

616.89-083.98

## PSYCHOLOGICKO — PSYCHIATRICKÁ PRVNÍ POMOC

Major MUDr. Roman ÚTRATA, major MUDr. František KLÁTIL, psychiatrické odd. ÚVN, Praha

Znalost zásad první pomoci patří ke všeobecnému vzdělání a je samozřejmým požadavkem současné kulturní úrovně. Zásady psychologicko-psychiatrické první pomoci však zůstávají nejširší veřejnosti i dnes téměř neznámy. Význam první pomoci, a to jak svépomoci, tak i vzájemné předlékařské pomoci, neustále vzrůstá. Pod hrozbou strašné světové války za použití zbraní hromadného ničení se stává zvládnutí zásad první pomoci celonárodním úkolem. Při hromadných zdravotnických ztrátách bude zdravotnická služba postavena před úkol, který bude těžko zvládat. Zkušenosti z obou světových válek ukázaly, že zatímco na zdravotnických etapách se úmrtnost postupně snižovala, byla nejvyšší do dosažení zdravotnické pomoci. A právě na tento článek je třeba se zaměřit. Jedině okamžitá předlékařská — ovšem cílevědomá, odpovědně a důsledně prováděná první pomoc může zabránit mnoha ztrátám.

Za těchto podmínek se ovšem mění do určité míry i některé dosud platné zásady první pomoci, jako třeba omezit se na nejjednodušší zákroky a používat prokazatelně neškodných prostředků. V současné době patří totiž k zásadám předlékařské první pomoci třeba i aplikace injekčních roztoků.

Jelikož však se musíme vyvarovat všech výkonů, jejichž provedení dobře neovládáme, nebo jejichž dosah a účel přesně neznáme, musíme usilovat o prohloubení svých znalostí a návyků.

Je pochopitelně rozdíl v první pomoci, kterou poskytuje lékař, popřípadě specialista, anebo neoborník — laik. V každém případě je však v prvé řadě věcí lékařů, aby zajistili proniknutí zásad první pomoci do řad nejširší veřejnosti. Následující řádky mají za účel poskytnout jim

vodítko v jejich osvětové činnosti a upozornit je na některé zásady psychologicko-psychiatrické první pomoci.

Podstatou první pomoci — podle Knoblocha — jsou všechna opatření, záležející v ochraně a záchraně osob stížených náhlou poruchou zdraví. Náleží k nim zejména odstranění nebezpečí, které hrozí zdraví a životu (ošetření postižené části těla) a zabránění druhotným příhodám.

Psychologicko-psychiatrická první pomoc vychází v zásadě ze stejných principů, navíc však se vyznačuje některými dalšími specifickými rysy.

Zatímco při tělesné první pomoci raněný buď očekává poskytnutí pomoci, nebo přímo sám ji vyhledá, duševně změněný člověk nejenže mnohdy pomoc nevyhledává, ale dokonce sám se jí brání.

Rovněž reakce prostředí a okolních lidí je odlišná. Zatímco tělesně poraněný si přímo vynucuje zásah prostředí, duševně chorý se buď nejeví jako člověk, který by potřeboval pomoc, anebo vzbuzuje strach a okolí od něho prchá. Někdy může svou alterací ovlivňovat své okolí ve smyslu psychické infekce, takže neklid zachvacuje i druhé a šíří se. Tento rys individuální tělesné poranění nemá.

Odstranění nebezpečí, které hrozí zdraví a životu, v rámci psychologicko-psychiatrické první pomoci záleží především v zajištění postiženého. Jeho zadržení, zvládnutí, bývá často záležitostí dramatickou a svízelnou, mnohdy spojenou s určitým nebezpečím pro zachránce.

