

Amer, J. Psychiat. 126. September No 3.289—298 p. 1969.

Szerző (Dél) Vietnamban szolgált, részt vett az ottani amerikai hadsereg pszichiatriai eseteinek kezelésében. Háborús körülmények között a reaktiv neurosisok kezelésének alapelve, amelyet még az I. világháború alatt és után rögzítettek le és a II. világháború után újból felfedeztek: azonnali kezelés, az egységhez, bajtársakhoz lehető legközelebbi ellátás és a gyógyulási-visszatérés „elvárása” mindenki részéről, aki a beteggel kapcsolatba kerül (immediacy, proximity, expectancy). Ezeknek az alapelveknek figyelembe nem vétele — a beteganyag kiürítése távolfekvő kórházi egységekhez (pl. Atlanti óceánon túl) a II. világháborúban súlyos utánpótlási nehézséget okozott; előfordult, hogy a veszteség 1/3-át, 1/2-ét tette ki s a rehabilitáció csak a fenti 3 alapelv következetes alkalmazásával vált lehetségessé. Hasonló tapasztalatokkal járt az USA számára a koreai és a jelenlegi vietnami háború is.

A címben jelzett időszak alatt 20 pszichiáter állt (Dél) Vietnamban az amerikaiak rendelkezésére, ezen kívül kis számú „social worker” (szociális gondozó tiszt). A flotta, légierők még kevesebb pszichiátriai állománnyal rendelkeztek. A 7 gyalogoshadosztály mindegyike mellett 1—1 pszichiáter volt rendszeresítve. Egy hadosztály összlétszáma kb. 18 000 volt. A hadosztály pszichiáter konzultáns szerepet tölt be a hadosztály vezo. mellett, rendelkezik még 1 szociális gondozó tisztel és 6—8 eü. katonával, akik speciális képzésben részesültek a pszichiáter és a szociális gondozó tiszt a hadosztály segélyhelyi nivójában működött, míg az eü. katonák többsége előlfekvő részekben, az arcvonalhoz közelebb tevékenykedett, de nem a közvetlen harcállásban résztvevőkkel egy nivóban.

Az arcvonalban vagy mögöttes területen fellépő háborús neuroticus reakciók a legközelebbi szakemberhez kerültek az elsősegélyt nyújtó katona révén. Az ellátás abból állott, hogy a beteget fektetőn helyezték el, felszólították, hogy mondja el a traumatizáló élményeit, megnyugtatták, lehetőleg meleg ételről gondoskodván hagyták aludni másnapig, amikor is — ha rendeződött — gyógyszerelést írtak elő a csapatorvos felé s reggel visszairányították egységébe.

Aki a fentiek után nem jött rendbe, vagy súlyosabb tüneteket mutatott: vagy helyben kapott gyógykezelést, a hadosztály pszichiáter vagy szociális gondozótiszt soron következő vizitíjéig, vagy (gyakrabban) helikopterrel evakuálták a hadosztály segélyhelyre. Itt a hadosztály pszichiáter megvizsgálta s vagy elhelyezte maximuman egy hét időtartamra egy kisebb fektető részlegben, miközben az esetet megfigyelte s esetleg rövid terápiás kísérletet állított be. A terápia „supportive”. megfelelő gyógyszereléssel kísért beavatkozás volt (antianxiosus, antipsychoticus típusúak).

