
Diskusní studie

Ještě o etice eutanazie: odpovědi kritikům

Tomáš Hříbek

Filosofický ústav AV ČR, Praha

1. Sekulární etika, morální objektivismus a asistovaná sebevražda

Do našeho časopisu se konečně vrací etika neboli morální filosofie, včetně té aplikované, za což je třeba v první řadě poděkovat doktoru Váchovi, jenž tu publikoval článek *Je vůbec ještě možná etika v „postetickém“ světě?* o etice eutanazie. Tento text mne inspiroval k delší studii *Za etiku bez teologie*.¹ Sledoval jsem několik cílů. Za prvé, ačkoli Váchovi můžeme děkovat za to, že do Filosofického časopisu vrátil jedno téma z aplikované etiky, snažil jsem se upozornit, že téma zpracoval v žánru – řekněme – kázání či exhorty, který do našeho časopisu přísně vzato nepatří. Filosof je povinen vyjasnit sám sobě a svým čtenářům tyto a podobné věci: Kdy pronáším pouhou empirickou hypotézu a kdy logickou či metafyzickou tezi? Jaký závěr se to vlastně snažím obhájit? A hlavně – prostřednictvím jakého argumentu? I když má kázání možná své místo jinde, autor, který se v tomto žánru vyjádří ve filo-

1 Váchův článek je dostupný ve *Filosofickém časopise*, 58, 2010, č. 2, s. 273-279; můj text v tomto ročníku *Filosofického časopisu*: č. 5, s. 729-749. Říkám-li, že až teď se do Filosofického časopisu vrací etika, může to znít jako očividná nepravda těm, kdo vědí, že v tomto časopise již dlouhá léta běží nepravidelná rubrika „Současná morální a politická filosofie“. Drtivou většinu materiálů v této rubrice však tvoří přeložené texty z oboru politické filosofie – někdy v anglo-americkém analytickém stylu, jindy spíše v tradici kritické a postmoderní teorie. V žádném případě nenapadám užitečnost těchto materiálů; naopak jsem si vědom, že zaplnily velké mezery v naší překladové literatuře. Pouze upozorňuji, že tyto materiály se obvykle netýkají morální teorie v onom užším smyslu, který je tomuto termínu obvykle přisuzován v hlavním proudu současné filosofie. Mimo tuto rubriku se sice čas od času objeví příspěvek, který by se dal zařadit do oblasti environmentální filosofie či přímo environmentální etiky, avšak až na několik čestných výjimek, jimiž jsou zvláště studie prof. Erazima Koháka, musíme ty různé „smlouvy se Zemí“ považovat spíše za více méně exaltovaná vyznání zelené víry než za argumentativní texty. Konečně, již kdysi v našem časopise vyšlo několik pozoruhodných studií o metaetice, hlavně z pera doc. Petra Koláře, ale v rozvíjení této tradice se bohužel příliš nepokračovalo.

sofickém periodiku, se pochopitelně vystavuje obviněním z vágnosti, krasořečnění, inkonzistence apod. – přesně takovým, jakých se dr. Váchovi dostalo ode mne. Zkrátka: přestože si to třeba někteří filosofující přírodovědci typu dr. Marka Váchy, prof. Stanislava Komárka a dalších nejspíš i nadále budou myslet, na stránkách našeho periodika nepovažuji za nutné napříště vysvětlovat, proč součástí žánru filosofie v profesionálním smyslu nejsou jen tak nějaká ta beztvará hloubání o „závažných otázkách“.

Za druhé, chtěl jsem upozornit na fakt, že Váchův článek je příkladem jisté tendence, která je nejspíš pomýlenou reakcí na oficiální pronásledování náboženství bývalým režimem. Jako kompenzaci za toto pronásledování zástupci církvi očekávají – a mnohé další osobnosti veřejného života pocítují jako závazek –, že morálka bude svěřena do péče duchovních osob, jako by kompetentní hovor o ní bylo možné vést pouze z těch či oněch teologických (u nás obvykle katolických) pozic. Těm z našich spoluobčanů, v jejichž světonázoru hrají důležitou roli určité teologické teze, jistě dlužíme toleranci a za určitých podmínek i respekt. Avšak tolerance a respekt nás nezavazují k tomu, abychom jakékoli teologické teze považovali za něco více než partikulární a sektářské názory, které nemohou být v jakékoli formě vnucovány ostatním příslušníkům naší světonázorově pluralitní společnosti. Veřejní hlasatelé sektářských teologických tezí nám přesto sugerují dojem – a dr. Vácha v tom není žádnou výjimkou –, že pouze přistoupením na jejich platformu budeme schopni morálce zajistit objektivní platnost; alternativou vůči teologicky zdůvodněné morálce je prý morální subjektivismus s katastrofálními praktickými následky. Ukázal jsem, že standardní literatura nabízí sekulární objektivistické morální teorie, které jsou navíc méně kontroverzní než – řekněme – utilitarismus či kantiánství. Jako příklad takové více méně neutrální normativní teorie jsem zvolil Gertovu teorii „každodenní morálky“, pracující se všeobecně srozumitelným pojmem újmy.

A konečně za třetí jsem se na půdě takové teorie pokusil zdůvodnit jistý typ eutanazie, totiž sebevraždu s asistencí lékaře (*physician-assisted suicide*). Zároveň jsem však chtěl ukázat, že takový typ eutanazie je nejen přípustný, nýbrž dokonce obligatorní. Svůj argument jsem shrnul následovně:

- (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 dobra.
- (3) Volba dřívější smrti před delším životem, obsahujícím více utrpení, je v kompetenci pacienta, o jehož život se jedná.

(Z) Z toho plyne, že lékař je povinen pomoci takovému pacientovi zemřít – i kdyby jen doporučením ke kolegovi, jenž netrpí předsudky proti podobné službě.²

Tento argument obhajuje jen limitovaný typ eutanazie. Sebevražda za asistence lékaře není totožná ani s *dobrovolnou* (*voluntary*), ani s *bezvolní* (*non-voluntary*) či *nedobrovolnou* (*involuntary*) eutanazií.³ Dobrovolná eutanazie je výsledkem přání pacienta, v případě bezvolní eutanazie nebyl pacient s to učinit kompetentní rozhodnutí, kdežto nedobrovolná eutanazie by byla provedena proti výslovné vůli pacienta. Poslední tři zmíněné formy eutanazie navíc mají pasivní či aktivní formu, přičemž jde o to, zda lékař pouze *připustí* smrt pacienta (např. tím, že mu nepodá potřebný lék), nebo ji *způsobí* (např. podáním jedu).

Přestože je sebevražda za asistence lékaře podle obecného mínění nejméně kontroverzní formou milosrdné smrti, přirozeně vyvolává řadu otázek. V první řadě je možné zpochybnit všeobecnou přijatelnost sekulárních východisek. Dále lze namítnout, že můj argument neplatí nebo že jeho premisy jsou neakceptovatelné. Pomáhat svému pacientovi zemřít možná není jednou z povinností lékaře; život má smysl, i když je vyplněn utrpením, zkušenost utrpení třeba může odhalit něco podstatného. A kdybychom připustili sebevraždu za asistence lékaře, neocitneme se na kluzkém svahu, po němž se svezeme až k nedobrovolné eutanazii? To jsou některé z námitek, které mi adresovali dr. Ingrid Strobachová, dr. Marta Vlasáková a dr. Jakub Jirsa a na něž odpovím.⁴ Těší mne, že se mi podařilo podnítit tyto kolegy, aby se zapojili do diskuse na téma, které jsme v našem časopise dosud ignorovali. Všem třem děkuji za čas a úsilí, které věnovali mému textu.

2. Morální expertíza, racionální argumentace a fenomenologie bolesti

Doktorka Strobachová souhlasí jak s potřebou kultivovat naši etiku obecně, tak s požadavkem diskutovat o morálních tématech ze sekulárních, nejen náboženských, pozic zvláště. Píše: „... lékařskou etikou v praxi [...] se zabý-

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

3 V původním článku jsem nerozlišil mezi dvěma formami eutanazie, při nichž není k dispozici souhlas pacienta – takovou, kterou zde navrhuji nazývat „bezvolní“, kdy pacient řekneme ztratil kompetenci vyslovit svůj souhlas, ačkoli ho kdysi mohl vyjádřit, a „nedobrovolnou“, při níž se nikdo ani nesnažil zjistit jeho názor.