Ovládnutí depresivního nebo stuporózního člověka jistě nebude činit zvláštní potíže. Zadržení sebevraha a jeho odvrácení od sebevražedného úmyslu bude jistě záležitostí svízelnější,

nehledě k tomu, že předpokládá znalost poskytování první pomoci po různých suicidálních pokusech (otravy, oběšení apod.). K nejsvízelnějším záležitostem patří ovšem nesporně zvládnutí nejrozumnějších stavů neklidů a násilností, přicházejících v mráкотných stavech a podobných stavech porušeného vědomí.

Jaké stavy vyžadují psychologicko-psychiatrickou první pomoc?

Jsou to především stavy rozrušení (zmatenosti) a stavy zvýšené psychické činnosti; dále různé stavy bezvědomí, záchvaty; nejrozmanitější sebevražedné manipulace a pokusy; posléze to jsou stavy snížení psychické činnosti — útlumy. Zvláštní postavení zaujímají tělesné reakce duševního původu, jako třeba psychogenní zvracení, obrny, parézy apod., které však v rámci první pomoci jsou nejčastěji ošetřovány jako skutečná tělesná onemocnění.

Je pochopitelné, že i tělesná první pomoc má svou psychologickou stránku. Víme, že někteří lidé při pohledu na krev omdlévají; rovněž pohled na rozdrčené nebo zohavené části lidského těla vede přinejmenším k zblednutí, nucení na zvracení nebo k omdlení, někdy ke stavu ztrnulosti s neschopností akce, jindy k překotné činnosti ba i k panickému útěku. Ani netrpělivost, neklid nejsou výsadou duševních poruch. Většina tělesně raněných a nemocných projevuje určitý neklid, trávající zpravidla do té doby, než se dovědí, co jim vlastně je. (Proto tak mnoho pacientů se dožaduje sdělení diagnózy, s ní se často spokojí a nežádají dokonce ani další léčení).

Další typ psychických reakcí nastává, když poraněný zjistí na sobě určité změny — zohyzdění, ztrátu údu apod. — které budou význačným způsobem ovlivňovat celý jeho další život.

Psychologická stránka má u tělesných poranění takový význam, že např. dnes někteří armádní odborníci mění svůj postoj k šoku a věnují se více podmínkám, za kterých vzniká — a to právě psychologickým okolnostem — než jeho symptomatologii, jak tomu bylo až dosud.

V některých situacích nemůžeme — v rámci první pomoci — odpovědně posoudit, jde-li o postižení tělesné nebo duševní. Stává se, že mnohé „duševní“ poruchy jsou považovány za náhlé onemocnění interní nebo chirurgické, zatímco na druhé straně z různých stavů poslaných k psychiatrovi pod hlavičkou „psychické — psychogenní“ se vyvinou zřejmě organická onemocnění. Např. u raněného, který utrpěl úraz lbi, může jít o závažné somatické postižení, kde psychická symptomatologie je výrazem a důsledkem organického poškození mozku; nebo mohou být psychické projevy reakcí organismu na traumatizující zážitek; anebo posléze je somatické postižení zanedbatelné a psychický obraz je výrazem obav raněného „zda neutrpěl“ — či „že utrpěl“ poškození mozku apod.

Jak se v těchto situacích chovat?

Především je nutno zdůraznit, že poskytování psychologicko-psychiatrické první pomoci vyža-

duje mnohdy více důmyslu a ostrovtipu, než poskytování všeobecné somatické první pomoci. V obou případech může být zachránce v prvé chvíli vyveden z míry, otřesen, často i neschopen účelného jednání. Je proto zachování klidu a rozvahy základním předpokladem účinnosti akce. Avšak zatímco při poskytování všeobecné první pomoci nebývá zpravidla zachránce sám ohrožen, může tomu tak být při poskytování psychologicko-psychiatrické první pomoci. Chce-li tedy zachránce i v tomto případě poskytnout pomoc rychle a účelně, je nezbytné třeba, aby dodržel tyto obecné zásady:

1. Aby ovládl vlastní psychickou reakci, uklidnil se a aby se vnutil do přiměřené činnosti.

Každý člověk by měl znát a pečlivě zkoumat rysy svého „normálního“ chování. Měl by zjistit, zda je impulsivní, lehce vznětlivý, senzitivnější než druzí, inklinuje-li spíše k ukvapenosti, nežli k moudrému a rozšafnému jednání apod. Každý by měl usilovat o odpovědný a poctivý odhad sama sebe a snažit se zvládnout své problémy první a rychle. K tomu je ovšem třeba určitého tréninku.

