

## Psychiatrická eutanázie Výzva k širší diskusi

### Psychiatric Euthanasia Call for Wider Discussion

*PhDr. David Černý, Ph.D., Kabinet zdravotnického práva a bioetiky, ÚSP AV ČR, v. v. i.*

**Abstract:** The article addresses the issue of psychiatric euthanasia, focusing on cases where the primary reason for a request for assisted death is a psychiatric condition. The author analyzes the concept of suffering, emphasizing its multifaceted nature, which includes physical, psychological, and existential dimensions. The discussion explores the competence of patients with psychiatric diagnoses, rejecting the generalization that such patients are incapable of informed decision-making. Furthermore, it differentiates between suicidal tendencies as a symptom of illness and a rational euthanasia request stemming from unbearable suffering. The article seeks a balanced debate on the permissibility of psychiatric euthanasia, considering ethical arguments, values, and equality in care.

**Key words:** psychiatric euthanasia – suffering – competence – ethics

**Anotace:** Článek se věnuje problematice psychiatrické eutanázie, která zahrnuje případy, kdy hlavním důvodem žádosti o asistovanou smrt je psychické onemocnění. Autor analyzuje koncept utrpení a zdůrazňuje jeho mnohohrstenatost, zahrnující nejen fyzickou bolest, ale také psychické a existenciální aspekty. Dále probírá otázku kompetence pacientů s psychiatrickými diagnózami a odmítá paušální závěr, že tito pacienti nejsou kompetentní žádat o eutanázii. Autor rozlišuje mezi suicidálními tendencemi jako příznakem choroby a racionální žádostí o eutanázii vycházející z nesnesitelného utrpení. Článek usiluje o vyváženou debatu o přípustnosti psychiatrické eutanázie, která zohledňuje etické argumenty, hodnoty a rovnost v přístupu k možnosti eutanázie.

**Klíčová slova:** psychiatrická eutanázie – utrpení – kompetence – etika

## ÚVOD

Výraz „eutanázie“, jak je dobře známo, znamená doslova „dobrou smrt“. Ačkoliv v dějinách měla dobrá smrt mnoho podob a důvodů, včetně *tedium vitae*, celkové únavy ze života, dnes si ji většina lidí spojuje s fyzicky trpícími pacienty a jednáním lékařů. Koneckonců, fyzická bolest (a později fyzické utrpení) často figurovala v argumentech na podporu legalizace eutanázie v kontextu obnovené diskuze v odborných kruzích zhruba od 70. let minulého století. Tyto argumenty často vycházely z konkrétních případů a plasticky popisovaly nesmírné fyzické utrpení, jímž někteří pacienti museli procházet a vůči němuž moderní lékařská věda bezradně hledala nějaké efektivní prostředky. Pro mnohé to byly argumenty přesvědčivé; kdo by zůstal lhostejný tváří v tvář popisu nesmírného strádání, z něhož zjevně neexistuje jiné východisko než smrt?

Toto soustředění na fyzickou bolest a (později) utrpení je však v několika ohledech problematické (byť v počátcích diskuze o etickém hodnocení eutanázie pochopitelné). V první řadě proto, že utrpení představuje mnohem širší fenomén, který nelze redukovat na fyzickou bolest a utrpení pouze jí způsobené. Kromě toho je tento důraz – často vyjádřený jazykem fyzických symptomů provázejících onemocnění – zavádějící, protože svádí k představě, že jsou to právě a jen tyto fyzické projevy chorob, způsobující a komponující širší fenomén utrpení, hlavním či dokonce jediným důvodem, proč může v některých případech být smrt v reálném zájmu pacientů a eutanázie by v jejich případě měla být legální. V neposlední řadě může přílišný důraz na fyzické symptomy, bolest a utrpení bránit rozvinutí korektní a skutečně efektivní argumentační strategie ve prospěch eutanázie. Paliativní péče v mnoha případech dokáže bolest (a do jisté míry i utrpení) efektivně tlumit a zaměření na tyto projevy onemocnění může snadno vést k přehlížení důležitých skutečností. Utlumení bolesti je totiž často spojeno s omezováním aktérství, snižováním vědomí (či dokonce uvedením pacientů do hlubokého bezvědomí) a samozřejmě – neexistuje-li alternativa, již je eutanázie – k možnému nerespektování autonomie pacientů a tím i jejich nikoli „shora“ normativně uložené, ale prožívané důstojnosti.

V tomto článku si ukládám dva cíle. V první řadě chci představit základní argument ve prospěch psychiatrické eutanázie. V České republice není – navzdory opakovaným pokusům – eutanázie legální, může se proto zdát, že věnovat se takto specifické formě dobré smrti je přinejmenším předčasné. Já si to ale nemyslím, a to hned z několika důvodů. I když eutanázie legální není, je třeba o ní diskutovat. A současná odborná diskuse se (až na malé výjimky) přesunula od otázky „je eutanázie eticky přípustná“ (drtivá většina autorů si myslí, že ano) k jejím konkrétním formám, v poslední době zvláště k eutanázii psychiatrické. Kromě toho si myslím, že problematika psychiatrické eutanázie zahrnuje celou řadu důležitých témat. Jedním z nich je i utrpení způsobené (a spojené s) psychickými onemocněními. Z literatury a také osobních svědectví pacientů trpících těmito onemocněními se ukazuje, že psychické utrpení je mnohdy chápáno jako nepřilíš závažné, snadno zvládnutelné, způsobené jakýmsi „slaboštvím“ a „neochotou se sebou něco dělat“. Přispěje-li diskuse o psychiatrické eutanázii k lepšímu a realističtějšímu chápání psychického utrpení a jeho destigmatizaci, bude to lze chápat jako důležitý příspěvek sám o sobě, bez ohledu na vztah k širšímu kontextu pojednání o psychiatrické eutanázii.

