

**UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI
FACULTATEA DE TEOLOGIE REFORMATĂ
ȘCOALA DOCTORALA „ECUMENE”**

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

**UTILIZAREA ȘI IMPLEMENTAREA
METODELOR PASTORALE ÎN RELAȚIA
BOLNAVILOR NEVINDECABILI ȘI RUDE
APROPIATE**

**Conducător de doctorat:
Prof. Univ. Dr. Molnár János**

**Doctorand:
Ferenczi Enikő**

**CLUJ-NAPOCA
2015**

Cuprins

Introducere	5
I. Locul morții în viața noastră	11
I.1. Atitudini legate de moarte de-a lungul timpurilor	11
I.1.1. Prima perioadă: epoca morții împlânzite	12
I.1.2. A doua perioadă: propria noastră moarte	13
I.1.3. A treia perioadă: moartea celuilalt	16
I.1.4. A patra perioadă: moartea interzisă	18
I.2. Atitudini legate de moarte în filosofie	19
I.2.1. Imaginea rațională-matematică a morții	20
I.2.2. Imaginea mecanică-fizică a morții	21
I.2.3. Imaginea cosmică-organică a morții	21
I.2.4. Imaginea etică-eroică a morții	23
I.3. Moartea în Biblie	25
I.3.1. Locul morților	34
I.3.2. Însmormântarea și cultul morților	38
I.3.3. Evoluția timpurie a speranței după moarte	41
I.4. Relația cu moartea în zilele noastre	48
I.4.1. Tabuul morții	49
I.4.2. Frica de moarte	53
I.4.3. Tabuul spiritualității	59
I.4.4. Tabuul îmbătrânirii și al îmbolnăvirii	65
I.4.5. Combaterea tabuului morții: hospice și îngrijire paliativă	77
II. Consilierea pastorală a muribunzilor și a familiei acestora	92
II.1. Comunicarea diagnosticului	92
II.1.1. Modele de comunicare	98
II.1.2. Atitudinea consilierului pastoral privind comunicarea diagnosticului	107
II.2. Temerile muribundului	114
II.2.1. Conștientizarea bolii de către muribund	115

II.2.2. Frica muribundului de durere și de singurătate	121
II.2.3. Ajutorul acordat de consilierul pastoral în cazul fricii de moarte	129
II.3. Procesul agoniei	131
II.3.1. Fazele agoniei	132
II.3.2. Ajutorul acordat de consilierul pastoral în procesul agoniei	138
II.4. Copilul și moartea	159
II.4.1. Copilul bolnav în spital	159
II.4.2. Conștiința morții și frica de moarte la copil	162
II.4.3. Consilierea pastorală a copilului suferind de boală incurabilă	171
II.5. Ajutorul acordat rudelor și angajaților din sistemul sanitar	174
II.6. Relația noastră cu muribundul și cu trupul mortului	181
II.6.1. Problemele legate de tratarea cadavrului	191
II.6.2. Aspecte bioetice	197
III. Probleme specifice	200
III.1. Moartea clinică	200
III.1.1. Exitusul Eului	203
III.1.2. Panorama vieții în experiența decesului	208
III.1.3. Expansiunea Eului în experiența decesului	213
III.1.4. Reîntoarcerea Eului	217
III.2. Lumea cealaltă (lumea de dincolo)	226
III.3. Eutanasia	238
III.3.1. Eutanasia pasivă	240
III.3.2. Eutanasia activă	241
III.4. Eutelia	251
IV. Ajutători și consilieri pastorali	262
IV.1. Nașterea consilierii pastorale	262
IV.2. Relația de sprijin în consilierea pastorală, în igiena mentală și în psihoterapie	270
IV.2.1. Relația de sprijin în igiena mentală și relația psihoterapeutică	272
IV.2.2. Puncte de contact și diferențe între igiena mentală și psihoterapia	274
IV.2.3. Dialogul cu consilierul pastoral, ajutorul oferit de acesta	279
IV.2.4. Metoda și aspectele teoretice ale dialogului cu consilierul pastoral	289

IV.2.5. Consilierea pastorală și psihoterapia	296
IV.3. Pregătirea consilierului pastoral	
IV.3.1. Formarea consilierilor pastorali clinici	307
IV.4. Personalitatea și comportamentul consilierului pastoral	312
IV.4.1. Caracteristicile competenței consilierului pastoral	312
IV.5. Pericole legate de burn-out	321
IV.5.1. Burn-out-ul	322
IV.5.2. Rolul religiei în activitățile de sprijin	334
IV.6. Misiunile consilierii pastorale: probleme și provocări actuale	339
IV.7. Consilierul pastoral în mediul spitalicesc	345
IV.7.1. Consilierea pastorală în spital	345
IV.7.2. Istoria consilierii pastorale moderne în spitale	352
IV.7.3. Preotul de spital și diversitatea spirituală în spitale	355
V. Constatări și concluzii	365
V.1. Sondaj cu ajutorul chestionarului	365
V.2. Concluzii	368
Anexă	382
Bibliografie	

Rezumat

Tema tezei mele de doctorat este consilierea bolnavilor incurabili, a muribunzilor și a aparținătorilor acestora. Alegerea temei se justifică prin faptul că acest domeniu constituie un aspect foarte important și o provocare semnificativă în munca pastorală, prin urmare și în pregătirea și perfecționarea în învățământului teologic, mai cu seamă în specializarea psihologilor pastorali și a preoților de spital. Formarea pentru consiliere presupune cunoștințe teoretice și experiențe practice aprofundate, la care se adaugă rolul determinant al personalității, atitudinii și comportamentului empiric al consilierului.

Au fost mulți care au încercat să mă abată de la această temă, spunând că este grea și tristă, chiar și azi multă lume este contrariată când vorbesc despre domeniul de cercetare pe care mi l-am ales. Pentru mine aceste reacții semnaleză faptul că tema merită să fie dezbătută, deoarece în munca de consiliere partea cea mai grea o reprezintă consilierea bolnavilor incurabili și a rudelor acestora. În plus față de cele expuse, am avut două experiențe personale care m-au încurajat în privința alegerii temei. La începutul anilor 2000 am participat la o formare hospice, care mi-a oferit experiențe direct aplicabile în consiliere, atât sub aspect teoretic cât și sub aspect practic. În același timp mi-a confirmat convingerea că această temă merită să fie abordată, dat fiind că în munca noastră pastorală ne confruntăm deseori cu agonia, cu moartea, cu înmormântarea și cu doliul, iar noi avem un rol important în asistarea oamenilor, în primul rând a pacienților pe care îi consiliem, oferindu-le un sprijin profesionist în aceste situații de grea încercare. În aceeași perioadă m-am întâlnit și cu Alaine Polcz, care m-a influențat foarte mult și m-a încurajat să studiez această temă. Conversațiile purtate cu ea, atitudinea ei și personalitatea ei strălucitoare au avut un rol determinant în cursul elaborării. Rezultatul acestui demers este abordarea temei – având în vedere domeniul muncii de preot, a psihologiei pastorale, precum și implicarea mea personală – din trei perspective distincte: ca preot de spital, ca teolog și ca formator în cadrul perfecționării pastorilor.

Mi-am propus să ofer în această lucrare o fundamentare teoretică sistematică, bine structurată într-un domeniu specific al psihologiei pastorale: consilierea muribunzilor și a aparținătorilor acestora. Sistematizarea teoretică va fi completată prin descrieri de cazuri, iar în partea empirică a cercetării mele voi prezenta și concluziile unui sondaj efectuat prin chestionare, în vederea explorării atitudinilor față de moarte. Obiectivul meu pe termen lung este ca această

teză să pună bazele unui manual dedicat preoților și ajutătorilor profesioniști, oferind în același timp o lectură utilă celor care sunt nevoiți să ofere sprijin unei rude suferinde de boală incurabilă, fără să aibă cunoștințe profesionale.

Convingerea mea este că pentru profesia de consiliere nu este de ajuns doar competența – teoretică și practică – în acest domeniu al psihologiei pastorale. Această știință și această pregătire profesională trebuie să se materializeze prin participarea tot mai intensă a consilierilor în sprijinirea muribunzilor și a familiilor. De aici rezultă o altă ipoteză, potrivit căreia ar trebui ca în mediul profesional să ne ocupăm mult mai mult de problema morții, ca să fie mult mai lesne abordabilă de către ajutătorii de profesie – eliberând-o de statutul de tabu –, și să poată fi discutată în mod competent în situațiile în care muribundul sau familia acestuia are nevoie de acest lucru.

Teza este structurată pe cinci capitole:

- I. Locul morții în viața noastră
- II. Consilierea pastorală a muribunzilor și a familiei acestora
- III. Probleme specifice
- IV. Ajutători și consilieri pastorali
- V. Prezentarea investigației, interpretarea rezultatelor, concluzii

I. Locul morții în viața noastră

În primul capitol mă concentrez asupra transformării atitudinii față de moarte, printr-o abordare diacronică. Prezint relația cu moartea a oamenilor în diferite epoci istorice pe baza lucrării lui Ariès, trecând în revistă, ca să citez expresia foarte potrivită a acestui autor, „istoria morții”. În continuare recapitulez sistemele conceptuale filosofice după sistematizarea efectuată de Pilling, prin detalierea imaginilor morții care s-au creat ca rezultat al abordării filosofice. Unul din subcapitolele cel mai larg dezvoltate ale acestei părți îl constituie interpretarea concepției Bibliei despre moarte, analiza textelor referitoare la moarte. Un capitol separat este dedicat sistematizării pozițiilor contemporane față de moarte (completat prin rezultatele sondajului studiului empiric, analizate în capitolul V).

În cadrul analizei diferitelor atitudini față de moarte (I.1. Atitudini legate de moarte de-a lungul timpurilor) diferențiem patru perioade, marcate de concepțiile: moartea îmblânzită, moartea proprie, moartea celuilalt și moartea interzisă.

Epoca morții îmblânzite este specifică îndeosebi Evului Mediu timpuriu, însă efectele ei se prelungesc până în secolul al XVIII-lea. Această perioadă este caracterizată prin atitudinea față de moarte ca element natural al vieții, pentru care omul trebuie să se pregătească, observând semnele care indică apropierea lui. Însmormântările se făceau în biserici sau în apropierea acestora (până în secolul al XVIII-lea), locurile de veci se situau în centrul așezărilor. Astfel, morții erau „prezenți” în lumea celor vii, care nu se temeau de ei și nici nu îi venerau în mod special.

Expresia moartea proprie a câștigat semnificație la sfârșitul epocii medievale. Moartea a devenit mai personală, a apărut noțiunea de judecată și cea a testamentului. Până atunci, elementul esențial al însmormântării a fost înhumarea care, în această perioadă, a fost completată cu alaiul funerar, slujba bisericească și așezarea pe catafalc.

Moartea celuilalt devine caracteristică pentru a treia epocă. Această concepție este proprie epocii moderne, fiind definită de respingerea morții. Cimitirele s-au îndepărtat de localități, au apărut mormintele nominalizate, s-a intensificat cultul morților și, pe lângă toate acestea, caracterul insuportabil al doliului. Muribundul era îngrijit de familie, el însă a pierdut dreptul la inițiativă, cunoașterea situației reale îi aparținea familiei și medicului, au apărut cazuri în care muribundul a intrat în stare inconștientă pe perioade de mai multe luni. Aceste transformări au avut ca rezultat însingurarea muribundului.

