

Etika – didaktický text

Petr Příhoda

1. [Místo úvodu aneb co je etika](#)
2. [Slova a jejich významy](#)
3. [Etika – morálka – právo](#)
4. [Psychologické předpoklady etického jednání](#)
5. [Etika a \(psycho\)patologie](#)
6. [Etika a kultura](#)
7. [Zrod lékařské etiky](#)
8. [Čtvero základních principů lékařské etiky](#)
9. [Informovaný souhlas](#)
10. [Alokace](#)

1. Místo úvodu aneb co je etika

Román anglického spisovatele Daltona TRAMBO **Johny si vzal pušku** popisuje takovýto příběh: mladý britský voják Johny je v jedné z bitev první světové války velmi těžce zraněn. Utrpěl zlomeninu krčního obratle s přerušením předních provazců krční míchy; přišel o kus obličeje, také o zrak a sluch. V těžkém šoku ho přinesli do polního lazaretu. Byl by najisto zemřel, nebýt lékaře, do jehož nitra nám autor dává nahlédnout též. Ambiciózní chirurg pojal myšlenku tomuto téměř mrtvému nešťastníkovi zachránit život. Nikoli kvůli těžce zraněnému, ale kvůli sobě, protože si chtěl dokázat, co umí. Záměr se zdařil, Johny přežil a strávil zbytek života na nemocničním lůžku, přičemž s vnějším světem mohl komunikovat pouze prostřednictvím kožního čítí. Obsahem románového líčení, četby neobyčejně dusné, je vnitřní život tohoto těžce zmrzačeného člověka s neporušeným intelektem. V jeho bezútěšném životě zazáří světélko: všichni se mu raději vyhýbají, neboť jsou jeho situací šokováni, ale jedna zdravotní sestra mu vyjde vstříc; pokusí se o kontakt tím, že mu začne psát prstem po hrudníku písemná sdělení a pacient porozumí. Chvilí potrvá, než i on najde způsob, jak na to reagovat, a než se jeho okolí dovtípí. Uzoučká lávka, kterou se podařilo takto vybudovat, však nestačí k tomu, aby se Johny vrátil do života, proto je takřka posedlý hledáním jeho smyslu. – Románový děj má reálnou předlohu v osudu britského důstojníka, který živořil v zastrčeném pokojíku venkovské nemocnice. Nikoho k němu nepouštěli, zejména novináře. Zemřel patnáct let po zranění v jedné z bitev ve Flandrech.

Během četby a zejména po přečtení knihy, která málokoho nechá lhostejným, se nám vtírají otázky, ba i celé úvahy, a my se cítíme bezradní a nejistí, zda si je vůbec smíme dovolit:

- Udělal válečný chirurg vůbec dobře, když tomuto člověku zachránil život?
- Cožpak je možné pochybovat o tom, že lékař má zachraňovat ohrožený život?
- V tomto případě ale pomohl zachovat život natolik strastiplný, že Johny jeho tíži neunesl. Toto přece chirurg mohl a měl předvídat...
- Lékař přece není oprávněn posuzovat hodnotu něčího života!
- To nemá, ale zato má posuzovat poměr nákladů a rizik. V tomto případě zachránil život, o jehož smysluplnosti máme, upřímně řečeno, těžké pochybnosti, zatímco mohl s vynaložením týchž nákladů zachránit život někomu jinému, nebo dokonce i více lidem, jejichž prognóza by byla nadějnější. Navíc se dovídáme i o pohnutkách chirurgova jednání. A ty právě v tomto případě nevzbuzují respekt, naopak.
- Možná, ale stalo se. Pak už je problém v něčem jiném. Třeba v tom, že v bezprostředním

Johnyho okolí se až na jednu výjimku nenašel nikdo, kdo měl vůli mu jeho osud ulehčit... atd.

Tento pomyslný rozhovor je veden o tom, co je předmětem **etiky**, v daném případě **lékařské**. O etice se často soudí, že je souborem **norem**, čili již hotových výpovědí o tom, **co má být**, tedy i o tom, co být nemá. Z rozhovoru vysvítá, že takovéto vodítko k dispozici není, že je oba rozmlouvající teprve **hledají**. A přesto se pohybují v oblasti etiky. Budiž nám tato situace příležitostí k pokusu o předběžnou **definici: etika je úvaha resp. rozprava o tom, co má být**. Jak si měl počínat válečný chirurg? Jak si měl počínat ošetřující personál v nemocnici, kam byl Johny „odložen“? Toto jsou legitimní otázky lékařské etiky, vztažené na popsany příběh. Pokud si uchováme nezbytnou dávku pokory, smíme se snad otázat, jak si měl počínat nebohý Johny. I když touto otázkou už opouštíme oblast etiky lékařské, zůstáváme stále na „etické půdě“.

Stejně znějící otázku „jak si počínat“ klade kromě etiky také **technologie**: jak postavit dům, upéci chléb, vést porod, svést ženu, vyloupit byt, čelit inflaci, vyhrát volby či válku atd. Na první pohled je zřejmé, že takovéto otázky nejsou součástí etické úvahy; jejich pohnutkou je zájem o dosažení cíle, který je tu pojat jako neproblematický samoúčel, ač by zasluhoval ověřit svou etickou oprávněnost, neboli odpověď na otázku, zda tento cíl je opravdu tím, co ve smyslu naší předběžné definice „má být“. Tato naléhavost není ve všech uvedených případech stejná. U zdárně vedeného porodu je jeho etická oprávněnost očividná, zatímco u úspěšného vyloupení bytu je neméně evidentní jeho etická neoprávněnost. Problematický je záměr, diktující otázky typu „jak vyhrát volby“. Ptá se takto politická strana demokratická, anebo totalitní?

Dosti o tom, aspoň zatím. Postačí, uvědomíme-li si rozdíl mezi **technikou (resp. technologií)**, které jde o provedení („know-how“), nikoli o cíl, protože ten je pojat jako cosi samozřejmého, a **etikou**, která nahlíží **nesamozřejmost technicky pojatého cíle** a poměřuje jej cílem vnímaným jako „vyšší“, jímž je **dobro o sobě**. Tedy takové dobro, které už nemusíme poměřovat a zdůvodňovat nějakým dobrem vyšším. Doplňme si proto naši **definici etiky: je to úvaha resp. rozprava o tom, co má být, motivovaná starostí o nejvyšší dobro**.

Co je to „nejvyšší dobro“? Jsou lidé v tomto ohledu zajedno? Představují si je stejně např. katolický řeholník, člen rozpuštěné KGB, židovský osadník z Golanských vrchů nebo člen největší jihoafrické politické strany? Pravděpodobně nikoli. Představu nejvyššího dobra a vůbec čehokoli, co je pojata jako cílová hodnota, spoluurčují **zájmy**. Proto je třeba umět odlišovat **ideologický pojem dobra** (ideologie vždy vyjadřuje nějaký zájem, který současně zastírá) od **filosofického** (který je, resp. má být, výslednicí zájmu jediného: zájmu o poznání samo). Jde o rozlišení snadné? Nikoli. Proto je ona úvaha, již jsme nazvali etikou, **ustavičným hledáním**. Součástí tohoto hledání je i ustavičné očišťování našich myšlenek od vlivů a nánosů jiných zájmů resp. ideologií. A také ustavičné třibení, které musí podstupovat **naivní** myšlení, aby se stalo **kritickým**.

Nepodobá se ona úvaha, diktovaná starostí o nejvyšší dobro, sysifovské práci? Ze smyšleného rozhovoru o situaci nešťastného Johnyho zřetelně vysvítá, že jde o úvahu resp. rozprava o tom, co by mělo být, motivovanou starostí o nejvyšší dobro, která měla ráz hledání, aniž by se opírala o předběžnou záruku úspěšného nalezení – a přesto nebyla nesmyslná. Naopak: absenci takovéto úvahy bychom pocítovali jako nenáležitou neúplnost. Lze si představit vpád ideologizovaného zájmu, kdyby se rozpravy účastnil onen válečný chirurg, pokud by hledání jen předstíral, ale ve skutečnosti by chtěl pouze dodatečně ospravedlnit motivaci svého někdejšího rozhodnutí. Doufejme, že by se v oné rozpravě podařilo tento ideologický vliv rozpoznat a od jeho rušivosti se distancovat.

Svou podstatou etika není souborem norem, i když se takové systémy norem („etické kodexy“) někdy etikou nazývají: např. etika stoická, konfuciánská, křesťanská, humanistická apod. Svou podstatou etika není ani naukou, i když mnozí autoři (Aristoteles, Spinoza, Kant, Spencer, Brentano, Bergson, Jonas aj.) napsali významné texty, které se nazývají „etikami“ a jsou traktovány jako nauky. Etika je svou nejpůvodnější podstatou **starostí a usilováním** z ní plynoucím. Kodexy

a nauky jsou jen průběžnými (a zpravidla dílčími, tj. nikoli definitivními) výsledky tohoto usilování.

Řekli jsme si, že motivem onoho usilování je **starost o dobro**. A co když tato pohnutka, tedy i tato starost a úsilí **chybí**? To není tak neobvyklá situace. Existují tzv. **anetičtí jedinci**, u nichž porucha zrání osobnosti podminila takový defekt vztahovosti (pudů, emotivity, empatie čili vcítění, autokritičnosti aj.), že jsou k etickému rozměru lidského života nevnímaví. Vedle této individuální patologie však existuje i **patologie „kolektivní“**, která poznamenává celé **epochy**. Toho jsme byli svědky ve dvacátém století, „věku ideologií“, kdy pojem dobra byl určován především skupinovými zájmy. Koncem tohoto století dochází k rozkladu „velkých ideologií“, provázenému bujením všelijakých „malých“; vznikají i hnutí „antiideologická“, etice nenakloněná, protože jejich stoupenci neznají jinou než právě tu ideologickou. V naší zemi se po rozpadu komunistického režimu rozšířil individuální egoismus, který se halí právě do „antiideologické“ ideologie a akceptuje otázku „jak si počínat“ nikoli v etickém, ale pouze v technologickém smyslu. Ve jménu individuální svobody popírá jinou závaznost než tu individuálně zvolenou, čímž v tichosti nahrazuje svobodu svévolí. – Bud' jak bud', kde chybí etické vědomí a jeho vnitřní reprezentace čili svědomí, zbývá jediná možnost: **probouzet je**.

2. Slova a jejich významy

Jakožto permanentní rozprava má etika svou tradici, tedy i **názvosloví**. Permanentní, nikdy nekončící úvahou a rozpravou je i filozofie a etika s ní sdílí její způsoby **pojmotvorby**. Ta se dosti liší od pojmotvorby empirických (zejm. přírodních) věd. Přírodní vědy včetně biologie (do níž řadíme i většinu teoretických oborů lékařských), se dovolávají smyslové zkušenosti, např. popisu viditelné struktury nebo děje (experimentu, vývojového či patologického procesu). Filosofie včetně etiky – spolu s vědami hermeneutickými (dříve „duchovědami“) – se může dovolávat **vnitřní zkušenosti** (reflexe), pokud je vykazatelná (sdělitelná), jejího **promyšlení** (spekulace) a **výkladu** (interpretace)

Vnitřní zkušenost je nutně **subjektivní**, proto se i v etice uplatňuje subjektivita poznání víc než v empirických vědách. Jedním z momentů subjektivity našeho poznání je i **předběžné porozumění** (něm. *Vorverstehen*) nějaké skutečnosti, které máme k dispozici ještě dříve, než si ji definujeme a začneme uvědoměle promýšlet. Všichni „nějak víme“, co je to např. *kultura*, ale kdybychom ji měli definovat, zjistili bychom, že je to velmi nesnadné. Podobně se nám vede, snažíme-li se definovat *dobro*, *svědomí* apod.

Subjektivita poznání není nějakým jeho handicapem. Subjektivní východisko je zdrojem **každého** poznání, což si dnes uvědomují velmi zřetelně i fyzikové. Handicapem je **subjektivismus**, tedy trvání na subjektivitě i tam, kde je možná nějaká míra objektivního ověření, jak je tomu např. u intuitivní přírodovědecké hypotézy, kterou bylo možno ověřit experimentálně, ale nestalo se tak. Některé oblasti skutečnosti však jinak přístupny nejsou, což ale neznamená, že v přístupu k nim má panovat svévole nedbající logiky.

Proto vládne ve filosofii a v humanitních oborech **terminologická nejednotnost**. Nejednou však jde jen o jiné slovní vyjádření téhož.

Frekvence etických pojmů v naší každodenní komunikaci je značná, jejich význam je však většinou nejasný a mnohoznačný, pojmy s různým významem jsou užívány jako synonyma atd. Součástí duchovní devastace posledního padesátiletí bylo i opomíjení řady významných témat. Mezi ně patří i etika. Výrazy jako *etický*, *morální*, *mravní*, *mravný*, *moralizovat*, nám mohou být příkladem. Co vlastně znamenají? O to dbá málokdo; většina uživatelů spoléhá na předběžné porozumění, které je právě u těchto výrazů velmi rozmanité. Pojmový zmatek má i neblahé praktické důsledky. Např. v roce 1993 probíhala v některých našich médiích kontroverze, „zda morálka patří do politiky“, a nechyběla záporná stanoviska, ačkoli je zřejmé (z předběžného rozumění), že i politika má svůj etický rozměr, třebaže v ní nemůžeme plně uplatnit morálku dyadického vztahu a třebaže

etická úvaha o politice musí počítat s jinými relevantními skutečnostmi než etická úvaha o chování jednotlivce nebo malé společenské skupiny.

Proto je užitečné dohodnout se na samém počátku, jak budeme některým důležitým pojmům a jim odpovídajícím slovním označením rozumět, tedy dohodnout se na **terminologii**, které budeme užívat. Bez takové **konvence** (dohody), jejíž závaznost pro danou úvahu uznáme, je dorozumění nemožné. Při nejednotnosti terminologie máme možnost vybírat z více možných konvencí, případně vést o tom spor. V určitém okamžiku je však třeba jej ukončit ne proto, že by ta právě navrhovaná konvence byla tou nejlepší, ale abychom mohli vůbec pokračovat v rozpravě. **Vytvořme tedy konvenci.**

Třebaže řecký *ethos* i latinský *mos* znamená původně totéž, tj. zvyk, mrav, *etický* a *morální* není totéž, byť někomu významy obojího splývají. Za **morální** pokládejme takové jednání, které je **ve shodě s naším svědomím**, za **etické** (mravné) pak takové, které **směřuje k dobru**. – Tato definice vyvolá patrně námitku: copak to není totéž? Není. Jednání, které se „subjektivně“ shoduje se svědomím, ještě nemusí „objektivně“ směřovat k dobru. Např. v Indii morálka některých kast žádala (a svědomí jejich příslušníků tomu přitakávalo), aby vdova po zemřelém byla při pohřbu zaživa upálena spolu s jeho tělem. Svědomí mnohých Španělů se nepřičí, je-li při koridě býk (přípustným způsobem) utýrán k smrti. Lze opět namítnout: ale ti Indové a Španělé byli přesvědčeni, že konají dobro! Ano, byli přesvědčeni, ale nekonali... Shoda se svědomím a směřování k dobru mohou, ale nemusí být totéž. Jen v jednoduchých situacích, a těch je naštěstí většina, je obojí totožné.

Ještě nápadnějším příkladem netotožnosti *etického* a *morálního* je existence **skupinové morálky**. Příslušníci téže skupiny (např. kmene) respektují povinnost chovat se k sobě navzájem určitým způsobem (nelhat, nekrást, osvědčovat vzájemnou solidaritu atd.). Jejich morálka je však už nezavazuje jednat takto s příslušníky jiných skupin (např. s cizinci), kteří často ani nejsou pojeti do kmenového výměru lidské bytosti. Takovéto poměry často platí ve vztazích mezi etniky a jejich hlubokou neetičnost ilustrují etnické konflikty těchto let (Balkán aj.).

Přijetím této terminologické konvence (tedy i netotožnosti *etického* a *morálního*) přijímáme i **rozpor**, který nám ona odhaluje. Nelze bohužel jinak, tento rozpor spočívá nikoli v termínech, ale ve věci samé, a my jej můžeme buď přijmout, anebo si usnadnit situaci jeho ignorováním. – Pokud si kladu otázku „jak si mám správně počínat“, kladu ji bezděky **dvěma způsoby**, – vlastně **dvěma adresátům** – současně.

Kladu ji především takovým způsobem, jakým se táži pokaždé, když hledám poučení. Automaticky předpokládám, že to poučení je dosažitelné, že „se to nějak ví“ a že se to mohu dozvědět i já. Nejednou zjišťuji, že to vlastně vím nebo aspoň tuším. A pokud ne, ptám se těch, které pokládám v tomto ohledu za autority, ptám se po **společenském konsenzu** v této věci, na němž se sám nějak podílím (nebo se chci podílet). Adresátem mého tázání je **morálka** (která je vždy morálkou **určité** společnosti resp. kultury).

Neměl bych však zapomenout, že jsem onu otázku položil také druhému adresátu, totiž sám sobě, svému **svědomí**, které je nezřídka schopno poskytnout mi odpověď. Nejednou se stává, že společenský konsenzus o tom, co je v určité situaci dobré, neexistuje a já jsem pak odkázán pouze na vlastní svědomí. Právě v takových situacích si zřetelně uvědomuji rozdíl mezi **dotazováním** a **hledáním** (bylo by možné říci: pátráním). Odpověď na otázku „jak si správně počínat“ pak hledám a nacházím sám.

