt a tényállást a jog is elismeri: a magyar jogi szabályozás szerint például gondnokság alá helyezés nélkül is cselekvőképtelennek számít az, aki olyan állapotban van, hogy az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége tartósan vagy a jognyilatkozat megtételekor átmenetileg teljesen hiányzik.[17] Ez másképpen azt jelenti – s e tekintetben a magyar szakemberek közül mindenekelőtt Kovács Józseffel értek egyet[18] –, hogy az ember konkrét döntési kompetenciája nem univerzális vagy globális (az ún. „küszöb standard" modellje szerint ui. a kompetenciának egy bizonyos szintet vagy küszöböt kell elérnie ahhoz, hogy az illető személyt cselekvőképesnek tekinthessük), hanem mindenkor sokféle tényezőtől függő fogalom. A belátási képességet (kompetenciát) mindenekelőtt a meghozandó döntés körülményei, tétje és jellege határozza meg, ezért – röviden szólva – *a belátási képesség döntés-specifikus, illetve döntés-relatív* fogalomnak tekintendő. Ezt a modellt másképpen – Buchanan és Brock nyomán – a *kompetencia csúszó-standardjá*nak szokás nevezni. De mit is jelent pontosabban ebben az összefüggésben a „csúszó" jelző?

Az orvosi etikus szakemberek megfigyelése szerint egy beteg nem általában rendelkezik vagy nem rendelkezik belátási képességgel, hanem egy adott orvosi beavatkozás vonatkozásában, egy adott időpontban és adott körülmények között tekinthető autonóm, belátási és önrendelkezési képességgel rendelkező személynek, míg egy másik beavatkozás vonatkozásában, vagy ugyanazon beavatkozást illetően, de egy másik időpontban vagy más körülmények között esetleg éppenséggel nem rendelkezik vele.[19]

Nem tűnik logikátlannak a mindennapos orvosi gyakorlat, miszerint ha egy beteg nem ellenkezik orvosával, amikor az életét megmenteni szándékozó beavat-

[17] Vö. a 2001. évi XV. törvény a cselekvőképességgel, gondnoksággal összefüggő egyes törvények módosításáról. 17 § (1).

[18] Vö. Kovács József: *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában,* Medicina, Budapest, 2007, 284–285.

[19] Vö. Kovács József: *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában,* i. m. 286–287.

kozást javasol, akkor általában nem kérdőjelezzük meg a belátási képességét. Ennek oka az a közgondolkodást is mélyen átjáró bizalom, miszerint általában hajlunk annak jóindulatú és ésszerű feltételezésére, hogy az orvos javaslata a beteg egészségügyi érdekeit szolgálja, és hogy ez egybeesik a beteg kívánságával. Ám ha a beteg a kezelést elutasítja, felvetődik a kérdés: vajon tudja-e, hogy mit cselekszik? Megalapozottnak látszik tehát, hogy általános szabályként fogalmazzuk meg: „amikor a döntés tétje nagy, a lehető legnagyobb mértékű belátási képességet kell megkövetelni […]. Amikor ellenben a döntésnek csekély a kockázata vagy szinte egyáltalán nincs következménye az illető jólléte szempontjából, […] az illető önrendelkezési jogának kell elsőbbséget élveznie, s ezért kis belátási képesség is elegendő az önrendelkezési jog tiszteletben tartásához."[20] Így tehát a cselekvőképesség elismeréséhez szükséges belátási képesség attól függ, hogy a döntés az illető egészségügyi jóllététre milyen kockázatot jelent (feltételezve ti., hogy az illető *egészségügyi* jólléte általában egybeesik a *saját értékrendje* szerinti jóllétével). A már eddig is elmondott befolyásoló tényezők mellett fontos kiemelni, hogy a döntéshozatali képesség (kompetencia) nemcsak a döntési helyzetben levő személy kognitív képességeinek szintjétől függ, hanem a döntés körülményeitől is, amennyiben abba belejátszik a döntést hozó hangulata, pszichés és mentális állapota, szorongási szintje, stresztűrő képessége stb. is. A döntés körülményein túl a kompetencia (belátási képesség) egyúttal feladat-specifikus is, ami azt jelenti, hogy azt, hogy az illető az adott konkrét feladat megkövetelte belátási képességgel rendelkezik-e, csak a feladat sikeres végrehajtásához igényelt képességek és a beteg aktuális belátási képessége összemérése alapján lehet megállapítani. A belátási képesség fogalmának döntés-specifikus jellegéből következően a belátási képesség romlása általában sohasem teljes, sohasem minden döntésre kiterjedő.[21] Még egy pszichiátriai zavar sem jelent automatikusan csökkent belátási képességet. A belátási képesség szintje továbbá időről időre változó, a beteget körülvevő környezettől és a körülményektől is függő lehet, s ezért nem kerülhető el a belátási képesség folyamatos, esetről esetre történő megítélése.[22]