Cea de-a patra perioadă aparține secolului XX, fiind caracterizată de moartea interzisă. Aici putem vorbi de prezența și interdependența a două elemente psihologice, prima fiind evoluția continuă a tendinței constatate în secolul al XIX-lea: renunțarea muribundului la toate, în favoarea familiei, inclusiv la dreptul de a rămâne stăpân pe propria moarte. *

În cursul studiului filosofic al atitudinilor față de moarte (I.2. Atitudini legate de moarte în filosofie) diferențiem – pe baza cercetării lui János Pilling – patru concepții: cea rațională-matematică, cea mecanică-fizică, cea cosmică-organică și cea etică-eroică. Viziunea rațională-matematică încearcă să demonstreze pe calea logicii că cei vii nu trebuie să se ocupe de problema morții, deoarece frica de moarte nu are sens. Concepția mecanică-fizică tratează moartea ca un sfârșit absolut, lumea de apoi fiind inexistentă. Concepția cosmică-organică

reprezintă imaginea cea mai ancestrală a morții în istoria omenirii, care se bazează pe relația armonioasă cu natura, evoluția ciclică a vieții, dispariția și renașterea. În viziunea etică-eroică – cea mai caracteristică oamenilor de azi –, moartea se referă la cineva, altul decât noi. Avem ocazia zilnic să ne confruntăm cu moartea cuiva, la televizor, în știri, în filme, această moarte este însă îndepărtată, nu are legătură cu noi, nu ne afectează, nu ne amenință.

În privința morții, în Biblie apar două mari problematici: de ce trebuie să moară omul și ce soartă îl așteaptă după moarte (I.3. Moartea în Biblie). Noțiunile muririi și morții se bazează în Biblie pe cuvintele ebraice *mut* (a muri, a ucide) și *mavet* (moarte), respectiv cuvântul grec *thanatos* (moarte), cu multitudinea derivatelor acestora.

Biblia cuprinde o experiență umană și o căutare religioasă de mai multe milenii. Printre marile întrebări ale vieții a avut întotdeauna un loc special moartea, vremelnicia, speranța în viața veșnică. Limbajul metaforic al Vechiului Testament este și astăzi de mare ajutor în consilierea bolnavilor incurabili, pentru că este forma pe care o folosesc pentru exprimarea, definirea situației lor. A fi muritor este reprezentat deseori prin imaginile vremelnicii naturii, prin ofilirea florilor, veștejirea ierbii (Is 4,6; Ps 90,5).

Unele fapte ale Bibliei ne înfățișează o viziune idilică la care aspirăm și astăzi, în cursul consilierii muribunzilor și a rudelor acestora. De exemplu, viața lui Avraam, care și-a împărțit averea și a murit împăcat: „Și Avraam și-a dat duhul și a murit la o bună bătrânețe, bătrân și sătul de zile; și a fost adăugat la poporul său.” (Gen 25,8).

În viziunea biblică, asocierea morții și a judecății are loc în două moduri: pe de o parte Dumnezeu poate pedepsi cu moartea pe răufăcător, pentru a proteja prin aceasta comunitatea, pe de altă parte comunitatea poate aplica pedeapsa capitală unui individ (sau unui grup), pentru a-și apăra castitatea față de Dumnezeu.

Biblia utilizează diferite registre de vorbire în legătură cu moartea: o consideră ca pe un element inerent al existenței omului, în același timp însă îi caută originea, considerând-o și ca o consecință a păcatului. În relație cu suferința umană, moartea apare în special prin anticiparea ei, cu toată groaza pe care o implică. Calea vieții și calea morții se diferențiază pe paginile Bibliei de cele mai multe ori ca două alternative, ca posibilități de alegere, simbolizând modul de viață pios și pe cel păcătos. Prorocii au folosit deseori în profețiile lor despre judecată reprezentarea naturalistă a trupului mort, ca mijloc de înspăimântare. Pe lângă aceasta este prezent și modul de vorbire în care moartea apare ca o imagine dezirabilă a salvării de la

suferință. Dacă parcurgem evoluția locului morților, putem vedea cât de lungă este calea străbătută de omenire de la conceptul timpuriu al Șeolului până la înălțimile speranței în lumea dincolo de moarte din Noul Testament (pe aceasta din urmă am analizat-o și separat, prin realitatea populară documentată printre altele cu vestigiile arheologice ale cultului morților, precum și prin evoluția timpurie a ideii de reînviere).

Epoca contemporană (I.4. Relația cu moartea în zilele noastre) este caracterizată de tabuul morții, al îmbătrânirii și al îmbolnăvirii. Klára Cselovszkyné Tarr formulează acest aspect în felul următor: „Această epocă are însă și ea latura ei obscură, despre care nimeni nu vorbește cu plăcere, o îmbrăcăm cu eufemisme, ne străduim s-o trecem sub tăcere, sau o evităm pur și simplu. Să nu ne gândim la lucruri mari, «doar» la boli, la îmbătrânire și la moarte. Părțile umbrite ale vieții a devenit tabu într-o lume în care sunt valabile doar categoriile 'puternic', 'tânăr' și 'frumos.'” Dacă evităm să abordăm frica de moarte, acest lucru nu face decât să intensifice transformarea morții în tabu, secretizarea ei. Demolarea tabuului morții are loc în cadrul îngrijirii hospice și paliative. În această privință, marea transformare a avut loc în Europa în anii 1980, odată cu apariția mișcării hospice și a îngrijirii paliative, care încearcă să dea sens timpului de viață rămas și să asigure o viață demnă de om până în ultima clipă a existenței. Lucrătorii hospice se străduie să atenueze suferințele trupești și sufletești ale muribundului, oferind totodată posibilitatea unor lucruri importante, precum luarea de rămas bun, testamentul, rezolvarea unor vechi nedreptăți, sau probleme legate de credință și de conștiință. Alaine Polcz scrie: „Filosofia hospice: moartea este o etapă naturală a vieții. Există un timp pentru a muri, iar acesta nu poate fi nici grăbit, nici amânat. Este una din etapele cele mai importante, cele mai valoroase ale vieții. Obiectivul hospice-ului: să redăm morții demnitatea ei, să-l ajutăm pe bolnav și familia lui, să poată comunica deschis în vederea acceptării morții.”

II. Consilierea pastorală a muribunzilor și a familiei acestora

Acest capitol constituie partea cea mai voluminoasă a tezei. El sistematizează acele cunoștințe de psihologie pastorală pe care ar trebui să le aplicăm neapărat în consilierea bolnavilor incurabili și a familiilor.

Este util să subliniem importanța comunicării diagnosticului (II.1. Comunicarea diagnosticului), modul și momentul corespunzător, precum și modelele comunicării. Lipsa

comunicării diagnosticului îngreunează consilierea bolnavilor incurabili. Majoritatea oamenilor, după un timp, doresc să știe ce se întâmplă cu ei, să afle detalii despre boală, despre desfășurarea și urmările ei. În cele mai multe cazuri anturajul evită aceste chestiuni (de exemplu nu i se comunică bolnavului nici măcar diagnosticul exact). Pe baza experienței din România, lucrătorii din domeniul sănătății sunt preocupați de problema comunicării (sau necomunicării) diagnosticului, de puterea pacientului de a suporta adevărul. Pentru a evita această situație în general neplăcută, ei transmit diagnosticul de regulă aparținătorilor. Declinarea problemei și soluționarea acesteia este interpretată de Kübler-Ross astfel: „Întrebarea nu ar trebui să fie dacă trebuie sau nu să-i spun, ci mai degrabă: cum aș putea s-o împărtășesc cu pacientul?”

În consilierea muribunzilor avem nevoie să cunoaștem acele temeri (II.2. Temerile muribunzului) care îl pot chinui pe bolnavul incurabil. Frica de moarte este spaima cea mai puternică a omului. Muribunzii sunt în general îngroziți de două lucruri: de durerea fizică și de singurătate. În afară de acestea trebuie abordată și conștiința bolii la bolnavii incurabili. Moartea este o temă tabu. În ziua de azi, cancerul (ca maladie) a devenit și el o temă tabu. Béla Buda scrie: „teme tabu există în anumite societăți chiar dacă religia sau o anumită ideologie nu impune teme despre care nu se poate vorbi. Până și opinia publică, starea de spirit a comunității poate crea interdicții ascunse. În aceste cazuri, de regulă, mecanismele de autoapărare se dilatează la scara societății și se cuvine să trecem sub tăcere ceea ce ar putea provoca anxietatea omului de rând, care ar putea suscita groaza acestuia, amintindu-i că aceleași lucruri i se pot întâmpla și lui.”

Trebuie să avem o relație extrem de empatică cu pacientul, în cadrul consilierii muribunzilor, pentru a fi capabili să ne punem în starea lui de spirit dintr-o poziție „exterioară”, ca această împărtășire a existenței să fie autentică: nu îi putem sugera disperarea atunci când el are nevoie de speranță, dacă însă el renunță la speranță, noi nu trebuie să ne cramponăm de ea, deoarece, dacă nu suntem la unison cu el, dacă nu îi percepem situația, îl împiedicăm tocmai în pregătirea pentru confruntarea efectivă cu moartea în ultimele momente ale vieții, îi anulăm posibilitatea de a-și lua rămas bun.

Consilierul trebuie să cunoască stadiile recognoscibile și diferențiabile ale procesului de agonie (II.3. Procesul agoniei). Acest proces a fost descris de Kübler-Ross în urma consultării îndelungate a bolnavilor incurabili. Procesul poate fi împărțit în cinci faze distincte: refuzul,

furia, tergiversarea, depresia, resemnarea. Cunoașterea acestora poate avea un rol indicator, trebuie să știm însă și că, în cazul fiecărui bolnav, pot apărea diferențe sau chiar regresări dintr-o fază în alta. Este tot atât de important să știm că nu toți bolnavii incurabili ajung la faza ultimă a resemnării. În procesul agoniei consilierul este cel care trebuie să se sincronizeze total cu starea de spirit a muribundului, doar în acest fel îi poate fi de ajutor, doar astfel poate fi cu adevărat prezent în experiența acelei intimități speciale care poate lua ființă în această profunzime spirituală. Reuniunea cu consilierul nu poate fi programată. „Relația de consiliere este periclitată dacă pastorul își pregătește dispoziția pe baza unui program prestabilit. Prin urmare trebuie să subliniem din nou că punctele de vedere anterioare, fazele prezentate nu trebuie înțelese ca etapele unui program de consiliere, ele constituie o informație de bază în vederea unei mai bune înțelegeri a partenerului de către consilierul pastoral” – ne atrage atenția Gábor Hézsér. În continuare el evocă faptul că intervenția consilierului poate fi îngreunată de preluarea ideilor preconceptuate, conducerea stereotipică a discuției sau de moralizare. Obiectivul consilierului este crearea unei relații cât mai nestingherite cu pacientul. Este foarte important să cunoaștem nevoile psihologice ale muribundului, rezumate de Twycross–Lack astfel: siguranța, apartenența (cineva are nevoie de el, nu este o povară), iubire (exprimarea sentimentelor, contactul uman, atingerea), înțelegerea (înțelegerea simptomelor bolii, posibilitatea de a discuta despre moarte), acceptarea, respectul de sine (posibilitatea de a oferi și de a accepta), participarea (la decizii). Întrebarea cea mai frecventă: ce trebuie să-i spunem unui bolnav muribund? Bolnavii nu așteaptă sfaturi. De altfel, una din învățăturile importante ale consilierii este că niciodată nu putem da sfaturi. Muribundul nici nu are nevoie de acestea, el necesită ascultare, atenție și înțelegere. Potrivit lui Viorst : „Trebuie să fim disponibili, deschiși la necesitățile lor. Trebuie să fim disponibili pentru a le fi de folos așa cum vor ei, dar nu putem învăța pe nimeni cum să moară. Dacă însă rămânem alături de ei și suntem atenți, ei chiar pot să ne învețe și ne și învață.”

