

**DR. KŐMÜVES SÁNDOR**

## **Lelki betegséggel diagnosztizált betegek eutanáziája Belgiumban**

### **A Tine Nys eset**

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

(Stephan Claes és kollégái; Claes et al. 2015.)<sup>1</sup>

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

**Kulcsszavak:** eutanázia, Belgium, lelki zavar, csillapíthatatlan szenvedés

## **Euthanasia of patients diagnosed with mental disorder in Belgium**

### **The Tine Nys case**

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

---

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

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

**Keywords:** euthanasia, Belgium, mental disorder, irremediable suffering

## Bevezetés

A belgiumi eutanáziatörvény<sup>2</sup> értelmében eutanázia „*az a cselekedet, amely szándékosan véget vet egy személy életének, annak saját kérésére*”. Az eutanáziaesemények a törvény értelmében nem minősíthetők bűncselekménynek, amennyiben az eutanáziát végrehajtó orvos eleget tesz számos, a törvényben nevezett feltételnek.

A törvényi kritériumok alapján eutanáziára irányuló kérelmet a következő négy csoport valamelyikébe tartozó személy fogalmazhat meg: I. Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, terminális stádiumban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú<sup>3</sup>, aki elviselhetetlen testi vagy lelki szenvedést él át; II. Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, terminális stádiumban lévő, nem-egyenjogúsított kiskorú, aki elviselhetetlen testi szenvedést él át; III. Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, nem terminális stádiumban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú, aki elviselhetetlen testi vagy lelki szenvedést él át; IV. Öntudatlan, irreverzibilis állapotban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú.

---

<sup>2</sup> Ld. Belga Közlöny (Belgisch Staatsblad (holl.), Moniteur belge (fr.), Belgisches Staatsblatt (ném.)): Wet Betreffende de Euthanasie 28 Mei 2002 (holl.) ([https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002052837&table\\_name=wet](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002052837&table_name=wet)) / Loi Relative à L'Euthanasie 28 Mai 2002 (fr.) ([http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&table\\_name=loi&cn=2002052837](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002052837)); Mérvadó, hiteles angol fordításához ld. a Belgiumi Alkotmánybíróság 153/2015. számú (2015. október 29.) határozatát: <https://www.const-court.be/public/e/2015/2015-153e.pdf>. A törvény egy nem hivatalos angol nyelvű fordítása a következő tanulmánykötetben is megtalálható: Jones-Gastmans-MacKellar, 2017: 305-315. A törvény létrehozásának átfogó, részletes ismertetéséhez ld. Griffiths et al, 2008: 275-294. Az eutanázia belgiumi legalizálásáról magyar nyelven ld. Broeckaert, 2003. A jelenlegi belgiumi helyzetről magyarul ld. pl. Belovics, 2022: 129-130. Kőműves, 2021; Julesz, 2018: 59-60.,76-77.,83-84.; Hegedűs, 2017: 76-77.,79-83. Julesz, 2016: 26. A törvény 2014-es módosítása előtt állapotról, de néhány most is érvényben lévő feltétel leírásáról magyarul ld. Dósa 2012: 158-167. A 2002-ben elfogadott törvény komparatív elemzéséhez ld. például Maurice-Nys, 2003.

<sup>3</sup> *Mineur émancipé*; „Egy kiskorú egyenjogúsítása – ami nagyon ritka eljárás – bírói döntésen alapul, eredményeként a biológiailag kiskorú jogilag felnőtté válik, a felnőtt személy (majdnem) minden jogával: az egyenjogúsított kiskorú ’önmaga urává válik’.” (Nys, 2017: 14)ú

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

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

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

#### SZUBSZTANTÍV KRITÉRIUMOK

A beteg

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

---

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

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

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

## PROCEDURÁLIS KRITÉRIUMOK

### ADMINISZTRATÍV KÖVETELMÉNYEK

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

### A DÖNTÉSHOZÁS FOLYAMATA

Az eutanáziát végrehajtó orvosnak

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

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

1. táblázat: A mentális zavarral diagnosztizált betegek lelki szenvedésének alapján végrehajtható eutanázia törvényi feltételei (Verhofstadt et al, 2022: 02<sup>8</sup>)

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

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

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

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

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

### **A Tine Nys eset ismertetése**

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***Az ellenőrzés a priori és a posteriori szintje***