Indokoltnak látszik tehát a belátási képesség csúszó standardja alapján a döntéshozatali képesség (kompetencia) elismeréséhez csekélyebb belátási képességet megkövetelni abban az esetben, ha a beteg érdekében álló, a beteg egészségügyi jóllétét biztosító döntés születik. A beteget így könnyebben cselekvőképesnek minősíthetjük, és önrendelkezési jogát is tiszteletben tarthatjuk. Minél kisebb súlyú

[20] Kovács József: *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában,* i. m. 297.

[21] Kovács József: *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában,* i. m. 326.

[22] Kovács József: *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában,* i. m. 327–328.

egy döntés a beteg egészségére és fizikai jóllétére nézve, annál alacsonyabb szintű belátási képességet is elegendőnek lehet tartani a döntés tiszteletben tartásához, vagyis az adott szituációban az illető autonómiája elismeréséhez. Másrészt viszont, minél kockázatosabb egy döntés az illető személyre nézve, vagyis minél nagyobb veszélynek tenné ki fizikai egészségét, ha döntését az orvosok tiszteletben tartanák, annál inkább szükség van a döntéshozó belátási képessége (kompetenciája) megkövetelésére (azaz annak biztosítására, hogy az illető a döntését a következmények pontos ismeretében, azok alapos megértése és körültekintő mérlegelése után hozhassa meg). Ezt nevezzük röviden a döntési képesség csúszó-változó standardjának *(sliding scale).*

A fentiekben – a részletek említése nélkül – egy közelmúltban zajló orvosetikai vitában foglaltam állást, amely a döntési kompetencia veszéllyel összefüggő standardjának *(risk-related standard)* kérdése körül zajlott, az 1990-es évektől fogva, a *Bioethics* folyóirat hasábjain. A vitában számos „pro"[23] és „contra"[24] érv hangzott el. A magam részéről úgy vélem – mint azt fentebb igyekeztem bizonyítani is –, hogy helyesnek látszik elismerni a józan ész diktálta szabályt, miszerint nagyobb veszély esetén nagyobb döntési kompetenciát (autonómia-szintet) kell megkövetelni a felelős (és jogilag érvényes) döntéshozatalhoz; ennek hiánya esetén pedig – a döntéssel kapcsolatos kompetencia-szint és autonómia meglétének fordított arányában – jogosult a protektív-gyámolító segítői magatartás (avagy egyfajta mérsékelt paternalizmus). Bár méltánylandó a veszélyfüggő standard ellenzőinek törekvése, mely az emberi személy autonómiájának (és szabad döntései által is gyakorolt személyi méltóságának) tiszteletben tartására irányul,[25] mégis logikusnak és – a segített jólléte érdekében – messzemenően megalapozottnak látszik a körülményeket is (és nem csak a személyes kompetencia úgynevezett „küszöb standard" szerint megállapított értékét, il-

[23] Dan W. Brock és Allen E. Buchanan nyomdokain JAN WILKS: Asymmetrical Competence, *Bioethics* 13 (1999/2) 154–159; JAN WILKS: The Debate Over Risk-Related Standard of Competence, *Bioethics* 11 (1997/5) 410–420.

