
DISKUSE

Etika a mělká schizofrenie

Vinař O.

Samostatná psychiatrická ordinace, Praha

Často se setkávám s míněným, rozšířeným zvláště mezi mladšími psychiatry, že oficiální sovětská psychiatrická škola reprezentovaná A. S. Sněžněvským úmyslně vytvořila zvláštní nozologickou jednotku „mělké“ schizofrenie, aby umožnila sovětské KGB odstraňovat disidenty tím, že byli nedobrovolně hospitalizováni na psychiatrii. Tím měl být také diskreditován odpor proti diktátorskému režimu jako šílenství.

I když to tak explicitě není řečeno v článcích uveřejněných v České a slovenské psychiatrii [3, 4], lze v nich vidět jeden ze zdrojů informací, které k takovému názoru vedou. Škola A. S. Sněžněvského podle těchto článků zaváděla „jednotný diagnostický proces, který vyhovoval vládnoucí garnituře... Tato škola se zaměřila zejména na diagnostiku schizofrenie, přičemž kritéria „tzv. „mělké“ schizofrenie byla tak široká, že dovolovala pokrýt i tzv. disident-ské chování“. Vedlo to k tomu, že „pokud se vyšetřovatelé KGB setkali s přesvědčeným disidentem, mohli se domnívat, že jde skutečně o duševně postiženého člověka“. Dovídáme se, že „zájmy strany se nakonec promítly i do diagnostického procesu“ a tak v Sovětském svazu sloužilo diagnostické nálepkování k perzekuci disidentů“.

Sněžněvský charakterizoval mělkou schizofrenii tzv. pseudoneurotickými symptomy (obsese, hysterie, hypochondrie). Koncepte mělké schizofrenie však není Sněžněvského vynález. Diagnózu pseudoneurotického typu schizofrenie najdeme ve většině amerických učebnic psychiatrie [6], který je blízký psychodynamickému nazírání a vychází z názorů takových psychiatrů, kteří určovali tón americké psychiatrie, jako byl P. Hoch [2]. I když popis příznaků podle Sněžněvského odpovídá téměř přesně popisu amerických autorů, nevycházel Sněžněvský z této americké koncepce, ale z tradičních názorů evropské kontinentální psychiatrie, k jejímž pilířům patřila i ruská psychiatrie (Korsakov, Kandinský, atd.). Klasická ruská psychiatrie byla blízká německé a nebylo jí cizí Griesingerovo pojetí jediné psychózy (Einheitspsychose: „Ich kenne nur eine Geistesstörung und die heisst Irresein“ („Znám jen jednu duševní poruchu a ta se jmenuje šílenství“). V psychiatrii nemůžeme podle těchto názorů vytyčit přesné hranice nozologických jednotek, poněvadž jde jen o variace jediné duševní poruchy, eventuálně stadia jediné choroby, jejíž tíže narůstá od neurozy přes maniodepresivitu a schizofrenii až k demenci, přičemž se

v této řadě stává stále více vyjádřenou organická laese. Pokud jde o schizofrenii, není tomuto pojetí daleká současná strategie výzkumu pracující s endofenotypem, když vychází z názoru, že měřitelné biologické markery jsou bližší genomu než diagnóza. Blízcí příbuzní nemocného mají podobnou genetickou variantu a psychické rysy, které v některých směrech jsou podobné premorbidním rysům nemocných. U schizofrenie patří k těmto rysům především určitý typ kognitivního deficitu a nesnáze v interpersonální komunikaci. Jak premorbidní potíže nemocných tak nesnáze blízkých příbuzných lze často bez velkého násilí označit za neurotické.

Pojetí, že vývoj směřující k plně vyjádřené schizofrenii psychóze se může zastavit na úrovni předzvěstných psychoneurotických příznaků, najdeme i v naší psychiatrii u Myslivečka [5]. Bleuler [1] mluví o latentní schizofrenii, která může trvat celá léta a k manifestaci vlastní psychózy nedojde.

Diagnóza je nástrojem pro popis stavu nemocných podle určitých kritérií, který má umožnit konsenzus mezi lékaři. 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí zavedla diagnostická kritéria, která výrazně zvýšila pravděpodobnost, že to, co pojmenujeme podle těchto kritérií jako schizofrenii u nás, bude pokládat za schizofrenii i psychiatr z Indie nebo Argentiny. Tento všesvětový jednotný diagnostický předpis vznikl na základě složitého jednání a je kompromisem mezi názory evropských a amerických psychiatrů, kde např. francouzské pojetí bylo v podstatě eliminováno. Nejde jen o diagnostiku. Vypracovávají se i vodítka (guidelines), kterými se máme – s přihlédnutím k diagnóze – řídit při indikaci terapie.

Alternativní – pluralitní – názory jsou sice možné, ale jejich prosazování v praxi může být ekonomicky trestáno. Diktát zdravotních pojišťoven rozhoduje o tom, jakou léčbu zaplatí a kterou nezaplatí. Psychiatr, který se administrativně zavedenou klasifikací a vodítky při medikamentózní léčbě neřídí, riskuje, že zaplatí pokutu za prosazení svého nekonsenzuálního názoru. V tomto ohledu tedy platí i dnes, že „psychiatrie je budována z jednoho ideového centra a snaží se potlačovat všechny myšlenkové alternativy“.