Akiknél a tünetek nem javultak vagy csak részben reagáltak erre a rövid és természetesen „felszínes” gyógykezelésre vagy akiknél felmerült beosztás, munkakörváltoztatás indikációja, ezeket (Dél) Vietnam egyik neuropsichiátriai szakosított csoportjához továbbították. Egy ilyen csoport összetétele volt: 3—5 pszichiáter, 1 fő neorológus, 1 klinikai pszichológus, 2 szociális gondozó tiszt, 1 elmeápoló és 20—30 sor eü. katona, akik közül egyesek klinikai munkára is kiképzésben részesültek, életkörülményekre vonatkozó körelőzmény felvétel, pszichológiai test-vizsgálatok gyakorlatával is rendelkeztek s néhány elmeosztályi ellátásra is alkalmas volt. Az egyik olyan csoport látta el az ország északi, a másik a déli felét. Mindegyik munkacsoport bázisa kórház volt, amely pszichiátriai osztállyal is rendelkezett. Egyébként egész (Dél) Vietnamban mindössze ez a két pszichiátriai osztály működött. E feladatkoron túl a csoport végzett egyéb feladatokat, consulatiot is beleértve. Néhány (Dél) Vietnami tábori kórház szervezésében szerepel 1—1 pszichiáter is. Ezek hospitalizálhattak kb 1 hétre betegeket vagy küldhették őket tovább a csoporthoz, ha az egységhez való visszaküldésük nem bizonyult lehetségessnek.

Szerző követni tudta a pszichiátriai betegek útját a harcoló egységektől (gyalogos hadosztály) a neuropsichiátriai szakosított csoportig. Tudni kell, hogy a harcban közvetlenül részt nem vevő egységek aránya a ténylegesen harcolókhoz képest kb. 7:1 s az előbbieket rendszerint az ellátó (hTp) bázisokon nyernek elhe-

lyezést. Ilyen egységek: szállító egységek, szálláscsinálók, lőszer szállítók, eü. egységek, haditechnikai személyzet, hadmérnökök. Nagy hadtápegységeknek sincsen közvetlen hozzájuk rendelt psychiatere. Általános orvosi ellátást saját övezetükben működő segélyhelyeken nyerne. Ha itt az orvos olyan tüneteket észlel, amelykről szó van, referálja ezeket a legközelebbi neuro-psychiatriai csoportnak, ahonnan vagy kezelési javaslatot kap s megkísérel egy rövid, érélyes kúrát, vagy a beteg a csoport mellett felállított neuropsychiatriai ambulanciára jár be kezelésre, vagy a psychiatriai osztályra veszik fel.

A psychiatriai osztály az egyetlen hely, ahol psychiatriai páciensek definitív kezelésben részesülhetnek. Definitív alatt intenzív, de nem elhúzódó jellegű psychiatriai restitutios kísérlet értendő olyan esetekben, ahol az eddigi időszakban a kezelési kísérletek nem jártak sikerrel.

A súlyos psychiatriai esetek az arcvonalból a neuropsychiatriai szakosított csoporthoz kerülnek. Itt diagnosztikai munka és kezelés kb. usque 30 napig lehetséges (az időszávet a hadsereg írja elő). Ezen időponton belül vagy visszakerül a beteg valamilyen beosztásba a csapatkörletbe, vagy a 3 Japánban felállított kórház egyike felé ürfik további minősítés és kezelés végett. A japáni kórházból a páciensek vagy újból szolgálataba állnak valahol a Csendes-óceán térségében vagy az USA-ba kerülnek további (for more definitive) kezelésre s gyakran orvosi javaslat alapján leszerelésre.

A cikk a továbbiakban beszámol a kezelési programról, amely (Dél) Vietnam déli felét ellátó 935. eü. különítmény (osztag) psychiatriai osztályán került alkalmazásra.

Az 1967. augusztus—1968. július hó között felvett betegek a psychiatriai betegségek széles skáláját mutatták, nem csupán heveny harci exhaustios állapotok (combat exhaustion) voltak. A valóságban relative kevés számú ilyen eset került itt hospitalizációra, mert ezeket egységeikhez közelebb látták el a már leírt módon. Csak a súlyosabb háborús neurosisok vagy a véletlenül közvetlenül az arcvonalról — közbülső állomás nélkül — idejutottak adták a psychiatriai osztály betegállományát. Mindezekről függetlenül a kezelés már említett 3 fő-principiumát alkalmazták itt is — kombinálva a milieu thérapia azon célkitűzésével, hogy a psychiatriai részleg is egy olyan therapiás közösség, amelynek célja, hogy minden egyes beteget meggyógyítván visszaadjon a szolgálataknak.