4 Viz Strobachová, I., Konečně o eutanazii na půdě filosofie. *Filosofický časopis*, 59, 2011, č. 3, s. 421-425. Vlasáková, M., Za etiku korektní. *Filosofický časopis*, 59, 2011, č. 3, s. 427-440. Jirsa, J., Problémy s asistovanou sebevraždou. *Filosofický časopis*, 59, 2011, č. 4, s. 579-590. Kromě těchto tří autorů komentoval Váchův a můj text i Marek Picha, bohužel však jen na svém blogu (<http://mpicha.cz>), a proto jeho postřehy ponechám stranou.

vají téměř výhradně osoby ‚duchovní‘ (ostatně již zde je jakýsi pejorativní osten – my ostatní jsme ‚neduchovní‘, tedy něco postrádající, něco nám zřejmě chybí, něco nám nebylo dáno.⁵ Kromě pregnantního vyjádření onoho implicitního předpokladu jakési nekvalifikovanosti těch z nás, kdo jsme neduchovní, mluvit do etiky a hodnot, obsahuje citovaná pasáž pro mne alarmující informaci: nevěděl jsem, že výuce lékařské etiky se u nás v disproporční míře věnují školení teologové, resp. duchovní. Jistěže i duchovní může být schopen oddělit etiku od morální teologie, ale proč se spoléhat, že to tak opravdu každý z nich dělá? Každopádně po dlouho odkládané odluce státu a církve by duchovní či teologové měli učit etiku jen na teologických učilištích, financovaných z prostředků církví, abychom se vyhnuli tomu, že o nejtímnějších otázkách našeho života by posléze rozhodovali lékaři, kteří byli vyškoleni jednostranně, dejme tomu v katolické morální teologii. Správně by lékaři měli být školeni v sekulárním etickém myšlení a pacienti by si dále mohli vybrat duchovní asistenci podle své individuální potřeby.

S těmito názory zjevně nebude souhlasit doktorka Vlasáková, podle níž jsou duchovní „docela vhodnými adepty“, protože „jsou jako jedni z mála v obecné etice obvykle akademicky školeni“.⁶ Souhlasím, že stav výuky etiky na našich filosofických katedrách je špatný – už jen proto, že etice se málokterý český filosof věnuje i jako oblasti výzkumu. Avšak řešením, které se nabízí, je přece usilovat o zlepšení v tomto směru, nikoli téměř zcela přenechat péči o morálku nositelům určitého náboženství. Navíc předpokládám, že dr. Vlasáková míní „duchovními“, jež považuje za dostatečně kvalifikované ke kultivaci veřejného morálního diskursu, katolické kněze, a nikoli třeba imámy nebo rabíny. Z hlediska nás ostatních však není kněz v tomto směru o nic vhodnější než imám či rabín.

Avšak mrzelo by mne, kdyby dr. Vlasáková získala dojem, že z morálního diskursu někoho vylučuji, takže doufám, že následující vysvětlení tento dojem rozptýlí. Dr. Vlasáková se dotýká důležité otázky morální expertízy. Existují tedy „experti na morálku“? Věřím, že v současnosti jsou to především morální filosofové, ale to neznamená, že ostatní musí jen naslouchat. Kněží, imámové, rabíni či guruové se mohou účastnit veřejné debaty o morálce – nikoli však z titulu své expertní znalosti rituálních příkazů a zákazů určitého náboženství, nýbrž spíše proto, že jednak z důvodu své profese věnují dost času úvahám o morálních problémech, jednak mají velké zkušenosti z morální praxe. Kdykoli ale vstupují do diskuse, v níž je třeba počítat se světonázorově pluralitním publikem, musí se duchovní vystříhat své obvyklé chyby: směšování ritualistického pojmu *hříchu* se sekulárním pojmem *ne-*

5 Strobachová, I., Konečně o eutanazii na půdě filosofie, c.d., s. 422.

6 Vlasáková, M., Za etiku korektní, c.d., s. 427, pozn. č. 3.

morálního činu, který může být srozumitelný nám všem, neboť nemá žádné teologické předpoklady.⁷ Nakolik alespoň některé duchovní osoby dokáží argumentovat způsobem, který nepředpokládá nějaké teze jejich partikulární víry, a uplatnit svou zkušenost z morální praxe, mohou ke kultivaci veřejného morálního diskursu přispět i ony. Jinými slovy, kněží a jiní guruové jsou jako experti na morálku vítáni, nakolik vystupují spíše jako morální filosofové než jako kněží a guruové.

A nejenže nikoho nevyklučuji z morálního diskursu, nýbrž jsem daleko optimističtější než dr. Vlasáková, pokud jde o rozsah morální shody. Dr. Vlasáková píše: „... racionální diskuse o morálních tématech jsou velice obtížné zvládnutelné, protože se obvykle zastánci jednotlivých morálních postojů neshodnou ani na těch *nejzákladnějších* etických východiscích a předpokladech.“⁸ Podobný pesimismus jsme postřehli i v textu dr. Váchy. I on věří, že dnes každý z nás žije podle „*naprosto odlišných* etických zásad“, a že tato odlišná východiska pak vedou k odlišným závěrům – „někdo je pro eutanazii, někdo proti ní“.⁹ O těch „*nejzákladnějších*“ a „*naprosto odlišných*“ východiscích a zásadách se u těchto autorů příliš nedozvíme, ale dr. Vlasáková uvádí výrok, který je asi příkladem takového východiska: „Bůh stvořil svět a ustavil v něm morální řád.“¹⁰ Je třeba rozlišit dvě otázky. Za prvé, zda odlišná východiska nutně vedou k odlišným závěrům; za druhé, co bychom měli považovat za ona odlišná východiska. Pokud je právě citovaný výrok dr. Vlasákové příkladem toho, co míní „*etickým východiskem*“, pak je jasné, že takové východisko nebude obecně přijatelné, protože se jedná o teistickou premisu. Avšak i z takového východiska někteří došli k závěrům, které sdílejí s řadou ateistů. Například známý katolický teolog Hans Küng jistě vychází z premisy, kterou cituje dr. Vlasáková, a přesto v knize *Menschwürdig sterben* (1997) obhajuje *Sterbenhilfe* čili sebevraždu za asistence lékaře.¹¹ Je-li v katolické církvi místo i pro Küngův názor, plyne z toho, že teistické – konkrétně katolické – východisko není v principu na překážku morální shodě s ateistickými obhájci asistované sebevraždy. Küngova kniha se mi dostala do ruky nedávno, ale již v mém původním článku jsem projevil velkou vstřícnost vůči stoupencům křesťanské etiky. Kromě toho, že výslovně zmiňuji, že navzdory rozdílům v metafyzických východiscích se většina z nás shodne na morálních závěrech – každý z nás, kromě patologických případů, považuje za nemorální

7 K tomu viz výbornou knihu anglikánského pastora Richarda Hollowaye *Godless Morality: Keeping Religion Out of Ethics* (Edinburgh, Canongate 1999).