În cursul activității mele de preot de spital consider foarte important un lucru, pe care îl și pun în practică: trebuie să discutăm despre calea străbătută, punând neapărat în evidență etapele frumoase ale acesteia. Am observat pe baza experienței că posibilitatea bolnavului muribund de a se confrunța cu propria viață și de a conștientiza lucrurile frumoase de care a avut parte are un efect benefic asupra lui. Mi-a făcut o mare bucurie o referire la acest aspect într-un text de Alaine Polcz : „Mulți bolnavi își recapitulează viața, își evocă greșelile, amărăciunile,

deziluziile. Să-i ascultăm cu atenție și să încercăm să-i dirijăm și spre întâmplările plăcute, pline de bucurie ale vieții. Astfel, dacă scoatem în evidență valorile personalității lor și comportamentul pozitiv (în paralel cu recunoașterea, exprimarea, reflectarea asupra greșelilor), îi ajutăm să se accepte pe sine în perioada socotelii cea din urmă, să poată ierta pe alții și să poată cere iertare.”

O sarcină împovărătoare pentru consilier este îngrijirea acordată copilului suferind de boală incurabilă și familiei copilului (II.4. Copilul și moartea). În acest pasaj prezintă diferențele caracteristice comportamentului copilului bolnav în comparație cu cel al adultului. Mária Ilona Nagy distinge trei faze în concepția copiilor despre moarte: cea animistă (între 2–5 ani), cea personificatoare (5–9 ani) și cea reală (după vârsta de 9 ani). În acest caz consilierul trebuie să fie atent la faptul că aceste concepții se transformă încet, păstrând uneori reminiscențe ale fazei depășite. În calitate de consilier trebuie să știm că copiii comunică altfel despre moarte, în funcție de vârsta lor. Pentru ei poate fi expresiv un desen simbolic, o poveste sau un joc simbolic. Copilul este și el conștient de moarte și îi este frică de ea, el presimte, la fel ca și un adult, apropierea morții. Acest lucru este confirmat și de János Ribár : „Este foarte greu să vorbești cu un copil despre moarte. În general, sufletul lor de copil simte că se află într-o situație foarte grea și primejdioasă, că nu vor mai trăi mult. De multe ori copilul citește gravitatea situației și adevărul de pe fața părintelui sau a medicului. Uneori ei pun și întrebări în căutarea adevărului.” În aceste cazuri, când copiii întreabă, trebuie să fim foarte circumspecți. Alain Polcz scrie cu privire la acest aspect: „Pe lângă cunoașterea modului comunicării trebuie să știm și cauza nemijlocită a acestei comunicări. Trebuie să știm, de ce ne întreabă copilul, adică ce vrea să audă de fapt?”. Pentru că bolnavul (indiferent dacă este adult sau copil) de multe ori întreabă pentru că așteaptă să fie liniștit, vrea să audă adevărul (pe care oricum îl știe), sau pentru că vrea să-și exprime temerile, vrea să întrebe, sau chiar vrea să afle detalii care îl umple de groază.”

În cazul copiilor bolnavi incurabili consilierul trebuie să petreacă cel puțin atâta timp cu asistența acordată părinților cât îi acordă copilului. În asemenea situații trebuie să fie atent la părintele care stă alături de copil în spital. Având în vedere doliul anticipat, el poate simți deseori nevoia să povestească despre copil, eventual să arate poze, ceea ce corespunde analizei vieții la adulți, care este importantă înainte ca decesul să se producă. János Ribár spune despre aceasta: „Alături de copilul grav bolnav trebuie să-i avem în vedere și pe părinții acestuia din

perspectiva consilierii, pentru că uneori nici nu e atât de ușor să decidem, cine are mai mare nevoie de ajutor: copilul sau părinții.”

Consilierul nu îl asistă doar pe pacientul incurabil, dar și pe aparținătorii lui (II.5. Ajutorul acordat rudelor și angajaților din sistemul sanitar). El trebuie să-i susțină pentru a atenua angoasa cauzată de despărțirea iminentă și pentru a crea sau a aprofunda comunicarea între ei. Pe lângă aceasta, în măsura posibilităților, trebuie să acorde atenție și lucrătorilor sanitari, pentru că munca personalului care îi îngrijește pe muribunzi este copleșitoare și din punct de vedere emoțional, sentimentele fiind intensificate și de anxietatea cauzată de frica de moarte. (În cursul unui tratament îndelungat se poate constitui o legătură strânsă între bolnav, familie și personalul îngrijitor.) Un alt subiect interesant este frica de moarte a lucrătorilor din domeniul sănătății, în privința căreia s-au făcut deja investigații. Potrivit unui sondaj în care lucrătorii în regim hospice au fost comparați cu cei din afara acestui sistem, reiese că cei care nu lucrează în hospice ar dori să evite moartea cu orice preț, considerând că moartea bună este rapidă și neașteptată. Pentru grupul lucrătorilor în hospice este important să se pregătească pentru moarte și să nu dorească cu orice preț să scape de ea, deoarece este inevitabilă. Lucrătorii din afara regimului hospice acceptă mai puțin faptul că și ei vor muri odată, frica lor de moarte e mai puternică. Grupul celor care lucrează în hospice acceptă mai ușor faptul că moartea aduce împăcare, pentru ei este mai reprezentativă relația spirituală cu moartea.

Prezența alături de muribunzi (II.6. Relația noastră cu muribunzul și cu trupul mortului) îi poate copleși atât pe rude cât și pe lucrătorii din sănătate. Spitalele și personalul îngrijitor sunt organizate cu scopul de a vindeca. Din această cauză, prezența aparținătorului alături de bolnavul muribunz, iar mai târziu modul în care poate să-și ia rămas bun, pot constitui o problemă. Ca urmare, în unele spitale au fost amenajate camere pentru a lua rămas bun de la bolnavul aflat pe moarte.

Trupul neînsuflețit este tratat în concordanță cu legislația și cu anumite considerente de bioetică. În zilele noastre se acordă o mare atenție izolării cadavrului în spital. „De exemplu, după constatarea decesului, infirmierele îl aranjează imediat pe mort conform prevederilor, după care se spală și se dezinfectează pe mâini, chiar dacă nu au atins decât obiectele aparținând celui mort, ca și cum acestea ar fi contagioase, cu toate că, cu câteva minute în urmă, îl atingeau fără probleme atât pe bolnav cât și obiectele acestuia” – scrie Elaine Polcz.

Fiecare întâlnire cu moartea ne amintește de propriul nostru statut de ființă muritoare, iar dacă ne este greu să ne confruntăm cu acesta, atunci chiar și scena încetării din viață ne pune la încercare. Cel care, datorită profesiei, a trecut de multe ori prin situația de a asista la moartea unei persoane, s-a apropiat mai mult de moarte și îi este mai ușor să ofere consiliere. Potrivit lui Alain Polcz : „A rămâne singur noaptea, alături de un mort (indiferent dacă ne este drag sau nici nu îl cunoaștem) îi încearcă în egală măsură pe credincioși și pe atești, pe cei neexperimentați și pe lucrătorii din domeniul sănătății. (Desigur există întotdeauna excepții.)”. János Pilling completează această afirmație: „Aproape fiecare dintre noi am avut sau vom avea morți. Interesul nostru, al tuturor, este ca trupul mort să fie tratat cu demnitate..”

III. Probleme specifice

Una dintre aceste probleme specifice este moartea clinică (III.1. Moartea clinică). În momentul în care survine decesul, diferențiem două stări: cea a morții clinice și cea a morții biologice. Alain Polcz scrie: „Prin moarte clinică înțelegem abolirea principalelor funcții vitale, precum circulația și respirația, adică moartea în înțelesul ei vechi, adoptată prin consimțământ general. Semnele de viață dispar, însă, în condițiile medicinei de astăzi, ele pot fi restabilite în anumite circumstanțe. Acest aspect este esențial, fiind aplicat din ce în ce mai frecvent, de exemplu în cazul unui accident sau unui atac de cord. Deja o parte a mașinilor de salvare sunt echipate cu aparate de resuscitare. Prin urmare, din moartea clinică mai există cale întoarsă, deoarece ea este o stare intermediară care precede moartea biologică, definitivă.”

Sistemul nervos central, una din părțile cele mai vulnerabile ale organismului, suportă moartea clinică timp de câteva minute. Moartea clinică are și ea fazele sale, care constituie de fapt tranziția spre moartea biologică. O întrebare deosebit de importantă: ce se întâmplă cu Eul în stadiul morții clinice? Experiențele aproape de moarte ne spun că, în timp ce corpul se află la locul accidentului sau chiar pe masa de operație, bolnavul vede de la o anumită distanță ceea ce se întâmplă cu el și aude ce se vorbește în jur. Iar după ce este „adus înapoi”, reiese că lucrurile s-au petrecut exact așa cum le relatează.

Resuscitarea este o mare realizare a medicinei, nu numai pentru că salvează multe vieți omenești, dar și pentru că din aceste relatări putem afla informații despre experiența morții

pentru prima dată în istoria omenirii. Religiile au fost preocupate întotdeauna de experiențele morții, dar acestea nu puteau fi verificate cu metodele științelor naturii.

Pentru cei reveniți din moartea clinică este caracteristic sentimentul de siguranță crescut, ei declară că frica lor a dispărut. Oricum am interpreta acest lucru, ei au parte de o experiență extrem de importantă. Hennezel scrie despre aceasta: „Oamenii se întorc din starea de moarte clinică împăcați, transformați, mult mai apropiați de sine și de esența lucrurilor, ca și cum ar fi înțeles dintr-o dată, ce este cu adevărat important în viața lor. Această experiență le-a demonstrat că nu se mai pot identifica cu trupul lor fizic, care la urma urmei nu este altceva decât un înveliș.” Experiența îi marchează pentru tot restul vieții, iar frica lor de moarte dispare. Aici se cuvine să cităm două surse importante. Prima este cartea lui Raymond Moody, apărută în 1975 și republicată în 1987 (Viață după viață), în care putem citi 150 de cazuri care ne descriu starea de inconștiență a muribundului. Cealaltă lucrare de bază este cea al lui Johann Christoph Hampe (A muri este ceva cu totul altfel) care cuprinde relatările unor bolnavi resuscitați după o perioadă de inconștiență îndelungată.

Cei reveniți din moartea clinică prezintă trei elemente caracteristice recurente: exitusul Eului, socoteala Eului sau panorama vieții, respectiv dilatarea Eului.

Oamenii care au trăit ieșirea Eului într-o formă sau alta, relatează că au avut parte de experiențe atât de extraordinare încât nu-și găsesc cuvinte pentru a le exprima. Jung a trecut și el printr-o asemenea experiență aproape de moarte, despre care afirmă: „Ceea ce urmează după moarte este atât de formidabil și inexprimabil, încât imaginația și emoțiile noastre nu sunt suficiente nici măcar pentru a ne crea o idee despre ea, chiar și aproximativă.”