[24] MARK R. WICCLAIR: Patient Decision-Making Capacity and Risk, *Bioethics* 5 (1991/2) 91–104; MARK R. WICCLAIR: The Continuing Debate Over Risk-Related Standards of Competence, *Bioetics* 13 (1999/2) 149–153; GITA S. CALE: Risk-Related Standards of Competence. Continuing the Debate Over Risk-Related Standards of Competence, *Bioethics* 13 (1999/2) 131–148; JOSEPH P. DEMARCO: Competence and Paternalism, *Bioethics* 16 (2002/3) 231–245.

[25] Vö. mások mellett még ALASDAIR MACLEAN: Now You See It, Now You Don't: Consent And The Legal Protection Of Autonomy, *Journal of Applied Philosophy* 17 (2000/3) 277–288.

letve a cselekvés szándékát) figyelembe venni egy adott döntés erkölcsi és jogi érvényességének megítéléséhez.

Nagyobb fokú autonómia kockázatosabb döntést is legitimál; e nagyobb mértékű autonómiát és döntési kompetenciát tehát *a döntéssel járó veszély mértékével arányban* kell megkövetelni. Mint láttuk, ez a megközelítés a szakirodalomban a kompetencia mozgó vagy „csúszó standardjának" *(sliding scale)* nevezett jelenség.[26] Általánosságban véve hogyan vonatkoztassuk mármost ezeket a felismeréseket olyan segítői helyzetekre, ahol – akaratlagosan vagy önkéntelenül – *befolyásolás* történik?

3. „Helyzetfüggő segítés/befolyásolás"? – A szituatív vezetés modelljének egy lehetséges továbbfejlesztése

Mi igazíthat el bennünket az e dolgozat első részében némiképp részletesebben elemzett két modell (a paternalizmus és az autonómia) erkölcsileg helyes arányát illetően? – ezzel a kérdéssel zártuk e dolgozat első részét. Már az eddigi áttekintés során is láttuk, hogy mind a szélsőséges („kemény") paternalizmus, mind pedig a liberális (individualista) autonómia-felfogás *önmagában* súlyos etikai kétségeket támaszt. De vajon igazuk van-e azoknak, akik a két álláspont kizárólagosságot hangsúlyozzák? Avagy eljárhatunk úgy is, hogy – úgymond – „a kecske is jóllakjék" s eközben „a káposzta is megmaradjon"?[27] Világosabban szólva: létezik-e összekötő kapocs a két szélsőség között?[28] A cselekvőképesség fentebb ismertetett „csúszó" standardja etikai álláspontján állva most ennek felvázolására teszünk kísérletet.

E dolgozat első részében láttuk, hogy a segítő (szülő, nevelő/pedagógus, orvos/etikus, pap/misszionárius) erkölcsi felelőssége növekedésével – ami a döntés következményeinek súlyosságával egyenes arányban áll – általában arra érez növekvő késztetést, hogy engedjen paternalista tendenciáinak, és nehezen nyugszik bele abba, hogy segítettje az általa javasolt vagy jónak tartott döntéssel ellentétes következtetésre jusson. Ugyanakkor – az autonómia alapelve és az általunk is osztott kliensközpontú megközelítés értelmében – nyilvánvalóan arra

[26] Vö. Mark R. Tonelli: Substituted Judgment in Medical Practice: Evidentiary Standards on a Sliding Scale, *Journal of Law, Medicine & Ethics* 25 (1997) 22–29.

[27] David J. Garren: Paternalism, Part II, *Philosophical Books* 48 (2007/1) 59.

[28] Mike J. McNamee – Helen Sheridan – John Buswell: Paternalism, professionalism and public sector leisure provision: the boundaries of a leisure profession, *Leisure Studies* 19 (2000/3) 199–209.

