

Problémy s asistovanou sebevraždou

K polemice Tomáše Hříbka s Markem Váchou

Jakub Jirsa

Filozofická fakulta UK, Praha

Souhlasím s Tomášem Hříbkem,¹ že text Marka Váchy *Je vůbec ještě možná etika v „postetickém“ světě?*² není zdařilý. Marek Vácha svou tezi obhajuje nepřesvědčivě a – jak ukazuje Tomáš Hříbek – jeho argumentace se opírá o falešné dilema volby mezi objektivní morálkou božího příkazu na straně jedné a morální skepsí až nihilismem na straně druhé.³ Pokud by Vácha vyjasnil předpoklady své argumentace, mohl by se pokusit obhájit, že toto dilema není falešné. Případným úspěchem si ovšem nejsem jist.

Ve své odpovědi se však Tomáš Hříbek dopouští několika nepřesností, a to jak při interpretaci Váchova eseje, tak při obhajobě lékařem asistované sebevraždy. Navíc se domnívám, že Hříbkův text si v několika bodech odporuje. V první části svého diskusního příspěvku proto upozorním na některé problémy, které ve své kritice Hříbek přehlíží či neoprávněně odsouvá stranou; druhou část věnuji kritice Hříbkova argumentu, jímž obhajuje lékařem asistovanou sebevraždou. Na závěr vysvětlím, proč považuji lékařem asistovanou sebevraždou za neuzitečný koncept, a konečně nastíním některé argumenty proti její legalizaci.⁴

1 Hříbek, T., Za etiku bez teologie. *Filosofický časopis*, 58, 2010, č. 5, s. 729-749.

2 Vácha, M., Je vůbec ještě možná etika v „postetickém“ světě? *Filosofický časopis*, 58, 2010, č. 2, s. 273-279.

3 Srv. Vácha, M., Je vůbec ještě možná etika v „postetickém“ světě?, c.d., s. 274-275: „Vždyť svět, který se evolucionálně stvořil sám, není ani dobrý ani špatný, svět je. ... Člověk sám se stal garantem hodnot, ovšem ve světě, kde žádné hodnoty nejsou – kde by se také vzaly.“ Vácha tak vlastně odsuzuje do pozice morálního skeptika či nihilisty i Immanuela Kanta, což je velmi silné tvrzení. Viz Hříbkova kritika in: Hříbek, T., Za etiku bez teologie, c.d., s. 733 a 737.

4 Moje argumentace však není obhajobou dnešního stavu, kdy ani pacientům v terminální fázi nemoci není dovoleno odmítnout „léčbu“ a jsou drženi při životě i proti své jasně vyjádřené vůli zemřít, mnohdy navíc v nedůstojných podmínkách.

I

Základní tezí Marka Váchy zřejmě má být, že „žádosti o eutanazii nejsou podmíněny pouze zdokonalenou lékařskou péčí, která sice umí léčit nemoci, ale neumí zabránit stárnutí, ale především neschopností pacientů vidět jakýkoli smysl či důvod svého utrpení“.⁵ Hříbek pokládá za její hlavní obsah protiklad dvou neschopností: neschopnosti moderní medicíny léčit stáří a neschopnosti pacientů přikládat hodnotu svému utrpení.⁶ Takto chápaná dáva tato teze snad ještě menší smysl, než v ní Hříbek vidí. Jak vůbec souvisí první polovina Váchovy teze o schopnostech moderní medicíny léčit nemoci s eutanazií? Pouze pokud bychom chápali stárnutí jako nemoc, dávalo by smysl se se stárnutím obracet na lékaře a žádat jej o vyléčení této „nemoci“.⁷ Smyslem Váchova textu, nakolik mu rozumím, ovšem naopak je, že chápání, které odděluje stáří a jeho projevy od života, je nepatřičné. Navíc oddělení stárnutí od života vposledu umožňuje akceptovat i argumenty, které obhajují dobrovolnou aktivní eutanazii.⁸

Tomáš Hříbek se tohoto problému také dotýká, avšak odmítá jej s tím, že „Vácha nijak nedokládá tezi, že staří a vážně nemocí lidé jsou dnes opuštěnější než kdykoli v minulosti“.⁹ Ačkoli se tato situace mohla v posledních několika letech oproti druhé polovině dvacátého století zlepšit, platnost této Váchovy teze je sociologicky doložena.¹⁰ Obdobně Hříbek Váchovi vytýká, že nedokládá své tvrzení, že „pacient, který by trpěl delší dobu nesnesitelnými fyzickými bolestmi, je pacient, který je nesprávně léčen“.¹¹ Tři lékaři, se kterými jsem měl možnost tuto záležitost konzultovat, tvrdí, že vzhledem k subjektivní povaze prožívání bolesti nelze s jistotou relevantní data shromáždit.