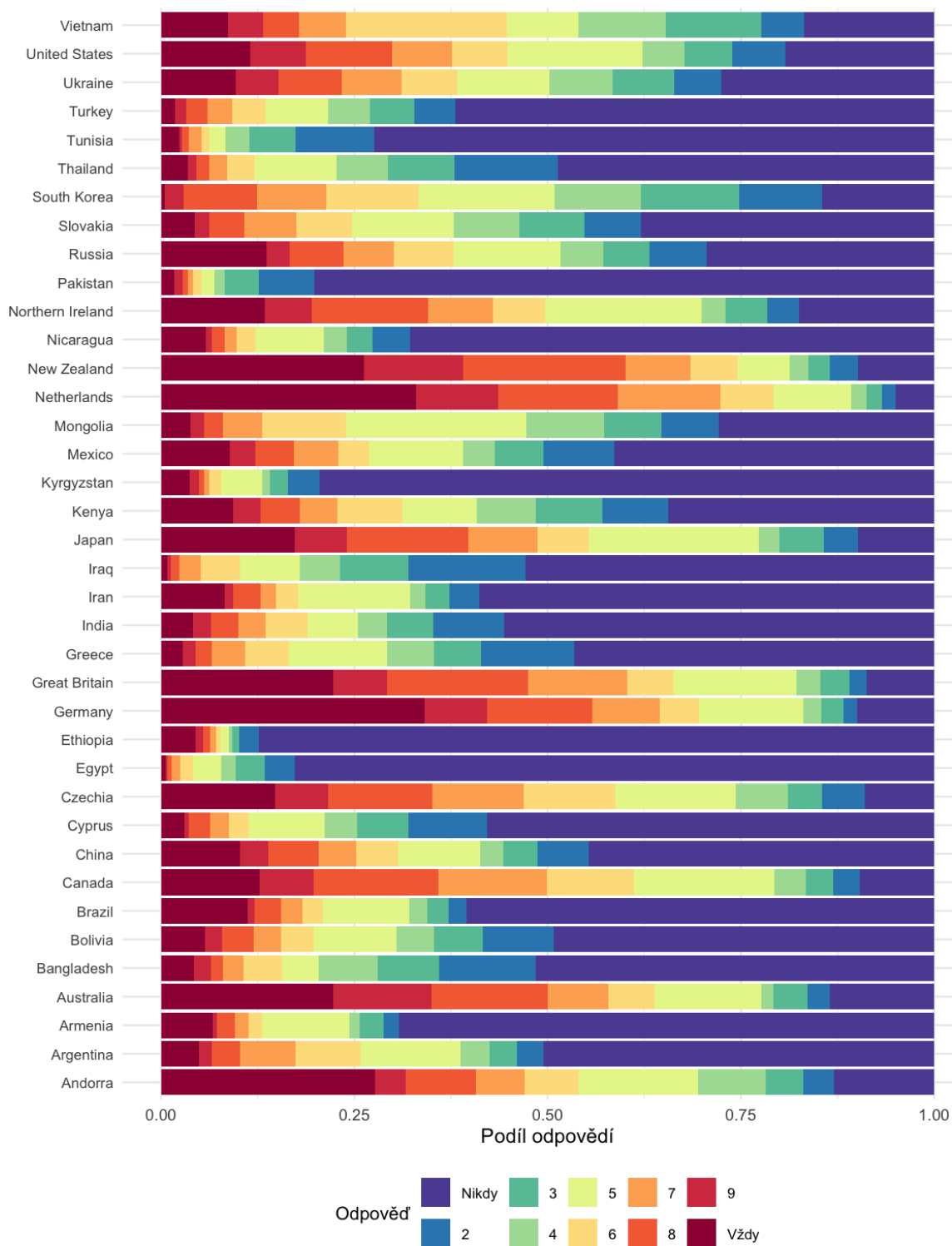
## 1. PODPORA EUTANÁZIE VE SVĚTĚ A V ČR

V současné době je nějaká forma asistované smrti (eutanázie a/či asistované sebeusmrcení) legální v několika zemích světa. Je těžké odhadnout, zda tento trend bude posilovat, v celé řadě zemí však její legalizace podporu nemá, jak ukazuje následující graf:<sup>1</sup>

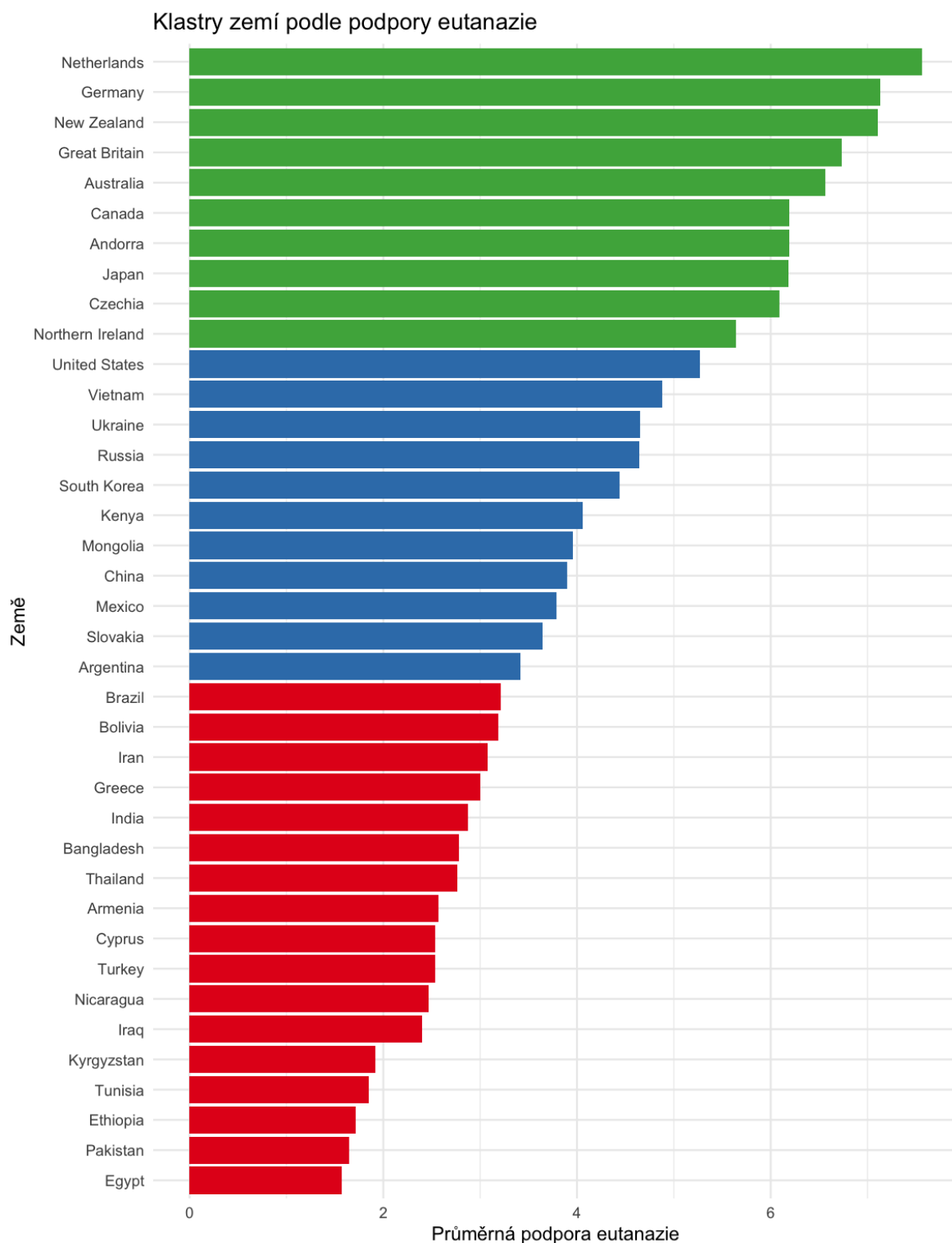
---

<sup>1</sup> Data pocházejí z: HAERPFER, C. – INGLEHART, R. – MORENO, A. – WELZEL, C. – KIZILOVA, K. – DIEZ-MEDRANO, J. – LAGOS, M. – NORRIS, P. – PONARIN, E. – PURANEN, B. (eds). *World Values Survey: Round Seven – Country-Pooled Datafile Version 6.0*. Madrid, Spain & Vienna, Austria: JD Systems Institute & WWSA Secretariat, 2022. doi:10.14281/18241.24.

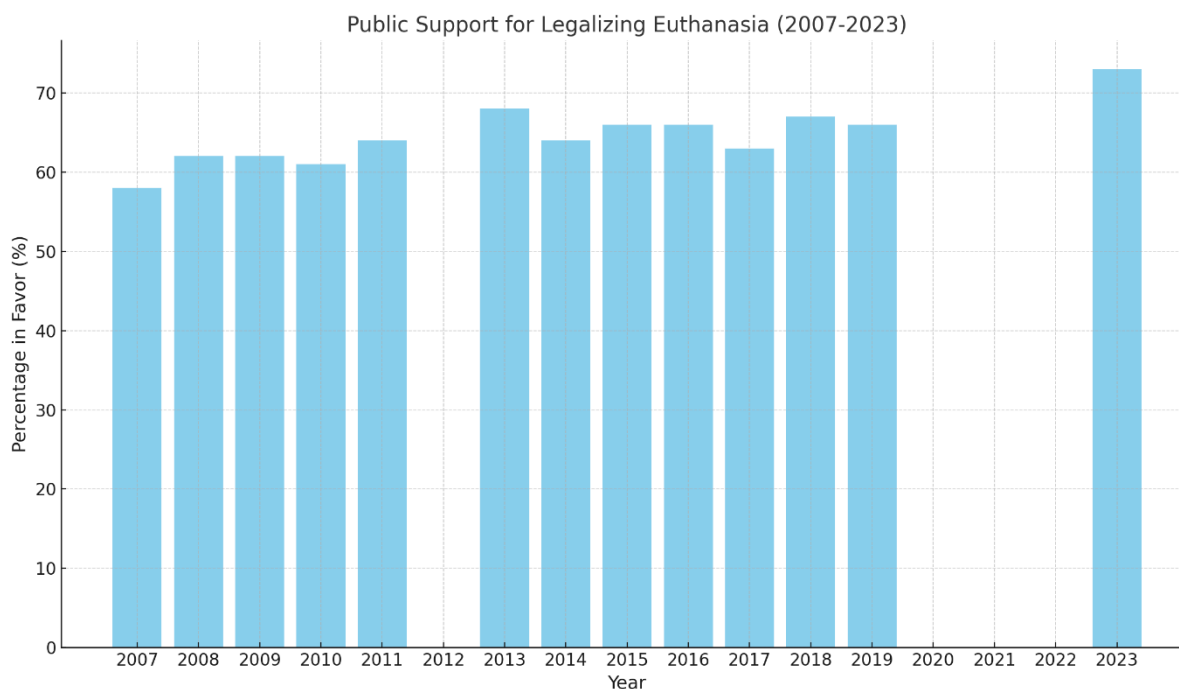
Odpovědi na otázku, zda je eutanazie ospravedlnitelná



Lepší obrázek získáme, pokud se zaměříme na průměrnou odpověď u každé země a jednotlivé země seřadíme do tří klastrů podle míry podpory eutanázie:



Z tohoto grafu je zřejmé, že veřejná podpora eutanázie je v řadě zemí poměrně nízká, Česká republika však patří mezi nejliberálnější státy světa s vysokou veřejnou podporou eutanázie, jak ukazují i data shromažďovaná Centrem pro výzkum veřejného mínění (pro chybějící roky v grafu nejsou na stránkách Centra údaje):<sup>2</sup>



V České republice je veřejná podpora eutanázie vysoká, mírně rostoucí a v roce 2023 již překročila hranici 70 %.