Zásadou tedy je znát dokonale vlastní slabosti, abychom je dovedli v čas potřeby rychle ovládnout. Uprostřed neštěstí může každá z těchto nezvládnutých vlastností uškodit.

2. Aby se orientoval v situaci, ujasnil si, oč jde, stanovil si myšlenkový plán jednání, ujistil se, zda může nebo musí zakročit sám, či zda musí přivolat pomoc.

3. Aby se pokusil o navázání účinného lidského kontaktu s postiženým. Přitom je třeba být opatrný a obezřetný, avšak současně též rozhodný, autoritativní. Rozhodné vystupování může vzbudit v postiženém pocit důvěry a jistoty. Tato rozhodnost však nesmí být přehnaná tolik, aby postiženého dráždila, provokovala, takže by viděl v zachránci nepřítele. Na druhé straně však projevy neklidu, strachu, nejistoty, váhavosti u zachránce postiženého vždy odradí, popudí a mohou vyvolat i agresivní jednání.

Další zásadou, kterou je třeba na tomto místě zdůraznit, je, že zasáhnout má pokud možno vždy ten, který k postiženému přišel první a který vzbudil jeho důvěru. Stává se totiž, že takový člověk by nemocného snadno odvedl k lékaři sám; když však otálí a promešká příhodný okamžik, nemocný změnil postoj, nebo se ozbrojí a jeho zvládnutí je pak mnohem obtížnější.

4. Zjistí-li zachránce, že situaci nedokáže vyřešit sám, musí přivolat rychle na pomoc více lidí. Při zákroku celého kolektivu je však zapotřebí, aby celá akce byla řádně organizována.

Rozhodně nelze připustit, aby každý z kolektivu zachránců jednal sám, na vlastní pěst.

Během zákroku je třeba nemocného nepřetržitě sledovat, pozorovat jeho chování, jeho reakce, ev. případné změny jeho fyziognomie apod., aby mohl adekvátně měnit metodu přístupu.

Současně je třeba připravovat situaci k eventuálnímu vyvrcholení a odstraňovat — pokud

možno nenápadně — nebezpečné předměty z okolí nemocného.

Dříve nežli se odhodláme k brachiálnímu zá-  
kroku, snažíme se — po navázání kontaktu —  
ovlivnit nemocného verbálně. Často pomůže,  
uděláme-li něco, co nemocný neočekává, co od-  
vede jeho pozornost, co přetrhne řetězce jeho  
jednání. Neváháme dokonce ani zapojit se do  
určité míry a na potřebnou dobu do jeho blud-  
ných okruhů, dát mu za pravdu, za účelem zís-  
kání kontaktu. Přitom je ovšem třeba varovat se  
před zjevným klamáním nemocného. Takovému  
počinání totiž situaci nevyřeší, pouze ji přesune  
časově a místně na úsek, kde a kdy nemocný  
pozná, že byl oklamán. Tu pak propukne jeho  
reakce s ještě větší intenzitou, nežli tomu bylo  
dříve.

5. Dále je třeba uvědomit si určité faktory pů-  
sobení na postiženého. Především je to laskavý,  
ohleduplný přístup.

Jsou různé typy postojů, které může zachránce  
zaujmout: chlapsky přátelský, mateřský, otcov-  
sky rezolutní. Příslušný postoj je třeba zaujmout  
podle okolností, podle situace, stavu a povahy  
postiženého a osobního založení zachránce.  
V každém nemocném je však třeba vidět přede-  
vším trpícího člověka.