Fenomenul panoramei vieții a fost atât de frecvent raportat în aceste cazuri, încât poate fi considerat ca un element important al procesului agoniei. Cei în cauză nu pot preciza durata exactă a acestei trăiri, însă toți supraviețuitorii confirmă că evenimentele cele mai importante ale vieții se înșiră și sunt retrăite într-un mod special, cum nu s-a mai întâmplat niciodată până atunci.

Dilatarea Eului înseamnă lumină și culoare, deseori acompaniată de muzică, voci sau levitație imponderabilă. Hampe scrie despre această experiență: „Un sentiment de liniște și fericire imposibil de descris. Toate lucrurile ce m-au chinuit vreodată, au rămas în urmă, la o distanță de o lume, nu puteam să mi le reamintesc nici măcar în gând. Gânduri – am avut oare

capacitatea de a gândi? Mi s-a părut de parcă toate lucrurile ar fi fost pătrunse de emoții, într-o percepție pură, care mi s-a înfățișat ca o realitate sublimă, triumfală.”

János Pilling rezumă esențialul cu aceste cuvinte: „Mentalitatea oamenilor întorși din moartea clinică se transformă într-o măsură semnificativă – în primul rând în privința valorilor vieții și a judecății de sine –, iar acest lucru are un efect important și asupra relațiilor cu ceilalți oameni. Aceste transformări – deși în măsuri diferite – se pot manifesta la oricine, dacă ajunge foarte aproape de trecerea în neființă. Un alt tip al transformărilor mentalității, modificarea relației față de moarte și religie, este caracteristic doar celor care, în condițiile morții clinice, au trăit experiențe aproape de moarte.” Pentru cei care au trecut prin experiențe aproape de moarte este relevant faptul că frica față de moarte diminuează, în timp ce crește credința în viața de apoi (III.2. Lumea cealaltă).

În cazul bolnavilor incurabili întâlnim două feluri de comportamente cu privire la eutanasia (III.3. Eutanasia): forma pasivă (abandonarea tratamentului) și cea activă (provocarea intenționată a morții). În anumite situații eutanasia poate însemna într-adevăr o soluție, punând capăt suferințelor sufletești și fizice ale bolnavului muribund, în măsura în care moartea acestuia iminentă este efectiv previzibilă, în același timp însă îl privează de o etapă de vieții sale, din care face parte și asistența. Îngrijirea paliativă corespunzătoare spiritualității hospice este o modalitate umană a asistenței acordate muribundului. În acest caz însă este nevoie și de participarea bolnavului prin a nu mai solicita tratamentul activ.

Noțiunea de eutelia (III.4. Eutelia) constituie o preocupare pentru László Bitó. Eutelia ar fi modalitatea legală pentru om de a opta pentru ca lupta pentru prelungirea vieții lui să fie abandonată. „Amândoi știm că peste tot se practică eutanasia activă, chiar dacă este numită pasivă sau este camuflată. Această situație îmi este foarte greu de acceptat. Chiar dacă găsec un medic sau un îngrijitor atât de empatic încât să fie dispus să mă ajute să mor, în cazul în care aş avea nevoie de ajutor pentru aceasta. Pentru că eutelia – sfârșitul bun – și instituțiile ei, cei care ajută la trecere (așa cum am spus în cartea mea) aparțin deocamdată tărâmului viselor” – scrie László Bitó.

IV. Ajutători și consilieri pastorali

Teologia și psihologia au găsit foarte greu limbajul comun de-a lungul timpului (IV.1. Nașterea consilierii pastorale). La această dificultate au contribuit fără îndoială vederile lui Freud și atitudinea teologilor vizavi de el. Aproximativ se datorează în mare parte lui Jung și acelei mentalități flexibile prin intermediul căreia s-a creat limba comună a celor două științe. În anii 1920, în Europa, consilierea și psihoterapia erau încă despărțite de un vid imens, fiecare își susținea propriul adevăr, fără să se creeze un limbaj util pentru ambele părți. Din această cauză a fost atât de importantă apariția și contribuția teologului protestant Thurneysen care scrie: „Activitatea psihiatrului elvețian C.G. Jung a avut meritul de a străpunge ortodoxia concepției despre lume a lui Freud, punând psihologia pe o bază nouă, mai liberă și mai cuprinzătoare, prin adoptarea tuturor cunoștințelor psihologice dobândite pe calea psihanalizei. Cercetarea întreprinsă de el constituie în prezent cel mai important pas spre o nouă fundamentare a întregului domeniu al psihologiei.” Thurneysen subliniază faptul că psihologia este o știință auxiliară indispensabilă teologilor. În ceea ce privește psihologia, deschiderea a venit din America, fiind legată de numele lui Rogers. Concepția lui despre om și „metoda” lui terapeutică sunt foarte apropiate imaginii despre om a teologiei și au avut o mare influență asupra psihologiei pastorale și consilierii practice. Psihologia pastorală nu aderă în mod exclusiv la niciuna dintre orientările psihologiei, deoarece scopul ei este de a deveni un mediator între domeniile psihologiei, medicinei și teologiei.

Utilitatea practică a psihologiei pastorale se manifestă prin consilierea clinică. Astăzi deja este evident că consilierul are nevoie neapărat de cunoștințe satisfăcătoare în psihologie. Aceasta nu înseamnă că consilierul clinic trebuie să devină psiholog, dar trebuie să cunoască unele procese sufletești, fără de care ar putea dăuna serios pacientului asistat.

Károly István Debrecenyi rezumă în zece puncte cuvintele cheie ale consilierii clinice: umanitarism, nedirectivitate, empatie, discreție, imaginea omului, spiritualitate, responsabilitate profesională, ecumenism creator, interdisciplinaritate, control și suport profesional continuu.

Între relația de sprijin cu caracter psihoterapeutic și cel de igienă mentală (IV.2. Relația de sprijin în consilierea pastorală, în igiena mentală și în psihoterapie) există următoarele puncte de contact și diferențe: profesia, relația față de vindecare, legătura emoțională, cadrul, metoda, scopul și populația țintă. Consilierul trebuie să aibă neapărat în vedere faptul că cel ajutat i se

adresează altfel decât unui psihoterapeut, deoarece vede în el un ajutător care trăiește în relație cu Dumnezeu, prin urmare are alte așteptări față de el.

Cea mai cunoscută formare și perfecționare pentru consilieri (IV.3. Pregătirea consilierului pastoral) este Formarea consilierilor clinici. În afară de aceasta mai există nenumărate oportunități de instruire destinate consilierilor. Formarea consilierilor clinici este indispensabilă nu doar preoților de spital, ci tuturor colaboratorilor din domeniul consilierii, caracterul specific spitalului se datorează doar locului de desfășurare a formării.

Personalitatea și comportamentul consilierului pastoral (IV.4. Personalitatea și comportamentul consilierului pastoral) influențează pe deplin consilierea. De aceea putem spune: cunoștințele teoretice și experiența profesională nu sunt suficiente, consilierul are nevoie de cunoaștere de sine și de dezvoltarea continuă a personalității. Endre Gyökössi scrie: „Nu întâmplător a spus C. G. Jung deja în 1932, la o conferință ținută la Strasbourg consilierilor din Alsacia, că în cursul profesiei lor nu este atât de importantă metoda, ci mai degrabă personalitatea consilierului, a partenerului intuitiv, a celui ce recunoaște în persoana aflată în criză pe seamănel său care suferă și se zbate, care are nevoie de ajutorul lui urgent. Teologia s-ar exprima astfel: în realitate personalitatea consilierului, încărcătura lui spirituală, sufletească sunt cele care asigură specificul consilierii.”

Fenomenul de burn-out reprezintă un pericol (IV.5. Pericole legate de burn-out) pe care îl refuză în primul rând ajutătorii, deoarece consideră ca un semn al slăbiciunii faptul că nu pot face față încărcării exagerate și se prăbușesc sub greutatea acesteia, eșuează – ceea este greu de recunoscut într-o profesie care are ca normă de bază performanța și sacrificarea de sine generoasă. Poate chiar acesta este motivul pentru care a intrat în uz o altă expresie: deformarea profesională, cu rezonanță mai neutră, care facilitează mai mult acordarea ajutorului.

Una din sarcinile cele mai importante ale consilierii este organizarea perfecționării și supravegherii, precum și precizarea modelelor de consiliere (IV.6. Misiunile consilierii pastorale: probleme și provocări actuale).

Consilierea modernă în spitale (IV.7. Consilierul pastoral în mediul spitalicesc) a apărut în 1920 în America. Sub îndrumarea lui Anton Theophilus Boisen, au luat ființă grupuri de discuție a cazurilor, cu caracter ecumenic, destinate medicilor și preoților. Aceste grupuri căutau răspunsuri la întrebarea: cum se poate asigura, prin colaborare, o muncă și mai eficientă pentru pacienți. Boisen urmărea fundamentarea consilierii pe psihologia religiei, a cărei scop

este armonizarea teologiei experimentale (empirice) cu practica în care se aliază științele naturii și științele spirituale.

Introducerea formării americane a consilierilor pe baza concepției lui Rogers s-a produs grație activității de pionierat a lui Hans Christopher Piper și a lui Heije Faber. Cartea scrisă de Faber și Ebel van der Schoot, intitulată Psihologia conversației de consiliere, a devenit o lucrare fundamentală pentru literatura de limbă maghiară a consilierii. Consilierea clinică nu poate fi desfășurată după modelul consilierii în comunitatea religioasă, specialistul acesteia are nevoie de metode, cunoștințe și experiențe diferite. Potrivit lui Tímea Tésenyi „premisele consilierii clinice profesionale este cunoașterea de sine și a oamenilor, empatia, însușirea conversației ajutoare bazată pe nedirectivitate, luarea în considerare a perspectivelor comunicării nonverbale, cunoașterea metodelor intervenției în criză, demersul corect referitor la simbolurile și ceremoniile tradiției creștine, precum și atenția acordată condițiilor specifice instituției.”

Posibilitățile și sarcinile consilierii clinice sunt determinate de condițiile și structura spitalului. Scopul acestuia din urmă este ca timpul acordat îngrijirii pacientului să fie cât mai scurt, iar în asemenea condiții persoana bolnavului devine factorul cel mai neglijabil. Astăzi deja există multe investigații care demonstrează că bolnavul vizitat de consilierul pastoral se vindecă mai repede, astfel și timpul petrecut în spital se reduce (sondajele legate de acest aspect au fost conduse de societățile de asigurări americane), în același timp consilierul joacă deseori un rol de mediator în relația dintre medic și pacient. Prin urmare, crearea de posturi de consilier este o investiție profitabilă pentru spitale și din punct de vedere material. Pe lângă cele expuse mai sus, un rol important îi revine acestuia și în comunitatea lucrătorilor din sănătate, pentru care asigură o activitate profilactică pentru a preveni burn-out-ului. Au fost înregistrate rezultate bune și în cazul investigațiilor care urmăresc efectul rugăciunii și al conversațiilor spirituale asupra vindecării. Constatările studiilor efectuate de Van De Creek arată că spiritualitatea și rugăciunea au un rol important în păstrarea și în redobândirea stării de sănătate.

Consilierea, conversația cu pacientul, vizitarea bolnavului pot avea deopotrivă o influență benefică asupra stării sufletești a omului bolnav.