Nejsou výjimkou situace, kdy mi svědomí – je-li náležitě bdělé – zabraňuje přijmout normy panující morálky, protože jsem nahlédl, že se míjejí s tím, co je dobré. Tak je tomu v případě koridy nebo upalování vdov zaživa, ale i jindy. Např. tradiční společnost nepokládala ženu za rovnoprávnou muži a její morálka odpírala ženě v některých závažných životních rozhodnutích svobodu. Že je to nedobré, to mi právě signalizuje onen druhý adresát.

Mohu si být jist, že toto nové poznání je tentokrát „lepší“ než to staré? Že je „objektivní“?

Ne, nemohu. Vím jen tolik, že mé svědomí si nebývá jisté, že může být omylné a že pojem **dobra** bych neměl tvořit na základě své libovůle. Koneckonců vždy je nějak hledám, i když do toho hledání zasahují mé postranní zájmy (viz *ideologický pojem dobra* v minulé kapitole) tím, že sice hledám, ale tak, že je chci – vědomě či nevědomě – najít právě v té podobě, jaká mi vyhovuje.

Je na místě definovat si konečně **svědomí**: je to naše schopnost poznávat dobro a výsledek tohoto poznání si připomínat. Můžeme je tedy přirovnat k funkci **čidla** a současně **paměti**; pokud mu nebráníme, působí autonomně, tj. spontánně se připomíná („výčitky svědomí“). Jeho autonomie však je problematická, neboť může být i dalekosáhle **naprogramováno**, např. ovlivněno výchovou, což je dvojsečné: vliv výchovy, orientující se na filosofický pojem dobra, pokládáme za pozitivní; za negativní považujeme vliv výchovy poplatné ideologickému pojmu dobra, tím spíše vlivy záměrně a účelově deformující, jako je drill, sugesce, brainwashing („výplach mozku“) apod. – Funkce svědomí může být také ovlivněna chorobou, jak je tomu např. u autoakusací (sebeobviňování) u neurotických i psychotických depresí atd.

Svědomí zachovávající („paměť“) má k dispozici všechna nahlédnutí **svědomí hledajícího** („čidlo“), ale nejen je, nýbrž i to, co nám bylo zvenčí vštípeno nebo co jsme si sami „zredigovali“ podle svého. Souhrn všech těchto poznatků, přesvědčení a postojů, týkajících se toho, co je správné (co má být) a od čeho je odvozen cit odpovědnosti, tvoří **morálku**, v daném případě morálku individuální. Příslušníci společnosti či nějaké společenské skupiny však mají obdobné poznatky, přesvědčení, postoje. Suma toho, v čem se vzájemně překrývají, tvoří **morálku** dané společnosti resp. skupiny, neboli **konsens o tom, co je dobré**. Společnost má zájem, aby byly oblasti vzájemného překrytí co nejširší, tj. aby co nejvíc lidí respektovalo tutéž morálku. Nečiní tak proto, že by si ze všeho nejvíc přála, aby všichni měli zájem o poznání dobra, ale aby se řídili pokud možno týmiž pravidly, aby totiž mohla existovat a být v provozu. Lze proto říci, že **morálka je sumou sebezáchovné zkušenosti** určité společnosti (s menší dávkou jistoty lze říci: sebezáchovné zkušenosti lidstva).

Společnost, která vyznává a vyžaduje určitou morálku, činí tak tedy nikoli ve jménu dobra jako takového, ale z potřeby sebezáchovy. Tu sice tímto dobrem zdůvodňuje, ale není to zcela upřímné. Její „dobro“ je přinejlepším její **představou dobra**. Ta je však ovlivněna rozličnými **zájmy** a jejich vzájemnými kompromisy. Pojem dobra, jehož se morálka dovolává, je proto *ideologickým pojmem dobra*, jak o něm byla řeč. Tuto podobu morálky vystihuje slovo **mrav** (někde panují takové, jinde onaké *mravy*). Mravy však nemusejí být mravné, jakkoli to zní paradoxně, neboť **morálka není totéž co mravnost**. Mravnost se totiž opírá nikoli o ideologický, ale o filosofický pojem dobra, jehož poznávání je dílem nikoli zachovávajícího, nýbrž **hledajícího svědomí**.

Jistou obdobu vytváření skupinové morálky můžeme spatřovat v různých **konvencích**, tedy dohodnutých pravidlech chování, které si ukládají určité skupiny, adolescentní partou počínaje a diplomatickým sborem konče. Jejich účelem je demonstrace a obhajoba skupinové identity (v tomto smyslu je to i sebezáchovná snaha), ale i kodifikace (uzákonění) způsobů, jak řešit problémy i konflikty, k nimž dochází uvnitř skupiny i mezi ní a okolím. Tyto konvence obsahují i prvky rituálu, hry, ale bývají někdy brány velice vážně a jejich porušení je trestáno, někdy i vyloučením ze skupiny (nejednou bývalo zapláceno smrtí v souboji). Jde o tzv. **etiketu** (např. dvorskou, stavovskou, spolkovou atd.).

Termín **moralizování** označuje hodnocení nějakého chování, individuálního, skupinového nebo institučního, z morálního nebo etického hlediska (běžná mluva nečiní mezi *morálním* a *etickým* rozdíl). Dnes má většinou toto slovo pejorativní přízvuk, neboť zpravidla vyvolává určitou nechuť, právem i neprávem.

Tato nechuť je oprávněná, je-li vyslovován mravní soud tam, kde by měl být vysloven soud jiné povahy. Např. dospělý (rodič, učitel aj.) vyslovuje morální soud např. tím, že kárá, ba i trestá neurotické dítě za to, že „zlobí“, zatímco by měl vyslovit soud diagnostický ev. terapeutický, neboť u dítěte jde o protestní nebo apelující chování, podmíněné poruchou, např. emoční deprivací (citovým strádáním). Lékaři často odsuzují (byť jen v duchu) pacienty za to, že jsou prostomyslní

nebo že v průběhu onemocnění u nich dochází k psychické regresi.

Neoprávněnou, byť srozumitelnou nechuť vůči morálnímu resp. etickému hodnocení může pociťovat např. pragmatický politik nebo lékař stylizující se do role pouhého experta. Ten je nerad, je-li politické rozhodování, příp. chování vůči pacientovi, poměřováno něčím jiným než praktickou úspěšností.

SHRNUTÍ

Svědomí je má schopnost poznávat dobro, přičemž výsledek tohoto poznání pociťuji jako zavazující. Míra jistoty, s níž poznávám, je různá, neboť i poznávaná skutečnost se mi jeví s různou měrou jasnosti a zřetelnosti, což platí i o poznávání dobra (tedy o svědomí). Nejistota poznání však onu závaznost neruší, nýbrž mi ukládá povinnost dobrat se vyšší míry jistoty.

Závaznost již poznávaného dobra vytváří normu mého rozhodování a jednání. Souhrn těchto norem nazýváme individuální morálkou. Morálku dané společnosti (kultury) tvoří souhrn norem uchovávaných tradicí této společnosti a odpovídajících obecné představě dobra; tato představa je výslednicí sebezáchovné zkušenosti této společnosti.

Morální jednání se shoduje se svědomím, které si zachovává představu poznávaného dobra. Pro nedokonalost poznání (pro jeho omylnost, podjatost apod.) nemusí tato představa odpovídat dobru o sobě. Svědomí, které si uvědomilo tuto netotožnost představy dobra a dobra o sobě, se stává svědomím hledajícím. Jednání směřující k dobru o sobě je jednáním etickým.

Moralizovat znamená vnášet morální hlediska tam, kam nepatří, anebo tam, kam sice patří, ale my je tam nechceme vidět. Vůči obojímu moralizování pociťujeme důvodnou nechuť, v prvním případě oprávněnou, v druhém nikoli.

3. Etika – morálka – právo

Je-li etika uvědomělým hledáním dobra a morálka souhrnem představ o dobru již nalezeném (tedy poznávaném), nadto souhrnem představ stvrzených nepsaným souhlasem dané společnosti, je **právo** systémem norem, upravujících jednání lidí (jejich skupin, organizací) v jejich vzájemných vztazích takovým způsobem, jaký určila **vůle zákonodárce**.

Etika, morálka i právo mají společný **zřetel k tomu, co má být**, ale tento cíl pojmají nesterjně, resp. způsobem stále se zužujícím. **Etika** směřuje k **dobru o sobě**, které nikdy není jednou provždy dáno, ale je třeba je neustále hledat, resp. nalezené neustále ověřovat. **Morálka** směřuje k **dobru, o němž panuje společenský konsens**, čili obecná shoda. To ovšem není zcela totožné s *dobrem* o sobě, o němž uvažuje etika. *Dobro* morálky je již nalezené a osvědčené, společnost tak aspoň soudí (být někdy mylně). **Právo** je naproti tomu „nejskromnější“: jde mu jen o takové dobro, jehož dosažení je nezbytné k zachování funkce formální organizace, již je především **stát** (ale i jiné formální organizace). Právu jde o **řád**, tedy o vnitřně nerozporný systém pravidel, které upravuje různé činnosti, z nichž mnohé morálku, tím spíše etiku, tolik nezajímají.

To, co má být a oč jde v každé z těchto tří oblastí, jsou **normy** (norma = výpověď o tom, že něco má být). Každá z nich tedy představuje svět norem. V každém se však orientujeme jinak. Ve světě etiky se orientujeme svým hledajícím svědomím (které je věcně totožné s tím, co německý filosof Immanuel KANT nazýval *praktickým rozumem*). Ve světě morálky se orientujeme svým svědomím, které uchovává již nalezené a současně společensky akceptované a tradované. Ve světě práva se orientujeme **podle zákona**.

Znovu se setkáváme s **dvojznačností svědomí**: jiný jeho aspekt přichází ke slovu v etice, jiný v morálce. V některých situacích budeme vztahy mezi oběma aspekty vnímat jako napětí, ba i jako konflikt, v jiných bude rozdíl mezi nimi nedůležitý. V těchto situacích – ale pouze v nich – lze pokládat *etiku* a *morálku* za synonyma. Tak je tomu např. tehdy, srovnáváme-li **doménu svědomí**,

tedy etiku a morálku na jedné straně, a **doménu zákona** neboli právní řád na straně druhé. Jako rozhodující a jednající bytosti vnímáme normy svědomí jakožto vnitřní, kdežto normy práva (zákony) jakožto vnější.

Kompetence svědomí je vždy přímo úměrná jeho probudilosti a poučenosti. Např. na svědomí dvanáctiletého je kladen menší nárok než na svědomí třicetiletého; od lékaře očekáváme vyšší bioetickou odpovědnost než od neinformovaného pacienta apod. Tuto podmíněnost má na mysli úsloví *nevědomost hříchu nečiní*. Naproti tomu povinnost kladenou nám zvenčí zákonem je třeba znát. Chce-li kdo řídit motorové vozidlo (podnikat, vlastnit střelnou zbraň aj.), je povinen znát i příslušné právní normy, které tuto činnost upravují, aby se jimi mohl řídit. To má na mysli úsloví *neznalost zákona neomlouvá*.

Některé právní normy jsou totožné s normami morálními resp. etickými, např. *nebudeš krást*. Existují však morální (etické) normy, které právní řád neobsahuje, např. *nebudeš lhát*. Zdrojem práva je totiž státní moc, a ta nemá prostředky na zjišťování pravdy a lži a není tedy schopna vymáhat pravdomluvnost (s jedinou výjimkou svědecké výpovědi u soudu). Kdyby si státní moc takovou instituci zřídila, změnila by se v nesnesitelnou despotii. – Naproti tomu existuje množství právních norem, které nejsou normami morálními (mravními), např. četné procedurální normy, upravující sled právních aktů, nebo vymežující normy, které stanoví určitou hranici (věkovou, majetkovou apod.). Ty mohou být dokonce v různých zemích různé.

Tato **mimoúrovňovost morálky (resp. etiky) a práva** může mít někdy groteskní důsledky. Např. řádné manželství může být po letech shledáno právně neplatným, ukáže-li se, že oddávající úředník nesplňoval některé nezbytné náležitosti apod. Státní moc však na platnosti svého právního řádu důsledně trvá a není to samoúčelné: právní nedůslednost může způsobit právní chaos, který pak vede k těžkým poruchám fungování státního ústrojí, ba i k jeho rozvratu. V tomto nepřímém smyslu mají všechny právní normy, i ty morálně (eticky) neutrální, své morální (etické) zdůvodnění. Např. příslušná vyhláška nařizuje jezdit na silnici vpravo, předjíždět zleva atd. Mohlo by tomu být i jinak (jako např. ve Velké Británii). Je-li tomu ale jednou tak, je příslušná norma i mravně závazná, protože její nerespektování ohrožuje lidské životy.

Toto konstatování je ale zpochybněno možností, že stát (tedy i jeho právní řád) sleduje nemravný cíl. Např. mnohé normy právního řádu totalitního státu jsou v rozporu se svědomím, tedy s morálkou (resp. etikou). Na tomto příkladu lze demonstrovat – řečeno s Immanuelem KANTEM – **netotožnost legality a morality**. A nejen netotožnost, ale tentokrát i **rozpornost**. Výraz *moralita* se u nás neujal, ačkoli je v této významové souvislosti přiléhavý. Hovoří se proto častěji o netotožnosti a vzájemném napětí legality a legitimacy, třebaže *legimitita* zde nevystihuje podstatu rozporu, který měl na mysli KANT: rozporu mezi tím, co je zvenčí ukládáno (příkazováno nebo zakazováno) nebo povolováno zákonem, a tím, co mi říká mé svědomí.

Odpovědnost vůči svědomí je břemenem; svědomí k nám nepromlouvá vždy jasně; na rozdíl od svědomí má právo vnějšího ručitele, státní moc, který jeho účinnost prosazuje silou. Z těchto důvodů, které jsou psychologické povahy, máme sklon **preferovat legalitu před moralitou**, jinými slovy: řídit se raději právní normou než vlastním svědomím, a to i tam, kde je obojí norma ve zřejmém rozporu. Toto strategické rozhodnutí, které mívá i mravní relevanci, vyplývá z tzv. regresivních sklonů lidské osobnosti (viz kap. 4 a 5), v tomto případě z permanentního pokušení volit cestu méně nákladnou či méně riskantní.

Tomuto pokušení podléháme v situaci **konfliktu dvou „loajalit“**, kdy dáváme přednost takovému systému norem, který je nikoli správnější, ale subjektivně přijatelnější. Většinou jde o účelové suspendování (dočasné zneplatnění) morálky ve prospěch technologických pravidel určitého lidského konání. To mají na mysli např. úsloví typu *obchod je obchod, válka je válka* apod., za nimiž se skrývá snaha vymežit oblast, kde není třeba dbát morálních resp. etických norem.

Preference legality před moralitou se může projevit i v mysli konkrétního lékaře, který není ochoten dostát nárokům lékařské etiky (pro jejich složitost, obtížnost atd.), a proto akceptuje pouze

závažnost právních norem. Tento postoj někdy vede k zásadnímu nedorozumění, kdy je **lékařská etika považována pouze za sofistikovanější** („luxusnější“, tedy i méně závaznou) **podobu zdravotnické legislativy**.

Tyto strategie jednání, motivované snahou vyvázat se z osobní odpovědnosti a zaštitit se vnější autoritou resp. normou ukládanou zvenčí, se nazývají **alibismem** (termín je odvozen od *alibi*, což je důkaz o něčí nepřítomnosti na místě trestného činu). Alibista navenek předstírá morální korektnost svého jednání, ale jeho nejdůležitější pohnutkou je snaha vyhnout se nepříjemným konfliktům meziosobním, administrativním, právním apod. Preferuje zákon před svědomím a využívá toho, že zákon nemůže upravovat všechny problémové situace, je-li každá z nich svým způsobem jedinečná. **Lékař-alibista** se snaží především nikoli o to, aby pacientovi pomohl, ale o to, aby se mu nedalo nic vytknout, aby měl *alibi* (zpravidla věnuje vedení dokumentace větší péči než svým pacientům).

Lékařský alibismus je strategie, která může vyplynout z individuálního rozhodnutí, ale může být také vynucena společenskou změnou. Zatímco v totalitní společnosti byl vztah lékař-pacient dalekosáhle byrokratizován, je v liberální společnosti komercializován a posléze **juridizován**: do popředí vystupuje pouze jeden z jeho rozměrů, a to smluvní povaha tohoto vztahu. Lékař i pacient jsou pak jen stranami právního kontraktu a závažnější problémy, které vzniknou v jeho rámci, řeší soud (tato tendence se projevuje nejvýrazněji v USA). Lékaři se pojišťují proti případnému ohrožení alibismem.

SHRNUTÍ

Norma je výrok o tom, co má být. O tom, co má být ve vztahu mezi člověkem a věcí, vypovídají technologické návody, které jsou také nazývány normami. O tom, co má být ve vztahu mezi lidmi, vypovídají normy etické, morální a právní.

