

SOCIÁLNÍ ASPEKTY VÝSKYTU SCHIZOFRENIE U VOJÁKŮ ZÁKLADNÍ VOJENSKÉ SLUŽBY

Pplk. MUDr. Pavel VOHLÍDKA

Psychiatrické oddělení vojenské nemocnice, Plzeň

(náčelník: pplk. MUDr. P. Vohlídka)

Schizofrenie přes veškeré badatelské úsilí posledních let zůstává stále velkou neznámou. Není zcela známa její etiologie. Vedle biologických faktorů je brána v úvahu oblast sociální, a to jak z hlediska nukleární rodiny, tak struktury a dynamiky sociálních skupin. Jako všem hlediskům odpovídající je přijímána teorie o tzv. multifaktoriálním původu.

Protože se schizofrenie vyskytuje i u vojáků konajících základní vojenskou službu, je nutno ji sledovat a zkoumat i z hlediska této sociální skupiny. Tak jak se zvyšuje psychická náročnost na jednotlivce během výkonu vojenské základní služby, spolupůsobí stále více psychologických, psychologických, ale i somatických faktorů na jeho psychiku. Není možné nebrat v úvahu při sledování výskytu schizofrenie varmadě. Proto je nutné, aby byla věnována pozornost i otázkám výskytu schizofrenie mezi vojáky základní vojenské služby se snahou ovlivnit ty sociální faktory, které by mohly mít v jejím výskytu význam. Jde o to, že i když se nemusí podařit tyto faktory společensky modifikovat, bylo by výhodné je znát a v rámci této znalosti se alespoň pokusit napomáhat tak k co nejčastější diagnostice signifikantních změn chování u vojáků. Tyto změny v chování mohou signalizovat plíživý začátek vznikajícího psychotického procesu a tím by se mohlo napomáhat jeho rychlému zvládnutí. V našem případě, kromě medicínského efektu, by měl být i efekt společenský, který, např. ve vojenském kolektivu, by mohl znamenat zabránění poruch chování, které by měly za následek vznik mimořádné události.

Na psychiatrickém oddělení vojenské nemocnice v Plzni se již řadu let zabýváme sledováním výskytu schizofrenie u vojáků základní vojenské služby. Onemocnění schizofrenií sledujeme nejen z hlediska čistě medicínského a posudkového, ale i co do aspektů sociálních. Jsme v úzkém kontaktu s náčelníky zdravotnických služeb vojenských útvarů, od kterých se snažíme získat co nejúplnější a nejpodrobnější poznatky. Jde nám především o to, vytypovat takové faktory, které by umožnily pochycení i těch nejdrobnějších a „nejnevinnější“ vyhlížejících změn v chování vojáků základní služby, které se potom snažíme co nejdříve vyšetřit. Máme za cíl odhalit případné schizofrenní onemocnění v jeho časném začátku a tak napomáhat jednak včasnému léčení, jednak i k odstranění rizikových faktorů, které by ve svém důsledku mohly přerůst ve vážnou poruchu jednání, ohrožení bezpečnosti nemocného nebo jeho okolí a tak vzniku mimořádné události.

Podle všeobecně známých zásad vycházíme i my ze skutečnosti, že řada nemocných duševními chorobami a poruchami se k psychiatrovi dostane teprve tehdy k vyšetření, až je chování nositelů těchto poruch laickým okolím kvalifikováno jako nenormální, nápadné nebo podivinské. Důležitý je právě „zlom“ v chování nemocného, představovaný buď pozvolnou, ale trvalou, nebo náhlou změnou chování oproti předchozí době. Zde zejména vystupuje do popředí objektivní hodnotící činnost okolí. Podivně a nápadně se chovající jedinec, který do té doby v chování naopak nevykazoval žádné nápadnosti a bizarnosti, je sociální skupinou označen jako podezřelý a nápadný. Ve vojenském kolektivu to znamená, že je na jeho nápadné a změněné chování upozorněn velitel jeho jednotky, který organizuje odeslání takového jedince k lékařskému vyšetření, pokud tak ovšem dříve a spontánně neučiní kolektiv jednotky sám.

Z toho, co bylo sděleno, jasně vyplývá, že čím později (od objevení se nápadnosti v chování) bude jednatel odeslán k lékaři, tím později může být vlastní duševní onemocnění rozpoznáno a diagnostikováno a tím později může být poskytnuta první psychiatrická pomoc. Je pochopitelné, že je velmi nutná a prospěšná úzká spolupráce mezi zdravotnickou službou útvaru a kolektivem vojenského útvaru. Zde může vykonat mnoho užitečného dobře prováděná zdravotnická osvěta a příprava.