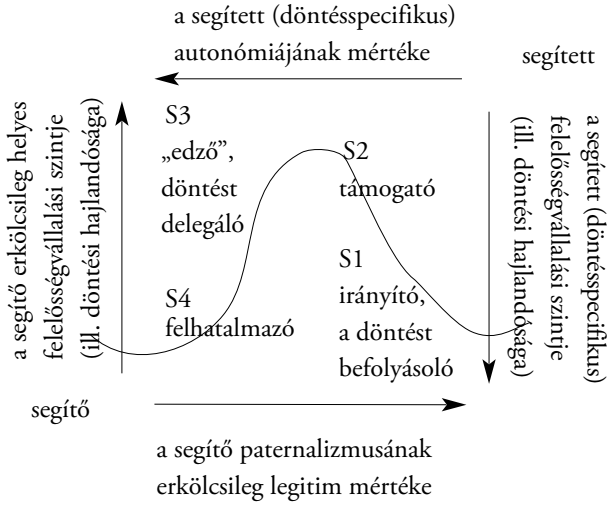
is szükség van, hogy saját direkt segítői beavatkozásának módját a segítő következetesen a másik félhez (aki lehet felnőtt hozzátartozó, tanítvány, kliens/páciens, illetve vallási érdeklődő), az ő döntéshozatali és belátási képességéhez igyekezzék igazítani (mindezt akár saját hajlamainak, gyámkodásra irányuló tendenciáinak korlátozása árán is).

Általános elvként leszögezhető, hogy egy adott döntés tekintetében elégséges autonómia-szintet mutató emberek esetében, akik önrendelkezési jogukkal és képességükkel arányosan magas szabadsági és felelősségi fokon képesek élni, megengedhetetlen a paternalisztikus magatartás (azaz döntési képességeik korlátozása) – éspedig a segítettek ezen szabadsági és felelősségi fokával fordított arányban. Másként kifejezve: minél autonómabb a segített, a segítő erkölcsi kötelessége annál inkább tiszteletben tartani ezt az autonómiát, és mintegy „visszahúzódni", azaz saját gyámkodó (paternalista) és önérvényesítő (asszertív) tendenciáit háttérbe szorítani.

Ha ábrával akarnánk kifejezni az elmondottakat, egy egyszerű – a szituatív vezetés Hershey és Blandchard által kidolgozott modelljéből merített – ötlet jöhet a segítségünkre. Forgassuk most egymásra a korábban (lásd *Sapientiana* 2010/1) felvázolt koordináta rendszereket. A *segítő paternalisztikus* tendenciáit és a *segített autonómiáját* szemléltető vízszintes nyilak most egymás felé mutatnak, szemléltetve, hogy a segítő paternalizmusának és direktivitásának ezennel a segített autonómiája és asszertivitása javára, annak fordított arányában vissza kell húzódnia. A függőleges tengelyek eddig a segítő és a segített felelősségét ábrázolták, mely a veszély növekedésével egyenes arányban nőtt. Tekintsünk most el a veszélyességi faktortól. A két ellentétes irányú nyíl most a segített és a segítő *erkölcsi felelősségét* ábrázolja (ez korábbi ábráinkban éppen a veszélyfaktorral korrelált), jelezve, hogy az egyik növekedése elvileg szükségképpen a másik csökkenését eredményezi (s ez akkor is igaz, ha – a dolog természeténél fogva – a mindenkori *konkrét* arány megállapítása eseti kérdés, amely gyakorlatilag mindenkor jelentős bizonytalanság forrása). A kliensközpontú szemlélet értelmében a folyamat nyilvánvaló – ha úgy tetszik *pedagógiai* – célja a segített maximális autonómia- és felelősségi szintjének elősegítése az adott kontextuson belül (ám nem annak mindjárt és automatikusan *végzetes* következményeket is megengedő érvényesítése árán). A segítői helyzet e *kontextuális* modelljében tehát a segítettnek kell a középpontban állnia; mintegy ő határozza meg a segítő-segített interakció „ritmusát" és mértékét. Ebben az értelemben a mindenkori segítő (szülő, nevelő/pedagógus, orvos/etikus, pap/misszionárius) mindenkori feladata marad, hogy a maga eszközeivel előmozdítsa segítettje morális kompetenciájának növekedését, erősödését, érlelődését. Szerepe tehát – még éles