Zdrojem etických a morálních norem je svědomí. Zdrojem právních norem je vůle zákonodárce. Co do obsahu norem se morálka (resp. etika) a právo překrývají jen částečně. Intencí práva je fungování uspořádané společnosti, především státu. Proto jsou právní normy v nepřímém smyslu závazné i morálně (resp. mravně).

Legalita je shoda jednání s právním řádem. Netotožnost práva a morálky (resp. mravnosti) zakládá napětí mezi legalitou a moralitou. Sleduje-li například zákonodárce nemravný cíl, vzniká konflikt mezi právem a svědomím.

Morální odpovědnost je těžším břemenem než odpovědnost právní. Odtud trvalé pokušení dávat legalitě přednost před moralitou. Důrazem na legalitu lze alibisticky zakrývat snahu vyvázat se z morální odpovědnosti (obdobně lze suspendovat i legalitu zřetelem k hrubé síle).

Juridizace je redukování meziosobního (případně meziskupinového) vztahu na jeho právní rozměr.

4. Psychologické předpoklady etického jednání

Úvaha o dobru a starost o ně se nemůže vyhnout tématům jako je lidská osobnost a její vývoj, její potřeby a pohnutky jejího jednání, meziosobní vztahy apod. Tato témata jsou součástí předmětné oblasti **psychologie**. Má-li být etická úvaha kompetentní, musí být poučena především touto vědou, zejména poznatky o **ontogenezi** neboli individuálním vývoji lidské osobnosti a o **motivaci** jejího jednání. Člověk totiž eticky uvažující a jednající bytostí není, nýbrž se jí **stává**.

Zatímco novorozenec, kojeneček, ba i batole není eticky jednající bytostí, a rozumný člověk na ně etické nároky neklade, dospělý jedinec takovou bytostí je. Etická úvaha proto nemůže ignorovat fakt lidského zrání (ev. nedozrání), tedy **dimenzi zralost-nezralost**.

Teorií ontogeneze člověka je celá řada. Některé zdůrazňují její stránku biologickou, jiné

psychologickou resp. sociologickou. Z posléze uvedených věnujme pozornost koncepci E. H. ERIKSONA, která je pro naši potřebu zvláště vhodná, protože usiluje o psychologické rozumění se zřetelem k hierarchii hodnot a bere v úvahu celý lidský život od narození do smrti. V jeho běhu shledává osm kapitol („věků“). Každá z nich předkládá lidskému jedinci zvláštní úkol, který je třeba splnit. Nestane-li se tak, vstupuje člověk do dalšího „věku“ s určitým dluhem, který pak činí jeho život obtížnějším. Jednotlivé kapitoly nejsou ostře rozhraničeny, nýbrž se překrývají.

První věk odpovídá přibližně prvnímu roku života. Jde o tzv. orální období podle FREUDA. Jeho specifickým úkolem je získání **základní důvěry**, zásadně nezpochybnitelného vědomí, že člověk je přijímán, že je ve světě, do něhož vstoupil narozením, doma a že svět (domov) je dobrý. Splnění tohoto úkolu nezáleží tolik na dítěti jako na jeho okolí, především na nezastupitelné úloze matky. Už v tomto období poznává dítě i tu zlou, nehostinnou, nikoli přátelskou stránku světa (bolest, hlad, opuštěnost), která však nemá zastínit tu dobrou. Nepodaří-li se splnit úkol tohoto věku, vstupuje dítě do dalšího života obtíženo břemenem **základní nedůvěry** k světu.

Úkolem **druhého věku**, který odpovídá přibližně druhé půli prvního, druhému a zčásti třetímu roku života, je získání **autonomie**, schopnosti aktivně reagovat na okolní svět. Předpokladem je ovládnutí vlastního těla, jeho pohybového aparátu včetně svěračů, strážců tělesných východů. V této etapě je dítěti vštěpován řád, jsou na ně kladeny požadavky a jeho výkon je hodnocen. Důsledkem nesplnění úkolu je nedůvěra k sobě samému v podobě **pochybnosti a studu**. Základní psychologické předpoklady morálního jednání a souzení se vytvářejí právě nyní. Freud nazývá toto období análním.

Třetí věk (cca 3. až 5. rok života) probíhá ve znamení **iniciativy**, podnikavosti, která předpokládá schopnost pojmut záměr a uskutečnit jej. Specifickým úkolem tohoto věku je právě osvojení si této schopnosti. Nejde už o pouhé aktivní reagování, ale o aktivní prosazování se, které se může střetávat s nevolí okolí, a ta pak v dítěti indukuje pocit **viny**. Dle Freuda jde o období falické resp. oidipské. – Jak vidno, každý věk probíhá ve znamení alternativy splnění-nesplnění: základní důvěra – nedůvěra, autonomie – pochybnost, resp. stud, iniciativa – vina.

Čtvrtý věk zahrnuje školní léta do puberty. Psychoanalýza jej nazývá obdobím latence. Jeho alternativou je **snářivost** oproti **méněcennosti**. Je to doba osvojování si technologií, „know-how“, a nástrojů, poháněného ctížádostí umět, ale také doba vůle ke kooperaci a akceptování dělby práce. Méněcennost se projevuje demobilizujícím pocitem: jsem horší než ti druzí.

Pátým věkem je puberta a adolescence (podle některých autorů jde o synonyma). Ukládá pohlavně dospívajícímu dosáhnout **identity** a jí odpovídající stabilní úlohy (včetně sexuální role a volby životní dráhy). Touha po nalezení identity budí hlad po identifikaci, odtud fascinace různými vzory, elitami a jejich symboly i programy, ideologiemi. Zamilovanost je mj. i jednou z podob této fascinace. Neblahou alternativou nedosažení identity je **konfuze rolí**, kdy nemám jasné a nesporné vědomí, kým vlastně jsem (viz lidové rčení: „neví, čím je“).

Šestý věk, raná dospělost, je vyplněn výstavbou světa („teritoria“) naší **intimity**, v případě nezbytí i jeho obranou, ale také nabýváním schopnosti přijmout do svého intimního hájemství toho druhého, otevřít se a odevzdat se mu, tedy být doma v jeho intimním světě. Je to doba rozkvětu zralé pohlavnosti. Nenajdeme-li v sobě sílu k této vstřícnosti a distancujeme-li se od okolního světa, je naším údělem **izolovanost**. Vymožeností šestého věku je tedy i schopnost sebezpresahu, která se osvědčí v následujícím věku, kdy bude třeba přijmout vlastní dítě s nepodmíněnou láskou, neváhajíc v případě nezbytí ani před sebeobětí.

Sedmým věkem je zralá dospělost, nejdelší životní kapitola, obnášející několik desetiletí. Její náplní je **plodivost** resp. **tvořivost**, tedy zplození a výchova další generace, v širším smyslu pak dílo určené těm druhým, aby se stávali plnější sebou samými. Nesplněním tohoto úkolu je **stagnace**.

Osmý a poslední věk je obdobím syntézy všeho předcházejícího. Nelze říci, že by kterýkoli z epochálních úkolů byl v rámci „svého“ věku bezezebytku a napořád vyřešen: základní důvěru, autonomii atd. bude třeba posilovat, případně obnovovat po celý další život. Příslušný věk je však

dobou zadání úkolu a jeho přijetí (případně nepřijetí, které se stává pro budoucno významným handicapem). Úkolem posledního věku je uspořádání této polyfonie v harmonický celek, tedy dosažení **jáské integrity**. Ta pak zakládá dobrý pocit hodnoty prožitého života (apoštol Pavel: „Dobrý boj jsem bojoval...“), který je protivahou strachu ze smrti. Ta je posledním a nejdůležitějším akordem poslední věty celoživotní symfonie. Alternativou integrity života je pocit jeho zmarování, tedy **zoufání**. Smrt se pak jeví jako nesmyslný konec nesmyslného příběhu.

Tento sled životních věků je spolupodmíněn biologickými determinantami, zejména v počátečních fázích. Např. dosažení autonomie závisí na dozrání nervových drah, puberta předpokládá probuzení funkce gonád apod. V jeho průběhu však této determinace ubývá (i když nemizí úplně) a naopak vzrůstá odpovědnost člověka samého za své sebeurčení.

Na příkladu vývoje sexuality lze doložit, jak je nezbytné, aby plnění úkolu určitého věku bylo připraveno splněním úkolu věků předchozích. Manko základní důvěry se promítá do neschopnosti vytvořit trvalý svazek, manko autonomie vede k neustálé manipulaci partnerem, konfuze rolí vnáší do partnerského vztahu potřebu trvalého boje o vlastní pozici a o „teritorium“, ve stavu izolovanosti je pohlavnost redukována na pouhou orgastickou abreakci („cool sex“) apod.

Nás však zajímá, jak se lidský jedinec stává v průběhu tohoto vývoje eticky odpovědnou bytostí. Ve svém prvním věku je člověk, spíše človíček, bytostí **anetickou**, neboť nemusí a ani nemůže volit mezi dobrem a zlem. Jeho plně oprávněný **egocentrismus** určuje i jeho pojetí dobra: *dobré* je to, co mu *dělá dobře*, zejména v orálním smyslu, co je tedy *chutné*. Teprve ve svém druhém věku se střetává s **autoritou**, která mu diktuje, co je dobré a co ne, kdy je on sám *hodný* a kdy *zlobí* (kořeny pojmotvorby *hodnoty* a *zla* sahají tedy sem). Jeho poslušnost je vymáhána pohrůzkou trestu (odepřením lásky, případně působením tělesné bolesti). Tímto nátlakem zvenčí si dítě osvojuje **primitivní morálku** (jejím nejpůvodnějším jádrem je podle FREUDA morálka *sfinkterová*, neboť prvním imperativem, s nímž se dítě setkává, je rodičovský požadavek neznečišťovat se; odtud těsná blízkost *morálního* a *čistého*). Tuto morálku vnější autority a jejích možných sankcí nazývá Immanuel KANT **morálkou heteronomní** (řec. *heteros* = jiný, *nómos* = zákon). Té odpovídá i psychická instance, která se v té době začíná vytvářet v rozvíjející se osobnosti; psychoanalýza ji nazývá **Nadjá** (superego, das Überich), jakýsi embryonální základ příštího svědomí. Vzniká vnitřní reprezentací rodičovských postojů, zprvu příkazů a zákazů. – Je dosti lidí, kteří ve svém mravním vývoji nepokročili nad tuto heteronomní morálku imperativu zvenčí, případně nad její negaci, jíž je vzdorný protest proti ní.

Despotická netolerantní výchova vede zpravidla ke zbytnění funkce přísného Nadjá, což má neblahý důsledek: pudová spontaneita bývá pojmána jako zlo a dětské **Já** (ego, das Ich) s ní pak vede marný boj. Obětí této konstelace jsou mnozí dospělí lidé s prudérní, puritánskou povahou (tuto křečovitou prudérii však nezaměňujeme s cudností, která je odpovědným smyslem pro intimitu). Pokřivenost morální pruderie se projevuje i v jazykovém úzu: pojem *nemravnosti* se redukuje na jediný z jeho významů, totiž na *obscénnost*. Někdy se tím vyznačují celé kulturní epochy (např. „viktoriánská morálka“ v Anglii 19. stol. za doby panování královny Viktorie).

V průběhu vývoje osobnosti dítěte má rozhodující význam možnost **identifikace**, tedy ztotožnění se s těmi, s nimiž komunikuje, motivované vědomou i nevědomou potřebou „být (mít, umět) jako ona/on“. Zprvu to jsou rodiče, po nich další blízké osoby a počátkem čtvrtého věku se počet **identifikačních vzorů** prudce rozrůstá. Takový vzor je vlastně stavebním materiálem naší osobnosti, odtud latinské *exempla trahunt*, příklady táhnou. Platí to i pro pozdější věk: život lidí, kteří nezakusili významná setkání, bývá chudý. – Pro vývoj mravního vědomí má význam právě identifikace s **hodnotovými postoji** našich identifikačních vzorů.

Dosažení jáské identity v závěru pátého věku předpokládá integraci těchto vzorů (jimž dosud odpovídaly v naší osobnosti odlišné fragmenty) do jednoduššího celku. Pak je možno říci o člověku, že je „bytostí z jednoho kusu“; v opačném případě zůstává rozporuplný, „neví, čím je“. – Onu jednodušnost lze zaznamenat i v proměně instance **Nadjá**: dosud byla v rámci struktury osobnosti poměrně samostatná, její funkce byla přirovnávána k jakémusi vnitřnímu mentorovi nebo dokonce

policistovi. Nyní Nadjá srůstá dalekosáhle s Já, je jím „osvojeno“, aniž by s ním však zcela splynulo. Ponechává si úlohu strážce a ručitele jáské identity a stává se – spolu s Já – **psychologickým substrátem funkce zralého svědomí**. Tím se podstatně mění povaha individuální morálky: zatímco dítě si počínalo správně, protože se nechťelo zpronevěřit svým vzorům (zejm. rodičům), případně ze strachu z trestu, počíná si zralý člověk správně proto, že to odpovídá jemu samotnému a protože by se mu přičilo jednat jinak. Tuto morálku nazývá KANT **autonomní** (řec. *autós* = sám, vlastní, svůj). KANTOVĚ dichotomické typologii morálky odpovídá obdobná typologie lidského jednání Davida RIESMANA, která rozlišuje **člověka vnějškově řízeného** (out-directed man) imperativy vnější autority, pudy, náladami atd. a **niterně řízeného** (in-directed man) vlastním Já.

Míru morální zralosti vystihuje John DEWEY (1859-1952) rozlišením tří úrovní morálky: *prekonvenční*, kdy je pohnutkou jednání uspokojování základních potřeb bez skutečného smyslu pro dobro a zlo, *konvenční*, motivované potřebou konformity se společenským standardem, a *postkonvenční*, kdy je pohnutkou svobodná volba morálního principu, který je vnímán jako správný a dobrý. – Netřeba zdůrazňovat, že tento vzestup neprobíhá automaticky, ale že je do značné míry dán naší sebeurčující vůlí.

DEWEYOVU rozlišení je blízká teorie *stupňů morálního vývoje* amerického psychologa Lawrence KOHLBERGA, opřená o mnohaletý výzkum stabilního souboru 75 respondentů. Původně postulovala šest stupňů. Dva vždy zhruba odpovídaly úrovním DEWEYOVÝM: 1. stupeň – *poslušnost, nebo trest*; 2. stupeň – *morálka tržiště* (něco za něco); 3. stupeň – *konformita*; 4. stupeň – *zákon a řád*; 5. stupeň – *společenská smlouva*; 6. stupeň – *univerzální mravní principy* (nepodmíněný respekt k lidské důstojnosti kohokoli). Později stanovil KOHLBERG 7. stupeň – *identifikaci s nekonečnou perspektivou* (morálka překonávající autonomii jednajícího, tedy v podstatě teocentrická).

Do popsaného ontogenetického a morálního vývoje člověka zasahují různé okolnosti povahy sociokulturní i patologické a mohou jej retardovat i deformovat. Má-li být odpovědné etické rozumění, nárokování a souzení věrohodné, musí brát sled tohoto vývoje i jeho zranitelnost v úvahu.

5. Etika a (psycho)patologie

Je-li etika úvahou resp. rozpravou, která je motivována starostí o dobro, záleží velmi na **mysli**, která takto uvažuje (a vstupuje do rozpravy), zejména na tom, zda vůbec a jakým způsobem tuto starost **pocítuje**, jaké **zájmy** při tom sleduje, jak srozumitelně je schopna onu úvahu **artikulovat**, jaké **překážky** jí v tom brání atd. Lékař, který by měl víc než kdokoli jiný vědět o zranitelnosti lidské osobnosti a jejího vývoje, si klade otázku, do jaké míry a jak zasahují do této souvislosti destruktivní vlivy, které označujeme jako **patologické**.

Co je a co není patologické, je mnohdy jasné, jindy však nikoli. V každodenních situacích většinou nemáme potřebu si tuto otázku klást. Nechceme-li však propadnout mechanické rutině, neměli bychom přehlédnout, že každá situace v sobě skrývá problém, který v nás vyvolává tázavost. – Odpověď na otázku po podstatě patologického záleží na tom, jak pojmáme **normu**. Je normální zubní kaz, jímž trpí všichni bez výjimky? Rozlišujeme proto normu **statistickou** (normální je to, čím se vyznačuje většina populace) a **ideální** (normální je to, co umožňuje optimální funkci). Statisticky normální zubní kaz budeme proto pokládat za patologii, zatímco absolutní hudební sluch, statistickou abnormitu, nikoli.

Ani ideální norma není neproblematická. Jednou z vlastností živých bytostí je **variabilita** jejich charakteristik. Ty vykazují variační šíři, znázorňovanou tzv. Gaussovou křivkou. Je např. nadměrný tělesný vzrůst patologický? Zdráháme se přitakat tam, kde je geneticky podmíněn, ale ochotně to

připustíme, je-li způsoben adenomem hypofýzy. Jedinec nadměrného (statisticky abnormního) vzrůstu má sice řadu potíží, těžko si opatruje konfekční oblek, partnera, jde však o problémy sociálního akceptování, které by za nějakých jiných vnějších okolností neměl. Spíše jde o to, čím je neobvyklý vzrůst způsoben.