Elhelyezés: kereszt alakú, egyszintes, rögtönzött épületsor, szárnyanként 16 ág befogadóképességgel. Egy ilyen szárnyat foglalt el a psychiatriai osztály; a többi 3 szárnyban praoperatív és reconvalescens, valamint urológiai betegek kerültek elhelyezésre. A psychiatriai osztály teljesen nyitott volt, egyetlen elkülönítő kórterem nélkül, bár mindenfajta beteg kezelése itt zajlott le: psychoticusok, nem psychoticusok, agressívok, autisticusok, tisztok, sorkatonák, polgári betegek (alkalmazottak?), alkalmilag idegenek (feltehetően bennszülöttek) és ritkán nők is.

A betegtípusok ilyen különbségei és az elkülönítés, izoláció hiányosságai folytán fokozottan került előtérbe az „elvárás” magas szintű állandó felszínentartása: a betegeknek javulniuk kell, ki kell alakítaniuk a megfelelő magatartást stb. Kényszerít ill. korlátozást csak ritkán s csak órákra vettek igénybe — ha elkerülhetetlennek bizonyult és egyéb módon nem volt a kóros magatartás ellenőrzés alatt tartható.

A környezettherápia programjának keretén belül minden kezelt beteg, a legbetegebb is, együtt kelt fel reggel, megfelelő tornaingben, nadrágban, bakancsban — ami felszerelésükhöz hozzátartozott, étkezésüket együtt fogyasztották el. Ezután 5/4 óra csoporttherápia következett hetenként 5 alkalommal. A csoporttherápiát az eü. katonák végezték psychiaterek ellenőrzése mellett. Ennek célja a közvetlen élmények, nehézségek felderítése volt, melyek a hospitalisatiót szükségessé tették. Közös osztálytakarítás időszakában a psychiaterek a csoporttherápiát irányító eü. katonákkal oktató megbeszélést tartottak. Ezután a kórház körzetén belül a pácienseket adott munkaterületen foglalkoztatták kb. 2 órán át, amely után evés, rövid fekvő pihenő, majd 2 órányi kikapcsolódás következett. Tusolás, ruhamosás, relaxatio, kártyajátékok, biliárd vagy szabad beszélgetés folyt a főétkezésig (dinner). A dinnert a betegek számára tartott eligazítás követte, amikor saját maguk döntöttek, hogy ki-ki melyikébe tartozik a három kategóriának: I: csak eü. katona kíséretében II: csak III kategóriájú beteg kíséretében és III: kíséret nélkül hagyhatja el az osztályt. A betegek eligazítás után televíziót néztek vagy leveleket írtak takarodóig.

A betegfoglalkoztatási program jelentősen struktúrált volt olyan értelemben, hogy intenzív csoportaktivitás és fokozott egyéni felelősség kerüljön előtérbe. A logikai előfeltétel általában az volt, hogy a páciensek interpersonális viszonylatában az egységnél valamiféle nehézség lépett fel, amely őket mintegy „kiszorította” a csoportból. A program terápiás célkitűzése volt megkönnyíteni a páciens reintegrációját a saját csoportjába, katonai egységébe, az osztály betegei által alkotott csoportba való reintegrációt keresztül. E kezelési mód rövid kiterést igényel.

Általában a psychopathológiában 2 fő típust, pontosabban a psychopathológia 2 fő dimenzióját különíthetjük el. Beszélhetünk interpersonális psychopathológiáról: azaz olyan psychiatriai tünetekről, amelyek elsődlegesen az egyén és más személyek vagy csoportjuk között manifestálódnak. Beszélhetünk továbbá intrapsichés psychopathológiáról, amikor az individuumon belül manifestálódnak emotionális konfliktusok, nyugtalansági állapotok. Az elkülönítés a két pathológiás típus között sokszor részben mesterkelt, mert az egyik zavar tükröződik a másikban és fordítva. Azért lényeges mégis a különválasztás, mert így érthető, miért szükséges az emotionális tünetek leállítás, ill. mintegy kiűzése. A terápiás beavatkozás vonatkozhatik primáren az egyik vagy a másik típusra. Egyszerű példa az interpersonális aspectus problémakörében áthelyezési javaslat olyan esetben, ahol az egyéni előjáróival konfliktusba került.