Sára Bodó scrie următoarele: „Vizitarea bolnavului este una din formele cel mai puțin spectaculoase ale ajutorării. Un om zace în patul de bolnav, timpul său este ocupat de trăirea propriei suferințe, de constrângerile unei situații de aservire, de învâlmășeala speranțelor și

temerilor. Atunci se apropie de el un alt om, pe care poate îl cunoaște, poate nu, și care nu aduce altceva decât pe el însuși. Acest lucru reprezintă în sine foarte mult, dar aceasta se va afla doar cu timpul, după conversații petrecute într-o atmosferă de încredere. Acest al doilea om este vizitatorul.”

V. Prezentarea studiului și a concluziilor

Acest capitol, așa cum arată titlul său (V.1. Prezentarea studiului), prezintă investigarea efectuată în anii 2012–2013 cu ajutorul unui chestionar. La investigare au participat 100 de adulți (cu vârste peste 20 de ani) de religie unitariană, cărora li s-au pus întrebări privind problemele importante legate de moarte.

Când și cum v-ați întâlnit cu moartea pentru prima oară? Ați văzut deja un om mort? Cât de des vă preocupă problema morții? De ce vă temeți cel mai mult în legătură cu moartea? În ce formă poate ajuta credința religioasă la combaterea fricii de moarte? Care este aspectul cel mai greu în pierderea celor dragi? Cine poate ajuta în timp de doliu? A vorbi despre moarte este un tabu? Care ar fi forma utilă pentru a vorbi mai mult despre moarte? Ce se întâmplă cu noi, după ce murim?

Prezentarea detaliată a rezultatelor investigației, cu tabele și figuri, este cuprinsă în teza de doctorat. Aici doresc să evidențiez câteva întrebări mai importante și răspunsurile date la aceste întrebări.

17. Când și cum v-ați întâlnit cu moartea pentru prima oară?

La această întrebare 2 au răspuns că nu au întâlnit moartea, iar 98 au răspuns pozitiv. Surprinzător și important din punct de vedere al consilierii a fost faptul că 54 din cei 98 au răspuns că au avut experiențe cu moartea deja în perioada copilăriei. Acest lucru este semnificativ pentru noi din două puncte de vedere: suntem tentați să credem că oamenii se confruntă mult mai târziu cu problema morții. Pe de altă parte, știm din cunoștințele noastre de psihologie pastorală că copiii încep să pună întrebări în legătură cu moartea la o vârstă foarte fragedă (la 4–5 ani). Din perspectiva consilierii acest lucru este important pentru că oamenii își vor aminti și mai târziu răspunsurile aflate, care au legătură cu frica lor de moarte. Știm de asemenea că în aceste situații majoritatea părinților evită să răspundă sau nascocesc explicații

bizare. Acesta este primul moment în care copilul se confruntă cu frica de moarte a părintelui, care se manifestă tocmai prin perplexitatea lui sau datorită minciunii inventate.

O altă întrebare de o relevanță remarcabilă:

I9. Cât de des vă preocupă problema morții?

Aici au fost patru posibilități de răspuns: niciodată, rar, destul de frecvent, aproape întotdeauna. 11 au răspuns cu niciodată, 64 cu rar, 19 cu destul de frecvent, iar 6 au spus că sunt preocupați aproape încontinuu. Din răspunsurile de mai sus se vede că 64% din cei întrebați se gândesc rar la problema morții și că există oameni (11 %) pe care nu îi preocupă deloc.

Întrebarea următoare (I10: De ce vă temeți cel mai mult în legătură cu moartea?) este semnificativă deoarece în teza mea m-am ocupat mult de faptul că, în consilierea muribunzilor, în apropierea morții întâlnim mai multe tipuri de temeri pe lângă frica de moarte. Chestionarul a propus patru răspunsuri posibile: lipsa temii, teama de agonie, teama de dispariție, teama de singurătate. Am considerat că putem afla informații utile, datorită acestei investigații, despre existența fricii de moarte la oameni care frecventează biserica în mod regulat, iar dacă există, putem ști care sunt lucrurile de care ei se tem.

57 au răspuns că nu le e teamă de moarte. O proporție ridicată, explicabilă prin faptul că credința oamenilor care frecventează activ biserica (credința în viața veșnică) este probabil mult mai puternică. Temerile celor care se tem de ceva se distribuie astfel: 25 se tem de dispariție, 11 de agonie, 6 de singurătate, iar 1 persoană se teme de spirite. Imaginea care reiese din răspunsuri este perfect realistă pentru mine, dat fiind că pacienții mei muribunzi din spitale, care vorbesc despre temerile lor, de cele mai multe ori se tem de dispariție: ce va fi dacă totul se termină? Sau ce se va întâmpla după aceea? Acestea sunt întrebările cele mai frecvente. Cealaltă temere se leagă de agonie, de povara și de durata lungă a acesteia, de suferințe.

Întrebarea I12: Ce este cel mai greu în pierderea celor dragi? are importanță mai mult pentru consilier, deoarece pune în lumină suferința aparținătorilor, teama lor, oferind un punct de referință pentru consilierea în caz de doliu. 60% din răspunsuri indică absența celor dragi în urma dispariției lor.

O altă întrebare foarte importantă este I14: Credeți că a vorbi despre moarte este un tabu? Aici am avut rezultatul cel mai surprinzător, pentru că 74 au răspuns că nu e un tabu să vorbim despre moarte. Literatura de specialitate însă presupune și azi (așa cum am amintit în partea teoretică a tezei) că moartea este un tabu. Numărul mare de răspunsuri negative se explică

parțial prin faptul că interlocutorii noștri, după cum am precizat, frecventează biserica și aud probabil mai multe despre moarte. 20 au răspuns că moartea este tabu.

În dubla mea calitate de consilier de spital și de profesor la facultatea de teologie consider că ar trebui să vorbim mult mai mult despre moarte, pentru că tema este ocolită, tabuizată prea mult, în aceste condiții fiind foarte greu să oferi consiliere și susținere astfel încât să se poată crea comunicarea între muribund și aparținătorii lui. Prin urmare, pentru mine este foarte importantă întrebarea următoare: I15. Care ar fi forma utilă pentru a vorbi mai mult despre moarte? La aceasta se putea răspunde în patru feluri: conversații, conferințe, cărți, nicio formă. În acest caz, răspunsurile arată diferențe de proporții semnificative referitor la atitudinea față de moarte: 23 au răspuns că nu ar fi util sub nicio formă să vorbim mai mult despre moarte, însă 77 de răspunsuri consideră că trebuie să abordăm subiectul morții. În consecință vedem că avem cu cine lucra, trebuie doar să decidem, care ar fi forma adecvată. În aceasta ne ajută răspunsurile următoare: 64 au ales conversația (un rezultat foarte util pentru consiliere), 9 ar prefera să citească cărți, iar 4 ar dori să asculte prelegeri. În sfârșit, cele 23 de răspunsuri negative ne atrag atenția asupra faptului că mai sunt oameni care se abțin de la acest subiect. Pentru mine constituie un rezultat pozitiv faptul că o mare parte a celor întrebați consideră conversațiile despre moarte ca fiind importante. Acest lucru îmi confirmă importanța consilierii în acest domeniu și că trebuie să efectuăm o muncă de calitate. Iar manualul ar fi util în primul rând pentru cei care lucrează în acest domeniu dificil, care implică o mare responsabilitate: pentru consilieri și ajutători.

Concluziile (V.2. Concluzii) sunt împărțite în concluzii personale și profesionale.

Concluziile personale provin din experiența acumulată în timpul scrierii unei disertații de doctorat. Prin munca de asistență zilnică alături de muribunzi și familiile lor, consilierul poate observa ceea ce poate fi comunicat și altora din aceste cunoștințe empirice.

Concluzii personale:

1. Conștientizarea faptului că noi înșine suntem muritori. Bolnavii muribunzi ne fac să înțelegem, în ce mare măsură suntem sortiți dispariției.
2. Experiența prețuirii tăcerii. Alături de bolnavii incurabili, oferindu-le consiliere, am avut experiența tăcerii așa cum nu am mai trăit-o niciodată. Când doi oameni stau unul lângă altul și unul din ei agonizează, în timp ce celălalt încearcă să-i atenueze singurătatea și frica

prin simpla prezență, această tăcere nu mai are nevoie de cuvinte. Aici nu mai există decât sentimente.

3. Experiența prezenței lui Dumnezeu în saloanele spitalului.
4. Însușirea unei comunicări diferite. Comunicarea despre tabu în situație de tabu.
5. În timpul consilierii muribunzilor de-a lungul anilor, omul „moare” văzând atâta suferință în jur, sau începe să „crească” și învață să trăiască. Unul din semnele învățării vieții este smerenia față de lucrurile existenței, o relație și mai puternică cu Dumnezeu și o trăire conștientă a fiecărei clipe a vieții într-o stare de vigilență și de responsabilitate față de noi înșine și față de alții.

Concluzii profesionale:

Aceste concluzii se referă la trei aspecte: 1) formarea consilierilor; 2) ajutorul practicant și 3) subiectul consilierii.

În privința formării consilierilor este importantă a) dobândirea cunoștințelor teoretice și practice, respectiv b) dezvoltarea cunoașterii de sine și a personalității.

Pe lângă însușirea materialului teoretic și practic, formarea consilierilor trebuie să pună un accent mai mare asupra muncii de autocunoaștere și de dezvoltare a personalității.

Pentru ajutorul practicant sunt importante: a) perfecționarea în igiena mentală și în hospice; b) prevenirea angoasei, depresiei și a burn-out-ului.

Formarea continuă a preoților și consilierilor profesioniști ar trebui să cuprindă pregătirea în domeniul igienei mentale și hospice, precum și profilaxia burn-out-ului.

În ceea ce îi privește pe cei asistați de consilier, sunt importante următoarele: a) mai multe oportunități pentru a vorbi despre moarte; b) accesul la manuale utile; c) ajutor – individual sau în grup – în timp de doliu.

În cazul pacienților care beneficiază de consiliere trebuie să găsim modalități pentru a discuta despre moarte, să le indicăm cărți accesibile care discută acest subiect. În perioada de doliu trebuie să acordăm o atenție deosebită celor îndurerați, fie prin consiliere individuală, fie prin crearea și asistarea unor grupuri de doliu. Confruntarea cu moartea înseamnă să ne confruntăm cu noi înșine, să acceptăm statutul nostru de muritori. Confruntarea cu moartea ne învață cum să trăim. Această înțelepciune ar trebui să se manifeste în comportamentul nostru, ar trebui să o transmitem credincioșilor, bolnavilor, pacienților noștri. Preoții și consilierii pastorali au o responsabilitate enormă, deoarece dacă oamenii au pe cineva cu care ar încerca să discute sau

să le pună întrebări, atunci noi suntem acea persoană. Cred că nu putem neglija această misiune. Trebuie să fim pregătiți pentru această prezență, să ne folosim de capacitatea noastră de a contribui la atenuarea fricii de moarte, învățând prin aceasta oamenilor o nouă știință de a trăi. Trebuie să fim pregătiți, din punct de vedere fizic, psihic și spiritual, să putem fi prezenți în această deplinătate a consilierii pastorale a muribunzilor și a membrilor familiei acestora.