Význam má i navázání jakéhosi „tělesného  
kontaktu“ — ve smyslu podání ruky, pohlázení,  
poplácání po zádech apod., které potvrdí nemoc-  
nému, že zachránce má mírumilovné a přátelské  
úmysly. Rejstřík slovních projevů je třeba řídit  
podle situace — od jemného, měkkého ladění  
až po ostrý, příkrý tón. Jednotlivá ladění mohou  
v průběhu navazování slovního kontaktu v sebe  
vzájemně přecházet. Všeobecně nutno říci, že  
základní tón rozhovoru má být vždy přívětivý,  
naprosto klidný, vmlouvavý nebo účastný. Za-  
chránce nemá nikdy reagovat vlastními afekty  
a zapomínat na to, že má před sebou člověka  
nemocného.

6. Situace vrcholí rozhodným činem, který za-  
bezpečí, popř. omezí postiženého a zajistí jeho  
transport k lékaři. Zejména u stavů neklidu je  
třeba zdůraznit nutnost šetrného zneškodnění.  
Toto zklidnění vzrušeného se musí dít vždy se  
zřejmou převahou a přesilou. Nejde o zápas a  
o udolání nemocného, ale o jeho uchopení, za-  
držení a přípravu k definitivnímu uklidnění. Při  
souboji jednotlivců může totiž dojít k těžkému  
zranění jak zachraňovaného, tak i zachránce.

Celý postup zadržení se řídí určitými vyzkou-  
šenými zásadami:

Především zachránce musí zaujmout obranné  
postavení — obě ruce se zvednou ohnuté v lokti  
do výše hrudníku. V tomto postavení se lze nej-  
lépe ubránit úderu i nárazu. Musí to však být  
postavení nenápadné, nikoli výhrůžné a vyzý-  
vavé.

Když je zachránce sám, snaží se vždy uchopit  
nemocného zezadu, nebo alespoň z boku. Svými  
pažemi obejmeme pevně nemocného kolem trupu  
tak, aby mu přitiskl paže k tělu. Paže nemocného  
je přitom třeba sevřít poněkud nad jeho lokty.

Vpředu na hrudi nemocného zaklesne zachránce  
prsty svých rukou do sebe, nebo uchopí jednou  
rukou zápěstí své druhé ruky. Pak nemocného  
nadvzvedne a dopraví do bezpečí.

Jsou-li zachránci dva, uchopí jeden z nich ne-  
mocného právě uvedeným způsobem, druhý při-  
skočí z boku a nadvzvedne spojenýma rukama pod  
koleny nemocného tak, že ruka bližší nemocné-  
mu jde nad koleno, ruka vzdálenější pak pod  
koleny nemocného.

Jsou-li zachránci tři, uchopí jeden nemocného  
zezadu, druhí pak uchopí nemocného pod koleno,  
a to tak, že každý uchopí jen jedno koleno, při-  
tiskne si stehno nemocného do podpaží a druhou  
volnou rukou stlačuje jeho holeň dolů.

Je-li zachránců více, je výhodné, když některý  
z nich upoutá na sebe pozornost nemocného a  
umožní tak ostatním, aby se k nemocnému ne-  
nápadně přiblížili. Těž je třeba, aby zachránci  
přistupovali z více stran. Nemocný nemůže  
všechny sledovat, obrací se proti tomu, o kom se  
domnívá, že mu je nejnebezpečnější. To pak  
umožní ostatním rychlé a nenápadné přiblížení  
a včasný zákrok.

Útočí-li nemocný zpředu a není-li již čas do-  
stat se za jeho záda, jsme nuceni uchopit jej tak,  
že se přitiskneme na jeho hrud, obejmeme jej  
pevně — přes jeho paže — kolem těla, zakloní-  
me se a tak nemocného nadvzdihneme. Varu-  
jeme se pokud možno chytání nemocného za  
ruce, neboť z takovéto situace může nejsnáze  
vzniknout nepříjemná tahanice.