## 2. DEFINICE EUTANÁZIE

Eutanázie je určitým jednáním a v její definici se musíme zaměřit na tři prvky: 1) jednatel, 2) jednání, 3) recipient jednání, tedy (v kontextu moderní diskuze) 1) lékař, 2) usmrcení pacienta, 3) pacient.

*Lékař.* Ve svých předchozích pracích jsem hájil význam a roli intencí 1) v rovině popisu jednání, 2) v rovině jeho etického hodnocení. Navrhl jsem, abychom rozlišovali dva důležité typy intencí: 1) charakterizující intence (ch-intence), které v deskriptivní rovině spoluurčují povahu (charakter) jednání, a 2) finální intence (f-intence), jež určují jednotu plánu jednání a vztah cíl–prostředky k jeho naplnění. V případě eutanázie lze říci, že ch-intencí lékaře musí být usmrcení pacienta. Z toho plyne, že zamýšlí-li lékař svým jednáním něco jiného, nejedná se striktně vzato o eutanázii, byť důsledkem (nezamýšleným, ale předvídaným) může být smrt pacienta. Finální intencí musí být vysvobození pacienta z jeho utrpení, jeho prospěch; jinak by se opět nejednalo o eutanázii. První intence (ch-intence) odpovídá na otázku

<sup>2</sup> Data získána z reportů na stránkách Centra pro výzkum veřejného mínění po zadání klíčového slova „eutanázie“: <https://cvvm.soc.cas.cz/cz/vyhledavani?q=eutanazie&Search=&w1=before&d1=&w2=before&d2=>.

„co lékař činí“, druhá na otázku „proč tak činí“. Jednání – usmrcení – se k finalitě jednání vztahuje jako prostředek k cíli.

*Jednání.* Kromě toho, že jednání musí být skutečně usmrcením pacienta pro jeho vlastní prospěch, je také nezbytné, aby kauzální proces vedoucí ke smrti zahájil svým jednáním lékař a tento proces musí dobehnout do svého závěru (smrti pacienta). Ve Velké Británii soudy posuzovali případ dr. Coxe, jehož pacientka Lilian Boyes trpěla vážnou formou revmatoidní artritidy a žádné léky proti bolesti nedokázaly zmírnit její strádání. Prosila svého lékaře o milosrdnou smrt a on jí nakonec vyhověl a vstříkl jí KCL do žil. K jeho odsouzení nedošlo, byť eutanázie není v této zemi legální, důvodem ale bylo to, že nebylo jisté, zda pacientku usmrtil chlorid draselný, nebo samotná choroba. V případě, že nějaký jiný proces, úmyslně nezahájený lékařem, vyústí ve smrt pacienta, nelze hovořit o eutanázii. Z hlediska jednání je ještě vhodné rozlišovat mezi eutanázií aktivní (lékař usmrtí pacienta) a pasivní (lékař svým jednáním smrt připustí). Jedná se o rozlišení mnohdy kritizované, přesto však obhajitelné.

*Pacient.* Asi nejvíce možných neshod, a dokonce i kontroverzí, se může skrývat v podmínkách, které musí splňovat samotný pacient. Bezproblémový je požadavek, že musí trpět a neexistuje žádná vhodná a pro něj přijatelná alternativa řešení této tíživé situace. Stále se však diskutuje o tom, zda kromě toho, že je smrt v jeho zájmu, o ni musí zájem i projevit, jinými slovy, zda si musí zachovat určitou kompetenci, pochopení vlastní situace a schopnost vyjádření přání zemřít. Je například usmrcení těžce postiženého novorozence eutanázií, nebo něčím jiným? A lze za ni považovat i usmrcení pacienta proti jeho vyjádřenému přání žít, snad vedené nějakými paternalistickými motivy? Někteří autoři kladou podmínky na kompetenci pacienta přímo do definice eutanázie, touto cestou se ale vydávat nechci. Nedomnívám se, že etické reflexi eutanázie prospěje, pokud ji budeme definovat velmi úzce a *ipso facto* tak řadu možných opatření na konci života (nekompetentní pacienti) vyloučíme z diskuze. Budu proto eutanázii definovat co nejobecněji, aby byla obsahově minimální a současně rozsahově adekvátní, tj. zahrnovala všechny možné formy ukončení života pacienta, která lze klasifikovat jako dobrou smrt:

- *Eutanázie.* Eutanázií rozumíme konání  $\varphi$  zdravotníka Z, pro něž platí:
  - F-intencí Z je prospět pacientovi P (vysvobodit ho z jeho utrpení).
  - Ch-intencí Z je usmrcení P.
  - Smrt je ve prospěch P.
  - Kauzálním výsledkem  $\varphi$  je smrt P.

### 3. PSYCHIATRICKÁ EUTANÁZIE

V literatuře se – z mého pohledu překvapivě – nevěnuje dostatečná pozornost definici psychiatrické eutanázie. Nejčastěji se uvádí, že o psychiatrické eutanázii hovoříme v případě, kdy nějaké psychické onemocnění je hlavní či přímo jedinou chorobou žadatele o usmrcení. Eutanázie řekněme klasická je potom případem, kdy pacient trpí nějakým vážným somatickým onemocněním, např. onkologickým, jež je také zdrojem jeho utrpení. Zdá se mi ale, že toto rozlišování mezi psychiatrickou a klasickou eutanázií je do určité míry arbitrární a zastírá důležité a eticky relevantní faktory.

Lidé, kteří žádají o smrt z rukou lékaře, o ni nežádají pouze ani primárně proto, že trpí nějakou konkrétní chorobou. Motivem jejich žádosti je utrpení způsobené nemocí, jejími projevy a dopady do jejich životů a životů jejich rodin. Klíčovým jednotícím prvkem žádostí o eutanázii je utrpení, nikoli onemocnění samotná a jejich rozlišení na somatické a psychické. Pacienti nežádají o eutanázii, protože mají nádorové onemocnění, ale protože trpí. Nežádají o smrt proto, že onemocněli amyotrofickou laterální sklerózou, ale protože trpí. A nežádají o usmrcení kvůli tomu, že je postihla hluboká deprese, nýbrž proto, že trpí. V okamžiku, kdy se – dle mého soudu korektně – přestaneme zabývat samotnou chorobou a tím, zda je somatická či psychická, ale zaměříme se v lidské motivační struktuře na skutečné důvody žádosti o eutanázii, začne se zdánlivě ostré rozlišení mezi psychiatrickou a klasickou eutanázií stírat.

Utrpení je výrazně širší fenomén než bolest. Lze ho chápat jako afektivní a kognitivní stav, který obsahově charakterizuje zakoušení ohrožení vlastní integrity (v její fyzické, psychické, duchovní i existenciální dimenzi) a prožitku bezmocnosti a vyčerpání různých mechanismů, jak této situaci čelit.<sup>3</sup> Utrpení ze své podstaty zahrnuje všechny dimenze naší osobní existence a je především psychickým (afektivně-kognitivním) stavem. Utrpení je individuální, jedinečné a soudcem jeho vážnosti, včetně určení, zda se jedná o utrpení snesitelné či nesnesitelné, může být jedině každý individuální trpící člověk. Podobně individuální a jedinečné jsou i komponenty společně utvářející fenomén utrpení.