Bibliografie

- Ács, Géza – Pilling, János – Zatik, István (1992). *Meghaltam – és élek. Halálközeli élmények* [Am murit – și trăiesc. Experiențe în apropierea morții]. Budapest: Medicina.
- András, Sándor (2004). *Lutheránus Zen. Halál és meghalás* [Zen luteran. Moartea și murirea]. Pozsony (Bratislava): Kalligram.
- Ariès, Philippe (1977). A halál iránti attitűdjeink – a fejlődés főbb állomásai és értelmezése [Atitudinile noastre după moarte – principalele etape și interpretarea evoluției]. *Mérleg*, 4, 339–354.
- Bánki M., Csaba (1995). *Életünk és az agy* [Viața noastră și creierul]. Budapest: Biográf Kiadó.
- Barr, James (1992). *The Garden of Eden and the Hope of Immortality* [Grădina Edenului și speranța în imortalitate]. Minneapolis.
- Barth, Christoph (1997). *Die Errettung von Tode* [Release from death]. Evangelischer Verlag.
- Baumgartner, Isidor (2004). Távolmaradás és eltávozás a lelkigondozói kísérésben [Depărtare și distanțiere în însoțirea acordată de consilierul pastoral]. *Embertárs*, 2, 144–147.
- Beauchamp, Tom I. – Childress, James F. (1989). *Principles of Biomedical Ethics* [Principii de etică biomedicală]. New York–Oxford: Oxford University Press.
- Berta, Péter (1995). A középkori archaikus halálmodell és tipológiai felosztás [Modelul arhaic al morții în Evul Mediu și împărțirea ei tipologică]. In Hegedűs, Katalin (Ed.) *Halálközelen II. A haldokló és a halál méltóságáért* [Aproape de moarte II. Pentru demnitatea muribunzului și a morții]. Budapest: Magyar Hospice Alapítvány, 23–57.
- Bienert, Hans-Dieter – Müller-Neuhof, Bernd (2000). Im Schutz der Ahnen? Bestattungssitten im präkeramischen Neolithikum Jordaniens. *Damaszener Mitteilungen*, 12.
- Blarer, Stefan (2004). A lelkigondozói beszélgetés – gyógyító és megszentelő beszélgetés [Conversația de consiliere – conversație vindecătoare și sfințitoare]. *Embertárs*, 2, 100–105.

Blass, Rachel B. (2007). Beyond Illusion. Psychoanalysis and the Question of Religious Truth [Dincolo de iluzii. Psihanaliza și chestiunea adevărului religios]. In Black, D. M. (Ed.) *Psychoanalysis and Religion in the 21st Century – Competitors or Collaborators* [Psihanaliză și religie în secolul al XXI-lea. Concurenți sau colaboratori]. London–New York. 615–634.

Blasszauer, Béla (1995). *Orvosi etika* [Etică medicală]. Budapest: Medicina Könyvkiadó.

Block-Smith, Elizabeth (1992). The Cult of the Dead in Judah [Cultul morților în Iudeea]. *Journal of Biblical Literature*, 111, 213–224.

Bodó, Sára (Ed.) (2014). *A jó hír felüldíti a testet. Amit a beteglátogatóknak tudni kell* [Vestea bună recrează corpul. Ce trebuie să știe vizitatorul bolnavului?]. Budapest: Kálvin Kiadó.

Bosnyák, Sándor (1998). Visszasírás. A parasztság halálközeli élményei [A plânger înapoi. Experiențele apropiate de moarte ale țăranimii]. *Kharón. Thanatológiai Szemle*, 1, 45–63.

Buber, Martin (1991). *Én és Te* [Eu și Tu]. Budapest: Európa Könyvkiadó.

Buda, Béla (1990). Előszó [Cuvânt introductiv]. In Dr. Pető Zoltán: *Zsákutca? (A rokkantság, a szociális otthon és a rehabilitáció dilemmái)* [Impas? – Dilemele invalidității, ale căminelor sociale și ale reabilitării]. Magyar Pszichiátriai Társaság.

Childs, Brevard S. (1987). Death and Dying in Old Testament Theology [Moarte și murire în teologia Vechiului Testament]. In Marks, John H. – Good, Robert M. (Ed.) *Love and Death in the Ancient Near East: Essays in Honor of Marvin H. Pope* [Iubire și moarte în Orientul Apropiat antic. Eseuri în omagiul lui Marvin H. Pope]. Guilford: Four Quarters Publishing, 89–91.

Clark, David (2001). A palliatív gondozás története: rituális folyamat? [Istoria îngrijirii paliative: un proces ritual?]. *Kharón. Thanatológiai Szemle*, 1, 6–17.

Clark-Soles, Jaime (2006). *Death and the Afterlife in the New Testament* [Moarte și viață după moarte în Noul Testament]. New York/London: T&T Clark International.

Clinebell, Howard (1961). *The Context of Pastoral Counseling* [Contextul consilierii pastorale]. Nashville: Abingdon.

Csáky-Pallavicini, Roger – Nemes, Ödön – Török, Gábor – Tomcsányi, Teodóra (2003). Merre tart a lelki gondozás? Továbbképzés és modellek [Direcția evoluției consilierii. Perfecționare și modele]. *Embertárs*, 1, 34–39.

Cselovszkyné Tarr, Klára (1999). A megszüpített halál [Moartea înfrumusețată]. *Kharón. Thanatológiai Szemle*, 3, 63–70.

Cseri, Péter (2004). Gyógyíthatatlan betegek és családtagjaik segítése. A hospice-paliative szervezetekről [Bolnavii incurabili și sprijinirea familiilor acestora. Despre organizațiile hospice și paliative]. *Embertárs*, 4, 301–302.

Csík, Vera (1996). *Medicinális alapismeretek* [Cunoștințe medicinale de bază]. Szeged: JGYTF Kiadó.

Dank, Magdolna – Martényi, Ferenc (1995). A daganatos beteg végigkövetése [Însoțirea bolnavului de cancer]. In Hegedűs, Katalin (Ed.) *Halálközelen II. A haldokló és a halál méltóságáért* [Aproape de moarte II. Pentru demnitatea muribundului și a morții]. Budapest: Magyar Hospice Alapítvány, 83–95.

Debrecenyi, Károly István (1999). *A spiritualitás mint a hospice ellátásban megtanulható közös nyelv* [Spiritualitatea ca limbajul comun ce poate fi însușit în cursul serviciului hospice]. *Kharón. Thanatológiai Szemle*, 3, 16–31.

Debrecenyi, Károly I. – Nemes, Ödön SJ – Szarka, Miklós (2004a). Lelkigondozás-lelkivezetés, szempontok a fogalmak tisztázásához [Consiliere și îndrumare sufletească, considerații privind definirea noțiunilor]. *Embertárs*, 2, 152–155.

Debrecenyi, Károly István – Tóth, Mihály (2004b). *Életesemények a pásztori lélektan és a filozófia tükrében* [Evenimentele vieții. În oglinda psihologiei pastorale și a filosofiei]. Budapest: Semmelweis Egyetem – TF& Párbeszéd Alapítvány.

Diggory, James C. – Rothman, D.Z. (1961). Values destroyed by death [Valori distruse de moarte]. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1, 205–210.

Donovan, Kath (1999). A rossz hírek közlése [Comunicarea veștilor proaste]. *Kharón. Thanatológiai Szemle*, 1-2, 27–45.

Eadie, Betty (1994). *Átölel a fény* [Lumina mă cuprinde]. Budapest: Édesvíz kiadó.

Emmons, Robert A. (1999). *The Psychology of Ultimate Concerns* [Psihologia celor din urmă neliniști]. The Guildford Press.

Faber, Heije – Schoot, Ebel van der (2002). *A lelkigondozói beszélgetés lélektana* [Psihologia conversației de consiliere]. Budapest: Semmelweis Egyetem – TF& Párbeszéd Alapítvány.

Ferenczi, Enikő (2010). *A mentálhigiéné elméleti és gyakorlati megközelítése* [Abordarea teoretică și practică a igienei mentale]. Kolozsvári Egyetemi Kiadó.

Ford, Norman (1996). Moral Dilemmas in the Care of Dying [Noi dileme în îngrijirea muribunzilor]. *Australasian Catholic Record*, 73, 474–490.

Fowler, James W. (1981). *Stages of faith: the Psychology of Human Development and Quest for Meaning* [Etapetele credinței. Psihologia dezvoltării umane și a căutării sensului]. San Francisco: Harper and Roe.

Földesi, Enikő – Zsámbor, Csilla (2004). *A gyógyíthatatlan daganatos gyermek és családja pszichés vezetése* [Îndrumare psihologică pentru copiii cu cancer incurabil și familiile lor]. *Kharón. Thanatológiai Szemle*, 3, 7–14.

Frankl, Viktor E. (2005). *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben* [Omul confruntat cu problema inteligenței sale]. Budapest.

Freud, Sigmund (1986). *Bevezetés a pszichoanalízisbe* [Introducere generală în psihanaliză]. Budapest: Gondolat Kiadó.

Freud, Sigmund (1990). *Totem és tabu* [Totem și tabu]. Budapest: Göncöl Kiadó.

Friedman, Richard E. – Overton, Shawa S. (1995). Death and Afterlife: the Biblical Silence [Moarte și viață după moarte. Tăcerea biblică]. In Avery-Peck, Alan – Neusner, Jacob J. (Ed.) *Death, Life after-Death, Resurrection and the World-to-Come in the Judaism of Antiquity* [Moarte, viață după moarte, înviere și lumea de apoi în iudaismul antic]. Leiden: Brill, 35–57.

Gaizler, Gyula (1997). *A bioetika alapkérdései* [Chestiunile fundamentale ale bioeticii]. Budapest: Magyar Bioetikai Alapítvány.

Gestrich, Reinhold (2002). Kiképzés és továbbképzés a kórházi lelkipozás számára [Formare și perfecționare privind consilierea în spitale]. In Klessman, Michael (Ed.) *A klinikai lelkipozás könyve* [Manual de consiliere clinică]. Debrecen: University of Reformed Theology of Debrecen, Department of Practical Theology, 265.

Gillmann, Neil (1997). *The Death of Death: Resurrection and Immortality in Jewish Thought* [Moartea morții. Înviere și nemuire în gândirea evreiască]. Woodstock.

Goldingay, John (1995). Death and Afterlife in the Psalms [Moartea și viața după moarte în Psalmi]. In Avery-Peck, Alan – Neusner, Jacob J. (Ed.) *Death, Life after-Death, Resurrection and the World-to-Come in the Judaism of Antiquity* [Moarte, viață după moarte, înviere și lumea de apoi în iudaismul antic]. Leiden: Brill, 61–85.

Gyökössi, Endre (2003). Lelkipozás és pszichoterápia [Consiliere și psihoterapie]. In Jelenits, István – Tomcsányi, Teodóra (Ed.) *Tanulmányok a vallás és a lélektan határterületeiről* [Studii despre zonele de frontieră ale religiei și psihologiei]. Budapest: Semmelweis Egyetem – TF& Párbeszéd Alapítvány.

Hallote, Rachel S. (2001). *Death, Burial, and Afterlife in the Biblical World: How the Israelites and Their Neighbours Treated the Dead* [Moarte, înmormântare și viață după moarte în lumea Bibliei. Cum își tratau morții izraeliții și vecinii lor]. Chicago: Ivan R. Dee.

Hampe, Johann Christoph (1993). *Hiszen meghalni egész más* [A muri este ceva cu totul altfel]. Budapest: Református Zsinati Iroda Sajtóosztálya.

Harsányi, Ottó (2004). Az élet alkonyán levő ember elkísérése – egy társadalom ember-erkölcsi minőségének próbaköve [Însoțirea omului aflat la crepusculul vieții – piatra de încercare a calității umane și morale a unei societăți]. *Embertárs*, 4, 292–300.