nézetkülönbség esetén is – alárendelt, szerény, mintegy „szolgálói" szerep: önmaga megszüntetésére (illetve – a hegeli dialektika értelmében – megszüntetve-megőrzött-felemelésére) irányul, miközben a legszigorúbban hagyja magát vezettetni mindenkori segítettjének (gyermekének, neveltjének/tanítványának, páciensének/kliensének, illetve vallása iránt érdeklődő felebarátjának) képességei és igényei által. Ám ugyanez a segítő – szigorúan ugyanezen képességek és igények mentén – egyúttal beavatkozni, befolyásolni is hivatott a döntéshozatal folyamatát; hiszen tekintélyi szerepe révén ennél nem is vállalkozhat kevesebbre.

A segítői kapcsolatban interakció zajlik, amely során akarva-akaratlanul – a neves német filozófus, Hans-Georg Gadamer (1900–2002) szavával szólva – „horizont-összeolvadás" *(Horizontverschmelzung)* jön létre a véleményüket kifejező felek között.[29] A dialógusban résztvevők kölcsönösen hatnak egymásra, befolyásolják egymás véleményét. Ezen oda-vissza mozgásban mindenekelőtt a segítő feladata marad a másik „tempójának" figyelembevétele (és segítettje autonómia-szintjének erre tekintettel való emelése). A fent leírt modellt a segítő „tennivalója" (erkölcsileg helyes magatartása) szempontjából az alábbi ábrával szemléltethetjük:



1. ábra: Az összeolvadt horizontok modellje a segítő–segített közös döntéshozatalának folyamatában

[29] „Már eleve horizonttal kell rendelkeznünk, hogy egy szituációba […] belehelyezkedjünk" – írja Gadamer. Egy másik horizontjába belehelyezkedni viszont „[n]yilván nem egyszerűen azt

S1 (Alacsony autonómia-szintű segített magas felelősségvállalási hajlandósággal; erősen paternalista segítő, kevés késztetéssel a másik döntéséért való felelősségvállalás iránt.) Ez a helyzet például egy fogyatékos fiatal esetében, aki pap akar lenni. A segítő dolga, hogy igyekezzék őt irányítani, befolyásolni, tudatosan lebeszélni róla.

S2 (Kevéssé autonóm segített, csekély felelősségérzettel és döntési hajlandósággal; erősen paternalista segítő, aki határozott döntési hajlandósággal és felelősségérzettel rendelkezik.) Ez a helyzet például egy enervált/hospitalizált szindrómákat mutató páciens esetén, aki pillanatnyilag képtelen a saját sorsát intézni. A segítő feladata elsősorban támogatni őt, sőt, akár időlegesen teljesen át is vállalni tőle a felelősséget.

S3 (Autonóm segített csekély felelősségérzettel és döntési hajlandósággal; alacsony paternalista késztetésű, döntésmotivált segítő, aki átérzi saját felelősségét.) Ez a helyzet például életkérdéseivel szüleihez vagy más tekintélyi személyekhez menekülő, nekik szívesen alárendelődő kliens esetében. A segítő feladata itt elhárítani, visszadelegálni a döntést, „edzeni", erősíteni kliense autonómiáját.

