

ROZBOR PŘEZKUMNÝCH ŘÍZENÍ PRO DUŠEVNÍ PORUCHY

Pplk. MUDr. Vladimír KOREŇ

Nemocniční vojenská lékařská komise, Ústřední vojenská nemocnice, Praha
(náčelník: genmjr. MUDr. Vladimír Dbalý, CSc.)

Úvod

K udržení vysoké bojeschopnosti armády i pro její další zvyšování má kromě jiných prvků rozhodující význam zdravotní stav příslušníků ozbrojených sil. Služba v armádě klade speciální požadavky na zdravotní stav mladé mužské populace.

Prvořadým úkolem vojenské lékařské posudkové činnosti je povinnost rozhodovat o zdravotní způsobilosti, nebo nezpůsobilosti k výkonu vojenské služby, která je podkladem pro zákonné rozhodnutí, zda je občan povinen vykonat vojenskou službu, nebo je pro nepříznivý zdravotní stav této povinnosti zproštěn. Stupeň schopnosti k vojenské službě se vyjadřuje zdravotní klasifikací. Ta se poprvé stanoví brancům při odvodním řízení. Na odvodním řízení se nemalou měrou podílejí i lékaři státní zdravotní správy. Vzhledem k tomu, že proti rozhodnutí odvodní komise není možné odvolání, je oprávněný požadavek maximální objektivnosti. Správný posudkový závěr je možno udělat za předpokladu hlubokých medicínských znalostí a jistých zkušeností posuzujícího lékaře na základě objektivních podkladů o zdravotním stavu. Zdravotní klasifikaci může změnit jen příslušná vojenská lékařská komise.

Nejčastější příčinou přezkumných řízení u vojáků základní služby jsou duševní poruchy. Tyto poruchy jsou velmi závažnou oblastí ve vojenské lékařské posudkové činnosti. Vojenská služba, vzhledem k podstatné změně životních podmínek s výrazným kolektivním způsobem života a vzhledem k fyzické zátěži, vede k dekompenzacím hlavně u osob, které byly ještě hraničně kompatibilní v civilních životních a pracovních podmínkách. Závažnost duševních poruch vystoupí o to více do popředí, uvědomíme-li si, že ve vojenském prostředí je relativně větší možnost ohrozit sebe i okolí vojenskou technikou nebo střelnou zbraní. V zásadě všichni nemocní s těžší nebo snadno se dekompenzující duševní poruchou by neměli do armády vůbec přijít. Vzdání zneužívání alkoholu a návykových látek má rovněž negativní dopad na průběh vojenské služby. Nelze rovněž přehlédnout ani to, že nemocní s duševní poruchou po přerušení výkonu vojenské služby motivují i některé zdravé jedince k simulaci duševní poruchy.

První projevy poruchy chování se nacházejí již v předškolním věku, ale vzhledem ke shovívavému postoji rodiny často unikají pozornosti. Ve školním věku je již nevyváženost a nepřízpůsobilost patrnější. Projevuje se horším prospěchem pro nepozornost a tékavost, zbrklostí, nespolehlivostí, agresivitou nebo naopak vážností a přecitlivělostí. Zvláště ob-

dobí puberty bývá poznamenáno četnými poruchami chování a emotivity. Abnormní struktura osobnosti je podmíněna vzájemnou interakcí biologických a výchovně společenských činitelů. Výchovný faktor má vliv podle toho, na jaký vrozený podklad dopadne, a naopak, každý vrozený faktor působí odlišně pod různými vlivy okolí. Nejčastější ovšem je, že psychopatický nebo jinak duševně abnormní rodič poškodí svého potomka jak dědičně předávanými vlastnostmi, tak špatnou výchovou (2).

Vlastní rozbor

Rozbor je proveden na základě uskutečňovaných přezkumných řízení v roce 1984 u NVLK v Ústřední vojenské nemocnici. Do rozboru jsem zahrnul jen případy, kde byla vedoucí diagnózou porucha osobnosti – 301, neurózy – 300 a jejich závažnější kombinace s poruchami adaptace na vojenské prostředí – 309. Jednalo se celkem o 454 přezkumných řízení, což odpovídalo přibližně 22 % všech přezkumných řízení v základní službě.

Při rozboru jsem sledoval následující otázky:

1. Stanovená zdravotní klasifikace při odvodním a přezkumném řízení

Odvodní zdravotní klasifikace A, BI, BIII nepředpokládají duševní poruchu. Naproti tomu zdravotní klasifikace BII a C v sledovaném souboru jsou vyjádřením mírné, resp. těžší duševní poruchy. Zdravotní klasifikace D a Dv stanovené při přezkumném řízení znamenají dočasnou a trvalou neschopnost k výkonu vojenské služby. Přehled je uveden v tabulce 1.