8 Vlasáková, M., Za etiku korektní, c.d., s. 439; kurzíva T.H.

9 Vácha, M., Je vůbec ještě možná etika v „*postetickém*“ světě?, c.d., s. 276; kurzíva T.H.

10 Vlasáková, M., Za etiku korektní, c.d., s. 431.

11 Jens, W. – Küng, H., *Menschwürdig sterben: Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. München, Piper 1997.

lež, věrolomnost, krádež, vraždu, znásilnění apod. –, jsem v článku pozitivně hodnotil argument R. M. Harea, že křesťanům můžeme ponechat teistický předpoklad o božském původu Ježíše a přijmout základní princip jeho etiky, z něhož plyne morální přípustnost milosrdné smrti.¹² V replice dr. Vlasákové bohužel jakákoli zmínka o mé víře v širokou morální shodu napříč světovými názory chybí, takže z této repliky vycházím nikoli jako ten, kdo se obecně dostupnými prostředky racionální argumentace snaží rozšířit oblast morální shody na dosud sporné způsoby umírání a smrti, ale pouze jako nevstřícný kritik teistické etiky.¹³

Nyní k druhé otázce, tj. co považovat za „nejzákladnější etická východiska“, na nichž se navíc údajně neshodneme. Dr. Vlasáková kontrastuje svou tezi o Bohem stvořeném morálním řádu s mým, resp. Gertovým, názorem, že nemorální jednání je to, které způsobuje újmu druhému člověku, a obě jsou pro ni „úplně stejně pouhým předpokladem“.¹⁴ Dr. Vlasáková tu zastává jakýsi existencialistický názor, že poslední východiska morálního argumentu jsou výsledkem racionálně nezdůvodnitelné osobní volby. Dnes už stěží pochopíme, že tento spektakulárně mylný názor kdysi někteří filosofové brali vážně. V žádném případě se však tohoto omylu nedopustili katolíci, kteří nikdy nepovažovali tezi o božském původu morálního řádu za „pouhý předpoklad“, ale vždy za racionálně obhajitelnou tezi. Co se týče Gertovy teze o újmě jako východisku morální teorie, dr. Vlasáková zbytečně věnovala několik odstavců jednak připomínce Mooreovy kritiky etického naturalismu, jednak obávám o morální status zvířat.¹⁵ Relevantnější je příbuzná námitka dr. Jirsy, že morálně či nemorálně lze jednat i vůči sobě samému.¹⁶ Metaetické námitky dr. Vlasákové jsou nadbytečné proto, že Gertovi nejde o sémantiku morálních termínů, nýbrž o odpověď na otázku: „Proč je ten-a-ten čin nemorální?“ Gert má za to, že více méně každý z nás by na takovou otázku spontánně odpověděl: „Protože ubližuje (poškozuje, působí újmu) druhému člověku.“ Újma je někdy ospravedlnitelná, u nemorálních činů ale nikoli. Proč je krádež nemorální? Protože neospravedlnitelně působí újmu okradenému (tím,

12 Dokonce aktivní dobrovolné eutanazie. Viz Hříbek, T., *Za etiku bez teologie*, c.d., s. 747.

13 Doklady mé údajné nevstřícnosti zabírají polovinu textu dr. Vlasákové, ale nepovažuji za plodné vést spor o tom, zda Váchův článek je o morální přijatelnosti eutanazie primárně nebo jen sekundárně nebo zda považuje eutanazii za nepřírozenou explicitně či jen implicitně (Vlasáková, M., *Za etiku korektní*, c.d., s. 428). Někdy však snaha dr. Vlasákové vyvrátit vše, co jsem napsal, nabývá až bizarních forem. Na jednou místě ve svém článku jsem například uvedl jistá fakta o úrovni morálky v religiózních společnostech a dr. Vlasáková polemizuje s těmito daty i metodologií jejich sběru způsobem, který budí dojem, jako bych byl autorem onoho průzkumu (tamtéž, s. 430).

14 Tamtéž, s. 431.

15 Tamtéž, s. 431-432.

16 Jirsa, J., *Problémy s asistovanou sebevraždou*, c.d., s. 583.

že ho připravuje o něco, co mu patří). Proč je znásilnění nemorální? Protože neospravedlnitelně ubližuje oběti (tím, že ji děsí, působí jí bolest a omezuje její svobodu). Atd. Na každou podobnou otázku samozřejmě existuje i teistická odpověď „Protože to zakazuje Bůh“, ale odpovědi, které zmiňují různé typy neoprávněné újmy, jsou bazálnější, protože zatímco existence nadpřirozeného stvořitele morálního řádu je předmětem sporu, zkušenost újmy všichni sdílíme. Právě proto působí tak fantasticky tvrzení dr. Vlasákové, že předpoklad božského původu morálního řádu je epistemicky na téže úrovni jako východisko z každodenní zkušenosti újmy, která se děje nám a ostatním lidem. Snaha omezit se na to, co je bezpochyby sdíleno, stojí i v pozadí Gertova zúžení extenze morálky na vztahy k druhým lidem, takže jsou vyloučeny vztahy ke zvířatům a případy, kdy ubližujeme sobě samým. Morální status zvířat a existence ctností, resp. povinností vůči sobě samému, sice nejsou otázky, na něž má každodenní morálka jednoznačné odpovědi, ale pro etiku eutanazie tyto odpovědi ani nepotřebujeme. O Jirsově námitce o ctnostech a povinnostech týkajících se sebe sama jsem řekl, že je relevantnější z toho důvodu, že pokud by například existovala povinnost nezabít se neboli zákaz sebevraždy (jako třeba u Kanta), platil by *a fortiori* i zákaz sebevraždy za asistence lékaře. Jenže na tom, co dlužíme druhým, se shodujeme mnohem víc, než na tom, co dlužíme sobě samým. V každém případě každodenní morálka jednoznačně odsuzuje vraždu či znásilnění, nikoli však sebevraždu.

Ačkoli dr. Strobachová souhlasí s mou kritikou místního monopolu teistické etiky, polemizuje s mým z názorů: totiž že jednou z příčin bezútěšného stavu naší (aplikované) etiky je závislost na německé filosofické tradici. V této tradici je etika obvykle součástí nějakého grandiózního metafyzického systému, ale podle doktorky Strobachové „jistě neoddělení etiky od celku filosofie“ nemusí být na překážku. Navíc bychom prý neměli podceňovat takové filosofické „nástroje“, jako jsou „fenomenologický popis, obraz a další“.¹⁷ K tomu řeknu dvě věci. Za první, má poznámka o německé filosofické tradici (konkrétně jsem se zmínil o marxismu) jako o zdroji naší současné morálně-filosofické *malaise* je striktně vzato nepotvrzená sociologická hypotéza. Přenechávám historikům filosofie a sociologům, aby spolehlivěji prozkoumali příčiny naší místní rezistence vůči morální filosofii; tyto příčiny jsou možná komplexnější, než mám v současnosti za to. Za druhé, pokud jde o alternativy vůči racionální argumentaci, jako je např. fenomenologický popis, jsem jim určitě otevřen – pouze bych dodal, že očekávám, že nezůstane jen u slibů a deklamací, ale dojde i na věcné výsledky takových metod. Těžko říci, jaké ty výsledky budou – v článku doktorky Strobachové zatím čtu jen jakýsi příslib fenomenologického popisu bolesti, která je prý „nezastupitelně

17 Strobachová, I., Konečně o eutanazii na půdě filosofie, c.d., s. 423.

přítomna [a] dává odkrýt ono v každodenním životě skryté nebo jinak uchopené, umožňuje nahlédnutí do hloubek, které bez bolesti a utrpení nemůžeme navštívit“.¹⁸ Přiznám se, že s podobným jazykem mám problém. Citované pasáží rozumím tak, že prožitek bolesti nám umožní pochopit, že život není tak snadný, jak jsme si mysleli (zřejmě dokud jsme byli zdraví a mladí). Pokud toto je obsahem citované věty, pak bez výhrad souhlasím, ale uniká mi, proč bychom k získání zmíněného poznatku potřebovali metodu fenomenologického popisu, resp. v čem ona metoda v tomto konkrétním případě spočívá. A co věcného k obsahu, který jsem parafrázoval, přidávají obraty jako „odkrývání skrytého“ a „jinak uchopeného“, „nenavštívené hloubky“ apod.? Nejde jen o zbytečný žargon, který je bohužel tak oblíbený v různých školách tzv. kontinentálního myšlení?¹⁹

3. Platnost argumentu, extenze eutanazie a konsekencialismus

V této části odpovím na námitky dr. Vlasákové a dr. Jirsy ohledně platnosti – resp. přijatelnosti premis – mého hlavního argumentu ve prospěch sebevraždy za asistence lékaře.²⁰ Souhlasím se svými kritiky, že argument ve své původní podobě není kompletní, ale domnívám se, že ho lze doplnit. Dr. Vlasáková má nejprve několik námitek vůči první premise. Říkám-li, že lékař musí svému pacientovi „často“ zdánlivě způsobit újmu, co míním tím „často“? Vstřícnější čtenář mohl již v mém původním textu najít několik příkladů, které mu pomohly pochopit, co jsem měl na mysli: postoperační bolesti jako vedlejší důsledek operace, která odstraní vážnější neduh; amputace končetin, obětovaných pro záchranu života. Mnohem běžnější jsou různé druhy nevolnosti způsobené léky – takovou újmu lékař bohužel musí svému pacientovi způsobit opravdu poměrně často. Je asi v principu možné zjistit, jak často přesně, ale pro účely našeho argumentu je takový poznatek nadbytečný. Podstatné je přece to, že všichni víme, o čem je řeč, a nezpochybňujeme výskyt takových případů. Ale rozdělme pro větší explicitnost první premisu na dvě:

18 Tamtéž, s. 425.

19 Bioetika je spíše anglosaským výtvozem, takže většina relevantní literatury je psána v analytickém stylu. Avšak snahy využít výsledky jiných tradic existují. Narazil jsem například na odkazy k dílu Emmanuela Lévinase, jenž jak známo vyšel z fenomenologie. Rád se kontinentálně orientovanými bioetiky nechám přesvědčit, že obraty typu „pacient jakožto Druhý“ nejsou jen ornamenty, ale vyjadřují obsah, který je pro obor přínosem.