S4 (Kompetens és döntésmotivált/felelősségteljes segített; alacsony paternalizmus-szintű segítő kis felelősségérzettel és döntési hajlandósággal.) Ez a helyzet például egy a segítőétől eltérő vallású érdeklődő esetén, aki meggyőződéses és elégedett követője saját hitének. A segítő dolga így mindössze felhatalmazni őt *saját* döntései meghozatalára.

Természetesen a horizontok összeolvadását a segítő beszélgetésekben más szerzők is észrevették és jelentőségét is igyekeztek kiaknázni.[30] A fogalom óriási előnye, hogy – szemben a posztmodernben divatos „összeférhetetlenség" *(incommensurability)* koncepcióval – sikeres modellt nyújt a meg nem értés és

---

[jelenti], hogy eltekintünk önmagunktól". Hiszen a „másik szituációba éppen hogy önmagunkat is magunkkal kell vinni. […] *A megértés inkább mindig az ilyen állítólag magukban véve létező horizontok összeolvadása.*" HANS-GEORG GADAMER: *Igazság és módszer. Egy filozófiai hermeneutika vázlata*, Gondolat, Budapest, 1984, 216; 217 – kiemelés az eredetiben.

30 HYUN HÖCHSMANN: Foreseeing a fusion of horizons – Gadamer, Quine, and Chung-Ying Cheng, *Journal of Chinese Philosophy* 34 (2007/1) 128–149; CHRISTOPHER SHELLEY: Epistemology and Methods in Individual Psychology: Toward a Fusion of Horizons with Hermeneutics, *The Journal of Individual Psychology* 56 (2000/1) 59–73; KARSTEN R. STUEBER: The psychological basis of historical explanation: reenactment, simulation, and the fusion of horizons, *History and Theory* 41 (February 2002) 25–42.

a félreértés ténylegesen fennálló veszélye ellenére is számos alkalommal *ténylegesen* létrejövő szótértés leírására, mind személyes szinten, mind pedig a kultúrés vallásközi kapcsolatok vonatkozásában.[31]

Ha a heideggeri-gadameri filozófiai hermeneutikai a dialógus művészete, akkor e tekintetben nagyon sok tanulnivalója van tőle a segítői (szülői/pedagógusi, orvosi/etikusi, lelkipásztori/misszionáriusi) praxisnak.[32] Annak érdekében, hogy meghalljuk a másik *valódi igényeit*, a szakirodalomban Anthony G. Tuckett jó érzékkel bíztat a kérdezés művészetének elsajátítására.[33]

4. Összefoglalás – egy lényeges kiegészítéssel

Kérdésfeltevésem szempontjából – reményeim szerint – kielégítően bizonyítást nyert a végkövetkeztetés: a segítői helyzetben éppoly hibás volna a túlzott paternalizmus gyakorlata, mint annak teljes elvetése („puha" formájában is). Másképpen fogalmazva: erkölcsi szempontból sem az autonómia kizárólagosságának állítása, sem az autonómia semmibevétele nem helyeselhető álláspont. Ehelyett a vizsgált két alapbeállítódás erkölcsileg helyes arányát a segítői helyzetben „csúszó skála" segítségével, esetről-esetre kell mérlegelni; hiszen ennek mértékében a segített személy mindig körülmény- és döntésspecifikus belátási képessége (autonómiája) és a segítő befolyásolási hajlandósága (paternalizmusa) alapjában véve fordított korrelációban állnak.

Lényegesnek tűnik azonban végezetül egyetlen kiegészítő észrevételt tennem. Az egész kérdéskomplexum fenti tárgyalásakor – amely jórészt angolszász, vagy angolszász befolyás alatt álló szerzők alapján történt – lényegében mellőztem az „igazság" és a „jóság" erkölcsi kategóriáit. Ennek oka, hogy e kategóriák lényegében kívül esnek a fenti szerzők (poszt)modern problémahorizontján. Ez

[31] Amani Albedah: A Gadamerian Critique of Kuhn's Linguistic Turn: Incommensurability Revisited, *International Studies in the Philosophy of Science* 20 (2006/3) 323–345.