5 Vácha, M., Je vůbec ještě možná etika v „postetickém“ světě?, c.d., s. 273-274.

6 Srv. Hříbek, T., Za etiku bez teologie, c.d., s. 731 nn.

7 Tomáš Hříbek hovoří o degradujících průvodních jevech stárnutí; domnívám se, že míní projevy degradující důstojnost člověka. Viz Hříbek, T., Za etiku bez teologie, c.d., s. 744.

8 Toto tvrzení neznamená, že by se stárnoucí člověk neměl na lékaře obracet s problémy a projevy plynoucími ze stárnutí; bolesti, postupující skleróza apod. jsou skutečné problémy, které lze mnohdy řešit a léčit. Stářísamo tímto typem problému není.

9 Hříbek, T., Za etiku bez teologie, c.d., s. 734.

10 Viz klasickou studii: Elias, N., *The Loneliness of Dying*. Oxford, Blackwell 1985. Nebo: Aries, P., *Dějiny smrti*. I. a II. Pfl. D. Navrátilová. Praha, Argo 2000. Srv. též údaje in: Owen, G. – Fulton, R. – Markusen, E., Death at a Distance. *Omega: Journal of Death and Dying*, 13, 1982, s. 191-224. Přes značnou míru osamění naznačuje možný pozitivní posun studie: Dykstra, P. A., Changes in Older Adult Loneliness. *Research on Aging*, 27, 2005, No. 6, s. 725-747. Další data lze nalézt in: Sorokin, D. – Rook, K. S. – Lu, J. L., Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and the likelihood of having a heart condition in an elderly sample. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 2002, s. 290-298. Kromě zmíněných studií lze čtenáři samozřejmě doporučit prostě pozorovat svět kolem sebe.

11 Hříbek, T., Za etiku bez teologie, c.d., s. 734.

Nicméně všichni se shodli na tom, že léčba bolesti – a to jak tělesné, tak duševní – je v České republice naprosto nedostatečná. Dále lze dohledat velké množství studií, které upozorňují na nedostatečné léčení bolesti u značného procenta pacientů.¹² Veškeré mně dostupné informace se spíše blíží Váchově tezi a naopak vyvracejí Hříbkovo přesvědčení, že se musí jednat o „dogma“.

Zajímavější je Hříbkovo zacházení s pojmem „přirozenosti“: „Je-li nepřirozené žádat lékaře za jistých podmínek o zkrácení vlastního života, je nepřirozené jej žádat o antibiotika, chemoterapii nebo umělou ledvinu.“¹³ Domnívám se, že jde o klasický příklad unáhleného užití „kluzkého svahu“ (slippery-slope). Tyto argumenty postupují tak, že ukážou, jak přijetím A („eutanasie je nepřirozená, a tedy je třeba ji zakázat“) dospějeme k B („antibiotika jsou nepřirozená, a tedy je třeba je zakázat“). Vztah mezi A a B můžeme přitom chápat buď logicky (přijmeme-li A, musíme ze stejných důvodů přijmout i B), nebo empiricky (přijmeme-li A, spustíme sociologicko-psychologický proces, jehož výsledkem dříve nebo později bude přijetí B).¹⁴ Výtkou proti A pak je buď nepřijatelnost B, nebo samotný fakt, že se jeho přijetím ocitáme na „kluzkém svahu“.¹⁵ Hříbek v obou případech volí první možnost: zakázat antibiotika na základě jejich nepřirozenosti je natolik absurdní, že to nutně diskvalifikuje i tezi o zákazu eutanazie, pokud se oba zákazy logicky opírají o pojem (ne)přirozenosti.

Vácha přitom pojem přirozenosti ve svém textu nikde nepoužívá.¹⁶ Hříbek jej do diskuse vnáší až ve vlastní, selektivní interpretaci Váchovy pozice. Chce-li Hříbek domýšlet širší kontext Váchovy úvahy, neměl by opominout tezi o nedotknutelnosti lidského života („sanctity of life“), která je součástí jím kritizované teze.¹⁷ Pokud by ji vzal v úvahu – a zdá se, že natolik předpoklady teistické pozice zná –, ukázalo by se, že kritizovaná pozice nemá problém s morálně relevantním rozlišením metod prodlužujících život a metod život zkracujících. Nicméně i nadále by mohl Hříbek argumentovat, že se

12 U pacientů s rakovinou se hovoří o 70 % špatně léčených a dobrá léčba bolesti může být úspěšná u 80 % z nich. Viz Perron, V. – Schonwetter R. S., Assessment and Management of Pain in Palliative Care Patients. *Cancer Control*, 8, 2001, s. 15-24. Důvodem nedostatečného léčení bolesti je přitom často neinformovanost personálu. Viz Borgsteede, S. D. et al., The use of opioids at the end of life: knowledge level of pharmacists and cooperation with physicians. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67, 2011, s. 79-89. Srv. též přehled in: Deandrea, S. – Montanari, M. – Moja, L. – Apolone, G., Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Annals of Oncology*, 19, 2008, s. 1985-1991; publikace hovoří o průměru 43 % špatně léčených.

