

DR. KŐMÜVES SÁNDOR

Eutanázia Belgiumban

Kihívások metszéspontjában

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

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

Euthanasia in Belgium

Current challenges

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

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

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

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

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

1. A belgiumi eutanázia törvény

Belgium eutanázia törvényének¹ értelmében *eutanázia* „az a cselekedet, amely egy személy életét annak saját kérésére szándékosan befejezi, és ugyanakkor a cselekedetet nem a saját életének befejezését kérő személy hajtja végre”. Ez a meghatározás a legismertebb eutanázia meghatározás törvénybe foglalása, ami a meghatározás tipológiai leírása során válik nyilvánvalóvá. Először is a törvény a cselekvés követelményéből következően az eutanázia *aktív* formáját definiálja. Másodszor, az élet megrövidítésére irányuló explicit szándék az eutanázia *direkt* formáját fedi le. Harmadszor pedig, mivel eutanáziára csakis annak a személynek a kérésére kerülhet sor, akin az eutanáziát végrehajtják, az eutanázia *önkéntes* formájáról van szó. Összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy a belgiumi törvényi meghatározás az *aktív, direkt, önkéntes eutanáziát* fedi le.

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

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

¹ 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.): <https://www.const-court.be/public/e/2015/2015-153e.pdf>. A törvény egy nem hivatalos angol nyelvű fordítása a következő tanulmánykötetben is megtalálható: Jones-Gastmans-MacKellar 2017: 305-315. A törvény létrehozásának átfogó, részletes ismertetéséhez ld. Griffiths et al, 2008. Az eutanázia belgiumi legalizálásáról magyar nyelven ld. Broeckert, 2003. A jelenlegi belgiumi helyzetről magyarul ld. pl. Julesz, 2018: 59-60., 76-77., 83-84.; Hegedüs, 2017: 76-77., 79-83. Julesz, 2016: 26. A törvény 2014-es módosítása előtt állapotról, de néhány most is érvényben lévő feltétel leírásáról magyarul ld. Dósa 2012: 158-167.

- [A beteg felnőtt korú, vagy döntésképeséssel bíró egyenjogúsított kiskorú², vagy ítélőképességgel³ rendelkező kiskorú, aki tiszta tudattal rendelkezik kérésének pillanatában;]⁴
- A több alkalommal is kinyilvánított kérés önkéntes, átgondolt, és mindenfajta külső nyomástól mentes;
- A [felnőtt vagy az egyenjogúsított kiskorú] beteg orvosilag reménytelen állapotban van, betegség vagy baleset által okozott súlyos és gyógyíthatatlan rendellenességből eredően olyan folyamatos és elviselhetetlen fizikai vagy lelki szenvedést él át, ami nem enyhíthető;
- [az ítélőképességgel rendelkező kiskorú beteg orvosilag reménytelen állapotban van, betegség vagy baleset által okozott súlyos és gyógyíthatatlan rendellenességből eredően olyan folyamatos és elviselhetetlen fizikai szenvedést él át, ami nem enyhíthető, és állapota a közeli jövőben halálhoz vezet]⁵⁶

Amennyiben egy orvos eutanáziát hajt végre, jelentési kötelezettség terheli. Négy munkanapon belül kell a szükséges adatokat megküldenie a Szövetségi Ellenőrző és Értékelő Bizottságnak (Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, CFCEE; a továbbiakban: CFCEE). A beküldendő dokumentum⁷ két, egy anonim és egy személyes adatokat tartalmazó részből áll. Az anonim résznek többek között a következő információkat kell tartalmaznia: a súlyos és gyógyíthatatlan betegség természetének leírását, a folyamatos és elviselhetetlen szenvedés természetének leírását, annak indoklását, hogy a szenvedést miért nem lehetett csillapítani, továbbá annak igazolását, hogy a beteg kérése önkéntes, jól átgondolt, és többször kifejezett volt, információt arról, hogy a beteg halála a közeli jövőben volt-e esedékes, illetve tartalmaznia kell a konzultációra felkért személyek esetében a végzettségeiket és az álláspontjaikat. A dokumentum második része a beteg eutanáziájában érintett személyek személyes adatait tartalmazza. Ezt a második részt a CFCEE csak akkor bontja fel, ha további adatokra lenne szüksége az eutanázia törvényes jellegének elbírálásához.

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

² *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)

³ Ennek a fogalomnak az értelmezéséhez ld. különösképpen Van Assche et al, 2018.