Tabulka 1

Zdravotní klasifikace při odvodním a přezkumném řízení

Zdravotní klasifikace při odvodu	Počet celkem		Klasifikace při přezkumu					
			D		Dv		C	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
A	199	43,83	116	58,48	83	41,16		
BI, BIII	78	17,18	46		31		1	0,23
BII	66	14,54	7	18,08	59	81,92		
C	111	24,45	25		86			
Celkem	454		194		259		1	

Z uvedeného vyplývá, že v sledovaném souboru při odvodním řízení nebyla duševní porucha vůbec zjištěna nebo se neobjevila ve snížení zdravotní klasifikace v 61 %. I když připustíme, že skryté duševní poruchy se projeví v období tzv. generační změny, tj. i po nástupu vojenské služby, je uvedené procento nerozpoznaných duševních poruch značně vysoké. Z tabulky je rovněž patrná tendence přiklonit se při přezkumném řízení pro duševní poruchy spíše k trvalé neschopnosti (Dv) u osob, které měly pro duševní poruchu sníženou zdravotní klasifikaci již při odvodním řízení.

2. Doba vykonané vojenské služby, příčina a průměrná doba hospitalizace

Psychopatické osobnosti se pro své vlastnosti většinou dostávají mnohem častěji a dříve do konfliktních situací než „normální“ jedinci. Navíc tyto situace řeší společensky nepřiměřeným způsobem. U většího počtu jednotlivců našeho souboru došlo ke konfliktním situacím již v prvních hodinách po nástupu k vojenskému útvaru. Doba výkonu vojenské služby k počtu hospitalizovaných je v tabulce 2.

Tabulka 2

Doba výkonu vojenské služby do hospitalizace na psych. odd.

Doba v měsících	do 1	do 3	do 6	do 12
Počet hospitalizovaných	108	236	357	434
Procento sledovaných	23,79	51,98	78,63	95,59

K nejčastějším dekompenzacím došlo v průběhu prvního měsíce (24 %), do 3 měsíců bylo hospitalizováno 52 % a do 6 měsíců 78,5 % sledovaných osob. Průměrná doba hospitalizace na odborném psychiatrickém oddělení byla 20,57 dne, celkový počet ve sledované skupině dosáhl 9 338 dní.

Důvody hospitalizace jsem rozdělil do čtyř skupin – viz legenda u tabulky 3. Nejčastějším důvodem bylo nápadné chování (C), téměř 30 % sledovaných řešilo změnu prostředí a tím vzniklou konfliktní situaci sebepoškozením nebo sebevražedným pokusem.

Tabulka 3

Příčiny hospitalizace na psych. odd.

Skupina	celkem		A, BI, BIII		BII, C	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
A	8	1,76	6	2,16	2	1,13
B	25	5,50	16	5,77	9	5,09
C	288	63,44	161	58,12	127	71,75
D	133	29,30	94	33,95	39	22,03

Legenda:

- A – bez výrazných projevů, pozitivní údaje anamnestické
- B – útoky od útvaru
- C – nápadné chování ve smyslu agrese nebo apatie, konflikty mezi vojáky, opakované kázeňské přestupky
- D – suicidální pokusy, od nezávažných účelových sebepoškození až po vážné, téměř dokonané pokusy o oběšení

3. Poruchy chování v dětství, sledování v OÚNZ

Za projev poruchy chování v dětství jsem považoval opakované snížení známky z chování během školní docházky a eventuální pracovní nebo společenské přestupky před nástupem vojenské služby. Dále jsem sledoval v anamnéze údaj o návštěvách a kontrolách na psychiatrickém oddělení a v pedagogicko-psychologické poradně. Výsledek je v tabulce 4.

Tabulka 4

Poruchy chování a dispenzarizace v OÚNZ

Poruchy chování	Celkem		A, BI, BIII		BII, C	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
ano	186	40,93	111	40,07	75	42,37
ne	268	59,07	166	59,93	102	57,63
Dispenzarizace v ÚNZ						
ano	197	43,39	95	34,29	102	57,63
ne	257	56,61	182	65,71	75	42,37

Poruchy chování jsou v obou skupinách pozitivně přibližně ve 40 %, ve skupině se zdravotní klasifikací A, BI, BIII bylo téměř 35 % sledováno v OÚNZ.