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

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

### ***Az ellenőrzés a priori szintje***

#### **Az eutanáziát végrehajtó orvos (Joris van Hove, háziorvos)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **A második konzultáns orvos (Godelieve Thienpont, pszichiáter)<sup>13</sup>**

Nagy visszhangot váltott ki az a 2015-ben megjelent tanulmány, melyben 100 pszichiátriai zavarral diagnosztizált és eutanáziára irányuló kérést megfogalmazott beteg jellemzőit ismertették. A betegek közül 35 személynél hajtották végre az eutanáziát. A betegek vizsgálata során Thienpont konzultáns orvosi szerepkört látott el. (Thienpont et al, 2015) Tekintettel arra, hogy 2007 és 2011 között a Belgiumban a CFCEE által neuropszichiátriai rendellenesség eseteiként<sup>14</sup> kódolt és eutanáziában részesített betegek száma nem haladta meg a 100 főt, Stephan Claes és kollégái becslései szerint az eutanáziák 35-50%-át egyetlen pszichiáter, Thienpont „hagyta jóvá”.<sup>15</sup> Claes és kollégái a lelki zavarral diagnosztizált betegek eutanáziára irányuló kérésének a tanulmányban közzétett módon történő kiértékelését a belgiumi pszichiáterek kisebbségi álláspontjának tekintik. Ám a tanulmányhoz írt hozzászólásukban felhívták a figyelmet arra is, mennyire égető kérdés egy eutanáziát kérő beteg esetében a pszichiáter adekvát szerepének kidolgozása, ami a megfelelő szakmai viták minél hamarabb történő lefolytatására szólítja fel az érintetteket. (Cleas et al, 2015)

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

2010-ben a DSM-IV<sup>16</sup>-ben az Asperger-féle zavar a pervazív fejlődési zavar egyik típusa volt. Az Asperger-féle zavar a 2013-ban megjelent DSM-5-ben azonban már nem szerepelt, részben azért, mert nem volt diagnosztikus specificitása. Helyette a tüneteket és a személyiségjegyeket kontinuumként értelmező autizmus spektrum zavar került bevezetésre, vagyis az autizmus spektrumbetegség sokkal szélesebb tartományt fog át, mint a DSM-IV Asperger-féle zavara. Az autizmus spektrum zavarok diagnózisának felállítása több szempont figyelembevétele alapján történik: ki kell értékelni a beteg viselkedését, meg kell figyelni a

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

### **A CFCEE a posteriori ellenőrzése**

A CFCEE részére az eutanáziát végrehajtó orvos által kötelezően beküldendő dokumentum<sup>18</sup> két részből áll: egy anonim és egy személyes adatokat tartalmazó részből. Az anonim rész többek között tartalmazza a következő információkat: 1. a súlyos és gyógyíthatatlan betegség természetének leírását, 2. a folyamatos és elviselhetetlen szenvedés természetének leírását, 3. annak indoklását, hogy a szenvedést miért nem lehetett csillapítani, továbbá 4. annak igazolását, hogy a beteg kérése önkéntes, jól átgondolt volt, és azt többször megismételte, 5. információt arról, hogy a beteg halála a közeljövőben volt-e esedékes, illetve 6. a konzultációra felkért személyek végzettségeit és az álláspontjait. A dokumentum második része a beteg eutanáziájában érintett személyek személyes adatait tartalmazza. Ezt a második részt a CFCEE csak akkor bontja fel, ha további adatokra lenne szüksége az eutanázia törvényes jellegének elbírálásához.

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

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

### **Néhány tanulság, különös tekintettel a lelki nehézségek medikalizációjára**

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

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

---

<sup>18</sup> A dokumentum online elérhető itt: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfcee-document-denregistrement-dune-euthanasie> Egy nem hivatalos, angol nyelvű fordítása elérhető a Dietrickx et al, 2017 tanulmány kiegészítő fájlként: [https://static-content.springer.com/esm/art%3A10.1186%2Fs12888-017-1369-0/MediaObjects/12888\\_2017\\_1369\\_MOESM1\\_ESM.pdf](https://static-content.springer.com/esm/art%3A10.1186%2Fs12888-017-1369-0/MediaObjects/12888_2017_1369_MOESM1_ESM.pdf)