Bár a distinkció első pillanatra közhelynek tűnik, a katonai pszichiatria megértéséhez fontos, mert ennek rendkívül gyakorlati, pragmatikus vonatkozása, célja van: a hadrafoghatóság megőrzése. Azt szeretnénk, ha az egyént ismét alkalmassá tudnánk tenni eredeti feladata optimális elvégzésére akár eredeti egységénél, — ha ez lehetséges, akár más egység keretén belül. Hivatásos katonai pszichiaterk lényegében interpersonális pszichiaterk, akiknek ténykedései olyan orientációjúak, hogy főleg a páciens problémáinak interpersonális dimenzióiba való terápiás beavatkozás felé irányulnak. A tapasztalat bizonyítja, hogy ahol hosszadalmasabban tölti idejét a katona-pszichiater az interpersonális területen végzett intervenciók, mint a belső emotionális konfliktusokra összpontosított munkával, működése eredményesebb és kevésbé időigényesebb.

Persze vannak súlyos rutin psychés intrapsichés esetek, ahol nem elegendő az interpersonális beavatkozás.

Klinikai eredmények

Durva becsléssel 300—350 000 személyt tesz ki az a populáció, amelyből származó eseteket a csoport elvár. A polyklinikailag regisztrált, vizsgált esetek száma havonta kb. 1000 fő. Ebből 75% psychiatriai, 25% neurológiai eset. 1967. augusztus—1968 július között kb. 73 usque 78 páciens utaltak be és bocsátottak ki havonta a psychiatriai osztályról. Heti felvételek száma 3—19 között ingadozott. Napi átlagos beteglétszám a psychiatriai osztályon havonta ugyanarra az időszakra átlagolva 8—15 között változott. Az átlagos ápolási idő diagnosztikai kategóriák szerint változott. Típusszámok: psychoticus syndromák: 14 nap; psychoneurosisok: 8 nap; acut situatív reactioik: 6 nap; character-magartászavarok: 8 nap; alcoholismus; 2 nap; acut harci kimerültség: 3 nap.

Úgy a napi átlagos beteglétszám, mint az átlagos ápolási idő a katonai taktikai szituációtól függött. Időről időre kiürítették az osztályt előre jelzett esetek várható fogadására.

600 kibocsátott egymás után következő eset elemzése 1967. augusztus 21—1968. július 27. között a következő megoszlást mutatta:

Psychosis: 264 (44%), ebből 148 (55%) tért vissza szolgálati helyére

Psychoneurosis: 74 (12.3%), ebből 63 (85%) tért vissza

Acut situatív reactio: (nem psychoticusak) 105 (17.5%), ebből 102 (90%) tért vissza

Character-magartászavarok: (67 11.2%), ebből 60% tért vissza

Alcohol és gyógyszer abusus: (drug problems) kivéve a psychoticus eseteket 41 (6.8%), ebből 40 (98%) tért vissza

Acut harci kimerülési állapot: (combat exhaustion) 34 (5.7%), ebből 34 (100%) tért vissza

a sine morbo psychiatrico jelzés + neurológiára áthelyezett betegek száma: 15 (2.5%), amelyből 12 (80%) tért vissza szolgálatba.

A fent említett 264 psychoticus esetből 75 (28%) került leszerelésre „acut situativ reactio” kórimével (exogen reactió forma — Bonhoeffer?). Használták ezt az operatív diagnosztizált olyan esetek jelölésére is gyakran, akik psychoticus tünetek lezajlása után kerültek vissza a szolgálatba. Így oldották meg, hogy az egység aggodalmát a súlyosan hangzó diagnózissal nem fokozták.