13 Hříbek, T., Za etiku bez teologie, c.d., s. 735-736.

14 Srv. Burg van der, W., The Slippery Slope Argument. *Ethics*, 102, 1991, s. 43.

15 Williams, B., Which slopes are slippery? In: týž, *Making Sense of Humanity*. Cambridge, Cambridge University Press 1995, s. 213.

16 Za tento postřeh děkuji Michalovi Stráneckému.

17 Viz např. papežskou encykliku *Evangelium vitae*.

kterýkoli zastánce pojmu přirozenosti ocitá na nepěkném „kluzkém svahu“, jelikož musí přijmout, že neexistuje nepřirozené prodlužování lidského života, a tedy i takové prodlužování lidského života, které by označil za nedůstojné,¹⁸ musí pokládat za stejně morálně přijatelné jako naordinování antibiotik.

Jak v případech čtení hlavní teze, tak při zacházení s pojmem přirozenosti Hříbek samozřejmě využívá mezery, které mu Váchův text otevírá. V obou případech však podle mne překračuje hranici mezi tím, kdy ukazuje chybu, a tím, kdy z nabízených možností, jejichž prostřednictvím lze text interpretovat, naschvál volí tu nejhorší možnou. Podívejme se nyní na jednotlivé problematické body Hříbkovy vlastní pozice.

II

Jako příklad sekulární etiky Tomáš Hříbek krátce načrtává teorii Bernarda Gerta. Podle Gerta jsou špatné ty věci, „jejichž volba by byla bez adekvátního zdůvodnění iracionální“. Iracionální je zde chápáno jako nedoporučitelé druhým; nadto Hříbek dodává, že jednání spadá do sféry morálky pouze tehdy, když se dotýká druhých lidí, „přesněji řečeno, začne-li druhým lidem způsobovat újmu“.¹⁹ Tato teorie Hříbkovi slouží čistě jako příklad, v následující argumentaci ji už nevyužívá a ve svém hodnocení lékařem asistované sebevraždy se od Gerta – jak ukážu níže – podstatně liší.

I když se jedná pouze o příklad, Hříbkova interpretace nesprávně činí z Gerta kontraktualistu podobného Thomasu Scanlonovi.²⁰ Domnívám se, že za to může pokus definovat iracionalitu pomocí doporučení druhým, které však v Gertově teorii figuruje jen jako *test* iracionality.²¹ Gert netvrdí, že nemorální jednání je vždy iracionální, ale zastává názor, že morální jednání není nikdy iracionální. Gert představuje morálku v podobě sekulární teorie přirozeného práva, která se kontraktualistickým teoriím blíží, ale zachovává si své vlastní, substanciální jádro. Iracionalita či iracionální důvody podle něj musí být vystižené spíše svým obsahem než jakoukoli formulí.²² Formální

18 Domnívám se, že takové nedůstojné prodlužování lidského života nejen existuje, ale že nemožné pasivní eutanazie představuje v současné medicínské praxi mnohem závažnější problém než zákaz lékařem asistované sebevraždy.

19 Hříbek, T., *Za etiku bez teologie*, c.d., s. 741.

20 Srv. Scanlon, T., *What We Owe to Each Other*. Cambridge, Mass., Harvard University Press 2000, zejm. kap. 4 a 5.

21 Gert, B., *Morality: Its Nature and Justification*. New York, Oxford University Press 2005, s. 30 nn.

22 Viz definice in: Gert, B., *Morality: Its Nature and Justification*, c.d., s. 83-84; srv. týž, *Precis of Morality: Its Nature and Justification*. *Philosophy and Phenomenological Research*, 62, 2001, s. 422. Toto je obecný problém mnoha etických teorií, které vyžadují formální zakotvení a univerzalizaci svých soudů. K tomu srv. Winch, P., *The Universalizability of Moral Judgments*. In: týž, *Ethics and Action*. London, MacMillan 1972, s. 151-170. Též Williams, B., *The point of view of the univer-*

vymezení iracionality a morality, jak je ve svém náčrtu představuje Hříbek, je tedy nedostatečné.

Druhý problém nacházím v tvrzení, že jednání spadá do sféry morálky až tehdy, když se začne týkat druhých lidí. Hříbek tak explicitně odmítá smysluplnost morálních povinností či závazků vůči sobě a hodnotu vlastního života člověka. Na rozdíl od Hříbka se domnívám, že tyto závazky existují a že jsem jimi vázán např. při rozhodování, které se týká mé budoucnosti. Klasickými teoriemi zdůrazňujícími morální hodnotu rozhodnutí týkajících se jen nás samých jsou např. etika ctností a samozřejmě Kantova morální teorie. Zároveň se domnívám, že i náš vlastní život je sám o sobě hodnotný, a tedy i má vlastní rozhodnutí týkající se pouze mne samotného mohou být hodnocena jakožto morální či nemorální.²³ V poslední části tohoto příspěvku se pokusím toto přesvědčení odůvodnit.