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

A Flamand Pszichiátriai Szövetség például<sup>19</sup>, követve a Holland Pszichiátriai Társaság (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, NVvP) álláspontját, a lelki zavarral diagnosztizált betegek eutanáziakérésének értékeléséhez *minimum két pszichiátert* tekint elégségesnek. A két értékelés segítheti meggátolni, hogy a viszontáttétel<sup>20</sup> az értékelésre nem kívánatos hatást fejthessen ki (Nicolini et al, 2020; Groenewoud et al, 2004; NVvP, 1998), de akár olyan szakmai hibát is korrigálhat, amivel elérhető a beteg állapotának javulása. Ennek következménye lehet az eutanáziakérés visszavonása is. (van Veen et al, 2020b)

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

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

---

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

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

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

Ugyanakkor tény, hogy máig nincs olyan standardizált eszköz, amely kimondottan az életük befejezését választó betegek helyzetére lett volna kifejlesztve. Továbbá a belátóképesség meghatározása és vizsgálata körül is számos kérdés nyitott továbbra is, a belátóképesség fogalmának leggyakoribb értelmezése, az Appelbaum-kritériumok<sup>21</sup> sem mutatkoznak mindenki számára feddhetetlennek. (Shaffer-Cook-Connolly, 2016: 147-149; Breden-Vollmann, 2004)

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

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

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

A Flamand Pszichiátriai Szövetség követi a Holland Pszichiátriai Társaság még 2009-ben<sup>22</sup> (Tholen et al., 2009) megfogalmazott értelmezését, mely szerint egy lelki zavar nem kezelhetőnek vagy kezelhetetlennek minősíthető abban az esetben, ha a gyógyulásra nincs ésszerű kilátás.

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

---

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

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

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

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

A gyógyulás ésszerű kilátásával rendelkező terápiának egyik kardinális kritériuma a terápia várható eredményeinek és a betegre várhatóan nehezedő teher egymáshoz való arányának a megítélése. Az igazi problémát itt az okozza, ha a pszichiáter és a beteg nem egyformán ítélik meg a kezelés várható hasznának és a betegre várhatóan nehezedő teher egymáshoz viszonyított arányát (valamelyik fél a mérlegelendő egyik vagy akár mindkét komponenst helytelenül<sup>23</sup> ítéli meg). Ebben az esetben állhat elő az, hogy a beteg visszautasítja a felajánlott kezelést (mert azt ő túl csekély haszonnal rendelkezőnek vagy éppen túlzottan megterhelőnek vagy mindkét jeggyl rendelkezőnek elővételezi), miközben a pszichiáter azt vélelmezi, hogy a terápia haszonértéke ésszerű arányban áll a várható teherrel (vagyis a beteg haszna nagyobb lesz, mint az elővételezett teher, vagy a megtapasztalt teher kisebb mértékű lesz, mint az elővételezett teher, vagy egyszerre mindkettő; mindhárom lehetőség esetében az a közös, hogy az előnyök *a pszichiáter szerint* többet nyomnak majd latba a hátrányoknál). Amennyiben a haszon-kár mérlegelés során a pszichiáteré a döntő szó, akkor klasszikus *paternalista* nézőpontot érvényesítünk, amelynek része az az elképzelés, hogy noha a beteg jelen pillanatban ellenáll az orvosi döntésnek, később azonban majd minden bizonnyal hálás lesz érte. (Emanuel-Emanuel 1992: 2221)

---

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

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

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

A pszichiátriai ellátás mögött meghúzódó filozófiai, vagyis *a terápia és a hatásosság mibenlétéről kialakított elképzelések* is hozzájárulnak egyes szolgáltatások elérhetőségéhez. A Flamand Pszichiátriai Szövetség már idézett, az eutanáziakérés kezeléséről szóló dokumentumában (is) olvashatunk arról, hogy a felépülés alapú modell<sup>25</sup> egyre jelentősebb térnyerésével a „klinikai felépülés” (a tünetredukció) helyett a „személyes felépülésre” helyeződik a hangsúly. Az eutanázián gondolkodó betegek számára ez többféle haszonértékkel bírhat, például: *„Ez a felépülés alapú megközelítés ösztönözheti mindazokat a betegeket, akik rossz tapasztalatokat szereztek a mentális egészségügyi ellátórendszerrel – ami már önmagában is növelheti szenvedésük mértékét -, hogy új, felépülés alapú kezeléseket és intervenciókat próbáljanak ki vagy hogy változásokat vezessenek be az életükben.”* (VVP 2017: 20)