Hays, Christopher B. (2011). *Death in the Iron Age II and in First Isaiah* [Moartea în epoca de fier II și în Proto-Isaia]. Tübingen: Mohr Siebeck. Forschungen zum Alten Testament.

Hays, Christopher B. (2012). *Death* [Moartea]. In Boda, Mark J. – McConville, Gordon J. (Ed.). *Dictionary of the Old Testament Prophets* [Dicționarul profeților din Vechiul Testament]. Nottingham: Inter-Varsity Academic Press.

Hegedűs, Katalin (1995). A modern orvoslás és a halál [Medicina modernă și moartea]. In Hegedűs, Katalin (Ed.) *Halálközelben II. A haldokló és a halál méltóságáért* [Aproape de moarte II. Pentru demnitatea muribundului și a morții]. Budapest: Magyar Hospice Alapítvány.

Hegedűs, Katalin (1998). Súlyos állapotban levő és haldokló betegek betegségtudata [Conștiința bolii la pacienții în stare gravă și în fază finală]. *Kharón. Thanatológiai Szemle, 1*, 13–32.

Hennezel, Marie de – Leloup, Jean Yves (1999). *A halál művészete* [Arta de a muri]. Budapest: Európa Könyvkiadó.

Hézszer, Gábor (1996). *Miért? Rendszerelmélet és lelkigondozói gyakorlat. Pásztorálpszichológiai tanulmányok* [De ce? Teoria sistemului și practica consilierii. Studii de consiliere pastorală]. Budapest: Kálvin Kiadó.

Hézszer, Gábor (2002). *A pásztori pszichológia gyakorlati kézikönyve* [Ghidul practice al psihologiei pastorale]. Budapest: Kálvin János Kiadó.

Honti, Irén (2005). Kórházi lelkigondozás a gyermekek körében [Consilierea clinic între copii]. *Embertárs, 1*, 13–19.

Horváth-Szabó, Katalin (2003). Hazai vizsgálatok a Kritika utáni vallásosság-skálával [Investigări autohtone cu scara religiozității de după Critica]. *Magyar Pszichológiai Szemle, 1*, 130–131. 134. 146.

Horváth-Szabó, Katalin (2004). Az emberélet középső szakasza – pszichológiai szempontból [Etapă mediană a vieții omului – din punct de vedere psihologic]. *Vigilia, 2*, 89–97.

Horváth-Szabó, Katalin (2011). Kapcsolatok kapcsolati hálóban [Conexiuni în rețeaua de relații]. *Embertárs, 1*, 4–20.

Ioan Paul al II-lea (1995). *Evangelium vitae*. Enciclică papală, 25 martie.

Ittész, Szilvia (2007). Negyven körül az öregségről. Esetek és élmények kapcsán [Despre îmbătrânire în jurul vârstei cvadragenare. Pe marginea unor situații și experiențe]. *Embertárs, 1*, 11–16.

Jankovich, István (1992a). *Reinkarnáció. Valóság-e az újjászületés?* [Reincarnare. este renașterea o realitate?]. Budapest: Édesvíz Kiadó.

Jankovich, István (1992b). *Túléltem a halálomat* [Am supraviețuit morții]. Budapest: Édesvíz kiadó.

Jelenczki, István (1995). „Itt élünk...” [„Aici trăim...”]. In Hegedűs Katalin (Ed.) *Halálközelben II. A haldokló és a halál méltóságáért* [Aproape de moarte II. Pentru demnitatea muribundului și a morții]. Budapest: Magyar Hospice Alapítvány.

John, Oliver P. – Robins, Richard W. – Pervin, Lawrence A. (1992). *Handbook of personality: Theory and Research* [Manual de personalitate. Teorie și cercetare]. New York: Guilford Press.

Johnson, Philip S. (2002). *Shades of Sheol: Death and Afterlife in the Old Testament* [Umbrele Șeolului. Moarte și viață după moarte în Vechiul Testament]. Downers Grove: InterVarsity Press.

Jung, Carl G. (1987). *Emlékek, álmok, gondolatok* [Amintiri, vise, gânduri]. Budapest: Európa Kiadó.

Jung, Carl G. (1996). *Gondolatok a vallásról és a kereszténységről* [Gânduri despre religie și creștinism]. Budapest: Kossuth Kiadó.

Jung, Carl G. (1999). *Lélek és halál* [Spirit și viață]. Budapest: Kossuth.

Juszt, László – Zeley, László (Ed.) (1982). *A halál egészen más?* [Moartea este cu totul altfel?]. Budapest: Medicina.

Kállay, Kálmán (1924). *Az Ótestamentum felfogása a halál utáni életről. (Bibliai vallástörténeti tanulmány)* [Percepția vieții după moarte în Vechiul Testament. Eseu despre istoria religiilor biblice]. Debrecen.

Koenig, Herold G. (1998). *Handbook of Religion and Mental Health* [Manual de religie și sănătate mentală]. Waltham: Academic Press.

Kolosai, Nedda – Bognár, Tamás (2001). Az élettől búcsúzó kérdéseinek súlya az ittmaradottakon. Hospice-ban és az egészségügy más területein dolgozó segítő foglalkozásúak halálattidűdjeinek különbségei [Greutatea întrebărilor celor care își iau rămas bun de la viață asupra celor rămași. Diferențe între atitudinile privitoare la moarte ale susținătorilor profesioniști din domeniul hospice sau din alte domenii ale sănătății]. *Kharón. Thanatológiai Szemle, 1*, 18–26.

Kolozsi, Béla (1997). Mentálhigiénés szakemberjelöltek becslése egyes „tabuk” súlyáról [Estimările viitorilor profesioniști în igiena mentală privind greutatea unor „tabuuri”]. *Végeken, 8*, 4.

Kovács, Bernadett – Nagy, Beáta (2007). A segítőszakma, a vallásos hit és a kiégés összefüggései [Relații între profesia de ajutător, credința religioasă și burn-out]. *Embertárs, 4*, 354–364.

Kovács, József (1999). *A modern orvosi etika alapjai* [Bases of the modern medical ethics]. Budapest: Medicina.

Kozma, Zsolt (Ed.) (1992). *Bibliai fogalmi szókönyv* [Dicționar de noțiuni biblice]. Kolozsvár: EREK, 131–132.

Krúdy, Gyula (1924). A ködmönös nő [Femeia cu cojoc]. In *Szindbád történetek* [Povestirile lui Sindbad].

Kunt, Ernő (1981). *A halál tükrében* [În oglinda morții]. Budapest: Magvető.

Kunt, Ernő (1999). A haldokló [Muribundul]. In Pilling, János (Ed.) *A halál és a haldoklás kulturanropológiája* [Antropologia culturală a morții și a agoniei]. Budapest: Semmelweis Orvostudományi Egyetem Képzéskutató, Oktatástechnológiai és Dokumentációs Központ. 69–76.

Kübler-Ross, Elisabeth (1969). *On death and dying* [Despre moarte și agonie]. London: Tavistock.

Kübler-Ross, Elisabeth (1998). *A halál és a hozzá vezető út* [Despre moarte și agonie]. Budapest: Gondolat Kiadó.

Lester, David (1967). Experimental and correlational studies of the fear of death [Studii experimentale și corelative despre frica de moarte]. *Psychological Bulletin*, 1, 27–36.

Levenson, Jon D. (1993). *The death and resurrection of the Beloved Son: the transformation of child sacrifice in Judaism and Christianity* [Moartea și învierea Fiului cel iubit. Transformarea sacrificiului copilului în iudaism și în creștinism]. New Heaven: Yale University Press.

Levinson, Daniel J. (1986). *The Seasons of a Man's Life* [Anotimpurile vieții unui om]. New York: Ballantine Books.

Levrine, Gene N. (1962). Anxiety about illness. Psychological and Sociological bases [Angoasa față de boală. Baze psihologice și sociologice]. *Journal of Health and Human Behaviour*, 1, 30–34.

Liess, Kathrin (2004). *Der Weg des Lebens. Psalm 16 und das Lebens- und Todesverständnis der Individualpsalmen*. Tübingen: Mohr Siebeck, 33–37.

Lust, J. (1974). On Wizards and Prophets [Despre vrăjitori și profeți]. In Lys, Daniel (Ed.) *Studies on Prophecy: A Collection of Twelve Papers* [Studii despre profeție. Culegere de douăsprezece texte]. Leiden: Brill. Supplements to Vetus Testamentum 26. 133–142.

Magyar, Balázs (2004). A lelkipásztor és a szorongás [Pastorul și angoasa]. *Embertárs*, 4, 347–353.

Mann, Thomas (2003). *A Buddenbrook ház. Egy család alkonya* [Casa Buddenbrook. Declinul unei familii]. Budapest: Gabo.

- Masserman, J. H. (1962). Or shall we all commit suicide? [Sau să ne sinucidem cu toții?]. *Current Psychiatric Therapies*, 2, 273–281.
- Matolcsi-Papp, Zoltán (2006). Nemzedékek alkonya [Declinul unor generații]. In Csepeli, György – Kígyós, Éva – Popper, Péter (Ed.). *Magára hagyott generációk. Fiatalok és öregek a XXI. században* [Generații abandonate. Tineri și bătrâni în secolul al XXI-lea]. Kaposvár: Saxum Kiadó–Affarone kft. 147–160.
- Meissner, William W. (1987). *Life and Faith. Psychological Perspectives on Religious Experience* [Viață și credință. Experiența religioasă din perspective psihologice]. Washington: Georgetown University Press.
- Moody, Raymond A. (1987). *Élet az élet után* [Viață după viață]. Budapest: Ecclesia.
- Mucsi, Zsófia (2011). A lelkész mint professzionális segítő. Speciális etikai kihívások [Pastorul ca ajutător profesionist. Provocări de etică speciale]. *Embertárs*, 1, 34–47.
- Muszbek, Katalin (1995). *Kommunikáció orvos és beteg között. A diagnózis közlésének dilemmája* [Comunicare între medic și pacient. Dilema comunicării diagnosticului]. In Hegedüs, Katalin (Ed.) *Halálközelben II. A haldokló és a halál méltóságáért* [Aproape de moarte II. Pentru demnitatea muribundului și a morții]. Budapest: Magyar Hospice Alapítvány 60.
- Müller, Wunibald (2003). *Csupa fül. Alapmagatartások a lekipásztori és lelki konzultációban és kísérésben* [Numai urechi. Comportamente de bază în consilierea și asistența pastorală și psihologică]. *Embertárs*, 1, 26–33.
- Nagy, Mária Ilona (1997). *A gyermek és a halál* [Copilul și moartea]. Budapest: Bethlen Gábor Irodalmi és Nyomdai Rt és Pont Kiadó.
- Nagy V., Rita (2003, January 10). A MÁV kórházban már van gyászszoba [În Spitalul MÁV există deja o cameră de doliu]. *Magyar Hírlap*.
- Nemes, Ödön SJ (2002). *Ima és élet I-II.* [Rugăciune și viață]. Budapest: Jézus Társasága.
- Nemes, Ödön (2004a). Az igazi gyógyulás felé vezető út. Gondolatok a lelkigondozásról [Calea spre vindecarea adevărată. Considerații despre consiliere]. *Embertárs*, 2, 111–119.
- Nemes, Ödön (2004b). A lelkigondozás spiritualitása [Spiritualitatea consilierii]. *Embertárs*, 4, 314–324.
- Neusner, Jacob J. – Avery-Peck, Alan J. – Green, William Scott (Ed.) (1999). *The Encyclopedia of Judaism* [Enciclopedia iudaismului]. New York: Continuum. Vol 1.
- Niehr, Herbert (1998). Aspekte des Totengedenkens im Juda der Königszeit. *Theologische Quartalschrift* 178, 1–13.
- Nouwan, Henri J (1981). *The Way of the Heart* [Calea inimii]. New York.