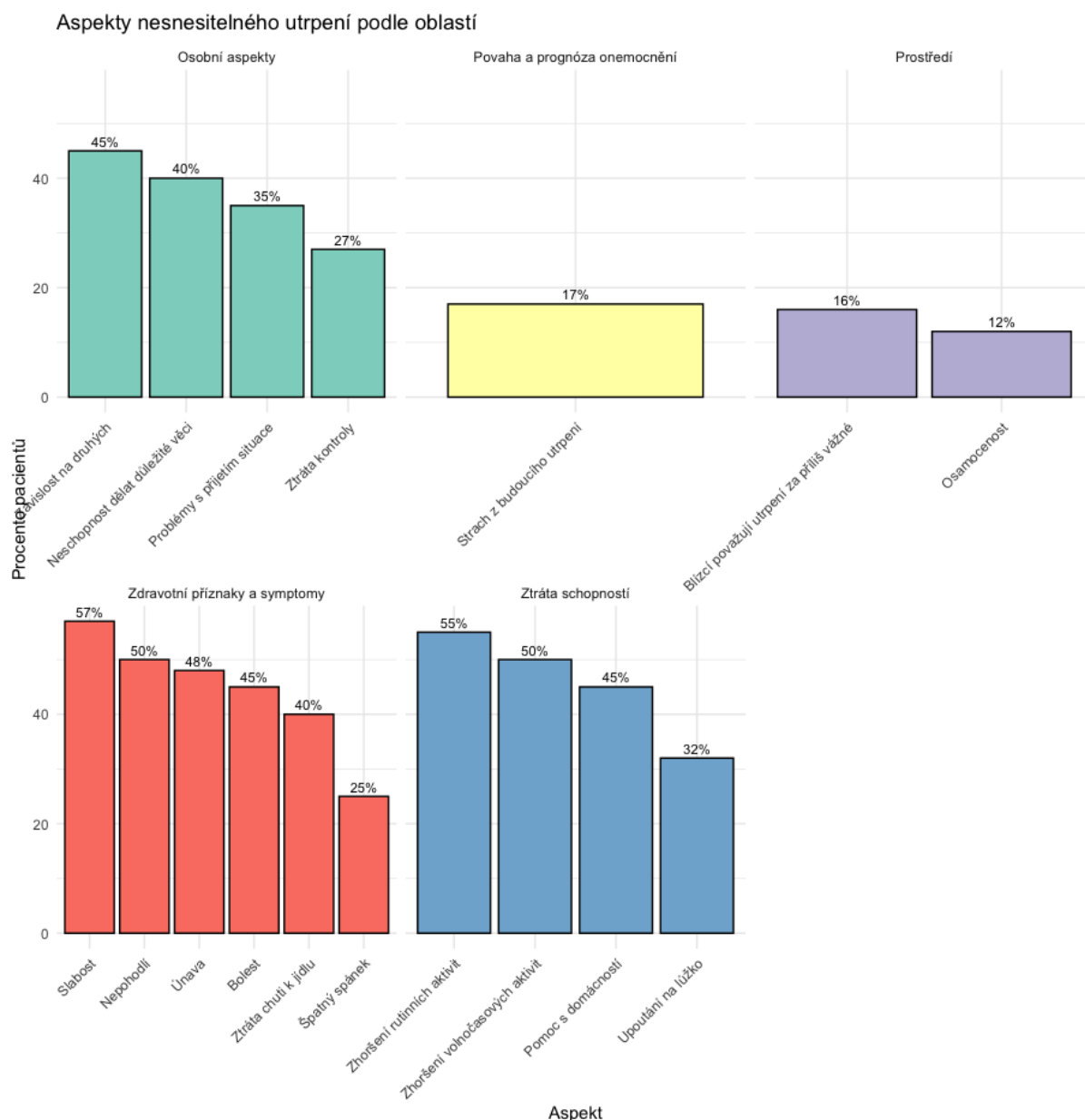
Pro ilustraci se můžeme podívat na výsledky studie z roku 2012, která provedla kvantitativní hodnocení utrpení u pacientů s onkologickým onemocněním. Studie se zúčastnilo 76 pacientů, u 60 z nich byla všechna dotazníková šetření ukončena. Hodnotily se různé aspekty utrpení na škále od 1 do 5, přičemž hodnoty 4 a 5 se interpretovaly jako nesnesitelné utrpení. Výsledky studie jsem shrnul do následujícího grafu:<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Srov. klasický článek CASSELL, E. J. "The Nature of Suffering and the Goals of Medicine." *The New England Journal of Medicine*. 1982, roč. 306, č. 11, s. 639–645; CASSELL, E. J. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. 2. vyd. New York: Oxford University Press, 2004; MORRISSEY, M. B. "Phenomenology of Pain and Suffering at the End of Life: A Humanistic Perspective in Gerontological Health and Social Work." *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. 2011, roč. 7, č. 1, s. 14–38; KRİKORIAN, A. – LIMONERO, J. T. – MATÉ, J. "Suffering and Distress at the End-of-Life." *Psycho-Oncology*. 2011, roč. 21, č. 8, s. 799–808.

<sup>4</sup> RUIJS, C. D. – KERKHOF, A. J. – VAN DER WAL, G. a kol. "The Broad Spectrum of Unbearable Suffering in End-of-Life Cancer Studied in Dutch Primary Care." *BMC Palliative Care*. 2012, roč. 11, č. 12.





Graf ilustruje mnohavrstevnatý fenomén utrpení u pacientů se somatickým (onkologickým) onemocněním. Podobná data nalezneme i v jiných studiích, např. podle studie z roku 2011 představují hlavní faktory utrpení nemohoucnost, omezení aktivit, celkový tělesný a kognitivní úpadek a ztráta autonomie.<sup>5</sup> Tato data potvrzují fakt, že vytváření ostrých rozdílů mezi fyzickým a psychickým utrpením u pacientů žádajících o eutanázii není příliš smysluplné. V důsledku toho nebudu psychiatrickou

<sup>5</sup> DEES, M. K. – VERNOOIJ-DASSEN, M. J. – DEKKERS, W. J. – VISSERS, K. C. – VAN WEEL, C. “Unbearable Suffering: A Qualitative Study on the Perspectives of Patients Who Request Assistance in Dying.” *Journal of Medical Ethics*. 2011, roč. 37, č. 12, s. 727–734.

eutanázii definovat v literatuře běžným způsobem, tj. jako eutanázii pacienta, jehož utrpení pramení primárně či výlučně z psychického onemocnění, a zaměřím se spíše na zdroje utrpení:

- *Psychiatrická eutanázie.* Psychiatrickou eutanázií rozumíme konání  $\varphi$  zdravotníka Z, pro něž platí:
  - F-intencí Z je prospět pacientovi P (vysvobodit ho z jeho utrpení).
  - Ch-intencí Z je usmrcení P.
  - Smrt je ve prospěch P.
  - Kauzálním výsledkem  $\varphi$  je smrt P.
  - Primárním zdrojem utrpení P je nějaké psychické/psychiatrické onemocnění.

#### 4. HLAVNÍ ARGUMENT VE PROSPĚCH EUTANÁZIE

Lze říci, že většina současných odborníků se domnívá, že eutanázie (paradigmaticky v případě kompetentních pacientů žádajících o smrt z rukou lékaře) je morálně přípustná.<sup>6</sup> V literatuře existuje celá řada argumentů ve prospěch tohoto tvrzení, jež lze zahrnout do čtyř hlavních skupin:<sup>7</sup>

1. argument opírající se o konzistenci lékařské praxe,
2. argument z respektu k autonomii,
3. argument ze spravedlnosti,
4. argument založený v zájmech pacientů.

První argument vychází z analýzy současné praxe, např. nezahajování či ukončování život udržující péče, a snaží se ukázat, že je-li tato praxe považována za morálně přípustnou, logická konzistence nás vede k uznání, že i jiná opatření na konci života jsou morálně přípustná, například právě aktivní eutanázie.<sup>8</sup> Druhý argument se opírá o roli patientské autonomie v moderní lékařské praxi a v kontextu lékařské etiky. Třetí se opírá o nějaké chápání zvláště distributivní spravedlnosti a může například tvrdit, že pokud eutanázie vede k nějakému věčnému stavu, na který mají lidé nárok (smrt jako vysvobození z utrpení), potom hodnota spravedlnosti vyžaduje, aby na ni měli právo. A konečně poslední typ argumentu se zaměřuje na dobrý život (*welfare*), prudenciální hodnoty a otázku, zda a za

---

<sup>6</sup> Skvělý přehled těchto argumentů předkládá Tomáš Hříbek v HŘÍBEK, T. *Obrana asistované smrti: Filozofické argumenty na podporu eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Praha: Academia, 2021.

<sup>7</sup> SAVULESCU, J. Autonomy, Interests, Justice and Active Medical Euthanasia. In: CHOLBI, M. – VARELIUS, J. (eds). *New Directions in the Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*. Second Edition. Cham: Springer, 2023, s. 31–48.