Rozdíl mezi abnormitou a normou je často jen konvenční a rozdíl mezi chorobným stavem a zdravím bývá někdy nejasný. Kritériem budiž hledisko **kauzální** (etiologické). Dohodněme se předběžně, že za patologii budeme pokládat **privaci** (= nedostatek povinného jsoucna), tedy absenci toho, co být **má**, ale co se nevytvořilo nebo bylo zničeno působením nějaké destrukce. Dodejme, že jde o absenci struktury či funkce, významné pro přežití nebo pro adaptaci. Takovou situaci vystihuje termín **porucha** (budiž nám synonymem pro *patologii*).

Ještě problematičtější bývá posuzování normy a abnormity, zdraví a poruchy, v předmětné oblasti **psychických struktur a funkcí**. I z pouhého popisného hlediska je to oblast složitější. Oproti oblasti tělesných struktur a funkcí zahrnuje „cosi navíc“, je tedy ontologicky vyšší. Pojmossloví, jímž ji vystihujeme, je více subjektivistické a obtížněji se dovolává smyslové zkušenosti. Naše rozumění této oblasti je také mnohem závislejší na systému výtvorů, který souhrnně nazýváme **kulturou** a jehož optikou nazíráme lidský svět. – Majíce na paměti tyto metodologické potíže a s pokorou, k níž nás zavazují, zkoumejme, jakým způsobem ovlivňuje duševní porucha dispozici eticky uvažovat, rozhodovat a jednat (v pojmání *duševní poruchy* jsme odkázáni na současný způsob jejímu rozumění).

Individuální psychický vývoj (nejen podle ERIKSONA) je výslednicí interakce vnitřních dispozic a vnějších podnětů. Podobně jako embryogeneze je geneticky determinovaným **spěním k tvaru**, ale navíc je i **procesem učení**, které vlastně dává onomu tvaru jeho určitost. Nelze jednoznačně rozhodnout, která z těchto determinant je významnější, i když různé módní vlny vyzdvihují jednou tu (*nature*), jindy onu (*nurture*).

Dva klíčové pojmy vývojové psychologie – fixace a regrese – nám umožňují rozumět patologii osobnosti a v neposlední řadě i jejím indispozicím eticky uvažovat, rozhodovat a jednat. **Fixace** je ustrnutím na primitivnějším vývojovém stupni a nemožností dosáhnout stupně vyššího (zralejšího). Fixace je také podstatou vývojové retardace, tj. opožděnosti. Ta může být překonána v čase, který je delší než statistická norma, ale může vyústit i v nedostačivost trvalého rázu. – **Regrese** je sesuv z již dosaženého zralejšího stupně na onen primitivnější, méně zralý. Regrese nikdy není prostým *návratem* k tomu, co kdysi bylo. Říká-li se např. o dementních lidech, že „dětinstější“, neznamená to, že se doslova stávají dětmi, ale že se jejich chování a prožívání pouze v nějakém ohledu mění způsobem, který nám připomíná chování a prožívání dítěte; v jiném ohledu jsou dětem nepodobní.

Příčiny fixací a regresí jsou rozmanité, od těch na molekulárně biologické úrovni (např. vrozené chybění určitého enzymu), přes destruktivní procesy v ústředním nervstvu (např. novotvar, neuroinfekce, trauma, ateroskleróza) až po ty psychogenní (např. nedostatek komunikace, citového vztahu, nadměrná psychotraumatizace). Systematický přehled podávají učebnice psychopatologie. Nás v tuto chvíli nezajímá etiopatogeneze duševních poruch, ale jejich relevance pro úvahy o problémech etiky.

Nejzávažnějšími duševními poruchami jsou těžká **oligofrenie** (slabomyslnost) nebo těžký **defektní stav** čili **demence** buď organická (posttraumatická, postinfekční, postintoxikační, ischemická) či postpsychotické, které člověka nemilosrdně olupují o vymoženosti jeho psychického zrání. Znamenají fixaci (u oligofrenií) či regresi (u ostatních) na tu nejprimitivnější úroveň, jíž odpovídá v lepším případě *prekonvenční morálka* (DEWEY); v horším činí ze svých obětí bytosti *mimo dobro a zlo*, neschopné pojmového myšlení a soustřeďující svůj zájem na uspokojování zbylých pudových potřeb.

Také rozvinuté **psychotické stavy** podstatně narušují osobnost a její prožitek světa i jejího vlastního postavení v něm. Tento individuální *rozvrh světa* se může zcela rozpadnout, v případě o cosí příznivějším může být rekonstruován *per defectum* bludem či halucinací, anebo může být zachován,

ale nebezpečně ohrožen masivní *depresí* či *úzkostí*. Ve všech těchto případech je ztracena autonomie osobnosti i pocit základní důvěry. Psychotik je proto rovněž bytostí mimo dobro a zlo. A to i tehdy, strádá-li despotickým diktátem zbytnělého „špatného svědomí“, jak je tomu např. u psychotických autoakusací (sebeobviňování). – Zatímco těžce oligofrenní resp. dementní jedinec se namáhavě orientuje ve vnějším i vnitřním světě nenaplněném resp. drasticky ochuzeném, psychotik vede sebezáchovný boj ve světě nebezpečně ohrožujícím.

Těžké defektní a psychotické stavy (metaforicky lze první přirovnat k ruinám a druhé k smrti) nám ilustrují zranitelnost lidské osobnosti, ale také podmíněnost jakékoli etické úvahy.

K plnohodnotnému etickému uvažování, rozhodování a jednání – a k našemu kompetentnímu etickému hodnocení toho druhého – je nezbytně nutné, aby byla zachována základní struktura osobnosti jednajícího, jeho elementární soudnost a síla jeho Ega (= Já), bez níž nelze v kolizi motivů obstát. Imbecila, který veřejně onanuje nebo má sklon ke žhářství, nebo agresivního paranoidního schizofrenika nelze poměřovat běžnými morálními normami (kdo tak činí, „moralizuje“ v tom nepřijatelném smyslu). Status *mimo dobro a zlo*, tedy i absenci *odpovědnosti*, zná i soud, přiznává-li takto jednajícímu z trestně právního hlediska *nepříčetnost* a z občanskoprávního hlediska *nesvépřávnost* (resp. nezpůsobilost k právním úkonům).

Poruchou z psychopatologického hlediska méně závažnou je **neuróza**. Podle dnešního stavu rozumění jde o důsledek vnitřního nevědomého konfliktu, který Já nedovede řešit životaschopným kompromisem. Výsledkem pseudořešení konfliktu je neurotický symptom. Mnohé symptomy mají podobu velmi konkrétního jednání (nutkavého, hysterického aj.). Neurotik má zpravidla náhled, tj. ví, že jde o symptom, a uvědomuje si (přínejmenším občas), že toto jednání není konformní s jeho Já (není egosyntonní). Naléhavě se prosazujícím neurotickým pohnutkám může čelit jen s vypětím sil a za cenu úzkosti. Není však zcela bezmocný: nezřídka se může vyhýbat situacím, v nichž se tyto pohnutky manifestují. – Totéž platí i v mnoha případech **psychopatií, závislostí a sexuálních deviací**.

Neurotická porucha se však projevuje nejen jednorázovými symptomy vyvolanými příznačnou podnětovou situací (např. hysterickými zkraty a výbuchy), nejen určitým druhem chování (např. obsesemi), ale i nevědomou volbou *celoživotní strategie*. Někdo se např. cítí trvale ohrožen závislostí na druhých a bojuje proti ní nutkavě dominantním chováním, aniž by o této souvislosti věděl. Nevědomá potřeba být akceptován se může projevit opakovaným nutkáním k závislosti, k zamilovanosti, k fascinaci nějakou ideou či ideologií apod. Existují životní strategie určené nevědomou potřebou řádu, potlesku, pomsty atd. V těchto případech, kdy pseudořešení neurotického konfliktu nespočívá v relativně ohraničeném symptomu, ale v ovlivnění celkové povahy jedince, hovoříme o *povahových* (též o *charakterových*) *neurózách*. – Obecně se má za to, že poruchy neurotického rázu neomezují naše Já natolik, aby z nás činily bytosti *mimo dobro a zlo*. Psycholog Ernst (ověřit!!) KRETSCHMER postřehl už před šedesáti lety, že „**neuróza je paradigmatickým lidským povahovým**“: v neurotikovi se děje ve zdůrazněné, karikované podobě to, co se odehrává méně zřetelněji ve většině z nás. Podle téhož autora je znalec neuróz eo ipso znalcem lidí. „Mechanismus“ neurotického konfliktu ukazuje, jak důležitý je *poměr sil* našeho Já a našich egodystonních (tj. nikoli egosyntonních) pohnutek, které jsou s ním v rozporu. Znalost tohoto poměru je nezbytná pro nezaujaté hodnocení *mravní odpovědnosti*. Nedostí na tom: konkrétní povaha neurotického konfliktu a jáské obrany často určuje, kterou *hodnotu* Já preferuje, resp. je nuceno preferovat. Cítí-li se ohroženo pudovou spontaneitou, preferuje hodnotu *řádu* i za cenu vytváření hypertrofovaného netolerantního svědomí. Cítí-li se naopak ohroženo manipulací zvenčí, preferuje hodnotu *svobody* i za cenu pudové nezdrženlivosti a popření odpovědnosti atd. Různé typy *obran* tak mohou spoluurčovat podobu individuální morálky a ideologie. Také se mohou podílet na formování směrodatných tendencí celých kulturních epoch (viz rigorózní morálku viktoriánské Anglie, laxní morálku v bezprostředně poválečných obdobích apod.).

Nezapomínejme konečně ani na své vlastní vnitřní disharmonie, které si ani nemusíme uvědomovat, a ony přesto mohou ovlivňovat, ba i určovat naše subjektivní morální citění i způsob, jímž přistupujeme k problémům etiky.

6. Etika a kultura

Pojem *kultury* je poněkud vágní a nejednoznačný. Chceme-li se dohodnout, jak mu rozumět, stanovme nejprve pojem kontrární příp. kontradiktorický, označující jeho protipól.

V pojmové dvojici *kultura – příroda* rozumíme kulturou jakékoli lidské kultivační (resp. civilizační) dílo, v němž jsme zvyklí spatřovat vyšší kvalitu oproti nedotčenosti přírody. – Ve dvojici *kultura – barbarství* znamená kultura spíše dosaženou míru kultivovanosti, srovnávanou se stavem primitivním nebo úpadkovým. Tomuto pojetí byli jeho původci, starověcí Řekové, právi jen zčásti, neboť nehelénské národy, označované jimi za barbary, svou kulturu měly; ta byla mnohdy jednodušší, ale hlavně byla jiná. – Směrodatnou budiž nám dvojice *kultura – jiná kultura*. V této souvislosti rozumíme kulturou **svěbytný vypracovaný životní styl**, který je dílem soustavného úsilí. Většinou máme na mysli úsilí určitého lidského kolektivu, vyvíjené po generace a propůjčující tvářnost celé epoše. Záleží pak na zaměření našeho zájmu, jak široký obzor zkoumání si zvolíme: můžeme oprávněně hovořit o kultuře renesanční Florencie, renesanční Itálie nebo renesanční Evropy apod. Stejným právem však si však můžeme optiku více zúžit a uvažovat o kultuře malé společenské skupiny, ba i jednotlivého člověka.

Jazyková zvyklost kontinentální Evropy (méně již anglosaského světa) předkládá navíc pojmovou dvojici *kultura – civilizace*. Jde o dva aspekty téhož. Kulturou se tu rozumí postoje a výtvoř duchovní povahy, zatímco civilizace znamená spíše vymoženosti technického a organizačního (institučního) rázu. Toto rozlišení je pro některé úvahy účelné, my je však pomíneme, pokud nebude výslovně uvedeno jinak.

Součástí každé kultury je její rámcová struktura rozumění světu (jinak by nebyla možná komunikace) i její osobitá **morálka** (viz 2. kap.), tedy souhrn představ o tom, co je dobro, a norem jeho dosahování. – Má každá kultura svou **etiku**? Podle toho, jak jsme si tyto dva pojmy a jejich vztah definovali, musíme říci, že nikoli. Morálka je relativně dohotovený výtvoř, zatímco etika je permanentně otevřené téma (přístupné potud, pokud existuje starost o ně). Lze říci, že nejvýznamnější představitelé rozvinutých kultur různých dob – Mojžíš, Lao-C, Buddha, starozákonní Proroci, Sókratés, Kung Fu-tse (Konfucius), stoikové, apoštol Pavel, Mohamed atd. – **svou starostí o dobro přesáhli danosti morálky své kultury** a že se jejich postoje v tom nejdůležitějším sblíží.

Věnujme pozornost kultuře, která je naším současným prostředím, tedy **moderní evropské kultuře** (správněji: euroamerické). Ta je zatím poslední etapou evropské kultury, vzniklé zhruba před půldruhým tisíciletím z původnějších zdrojů antických (řecko-římských) a židovsko-křesťanských. Sama se začala utvářet na troskách své předchůdkyně, kultury reformačně-protireformační (u nás barokní). Její počátky zvěstovalo duchovní hnutí, zvané **osvícenství**, ale v život ji uvedl až společenský restructurační proces, zvaný **modernizace**, probíhající dosud. Ve 20. století přesáhl hranice Evropy a severní Ameriky a pronikl do tzv. třetího světa; vzniklé napětí je jednou ze světodějných sil přítomnosti i budoucnosti.

Modernizační proces rozbíjí tradiční preindustriální společnost, nejprve v Evropě, posléze i jinde. Je mnohorozměrným pohybem, jehož nejviditelnější složkou je právě **industrializace**, tj. vznik průmyslové velkovýroby; ta si samočinně vytváří podmínky své další existence, mezi něž patří její vlastní růst, růst spotřeby, tedy i trh, ale i redukce rozmanitosti lidských rolí na dominující roli pracovní síly. Fungování pracovní síly není možné bez dalekosáhlé **urbanizace**, tj. soustředění obyvatelstva do velkých měst a jejich aglomerací. Tradiční zvyklosti, vztahy, postoje – včetně světonázorových, zejména náboženských – ztrácejí působnost i přitažlivost; tuto složku nazýváme **sekularizací** (z lat. *saeculum* = věk, zejm. lidský věk, měřítko pozemského života, oproti *aeternitas* = věčnost). – Pro vymaňování se z tradičních vazeb se ujal výraz **emancipace** (občanská, národní, ženská, generační atd.).

Modernizace zasáhla do struktury tradičních pospolitostí, především do rodiny, z níž nejprve vytrhla otce; v současné době se jí vzdaluje i matka. – Národní emancipací vzala za své i velká multietnická společenství a uvolnila prostor národnímu státu. – Zánik tradičních autorit spolu s občanskou emancipací umožnil širokou účast všech na správě věcí veřejných, tj. **demokratizaci**, její možnosti jsou však podstatně omezovány zaváděním nejúspěšnějšího způsobu správy, tj. **byrokratizací**. Byrokracie je strategie řízení, která je sice přiměřená komplikovanosti moderní společnosti, ale platí za svou účinnost ztrátou zájmu o vše jedinečné, tedy odosobněním. Právě na ní lze názorně ukázat, jak vlastně každá z vymožeností modernizace v zájmu své efektivity bezděčně vytváří řadu neřešitelných problémů. Ty pak ve svém úhrnu podmiňují **permanentní krizový stav moderní společnosti**. Expandující průmyslová výroba ohrožuje životní prostředí, tržní mechanismus straní utilitární (prospěchářské) motivaci lidského jednání, urbanizace ztěžuje tvorbu domova, sekularizací vzniklo vakuum vyplňované módou a ideologií, emancipace ohrožuje soudržnost rodiny, jiná emancipace uvolnila cestu nacionalismu, demokratizace stvořila masu, v níž je kdokoli zaměnitelý kýmkoli, a masa umožňuje existenci toliko nenáročné **masové kultury**, ostře se odlišující od kultury malých exkluzivních elit.

„Světónázor“ moderní kultury je dalekosáhle určen **vědou**, resp. tím, co se za ni pokládá. V osvícenském duchu je svět pokládán za mechanismus (stroj), jehož kauzální vysvětlení přísluší vědě, budované po vzoru fyziky 19. století. Smysl vědy je spatřován v praktickém využití jejích poznatků, tj. v **technice**. Co není takovouto vědou uchopitelné, co není „objektivní“, je jaksi méně skutečné; co není prakticky využitelné, je méně hodnotné. Kritérium praktického užítku určilo i tvář **politiky**, jejímž hlavním obsahem se stává technologie moci. – Všechny tyto směřovatelné trendy moderní kultury mají zajisté své protějšky v podobě trendů oponentních, těm však přísluší pouhé *minoritní votum*; přispívají zatím jen skrovným dílem k celkovému kontroverznímu charakteru moderní kultury, jejíž vnitřní *diskurs* je směsí nekončících polemik. Únava, kterou takový stav vyvolává, i vědomí nemožnosti jeho změny, to jsou dvě z pohnutek postoje, který sám sebe označuje za **postmoderní**.