20 Vlasáková, M., Za etiku korektní, c.d., s. 433-439; Jirsa, J., Problémy s asistovanou sebevraždou, c.d., s. 584.

- (1.a) Lékař je povinen pro svého pacienta volit způsoby léčby, které tomuto pacientovi prospívají čili přispívají k jeho dobru.
- (1.b) Některé způsoby léčby bezprostředně přispívají k dobru pacienta, jiné mu však na první pohled způsobují újmu, i když jsou ve skutečnosti menším zlem v zájmu jeho většího dobra.

Zdá se mi, že z těchto dvou premis vyplývá, že:

- (Z1) Pokud v dané situaci není k dispozici léčba, která by vedla k většímu dobru přímo, tj. bez toho, že by způsobila menší zlo, je lékař povinen volit léčbu, která způsobí takové menší zlo (z 1.a a 1.b).

Dále rozdělme druhou premisu. První část vyjádří princip, že život je základní hodnota. V teistické etice se tomu říká poněkud exaltovaně „princip posvátnosti života“ (*sanctity of life*), ale předpokládám, že každý z nás tento princip akceptuje přinejmenším v tom smyslu, že pokud bychom nebyli naživu, nemohli bychom zakoušet žádná další dobra:

- (2.a) Život je *základní* hodnota v tom smyslu, že je předpokladem ostatních dober.

Zároveň však všichni připouštíme, že mohou nastat okolnosti, za nichž lze život obětovat jiným hodnotám – jinými slovy, připouštíme, že

- (2.b) Život není přísně vzato *absolutní* hodnota, takže dřívější smrt může být menším zlem ve srovnání s delším životem.

Obecná přijatelnost 2.b je patrná ve všeobecném obdivu, jemuž se těší různé typy osobního heroismu; v původním článku jsem zmínil, že podobný postoj je patrný i v katolické tradici s jejím kultem mučedníků – tj. osob, které jsou předmětem úcty právě pro to, že dokázaly obětovat svůj život dejme tomu osobní integritě. Předpokládám, že dr. Vlasáková nemá zásadní námitky vůči krokům 2.a-b. Odmítá mne však následovat, když dodám, že:

- (2.c) Příkladem delšího života, který může být větším zlem ve srovnání s dřívější smrtí, je život obsahující více utrpení než o něco kratší život.

Námitky dr. Vlasákové vůči fragmentu původní premisy 2, obsaženému v 2.c, se točí okolo rozdílů mezi možností a skutečností. V premise se nehovoří o tom, že delší život opravdu horší je, nýbrž jen o tom, že horší být *mů-*

že.²¹ A i kdyby nestál za nic po zdravotní stránce, kdo může říci, že se „daný pacient nemůže ještě dočkat celé řady dober jiného rázu“?²² K první námitce: I hrdina či světec, jenž obětoval svůj život nějaké vyšší hodnotě, přece neměl šanci prožít onen úsek života, o který se svou hrdinskou či mučednickou smrtí připravil, a přesto nepovažujeme jeho rozhodnutí, že zkrácený život je lepší, za nekompetentní. Na druhou námitku lze odpovědět, že nebere v úvahu skutečné případy, jichž je literatura o bioetice plná.²³ Například James Rachels cituje případ mladého muže jménem Jack v terminálním stadiu rakoviny, jenž tráví závěr života na utišujících prostředcích, které jsou mu sice podávány každé čtyři hodiny, ale omámí pacienta vždy jen zhruba na polovinu té doby (vyšší dávka by pacienta zabila). Po zbytek doby pacient bolestí „vyje jako pes“, a tak to jde den za dnem.²⁴ Je jasné, že pokud by existovaly účinnější tisíce prostředky nebo pokud by existovala reálná naděje na zvrát v prognóze pacienta, nebyl by nutně na místě závěr, že jeho život již neobsahuje nic dobrého. Avšak fakt, že se vyskytují i případy bez alternativ, jako právě ten zmíněný, naznačuje, že komentáře typu „i takový pacient se může ještě dočkat celé řady dober jiného rázu“ jsou eufemismy, které se míjejí s realitou umírání a utrpení. Představme si, že jsme v Jackově situaci a máme před sebou na výběr mezi životem, který trval dejme tomu 28 let vyplněných obvyklou mírou radostí i starostí na jedné straně, a životem, který by trval 28 let plus několik dní či týdnů navíc, vyplněných shora popsanými stavy, na straně druhé. Pokud dr. Vlasáková trvá na tom, že premisa 2.c je neakceptovatelná, pak musí zvolit druhou alternativu, a tedy preferovat život nastavený o určité období, během něhož se střídají stavy omámení a stavy bolesti, během nichž pacient „vyje jako pes“. Obávám se, že taková volba může být diktována pouze nějakým teoretickým předsudkem.

Pokud žádný takový předsudek nesdílíme, vyvodíme další závěr:

(Z2) Může nastat situace, kdy je lékař povinen pro svého pacienta volit dřívější smrt jakožto menší zlo oproti delšímu životu, který by představoval větší zlo²⁵ (ze Z1 a 2.c),

přičemž z předešlého víme, že nejde o nějakou čistě hypotetickou možnost, nýbrž o reálné případy. Dr. Vlasáková i dr. Jirsa správně upozorňují, že za-

21 Vlasáková, M., *Za etiku korektní*, c.d., s. 434.

22 Tamtéž, s. 437.

23 Ačkoli připouštím, že i já jsem ve svém původním článku uvažoval jen o čistě hypotetické situaci.

24 Rachels, J., *The End of Life: Euthanasia and Morality*. Oxford–New York, Oxford University Press 1986, s. 153.

25 Mírně adaptuji formulaci navrženou dr. Vlasákovou. Srv. Vlasáková, M., *Za etiku korektní*, c.d., s. 435.

stavíme-li se v této fázi, pak jsme ospravedlnili mnohem silnější formu eutanazie, než je sebevražda za asistence lékaře, totiž aktivní eutanazii, ať už bezvolní (*nonvoluntary*) nebo nedobrovolnou (*involuntary*), protože nikde v předešlém zkrátka není zmínky o tom, že by lékař měl brát v úvahu názor pacienta.²⁶ Jsem tedy nucen tvrdit, že Jackův lékař byl povinen – po objektivním vyhodnocení situace – předepsat mu dávku tisících prostředků, která by byla natolik silná, že by ho bezbolestně usmrtila, aniž Jack vyslovil přání v tomto směru? Jsem snad dokonce nucen přijmout ještě kontroverznější závěr, že lékař by měl Jacka usmrtit i v případech, že by Jack preferoval delší život – řekněme pod vlivem iluze, že se jeho stav ještě změní k lepšímu, zatímco lékař objektivně ví, že Jackův stav je beznadějný? Jinými slovy, nutí mne můj argument k závěru, že za jistých okolností je oprávněná nejen bezvolní, ale dokonce i nedobrovolná eutanazie?