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

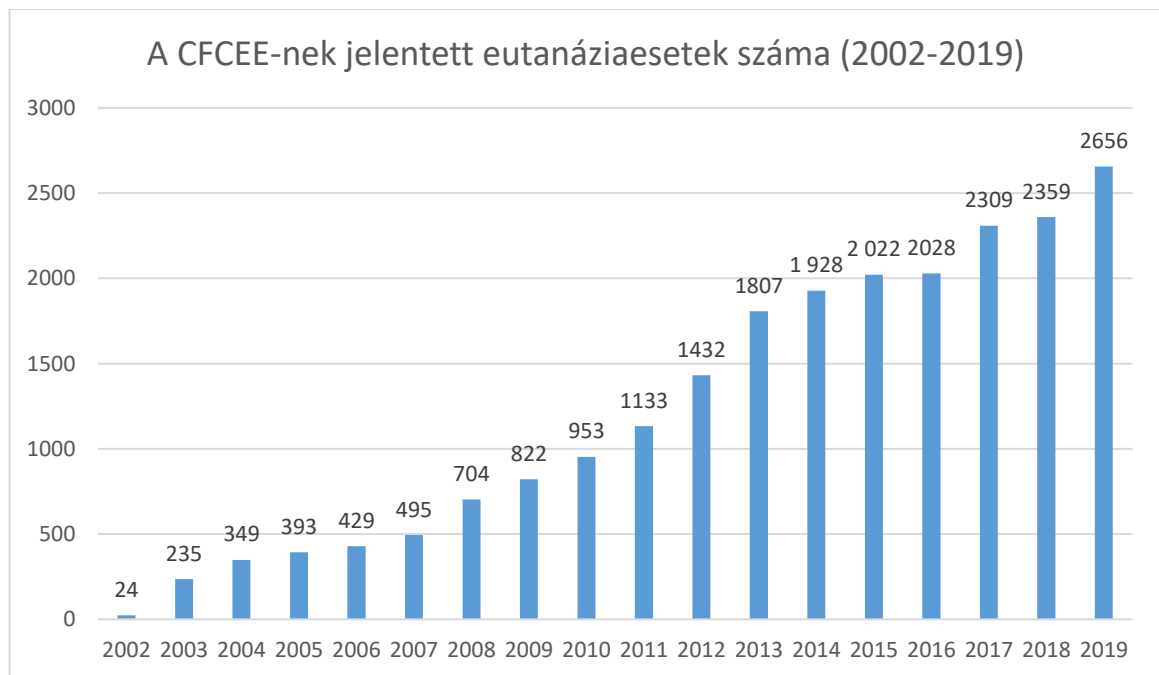
⁵ Tv. 2014.02.28/03, art. 2, 003 (Hatályos 2014.03.22-től)

⁶ Tv. 2002.05.28.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Öntudatlan, irreverzibilis állapotban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú

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

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

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

2. A súlyos és gyógyíthatatlan rendellenesség kritériuma

¹⁰ Nem jelentheti a demencia kései stádiumát.

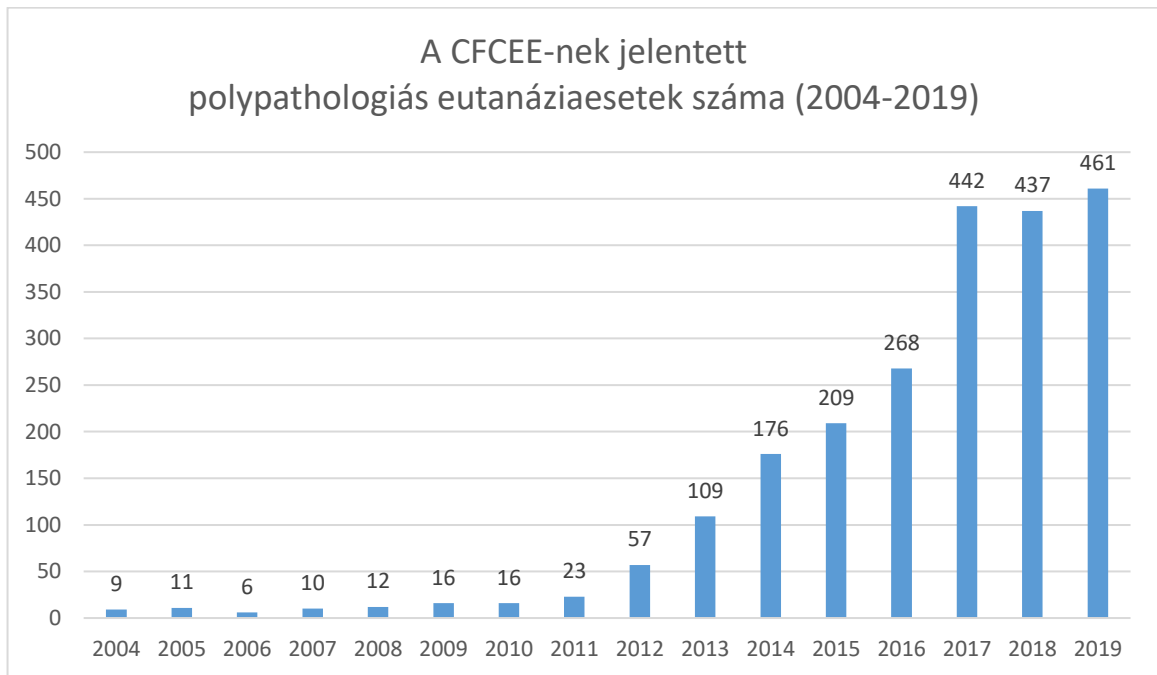
A „*gyógyíthatatlan rendellenesség*” nem annyira objektív kritérium, mint amennyire elsőre annak látszik. A törvény ugyanis egyfelől nem követeli meg a betegtől, hogy a lehetséges és rendelkezésre álló terápiás kezeléseket kötelezően igénybe vegye. A törvény csupán azt követeli meg, hogy az orvos az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