4. Rodinná anamnéza a rodinné prostředí

Sledoval jsem výskyt duševních nemocí v rodině včetně léčení pro alkoholismus. Zároveň mě zajímalo prostředí, ve kterém sledované osoby vyrůstaly. Za závažné prostředí jsem považoval údaje o častých konfliktech mezi rodiči, rozvody, kriminální a trestní činnost v rodině jakož i problémy ve vlastním manželství. Zjištěné údaje jsou uvedeny v tabulce 5. Z celého souboru byli 54 vojáci vychováni v dětském domově.

Tabulka 5

Rodinná anamnéza a rodinné prostředí

Rodinná anamnéza	Celkem		A, BI, BIII		BII, C	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
negativní	210	46,25	138	49,82	72	40,68
pozitivní	244	53,75	139	50,18	105	59,32
Rodinné prostředí						
nezávažné	160	35,24	115	41,52	45	25,42
závažné	294	64,76	162	58,48	132	74,58

Ve skupině zdravotní klasifikace A, BI, BIII byla zjištěna pozitivní rodinná anamnéza v 50 % a závažné rodinné prostředí téměř u 60 %. Naopak nezávažné rodinné prostředí u skupiny BII, C bylo jen u 25 %.

5. Výkon trestu před vojenskou základní službou

Počet soudně trestaných jedinců a jejich rozložení ve skupinách podle odvodní zdravotní klasifikace je uveden v tabulce 6. Z uvedené tabulky vyplývá důležitý údaj. Téměř 44 % jedinců ze skupiny A, BI, BIII bylo soudně trestáno s pobytem v nápravně výchovném zařízení – opakovaně 25 % – bez toho, že by se tento fakt svědčící o disociálním chování projevil v odvodní zdravotní klasifikaci.

Tabulka 6

Výkon trestu před vojenskou základní službou

	Celkem		A, BI, BIII		BII, C	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
netrestán	220	48,46	152	55,60	68	38,42
1 trest	91	20,04	53	18,41	38	21,46
2 a více	143	31,50	72	25,99	71	40,12

6. Zneužívání alkoholu a návykových látek

Pozitivní údaj byl zhruba stejný ve sledovaných skupinách. Přibližně 65 % udávalo sklon k zneužívání alkoholu a návykových látek. Protože údaje mohly být zkresleny značně subjektivním postojem, příslušnou tabulku neuvádím.

Diskuse

Hodnocená skupina je specifickým souborem nemocných, u kterých byl výkon vojenské základní služby přerušen pro zjištěnou duševní poruchu.

Jako velmi závažné se jeví zjištění, že u 61 % posuzovaných osob nebyla zjištěna (nebo byla podceňena) duševní porucha již v odvodním řízení. Rozbor anamnestických údajů ukazuje, že tato porucha musela být přítomna již před nástupem vojenské základní služby. Sledovaná anamnestická data byla

pozitivní ve třech a více ukazatelích u 116 osob s klasifikací A, tj. v 58 %, a u 46 osob s klasifikací BI, BIII, tj. v 59 %.

Důsledek nesprávného odvodního řízení – rozhodnutí – má vliv na oblast ekonomickou i společenskou. Takto odvedený jedinec není přínosem pro armádu. Většinu času stráví ve zdravotnickém zařízení nebo ve vazbě, a přitom mohl pracovat a žít v prostředí, na které byl adaptován. I když se nepodaří úplně vyloučit latentní psychické poruchy nebo jejich vznik během vojenské služby, je nutné provádět řádně dispenzarizaci. Důležité je při odvodním řízení správně hodnotit dostupné údaje o duševních poruchách.

Souhrn

Rozborem 454 přezkumných řízení pro duševní poruchu u vojáků základní služby, provedených během roku 1984, byly získány některé poznatky svědčící o závadách při odvodním řízení.

Odvodní klasifikace nebyla v 61 % případů dostatečně přesná. Byly podceněny především anamnestické údaje (závadné rodinné prostředí, projevy hrubé nekázně ve školním věku, výkon trestu). Dekompensace poruchy nastala u poloviny přezkoumaných do 3 měsíců po nástupu vojenské základní služby.

Literatura

1. JANÍK, A. – DUŠEK, K.: Diagnostika duševních poruch. 2. vyd. Praha, Avicenum 1987.
2. ŠTUDENT, V.: Psychopatie. In: Lékařské repetitorium. 4. vydání, Praha, Avicenum 1982.

Klíčová slova: Duševní poruchy; Přezkumné řízení.