Je zajímavé, že ačkoli Hříbek explicitně kritizuje konsekencialismus jako nedostatečnou morální teorii,²⁴ povinnost lékaře vyhovět žádostem o asistovanou sebevraždu neobhájuje ničím jiným než právě konsekencialistickým argumentem. To pokládám za první rozpor v textu. Povinnost lékaře podle Tomáše Hříbka vyplývá z následujícího argumentu:

- 1) Lékař je často povinen pro svého pacienta volit způsoby léčby, které tomuto pacientovi na první pohled způsobují újmu, ale ve skutečnosti jsou menším zlem v zájmu jeho většího dobra.
- 2) Ačkoli je život základní hodnota v tom smyslu, že je předpokladem ostatních dober, dřívější smrt může být menším zlem ve srovnání s delším životem, obsahujícím více utrpení.²⁵
- 3) Volba dřívější smrti před delším životem, obsahujícím více utrpení, je v kompetenci pacienta, o jehož život se jedná.

Tedy:

- 4) Z toho plyne, že lékař je povinen pomoci takovému pacientovi zemřít – i kdyby jen doporučením ke kolegovi, jenž netrpí předsudky proti podobné službě.²⁶

se a Who needs ethical knowledge. In: *týž, Making sense of humanity*. Cambridge, Cambridge University Press 1995, s. 153-171 a 203-212.

23 Ostatně o hodnotě života hovoří i Hříbek. Srv. Hříbek, T., *Za etiku bez teologie*, c.d., s. 745.

24 *Tamtéž*, s. 743.

25 Tato teze vykazuje zajímavý (přinejmenším metodologický) problém, který mají konsekencialistické teorie se smrtí, jelikož srovnáváme budoucí utrpení dotyčného člověka s časem, ve kterém dotyčný nikoli netrpí, ale neexistuje. Je otázkou, zda takové porovnávání lze vůbec smysluplně provádět a kdo je vlastně jeho subjektem. Jaký je vztah člověka k budoucnosti, ve které neexistuje? Samozřejmě pokud by šlo o nějaký absolutní součet utrpení ve světě, je takový kalkul možný, nicméně zde se jedná o utrpení dotyčného člověka. Sporným momentem tedy je již toto srovnání, kdy se srovnávané skutečnosti zdají být konceptuálně nesouměřitelné.

26 Hříbek, T., *Za etiku bez teologie*, c.d., s. 746.

Hříbek celý argument formuluje v pojmech povinnosti lékaře, takže výsledkem je v nejlepším případě morální dilema lékaře, jehož pacient asistovanou sebevraždu odmítá. Je-li totiž lékař *povinen volit* způsob léčby (1) na základě objektivních, konsekvenencialistických kritérií (2), jak pak obhájit, že (3) způsob léčby má být zároveň předmětem *výběru* pacienta? Teze (3) vnáší do argumentu potřebný prvek autonomie, avšak, jak sám Hříbek podotýká, morální autonomie není jedinou hodnotou a je potřeba ji omezit, jelikož ne každá žádost o sebevraždu je oprávněná. Je-li však jediným kritériem oprávnění opět konsekvenencialistický kalkul blaha a utrpení,²⁷ pak je (3) redundantní, jelikož vše podstatné je již obsaženo v tezích (1) a (2). Argument by šlo zřejmě rekonstruovat do přesvědčivější podoby, totiž že lékař má *možnost* vyhovět žádosti o asistovanou sebevraždu. Pokud by však Hříbek trval na lékařově *povinnosti*, musel by zároveň souhlasit i s morální přípustností nedobrovolné aktivní eutanazie.

Pochybnosti ohledně správnosti či omylu při pacientově volbě Hříbek rychle odmítá s poukazem na paternalismus. Opět tak v rozporu sám se sebou užívá autonomii jako jedinou – či vše ostatní přebijející – hodnotu, ačkoli již několikrát ukázal, že i autonomii lze oprávněně omezovat.²⁸ Výsledky výzkumu pacientů s rakovinou s krátkou očekávanou délkou dožití navíc ukazují, že pokud vyslovují přání zemřít, jsou to spíše velmi nestálé a proměnlivé pokusy o „řešení budoucnosti“ než uvědomělá rozhodnutí zemřít.²⁹ S tímto problémem se však systémy legalizované lékařem asistované sebevraždy a eutanazie snaží vyrovnat, což nás přivádí k dalšímu rozporu v Hříbkově textu.