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

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

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

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



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

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

3. A lelki betegséggel diagnosztizált betegek eutanáziájának kérdésköre

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

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

A lelki zavarok ontológiai státusza – honnan ered a probléma?

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

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

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

A szenvedés minősítő jelzői

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

Lelki szenvedés, gyógyíthatatlan lelki betegség – mitől gyógyíthatatlan?

2015 júliusában jelent meg az első, nagyobb betegszámot felölelő retrospektív és deskriptív elemzés a pszichiátriai rendellenességgel diagnosztizált belgiumi betegek eutanáziakérelméről. (Thienpont et al, 2015) Az elemzés 100, 2007 októbere és 2011 decembere között járóbeteg pszichiátriai klinikán kezelt beteg adatát dolgozta fel. A legnagyobb gyakorisággal szereplő diagnózis a *terápiarezisztens hangulatzavar* és a *személyiségzavar* volt, több beteg mindkét diagnózist megkapta. 23 betegnek szomatikus betegsége is volt. A 100 eutanáziakérelmből 48 került elfogadásra. A 48 jóváhagyott kérelmből 35 esetben hajtottak végre eutanáziát. A fennmaradó 13 eset közül 2 esetben a beteg öngyilkos lett, 11 esetben pedig a beteg vagy az eutanáziájának elhalasztását kérte, vagy visszavonta a kérését. A 11 betegből 8 beteg úgy érezte, hogy az eutanázia valós lehetősége elégséges mértékű nyugalmat adott számára élete folytatásához, 2 beteg a család heves ellenállására vonta vissza a kérelmét, 1 betegen pedig azért nem lehetett végrehajtani az eutanáziát, mert a beteg időközben börtönbe került. A 2 öngyilkos beteg közül az egyik túlságosan hosszúnak érezte a jóváhagyott eutanáziakérelme és az eutanázia végrehajtása között kivárandó időszakot, a másik beteg pedig a tanulmány szerzői szerint azért lett öngyilkos, mert a családja ellenezte az eutanáziáját. A betegek eutanáziájában közreműködő pszichiáterek és LEIF¹³ orvosok - Lieve Thienpont mindegyik beteg esetében konzulens orvos szerepkört töltött be - a Holland Pszichiátriai Szövetség (NVvP) 2009-ben kiadott irányelvei alapján dolgozták ki a saját négylépéses módszerüket, amelynek első lépése az alapos kivizsgálást, a betegek teljeskörű pszichiátriai kiértékelését jelentette. A szerzők

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Az elviselhetetlen lelki szenvedés – mitől lesz elviselhetetlen?

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

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

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

Az *elviselhetetlen szenvedést* tehát, mint láthattuk, egyesek definiálhatatlan, következésképpen a jog eszközével megragadhatatlan jelenségnek tekintik. Mások ugyanakkor kísérletet tesznek arra, hogy a fogalmat minél pontosabban definiálják, lehetőséget teremtve a törvényi kritérium vizsgálatára alkalmas mérőeszköz kidolgozására, aminek használata, álláspontjuk szerint, az eutanáziát végrehajtó orvos számára hatékonyabb jogvédelmet jelenthetne. Korábban már említettük azt a 2015 júliusában megjelent tanulmányt, amely az első belgiumi, nagyobb betegszámot felölelő retrospektív és deskriptív elemzés volt a pszichiátriai rendellenességgel diagnosztizált betegek eutanáziakérelméről. Egy 2017-ben megjelent tanulmány az ebbe a betegcsoportba tartozó 26 beteg Lieve Thienpont pszichiáternek átnyújtott írásait elemezte, melyekben a betegek magyarázattal szolgáltak az eutanáziakérelmükre, illetve szenvedésük elviselhetetlen jellegére (Verhofstadt-Thienpont-Peters, 2017). A tanulmány szerzőinek írásukkal két ambiciózus célkitűzése is volt. Egyrészt útjára akarták indítani azt a kutatási programot, amely megalkotja az elviselhetetlen szenvedés korábbi (Dees et al., 2010: 350), provizórikusnak tekintett meghatározásánál¹⁷ pontosabb definícióját és ugyanakkor feltárja mindazokat a faktorokat, amelyek a betegek szenvedését elviselhetetlenné teszik. Ezen túl a szerzők két, a tanulmányt kísérő listával hozzá kívántak járulni a szenvedés természetét feltáró, illetve a szenvedés mértékét vizsgálni képes mérőeszközök kifejlesztéséhez.