Nakolik je naše kultura vnímavá vůči etice, která je, jak bylo řečeno, starostlivou úvahou resp. rozpravou o tom, co je dobré? Víme již, že konkrétní praktickou odezvou na téma etiky je morálka. **Jaká je tedy morálka naší kultury?** – Je nekonzistentní, rozporuplná. Přetrvává působnost řady norem *náboženské* morálky zanikající tradiční společnosti. Vedle ní se prosadila *antropocentrická* („*humanistická*“) morálka, jejíž základy vytvořilo osvícenství a která sama o sobě je rovněž nekonzistentní: může být *individualistická*, ale také *kolektivistická*, podle toho, pokládá-li se za nejvyšší dobro blaho jednotlivce nebo kolektivu (národa, třídy, současné generace obyvatel rozvinutých zemí apod.). Co do zájmů, stylů, postojů, je situace naší společnosti *pluralitní*. Tomu odpovídá i **morální pluralita**. *Konsensus* (povšechné srozumění, souhlas) o hodnotách se v takové společnosti vytváří nesnadno. Společnost se ze sebezáchovných důvodů (aby se nerozpadla nebo neocitla ve stavu boje všech proti všem) nezcela ochotně smíruje s jakýmsi morálním minimem – s **tolerancí plurality**, která se tak stává jednou ze základních cílových hodnot a bývá prohlašována za nejvyšší morální normu naší kultury vůbec.

Modernizace vytvořila masovou společnost, mimořádně náchylnou k různým *ideologiím*, tedy doktrínám (učením), které vždy zdůvodňují něčí konkrétní (většinou mocenský) zájem, a přitom odmítají svou vlastní revizi. Některé ideologie se staly nástrojem vlivných masových hnutí (nacismus, komunismus, různé druhy fundamentalismu aj.), které pak nastolily režim *totalitní moci*. Neblahá zkušenost s nimi podmiňuje charakteristický rys naší kultury – **antiideologický postoj**, tedy odpor vůči ideologiím, ale i vůči tomu, co za ně může být pokládáno, co se dovolává jakékoli autority, i kdyby to byla *závažnost pravdy*. Odtud rozšířený sklon k relativismu a skepsi, odtud i častá ambivalence, ba nechuť *vůči morálce* resp. „*moralizování*“ (viz kap. 2). Druhou základní hodnotou naší kultury je totiž **autonomie** jednotlivce či skupiny (jejímu dosažení mají sloužit různé způsoby *emancipace*, jak o ní byla řeč). Touha po autonomii vede k zásadnímu **odmítání manipulace**; odmítání, žel, nedůslednému, protože vůči rafinované neideologické manipulaci je masová společnost bezbranná. – Určujícím prožitkem mnohých příslušníků naší současné kultury je

tedy – řečeno s ERIKSONEM (viz kap. 5) – *ohrožení základní důvěry a autonomie*.

Respektování plurality i starost o vlastní autonomii jsou nakloněny ryze *sebestředné individualistické morálce*. Jejím uznávaným imperativem je **seberealizace**. Ta je pojímána v podstatě libovolně, protože neexistuje konsensus ohledně *sebe-*, ani ohledně *realizace*; není jasno, *co* má být realizováno, ani *co* je to *realizovat*. V životě jednotlivce působí často jako protihráč touhy po seberealizaci potřeba **konformity**, neboť mnozí lidé se potýkají s pocitem osamělosti.

Naše kulturní prostředí se tedy vyznačuje zpochybněním řady hodnot i jejich hierarchie. **Taková situace není příznivě nakloněna úvaze resp. rozpravě o tom, co je dobré, tedy – etice**. Sám pojem *dobra* je zrelativizován: stalo se obtížným představit si, co je dobré „objektivně“, tedy „pro všechny“. Jeho místo zaujaly – a jsou považovány za směrodatné – pojmy *legitimity* a *legality*. Legitimní je to, co odpovídá cítění většiny a co lze obhájit („vyargumentovat“) v kontroverzi, legální je to, co odpovídá pozitivní (psané) právní normě.

Etická úvaha se stala problematickou též tím, že byl zásadně zpochybněn pojem svobody. Naše současná kultura je poplatna *víře v determinismus*, tedy v kauzální určenost našeho myšlení i jednání, ať biologickou (genetickou), psychologickou (pudovou) či sociální (konvenční). Svoboda jakožto *zásadní možnost seburčení* může za tohoto předpokladu jen těžko obstát. Slovo *svoboda* se sice objevuje v četných proklamacích, ale spíše ve smyslu *autonomie*, tedy *svobody od něčeho* (od nátlaku, od utrpení), která zpravidla není spojována s *odpovědností* (charty práv a svobod nemají svůj protějšek v obdobném výčtu povinností). Pozornosti uniká, že autonomní jedinec ještě nemusí být svobodný.

Možnosti etické úvahy a rozpravy omezuje konečně i vyčlenění celých oblastí lidských aktivit z říše dobra a zla. Za *morálně neutrální* se prohlašuje věda, technika, umění, ekonomika, politika. Tyto sféry jsou skutečně autonomní v tom smyslu, že v nich platí specifické zásady (např. vědu činí vědou její vědeckost, nikoli morální bezúhonnost atd.). Ona morální neutralita však byla vztažena i na konkrétní lidi, kteří v těchto sférách aktivně působí, tedy na vědce, techniky, umělce, podnikatele, politiky. Obecně se má tedy za správné *nadřazení profesionality morálce*, třebaže jeho konkrétní důsledky bývají ad hoc odmítány.

Nedostatek konsensu v chápání nejen hodnot, ale i některých důležitých pojmů, jímž se vyznačuje naše kultura, výrazně ztěžuje až znemožňuje rozpravu o jakémkoli etickém problému. Debaty např. o vztahu člověka k jeho životnímu prostředí, o trestu smrti, umělém potratu, eutanázii atd. vesměs končí fiaskem; nejsou to rozpravy, nýbrž polemické konfrontace neslučitelných stanovisek, která nelze smířovat, nýbrž nanejvýš *interpretovat*, tj. pokoušet se *porozumět jejich motivaci*, tedy potřebám, přáním, nechtím apod. v jejich pozadí.

Tato situace, připomínající poněkud biblické babylónské zmatení, přiměla některé kritiky naší soudobé kultury ke konstatování jejího úpadku a k vyslovení nepříznivého prognostického soudu o její budoucnosti. Jiní, např. Hans JONAS, soudí, že nastává **věk odpovědnosti**, a doufají, že heroické prosazení vyššího stupně morálního vývoje v celospolečenském měřítku přivedí záchranu naší kultury.

SHRNUTÍ

Vypracovaný životní způsob, který je dílem generací a zakládá setrvačnou tradici, nazýváme kulturou. Každé kultuře je vlastní sdílené nazírání na svět a na hierarchii hodnot, tedy i morálka.

Naším prostředím je současná euroamerická kultura, která je výslednicí procesu modernizace, probíhajícího poslední dvě století. Tento proces vedl k rozkladu tradiční společnosti a k vytvoření společnosti moderní. Jejích vymožeností bylo dosaženo za cenu řady obtížně řešitelných problémů, které ve svém úhrnu zakládají permanentní krizi moderní kultury.

Moderní kultura je pluralitní. Zahrnuje různost neslučitelných postojů a zájmů.

Ze sebezáchovného důvodu musí trvat na jejich koexistenci, tedy na tolerování této různosti,

včetně tolerance morální plurality. Kromě této tolerance jsou proklamovanými hodnotami naší kultury autonomie (často nesprávně nazývaná „svobodou“) a seberealizace jednotlivce. S toliko proklamovanými hodnotami jsou často v rozporu hodnoty skutečně žité.

Zpochybnění pojmu dobra, svobody, odpovědnosti, a popření etické relevance rozsáhlých sfér lidské činnosti výrazně ztěžuje onu úvahu a rozpravu, která je podstatou etiky.

Literatura: Kohák, Arendtová, Ortega y Gasset, Mitscherlich, Jonas, Lorenz, Keller

7. Zrod lékařské etiky

Lékařská etika jakožto soustavně pěstovaný obor vědění je dílem druhé poloviny dvacátého století. Minulost sice nebyla k její předmětné oblasti lhostejná, ale necítila potřebu rozpracovávat etiku různých profesí, včetně té lékařské, protože respektovala – byť mnohdy nedůsledně – „etiku vůbec“.

Klasické moralistické texty, jejichž autory jsou významné postavy dějin medicíny, obsahují vedle vět, které jsou morálními normami, i návody, jejichž cílem je zachování stavovské prestiže. Ony morální normy tam nejsou zdůvodňovány, protože jsou pouhou konkretizací morálního nazírání své doby, pokládaného za samozřejmé. Tak je tomu např. v Přísaře HIPPOKRATOVĚ, která zapovídá umělý potrat i eutanazii, jimiž by se tehdejší lékař zstulil v očích veřejnosti (jde tedy o dovolávání se uznávané morálky), ale současně zavazuje k stavovské solidaritě, jejímž cílem má být mj. i zajištění lékařovy hmotné existence. HIPPOKRATES se už ale nezajímá o vztah lékař-pacient. Poprvé tak učinil až XXX o X století později.

Také středověk a novověk nešetřil jednotlivými morálními apely na adresu lékařů (příp. ranhojičů), odvozovanými od dobového morálního nazírání, ale nepocíťoval potřebu **počinání lékaře z etického hlediska nově promýšlet a výsledky těchto úvah zdůvodňovat**. Ta vznikla teprve nedávno, protože stávající morální konvence naší kultury se ukázaly jako nespolehlivé a nebylo možné se o ně opřít. **Potřeba soustavně pěstovat lékařskou etiku je tedy jedním ze signálů mravní i morální krize naší kultury.**

Podnětem k ustavení lékařské etiky jako oboru, ba dokonce jako předmětu výuky, byla otřesná zjištění o chování nacistických lékařů za druhé světové války. V dané souvislosti nešlo ani tak o lékaře-sadisty typu MUDr. Josefa Mengeleho (tam nebylo z etického hlediska co řešit), jako spíše o ty lékaře, kteří prováděli pokusy na věznicích koncentračních táborů. Z metodologického hlediska šlo o zcela racionální výzkumné projekty, např. o sledování reakcí organismu na mimořádné fyzikální a toxické vlivy. Některé výsledky těchto pokusů se staly dokonce praktickým přínosem (např. hibernace v chirurgii) – s tím ovšem, že nedobrovolnými pokusnými osobami byli vězňové, jimž byla **upřena jejich lidská podstata**; nebyl brán ohled na jejich vůli, ani na jejich utrpení, a mnozí toto experimentování nepřežili, a pokud ano, zůstali trvale tělesně i psychicky poznamenáni.

Norimberský tribunál se zabýval kauzou nacistických lékařů až v roce 1947. Při výsleších se ukázalo, jak dalekosáhle byli depersonalizováni dobrovolně akceptovanou ideologií. Hlubokou konsternaci však působila sebeobhajoba těchto experimentátorů: dovolávali se **běžné utilitaristické morálky**, jejíž klíčovou hodnotou je užitečnost: *maximální prospěch pro maximum lidí*. Z výsledků pokusů budou přece těžit celé generace! – Tím byl zaskočen nejen tribunál, ale i celá evropská kultura se svým morálním pluralismem, do jehož palety patří i morální utilitarismus vedle jiných -ismů. Otřesená veřejnost, včetně té lékařské, neměla pohotově pádný rozumový protiargument, intuitivně však cítila potřebu *širšího konextu nazírání*, v němž by nepřijatelnost očividného zla byla přesvědčivě zdůvodněna. Tímto kontextem se měla stát – *lékařská etika* jakožto soustavně pěstovaný *diskurs* (= rozprava) vycházející ze starosti o dobro. Jeho cílem mělo být formulování takových zásad, které by byly vodítkem *profesionální morálky*, poučené hrůzami nacismu. Tak tehdy rozhodly lékařské stavovské organizace svobodného světa.

Ve 4. kapitole jsme sledovali mj. **zrod etického vědomí v kontinuu zrání**: v „embryonálním“ Já, orientovaném podle principu slasti, se postupně vytvářela nová struktura svědomí nejprve heteronomního (Nadja), závislého na vnější autoritě, která postupně nabývala autonomie (v KANTOVĚ smyslu), aby pak – v nepatologickém případě – splynula se zralým Já, orientovaným podle principu reality, v jeden harmonický celek. Co se takto odehrává v *individuálním* plánu, může mít svou analogii v plánu *kolektivním*, tj. v dějinách určité konkrétní kultury. – Poválečná situace nám předvádí (v kolektivním plánu) **zrod etického vědomí z otřesu**. V prvním případě svědomí zvolna **procítalo**. V druhém se **vzpamatovává** zásahem šokující zkušenosti (pro niž si však uchovalo jakési předběžné porozumění, viz 2. kapitolu; jinak by otřes nenastal). I to je jedna z možných cest.

Zrůdnost nacistické ideologie byla plně nahlédnuta až po válce. Teprve pak byla možná úplná „inventura“ způsobeného zpusošení. Byl to zejména *holokaust* (hebr. *šoa*), tj. racionálně plánované a technicky dokonale prováděné vyvražďování evropského Židovstva, co zpochybnilo dosavadní evropský důraz na *pouhou technologickou racionalitu* (nezapomeňme, že právě v tomto ohledu asistovala německým nacistům řada příslušníků jiných národů, včetně slovanských). Ozřejmilo se, že „technika (resp. profesionalita) bez etiky“ zavádí nejen do slepé uličky, ale přímo do propasti. Samotná technika (resp. profesionalita), sledující svou vlastní dokonalost, je totiž slepá vůči různým mimotechnickým, mimoprofesionálním zájmům, které se pak snadno stávají pohnutkami její praxe. – Tím byl inspirován pokus formulovat **pevné, jednoduché a evidentní zásady, které se mají napříště stát nezpochybňovanými směrnici etického uvažování a rozhodování kteréhokoli lékaře**.

Iniciativy se ujali především Anglosasové: kontinentální Evropa, předtím semeniště a dějiště nacistických zvěrstev, neměla v první chvíli náležitý odstup, byť byla šokována. Budování zásad lékařské etiky proto nese pečeť tradičního *anglického empirismu*. Ony zásady nechť platí jako axiomy, opírající se o prostou empirickou evidenci. Nechť nevyžadují nějaké zvláštní rozumové zdůvodnění, aby mohly být přijatelné komukoli, kdo není předem nasměrován ideologickým zájmem, ať už se hlásí k jakékoli náboženské víře, nebo je ateistou či skeptikem. Rozumová argumentace nechť přijde ke slovu teprve po jejich přijetí, které samo budiž *samozřejmé*. – Po řadě diskusí byly tedy formulovány **čtyři základní zásady lékařské etiky**, jakási obdoba biblického Desatera. Jsou to: **1. princip nonmaleficence, 2. princip beneficence, 3. princip respektu k autonomii (pacientově) a 4. princip spravedlnosti** (podrobněji o nich v následující kapitole).

Tyto čtyři zásady nevytvářejí nějakou „hotovou“ lékařskou etiku. Jsou pouze jejím východiskem a směrnici, která se zatím při řešení etických problémů medicíny vždycky osvědčila. Je možné, že je bude nutno rozšířit o další (v současné době probíhají mj. diskuse o zásadách nakládání s pokusnými zvířaty), ale není třeba je odvolávat či měnit.

Formulování principů ještě není jejich uváděním v život. K tomu je třeba vůle, a ta může ovšem chybět (podobně i sebedokonalejší legislativa není zárukou právního státu). Zrod lékařské etiky jako soustavně pěstovaného oboru i vyhlášení jejích základních principů bylo jedním z nejvýznamnějších mezníků v dějinách moderní medicíny. **Praxe socialistického zdravotnictví**, vesměs již poválečného, ukázala, že i takovou skutečnost lze ignorovat. Jeho totální byrokratizace umožnila dalekosáhlou **depersonalizaci** (odosobnění) vztahu lékař-pacient: příliš často byl pacient přijímán lékařem ne jako jedinečná osobnost, ale jako jeden z mnohých, jako ten, který „má diagnózu“, potřebuje recept či zákrok, jako někdo, kdo cosi vyžaduje a obtěžuje. Takto přijímá dožadující se „stranu“ nezainteresovaný úředník. Toto zásadní nerespektování pacientovy autonomie (tedy nedbání 3. základního principu lékařské etiky) neblaze poznamenalo i terapii, neboť ji zbavilo jejího psychoterapeutického rozměru. Depersonalizován byl ostatně i lékař. Oboustranná nedůvěra pak vedla k vzájemnému odcizení lékařského stavu a laické veřejnosti (byrokratizace rozbila i team-spirit samotného lékařského stavu).

Byrokratický model je pouze jedním z **deficientních** (= nedostatkových) **způsobů praktikování lékařského povolání**. Všechny se tak či onak přiči zásadě respektování pacientovy autonomie

a depersonalizují obě strany vztahu lékař-pacient. Dnes, kdy se u nás zdravotnictví privatizuje, je zvláště přitažlivý **komerční (tržní) model**, který imituje vztah mezi výrobcem a spotřebitelem, případně prodejcem a kupcem. Zájmem prvního je maximální zisk, zájmem druhého minimální výdaje. – V **juristickém (právnickém) modelu** se lékař a pacient k sobě chovají nedůvěřivě jako odpůrci strany sporu, kdy pacient představuje stranu potenciálně žaující a lékař potenciálně žalovanou, při jejímž pochybení (skutečném i domnělém) zasahuje soud. – Nenápadně deficientní je i **expertní (vědecký) model**, kdy dominantním zájmem lékaře je vršení odborné erudice, případně vědeckých poznatků a jejich publikací, zatímco pacient je nenápadně odsunut do pozice pozorovaného objektu či pokusné osoby. – Z etického hlediska je jediný přijatelný **partnerský model**, v němž lékař i pacient otevřeně komunikují jako svébytné svobodné lidské bytosti. Do tohoto modelu lze nezasťřeně integrovat i ony zájmy, které v deficientních modelech dominují na úkor partnerství.