Sama legalizace lékařem asistované sebevraždy je totiž v rozporu s důrazem na autonomii jedince a kritiku „medikalizace“, kterou Hříbek souhlasně zmiňuje.³⁰ Nejsm si jist, zda si Hříbek tento faktický rozpor uvědomuje, tím méně lze z jeho textu vyčíst, které ze vzájemně protikladných možností by dal přednost. Nehovoříme totiž o sebevraždě, ale o *lékařem* asistované sebevraždě. V případě její legalizace (podobně jako v případě legalizace eutanazie) je žádost pacienta či jeho dotaz ohledně možnosti takové procedury počátkem komplikovaného procesu v rámci medicínského komplexu. Z holandské či oregonské zkušenosti víme, že se vyhoví jen menšině žádos-

27 Viz tamtéž, s. 744-745. Celý argument by totiž šlo vyjádřit dvěma větami: (i) lékař má povinnost volit správnou formu léčby; (ii) asistovaná sebevražda je někdy správnou formou léčby. Níže se pokusím ukázat, že teze (ii) neplatí a Tomáš Hříbek se ve svém předpokladu mýlí.

28 Hříbek jako příklad uvádí nebezpečné sporty, které také nejsou zakázané, ačkoli si u nich člověk může přivodit smrt. Srv. tamtéž, s. 746. Za skrytý a nepřipustný paternalismus by tedy Hříbek musel považovat i zákaz jízdy v automobilu bez bezpečnostních pásů aj.

29 Johansen, S. et al., Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *Palliative Medicine*, 19, 2005, s. 454-460.

30 Hříbek, T., Za etiku bez teologie, c.d., s. 748.

tí;³¹ někteří autoři dokonce hovoří o tom, že eutanazie či lékařem asistovaná sebevražda jsou podmíněny spíše lékařským úsudkem o kvalitě pacientova života než respektem vůči jeho autonomii.³² O možnosti provedení lékařem asistované sebevraždy a o dobrovolné aktivní eutanazii tak nerozhoduje pacient, neboť rozhodující instancí v procesu žádosti je vždy nějaké lékařské koncilium.

Ostatně vytvoření jednoznačných pravidel nemusí být vždy přínosem. Jsou oblasti života, které se prostě svojí vlastní povahou jasným pravidlům vzpírají. K rozhodnutí se v těchto oblastech musí dospět na základě rozumnosti, a nikoli dodržováním pravidel.

V závěru svého článku Hříbek píše: „Fakt, že mnozí vzdělaní příslušníci střední třídy v těch nejcivilizovanějších zemích světa chtějí zemřít dříve, než by museli, aniž trpí netolerovatelnými bolestmi, je možná spíše výrazem dospělosti naší sekulární kultury než duchovní krize, kterou bychom měli řešit návratem k nějaké kognitivní iluzi.“³³ Hříbek toto dogma nijak nedokládá; ať už se této tezi snaží porozumět jakkoli, zdá se, že Hříbek zde nastoluje falešné dilema, stejně jako předtím Marek Vácha. Na jednu stranu dilematu Hříbek klade ukončení života (zřejmě) sebevraždou dříve, než se „musí“, na stranu druhou kognitivní iluzi. Nevidím důvod, proč toto dilema pokládat za skutečné.

Námítky proti Hříbkově pozici tedy můžeme shrnout: (i) chce-li svým argumentem dokázat *povinnost* lékaře asistovat na požádání pacienta jeho sebevraždě, nemůže odsoudit případy nedobrovolné eutanazie, kdy lékař uzná, že „dřívější smrt může být menším zlem ve srovnání s delším životem, obsahujícím více utrpení“; (ii) požadavek autonomie či souhlasu je komplikován častou nestabilitou psychického stavu pacientů v terminálním stadiu nemoci, což vede k tomu, že (iii) koncepce lékařem asistované sebevraždy (a eutanazie) je v protikladu s autorem zastávanou kritikou „medikalizace“, a konečně (iv), autorův závěr obsahuje nedoložené dilema, které je s největší pravděpodobností stejně falešné jako dilema obsažené v esejí Marka Váchy.

31 Srv. přehledný graf in: Norwood, F. – Kimsma, G. – Battin, M. P., Vulnerability and the “slippery slope” at the end-of-life: a qualitative study of euthanasia, general practice and home death in The Netherlands. *Family Practice*, 26, 2009, s. 478. Též srv. Have, H., Euthanasia: moral paradoxes. *Palliative Medicine*, 15, 2001, s. 509.

32 Jochemsen, H. – Keown, J., Voluntary euthanasia under control? Further empirical evidence from the Netherlands. *Journal of Medical Ethics*, 25, 1999, s. 17.

33 Hříbek, T., *Za etiku bez teologie*, c.d., s. 748.

III

V závěru článku se pokusím obhájit tezi, na jejímž základě pokládám lékařem asistovanou sebevraždu za neužitečný koncept. Následně představím důvod, jímž obhajují morální nepřijatelnost lékařem asistované sebevraždy, a konečně několik dodatečných důvodů proti legalizaci této instituce. Domnívám se totiž, že je třeba explicitně rozlišovat mezi debatou o morálním statusu lékařem asistované sebevraždy a debatou o legalizaci lékařem asistované sebevraždy. Tyto dva ohledy spolu sice souvisejí, avšak v každém z obou případů je potřeba užít odlišné argumentace a brát ohled na jiné skutečnosti. Například i zastánce morální správnosti lékařem asistované sebevraždy by mohl být proti její legalizaci, pokud by byl přesvědčen, že reálný stav zdravotnictví a existující povaha vztahů mezi lékařem a nemocným by i v případě nejlepší možné legislativní úpravy s největší pravděpodobností vedly ke zneužívání lékařem asistované sebevraždy.