<sup>8</sup> Kromě Petera Singera (SINGER, P. *Rethinking Life and Death: The Collapse of Our Traditional Ethics*. 2. vydání. New York: St. Martin's Griffin, 1996) a Helgy Kuhse (KUHSE, H. *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine: A Critique*. Oxford: Oxford University Press, 1987) je tato pozice zřejmě nejlépe vyjádřená v knize MILLER, F. G. – TRUOG, R. D. *Death, Dying, and Organ Transplants*. New York: Oxford University Press, 2012.

jakých okolností může být smrt v zájmu pacientů (nebo jinými slovy, zda a za jakých okolností může být smrt dobrá).<sup>9</sup>

V tomto článku se těmito argumenty nebudu blíže zabývat, pro účely další diskuze budu předpokládat, že některý z nich (či jejich kombinace) je skutečně úspěšný a dokazuje, že eutanázii lze chápat jako morálně přípustnou součást lékařské praxe. Jen poznamenám, že z těchto čtyř možných podob argumentů považuji za přesvědčivý argument čtvrtý. Je možné filozoficky ujasnit, zpřesnit a obhájit intuitivní přesvědčení, že utrpení může způsobit, že lidský život je špatný, dokonce mimořádně špatný, a smrt v takovém případě představuje vysvobození a nelze ji chápat jako špatnou.<sup>10</sup> Ve shodě s deprivační koncepcí špatnosti smrti musíme připustit, že je dobrá; usmrcení trpícího pacienta potom nelze chápat jako újmu. Tuto koncepci špatnosti smrti, společně s jejími důsledky (existují situace, kdy smrt není špatná, nýbrž dobrá) lze využít v rámci různých etických systémů. V České republice je nejznámější a v praxi nejvyužívanější *principalismus*, a proto budu východisko následující diskuze formulovat následujícím způsobem:

- *Morální přípustnost eutanázie*. Utrpení může učinit lidský život špatným a smrt dobrou. V takovém případě platí, že:
  - Usmrcení pacienta nelze chápat jako působení újmy, a proto neodporuje principu neškození.
  - Usmrcení pacienta lze chápat jako pro pacienta prospěšné, a tudíž v souladu s principem prospívání.

Pakliže si myslíme, že psychiatrická eutanázie morálně přípustná není, musíme ukázat, že má nějaké vlastnosti  $P_1, \dots, P_n$ , které „klasická“ eutanázie nemá, jsou morálně relevantní a ospravedlňují její nepřípustnost. V opačném případě lze uplatnit argument z konzistence (připustit „klasickou“ eutanázii a nepřipouštět eutanázii psychiatrickou není konzistentní) a zřejmě i z distributivní spravedlnosti [je-li eutanázie přípustná pro jednu skupinu lidí, měla by být přípustná i pro další (neexistují-li relevantní důvody, proč je vyloučit)]. O argumenty založené na rovnosti a distributivní spravedlnosti se například opíraly kanadské soudy, díky kterým se ve velmi rychlém sledu rozhodnutí poměrně restriktivní podmínky pro eutanázii rozvolnily. V Kanadě byla eutanázie nelegální (a klasifikovala by se jako vražda).<sup>11</sup> Nejvyšší soudy Kanady v případě *Carter v. Canada (Attorney General)* v roce 2015 rozhodly, že kanadský trestní zákoník je v rozporu s *Kanadskou listinou práv a svobod* a eutanázie by měla být legální v případě pacientů trpících vážnou a nevléčitelnou nemocí. Tato podmínka vážnosti a nevléčitelnosti nastavovala podmínky pro eutanázii poměrně přísně a zjevně upírala možnost asistované smrti celé řadě pacientů. Velmi rychle však následovala další soudní rozhodnutí. Prvním byl

<sup>9</sup> Na tyto typy argumentů jsem se zaměřil ve své knize ČERNÝ, D. *Eutanazie a dobrý život*. Praha: Filosofia, 2019.

<sup>10</sup> KAGAN, S. *Death*. New Haven: Yale University Press, 2012; BRADLEY, B. *Well-Being and Death*. Oxford: Oxford University Press, 2009; LUPER, S. *The Philosophy of Death*. 1st edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

<sup>11</sup> DOWNIE, J. – SCHUKLENK, U. Social Determinants of Health and Slippery Slopes in Assisted Dying Debates: Lessons from Canada. In: *Journal of Medical Ethics*. 2021, roč. 47, č. 12, s. 854–860.

případ *Canada (Attorney General) v. EF* z roku 2016, kdy soud rozhodl, že nevléčitelnost nelze chápat jako terminálnost, a explicitně také uvedl, že psychiatřiční pacienti nejsou vyloučeni z možnosti podstoupit eutanázii na základě rozhodnutí v *Carter*. V případě *A. B. v. Canada (Attorney General)* soud rozhodl, že smrt nemusí být blízka, a explicitně uvedl, že lékaři nemusí v případě žadatelů o eutanázii zvažovat, jak dlouhý život jim ještě zbývá. V roce 2016 přijal kanadský parlament zákon *Bill C-14*, který mezi podmínkami přípustnosti eutanázie uváděl rozumně předvídatelnou přirozenou smrt, nicméně tento zákon byl napadený jen o pár dní později u soudů v Columbiu a Quebecu. Soudce Jean-Louis Baudouin v procesu *Truchon v. Attorney General (Canada) and Attorney General (Quebec)* v roce 2019 uvedl, že podmínka rozumně předvídatelné přirozené smrti je v rozporu s *Kanadskou listinou práv a svobod*, protože diskriminuje určité skupiny pacientů. Sedmáct měsíců po tomto soudním procesu přijal kanadský permanent zákon *C-7 (2021)*, který vypouští podmínku rozumně předvídatelné přirozené smrti. O eutanázii tak mohou žádat i pacienti, kteří trpí v důsledku nějakého postižení, které nelze chápat jako terminální stádium choroby či umožňující předpoklad blízke přirozené smrti. Součástí tohoto zákona však bylo ustanovení, že pacienty s psychiatrickým onemocněním nelze pro účely tohoto zákona chápat jako trpící nějakou chorobou, nemocí či mající nějaké postižení, jednalo se ale o tzv. *sunset clause (clausula temporalis)*, která platila do března 2023, kdy automaticky pozbyla platnosti. Psychiatrická eutanázie je legální i v dalších zemích, například v Nizozemsku a Belgii.

## 5. ARGUMENTY PROTI PSYCHIATRICKÉ EUTANÁZII

Soudy v Kanadě rozhodovaly na základě velmi důkladné eticko-právní analýzy a došly k závěru, že je-li přípustná „klasická“ eutanázie, měla by být přípustná i eutanázie psychiatrická. Tento závěr, který lze podpořit jak argumenty z konzistence, tak i argumenty z rovnosti a distributivní spravedlnosti,<sup>12</sup> by bylo možné odmítnout pouze tehdy, pokud – jak jsem uvedl výše – by psychiatrická eutanázie měla nějaké morálně relevantní vlastnosti, které ospravedlňují její nepřipustnost. V následujících sekcích budou prozkoumány některé argumenty proti psychiatrické eutanázii.

### 5.1. PSYCHIATRICKÁ EUTANÁZIE A UTRPENÍ

Jednou z možností v repertoáru odpůrců psychiatrické eutanázie může být popření, že psychické utrpení je typem utrpení, které ospravedlňuje usmrcení pacienta lékařem. Tito odpůrci nemusí odmítat „klasickou“ eutanázii, kdy je zdrojem utrpení fyzická bolest spojená s nějakým somatickým onemocněním, mohou ale tvrdit, že pouze toto s fyzickou bolestí spjaté utrpení je přípustným důvodem k eutanázii. Tento argument je ale neudržitelný a neodpovídá prožívané realitě pacientů trpících v důsledku psychiatrického onemocnění.

---

<sup>12</sup> Viz TANNER, R. An Ethical-Legal Analysis of Medical Assistance in Dying for Those with Mental Illness. *Alberta Law Review*. 2018, roč. 56, s. 149–175; STEINBOCK, B. Physician-Assisted Death and Severe, Treatment-Resistant Depression. *The Hastings Center Report*. 2017, roč. 47, s. 30–42; SCHUKLENK, U. – VAN DE VATHORST, S. Treatment-Resistant Major Depressive Disorder and Assisted Dying. *Journal of Medical Ethics*. 2015, roč. 41, č. 8, s. 577–583; PROVENCHER-RENAUD, G. – LARIVÉE, S. – SÉNÉCHAL, Ch. Access to Medical Assistance in Dying for People with Mental Disorders. *Annales Médico-Psychologiques*. 2019, roč. 117, s. 801–808; CHOLBI, M. J. The Terminal, the Futile, and the Psychiatrically Disordered. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2013, roč. 36, s. 498–505.