V první řadě je třeba říci, že zmíněné formy eutanazie jsou kontroverzní především *právě* proto, že se neopírají o souhlas pacienta. Nedobrovolná eutanazie nás šokuje zvláště proto, že se liší od popravky pouze tím, že je motivována snahou prospět pacientovi (který je považován za nekompetentního v otázce, co je pro něj dobré). Jenže jak jsem se snažil objasnit v původním článku, kterýkoli důvěryhodný argument ve prospěch milosrdné smrti musí vzít v úvahu, že kromě principu, že život je základní hodnotou, je v naší každodenní morálce i implicitní princip autonomie. Tento princip je implicitní v původní premise 3, kterou zřejmě musíme opět rozdělit na několik kroků. Nejprve formulujme právě zmíněný princip autonomie:

(3.a) Poslední autoritou, jež určí, zda nastala situace, kdy život pozbyl hodnoty, je pacient, o jehož život se jedná.

3.a záměrně hovoří o tom, co je „obvyklé“, neboť přestože většina z nás je kompetentní vyjádřit racionální preferenci ohledně našeho života či smrti, existují jedinci, kteří buď *ještě nejsou* osobami (např. velmi malé děti), nebo jimi *přestali být* (jedinci v pokročilém stadiu Alzheimerovy nemoci, jedinci v kómatu apod.), nebo jimi *nikdy nebyli* (jedinci, kteří nikdy nenabyli takové úrovně vědomí, aby byli s to vyjádřit jakoukoli preferenci ohledně kvality svého života). Přesto dochází k situacím, kdy se život jedinců, patřících do jedné ze tří posledně jmenovaných kategorií, stává z hlediska nás ostatních (příbuzných, přátel, lékařů) netolerovatelným, a pak jsme nuceni učinit nějaké rozhodnutí. Zvláště kontroverzní je případ bývalých osob, které kdysi vyjádřily určité přání ohledně toho, co by se s nimi mělo stát v případě, kdy by pozbyly schopnost kompetentně se rozhodnout. Není mišlím jedno-

26 Tamtéž, s. 435. Též srv. Jirsa, J., Problémy s asistovanou sebevraždou, c.d., s. 584.

značně zřejmé, zda a do jaké míry je závazný názor bývalé osoby, a v každém případě já na tuto otázku momentálně neznám odpověď. Ať je tomu jak chce, v těchto několika poznámkách jsem nedoufal zodpovědět palčivé otázky o tom, zda a kdy je oprávněná – neřkuli obligatorní – bezvolní eutanazie. Šlo mi pouze o to upozornit na několik kategorií lidských bytostí, u nichž by taková forma eutanazie za jistých okolností mohla přicházet v úvahu, zatímco u většiny lidí je vyloučena, protože požívají statusu osoby. Domnívám se, že příčinou časté stigmatizace bezvolní eutanazie je právě mylná domněnka, že by lékaři mohli rozhodovat o životě a smrti kompetentních pacientů, aniž by se namáhali zjistit jejich názor.

Pokud jsem to správně pochopil, námítky dr. Vlasákové a dr. Jirsy však nesměřují primárně proti principu autonomie, vtělenému v 3.a, nýbrž spíše proti jiné části původní premisy 3, kterou bychom mohli vyjádřit takto:

(3.b) Pacient svou situaci vyhodnotí na základě úvahy o rozsahu utrpení, které může rozumně očekávat po zbytek svého života.

Ve svém článku jsem pro ilustraci „utrpení“, které mám na mysli, zmínil, že někteří pacienti se rozhodují pro kratší život, protože považují za degradující delší život provázený paralýzou, inkontinencí či stařeckou demencí. Dr. Jirsa se domnívá, že podobné pojetí vyjadřuje jaksi povrchní přístup k životu. Píše: „... hovořit o nemoci ve stáří jako o něčem nedůstojném je nepochopení skutečnosti, že i tyto nepříjemnosti k životu patří.“²⁷ Souhlasím s Jirsou, pokud má na mysli, že by bylo povrchní pozitivně hodnotit dejme tomu jen smyslové potěšení, mládí a fyzickou krásu. Domnívám se ale, že i těm z nás, kteří spontánně upřednostňují jen tyto a podobné hodnoty, stačí chvilka reflexe k tomu, aby ocenili i takové věci, jako jsou fyzická či intelektuální námaha za účelem dosažení nějakého cíle; zkušenost, kterou nelze získat jinak než věkem; osobní vztahy, jež se upevnily díky zkouškám, kterým byly vystaveny; a další. Jenže zároveň požadujeme, aby různé druhy obětí, které přinášíme, byly vykoupeny nějakým *výsledkem*. A jestliže jsou někteří z nás ochotni vzdát se určitého času navíc, pokud by byl vyplněn jen utrpením, bylo by zřejmě neuctivé, kdybychom předpokládali, že jde o povrchní bolestiny, kteří se bojí nějakých těch nepříjemností. Naopak může jít o lidi, kteří něčeho v životě za jistou cenu dosáhli, žili ve shodě s určitými principy a hodnotami, ale neřadí paralýzu, inkontinenci a stařeckou demenci do kategorie pouhých „nepříjemností“ právě proto, že nevidí, k jakému pozitivnímu výsledku by podobné zkušenosti mohly vést. Domnívám se, že pokud chceme respektovat morální autonomii osob, musíme připustit, že ony samy mají

27 Jirsa, J., Problémy s asistovanou sebevraždou, c.d., s. 587.

posoudit, zda nastal okamžik, kdy by jejich další život byl již nepřijatelným kompromisem s jejich fundamentálními hodnotami. Na rozdíl od dr. Jirsy se tudíž nedomnívám, že volí-li někteří z nás kratší život, přestože jejich situace není třeba tak drastická, jako ta Jackova z předchozího příkladu, činí tak z důvodů, jež jsou nutně povrchní či frivolní.

Úvahy Jirsy a Vlasákové o okolnostech, za nichž stojí za to žít, mne však přivedly k důležité otázce, kterou se musí zabývat každá etika eutanazie: Jak vymezit rozsah třídy kandidátů? Již jsem poznamenal, že ponechám stranou téma nedobrovolné eutanazie a soustředím se na sebevraždu za asistence lékaře. Kdo všechno by měl nárok na takovou asistenci a komu by měli lékaři povinnost vyhovět? Moje původní poznámky o tom, že vyloučen je například mladík, jenž ztratil vůli k životu ze zcela frivolních důvodů, byly nedostatečné. Domnívám se však, že třídu kandidátů nelze ohraničit ani na základě toho, zda pacient prožívá nesnesitelnou *bolest*. Moderní paliativní prostředky mohou bolest tišit účinněji, než to bylo ještě donedávna možné, a někteří pacienti mohou v existenci za těchto podmínek spatřovat smysl. Naopak máme co do činění s případy téměř kompletní paralýzy, kdy pacient necítí žádnou neobvyklou bolest, ale považuje takovou existenci za netolerovatelnou. Myslím, že odpověď na otázku o extenzi třídy kandidátů je naznačena v předchozím odstavci: kritériem je princip, že nárok na asistenci se sebevraždou vzniká pacientovi, jenž považuje nemoc či zdravotní postižení, kterými trpí, za neslučitelné se svými fundamentálními hodnotami.

A konečně závěr celého argumentu:

(Z3) Nastala-li zmíněná situace, je lékař povinen pomoci svému pacientovi zemřít (ze Z2 a 3.a-b).

Otázka, kterou zbývá posoudit, se týká rozsahu lékařovy povinnosti. Dr. Vlasáková soudí, že z mého argumentu nevyplývá pro lékaře vůbec žádný závazek. Podobně jako kompetence vybrat si mezi červenou a černou kabelkou prý nikoho nezavazuje k tomu, aby při takové volbě asistoval, ani údajná kompetence vybrat si mezi životem a smrtí nezavazuje lékaře, aby pacientovi pomohl zemřít.²⁸ Souhlasím, že dáma, která se rozhoduje o barvě kabelky, nemůže očekávat pomoc od kohokoli, ale například prodavačka v příslušném obchodě je povinna jí pomoci. Není však samozřejmě povinna kabelku své zákaznici *koupit*. Stejně tak ne každý je zavázán radit pacientovi, zda má žít či zemřít, natož pomáhat mu zemřít. Jeho lékař však ano: má pacienta ve své péči a je obecně povinen mu prospívat; pacient autoritativně rozhodl, že svůj život nechce dále prodlužovat; a lékař nahlíží, že za daných podmínek nemů-

28 Vlasáková, M., Za etiku korektní, c.d., s. 435.

že pacientovi prospět jinak, než že mu pomůže zemřít. V původním textu jsem však závěr argumentu omezil v tom směru, že lékař nemá nutně povinnost *osobně* asistovat pacientovi při sebevraždě. Jedná se o strategické omezení, protože řada lékařů nemusí být ochotna svým pacientům v tomto směru asistovat, a to přesto, že – jak jsem vysvětlil – lékař, jenž svému pacientovi takto asistuje, nikoho *nezabíjí*. Poslední kauzální krok, vedoucí ke smrti, učiní v případě asistované sebevraždy pacient. Nicméně bychom měli podobné skrupule některých lékařů respektovat z téhož důvodu, kvůli němuž respektujeme rozhodnutí pacienta určit délku svého života. Lze si tedy představit, že podobnou asistenci by poskytovali pouze určití specialisté.