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

A tanulmány készítői az elviselhetetlen szenvedés következő 5 dimenzióját azonosították: 1. az orvosi állapottal kapcsolatos szenvedés,¹⁸ 2. az intraperszonális¹⁹ szenvedés, 3. az interperszonális²⁰ interakcióhoz kapcsolódó szenvedés, 4. a személy társadalomban elfoglalt helyéhez és interakciójához kapcsolódó szenvedés, valamint 5. az egzisztenciális szenvedés. A szenvedés mértékének vonatkozásában 3 kategóriát alkottak: I. extrém mértékű szenvedés, II. annyira kibírhatatlan szenvedés, hogy azzal a beteg már nem képes megbirkózni, illetve III. krónikus, éjjel-nappal jelen lévő szenvedés, amely a zavarok tüneteiből, valamint a mindennapok nehézségeiből ered. A szerzők megjegyzik ugyan, hogy az elviselhetetlen szenvedésnek a betegséghez és más tényezőkhöz kapcsolódó tényezőire már más kutatás is felhívta a figyelmet (Dees et al., 2011), munkájukkal azonban, megítélésük szerint, további fontos belátásokhoz is eljutottak: „pszichiátriai betegek esetében ezek a tünetek már fiatalon megjelenhetnek és tovább romolhatnak elégtelen és/vagy gyenge minőségű beteg-orvos kommunikáció és hatástalan kezelési gyakorlatok következtében. Sőt, az anyagiak szintén fontosak, mert például az alacsony jövedelem esetében gondosan kell mérlegelni, hogy alternatív elhelyezések és kezelések lehetségesek-e? [...] Az adataink azt mutatják, hogy szélesebb politikai és társadalmi vita lehet szükséges ahhoz, hogy módot találhassunk az orvosi kiadások csökkentésére és/vagy egyes személyek anyagi helyzetének a javítására, ha csökkenteni szeretnénk az eutanáziára irányuló kérések számát.” (Verhofstadt-Thienpont-Peters, 2017: 243) A tanulmány arra a paradoxonra is empirikus bizonyítékkal szolgál, hogy egyes esetekben éppen az eutanáziára irányuló kérés jóváhagyása nyit perspektívát a betegnek az életre, az élet folytatására: „Az a megnyugvás, amit a betegek akkor éreznek, amikor egy orvos a meghalásra irányuló vágyukat komolyan veszi, együtt annak bizonyosságával, hogy immár valóban lehetőségük van az eutanáziára, amennyiben valóban ezt szeretnék, lehetőséget nyithat – például – a további kezelésre.” (Verhofstadt-Thienpont-Peters, 2017: 244)

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

A lelki zavar prognózisa – értelmes képzettárs(ítás)?

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

¹⁹ A személy saját belső lelki életéből eredő.

²⁰ A személynek más személyekhez fűződő kapcsolatából eredő.

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. Az eutanázia és a palliatív gondozás viszonya

A palliatív gondozás hagyományos értelmezése szerint – itt a leggyakoribb hivatkozási pont a WHO palliatív gondozásról alkotott meghatározása – a palliatív gondozás és az eutanázia egymással *antagosztikus* kapcsolatban áll, vagyis egymás ellentettjei: a palliatív gondozás ezen megközelítés szerint „sem siettetni, sem későbbi időpontra tenni nem kívánja a halál beálltát”. (WHO, 2002: 84) A Palliatív Gondozás Flandriai Szövetsége²³ ugyanakkor hivatalosan is azon

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IRODALOM

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

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

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

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

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

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

Szerző:

Dr. Kőműves Sándor

egyetemi adjunktus

Debreceni Egyetem

Általános Orvostudományi Kar

Magatartástudományi Intézet

komuves.sandor@med.unideb.hu