Někteří autoři upozorňují – dle mého soudu korektně – na to, že máme tendenci zaujímat odlišné postoje k fyzické bolesti a utrpení a k utrpení psychickému. Bolest je v medicíně spojována s konkrétnímu neurofyzilogickým procesy, díky čemuž se zdá „reálnější“, snáze diagnostikovatelná a určitelná. Psychické utrpení naproti tomu může být vnímáno jako méně závažné a „při troše snahy“ zvládnutelné. Fyzická bolest a utrpení v nás vzbuzuje sympatie a poskytuje silné důvody k jednání, v případě psychického utrpení tomu tak být nemusí. Jak podotýká Jeanette Hewitt:<sup>13</sup>

*„Mentální stavy chronického utrpení však obecně nevzbuzují stejnou míru soucitu nebo důvěryhodnosti jako fyzické stavy utrpení. Deprese, úzkost a obsedantně-kompulzivní stavy jsou naopak často vnímány jako produkty bohaté, ale odcizené společnosti, poruchy osobnosti, slabosti vůle nebo léčitelných biochemických abnormalit v mozku.“*

Psychické utrpení je však stejně reálné jako utrpení fyzické. Kromě toho utrpení, bez ohledu na své zdroje, představuje reakci lidské osoby (nikoli pouze těla) na delší bolest a strádání a nelze ho redukovat pouze na jeden z jeho možných zdrojů, fyzickou bolest. Fenomén utrpení zahrnuje somatické složky (fyzická bolest), ale také prvky osobnostní, psychické i existenciální. Výsledný prožitek utrpení proto nelze reduktivně chápat jako nějaký somatický stav. V některých případech je hlavním faktorem vedoucím k utrpení fyzická bolest, v jiných případech mentální stavy a prožitky.

Americký biolog Lewis Wolpert trpěl vážnou depresí a napsal o ní knihu s vypovídajícím názvem *Malignant Sadness*. Deprese je mimořádně vážná choroba s řadou fyzických projevů, nikoli pouhá slabost mysli. Zde jsou jeho vlastní slova:<sup>14</sup>

*„Byla to nejhorší zkušenost mého života. Dokonce horší než sledovat, jak má žena umírá na rakovinu. Stydím se přiznat, že má deprese byla horší než její smrt, ale je to pravda. Byl jsem ve stavu, který se nepodobal ničemu, co jsem kdy předtím zažil. Nebyl to jen pocit, že je mi velmi smutno, depresivně, jak se toto slovo běžně používá. Byl jsem vážně nemocný. Byl jsem zcela ponořený do sebe, negativní a většinu času jsem myslel na sebevraždu. Nedokázal jsem správně uvažovat, natož pracovat, a chtěl jsem zůstat celý den schoulený v posteli. Nemohl jsem jezdit na kole ani chodit ven sám. Pokud jsem zůstal sám, dostával jsem záchvaty paniky.“*

*Objevila se řada fyzických příznaků — celé mé tělo jako by bylo v plamenech a vyvinuly se u mě nekontrolovatelné záškuby. Každý nový fyzický příznak vyvolával extrémní úzkost. Měl jsem například hrozný strach, že nebudu schopen močit. Spát bylo nemožné bez prášků na spaní: ty ale účinkovaly jen pár hodin a po probuzení mi bylo ještě hůř. Budoucnost byla beznadějná. Byl jsem přesvědčen, že už nikdy nebudu moci pracovat ani se zotavit. A měl jsem obrovský strach, že se zblázním.“*

<sup>13</sup> HEWITT, J. Why Are People with Mental Illness Excluded from the Rational Suicide Debate? *International Journal of Law and Psychiatry*. 2013 roč. 36, s. 358–365, citace ze strany 361.

<sup>14</sup> WOLPERT, L. *Malignant Sadness*. Main edition. London: Faber & Faber, 2006, s. 4–5 (Epub edition).

Autor dále upozorňuje na to, že prožitek deprese je nevyjádřitelný: „Dokud člověk nezažije ochromující těžkou depresi, je těžké pochopit pocity těch, kteří jí trpí.“<sup>15</sup> Z jeho slov je ale zjevné, že se jedná o děsivé utrpení, které je komplexním fenoménem a zahrnuje fyzické i psychické stavy a projevy. Mohli bychom zřejmě tvrdit, že fyzická a psychická složka utrpení mají odlišný původ, není ale zřejmé, proč by odlišnost původu měla být morálně relevantní.

Některé studie dokonce naznačují,<sup>16</sup> že psychické utrpení je vzhledem k délce svého trvání závažnější než utrpení fyzické.<sup>17</sup> Existuje však ještě jeden důležitý důvod, proč je utrpení primárně způsobené psychiatrickým onemocněním vážnější než utrpení primárně fyzické (způsobené primárně fyzickou bolestí). U somatických onemocnění lze fyzickou bolest (zdroj fyzické komponenty utrpení) myšlenkově i reálně oddělit od těchto onemocnění. „Prožívat fyzickou bolest“ není nutně spjaté například s „trpět onkologickým onemocněním“. Pacient onemocní a žádnou bolest necítí, postupem času začne pociťovat bolest, ale i v tomto případě je možné ji rozlišit od samotného onemocnění. „Má nádor, ale necítí bolest“ je smysluplný výrok, který může být pravdivý. Pokud pacient s nádorovým onemocněním prožívá bolest, je možné ji efektivně tišit, dokonce i v případech, kdy léčba samotné nemoci již není medicínsky adekvátní a byla ukončena. Totéž ale neplatí pro psychické utrpení způsobené psychiatrickou nemocí. „Mít depresi“ je nutně spojeno se symptomy deprese, které jsou současně zdrojem utrpení. Symptomy deprese nelze odloučit od deprese, podobně jako lze bolest odloučit od nádorového onemocnění a tišit ji. V případě, že deprese nereaguje na nejlepší terapeutické pokusy, nelze efektivně řešit ani utrpení jí způsobené, zatímco například v případě nádoru nereagujícího na léčbu fyzickou bolest a utrpení prostředky paliativní péče řešit lze.

Ve své knize *Eutanazie a dobrý život* jsem se snažil obhajovat hlubokou a kontinuální paliativní sedaci jako morálně méně kontroverzní, a proto vhodnější alternativu k eutanázii. Alternativu, která je navíc navzdory celé řadě kritických argumentů konzistentní součástí lékařské praxe a v souladu se základními principy lékařské etiky. Můj základní argument měl následující podobu: utrpení pacientů poskytuje silné důvody k jednání, eutanazie a hluboká paliativní sedace jsou ze subjektivního pohledu pacientů stejně efektivním způsobem řešení jejich utrpení, ale sedace je méně kontroverzní, měla by proto představovat primární volbu zdravotníků. Nyní musím ale připustit, že můj argument není platný pro všechny typy utrpení. Nelze ho uplatnit právě v případě utrpení, jehož primární příčinou je psychiatrické onemocnění a hlavní komponentou utrpení tímto stavem způsobené. Paliativní sedace se obvykle chápe jako prostředek, který přichází v úvahu u pacientů v terminálním stádiu onemocnění, jejichž symptomy jsou refrakterní (nezvladatelné) a zdrojem utrpení. Z toho je zřejmé, že pacienti s psychiatrickou diagnózou jsou z třídy možných kandidátů paliativní sedace vyloučeni a, jak se domnívám, nelze očekávat, že by se praxe změnila tak, aby jim tuto alternativu zvládnutí utrpení umožnila.

---

<sup>15</sup> Ibidem, s. 18.

<sup>16</sup> DEES, M. K. et al. “Unbearable Suffering: A Qualitative Study on the Perspectives of Patients Who Request Assistance in Dying.” s. 732.

<sup>17</sup> Opět toto rozlišení chápeme jako analytické, jemuž v praxi odpovídá komplexnější realita.

Z toho plyne, možná paradoxně, že máme silnější důvody připustit eutanázii psychiatrických pacientů prožívajících nesnesitelné utrpení, než je máme v případě pacientů trpících primárně nějakou somatickou chorobou. Základní argument na podporu tohoto tvrzení by mohl mít třeba tuto podobu:

1. Nesnesitelné utrpení pacientů se somatickým onemocněním, které nelze tišit jinými prostředky, je možné vyřešit prostřednictvím hluboké kontinuální paliativní sedace.
2. Nesnesitelné utrpení pacientů s psychiatrickým onemocněním nelze řešit prostředky hluboké paliativní sedace.
3. Buď tyto pacienty necháme trpět, nebo jim umožníme odejít ze života prostřednictvím eutanázie.
4. Není přípustné nechat tyto pacienty trpět (je to v rozporu s principy lékařské etiky a étosem lékařského stavu), proto by jim mělo být umožněno využít eutanázie jako východiska z nesnesitelného stavu utrpení.