Pokusy ospravedlnit lékařem asistovanou sebevraždu vyznívají naprázdno, jelikož se nejedná o koncept aplikovatelný na skutečné situace. Jonathan Glover přichází s tezí, se kterou plně souhlasím: „Je-li možná sebevražda bez asistence, není důvod žádat při sebevraždě o pomoc. Zbytečná žádost o pomoc by byla známkou, že dotyčný nemyslí svůj sebevražedný ‚pokus‘ vážně, ale naopak žádá jen o podporu.“³⁴ Na rozdíl od Glovera – a zřejmě i na rozdíl od Hříbka – se domnívám, že situace, které máme na mysli, když uvažujeme o asistované sebevraždě, jsou přesně ty, ve kterých je možná i sebevražda bez asistence. Pokud sebevražda bez asistence již možná není, jde vždy již o případ eutanazie.

Podle svědectví lékařů, se kterými jsem tuto problematiku konzultoval, platí, že zejména u starých nemocných osob stačí k úmrtí rozhodnutí, skutečná vůle zemřít. Tyto kauzistiky však rozhodně nemohou plnit roli plnohodnotného argumentu, i kdyby byly sebečetnější. Autonomním rozhodnutím, které zaručeně vede k smrti, je přestat přijímat tekutiny a potravu. Každý, kdo je schopen požádat o asistovanou sebevraždu – a nezapomeňme, že taková osoba musí být schopná prodělat několik kontrolních rozhovorů o svém rozhodnutí –, je podle mne schopen i rozhodnutí nepřijímat potravu či spáchat sebevraždu jiným způsobem.³⁵ Takto se dotyčný zbaví utrpení a ukončí svůj život dříve než v případě poměrně dlouhotrvajícího procesu lé-

34 Glover, J., *Causing Death and Saving Lives*. London, Penguin Books 1990, s. 183.

35 Skutečnost, že pacient našich nemocenských zařízení nemá tuto možnost (v případě odmítnutí potravy je napojen na umělou stravu a vyživován i proti své vůli), považují za jeden z důsledků nerespektování autonomie pacienta v dnešním medicínském provozu. Rozhodně bych však kvůli tomu lékaře nepověřoval asistencí při sebevraždě.

kařem asistované sebevraždy (nepřijímání potravy a tekutin není – navzdory obecnému přesvědčení – bolestivé).³⁶

Tomáš Hříbek se soustředí na povinnost lékaře asistovat na požádání u sebevraždy, a tak opomíjí samotnou morální povahu tohoto jednání. Jak jsem zmínil výše, slabší verze Hříbkova argumentu může dokazovat *právo* pacienta požádat o asistovanou sebevraždu. Pokud však ukážeme, že někdo má na něco morální právo, ještě to neznamená, že když na základě tohoto práva jedná, jedná morálně. Například liberální společnost nám dává právo říkat rasistické vtipy, ale to ještě neznamená, že je morální je říkat.³⁷

Předpoklad, že lékařem asistovaná sebevražda či eutanazie je řešením nedůstojných projevů stáří, se podle mne zakládá na chybném chápání důstojnosti. Učinit něčí život nedůstojným či někoho ponížít může buď jen dotyčný sám svým jednáním, nebo druhá osoba.³⁸ Hovořit o nemoci ve stáří jako o něčem nedůstojném je nepochopení skutečnosti, že i tyto nepřijemnosti k životu patří (viz pozn. č. 8). Důležité je právě to, že stáří a jeho projevy patří k životu. Na možnou námitku, že k životu patří i zubní kaz, který si necháváme odstranit, lze odpovědět, že výsledkem léčby zubního kazu není ukončení života, jehož je zubní kaz součástí. Smrt, jak říká Wittgenstein, není událostí v životě.³⁹ Ačkoli smrt patří ke každému životu, není jeho částí jako nějaká událost či prožitek. To, co lékařem asistovanou sebevraždu odlišuje od lékařem prováděné operace, je nejen intence pacientovy smrti, ale smrt sama jako cosi radikálně odlišného od života.

Teze, že vlastní život není něco, s čím mám právo zcela libovolně nakládat, může podle mého názoru mít jak teistickou, tak sekulární variantu. V případě teistických verzí se většinou hovoří o životě jakožto daru, který je nám dán, případně dokonce jen svěřen. Tento dar zároveň znamená stálou přítomnost dárce, který je zároveň tvůrcem tohoto daru. Zničení tohoto daru – zabití, sebevražda i eutanazie – pak je proviněním proti dárce a tvůrci, který nám cenný dar nedal či nesvěřil proto, abychom jej ničili.⁴⁰

36 Srv. obdobný argument in: Gert, B., *Morality: Its Nature and Justification*, c.d., s. 232-233. Srv. dále Bernat, J. L. – Gert, B. – Mogielnicki, R. P., Patient Refusal of Hydration and Nutrition: An Alternative to Physician Assisted Suicide or Voluntary Euthanasia. *Archives of Internal Medicine*, 153, 1993, s. 2723-2728. Miller, F. G. – Meier, D. E., Voluntary death: A comparison of terminal dehydration and physician-assisted suicide. *Annals of Internal Medicine*, 128, 1998, No. 7, s. 559-562.