[32] Charles Bingham: The Hermeneutics of Educational Questioning, *Educational Philosophy and Theory* 37 (2005/4) 553–565; Roxanne K. Vandermause: The poiesis of the question in philosophical hermeneutics: Questioning assessment practices for alcohol use disorders, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 3 (2008/2) 68–76.

[33] „Egyszerűen kifejezve – írja–, az a módszer, amivel megtudhatjuk, mit akar egy kompetens idősgondozott tudni a saját állapotáról: az, hogy megkérdezzük őt." Anthony G. Tuckett: *On paternalism, autonomy and best interests: Telling the (competent) aged-care resident what they want to know,* i. m. 171.

a tény persze már önmagában is tanulságos; jóllehet elemzése e helyt nem feladatunk. Végzetes hiba volna azonban úgy tekinteni, mintha e kategóriák ne játszanának szerepet a segítő foglalkozásúak etikájának mindenkori konkretizálásában – s talán különösen is igaz ez a lelkipásztori (papi/misszionáriusi) beszélgetésekre, mely természeténél fogva erkölcsi természetű.

Az igazság továbbadása persze minden pedagógusnak is szent feladata, tanítványaival szembeni kötelessége. Ugyanígy – jóllehet az élet nem abszolút erkölcsi érték – minden orvos páciensei életének, fizikai javának védelmére esküszik. Az azonban egészen nyilvánvaló, hogy az igazság ismerete, az arról való felvilágosítás követelménye a hozzá forduló java érdekében mindenkinél jobban kötelezi a hithirdetőt. A kinyilatkoztatás ismerője nem hallgathatja el meggyőződését, beszélnie kell arról, amit látott és hallott (vö. ApCsel 4,20). Segítőként – merítse bár kritériumait a természettörvényből, vagy az isteni önkinyilatkoztatásából – erkölcsi kötelessége a felismert igazságok továbbadása. Ez a fajta „abszolutisztikus" megközelítés persze – megeshet – idegenül és provokatívan hangzik a mai füleknek; pluralista, egalitariánus és demokratikus érzelmű, nyugati típusú társadalmi közegünk az ilyen érvelést gyakran elutasítja a „politikailag korrektség" nevében. Ha azonban valóban segíteni akarunk másoknak, nem mondhatunk le arról, hogy vallási és erkölcsi kérdésekkel is szembesítsük őket; különösen abban az esetben, ha az illető autonóm módon kidolgozott nézetei és döntései eltérnek az isteni kinyilatkoztatásból megismert Igazságtól és Jóságtól. Ez persze nem jelenthet zöld utat annak, hogy másokra próbáljuk rákényszeríteni saját erkölcsi vagy vallási-hitbeli meggyőződésünket. Arra azonban kétségkívül felhív, hogy az Igazság iránti tiszteletből (s a másik személy iránti tisztelettel teljes összhangban, mely éppen ebben az Igazságban gyökerezik) adott esetben nyíltan ki merjük fejezni: „Nem tudok egyetérteni valamely döntéseddel, és nem helyeslem azt, mert ellentétben áll Jézus Krisztus tanításával!" Mindez nem szükségképpen jelent intoleranciát; létezik ugyanis az abszolút igazság toleráns képviselete (amint létezik a mindent elfogad(tat)ás zsarnoksága, a tolerancia diktatúrája is).[34] A keresztény egyház teológiájának fő vonulata éppen erre az alázatos, türelmes, minden nyomásgyakorlást kerülő, ám az Igazság mellett elkötelezett kiállásra bátorítja tagjait, mivel kétezer éves tapasztalata, hogy eszméi az érintettek legjobb érdekeit szolgálják.