## 5.2. Psychiatrická eutanázie a kompetence

Další námitka proti psychiatrické eutanázii může vycházet z pojmu kompetence a tvrdit, že pacienti trpící psychiatrickými onemocněními nejsou dostatečně kompetentní k tomu, aby se rozhodli odejít ze světa prostřednictvím eutanázie.<sup>18</sup> Pojem kompetence hraje důležitou roli v současné lékařské etice, která se opírá o doktrínu informovaného souhlasu a proces sdíleného rozhodování. Hovoříme-li však o kompetenci, musíme rozlišovat několik různých forem kompetence:<sup>19</sup>

1. Aktérská kompetence (*agent competence*): a-kompetence.
2. Kompetence k nějaké činnosti či úkolu (*task competence*): t-kompetence.
3. Kompetence k rozhodování (*decisional competence*): d-kompetence.

Aktérská kompetence představuje základní význam slova „kompetence“ a vyžaduje, aby příslušný aktér disponoval základními schopnostmi, díky nimž si dokáže v životě vytvářet cíle a k cílům zaměřené instrumentální prostředky k jejich naplnění. Kompetence k nějaké činnosti či úkolu je vždy relativní k příslušné činnosti či úkolu. Kromě toho platí, že kompetence jednat tak či onak či plnit ten či onen úkol není binární (kompetentní–nekompetentní), ale skalární kvalita. Při posuzování t-kompetence je třeba zohlednit aktéra A, úkol T a míru M, v níž je A schopen T splnit. Totéž platí pro d-kompetenci: A je

---

<sup>18</sup> ANSEN, L. A. – WALL, S. – MILLER, F. G. Drawing the Line on Physician-Assisted Death. *Journal of Medical Ethics*. 2019, roč. 45, č. 3, s. 190–197; FRATI, P. – GULINO, M. – MANCAROLLA, P. – CECCHI, R. – FERRA, S. Assisted Suicide in the Care of Mentally Ill Patients: The Lucio Magri's Case. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2014, roč. 21, leden, s. 26–30; KIM, S. Y.H. – LEMMENS, T. Should Assisted Dying for Psychiatric Disorders Be Legalized in Canada? *CMAJ*. 2016, roč. 188, č. 14, s. E337–E339.

<sup>19</sup> BIELBY, P. *Competence and Vulnerability in Biomedical Research*. Cham: Springer, 2008. Autor rozlišuje celkem pět významů slova „kompetence“, já se zde budu soustředit pouze na uvedené tři.



d-kompetentní k rozhodnutí D v míře M. Z tohoto vymezení t- a d-kompetence plyne, že určení hranice kompetence/nekompetence závisí na povaze úkolu či rozhodnutí.

Obecně lze říci, že existují tři podmínky kompetence *ex parte subjecti*:<sup>20</sup>

1. rozumění a komunikace,
2. uvažování a rozvažování o dobrech a hodnotách,
3. samotné hodnoty.

Uvažme příklad pacienta, jenž se v procesu sdíleného rozhodování rozhoduje mezi terapií A a B. Abychom ho mohli považovat za d-kompetentního, 1) musí rozumět svému stavu, alternativám, rizikům a prognózám a samozřejmě být schopný komunikovat s lékařem a vyjadřovat své preference, 2) musí být schopen základního uvažování, například odvodit si možné důsledky svých voleb, kromě toho musí zvládat základní rozvalu o kvalitě svého života, hodnotách a preferencích, a v neposlední řadě 3) musí disponovat nějakou sadou hodnot, které tyto rozvahy umožňují. Schopnosti shrnuté v bodech 1) a 2) nelze interpretovat v nějaké perfekcionistačké perspektivě: rozumění nemusí být dokonalé a kompletní, schopnost komunikace zcela neporušená a verbální, uvažování explicitně sledující logické kroky, rozvažování o dobrech pouze rozumové. I pacient, který rozumí jen základním informacím podaným co nejjednodušší formou, má problémy s verbální komunikací, nedokáže jasně popsat strukturu svého uvažování o dané situaci nebo důsledcích svých rozhodnutí či musí rozvažovat o konturách svého dobrého života v osobní a intuitivní perspektivě, je kompetentní.

V lékařské praxi – ale samozřejmě i jinde – platí presumpce kompetence.<sup>21</sup> Pacienti se považují za kompetentní, neexistují-li dobré a převažující důvody v neprospěch jejich kompetence. Nikdo nezpochybňuje, že někteří psychiatrickí pacienti t- a d-kompetentní nejsou (existují dobré konkrétní důvody převažující presumpci kompetence), tento fakt ale odpůrcům psychiatrické eutanázie nijak neposlouží. Musí totiž tvrdit silnější tvrzení: psychiatrickí pacienti jako skupina nesplňují podmínky d-kompetence v případě rozhodování o vlastní smrti. Pokud by však platilo, že někteří pacienti d-kompetentní jsou (a někteří nejsou), nemohli by odmítat psychiatrickou eutanázii, maximálně by mohli bojovat za to, aby proces ujišťování se o d-kompetenci psychiatrických pacientů žádajících o eutanázii byl důkladnější než v případě somatických onemocnění.

Většina autorů se shoduje na tom, že diagnóza psychiatrického onemocnění automaticky neznamená, že pacienti nejsou t- a d-kompetentní.<sup>22</sup> Pokud tito pacienti žádají o eutanázii, je určení

---

<sup>20</sup> BUCHANAN, A. E. – BROCK, D. W. *Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision Making*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990, ch. 1.

<sup>21</sup> NEILSON, G. – CHAIMOWITZ, G. Informed Consent to Treatment in Psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2015, roč. 60, č. 4, s. 1–11.

<sup>22</sup> DEMBO, J. – SCHUKLENK, U. – REGGLER, J. “For Their Own Good”: A Response to Popular Arguments Against Permitting Medical Assistance in Dying (MAID) Where Mental Illness Is the Sole Underlying Condition. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2018, roč. 63, č. 7, s. 451–456; BERGHMANS, R. – WIDDERSHOVEN, G. – WIDDERSHOVEN-HEERDING, I. Physician-Assisted Suicide in Psychiatry and Loss of Hope. *International Journal of Law & Psychiatry*. 2013, roč. 36, č. 5/6, s. 436–443; ROONEY, W. – SCHUKLENK, U. – VAN DE VATHORST, S. Are Concerns



jejich kompetence jedním ze základních předpokladů vyhovění této žádosti. Například studie z roku 2015 provedla retrospektivní deskriptivní analýzu sta žadatelů o psychiatrickou eutanázii. U všech těchto pacientů s různými psychiatrickými diagnózami psychiatři ve spolupráci s jejich praktickými lékaři došli k závěru, že jsou kompetentní. U 48 % těchto pacientů byla jejich žádost psychiatrem schválena; eutanázie byla provedena u pětatřiceti pacientů. Dva mezitím spáchali sebevraždu a jedenáct z nich se ji rozhodlo odložit či zcela zrušit.<sup>23</sup>

Odepírat t- a d-kompetenci všem psychiatrickým pacientům je neudržitelné a neodpovídá realitě. Někteří pacienti kompetentní jsou, jiní zase nejsou. Rozhodování o kompetenci/nekompetenci musí být prováděno individuálně, nikoli na základě příslušnosti k nějaké skupině pacientů. Někdy se uvádí, že psychiatrická eutanázie by neměla být přípustná, protože touha zemřít (suicidální tendence) je jedním ze symptomů onemocnění. V takovém případě by se zřejmě dalo tvrdit, že rozhodnutí zemřít prostřednictvím eutanázie není kompetentní a musíme chápat jako projev onemocnění. Tento argument však není korektní, protože nerozlišuje mezi touhou zemřít jako symptomem psychiatrické choroby a touhou zemřít jako důsledkem racionální úvahy vycházející z utrpení způsobeného tímto onemocněním. Autoři již zmiňované studie píší:<sup>24</sup>

*„Stejně tak je třeba jasně odlišit suicidální tendence (v myšlenkách a chování), které jsou příznakem (a/nebo důsledkem) řady psychiatrických poruch, od dobře promyšlené žádosti o eutanázii, která zahrnuje prohlášení pacienta, že jeho utrpení je zcela nesnesitelné a že dostupná léčba a lékařská péče se ukázaly jako nedostatečné.“*

Pokud platí, že:

1. Pacient A trpí psychiatrickým onemocněním I;
2. A je t- a d-kompetentní;
3. I působí A nesnesitelné utrpení (je primárním zdrojem jeho utrpení);
4. A žádá o eutanázii;
5. Žádost A není symptomem I, ale výsledkem delšího procesu zvažování a hodnocení,

potom je eutanázie A morálně přípustná a pokud by nebyla legální v zemích, kde „klasická“ eutanázie legální je, bylo by možné vyloučení A z možnosti odejít ze života prostřednictvím eutanázie chápat jako diskriminaci a porušení hodnot rovnosti a distributivní spravedlnosti.