37 Srv. Boonin, D., How to Argue Against Active Euthanasia. *Journal of Applied Philosophy*, 17, 2000, No. 2, s. 158.

38 K tématu ponížení a důstojnosti viz např. Avishai Margalit, *The Decent Society*. Cambridge, MA, Harvard University Press 1996, s. 9-53.

39 Wittgenstein, L., *Tractatus logico-philosophicus*, 6.4311. Přel. P. Glombíček. Praha, Oikúmené 2007.

40 V křesťanské tradici viz např. *Bible*, Sk 3,15; Dt 30,20; 32,39; Jb 12,10.

Obdobnou tezi si lze představit i v čistě sekulární tradici. Galen Strawson založil svoji argumentaci proti naprosté svobodné vůli (a tedy naprosté morální odpovědnosti) na tezi, že nejsme *causa sui*. Abychom mohli být plně svobodní ve svém jednání, které vychází z toho, jakými jsme, museli bychom být zároveň plně zodpovědní za to, co jsme a jakými jsme.⁴¹ To však není pravda a vždy je alespoň část naší mentální výbavy „dána“. To znamená, že jistá část našeho já je vždy již dána, přičemž tuto danost nemáme plně ve své moci, tj. nemůžeme ji libovolně měnit.⁴² Předpokládám, že jsem oprávněn libovolně nakládat pouze s tím, co je (či alespoň teoreticky může být) plně v mé moci. Zdá se však, že vlastní život nikdy nelze mít takto ve své moci. Domnívám se proto, že člověk nemá právo zcela libovolně nakládat se svým životem. Ať už leží hranice, kde mohu se svým životem nakládat libovolně (či kde jsem již naopak ve své libovůli omezen), kdekoli, vražda či asistovaná sebevražda se podle mého názoru nacházejí vždy již za touto hranicí. Důvod, proč se domnívám, že tyto činy jsou vždy již za přípustnou hranicí, jsem uvedl výše. Smrt není událostí v životě, ale koncem života. Podle mne prostě nelze morálně obhájit jako správné zničení něčeho, co mi plně a beze zbytku nenáleží.

Shrme nakonec několik důvodů proti případné *legalizaci* jak asistované sebevraždy, tak dobrovolné aktivní eutanazie.⁴³ Všechny tyto důvody jsou samozřejmě hypotetické; některé jejich části se zakládají na datech, na která odkazují v poznámkách, nicméně většina z nich poukazuje na budoucí možné komplikace, které je správné vzít při rozhodování v úvahu.

Prvním důvodem jsou existující nespravedlnosti v rámci současného poskytování péče. Jedna obava vychází z rozdílného přístupu k pacientům, ve Spojených státech je např. zdokumentováno nedostatečné léčení bolesti u menšin, žen a sociálně znevýhodněných.⁴⁴ Neznám obdobné výzkumy

41 Viz Strawson, G., *Freedom and Belief*. New York, Oxford University Press 1986. Nebo též, The Impossibility of Moral Responsibility. *Philosophical Studies*, 75, 1994, s. 5-24. Dále též, The Impossibility of Ultimate Moral Responsibility. In: též, *Real Materialism and Other Essays*. Oxford, Oxford University Press 2008, s. 319-331.

42 Strawson, G., The Impossibility of Ultimate Moral Responsibility, c.d., s. 320.

43 Samozřejmě jsem si vědom toho, že tyto praktiky v současné době probíhají. Nicméně se domnívám, že i současná praxe je v tomto ohledu lepší než legalizace asistované sebevraždy či eutanazie. Platí však, že by nemocniční provoz měl pacientovi umožnit, aby efektivně rozhodl o své vlastní smrti nepřijímáním potravy, a měl by přistoupit na možnost pasivní eutanazie, tj. ponechání pacienta zemřít.

44 Viz Bonham, V. L., Race, ethnicity, and pain treatment: Striving to understand the causes and solutions to the disparities in pain treatment. *Journal of law, medicine & ethics*, 29, 2001, s. 52-68. Green, G. R. –Anderson, K. O. – Baker, T. A. et al., The unequal burden of pain: Confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain medicine*, 4, 2003, s. 277-294. Hoffmann, D. E. – Tarzian, A. J., The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain. *Journal of law, medicine & ethics*, 29, 2001, s. 13-27.

v rámci české společnosti, avšak s markantními odlišnostmi v přístupu k Romům, Vietnamcům či starým lidem nepočítám. Za druhé, české medicínské prostředí je nezdravě formováno příliš silným vlivem pojišťoven a farmaceutických firem. Ačkoli by se mohlo zdát, že v případě paliativní péče se jejich protikladné zájmy vyruší, skutečnost je, dle výpovědi lékařů, jiná. Paliativní péče je příliš levná na to, aby za ni farmaceutické firmy lobbowały, ale pro pojišťovny je finančně nevýhodná, takže panují obavy z tlaku pojišťoven na ukončení léčby u „neperspektivních“ pacientů.