Poslední námitku, k níž se chci v této části vyjádřit, vznesl dr. Jirsa. Podle jeho názoru jsem původně odmítl konsekvenzialismus jakožto kontroverzní teorii, ale můj argument je ve skutečnosti konsekvenzialistický.²⁹ Obávám se, že tu jde o vzájemné nedorozumění ohledně toho, co je míněno „konsekvenzialismem“. Já tomuto výrazu rozumím tak, že označuje takovou teorii správného jednání, podle níž záleží *výhradně* na důsledcích jednání. Utilitářiání k této teorii správného přidávají teorii dobra, za něž považují slast. Jak jsem zmínil, např. Rachelsova teorie eutanazie je utilitarianistická.³⁰ Stěží bychom však našli rozumnou morální teorii, která důsledky jednání zcela pomíjí – to nedělá, navzdory některým zjednodušujícím interpretacím, ani Kant.³¹ Pokud jde o mne, tak ve svém argumentu netvrdím, že záleží jen na důsledcích našich činů. Samozřejmě že na nich záleží, ale důležité jsou i naše motivy a hodnoty. Kdyby například záleželo jen na tom, jak se někdo bude cítit, bylo by rozhodování o přípustnosti různých forem milosrdné smrti daleko jednodušší. Konečně, nejsem si jistý, jaké stanovisko vůči konsekvenzialismu zastává dr. Jirsa. Tón jeho poznámek naznačuje, že považuje tuto teorii za chybnou. Avšak v závěru jeho článku vidím, že mu na důsledcích jednání přece jen záleží. Mám na mysli jeho argument proti případné legalizaci sebevraždy za asistence lékaře, k němuž se vrátím v závěru poslední, čtvrté části této stati.

29 Jirsa, J., *Problémy s asistovanou sebevraždou*, c.d., s. 583.

30 Hříbek, T., *Za etiku bez teologie*, c.d., s. 743. Ale nyní dodám: možná, že je *pravdivá*, protože utilitarismus, a tedy i konsekvenzialismus jsou možná *pravdivé* teorie. Má kritika se týkala pouze toho, že se jedná o teorie, jež jsou kontroverzní z pozice každodenní morálky, kterou jsem se rozhodl respektovat.

31 Kagan, S., *Normative Ethics*. Boulder, Col., Westview Press 1997, zvl. kap. 3.

4. Alternativy eutanazie, metafyzika svobodné vůle a znovu konsekvenencialismus

Na závěr se chci vyjádřit k argumentaci Jakuba Jirsy v poslední části jeho článku, v níž přechází od kritiky mé pozice k vlastním úvahám, jež mají tři cíle: za prvé, ukázat, že sebevražda za asistence lékaře je „neužitečný koncept“; za druhé, zdůvodnit její morální nepřijatelnost; a za třetí, zdůvodnit, proč by neměla být legalizována.³² Jirsova vlastní argumentace se sice opět prolíná s kritickými poznámkami k mému článku, avšak já se soustředím na jeho pozitivní teze a úsudky. Považuji je za podnětné a sofistikované – takto bych si představoval, aby se nadále v našem časopise psalo o normativní teorii, resp. o aplikované etice. Přesto je považuji za nepřesvědčivé, jak vzápětí ukážu.

Začneme argumentem proti „neužitečnosti“ pojmu sebevraždy za asistence lékaře. Jakub Jirsa věří, že tento pojem je neužitečný proto, že „není aplikovatelný na skutečné situace“.³³ Ve skutečnosti se prý totiž vyskytují pouze dva typy případů: *Bud* se daný pacient dokáže zabít sám, ale pak nemá na žádnou lékařskou asistenci v tomto směru nárok; svou žádostí by totiž pouze dokázal, že to se sebevraždou nemyslí tak úplně vážně. *Anebo* se již sám zabít nedokáže, a v tom případě se nejedná o sebevraždu za asistence lékaře, ale o aktivní dobrovolnou eutanazii. Ale i bezmocný pacient má ve skutečnosti jiné východisko z nesnesitelné situace: odmítnout potravu a tekutiny (OPT). Přesněji řečeno, pacient by podle dr. Jirsy takové východisko *měl* mít, ale u nás taková možnost zatím neexistuje, neboť pacient, který by se k něčemu takovému rozhodl, by byl proti své vůli připojen k umělé výživě. V každém případě však platí, domnívá se dr. Jirsa, že pojem asistované sebevraždy postrádá aplikaci, protože pacientům, kteří to myslí vážně s předčasným odchodem ze světa, by bylo možné nabídnout OPT.³⁴ Lékařova asistence by tedy při dobrovolné smrti pacienta nebyla nutná.

Obávám se však, že jakmile dr. Jirsa připustil legitimitu OPT, bude muset svolit i k asistované sebevraždě. Za prvé, považuji za intuitivní princip, že je-li nějaké jednání přípustné, pak je přípustná i pomoc tomu, kdo přípustným způsobem jedná. To znamená, že je-li (za určitých okolností) přípustná sebevražda, pak je přípustná i pomoc se sebevraždou. A kdo jiný než lékař lépe pomůže pacientovi, aby zemřel bezbolestně, bez zbytečného stresu a obav o to, aby více, než je nutné, nerozrušil své bližní? Za druhé, pokud by

32 Jirsa, J., Problémy s asistovanou sebevraždou, c.d., s. 586.

33 Tamtéž.

34 Anglicky: *refusal of food and water* (RFW).

někdo bazíroval na obsahu motivující intence,³⁵ lze pochybovat o tom, že existuje nějaký významný rozdíl mezi intencí lékaře, jenž připouští, aby jeho pacient zemřel hladem a žízní, a lékařem, jenž svému pacientovi připraví smrtelnou dávku morfia? Ani v jednom z těchto případů nemusí lékař zamýšlet pacientovu smrt: stačí, aby zamýšlel vyhovět pacientovu přání, resp. měl v úmyslu respektovat jeho autonomii. Za třetí, ani v jednom z obou případů nezemřel pacient na nějakou nemoc. V prvním případě zamřel hladem a žízní, ve druhém na následky otravy. Lékař musel v obou případech nějak konat: v prvním případě zakázat nemocničnímu personálu napojit pacienta na umělou výživu, ve druhém případě připravit smrtící jed. Za čtvrté, nezdá se mi, že by v případě OPT existovalo menší nebezpečí manipulace a zneužití než v případě asistované sebevraždy. Obě metody budou mít rovněž nějaký dopad na vztah pacienta a lékaře. Všechny tyto okolnosti naznačují, že mezi OPT a asistovanou sebevraždou neexistuje relevantní morální rozdíl. A považuje-li dr. Jirsa první metodu za přípustnou, pak musí připustit i tu druhou. Můj názor je takový, že pacienti mají morální nárok na obě metody. Někomu nemusí být výhled na smrt hladem a žízní příjemný. Navíc, navzdory tomu, co tvrdí dr. Jirsa, taková smrt je relativně bezbolestná pouze v případě některých terminálních onemocnění, kdy pacienti naprosto ztratili chuť k jídlu. Zde znovu narážíme na problém, jehož váhu jsem si neuvědomoval v původním článku a k jehož řešení jsem i v předchozí části učinil teprve první kroky: určení třídy legitimních kandidátů na asistovanou sebevraždu. Ukazuje se, že dr. Jirsa stojí před analogickým problémem: jak určit, kteří pacienti by měli mít nárok zemřít pomocí OPT. (K tomu ještě viz třetí odstavce od konce stati.) A totéž se týká Jirsovy poznámky o nebezpečí medikalizace:³⁶ nejen asistovaná sebevražda, ale i OPT zřejmě bude vyžadovat nějaké to administrativní schvalování. Uzavírám, že dr. Jirsovi se nepodařilo vyvrátit relevanci pojmu asistované sebevraždy.