Örkény, István (1953). A jó halálról [Despre moartea bună]. In *Egyperces novellák* [Nuvele de un minut].

Pázmány, Péter (1983). Mint kell embernek magát viselnie betegségében? [Cum să se poarte omul în timp de boală]. In *Pázmány Péter művei* [Operele lui Péter Pázmány]. Budapest: Szépirodalmi Kiadó.

Pilling, János (1996). A haldokló pszichés gondozása a haldoklás különböző stádiumaiban [Asistență psihologică acordată muribundului în etapele diferite ale agoniei]. In Hegedűs, Katalin (Ed.) *Halálközelen II. A haldokló és a halál méltóságáért* [Aproape de moarte II. Pentru demnitatea muribundului și a morții]. Budapest: Magyar Hospice Alapítvány, 109–124.

Pilling, János (1999a). A halállal kapcsolatos attitűdök a filozófiában [Atitudini față de moarte în filosofie]. *A halál és haldoklás kultúranropológiája* [Antropologia culturală a morții și a agoniei]. Budapest: SOTE. IV/1–12.

Pilling, János (1999b). A halál elő- és utóélete. Halálközeli élmények [Viața înainte de moarte și după moarte. Experiențe aproape de moarte]. In Pilling, János (Ed.) *A halál és a haldoklás kultúranropológiája* [Antropologia culturală a morții și a agoniei]. Budapest: SOTE. VII/1–14.

Pilling, János (1999c). „És az Úr mondta nekem...” Halálközeli élményt átélt emberek világ- és túlvilágképe [„Iar Domnul mi-a spus...” Viziunea despre lume și despre lumea de apoi a oamenilor cu experiențe aproape de moarte]. In Pilling, János (Ed.) *A halál és a haldoklás kultúranropológiája* [Antropologia culturală a morții și a agoniei]. Budapest: SOTE. VIII/1–15.

Pilling, János (2004). A búcsú méltósága. A holttesttel való méltó bánásmód kérdései [Demnitatea plecării. Problemele tratamentului demn al trupului mort]. *Kharón. Thanatológiai Szemle*, 3, 15–60.

Podella, Thomas (2007). Cult of the Dead: Old Testament [Cultul morților. Vechiul Testament]. In *Religion Past & Present* [Religia în trecut și în prezent]. Leiden/Boston: Brill. Vol. III.

Polcz, Alaine (1998). *Ideje a meghalásnak* [Timp pentru a muri]. Budapest: Pont Kiadó.

Polcz, Alaine (2000a). *Gyászban lenni* [A fi în doliu]. Budapest: Pont Kiadó. 39.

Polcz, Alaine (2000b). *Meghalok én is? A halál és a gyermek* [Voi muri și eu? Moartea și copilul]. Budapest: Századvég.

Polcz, Alaine (2001). *Gyermek a halál kapujában* [Copilul în poarta morții]. Budapest: Pont Kiadó.

Polcz, Alaine – Bitó, László (2007). *Az utolsó mérföld. Beszélgetés életről, halálról – testről és lélekről* [Ultima leghe. Conversație despre viață, moarte – despre trup și suflet]. Pécs: Jelenkor Kiadó.

- Purtilo, Ruth B. (1995). Professional-Patient Relationship III. Ethics Issues [Relația între profesionist și pacient III. Probleme de etică]. In Reich, W.T. (Ed.) *Encyclopedia of Bioethics* [Enciclopedie de bioetică]. New York: Simon & Schuster and Prentice Hall International.
- Rad, Gerhard von (2000). *Az Ószövetség teológiája* [Teologia Vechiului Testament]. Budapest: Osiris.
- Raphael, Simcha Paull (1994). *Jewish Views of the Afterlife* [Vederile evreilor despre viața de apoi]. Northvale: Jason Aronson.
- Redwood, Daniel (1999). Elisabeth Kübler-Ross a halálról és haldoklásról [Elisabeth Kübler-Ross despre moarte și agonie]. *Kharón. Thanatológiai Szemle*, 3, 6–15.
- Ribár, János (2000). Kísérő szolgálat súlyos betegek mellett [Servicii de însoțire a pacienților grav bolnavi]. In Szabó, Lajos (Ed.) *A lelkipozó órája* [Ora consilierii]. Budapest: Teológiai Irodalmi Egyesület.
- Ricoeur, Paul (1965). *Freud and Philosophy. An essay on interpretation* [Freud și filosofia. Un eseu despre interpretare]. New Haven: Yale University Press.
- Ring, Kenneth (1990). *A Halált átélni – az Életet megnyerni* [A trăi Moartea – a câștiga Viața]. Budapest: Szent István Társulat.
- Ritchie, George G. (1991). *Visszatérés a holnapból* [Întoarcerea din ziua de mâine]. Budapest: Ecclesia.
- Rogers, Carl (1942). *Counseling and Psychotherapy* [Consiliere și psihoterapie]. Boston.
- Ruzsa, Ágnes (1995). A terminális állapotú betegeket ápoló hospice team felépítése és kapcsolatrendszere. A hospice menedzselésének finanszírozásának formái, lehetőségei [Structura și sistemul de relații în echipa hospice care îngrijește pacienți în fază terminală]. In Hegedűs, Katalin (Ed.) *Halálközelen II. A haldokló és a halál méltóságáért* [Aproape de moarte II. Pentru demnitatea muribundului și a morții]. Budapest: Magyar Hospice Alapítvány.
- Saunders, Cicely – Kastenbaum, Robert (Ed.) (1997). *Hospice care on the international scene* [Îngrijirea hospice la nivel internațional]. New York: Springer.
- Schmelowszky, Ágoston (2009). Pszichoterápia és vallás: mit tanulhatunk egymástól? [Psihoterapie și religie. Ce putem învăța unii de la alții?]. *Embertárs*, 2, 179–184.
- Schmithals, Walter. „Death” [„Moartea”]. In Brown, Colin (Ed.) *New International Dictionary of New Testament Theology* [Nou dicționar internațional de teologie a Noului testament]. Zondervan. Vol. 1. 435–436.
- Schneider, Peter (2001). *Sigmund Freud*. Budapest: Magyar Könyvkiadó.

Shore, Allan N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development* [Controlul emoțional și originea eului. Neurobiologia dezvoltării emoționale]. Hillsdale: Erlbaum.

Singer, Magdolna (2001). Cselekvő csend. Áramlat-élmény a hallgatás, meghallgatás által a gyógyíthatatlan betegek mellett [Tăcerea activă. Experiență flow prin tăcere și ascultare lângă pacienți incurabili]. *Kharón. Thanatológiai szemle, 1*, 37–75.

Somfai, Béla (1995). Éhhalál vagy jóhalál? [Moarte prin înfometare sau moarte bună?]. In *Bioetika. Vázlatok* [Bioetică. Compendii]. Szeged. 802–806.

Somogyiné Petik, Krisztina – Kézdi, Anikó (2007). Van élet a fiatalság után? Útközben: a középső életkor [Există viață după tinerețe? Pe drum: vârsta mijlocie]. *Embertárs, 1*, 4–10.

Stenger, Hermann (2003). A (lelki)pásztori kompetencia három jellemzője [Trei calități ale competenței pastorale]. *Embertárs, 1*, 20–25.

Stollberg, Dietrich (1969). *Therapeutische Seelsorge*. München: Kaiser.

Stollberg, Dietrich (2004). Pastoral Counseling. A pasztorális konzultáció meghatározása [Definiția consilierii pastorale]. *Embertárs, 2*. 148–151.

Süle, Ferenc (2009). *A kórházlelkész találkozási a spirituális sokféleséggel* [Experiența preotului de spital cu diversitatea spirituală]. *Embertárs, 1*, 75–81.

Szathmári, Sándor (1968). Halhatatlanság vagy feltámadás? [Nemurire sau înviere?]. *Theológiai Szemle, 276–286*.

Szőnyi, Gábor – Füredi, János (2008). *A pszichoterápia tankönyve* [Manualul psihoterapiei]. Budapest.

Telekes, András (1999). A fájdalom nem szomatikus összetevői [Componentele nesomatice ale durerii]. In Pilling, János (Ed.) *A haldoklás és gyász pszichológiája* [Psihologia agoniei și doliului]. Budapest: SOTE. V/1–10.

Temesváry, Beáta (1999). A halálfélelem néhány sajátos aspektusa [Unele aspecte specifice ale fricii de moarte]. In Pilling, János (Ed.) *A haldoklás és gyász pszichológiája* [Psihologia agoniei și doliului]. Budapest: SOTE. I/1–18.

Tersánszky, J. Jenő (1933). Az amerikai örökség. Kakuk Marcinak, a csavargónak, további kalandjai [Moștenirea americană. Noi aventuri ale Marci Kakuk vagabondul]. *Nyugat*.

Tésenyi, Tímea (2009). A kórházi lelkigondozás időszerű kérdései történeti megközelítésben [Probleme relevante ale consilierii în perspectivă istorică]. *Embertárs, 2*.

Thurneysen, Eduard (1950). *A lelkigondozás tana* [Doctrina consilierii]. Budapest: Református Sajtóosztály.

Tollers, Vincent L. – Maier, John (Ed.) (1990). *Mappings of the Biblical Terrain: The Bible as Text* [Cartografierea teritoriului biblic. Biblia ca text]. Cranbury: Associated University Presses.

Tolsztoj, Lev (2012). *Ivan Iljics halála* [Moartea lui Ivan Ilici]. Budapest: Európa Kiadó.

Tomcsányi, Teodóra – Csáky-Pallavicini, Roger (2002). A lelkipapok, a mentálhigiénés és a pszichoterápiás segítő kapcsolat [Relația de asistență în consiliere, igienă mentală și psihoterapie]. In Faber, H. – Schoot, E. van der *A lelkipapok beszélgetés lélektana* [Psihologia conversației de consiliere]. Budapest: Semmelweis Egyetem TF – Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány. 30–40.

Twycross, Robert G. – Lack, Sylvia A. (1990). *Therapeutics in Terminal Cancer* [Terapeutică în faza terminală a cancerului]. Churchill Livingstone.

Van De Creek, Larry (1998). *Scientific and Pastoral Perspectives on Intercessory Prayer* [Perspectivă științifică și pastorală ale rugăciunii de mijlocire]. New York: Routledge.

Villon, François (1993). Testamentum [Testament]. In *Az igazi Villon* [Adevăratul Villon]. Budapest: Gondolat Kiadó – Magyar Művészeti Akadémia. 102.

Viorst, Judith (2002). *Szükséges veszteségeink* [Pierderi necesare]. Budapest: Háttér Kiadó.

Wright, J. Edward (2000). *The Early History of Heaven* [Istoria timpurie a Raiului]. New York: Oxford University Press.

Wulff, David H. (1997). *Psychology of Religion* [Psihologia religiei]. New York: John Wiley and Sons.

Cuvinte cheie

bolnavi nevidecabili

consiliere pastorală

comunicare

moartea în Biblie

tabuul morții

pregătirea profesională

formarea continuă a preoților