Na psychiatrickém oddělení vojenské nemocnice v Plzni byli v letech 1979–1983 hospitalizováni vojáci základní vojenské služby (povolanci k výkonu vojenské služby v trvání 24 měsíců), u kterých byla diagnostikována schizofrenie. V tomto sledovaném souboru jsme se zaměřili na vytipování a sledování výskytu následujících faktorů:

1. Významná anamnestická data.
2. Kdo první pozoroval změny v chování jedinců, u kterých byla později diagnostikována schizofrenie.
3. Rychlost nástupu patognomických příznaků.
4. Frekvence výskytu patognomických příznaků.
5. Doba, za kterou po objevení prvních patognomických příznaků byl jedinec odeslán k psychiatrickému vyšetření — tj. doba, za kterou byla poskytnuta první psychiatrická pomoc.

V následujících tabulkách je uveden přehled výskytu těchto faktorů.

Z tabulky 1 je patrné, že v 5,6 % případů měli nemocní v dřívější době odklad výkonu

Tab. 1

Významné anamnestické údaje

Údaj	Výskyt (%)
Duševní choroba v rodině	21,2
Dřívější odklad vojenské služby z psychických důvodů	5,6
Předchozí psychiatrické vyšetření během vojenské základní služby	59,1

Tab. 3

Rychlost nástupu patognomických příznaků

Údaj	Výskyt (%)
Vznik příznaků do 48 hodin (náhlý, rychlý vznik)	22,5
Vznik příznaků déle jak za 48 hodin (pomalý vznik)	77,5
Celkem	100

vojenské základní služby z psychiatrických důvodů. V 21,2 % případů se vyskytla v rodině duševní choroba. V 59,1 % případů byli tito nemocní ještě před vznikem duševní choroby během vojenské základní služby psychiatricky na vojně vyšetřeni. Vyšetření bylo skutečně no z nejrozličnějších důvodů (nejčastěji pro polymorfni neurotické obtíže) a nikdy v té době nebyly zjištěny a přítomny příznaky duševní choroby.

Při rozboru, kdo si první všiml změny v chování těchto budoucích nemocných (ještě v době před jejich odesláním k lékařskému vyšetře-

ních místech potom byly pozorovány zrychlení řeči (33,8 %), agresivita (32,4 %), mutismus (26,7 %), nezaměřená hyperaktivita až agitovanost (22,5 %), sebevražedná aktivita (18,3 procenta), náhlá porucha orientace a zmatenost (1,4 %). Uvedené poruchy chování a jednání se nevyskytovaly přirozeně izolovaně, ale byly kombinovány i s poruchami ostatními, např. mutismus se strnulostí a nehybností, zrychlení řeči s nezaměřenou hyperaktivitou až agitovaností, agresivita se sebevražednou aktivitou, hyperaktivitou až agitovaností. V úvahu a tedy na prvním místě byly ve sledovaném souboru označeny ty, které byly nejnapadnější pro laika (pozorování u jednotky).

Tab. 2

Přehled,
kdo první upozoroval změny v chování

Údaj	Výskyt (%)
První příznaky změn v chování upozoroval velitel jednotky	5,6
První nápadnosti pozorovány kolektivem jednotky	59,2
První příznaky zjistila zdravotnická služba útvaru	35,2
Celkem	100

Tab. 4

Frekvence výskytu patognomických příznaků

Údaj	Výskyt (%)
Porucha orientace a zmatenost	1,4
Zrychlení řeči	33,8
Mutismus	26,7
Strnulost a nehybnost	45,1
Nezaměřená hyperaktivita až agitovanost	22,5
Agresivita	32,4
Sebevražedná aktivita	18,3

ní), (tabulka 2), to byl v 5,6 % případů velitel jednotky a v 59,2 % případů změny v chování pozorovali příslušníci jednotky. Pokud se jedná o účast příslušníků zdravotnické služby útvaru, na rozpoznání prvních nápadností se podíleli v 35,2 % případů.

Za dělicí hranici mezi rychlým a pomalým nástupem změn v chování (tabulka 3) byla zvolena hranice 48 hodin. Pod tuto hranici byl vznik příznaků považován za rychlý, nad tuto hranici za pomalý. Rychlý začátek příznaků byl pozorován celkem v 22,5 % případů. Pomalý vznik příznaků byl pozorován v 77,5 % případů.

Při bližším rozboru poruch chování budoucích pacientů, kterými upoutali na sebe pozornost laického okolí (tabulka 4), zaujímá první místo strnulost a nehybnost (45,1 %), na dal-

Poskytnutí první psychiatrické pomoci (tj. odeslání pacienta od útvaru na vyšetření na psychiatrické oddělení do vojenské nemocnice) bylo podle času rozděleno do 4 skupin. První skupina byla stanovena pro časový úsek 24 hodin odeslání na vyšetření od objevení prvních nápadností v chování. Druhá skupina zahrnovala úsek od 24 hodin do 5 dní, třetí od 6 do 10 dní a konečně čtvrtá skupina zahrnovala časo-