---

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

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

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

Egy, a Delphi módszerrel végzett kutatás keretében belga és holland pszichiátereket kérdeztek meg olyan kritériumokról, melyek a tanulmány szerzői szerint a csillapíthatatlan szenvedés feltételeit alkotják. A megkérdezett pszichiátereknek már volt tapasztalata olyan betegekkel, akik az életüket az eutanázia vagy az orvos által asszisztált öngyilkosság formájában kívánták lezárni. (van Veen et al, 2022a) A pszichiáterek többsége egyetértett abban – ami a fentebbi szemléletváltozást igazolja –, hogy a betegek kezelése során legalább egy felépülés alapú terápiát meg kell kísérelni. Maguk a tanulmány szerzői beszélnek arról, hogy az engeli biopszichoszociális szemléletmód<sup>26</sup> mennyire jelentős a pszichiátriai ellátásban, következésképpen a hagyományos biológiai és pszichoterápiás kezelések mellett a szociális intervenciókra is szükség van. Érdekes módon azonban a felépülés alapú terápia hatástalansága mellett a csillapíthatatlan szenvedés konszenzuális kritériuma volt a beteg társadalmi helyzetének javítására tett kísérlet is, ami rögvest a pszichiáter, illetve a pszichiátriai ellátás hatókörének a kérdését érinti. Emellett a kutatás limitációi között említésre került az a tény is, hogy a lehetséges kritériumokba a kutatók nem vettek be új, kevésbé széles körben alkalmazott terápiákat – például a transzkraniális mágneses stimulációt vagy a pszichedelikus szerek alkalmazásával végzett terápiát –, ami jól mutatja, hogy az intézményi hagyományoknak mekkora szerepe van egyes terápiák elérhetőségében.

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

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

---

<sup>26</sup> Az engeli biopszichoszociális szemléletmód részletesebb ismertetéséhez ld.: Kőműves, 2017.

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

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

## IRODALOM

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

- DE HERT, M. ET AL (2022): Improving Control over Euthanasia of Persons with Psychiatric Illness: Lessons from The First Belgian Criminal Court Case Concerning Euthanasia. *Frontiers in Psychiatry* Jul 19;13:933748.
- DELBEKE, E. (2012): *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*. Antwerpen: Intersentia.
- DELEPELEIRE, J. (Ed.) (2013): *Euthanasie en menselijke kwetsbaarheid*. Leuven: KU Leuven Metaforum.
- DEVOS, T. (Ed.) (2021): *Euthanasia: Searching for the Full Story. Experiences and Insights of Belgian Doctors and Nurses*. Cham, Switzerland: Springer.
- DIERICKX, S. et al (2018): Drugs Used for Euthanasia: A Repeated Population-Based Mortality Follow-Back Study in Flanders, Belgium, 1998-2013. *Journal of Pain and Symptom Management* Oct;56(4):551-559.
- DIERICKX, S. et al (2017): Euthanasia for People with Psychiatric Disorders or Dementia in Belgium: Analysis of Officially Reported Cases. *BMC Psychiatry* Jun 23;17(1):203.
- DIERICKX, S. et al (2016): Euthanasia in Belgium: Trends in Reported Cases between 2003 and 2013. *CMAJ* Nov 1; 188(16): E407–E414.
- DÓSA, Á. (2012): *Összehasonlító egészségügyi jog. Orvostikai kérdések jogi szemmel*. Budapest: Complex Kiadó Jogi és Üzleti Tartalomszolgáltató.
- EMANUAL, E.J.-EMANUAL, L.L. (1992): Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA* 267(16):2221-2226.
- FILÓ, M. (Szerk.) (2022): *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság. Az életvégi döntések szabályozása*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- GRIFFITHS, J., WEYERS, H., ADAMS, M. (2008): *Euthanasia and Law in Europe*. Portland: Hart Publishing.
- GRISSE, T.-APPELBAUM, P.S. (1998): *Assessing Competence to Consent to Treatment. A Guide for Physicians and other Health Professionals*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- GRISSE, T.-APPELBAUM, P.S. (1995): Comparison of Standards for Assessing Patients' Capacities to Make Treatment Decisions. *American Journal of Psychiatry* 152(7):1033-7.
- GROENEWOUD, J.H. ET AL (2004): Psychiatric Consultation with regard to Requests for Euthanasia or Physician-Assisted Suicide. *General Hospital Psychiatry* 26(4):323-30.
- HAEKENS, A. (2021): Euthanasia for Unbearable Psychological Suffering. In: Devos (Ed.) 2021. 39-47.
- HALPERN, J. (2012): When Concretized Emotion-Belief Complexes Derail Decision-making Capacity. *Bioethics* 26(2):108–16.
- HEGEDŰS, K. (2017): *Létezik-e jó halál?* Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- JONES, D.A.-GASTMANS, CH.-MACKELLAR, C. (2017): *Euthanasia and Assisted Suicide. Lessons from Belgium*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- JULESZ, M. (2018): *Orvosi jog működés közben. A hálapénztől a kártérítésig*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- JULESZ, M. (2016): *Az orvosi jog aktualitásai. Az eutanáziától a klónozásig*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.