Samotné ustavení lékařské etiky jako samostatného oboru bylo přijato vesměs kladně. Po roce 1989 také u nás. Tato vstřícnost však není vždy spontánní. V 6. kapitole byla zmíněna obtížnost etické rozpravy v intelektuální atmosféře naší současné kultury. **Také v lékařském prostředí se lze setkat s rozpačitou reakcí na tematizaci etického rozměru lékařského povolání.** Jednostranný důraz na *expertní* resp. *technologickou* složku medicínské praxe, na profesionalitu výkonu a jeho úspěšnost, tedy **pragmatismus lékaře**, je postojem, z jehož hlediska je etická úvaha čímsi neproduktivním a nadbytečným. Lékař-pragmatik zpravidla opouští toto stanovisko, až když se sám stane pacientem. Z toho je patrné, že jde o postoj egocentrický.

Jiná potíž s akceptováním lékařské etiky samotnými lékaři spočívá v představě, že jejím účelem je poskytovat **direktivní návod, jak si v konkrétní situaci počínat.** Že jde vlastně o jakousi zjemnělou, luxusní obdobu zdravotnické legislativy. Je to názor u nás, v zemi duchovně devastované půlstoletým totlitním režimem, dosti rozšířený. **Přehlíží netotožnost etiky, morálky a práva** (viz 3. kapitolu). I lékařská etika je především úvahou a rozpravou o tom, co je (v dané situaci) dobré, tedy hledáním a nalézáním. Často i v situacích jedinečných, které nemají precedens, kdy je nutno se rozhodovat i v nejistotě a riziko tohoto rozhodnutí prostě nést. I lékařská etika může dospět k závěrům, které lze zevšeobecnit, resp. jejichž zevšeobecnění lze nabídnout. Nikdy však při tom nelze obejít úvahu a rozhodnutí onou úvahou zdůvodněné. Snaha o opak, o mechanické respektování norem, je projevem regresivní potřeby řídit se morálkou toliko heteronomní (prekonvenční – viz 4. kapitola), tedy formou alibismu.

SHRNUTÍ

Lékařská etika jako samostatný obor vznikla kolektivním rozhodnutím. Jeho podnětem byl otřes, který vyvolalo chování nacistických lékařů za druhé světové války. Potřeba ustavit lékařskou etiku signalizuje desorientovanost a nespolehlivost morálky naší soudobé kultury. Její ustavení je úctyhodným pokusem této demoralizaci čelit.

Prvním z výkonů lékařské etiky bylo stanovení čtyř základních principů, vycházejících ze zkušenostní evidence. Jsou to: princip nonmaleficence, beneficence, respektování autonomie a spravedlnosti. Jsou východiskem a směrnici každé etické úvahy a každý lékař by si je měl osvojit jako samozřejmost.

Lékařská etika osvětluje etickou dimenzi medicínské praxe. Tato její intence naráží na odpor, jehož nejčastějším zdrojem je pragmatický postoj lékaře a jeho neochota nést tíži úvahy a rizika autonomního rozhodování.

Zásadám lékařské etiky se přičíí nedostatkové (deficientní) modely medicínské praxe. Nejčastějšími jsou model byrokratický (úřednický), komerční (tržní), juristický (právnický) a expertní (vědecký). Optimální je model partnerský.

8. Čtvero základních principů lékařské etiky

Základní principy lékařské etiky jsou zpravidla uváděny podle jejich závažnosti, resp. podle závažnosti škod, které působí jejich ignorování. Tento důvod jejich řazení však působí spíše učebnicovým dojmem. Ve skutečnosti jsou důležité **všechny**.

A. Princip nonmaleficence

Jde o známou zásadu *neškodit* (*noli nocere, primum non nocere* apod.). Termín je odvozen z lat. *male* (špatně) a *facere* (dělat, činit). Je to vpravdě nuzné etické minimum: není-li lékař schopen kvalitně léčit, ať tedy aspoň neublíží! – Pojetí tohoto principu ze strany lékaře i pacienta je *konsensuální* (souhlasné), oba totiž rozumějí poškození *stejně* (lékař pouze rozumí *lépe*).

Poškození pacienta, k němuž dochází v souvislosti s léčbou, se nazývá **jatro(pato)genní**. Není záměrem tohoto textu uvádět výčet způsobů, jimiž může být pacient jatrogenně poškozen. **Příčinou** může být jakákoli chybná diagnóza, nevhodně zvolená terapie, správně zvolený, ale nesprávně (*non lege artis*) provedený diagnostický či terapeutický zákrok, nadměrné nebo zbytečné utrpení, nevhodné prostředí zdravotnického zařízení (od nosokomiální infekce až po psychotraumatizující ovzduší) atd. Některé možnosti poškození pacienta unikají pozornosti, a proto buďtež výslovně zmíněny. Je to např. *nepostižitelné systematické poškozování* některým ze standardních způsobů léčby při současném ignorování jejich nepříznivých vedlejších účinků, zejména pozdních (např. dlouhodobá medikace se vznikem lékové závislosti, bakteriální rezistence atd.); lze je alibisticky zapřít.

V našem zdravotnictví, v němž nadlouho zdomácněl *deficientní byrokratický model* (viz 7. kapitolu), je nejčastějším jatrogenním poškozením **depersonalizace pacienta**, jeho degradace na objekt, věc. Pacient je někým, kdo zatěžuje lékaře nejen svými stesky, ale i svou jedinečnou životní situací, do níž byl nemocí uvržen. Porozumět jí je náročné, protože si žádá od lékaře individualizující vnímavost a porozumění. Mnohdy jde o situaci *mezní*, s vyhlídkou trvalého poškození, ba i smrti. Přijmout ji nikoli rutinně, ale s plným nasazením, je pro lékaře nesnadné i za příznivějších okolností, natož tam, kde vztah mezi oběma nabyl podoby vztahu mezi obtěžující stranou a obtěžovaným úředníkem. Neúčastnost lékaře i odosobňující zdravotnické prostředí snášejí *všichni pacienti bez výjimky* těžce a vytvářejí si pak k medicíně i k lékařskému stavu vztah *vyhrocené ambivalence*, směs závislosti a nespokojenosti, která bývá zdrojem konfliktů a může vést i k vyhýbání se ošetření, hledání nestandardní alternativy aj.

Nejčastějším **důvodem** jatrogenních poškození je *zanedbání* důležitých informací (dat, pravidel, souvislostí, okolností atd.) lékařem. Nepodceňujme, ale ani nepřeceňujme význam jeho přetíženosti, únavy a jiných nezaviněných indispozic. „*Selhání lidského faktoru*“ je sice statisticky „normálním“ jevem; jeho minimalizaci ale prospívá už to, že o jeho možnosti víme. *Autokritičnost* lékaře je proto nejučinnější prevencí. Rubem jejího nedostatku je zanedbávání jako trvalá charakteristika jednání, totiž **nedbalost**. Ta je výslednicí různých okolností víceméně konstantního rázu: nedostatku schopností, absolutního nebo i jen relativního vzhledem k aspiracím lékaře, převahy jeho mimoprofesionálních zájmů, neuspořádaného soukromého života, konfliktních poměrů na pracovišti a čekoholi dalšího, co brání plnému soustředění včetně osobnostní patologie samotného lékaře a také ovšem pacienta.

Má lékař právo na profesionální chybu? Je to nepřesná otázka, protože neexistuje princip, který by zakládal oprávnění jednat nesprávně, ale sotva ji lze položit lépe. Naproti tomu nás vědomí obecná lidské nedokonalosti *zavazuje tolerovat chybu učiněnou bona fide*, tedy „v dobré víře“, resp. při základní dobré snaze (*errare humanum est*, chybovat je lidské). Tento imperativ tolerance však neruší *odpovědnost* za chybu. Tolerovat chybu učiněnou bona fide by měli ti druzí, nikoli ten, kdo se jí dopustil. Ona tolerance je svobodným aktem. Je potěšitelná, ale vyžadovat ji nelze. Existuje ostatně jakýsi toleranční práh, individuálně i situačně specifický. V zásadě platí, že závažné nevratné poškození, byť by bylo důsledkem chyby bona fide, tolerováno není; zpravidla je fiaskem vztahu lékař-pacient a nezřídká se jím zabývá soud.

Má lékař sdělit pacientovi, že se dopustil chyby? Ideální partnerský vztah si žádá sdělení. Vztah lékař-pacient je však zřídka ideální už proto, že je asymetrický. U nezávažného a vratného poškození lze tolerovat jeho nesdělení, *je-li to v zájmu zachování funkčnosti vztahu*, která může být vyšší hodnotou. Rozhodování je individuální a řešení těž. Rozhodně však neplatí povšechná norma *nesdělovat!* Kdo si ji zvolí jako strategickou zásadu, dříve či později riskuje vztah i více. – Nebývá výjimkou, že lékař nad vlastním chybováním zavírá oči a vědomí učiněné chyby bezděčně vytěsňuje nebo záměrně potlačuje. Tím se vzdává prevence opakování stejné chyby.

K jatrogenním poškozením dochází zpravidla *neúmyslnou nedbalostí*. Pro úplnost pamatujme i na možnost **úmyslného poškození**, třeba nepředstavuje etický *problém* (naopak jde o záležitost nad slunce jasnou). V situaci úpadku stavovské morálky a celospolečenské morální desorientace přestává být tato zdánlivá absurdita výjimkou, tak jako jí přestává být hrubé zneužití profesionálního postavení a kvalifikace ve službách ideologických nebo komerčních zájmů. Lékař podplacený farmaceutickou firmou a lékař jako člen zločinecké skupiny, to jsou krajní póly onoho spektra možností, které se bohužel stávají skutkem. Osobnostní (tedy i mravní) integrita a morální odolnost lékaře je tu nejspolehlivější prevencí.

B. Princip beneficence

Tento imperativ velí činit (pacientovi) dobro (lat. *bene* = dobře). Shovívavý despekt, spojovaný s výrazem *dobročinnost* (= přesný překlad *beneficence*), svědčí nejen o posunu významů, ale i o jisté nevážnosti, jíž se téma etiky těší v naší současné kultuře. Pojem *dobra* je však i důvodně problematický, neboť: co je – v našem případě pacientovo – dobro? Odpověď je zdánlivě jednoduchá: co nejvyšší míra zdraví.

Nejčastější pojetí **zdraví** je naivně zúžené: je to stav *tělesného* optima. Prostomyslného, povrchního či jednostranně zaměřeného pacienta není vždy snadné přesvědčit, že je to i stav *duševního* (*psychického*) optima. Někdy i lékař nenahlíží, že se neobejde bez pojmu *sociálního* optima. A je třeba určité moudrosti, abychom v plném zdraví viděli také stav *duchovního* optima. Byl to zejména Viktor FRANKL, zakladatel tzv. *logoterapeutické* školy, kdo zdůrazňoval, že absence vědomí životního smyslu (= existenciální frustrace, zdroj tzv. noogenních poruch) se neslučuje s plným zdravím. O existenci duchovního rozměru zdraví vypovídají situace, kdy je jeho tělesný rozměr vyloučen: situace těžce handicapovaných a umírajících.

Ztotožněním dobra a pacientova zdraví nechybujeme, ale v lékařské etice s ním nevystačíme. U pacientů, kteří jsou nebo mohou být zdrojem ohrožení okolí (agresivitou, nebezpečnou infekcí), přihlížíme i k **dobru těch druhých**. Tento dvojí zřetel – pacient versus jeho okolí – je ovšem kontroverzním tématem. Soudobá kultura zdůrazňuje hodnoty *individualismu* a naše postkomunistická společnost, horlivě se s ní ztotožňující, reaguje někdy až alergicky na to, co pokládá za *kolektivismus*. Omezování práv pacienta v zájmu dobra těch druhých je proto přijímáno dosti nevlídně. Ale např. v situaci osamělé schizofrenické matky, která se odmítá léčit, a přitom těžce psychotraumatizuje dvě malé děti, rozpoznáme snadno, že hodnota zachování zdraví (možná i života) dětí je víc než šetření občanských svobod psychotické matky – a co je důležité: nerespektování prvé hodnoty může mít nepoměrně zhoubnější následky než nerespektování té druhé (o dobru těch druhých pojednáme též ve čtvrtém oddíle této kapitoly)

Není každá situace takto jednoduchá, proto nezbyvá než individualizovaný postup *ad hoc*. Velmi často se stává, že pacient (i duševně zdravý) nenahlíží, co je jeho dobro. Že odmítne jediné spásné řešení (např. chirurgický zákrok při zhoubném nádoru), a tím dostává lékaře do situace **mravního dilematu** (řec. *dilemma* = rozcestí). Dilematem je i rozhodování mezi dobrem a zlem. To je ale dilema pouhé vůle, nikoli intelektu; může být nesnadné, ale není to *problém* k řešení. Takovým problémem je zato rozhodování *mezi dvěma dobry*, nejsme-li si jisti, které je větší. Co je lepší, zachovat proti pacientově vůli jeho život, anebo respektovat jeho autonomii? Neexistuje obecně platná norma, záleží na *situaci*. Mnohdy nesporné situační řešení nenalezneme a musíme se heroicky rozhodnout. Máme-li důvodné pochyby o rozhodovací kompetenci pacienta (zejm. o jeho psychické disponovanosti), máme důvod řídit se více *svým vlastním pojetím jeho dobra*. Proto se

zpravidla nesolidarizujeme se sebevrahovým záměrem, protože důvodně počítáme s jeho psychotickou nebo reaktivní depresí (více o dilematu toho druhu v následujícím oddíle).

Na rozdíl od *poškození*, které chápou oba, lékař i pacient, většinou konsensuálně, je něčí *dobro* pojem problematický. Jen v jednoduchých situacích (např. zubní kaz) je oba chápou shodně (zda je takových většina, není jisto, protože oboustranná vůle ke shodě napomáhá i oboustranné konsensuální *autostylizaci*). Není výjimkou situace „moudřejší pacient contra omezený lékař“, kdy pacient chápe své dobro v širších souvislostech, tedy přiměřeněji. – Buď jak buď, údělem lékaře, který pojímá *zdraví* v jeho plném smyslu (viz výše), je pacientovo dobro spíše *hledat* než jednoduše *prima vista* konstatovat. A to lze jedině v rámci *dialogu s pacientem*.

C. Princip respektování autonomie

Albert SCHWEITZER (xxxx-xxxx), lékař a výjimečně košatá osobnost 20. století, spatřuje základní etickou hodnotu a současně imperativ v *úctě k světu a životu*. Úcta k životu je stěžejní moto i Erichu FROMMOVI (xxxx-xxxx). Tento psycholog, filozof a psychoterapeut hovoří o základní potenci zdravého ducha jako o *biofilii*. Ta je přitakáním životu a každému tvoru na rozdíl od *nekrofilie*, duchovní impotence, jejímž výrazem je přání, aby kromě mne samého nic nebylo, a pokud ano, pak jedině k mé dispozici.

Jsme-li s to jejich nabídku přijmout, nebude nám zatěžko zaujmout **pozitivní vztah k bytí a k bytostnému určení jednotlivých jsoucen**. Nebudou nám lhostejny neživé věci, protože jsou a bytí je víc než nebytí. Tím méně nám budou lhostejny živé bytosti, protože biosféra – na rozdíl od anorganického světa – imponuje svým antientropickým vzepětím. A zaujme nás lidský svět, který má další „plus bytí“, jímž je možná vědomí (není to jisté: vágní vědomí nelze upřít obratlovcům, zejm. savcům), ale jistě je jím *svoboda* jakožto *otevřenost existence*, jako zásadní možnost sebeurčení (na rozdíl od determinace instinkty u zvířat). Lidský svět má *dějiny*, příběh, k jehož porozumění potřebujeme kvalitativně vyšší pojmovou výbavu než k popisu přežívání živočišného druhu.

Přijetím oné nabídky (SCHWEITZER a FROMM zdaleka nebyli prvními, kdo ji připomněli) přijímáme nejen bytostné určení člověka, který má „více bytí“ než jiná jsoucná, ale i závazek solidarity s nimi, tedy i s druhými lidmi, především s tím, s kterým se reálně setkávám a mám s ním co činit (proto se mu říkává postaru *bližní*). Proto mu neupírám jeho lidskou podstatu a samozřejmě **respektuji jeho bytostné určení, jeho autonomii, jeho možnost svobody**. Těmto atributům, které jsou současně hodnotou, se říká *dignita (důstojnost) lidské osoby*.