Dalším důvodem je možná změna přístupu pacienta k lékaři, který by byl nově pověřen nejen úkolem léčit, ale i zabít.⁴⁵ Nebezpečí za prvé spočívá ve ztrátě důvěry v lékaře, který dotyčného může nejen léčit, ale i usmrtit. Dále panují obavy, že pacientova schopnost uvažovat o důsledcích svého rozhodnutí v případě asistované sebevraždy či eutanazie bude snížena mocenským rozdílem mezi lékařem a pacientem, který je zejména v českém prostředí značný. Pokud s pacientem v terminálním stadiu nemoci (což je většinou období velké citlivosti a nestability) začne lékař rozebírat nejen možnosti léčby, ale i eutanazii či asistovanou sebevraždou, hrozí, že se pacient bude snažit spíše vyhovět lékaři, než se sám rozhodnout.

Legalizace eutanazie a asistované sebevraždy dále umožňuje společenský nátlak na staré a nemocné lidi, kteří již dnes patří k diskriminovaným skupinám obyvatel.⁴⁶ Domnívám se, že tyto skupiny obyvatel by měly být především předmětem zvláštní ochrany; v legalizaci uspišení konce jejich života příliš ochrany nevidím (výše jsem ukázal, že ani odmítnutím lékařem asistované sebevraždy a eutanazie nikoho neodsuzují k měsícům utrpení na nemocničním lůžku).

Posledním důvodem je epistemologická nejistota ohledně průběhu nemoci a předpokládané délky dožití pacienta; tyto údaje jsou vždy jen pravděpodobné a v případě jiných než rakovinových onemocnění jsou víceméně nepředvídatelné.⁴⁷ K epistemologické nejistotě dále přispívá i skutečnost, že sebevražedné tendence jsou u nemocných a postižených lidí značně nestabilní a v rozhodovacím procesu tak záleží na čase, během kterého se konají roz-

45 Srv. Weithman, P. J., Of Assisted Suicide and “The Philosophers’ brief”. *Ethics*, 109, 1999, s. 559 nn.

46 Viz sborník *Postavení a diskriminace seniorů v České republice*. Vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí 2006 [on line, cit. 7. 2. 2010]. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3482/sbornik_diskriminace.pdf.

47 Viz Christakis, N. A. – Iwashyna, T. J., Attitude and self-reported practice regarding prognostication in a national sample of internists. *Archives of Internal Medicine*, 158, 1998, No. 21, s. 2389-2395. Lamont, E. B. – Christakis, N. A., Some elements of prognosis in terminal cancer. *Oncology (Huntingt)*, 13, 1999, s. 1165-1170. Gripp, S. et al., Survival Prediction in Terminally Ill Cancer Patients by Clinical Estimates, Laboratory Tests, and Self-Rated Anxiety and Depression. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 2007, No. 22, s. 3313-3320.

hovory a přípravy k provedení lékařem asistované sebevraždy či eutanazie.⁴⁸ Domnívám se, že rozhodování o jisté smrti v případech takto vysoké epistemologické nejistoty ohledně vývoje nemoci a vůle pacienta není správné.⁴⁹

SUMMARY

Problems with assisted suicide

The article continues a debate about doctor-assisted suicide began by Marek Vácha and Tomáš Hříbek. I criticise Hříbek's consequentialism and his argument concerning the autonomy of the patient which is inconsistent. In conclusion I present arguments against the usefulness of the concept of assisted suicide and against its possible legalisation.

ZUSAMMENFASSUNG

Probleme mit dem assistierten Suizid

Der Beitrag stellt eine Fortsetzung der von Marek Vácha und Tomáš Hříbek eingeleiteten Debatte über Suizid mit ärztlicher Assistenz dar. Im Text kritisiere ich Hříbeks Konsequentialismus und die widersprüchliche Argumentation hinsichtlich der Autonomie des Patienten. Im abschließenden Teil stelle ich Argumente gegen den Nutzen des Konzepts des assistierten Suizids und gegen dessen Legalisierung vor.

48 Johansen, S. et al., Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit, c.d.. Gerhart, K. A. et al., Quality of Life Following Spinal Cord Injury: Knowledge and Attitudes of Emergency Care Providers. *Annals of Emergency Medicine*, 23, 1994, s. 807-812.

49 Za cenné poznámky a opravy děkuji Michalu Stráneckému, Hynku Bartošovi a Janu Hnízdlívi.