---

About Irremediableness, Vulnerability, or Competence Sufficient to Justify Excluding All Psychiatric Patients From Medical Aid in Dying? *Health Care Analysis*. 2018, roč. 26, s. 326–343.

<sup>23</sup> THIENPONT, L. – VERHOFSTADT, M. – VAN LOON, T. et al. Euthanasia Requests, Procedures and Outcomes for 100 Belgian Patients Suffering from Psychiatric Disorders: A Retrospective, Descriptive Study. *BMJ Open*. 2015, roč. 5, s. 1-8.

<sup>24</sup> Ibidem, s. 7.

## ZÁVĚR

Uvědomuji si, že existuje ještě celá řada dalších možných důvodů, proč mohou někteří autoři odmítat morální přípustnost psychiatrické eutanázie či praktickou rozumnost rozvolnění kritérií „klasické“ eutanázie tak, aby zahrnovala i její variantu psychiatrickou. V tomto článku jsem se jim však věnovat nemohl. Chápu ho jako výzvu k širší diskuzi odborníků různých specializací a názorů a věřím, že i díky jejich kritickým reakcím se jim na stránkách tohoto časopisu dostane prostoru a já získám možnost se k nim vyjádřit. Studie jsou rozsahově omezené a musel jsem činit volby. Zdálo se mi, že povaha utrpení a kompetence jsou nejdůležitější prvky racionální diskuze o morální přípustnosti psychiatrické eutanázie, zaměřil jsem se proto na ně. Hlavní závěry článku lze shrnout do následujících tezí:

1. Psychiatrickou eutanázi je vhodnější definovat prostřednictvím primárního zdroje utrpení.
2. Utrpení způsobené psychiatrickým onemocněním je stejně reálné jako utrpení způsobené somatickým onemocněním a fyzickou bolestí.
3. Mnozí psychiatrickí pacienti jsou t- a d-kompetentní. Kompetenci je třeba vždy posuzovat individuálně.
4. Konzistence neumožňuje hájit „klasickou“ eutanázi a současně odmítat morální přípustnost eutanázie psychiatrické.
5. Je-li „klasická“ eutanázie legální, bylo by odmítání legalizaci její psychiatrické varianty v rozporu s hodnotami rovnosti a distributivní spravedlnosti.

*Článek vznikl s podporou na dlouhodobý koncepční rozvoj výzkumné organizace Ústavu státu a práva AV ČR, v. v. i., RVO: 68378122.*

## REFERENČNÍ SEZNAM

ANSEN, L. A. – WALL, S. – MILLER, F. G. Drawing the Line on Physician-Assisted Death. *Journal of Medical Ethics*. 2019, roč. 45, č. 3, s. 190–197.

BERGHMANS, R. – WIDDERSHOVEN, G. – WIDDERSHOVEN-HEERDING, I. Physician-Assisted Suicide in Psychiatry and Loss of Hope. *International Journal of Law & Psychiatry*. 2013, roč. 36, č. 5/6, s. 436–443.

BIELBY, P. *Competence and Vulnerability in Biomedical Research*. Cham: Springer, 2008.

BRADLEY, B. *Well-Being and Death*. Oxford: Oxford University Press, 2009.

BUCHANAN, A. E. – BROCK, D. W. *Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision Making*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

CASELL, E. J. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *The New England Journal of Medicine*. 1982, roč. 306, č. 11, s. 639–645.

CASELL, E. J. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. 2. vydání. New York: Oxford University Press, 2004.

CHOLBI, M. J. The Terminal, the Futile, and the Psychiatrically Disordered. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2013, roč. 36, s. 498–505.

ČERNÝ, D. *Eutanazie a dobrý život*. Praha: Filosofia, 2019.

DEES, M. K. – VERNOOIJ-DASSEN, M. J. – DEKKERS, W. J. – VISSERS, K. C. – VAN WEEL, C. Unbearable Suffering: A Qualitative Study on the Perspectives of Patients Who Request Assistance in Dying. *Journal of Medical Ethics*. 2011, roč. 37, č. 12, s. 727–734.

DEMBO, J. – SCHUKLENK, U. – REGGLER, J. “For Their Own Good”: A Response to Popular Arguments Against Permitting Medical Assistance in Dying (MAID) Where Mental Illness Is the Sole Underlying Condition. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2018, roč. 63, č. 7, s. 451–456.

DOWNIE, J. – SCHUKLENK, U. Social Determinants of Health and Slippery Slopes in Assisted Dying Debates: Lessons from Canada. *Journal of Medical Ethics*. 2021, roč. 47, č. 12, s. 854–860.

FRATI, P. – GULINO, M. – MANCAROLLA, P. – CECCHI, R. – FERRA, S. Assisted Suicide in the Care of Mentally Ill Patients: The Lucio Magri's Case. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2014, roč. 21, leden, s. 26–30.

HAERPFER, C. – INGLEHART, R. – MORENO, A. – WELZEL, C. – KIZILOVA, K. – DIEZ-MEDRANO, J. – LAGOS, M. – NORRIS, P. – PONARIN, E. – PURANEN, B. (eds). *World Values Survey: Round Seven – Country-Pooled Datafile Version 6.0*. Madrid, Spain & Vienna, Austria: JD Systems Institute & WWSA Secretariat, 2022.

HEWITT, J. Why Are People with Mental Illness Excluded from the Rational Suicide Debate? *International Journal of Law and Psychiatry*. 2013, roč. 36, s. 358–365.

HŘÍBEK, T. *Obrana asistované smrti: Filozofické argumenty na podporu eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Praha: Academia, 2021.

KAGAN, S. *Death*. New Haven: Yale University Press, 2012.

KIM, S. Y. H. – LEMMENS, T. Should Assisted Dying for Psychiatric Disorders Be Legalized in Canada? *CMAJ*. 2016, roč. 188, č. 14, s. E337–E339.

KRIKORIAN, A. – LIMONERO, J. T. – MATÉ, J. Suffering and Distress at the End-of-Life. *Psycho-Oncology*. 2011, roč. 21, č. 8, s. 799–808.

KUHSE, H. *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine: A Critique*. Oxford: Oxford University Press, 1987.

LUPER, S. *The Philosophy of Death*. 1st edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

MILLER, F. G. – TRUOG, R. D. *Death, Dying, and Organ Transplants*. New York: Oxford University Press, 2012.

MORRISSEY, M. B. Phenomenology of Pain and Suffering at the End of Life: A Humanistic Perspective in Gerontological Health and Social Work. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. 2011, roč. 7, č. 1, s. 14–38.

NEILSON, G. – CHAIMOWITZ, G. Informed Consent to Treatment in Psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2015, roč. 60, č. 4, s. 1–11.

PROVENCHER-RENAUD, G. – LARIVÉE, S. – SÉNÉCHAL, CH. Access to Medical Assistance in Dying for People with Mental Disorders. *Annales Médico-Psychologiques*. 2019, roč. 117, s. 801–808.

ROONEY, W. – SCHUKLENK, U. – VAN DE VATHORST, S. Are Concerns About Irremediableness, Vulnerability, or Competence Sufficient to Justify Excluding All Psychiatric Patients From Medical Aid in Dying? *Health Care Analysis*. 2018, roč. 26, s. 326–343.

RUIJS, C. D. – KERKHOF, A. J. – VAN DER WAL, G. et al. The Broad Spectrum of Unbearable Suffering in End-of-Life Cancer Studied in Dutch Primary Care. *BMC Palliative Care*. 2012, roč. 11, č. 12.

SAVULESCU, J. Autonomy, Interests, Justice and Active Medical Euthanasia. In: CHOLBI, M. – VARELIUS, J. (eds). *New Directions in the Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*. 2. vydání. Cham: Springer, 2023, s. 31–48.

SINGER, P. *Rethinking Life and Death: The Collapse of Our Traditional Ethics*. 2. vydání. New York: St. Martin's Griffin, 1996.

STEINBOCK, B. Physician-Assisted Death and Severe, Treatment-Resistant Depression. *The Hastings Center Report*. 2017, roč. 47, s. 30–42.

TANNER, R. An Ethical-Legal Analysis of Medical Assistance in Dying for Those with Mental Illness. *Alberta Law Review*. 2018, roč. 56, s. 149–175.

THIENPONT, L. – VERHOFSTADT, M. – VAN LOON, T. et al. Euthanasia Requests, Procedures and Outcomes for 100 Belgian Patients Suffering from Psychiatric Disorders: A Retrospective, Descriptive Study. *BMJ Open*. 2015, roč. 5, s. 1–8.

WOLPERT, L. *Malignant Sadness*. Main edition. London: Faber & Faber, 2006.