V tomto ohledu je vztah lékař-pacient *symetrický*: oba se setkávají jako rovnoprávní *partneři*, uzavírající *smlouvu* (juristický model jednostranně vyzdvihuje kontrolu jedné smluvní strany – lékaře). V jiném ohledu je ovšem *asymetrický*: pacient strádá, lékař zpravidla nikoli; lékař je informovaný, pacient zpravidla nikoli. Tato částečná asymetrie zakládá u lékaře pokušení učinit vztah asymetrickým zcela (jeho role je pak méně náročná). Pacient to cítí jako svou degradaci: „Jsem pro něho kus,“ resp. „případ“ (depersonalizace), nebo: „Jedná se mnou jako s malým dítětem“ (infantilizace).

Deficientní modely (viz 7. kapitolu) vesměs nastolují nějakou formu totální asymetrie, neboť odosobňují (depersonalizují). Je tomu tak i v **modelu paternalistickém**, založeném na *infantilizaci pacienta lékařem*. Lékař tu jedná s pacientem jako rodič s nedospělým dítětem: rozhoduje, diriguje, chlácholí, plísni – a nepředpokládá u pacienta schopnost partnerského vztahu, tak jako u dítěte nepředpokládáme schopnost komunikovat dospěle. Je to model rozšířený i mezi svědomitými lékaři. Napomáhá tomu okolnost, že strádající pacient snadno *regreduje* na ontogeneticky starší úroveň, neboť je ohrožený, tedy bezmocný, závislý, úzkostný – jako kdysi, když byl dítětem. Rád se tedy svěří tomu, od koho očekává pomoc. Pacientově regresi máme rozumět, máme umět se do ní vcítit, ale nemáme ji pokládat za „normální“ či dokonce za žádoucí, jde koneckonců o psychopatologický jev. Naopak je třeba pomoci pacientovi jeho regresi překonávat, aby se dokázal vyrovnat s nemocí či zraněním a jejich následky na dospělé úrovni.

Kdy lze paternalistický postoj lékaře tolerovat? Tam, kde sám pacient jinou možnost nepřipouští. Bývá tomu tak u psychicky nevyzrálých jedinců, pasivních a závislých, u nichž nejde o pouhou reaktivní regresi, ale o povahový habitus, a oni nemohou jinak. Pak svůj (umírněný) paternalismus *tolerujeme*, ale aktivně *nenastolujeme*. Paternalismus lékaře je *na místě u dětí předškolního a raného školního věku*, kdy odpovídá dosažené míře zralosti, ale ani pak nepřiměřeně neinfantilizujeme (desetiletého degradujeme, jednáme-li s ním jako s prvňáčkem). K pubescentům, pokud nejsou depresivní, se tak už nechováme: respektujeme jejich vůli být „jako dospělí“.

Lze zásadu respektu k pacientově autonomii suspendovat? Někdy pacient evidentně není autonomní: v kojeneckém a v batolecím věku, při kvantitativních i kvalitativních poruchách vědomí (včetně narkózy), v psychotických stavech, při hlubší demenci apod. Pak je záhodno konzultovat rodiče, příbuzného, opatrovníka. Někdy však není po ruce (a situace je naléhavá), případně nikdo takový neexistuje. Pak jednáme podle svého nejlepšího vědomí a svědomí, ale vždy se zřetelem k tomu, jakým tento člověk bude, byl či mohl být; respektujeme dignitu jeho osoby (byť by jeho osobnost byla nerozvinutá nebo zaniklá).

Existují pacienti, jejichž smýšlení je *v rozporu s obvyklou medicínskou racionalitou*, aniž bychom u nich zjišťovali závažnou psychopatologickou symptomatiku. I jinak vyznávají stupnici hodnot odlišnou od „standardních“ poměrů, která však v jejich případě vyplývá ze *svobodné volby*. Mohou být příslušníky jiných kultur, méně obvyklých náboženských společností apod. (např. svědkové Jehovovi, trávající na doslovném výkladu Písma a odmítající krevní transfuzi). Nevyhýbejme se otevřenému rozhovoru s nimi, abychom si ověřili povahu jejich pohnutek (nevzdělaný a nemyslivý lékař se tu může ocitnout v trapných rozpacích). Zpravidla zjistíme, že si počínají *autonomně*, a po splnění legislativních náležitostí (revers) to *respektujeme*. Jinak je tomu např. u dětí z jehovistických rodin, o jejichž autonomii důvodně pochybujeme; záchrana jejich holého života je pak vyšší hodnotou než zachování stávající podoby vztahu rodič-dítě.

Respektování pacientovy autonomie je nezbytnou podmínkou partnerského vztahu lékař-pacient. O tom, že tento vztah má přednost před jakýmkoli jiným, včetně paternalistického, se přesvědčujeme v *mezních situacích*, k nimž v důsledku nemoci občas dochází a kdy má pacient učinit *závažné životní* (tedy nejen medicínské) *rozhodnutí*. Např. změnit zaměstnání, uzavřít manželství při handicapující chorobě (za obdobných okolností může manželský partner uvažovat o rozvodu), rozhodnout se pro rodičovství při prokázané hereditární zátěži, pro asistované početí, volit mezi těžce invalidizujícím chirurgickým zákrokem a pokračujícím infaustním onemocněním, zvolit si prostředí svého skonu atd. Tu by mělo jít vždycky o *autentickou volbu pacienta samotného*. Je předem jasné, že lékař za takovou volbu neponese odpovědnost, a bylo by od něho trestuhodně lehkomyšlné rozhodovat za pacienta. Je velmi riskantní při zásadním životním rozhodování byť jen *radit*. Pacient často snáší břímě své odpovědnosti nerad a ochotně si radu lékaře přetlumočí jako *pokyn*. Ze samotné podstaty své úlohy tu však lékař nemá být neúčastným divákem (v duchu cynického rčení „to je váš problém“), ale *asistentem pacientova Já*: upozorňuje na okolnosti, které pacient přehlédl či podcenil, pomáhá mu prověřovat kvalitu rozhodnutí, reprezentuje mu *common sense* („zdravý rozum“), dbá o to, aby se pacient rozhodoval co nejkompetentněji, ale sám za sebe. Jakmile se pacient definitivně rozhodl – třeba i jinak, než by se na jeho místě rozhodl lékař – je s ním (nikoli s aktem rozhodnutí, ten už byl proveden, ale s pacientem) nadále solidární, je *při něm*. – Toto platí o *zásadních životních rozhodnutích* pacienta, nikoli o rozhodnutích medicínských. Tam lékař radí, doporučuje, nedoporučuje, spolurozhoduje a ovšem i – se souhlasem pacienta – rozhoduje (o informovaném souhlasu viz následující kapitolu).

Respekt k pacientově autonomii nás činí vnímavými i k jeho **intimitě** (psychologickým předpokladem je tu ovšem naše zachovalá vnímavost k vlastní intimitě). Ze sebezáchovných důvodů odpovídá míra *otevřenosti* naší komunikace míře *důvěry*. Strážcem našeho bezpečí je tu především *stud*. Jeho absence, *nestoudnost*, je zpravidla i psychickým defektem (viz 4. kapitulu, Eriksonův „šestý věk“). Je rizikem nejen psychické traumatizace, ale i znehodnocení toho, co si může podržet svou hodnotu pouze v důvěrném vztahu, ať už je obětí naší nestoudnosti ten druhý, nebo my sami. – Protože vztah lékař-pacient má být *důvěrný*, respektujeme pacientovu potřebu

intimity. Jedním z aspektů tohoto respektu je i *diskrétnost*, k níž nás zavazuje legislativa svým principem *povinné mlčenlivosti*.

C. Princip spravedlnosti

Zatím jsme se pohybovali v prostoru dyadického vztahu *lékař-pacient*. Existuje však i vztahové pole *lékař a jeho pacienti*, ba dokonce pole ještě širší: většina pacientů má své blízké (ty má ostatně i lékař), existují jiní lékaři se svými pacienty, tedy systém *zdravotnictví* s jeho silami a prostředky, posléze společnost organizovaná ve stát, vynakládající na zdravotnictví část svého bohatství, jejíž každý příslušník se může stát pacientem, zkrátka celé předivo významů, zájmů, potencialit (a jejich omezení). To může ovlivňovat i jedinečný vztah lékař-pacient. V zájmu zachování a fungování této struktury má být respektováno bytostné určení každého z participantů, a nejen pouze některých. *Každému, co jeho jest* (= co mu patří), *rovným rovně, nerovným nerovně, nic na ničí úkor* – souhrn těchto zřetelů tvoří to, čemu říkáme **spravedlnost**. (....)

Ontogenezi lidské bytosti (viz kapitolu 4) můžeme chápat jako *procitání do větší plnosti bytí*, jehož součástí je i *překonávání prvotního narcismu* (= sebelásky). Pomocníkem je tu příležitost nacházet v nejbližších lidech své Ty, která má své pokračování v objevu *potenciálního Ty* v komkoli. Toto vědomí, potencované schopností *empatie* (= vcítění), je základem **altruismu**. Jeho nedostatek nás vystavuje pokušení toho, čemu současný filosof Emmanuel LÉVINAS (*1905) říká **zbavit toho druhého jeho lidské podstaty**. Depersonalizace (odosobnění) pacienta lékařem, kterou nacházíme v nedostatkových modelech vztahu lékař-pacient, je jen jiným názvem tohoto aktu (jeho nepřijatelnost nahlédneme nejspíše tehdy, když se sami stáváme jeho obětí). Varuje nás před ním princip respektu k pacientově autonomii. Princip spravedlnosti rozšiřuje toto varování i na situace všech potenciálně zúčastněných.

Trpím-li infekční chorobou, mám starost o své uzdravení a můj lékař ji sdílí se mnou. Současně jsem i zdrojem nákazy těch ostatních a záleží na mém chování, zdali dojde k jejich onemocnění či ne. Má situace mi proto ukládá další starost, tentokrát o ty druhé. Vnímám-li je jako své blízké, nečiní mi to potíže. Jinak je tomu, jsou-li mi lhostejní. Protože reagujeme na ohrožení svého zdraví mj. regresí včetně „návratu“ k primitivnímu narcismu, máme sklon zájmu těch ostatních nedbat. Je na lékaři, aby nás na to upozornil a potřebný ohled od nás *vyžadoval*. Příslušná legislativa, pokud existuje, nás k tomu může ostatně donutit.

Možností nerespektovat princip spravedlnosti v rámci vztahu lékař-pacient je nepočítaně (a není v moci legislativy brát je všechny v úvahu). Spočívají zpravidla ve *vyločení třetího* (čtvrtého, pátého...), o jehož oprávněný zájem se také jedná. Ten kdosi může být ohrožen infekcí, psychotickou agresí, důsledky nějaké indispozice (pro niž by pacient neměl mít řídičský či zbrojní průkaz nebo by neměl mít přístup k určité profesi), může být popřena jeho životní role (radí-li např. gynekolog neplodné manželce, aby zkusila potají soulož s jiným mužem) atd. Naši současnou kulturu charakterizuje mj. spor o to, zda tímto „vyločeným třetím“ může být jedinec v prenatálním období života. V situaci nedostatku se může pacient dožadovat péče, kterou by naléhavěji potřeboval někdo jiný a komu se jí proto nedostane (o tom viz X. kapitolu o *alokaci*).

Spravedlnost pro další osoby znamená pro pacienta zpravidla nějakou **újmu**, k níž nemusí být ochoten. Zřetel k principu spravedlnosti se proto může ocitnout v rozporu s uplatňováním principu autonomie i beneficence. Je pak na lékaři, aby zvážil obě alternativy, preferovanou i obětovanou, a aby byl v případě potřeby strážcem spravedlnosti a o jejím smyslu přesvědčil pacienta. Sám se může ocitnout v situaci *mravního dilematu* (nevyhnutelé volby mezi dvěma ekvivalentními dobry) i *nezbytí jednat proti pacientově vůli* (např. povinná evidence, nucená hospitalizace). Posléze uvedenou situaci se snaží upravit zdravotnická legislativa.

Je součástí spravedlnosti **právo na zdraví**, deklarované v řadě soudobých dokumentů? Není. Každý máme právo na to, aby bylo šetřeno našeho života, zdraví atd., nikdo tedy nemá právo nás na nich zkracovat, a pokud žijeme v právním státě, máme nárok na jejich ochranu, ale jinak nemůže být zdraví jako takové (stejně jako např. štěstí) předmětem nároku, jemuž by odpovídala něčí

povinnost. Něco jiného je **právo na péči o zdraví**, pokud se společnost (stát), resp. její zákonodárný orgán rozhodne, že ji bude v nějaké míře ze státních prostředků zajišťovat.

9. Informovaný souhlas

Že má být pacient srozuměn s každým opatřením, které se ho týká, s každým diagnostickým nebo terapeutickým zákrokem, že se tak má dít nejen s jeho vědomím, ale i s jeho souhlasem, je očividná samozřejmost. V našich nedávných i současných poměrech tomu tak nebylo a není. Mnozí lidé mají úzkostnou a deprimující zkušenost s pobytem ve zdravotnickém zařízení, kde se s nimi „nikdo nebavil“, protože lékař či sestra neuznali za vhodné sdělit jim, co jim je a co se s nimi bude dít. Nejen *vyžádání souhlasu*, ale i prosté *informování* je pokládáno za něco nadbytečného. Je smutně groteskní, že tuto zkušenost učinili i mnozí lékaři, pokud se sami stali pacienty, ale se svými pacienty jednali i pak podobně. Tuto deformaci profesionální role a mnohdy i samotné osobnosti lékaře působí *byrokratický model* (viz kapitolu 7, 8), který se takto reprodukuje.

Jde o **nerespektování principu pacientovy autonomie**. Je to v rozporu se zřetelem jak etickým (ignorování bytostného určení toho druhého), tak i ryze medicínským (znemožnění pacientovy spolupráce s léčbou). Depersonalizovaný pacient pak reaguje rezignací. Případná neoblíbenost lékařů má hlavní zdroj právě zde.

Má-li vztah lékař-pacient odpovídat *partnerskému modelu*, musí být **dialogem**. Má-li být pacient partnerem, nemůže být *pouhým objektem*, nýbrž *spoluautorem* všech rozhodnutí, týkajících se jeho léčby, anebo s nimi má přinejmenším *souhlasit*. Může se zajisté svého podílu na rozhodnutích *dobrovolně vzdát a zplnomocnit k nim lékaře* samotného. Toto rozhodnutí je přijatelné, je-li skutečně dobrovolné. Lékař by neměl pacienta do něj manévrovat (např. sugerováním nejistoty a bezradnosti).

Nezbytnou podmínkou (*conditio sine qua non*) každého závažného rozhodnutí lékaře je tedy pacientův **souhlas**. Aby byl kvalifikovaný, kompetentní, musí být pacient *náležitě poučen*. Proto hovoříme o **informovaném souhlasu**. Co musí pacient vědět, abychom jeho souhlas pokládali za kompetentní?

Má rozumět podstatě své nemoci (včetně prognózy) a její léčby. Má znát terapeutické postupy, které přicházejí v úvahu, a jejich rizika (R/B = risk/benefit ratio), je-li to významné, tedy i jejich nákladnost (C/B = cost/benefit ratio), a ovšem i míru jejich zátěže včetně strádání (bolestivost apod.). Záleží na pedagogické a psychologické (psychoterapeutické) schopnosti lékaře, který má volit takový způsob sdělení, aby byl jeho obsah pacientovi intelektově i emočně přístupný. Pokud si lékař osvojil styl jednání s pacienty, odpovídající partnerskému vztahu (pokud je tedy svým postojem vychovává k postoji odpovídajícímu), nebude mít s tímto závažným sdělením zvláštní potíže. Těm se však sotva vyhne lékař-byrokrat či lékař-expert, zvyklý své pacienty depersonalizovat, zatímco oni už dávno rezignovali na partnersky otevřenou komunikaci.

V jednoduchých situacích může být takové sdělení jednorázové (třeba i několika větami na stomatologickém křesle), ve složitějších si vyžádá i několika „osvětových lekcí“. Lékař si *ověřuje, zda pacient řádně porozuměl*. Nestylizuje se do role chladně věcného neutrála, nýbrž zůstává sám sebou (i tím projevuje svou účast), doporučuje, případně nedoporučuje, a jedno i druhé srozumitelně zdůvodňuje. Důrazně upozorní na závažnost těch postupů, které není radno přerušovat (např. antibiotické kúry). Když se ubezpečil, že pacient rozumí a že sám odpovědně zvažuje, požádá ho o rozhodnutí nebo o souhlas se svým návrhem. *Mutatis mutandis* (= změněme-li, co je třeba změnit) to platí i o rodičích nezletilého dítěte. Pamatujme na pacientovo právo jednou učiněné rozhodnutí změnit (je-li to technicky možné).

Netřeba si zastírat, že zásada informovaného souhlasu předpokládá určité minimum psychické integrity pacienta i lékaře. V našich současných podmínkách, poznamenaných čyřicetiletím státně

pečovatelského dirigismu i nešvary socialistického zdravotnictví, počítejme u svých pacientů s vyšší mírou pasivity a závislosti, s nedostatečnou úrovní zdravotnické vzdělanosti, tedy i s neochotou samostatně uvažovat a spolurozhodovat o své nemoci a její léčbě. Často budeme proti své vůli nuceni zaujímat paternalistický postoj ke spokojenosti svých málo angažovaných pacientů, kteří nás budou rádi zplnomocňovat i k závažným medicínským rozhodnutím, aniž budou žádat o jejich zdůvodnění. Tato situace nám budiž podnětem k jejich trpělivé výchově k větší samostatnosti: vzdor jejich nezájmu je informujeme a žádáme o souhlas. V západních demokraciích se před 20 až 30 lety zásada informovaného souhlasu prosazovala proti setrvačnosti pacientů i některých lékařských kruhů. Dnes je tam samozřejmostí, nejvíce v USA. Přitom to nebyl vždy altruistický motiv, co ji uvádělo v život, nýbrž – sebeobranný zřetel, k němuž přiměla lékaře justiční praxe. K juristickému modelu, rozšířenému zejm. v USA, patří i to, že se nespokojení pacienti obracejí na soud. Ten vycházel důsledně ze smluvní povahy vztahu lékař-pacient a trval na informovaném souhlasu pacienta.