Tab. 5

Časové údaje o poskytnutí první psychiatrické pomoci

Údaj	Výskyt (%)
První psychiatrická pomoc poskytnutá do 24 hodin	21,1
První psychiatrická pomoc poskytnutá za 1–5 dní	45,1
První psychiatrická pomoc poskytnutá za 6–10 dní	14,1
První psychiatrická pomoc poskytnutá za déle jak 10 dní	19,7

vý úsek delší jak 10 dní. Nejčastěji byli nemocní odesíláni od útvarů na vyšetření v rozmezí od 1 do 5 dní od vzniku prvních poruch v chování (45,1 %), dále potom do 24 hodin (21,1 procenta), potom následovalo období delší jak 10 dní (19,7 %) a nakonec v nejmenším počtu případů byli pacienti k psychiatrickému vyšetření odesíláni v době mezi 6–10 dny od objevení se prvních nápadností v chování (14,1 %).

Z uvedených výsledků vyplývá, že nejčastěji si nápadností změn v chování u „budoucích“ nemocných schizofrenií všiml kolektiv jednotky a zdravotní služba útvaru. Velitel jednotky pozoroval změny v chování příslušníků své jednotky v menším počtu výskytu. Pomalý nástup změn v chování je častější. K poskytnutí první psychiatrické pomoci byli pacienti od útvarů odesíláni nejčastěji za období od 1. do 5. dne od objevení se prvních nápadností v jejich chování. Více jak v polovině případů byli pacienti již dříve během vojenské základní služby psychiatricky vyšetřeni.

Výsledky provedeného sledování nejsou pochopitelně vyčerpávající a nedělají si nárok na absolutní platnost. Ukazuje se však, že by mohly posloužit ke stanovení hrubého profilu případu vznikajícího schizofrenního onemocnění u vojáka základní vojenské služby. Jedná se převážně o vojáka, u kterého se v rodině vyskytuje duševní zátěž a který byl ještě, před vznikem prvních příznaků choroby, během vojenské služby psychiatricky vyšetřen, a to pro polymorfni neurotické obtíže nepsychotického charakteru. Vznik poruch chování, které pozoruje laické okolí, nastupuje pozvolna, tj. za dobu delší jak 48 hodin. V popředí poruch chování je nejčastěji ztrnulost až nehybnost, potom zrychlení řeči, agresivita, mutismus, nezaměřená hyperaktivita až agitovanost. Změny v chování budoucího pacienta jsou nejčastěji nápadné pro příslušníky jeho jednotky a zdravotnický personál z řad zdravotnických instruktorů.

Pacient bývá nejčastěji odeslán k psychiatrickému vyšetření buď za dobu od 1. do 5. dne od vzniku prvních příznaků, nebo potom až v době delší jak 10 dní (v této době je buďto na ošetřovně útvaru, nebo u jednotky). Z uvedeného schématu vyplývají některé poznatky, které by měly být u vojsk šířeji uvedeny do praxe:

1. Velitelé jednotek by měli věnovat větší pozornost vojákům, kteří již během vojenské základní služby byli z nejrůznějších důvodů poslání na psychiatrické vyšetření. Tito jedinci by měli být vedeni v dispenzární péči zdravotnické služby útvaru.

2. Pokud je voják vzbuzující podezření z onemocnění duševní chorobou odeslán na ošetřovnu útvaru, měl by být co nejrychleji (ale ne zbrkle a překotně) odeslán k odbornému psychiatrickému vyšetření do spádové vojenské nemocnice.

3. Kolektiv jednotky by měl věnovat pozornost změně chování svých příslušníků, protože, jak ukazuje uvedený rozbor, právě pomalý a plíživý nástup změn chování jednotlivce může signalizovat nástup duševní choroby.

4. Náčelníci zdravotnické služby útvarů by měli u vojáků odesílaných k odbornému vyšetření s podezřením na duševní chorobu striktně dbát na to, aby každý takto odesílaný voják byl vybaven objektivními zprávami a doklady podle předpisu Zdrav-1-1, č. 609 a 610, a to vždy, byť by byl případ sebeurgentnější. Máme zkušenosti, že v případech, kdy jsou dobře vypracovány objektivní zprávy a dokumentace od útvaru, je značně usnadněn diagnostický proces a tím dány i předpoklady pro rychlé nasazení cílené psychofarmakoterapeutické a psychoterapeutické péče.

Souhrn

Práce pojednává o problémech spojených s výskytem a diagnostikou duševní choroby — schizofrenie — u vojáků základní vojenské služby. Vychází z poznatků získaných na psychiatrickém oddělení vojenské nemocnice v Plzni rozбором případů schizofrenie u vojáků základní vojenské služby hospitalizovaných v letech 1979–1983.

Ukazuje na nezbytnost spolupráce kolektivu vojenské jednotky se zdravotnickou službou útvaru a této potom s psychiatrickým oddělením spádové vojenské nemocnice. V závěru práce jsou uvedeny některé návrhy na zdokonalení této spolupráce.

Literatura u autora.

Klíčová slova: Schizofrenie; Sociální aspekty.