Touto argumentací chci vyjádřit souhlas s názorem sděleným v článku [3], že „tendence využívat psychiatrii k dosažení společenských cílů je v latent-

ní podobě vždy přítomná“. Dodávám, že takto lze využívat nejen psychiatrii, ale celou medicínu. Jde o to, o jaké společenské cíle jde. Můžeme se např. ptát, zda je správné, aby jedním z těchto společenských cílů bylo prodloužovat lidský život stůj co stůj bez ohledu na kvalitu takto prodlouženého života.

Je to lékař, kdo zorganizuje potíže nemocného pod obraz určité nemoci (Bálint). Diagnóza je nástroj a ten je někdy dobrý, jindy nepříliš dobrý. Nůž je taky nástroj a záleží na tom, jestli ho použijeme k ukrojení chleba nebo k vraždě. Nálepka duševní nemoci většinou i dnes nemocného společensky poškodí. Uvnitř zdravotnického establishmentu je však užitečná. Můžeme diskutovat o tom, zda pro sovětského disidenta bylo výhodnější být odsouzen k živení a hynutí v gulagu nebo být hospitalizován

v uzavřeném psychiatrickém ústavu. Zájem jedince – zatčeného disidenta – mohl být jiný než zájem hnutí, které bojovalo za svobodu a se kterým se ztotožňoval. Můžeme diskutovat i o společenském dopadu diagnózy a o tom, zda by uvěznění, deportace a eventuální smrt disidenta nevedly k zastrašení většího počtu ostatních disidentů než diskreditace disentu nálepkou disidenta diagnózou schizofrenie.

Nejde mi o obranu Sněžněvského. Jeho dílo a činnost zhodnotí spíše ruští psychiatři, kteří zažili komunistickou diktaturu a dnes se s nimi setkáváme na mezinárodních kongresech. Většinou mluví bezvadnou angličtinou a mají za sebou stáží v Americe. Nemyslím si však, že koncepce „mělké“ schizofrenie byla vykonstruována proto, aby sloužila sovětskému režimu.

LITERATURA

1. **Bleuler, E.:** Lehrbuch der Psychiatrie. VII. Auflage. Springer Verlag, Berlin, 1943.
2. **Hoch, P. H., Polatin, P.:** Pseudoneurotic form of schizophrenia. Psychiat. Quart., 23, 1949, pp. 248–276.
3. **Lajkep, T.:** Etika a psychiatrie. Čes. a slov. Psychiat., 98, 2002, s. 343–347.
4. **Lajkep, T.:** Svědectví literatury o situaci psychicky nemocných v Rusku a Sovětském svazu. Čes. a slov. Psychiat., 100, 2004, s. 313–315.
5. **Myslivoček, Z.:** Speciální psychiatrie. Státní zdravotnické nakladatelství, Praha, 1959.
6. **Noyes, A. P.:** Modern clinical psychiatry. IV. edition, W. B. Saunders comp. Philadelphia and London, 1953.

Dodáno redakci: 29. 9. 2004

Po skončení recenzního řízení: 17. 2. 2005

Doc. MUDr. Oldřich Vinař, DrSc.

K Ovčínu 10

182 00 Praha 8

Lékaři a farmaceutický průmysl

Vevera J., Raboch J.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha,
přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.

Vztah mezi lékaři, výzkumnými institucemi, organizacemi, které zdravotní péči platí, a farmaceutickými firmami je vždy poznamenán konfliktem zájmů [3, 5, 6, 8]. Povinností lékařů je objektivně hodnotit, co je nejlepší pro jejich pacienty, zatímco od komerčních společností se očekává, že prodejem svých produktů a soutěží o zákazníky přinesou zisk svým vlastníkům. Poskytovatelé péče, kteří vše financují, chtějí zase platit co nejméně. V naší zemi nebyla zatím této důležité problematice věnována adekvátní pozornost [2].

Je dobré připomenout, že sledování vlastních zájmů firem prospívá částečně i zájmům celku. Do výzkumu i propagace jde více peněz. Odborné akce se staly atraktivnější, posluchači se dozvědí více, i když někdy přestávají podávaným informacím věřit. A pokud ne oni, pak jejich pacienti [4]. Americkou psychiatrickou asociací už tato situace vedla k povinnému zavedení přiznání vztahu k firmám [1, 7], a je dobře, že i u nás na velkých

konferencích se organizátoři snaží monitorovat prezentaci neobjektivních přednášek, ke kterým občas dochází, byť v ČR to zatím není masovým jevem [5].

Jedním z prostředků, jak neztrácet důvěru pacientů či zamezit pokusům o administrativní regulaci vztahu lékařů a firem, je ustanovit pro tuto oblast určitá doporučená pravidla – „guidelines“. Návrh takovýchto postupů, které vypracovala World Medical Association, přinášíme v tomto čísle. Za zmínku jistě stojí, že i když se jedná o krátký text, WMA na něm pracovala dva roky.

Z navrhovaných postupů je jistě zásadním zveřejněním údajů o ekonomickém vztahu autora k institucím financujícím a organizujícím šíření informací ve zdravotnictví. Tento problém je v ČR o to aktuálnější, že většina odborných sdělení je vypracována členy akademické obce či pracovníky jiných státních organizací, jejichž zaměstnanci jsou často nedostatečně odměňováni. Na druhé