Az osztályra visszakerültek száma összesen az említett időszakban:

Kétszer visszaküldve 59 eset (10%), ezek 56%-a a második felvételtől kezdve további kiürítésre került. 32%-nál psychosisis volt a megállapított diagnózis.

Háromszor utáltak vissza 9-et (1,5%-ot), ebből 100-at evakuáltak hátrafelé. 9 közül 6-nál a diagnózis psychosisis volt.

A leírt kezelési program 1967. augusztusában került bevezetésre. Ezt megelőzően kb. egy éven át az osztály elsősorban mint diagnosztikai központ működött: a fősúlyt arra helyezték, hogy a páciens a rendelkezésre álló idő alatt előreláthatólag visszanyeri-e a szolgálatképességét, vagy Japán felé kell kiüríteni. 1967. első 7 hónapjában (közvetlenül a jelen dolgozat kezdeti időpontja előtt) 295 páciént emittáltak, melyből 47% került kiürítésre a hadszíntérről. Átlagban 6,5 napot töltött egy beteg az állomáson. 1968. első 6 hónapja alatt (mikor már a leírt kezelési program szerint dolgoztak) 329 páciént emittáltak s ebből 22%-ot Japán felé. Az átlagos ápolási idő 8,2 nap volt. Figyelemre méltó, hogy a páciensek átlagos kezelési ideje csak 1,5 nappal nőtt a jelentős, evakuációs ráta csökkenése mellett. A több mint felére zugorodott evakuációs arány több faktorra vezethető vissza: ebben szerepet játszott újbóli beutalások csökkenése; a lehetőség, hogy más irányba (nem eredeti munkahelyére) küldjék vissza a gyógyult páciént, továbbá különböző pszichiáterek által felállított különböző diagnózisok. Pl. USA hadseregben a character-magatartászavarok nem reprezentálnak betegségkategóriát. Ennek megfelelően az ilyen diagnózissal ellátott esetek, akiknél a rehabilitációs ténykedések nem vezettek eredményre, nem orvosi vonalon szereltek le, hanem adminisztratív vonalon távolították el őket a hadseregből. Ha adminisztratív leszerelés mellett foglaltak állást az egységnél, bár az osztály effectívnek minősítette a kezelést, nem jöttek ki tulajdonképpen a rehabilitáció eredményei, ezekben az esetekben az állomási tulajdonképpen nem „segített” a hadseregnek a páciens visszaadásával. Néhány adat rendelkezésre áll e kezelési program beállítására előtti időszakból. Az előző alacsonyabb visszairányítási ráta nem jelenti azt, hogy az gyakran javasolt adminisztratív eljárást. Amikor a pszichiatriai osztály minősítő és elhelyező központnak számított, az alacsonyabb evakuációs ráta kevésbé rendelkezett gyakorlati jelentőséggel, mert az alakulathoz visszairányított személy nem volt rehabilitáltnak tekinthető, sem nem volt képes katonai feladatainak ellátására. Ezen adatok összehasonlítása arra utal, hogy a szolgálatképesen kibocsátottak száma sokkal magasabb volt mint azoké, akiket psychoticus symptomával emittáltak.

Szerző 6 esetet ismertet kazuisztikai szempontból: közepesfokú harci kimerültségi állapot, feltehetően marihuana által provokált psychoticus epizód, acut szorongásos reactio, acut situativ (psychoticus) reactio, acut nem psychoticus situativ reactio, végül egy acut schizophreniás reactio kerül bemutatásra.

Érdekes szerző észlelése, amely szerint — szemben a régi adatokkal, ahol a háborús periódusokban nem észlelték az endogen elmebetegségek szaporodását — az sch-ra praedisponált személyeknél szorongások az arcvonalban aktivizálhattak malignus psychoticus állapotokat. Súlyos psychés decompensatiót észleltek több esetben az osztályon ilyen előzmények után a megfigyelés és kezelés időszaka alatt is, valamint közvetlenül az arcvonalba való visszairányítás periódusában.

Referálta: Csorba Antal dr. orvosezredes