Jirsovův druhý argument má zdůvodnit morální nepřijatelnost sebevraždy za asistence lékaře. Argument má prý dvě verze. První z nich je známý teistický argument, který je natolik chabý, že jsem se o něm ve svém původním článku ani nezmiňoval.³⁷ Podle tohoto „argumentu“ je život dar, s nímž nemůžeme libovolně nakládat, natož abychom jej mohli zničit. Předpokládám, že tento argument má následující formu:

35 Ve svém původním článku jsem se pokusil některé tradiční rozdíly mezi motivujícími intencemi zpochybnit. Viz Hříbek, T., *Za etiku bez teologie*, c.d., s. 733, 743.

36 Viz Jirsa, J., *Problémy s asistovanou sebevraždou*, c.d., s. 584.

37 A neměl jsem k tomu ani důvod, protože dr. Vácha se k němu rovněž neuchýlil. Zato jsem tento mizerný argument několikrát slyšel z úst prof. Halíka, prof. Sokola a dalších křesťanských autorů. To je mimochodem jeden příklad nežádoucího zatahování teistické etiky do veřejné sféry, v níž je třeba snažit se uvádět jen takové důvody, které jsou přijatelné pro všechny.

- (1) Život je dar.
- (2) Je morálně nepřípustné, aby obdarovaný dar zničil.
- (3) Vražda i sebevražda znamenají zničení daru života.
- (Z) Vražda i sebevražda jsou morálně nepřípustné.

První premisa říká, že život je dar víme-od-koho. Mnozí z nás si to nemyslí, ale ani ti z nás, kteří si to myslí, nemohou pravdivost této premisy dokázat nějakými obvyklými metodami.³⁸ Navíc z mého schématu by mělo být zřejmé, že první premisou problému pouze začínají. I kdyby totiž byla první premisa pravdivá, nemusí být pravdivá druhá premisa. Lze si například snadno představit okolnosti, za nichž se dar, který mohl být původně vítaný, stává se břemenem. Stejně pochybná je i třetí premisa – kolik z nás by řeklo o totálně paralyzovaném pacientovi, jenž si přeje zemřít, že se chystá „zničit dar života“? Avšak i dr. Jirsa vzápětí odkládá teistický argument stranou – možná by tedy souhlasil, že by bylo groteskní opírat úvahy o tak vážných věcech, jako je umírání a smrt, o morální intuice pocházející z doby, která neznala moderní medicínu s jejími možnostmi prodlužování života až za únosnou hranici.

Dr. Jirsa se však domnívá, že „obdobnou tezi“ lze konstruovat i na čistě sekulárních základech. Opírá se o argument Galena Strawsona, podle něhož determinuje-li minulost přítomnost a budoucnost, nikdo z nás nemá „naprostou svobodnou vůli“, a tudíž ani „naprostou morální odpovědnost“.³⁹ Jirsa na to navazuje: „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 [...] Podle mne prostě nelze morálně obhájit zničení něčeho, co mi plně a beze zbytku nenáleží.“⁴⁰

K Jirsově extenzi Strawsonova argumentu mám tři připomínky. Za prvé, ve své morální praxi běžně připouštíme oprávněnost alespoň některých výjimek z obecného zákazu zabíjet. Většina z nás považuje za oprávněné zabíjení zvířat, druhých lidí pak přinejmenším v sebeobraně, apod. Dr. Jirsa by tedy měl hodně práce buď se zdůvodněním tohoto velkého množství výjimek,

38 I dr. Jirsa pouze odkazuje na jisté pasáže z Bible; příslušníci jiných kultur by citovali něco jiného z nějakých jiných starých knih; a tento postřeh by měl stačit k tomu, abychom pochopili, že citáty z jakékoli staré knihy nic nedokazují – přinejmenším nejsou typem důkazu, který by mohl mít nějakou váhu ve veřejném prostoru.

39 Jirsa, J., *Problémy s asistovanou sebevraždou*, c.d., s. 588. K Strawsonově argumentu viz 12.-15. kapitoly jeho knihy *Real Materialism* (Oxford, Oxford University Press 2008).

40 Jirsa, J., *Problémy s asistovanou sebevraždou*, c.d., s. 588.

anebo s návrhem, jak radikálně revidovat naši morální praxi. Za druhé, měl by sladit zákaz asistované sebevraždy, který odvodil ze Strawsonovy úvahy o nemožnosti naprosto svobodné vůle, se svou předchozí obhajobou OPT. Jak se však věci mají, dr. Jirsa sám sobě odporuje, když na jedné straně zakazuje sebevraždu z důvodu nemožnosti naprosto svobodné vůle a potažmo naprosto odpovědnosti – a na druhé straně připouští sebevraždu prostřednictvím OPT. Dr. Jirsa se totiž dokáže ubránit výslovně kontradikci mezi zmíněnými dvěma tezemi jen za cenu sotva postřehnutelného formulačního rozdílu mezi teistickou a sekulární verzí svého argumentu proti asistované sebevraždě. Navzdory tomu, že obě verze mají být „obdobné“ – tj. mají se nejspíš lišit jen v tom, o jaké premisy se opírají, nikoli jaké závěry z nich vyplývají –, v teistické verzi dr. Jirsa tvrdí, že jde o argument proti „zabití, sebevraždě i eutanazii“,⁴¹ kdežto v sekulární verzi už hovoří jen o „vraždě či asistované sebevraždě“⁴² – sebevražda bez lékařovy asistence z druhého seznamu vypadla. Obávám se však, že je to málo platné. Jak jsem vysvětlil o několik odstavců výše, mezi sebevraždou prostřednictvím OPT a sebevraždou za asistence lékaře není relevantní morální rozdíl. Dr. Jirsa by se měl rozhodnout, zda první typ sebevraždy považuje za přípustný; pokud ano, pak by měl nějak revidovat svůj argument proti možnosti naprosto svobodné vůle, kterým minil vyvrátit legitimitu všech druhů zabití. A konečně třetí připomínka, či spíše metodologické doporučení, ohledně Jirsova argumentu. Domnívám se, že není prozíravé učinit etiku tak říkajíc zajatcem metafyziky. Nevšiml jsem si, že by samotný G. Strawson plédoval pro to, abychom přizpůsobili naši morální praxi výsledkům, kterých dosáhneme v metafyzice.⁴³ Chceme-li opřít principy našeho jednání a naše představy o zdrojích naší vlastní morální hodnoty o nějaké vlastnosti, pak bychom si měli vybrat vlastnosti, které jsou vykazatelné běžnými metodami empirického zkoumání. Rozhodně bychom se měli vystříhat toho, abychom naši etiku opírali o takové problematické atributy, podle kterých jsme či nejsme nadáni naprostou svobodnou vůlí. V takovém případě nám vždy hrozí, že bychom museli svou etiku reformovat, jakmile by se ukázalo, že naše metafyzika byla mylná. Ať je tomu jak chce, Jirsovy argumenty nedokazují morální nepřípustnost asistované sebevraždy.

Posledním Jirsovým tématem je případná legalizace eutanazie. Nabízí nám seznam důvodů, které podle něj hovoří proti legalizaci. Jde o tři typy důvodů známé z literatury, ačkoli dr. Jirsa je doplňuje užitečnými postřehy o situaci v českém zdravotnictví. Za prvé jsou to „existující nespravedlnos-

41 Tamtéž, s. 587.

42 Tamtéž, s. 588.

43 Strawson, G., *Real Materialism*, c.d., kap. 15.

ti v rámci současného poskytování péče“.⁴⁴ V případě legalizace asistované sebevraždy se Jirsa obává zvýšení tlaku na etnické menšiny, ženy a sociálně slabé, u nichž se již dnes podceňuje úleva od bolesti, v kombinaci s nátlakem ze strany pojišťoven, aby pacienti upřednostnili dřívější smrt. Za druhé Jirsa hovoří o „možné změně přístupu pacienta k lékaři“.⁴⁵ Hrozí, že bude-li jednou z kompetencí lékaře asistovat při pacientově sebevraždě, povede to ke snížení pacientovy důvěry v lékaře, případně se bude pacient cítit pod tlakem svému lékaři vyhovět. Za třetí, existuje nebezpečí „společenského nátlaku na staré a nemocné lidi“.⁴⁶ Zde je zjevné, o co se jedná, ačkoli Jirsa opět poznamenává, že svým „ne“ legalizaci eutanazie nikoho neodsuzuje „k měsícům utrpení na nemocničním lůžku“.⁴⁷ Předpokládám, že zde má opět na mysli OPT jako přijatelnou alternativu vůči asistované sebevraždě.