A domináns nyugati kultúra által népszerűsített egyoldalú elmozdulás a paternalizmustól az autonómia felé talán azért gyakorol ilyen ellenállhatatlan vonzást, mert – egyrészt – a jóléti, ún. „első" világban „az atyák hagyományai" fo-

[34] Vö. BENOIT LOBET: *La verità può essere tollerante?,* Città Nuova, Roma, 1995.

kozatosan feledésbe merültek; másrészt a fejlődő világot mintha megbabonázná a talmi csillogás, a Nyugat gazdasági prosperitása. Csakhogy – s itt a radikális hermeneutika érvelése visszájára fordítható – senki sincs a „tiszta ész" állapotában: valójában mindannyian előítéleteink hatása alatt állunk.[35] A Gadamer-féle előzetes megértés *(Vorverständnis)* annál inkább befolyásol bennünket, minél kevésbé tudatosítjuk magunkban hatását. A minden normatív iránymutatást nélkülöző radikális perspektivizmussal szemben vajon nem jelent-e elfogadhatóbb alternatívát a XX. századi nagy német teológus, Karl Rahner (1904–1984) álláspontja, aki szerint kiindulásképpen ki-ki mintegy előzetesen bizalmat szavazhat annak az előfeltevés-halmaznak, amelybe beleszületett,[36] azáltal is – mintegy anonim módon – rábízva magát az isteni gondviselésre (s ez igaz minden eszmetörténeti hagyományra, sőt a vallásra is!).[37] Persze senkinek sem kell itt megállnia. Az autonóm erkölcsi döntésre való képességet ugyanis nem azáltal nyerjük el, hogy minden befolyástól függetlenítjük magunkat (ami lehetetlen), hanem azáltal, hogy konkrét körülményeink között fokozatosan igyekszünk ránevelni magunkat a lelkiismeret, azaz a Szentlélek indításainak követésére. Ezt neveli, tisztítja és legbiztosabb formában közvetíti a megszentelt hagyomány, a Szentírás és a tanítóhivatal. A helyzetfüggő segítés tehát nem csupán a „helyzettől" függ: a természeti és az isteni törvény is befolyásolja.

[35] A teológus Karl Rahner megfogalmazásában: „A [...] semleges ismeret, az [...] 'objektivitás' a filozófia veszélyes elvonatkoztatása [...]" In ID.: *Az Ige hallgatója. Vallásfilozófiai alapvetés,* Gondolat, Budapest, 1991, 116.

[36] Vö. – egyebek mellett – KARL RAHNER: Was ist Häresie? in ID.: *Schriften zur Theologie V,* Benziger, Einsiedeln, 1962, 527–576, kül. 553. sk.

[37] A témával kapcsolatban vö. KARL RAHNER vallásokkal mint üdvözítő struktúrákkal és azok legitimitásával (valamint annak határaival) foglalkozó cikkeit, melyek közül lényegében mindössze négy tanulmány tartalmazza vallásteológiájának legfontosabb észrevételeit: Das Christentum und die nichtchristlichen Religionen [magyarul: Kereszténység és a nem keresztény vallások, in ID.: *Isten: rejtelem*, Egyházfórum, Budapest, 1994, 51–66.] (1961) (*Schriften zur Theologie V,* Benziger, Einsiedeln, 1962, 136–158); Kirche, Kirchen und Religionen [Egyház, egyházak, vallások] (1966) (*Schriften zur Theologie VIII,* Benziger, Einsiedeln, 1967, 355–373); Jesus in den nichtchristlichen Religionen [Jézus Krisztus a nem keresztény vallásokban] (1974) (ez kisebb változtatásokkal megjelent a *Hit alapjai* [1976] c. kötetben: *Schriften zur Theologie XII,* Benziger, Einsiedeln, 1975, 370–383. = *Grundkurs des Galubens. Einführung in den Begriff des Christentums,* Herder, Freiburg im Breisgau, 1976, 303–312); végül az Über die Heilsbedeutung der nicht-cristlichen Religionen [Nem keresztény vallások üdvözítő jelentőségéről] (1975) (*Schriften zur Theologie XIII,* Benziger, Einsiedeln, 1978, 341–350).