U zcela rutinních výkonů (změření teploty, krevního tlaku, injekce anestetika) po jejich ohlášení nevyžadujeme pacientovo výslovně „ano“, neboť očekáváme s pravděpodobností rovnou jistotě jeho vyslovení. Mluvíme tu o **očekávaném souhlasu**. – V urgentních situacích, vyžadujících rychlé výkony zachraňující život, kdy je pacient často v bezvědomí, neztrácíme čas zjišťováním souhlasu, neboť předpokládáme s pravděpodobností rovnou jistotě, že by se nám jej dostalo. Mluvíme o **předpokládaném souhlasu**.

O informovaný souhlas se nemůžeme opřít tam, kde je z podstaty věci nemožný, tj. u dětí a u psychicky těžce handicapovaných (viz kapitola 8/C). Legislativa nás odkazuje na jejich zákonné zástupce, vůči nim samotným nás v tomto ohledu k ničemu nezavazuje. Zřetel k dignitě jejich osoby však ano. S vynaložením veškerého psychoterapeutického umu bychom jim měli smysl svého konání přiměřeně přiblížit (a nepočínat si jako veterinární lékaři).

O informování pacientů s prognosticky infaustní chorobou pojedná X. kapitola.

10. Alokace

Mezi lékaři tento latinismus (*ad = k; locare = umísťovat, lokalizovat*) zatím nezdomácněl, naproti tomu mezi ekonomy je běžný. Alokace je *nakládání s nedostatkovými zdroji*, volně přeloženo: *přidělování*. Alokační rozhodnutí je odpovědí na otázky: jak umístit? Kam přidělit? Komu kolik? Komu nejdřív? Ta nejobtížnější zní: *Komu ano a komu ne?*

Alokační rozhodování je podmíněno resp. vynucováno samotným faktem *nedostatkosti* určitých zdrojů (prostředků, kapacit). V socialistickém systému byla *rozdělování* statků věnována větší pozornost než jejich *tvorbě*. Mělo to i psychologické důsledky v podobě některých rozšířených představ, postojů (očekávání) a způsobů chování. Reprízou *mýtu o rohu hojnosti* bylo přesvědčení, že společnost (stát) je povinna poskytnout každému takovou péči, jakou potřebuje, bez ohledu na její nákladnost. Důsledné uplatňování tohoto nerealistického postoje by vedlo k hospodářskému rozvratu. V dobách, kdy jedinými vyšetřovacími metodami byly poslech a poklep, tomu bylo jinak, ale v epoše moderní medicíny je zdravotnictví jako celek funkcí vysoce nákladnou a hluboce neziskovou, což nás nutí k hospodárnosti. Péči je proto možno poskytovat jen v takové míře, jaká odpovídá možnostem (nikoli potřebě).

Kromě vzduchu k dýchání všechno ostatní ve zdravotnictví vyžaduje náklady a může se stát *nedostatkovým*. Prostory, pracovní síly, odbornost, možnosti diagnostických i terapeutických zákroků atd. a v neposlední řadě čas. Dokonce i psychická kondice personálu včetně lékařů je *do určité míry* závislá na vynaložených nákladech (na organizaci provozu, míře zátěže a zotavení, na finančním ohodnocení apod., jako kdekoli jinde). Nelze říci, že v bohatých zemích není nouze, a tedy ani potřeba alokačních rozhodnutí. V chudé rozvojové zemi bývá v době epidemie nouze

o lékaře a o antibiotika, jinde běžná. V rozvinuté zemi je nouze o velmi nákladné špičkové inovace, které – jakmile byly jednou uvedeny do provozu – se stávají předmětem zájmu potřebných, jichž je zpočátku vždycky víc než těch, jimž může být tato zprvu exkluzivní pomoc poskytnuta. – **Stejně jako diagnostická a terapeutická úvaha je tedy i alokační rozhodování nezastupitelnou součástí pracovní náplně každého lékaře.** Třeba jen v podobě nenápadné otázky, která se však vynoří několikrát denně: kolik času věnovat kterému pacientovi?

Nevítaným důsledkem nedostatku sil a prostředků je fakt, že potřebnou pomoc nemůžeme poskytnout všem. Vystává *kruciólní otázka alokačního rozhodování: komu ano a komu ne?* Představuje mravní dilema, neboť se tu střetává *princip beneficence s principem spravedlnosti* a není jiného racionálního řešení než omezení prvého druhým. Etická relevance alokačního rozhodování spočívá v imperativu: *rozhodnutí má být spravedlivé* (viz 8. kapitolu). I v tomto případě jde o hledání a nalézání vyššího dobra (oproti nižšímu). Zásady tohoto počínání vytvářejí to, co klasická etika (*philosophia moralis*) nazývala **distribuční spravedlností** (*justitia distributiva*).

Ten, kdo rozhoduje, bývá poté někdy vystaven psychologickému tlaku své vlastní nejistoty nebo nespokojenosti té strany, jejíž potřebnosti nebylo vyhověno. Nechybějí ani obvinění typu „vy jste ho zabili“. Jsou nespravedlivá: alokační rozhodnutí nejsou popřením principu nonmaleficence, ale neuplatněním principu beneficence u někoho a jeho uplatněním u někoho jiného – ve jménu principu spravedlnosti. Po rozhodnutí podle nejlepšího vědomí a svědomí nejsou pocity viny na místě.

Podobně nelze tvrdit, že se alokační rozhodnutí, preferující potřeby jednoho a opomíjející potřeby druhého, přičí zásadě spravedlnosti „nic na ničí úkor“. Opomíjený druhý není poškozován *ipso facto*, tj. samotným faktem pomoci poskytnuté prvému, ale poruchou zdraví, která zakládá potřebu pomoci nezávisle na prvém; potřebu, jíž bohužel nelze vyhovět.

Alokační rozhodování může probíhat na *dvou úrovních*. Na **mikroalokační úrovni** rozhodujeme *mezi jednotlivci*. Příklady: na anesteziologicko-resuscitační oddělení jsou doporučeni současně dva pacienti, ale je tam jediné lůžko volné; na plně obsazenou jednotku intenzivní péče je nutné přijmout pacienta a nezbývá než přeložit některého z dosud hospitalizovaných na interní oddělení; obdobný problém vyvstane při ordinování nákladného či jinak nedostatkového léku, při sestavování pořadníků čekatelů (na vyšetření počítačovým tomografem, na zákrok pomocí gamma-nože, na intenzivní psychoterapii atd.). Jak uvidíme později, ne vždy rozhodne striktně medicínské hledisko.

Na **makroalokační úrovni** se rozhoduje *mezi skupinami*. Má nemocnice, jejíž finanční možnosti jsou omezeny, zakoupit respirátor, anebo dialyzační aparát? Je radno, např. v případě AIDS, financovat spíše léčebnou péči o stále rostoucí počet pacientů, anebo výzkum? Dát přednost programu protidrogovému, anebo onkologickému, máme-li prostředky pouze na jeden z nich? Máme zvýšit platy lékařům, nebo soudcům, není-li možno obojí současně?

Makroalokační rozhodování probíhá na úrovni ředitelské, komunální, ministerské nebo vládní. K rozhodování mikroalokačnímu je naproti tomu neustále nucen každý lékař, který má pacienty. Proto mu budeme věnovat více pozornosti.

Kritéria mikroalokačního rozhodování

V myšlenkovém experimentu si představme velmi zjednodušenou, nicméně dosti zátěžovou situaci vojenského lékaře na frontovém obvažišti za války, kdy má ztíženou možnost odsunu pacientů na vyšší zdravotnickou etapu a kdy tedy záleží jen a jen na něm. Nedostatkovou hodnotou, kterou je třeba spravedlivě alokovat, je tu kapacita lékaře, tedy samotné ošetření. Raněným v nekončící řadě nosítek lze poskytovat pomoc podle toho, „jak kdo přijde“; lékař tak ponechává rozhodování na „osudu“ resp. na *přirozené loterii* (natural lottery). Tato elementární forma spravedlnosti obtojí za méně náročných okolností (v čekárně ambulantního pracoviště), ale v polních podmínkách odporuje

medicínské racionalitě. Lékař dá přednost závažnějšímu poranění (otevřenému zranění peritoneální dutiny) před lehčím (hladkým průstřelem končetinového svalu), neboť právem respektuje **diagnostické hledisko**.

Může se rozhodovat mezi dvěma těžce raněnými se značnou ztrátou krve, z nichž jeden je dosud při vědomí a druhý v agonálním stavu. Lékař důvodně předvídá, že pacient v agonii patrně zdlouhavé ošetření (spojené s transfuzí krve) nepřežije; bude-li se mu věnovat, je pravděpodobné, že se v terminálním stavu ocitne i ten druhý. Dá-li tedy přednost druhému, který je dosud při vědomí, učinil správně, protože důvodně respektoval **hledisko prognostické**. – Podle autora tohoto textu by lékař z románu „Johnny si vzal pušku“ učinil lépe, kdyby svou dovednost věnoval nikoli Johnymu, ale jinému, třeba i těžce raněnému, jehož prognostické vyhlídky byly příznivější; jistě tam takových bylo dost. – Za prognostické hledisko lze pokládat i rozhodování *podle věku*. Za jinak stejných okolností (*ceteris paribus*) je radno dát přednost dvacetiletému před padesátiletým.

Předpokládejme, že lékař v civilu nabyl kardiologické zkušenosti. Rozhoduje-li se mezi ošetřením závažného poranění hlavy a závažného poranění hrudníku, nelze mu vytýkat, respektuje-li **hledisko vlastní odborné kompetence** a dá-li přednost pacientovi s poraněním hrudníku, jemuž s vynaložením stejného, ba i menšího úsilí pomůže víc.

Rádi bychom vystačili s těmito **ryze medicínskými kritérii** rozhodování o prioritě ošetření, ale není to vždy rozumné, proto je třeba vědět i o **mimomedicínských kritériích** mikroalokačního rozhodování. Rozhoduje-li lékař mezi pětadvacetiletým poručíkem a padesátiletým plukovníkem, který je počítačovým odborníkem blízké protiletcké baterie, chránící i obvaziště, dá přednost druhému (patrně nejen *ceteris paribus*), protože na výkonu tohoto muže závisí život mnohých. Respektuje **hledisko závažnosti společenské role** (funkce) neboli společenské prospěšnosti. Ze stejného důvodu dá přednost otci nezletilých dětí před svobodným a bezdětným.

Lze vést spor, jak dalekosáhle má být toto hledisko uplatňováno, protože někdy nelze vyloučit subjektivnost jeho pojmání lékařem. Má se dát *ceteris paribus* (za jinak stejných okolností) přednost bezúhonnému před člověkem s bohatou kriminální anamnézou? Pokud se spěchající lékař v popsanych zátěžových podmínkách rozhodne takto (předpokládejme, že podle svého poučeného svědomí), nelze mu to vytýknout.

Nakolik je oprávněné **hledisko zasloužilosti**? Jeho odpůrci tvrdí, že hledisko prospěšnosti má na zřeteli dobrodiní, která mohou nastat a z nichž mohou těžit druzí, zatímco hledisko zasloužilosti zvažuje dobrodiní minulé, která jsou již hotovou věcí bez ohledu na příští osudy jejich původce. V konkurenci s jinými má toto hledisko vskutku menší mravní váhu, a proto dá praporní lékař právem přednost tomu, kdo své nezletilé děti teprve vychovává, před tím, kdo své dospělé děti dávno zdárně vychoval. Zasloužilost však není fikcí a *ceteris paribus* má nárok na respekt. Proto jsou v našem zdravotnictví právem preferováni např. vězňové z koncentračních táborů.

Pro snadné zneužití je sporné **hledisko osobní náklonnosti**. Vojenskému lékaři však nelze zazlívat, když dá *ceteris paribus* přednost ošetření svého blízkého příbuzného nebo nejbližšího přítele (avšak běda, neplatí-li ono *za jinak stejných okolností*).

Tam, kde žádné ze zmíněných kritérií, medicínských i nemedicínských, nezakládá důvod k preferenci, lékař se perfekcionista nepídí po subtilních rozdílnostech, protože by ztrácel čas. V takovém případě se řídí zásadou elementární spravedlnosti, tj. **přirozenou loterií** („kdo dřív přijde“). Tato metafora, symbolizovaná někdy „kolem Štěstěny“, vyjadřuje sumu náhod či jinak neovlivnitelných dějů, zasahujících do lidských životů i do dějin a měnících jejich směr. Jako součást naší situovanosti ve světě nezbyvá než ji akceptovat, nelze-li jinak.

V civilním životě je situace alokačního rozhodování zpravidla složitější než v týlu fronty, většinou bohudík není tak naléhavá (rozhoduje více lidí, k dispozici je více kapacit i alternativních řešení), kritéria jsou však táž, až na jediné, často kontroverzní: **hledisko tržní** („kdo na to má“). I ono respektuje přirozenou loterii a nepřící se elementární spravedlnosti, neboť příjemcem nákladné služby může být jen ten, kdo je ochoten a schopen náklady nést – *pokud alokace není upravena*

jinak, například pojištěním. Rozpočet pojišťovny však nemůže být deficitní (ztrátový), protože by se zhroutila. Proto budou vždycky existovat vysoce nákladné nadstandardní postupy, na něž většině lidí budou chybět prostředky. Neexistuje rozumný důvod, proč by měly být takové služby odepřeny těm, kdo budou ochotni hradit je z vlastních zdrojů. Učinit je dostupnými i ostatním není záležitostí pouhého přerozdělovacího rozhodnutí (nemá-li dojít k explozi korupce, k bankrotu pojišťovny nebo dokonce k rozvratu ekonomiky), neboť tím se nedostatek nestane dostatkem. Jejich dostupnost je dána *především tvorbou bohatství*. Okřídlené rčení „o peníze jde až na prvním místě“ platí nikoli ve smyslu *axiologickém* (axiologie = filosofie hodnot), ale ve smyslu provozním, resp. *ekonomickém*; odlišujeme tedy *nejdříve* od *nejvýše*. – Tržní prostředí brání vzniku korupce, tj. parazitních pseudotržních vztahů, neboť nedostatkovost se promítne jednoduše do ceny, která činí úplatek zbytečným.

Je třeba upozornit, že ne jeden lékař se ocitá ve „dvojím ohni“: vůči svým pacientům, jimž musí nedostatkové zdroje někdy odepřít, je nucen obhajovat oprávněnost svých alokačních rozhodnutí, zatímco vůči nadřízeným instancím (včetně pojišťovny) se cítí zkracován a proti jejich stejně oprávněným rozhodnutím brojí někdy s touž energií jako proti rozhodnutím problematickým. Řešení i těchto konfliktů je součástí *tvorby zdravotnické politiky státu*.

Etika alokačního rozhodování bude tématem stále naléhavějším. Je pravděpodobné, že tempo ekonomického růstu v rozvinutých zemích se bude zvolňovat (řada kritiků soudobé civilizace hovoří o nutnosti jeho aktivního omezování), což se odrazí i v celkovém objemu prostředků alokovaných do zdravotnictví. Je nutno počítat s možností rostoucí nepřímé úměry mezi důmyslem vysoce nákladných vymožeností lékařské vědy a technologie na jedné straně a jejich obecnou dostupností na straně druhé. Nezbytná hospodárnost bude vyžadovat od nejednoho pacienta *schopnost zřít se teoreticky možné, ale prakticky nedostupné nákladné léčby, případně dostupné jen omezeně a z prognostického hlediska ordinované nikoli jemu, ale někomu jinému*. Problémy alokace tedy kladou i **zvýšený nárok na pacienta a na etické založení jeho postojů**.

Vědomí, že existuje léčebný postup, možná účinný, ale nedostupný, může pacienta i jeho blízké těžce deprimovat. Působení takové informace je srovnatelné se sdělením diagnózy infaustní choroby (viz kapitolu X) s tím rozdílem, že pouhá nedostupnost postrádá fatální neodvratnost smrtelné choroby a vyvolává hlubší pocity křivdy nejen v nemocném, ale i v jeho blízkých. – **Máme pacientovi sdělit, že si přiměřenou léčbu nemůže dovolit? Nebo že mu nebude dopřána, protože někdo jiný je potřebnější?** Zajisté, už proto, že tuto skutečnost před ním nelze utajit. Informaci o infaustní prognóze své choroby se lidé často vyhýbají, zato informace o možnostech léčby usilovně vyhledávají. O problémech alokačního rozhodování v situaci nedostatku a o spravedlivém preferování jedněch oproti druhým by ostatně měli lidé vědět mnohem dříve, než onemocní.