Začnu od této poslední poznámky. Jestli to chápu správně, dr. Jirsa připouští, že pacienti v terminálních stádiích nemoci, s výhledem na několik měsíců utrpení, jsou vhodní kandidáti na OPT. Protože o dva odstavce výše hovoří Jirsa o fyzické bolesti, předpokládám, že „utrpením“ má na mysli fyzické utrpení. Takové rozhodnutí se však zdá arbitrární; proč při životě udržovat někoho, kdo nijak zvlášť netrpí fyzicky, zato však trpí ztrátou samostatnosti a výhledy na další zhoršení své situace, přičemž zároveň není v pozici, kdy by se mohl zabít jiným způsobem než OPT, na niž by však podle dr. Jirsy nejspíš neměl nárok? Máme takovému člověku říci, aby se vzpamatoval a pochopil, že „takové nepřijemnosti k životu patří“? To jsou zkrátka věci, které bude muset domyslet nejen obhájce asistované sebevraždy, jako jsem já, ale zjevně i obhájce OPT, jako je dr. Jirsa.

Jinou obavu lze vyjádřit o metodologickou koherenci Jirsova argumentu proti legalizaci sebevraždy za asistence lékaře. Vzpomeňme si, že v závěru třetí části této stati jsem reagoval na Jirsovu kritiku konsekencialismu, resp. na jeho domněnku, že navzdory své oficiální kritice této teorie jsem skrytým konsekencialistou. Jak jsem řekl, nejsem si zcela jist, co přesně kolega Jirsa míní „konsekencialismem“ a jaký je jeho postoj k této teorii. Laskavý čtenář nechť si však znovu přečte Jirsovy důvody proti legalizaci asistované sebevraždy, které jsem citoval o dva odstavce výše. Je možné, že dr. Jirsa nemíní, že očekávané důsledky jsou to *jediné*, na čem záleží. Nicméně jako důvody proti legalizaci sebevraždy za asistence lékaře uvádí jen očekávané nešťastné důsledky, a nic jiného.

44 Jirsa, J., Problémy s asistovanou sebevraždou, c.d., s. 589.

45 Tamtéž.

46 Tamtéž.

47 Tamtéž.

Rád bych však skončil konsensuálně. Sdílím Jirsovo přesvědčení, že morální přípustnost nějakého typu jednání automaticky neznamená, že takový typ jednání má být legální. Vyjádřil bych to v analogii s jiným problémem aplikované etiky, totiž trestem smrti. Osobně momentálně nemám definitivní názor na morální oprávněnost trestu smrti. Avšak ať se to má s morálním statutem tohoto typu trestu jakkoli, je signifikantní, že dokonce i v některých státech USA, v nichž byl donedávna tento trest legální, pozastavili guvernéri – a to dokonce republikánští guvernéri! – jeho výkon. Důvodem byly empirické podmínky, za nichž byl tento trest vynášen a prováděn: nejenže byl tento trest v minulosti disproporčně vynášen nad příslušníky menšin, ale nově dostupné testy DNA prokázaly, že v řadě případů došlo k justičním omylům. Republikánští guvernéri tedy neodsoudili samotný trest smrti jako nemorální, ale odsunuli jeho uplatnění až do takové budoucnosti, která se přiblíží ideálu spravedlivé společnosti. Podobně by tomu mohlo být i s eutanazií, včetně asistované sebevraždy. Dr. Jirsa je zjevně lépe než já informován o aktuálních podmínkách v českém zdravotnictví. Je možné, že tyto podmínky jsou takové, že legalizace asistované sebevraždy, resp. i jiných forem eutanazie, by v praxi vedla k mnoha nespravedlnostem (ačkoli jiné nespravedlnosti plynou ze současného stavu). Jirsovy informace o stavu českého zdravotnictví mají pochopitelně povahu empirické hypotézy, kterou by bylo nutné řádně testovat. Ale je možné, že jeho pesimistický odhad se potvrdí, a v tom případě naše společnost na racionální a osvědčené zacházení s umíráním a smrtí zatím není připravena. Dříve než u nás budeme moci zacházet s umíráním a smrtí osvědčeným a racionálním způsobem, budeme se muset stát lepšími. To znamená, že se nemáme spokojit se středověkým pojetím smrti navždy, ale že se máme polepšit, abychom si mohli dovolit zavést praxi odpovídající důstojnějšímu pojetí. Naše vlastní nedostatečnost však samozřejmě není v rozporu s faktem, že již dnes ve světě existují společnosti, které jsou daleko slušnější a morálně vyspělejší, a proto jsou na takové věci připraveny. Oregon či Švýcarsko určitě nesplňují všechna kritéria „slušné společnosti“ (*decent society*), jak si ji představuje dejme tomu Avishai Margalit – jenž má na mysli společnost, která neponižuje své členy –, ale mají k ní pravděpodobně o něco blíže než my v Čechách.⁴⁸

48 Děkuji Jamesi Hillovi a Marku Pichovi za podněty, o něž se se mnou podělili.

SUMMARY

On the ethics of euthanasia again: The replies to critics

The article is a reply to three critics of a previous piece on the ethics of euthanasia in which I defended physician-assisted suicide. According to Ingrid Strobachová it is necessary to give greater attention to the significance of pain, which, she claims, may benefit from a phenomenological description. According to Marta Vlasáková my argument is not valid because two principles on which it is founded – i.e. the conception of life as of fundamental value and the autonomy of the patient – are not in mutual harmony. Jakub Jirsa criticises the very concept of assisted suicide and the moral legitimacy and need for the legalisation of assisted suicide. To Dr Strobachová I reply that phenomenological description is as an acceptable method as any other – as long, that is, as it is not only a verbal game, but constitutes a real source of knowledge. In response to Dr Vlasáková I argue that a more charitable reading of my argument is possible. The arguments of Dr Jirsa against assisted suicide are beset with various inconsistencies, including the fact that he himself allows that doctors should tolerate suicide by the refusal of food and drink. Such an act does not, however, differ in any relevant way from physician-assisted suicide.

ZUSAMMENFASSUNG

Nachbemerkung zur Ethik der Euthanasie: Antworten an Kritiker

Der Artikel stellt eine Antwort an drei Kritiker meiner Abhandlung über die Ethik der Euthanasie dar, in der ich die ärztliche Suizidhilfe verteidige. Laut Ingrid Strobachová muss der Bedeutung des Schmerzes größere Aufmerksamkeit gewidmet werden, wozu ihr eine phänomenologische Beschreibung geeignet erscheint. Laut Marta Vlasáková ist mein Hauptargument ungültig, weil die beiden Prinzipien, auf denen es beruht – nämlich die Auffassung des Lebens als einem fundamentalen Wert und die Autonomie des Patienten – nicht miteinander übereinstimmen. Jakub Jirsa kritisiert den Begriff des assistierten Suizides sowie die moralische Legitimität und den Anspruch auf die Legalisierung des assistierten Suizides. Meine Antwort an Dr. Strobachová lautet, dass die phänomenologische Beschreibung eine akzeptable Methode wie jede andere ist – sofern es sich nicht um ein verbales Spiel handelt, sondern um eine echte Quelle der Erkenntnis. Dr. Vlasáková antwortete ich in dem Sinne, dass mein Argument auch mit etwas Entgegenkommen gelesen werden kann. Die Argumente von Dr. Jirsa gegen den assistierten Suizid sind an verschiedenen Stellen inkonsistent, unter anderem auch deshalb, weil er selbst zugibt, dass Ärzte einen Suizid durch Ablehnung von Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme tolerieren sollten. Ein solcher Akt unterscheidet sich jedoch nicht wesentlich von einer ärztlichen Suizidhilfe.