- KÖMÜVES, S. (2021): Eutanázia Belgiumban. Kihívások metszéspontjában. *Kharón Thanatológiai Szemle* 25(4): 22-49
- KÖMÜVES, S. (2017): Az engeli biopszichoszociális modell: Tudományelméleti alappozícióból levezetett orvosi szereptartalom. *Metszetek* 6(2): 98-123.
- LIÉGEOIS, A. (2022): Euthanasia in Mental Suffering—Overview and Discussion of the Arguments of the Roman Catholic Church. *Religions* 13(8): 684.
- LUND, C. ET AL (2018): Social Determinants of Mental Disorders and The Sustainable Development Goals: A Systematic Review of Reviews. *Lancet Psychiatry*. Apr;5(4):357-369.
- MACRI, R.-WAGNER, F.-STUCKEY, M. (2020): A Values-Based Analysis of Recovery-Oriented Practice in Mental Health Care and Medical Assistance in Dying. *Canadian Journal of Community Mental Health* 39(2): 1-10.
- MAURICE, A.-NYS, H. (2003): Comparative Reflections on The Belgian Euthanasia Act 2002. *Medical Law Review* Autumn;11(3):353-76.
- MOUREAU, L.-VERHOFSTADT, M.-LIÉGEOIS, A. (2023): Mapping the Ethical Aspects in End-of-Life Care for Persons with a Severe and Persistent Mental Illness: A Scoping Review of the Literature. *Frontiers in Psychiatry* Mar 16;14:1094038.
- NICOLINI, M.E. ET AL (2020): Euthanasia and Assisted Suicide of Persons with Psychiatric Disorders: The Challenge of Personality Disorders. *Psychological Medicine* 50(4):575-582.
- NYS, H. (2017): A Discussion of the Legal Rules on Euthanasia in Belgium Briefly Compared with the Rules in Luxembourg and the Netherlands. In. JONES-GASTMANS-MACKELLAR (2017): 7-25.
- ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B. D. ET AL. (2017): Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.
- RAUS, K., VANDERHAEGEN, B., STERCKX, S. (2021): Euthanasia in Belgium: Shortcomings of the Law and Its Application and of the Monitoring of Practice. *Journal of Medicine and Philosophy* 46(1): 80-107.
- RYAN, R.M. ET AL. (2011): Motivation and Autonomy in Counseling, Psychotherapy, and Behavior Change: A Look at Theory and Practice 1ψ7. *The Counseling Psychologist* 39(2), 193–260.
- SHAFFER, C.S.-COOK, A.N.-CONNOLLY, D.A. (2016): A Conceptual Framework for Thinking about Physician-Assisted Death for Persons with a Mental Disorder. *Psychology, Public Policy, and Law* 22(2), 141–157.
- SZŐNYI, G. (Szerk.) (2015): *A pszichoterápia tankönyve*. Harmadik. átdolgozott, bővített kiadás. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- THIENPONT, L. (2016): A Commentary on 'Euthanasia for Psychiatric Patients: Ethical and Legal Concerns about the Belgian Practice' from Claes et al. *British Medical Journal Open*. Online elérhetősége: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007454.responses#euthanasia-for-psychiatric-patients-ethical-and-legal-concerns-about-the-belgian-practice>
- THIENPONT, L. ET AL (2015): Euthanasia Requests, Procedures and Outcomes for 100 Belgian Patients Suffering from Psychiatric Disorders: A Retrospective, Descriptive Study. *BMJ Open* 5(7):e007454.
- THOLEN, A. ET AL (2009): Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis [Íránymutatás a pszichiátriai betegségben szenvedő betegek asszisztált öngyilkosságra irányuló kérésének kezeléséről.] Utrecht, the Netherlands:

- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; 2009. Online elérhetőség: <https://www.trimbos.nl/docs/feb35d93-7436-489f-af1e-4892fbaa57eb.pdf>
- TUFFREY-WIJNE, I. ET AL (2018): Euthanasia and Assisted Suicide for People with an Intellectual Disability and/or Autism Spectrum Disorder: An Examination of Nine Relevant Euthanasia Cases in the Netherlands (2012-2016). *BMC Medical Ethics* Mar 5;19(1):17.
- VANDEN BERGHE, P., MULLIE, A., DESMET, M., HUYSMANS, G. (2017): Assisted Dying. The Current Situation in Flanders: Euthanasia Embedded in Palliative Care. In JONES-GASTMANS-MACKELLAR (2017): 67-85.
- VANDEN BERGHE, J. (2013): Euthanasie bij ondraaglijk lijden als gevolg van een ongeneeslijke psychiatrische aandoening. [Eutanázia gyógyíthatatlan pszichiátriai betegség miatt érzett elviselhetetlen szenvedés esetén] In: DELEPELEIRE (2013): 39–51.
- VAN DER HEIDE, A.-VAN DELDEN, J.J.M.-ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B. (2017): End-of-Life Decisions in the Netherlands over 25 Years. *New England Journal of Medicine* Aug 3;377(5):492-494.
- VANSWEEVELT, T. (2003): De euthanasiewet: de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 4:216–78.
- VAN VEEN, S.M.P. ET AL (2022a): Irremediable Psychiatric Suffering in The Context of Medical Assistance in Dying: A Delphi-Study. *Canadian Journal of Psychiatry* Oct;67(10):758-767
- VAN VEEN, S.M.P. ET AL (2022b): Physician Assisted Death for Psychiatric Suffering: Experiences in the Netherlands. *Frontiers in Psychiatry* Jun 20;13:895387.
- VAN VEEN, S.M.P. ET AL (2022c): Establishing Irremediable Psychiatric Suffering in the Context of Medical Assistance in Dying in the Netherlands: A Qualitative Study. *Canadian Medical Association Journal* Apr 4;194(13):E485-E491
- VAN VEEN, S.M.P.-RUISSSEN, A.M.- WIDDERSHOVEN, G.A.M. (2020a): Irremediable Psychiatric Suffering in the Context of Physician-Assisted Death: A Scoping Review of Arguments. *Canadian Journal of Psychiatry* Sep;65(9):593-603
- VAN VEEN, S.M.P. ET AL (2020b): Last-Minute Recovery of a Psychiatric Patient Requesting Physician-Assisted Death. *Psychiatric Services* 71(6), 621-623.
- VERHOFSTADT, M. ET AL. (2019): Psychiatric Patients Requesting Euthanasia: Guidelines for Sound Clinical and Ethical Decision Making. *International Journal of Law and Psychiatry* May-Jun;64:150-161.
- VLAAMSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE [VVP] (2017): Hoe Omgaan met een euthanasieverzoek in psychiatrie binnen het huidig wettelijk kader? Adviestekst van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP) over te hanteren zorgvuldigheidsvereisten. [Hogyan kell kezelni az eutanáziakérelmet a pszichiátriában a jelenlegi jogi keretek között? A Flamand Pszichiátriai Szövetség (VVP) tanácsa az alkalmazandó kellő gondossági követelményeket illetően.] Kortenberg, Belgium. Online elérhetőség: [http://vvponline.be/uploads/docs/bib/euthanasie\\_finaal\\_vvp\\_1\\_dec.pdf](http://vvponline.be/uploads/docs/bib/euthanasie_finaal_vvp_1_dec.pdf) A dokumentum elérhető angol nyelven is: [https://www.vvp-online.be/uploads/docs/bib/euthanasie\\_finaal\\_vvp\\_1\\_dec\\_word\\_en2\\_docx.pdf](https://www.vvp-online.be/uploads/docs/bib/euthanasie_finaal_vvp_1_dec_word_en2_docx.pdf)
- WALRAET, P. (2023): Case Mortier V. Belgium: The Balance Between the Right to Life and the Right to Respect for Private Life in the Light of Euthanasia. *European Journal of Health Law* May 19;30(4):481-489.

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

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

**Dr. Kőműves Sándor**

egyetemi adjunktus

Debreceni Egyetem

Általános Orvostudományi Kar

Magatartástudományi Intézet

kutató, HUN-REN BTK, Filozófiai Intézet,

MTA Lendület Értékek és Tudomány Kutatócsoport,

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