Jestliže nemocný leží na zemi a zmítá sebou,  
přikleknou dva zachránci ze dvou stran, každý  
z nich uchopí stejnojmennou rukou zápěstí ne-  
mocného (tedy zachránce po pravém boku ucho-  
pí pravou rukou pravé zápěstí), přitlačuje pevně  
zápěstí nemocného k zemi a druhou rukou při-  
tlačují trup nemocného k zemi.

Tento tlak budí protitlak, nemocný se snaží  
zdvihnout. Zachránci této snaze současně povolí  
a dokonce tím, že přemístí ruce z prsou nemoc-  
ného na jeho šíji, pomohou mu v posazení. Vtom  
přiskočí třetí zachránce a obejmeme nemocného  
ze zadu dříve popsáním způsobem.

Takto je tedy nemocný zadržen a umožněno  
buď jeho upoutání, pokud je nezbytné, nebo  
aplikace uklidňujícího léku a další doprava do  
příslušného zařízení. Často se však stává, že ne-  
mocný se po takovéto tahanici uklidní a podrobí  
se vůli zachránců.

Za situace, kdy nemocný je ozbrojen nějakým  
nebezpečným předmětem a nepodařilo se jej  
uchopit za útočící ruku, je třeba opatřit se něja-  
kým improvizovaným ochranným štítem (židle,  
matrace). S tímto krytem postupujeme rychle  
proti útočícímu a snažíme se jej zatlačit někam  
do kouta, kde pak vyčkáme další pomoci.

Jindy je možno na útočníka hodit pokrývku,  
prostěradlo nebo podobně a znemožnit mu tak  
manipulaci s nebezpečnou zbraní.

Zejména velké opatrnosti je zapotřebí, mani-  
puluje-li nemocný se střelnou zbraní. Zachránci  
nesmějí zbytečně riskovat, na druhé straně jsou

však více povinni útočníka zneškodnit. A právě zde je zapotřebí důvtipu, správného zhodnocení situace a využití všech přehlednutí útočníka, jelikož nelze dát přesný návod pro všechny situace, které mohou nastat.

Již výše jsme se zmínili, že před použitím tělesné síly zkusíme slovní ovlivnění. Je pochopitelné, že oba způsoby se mohou vzájemně kombinovat a tohoto spojení lze s výhodou využít. Leč i verbální přístup vyžaduje některých speciálních vědomostí. Bývají zdůrazňovány zejména tyto základní principy přístupu k emočně rozrušeným:

Akceptovat právo každé osobnosti na vlastní pocity. Nekárat ani se nevysmívat postiženému, nezesměšňovat jej. Naším úkolem je pomoci mu, aby aktivně usiloval o vyrovnání sama se sebou. Je proto zbytečno vykládat mu, jak má cítit. Bylo by totiž třeba dlouhé doby, abychom si objasnili, proč postižený cítí právě tak a ne jinak. Uvidí-li postižený, že se snažíme nahlížet na jeho neštěstí jeho očima, vzrůstají v něm naděje, že mu pomůžeme. V žádném případě nezískáme jeho důvěru tím, že popřeme jeho svět, že mu budeme vykládat, že nepotřebuje mít ty pocity, které právě má.

Při delším rozhovoru se musí zachránce vyvarovat fixace na prvotní — iniciální — pocity postiženého, které se mu podařilo zjistit. Tyto pocity podléhají totiž dynamickým změnám a vývoji, takže zachránce, který by perseveroval na původně zjištěných pocitech, by nejen postiženému nepomohl, neporozuměl, ale i slibně navázaný kontakt by nakonec ztratil.

Např. deprese ze ztráty majetku — jako iniciální pocit, vyvolávající třeba suicidální tendence — může postupně ustupovat, vyrovnávat se. (Postižený může mít ještě nějaké rezervy, nebo byl pojištěn, anebo jej čekají důležité úkoly, např. starost o děti, rodinu apod.) Jestliže zachránce neustane ulpívat na vymlouvání suicidálních úmyslů včas, jestliže nepostřehne, že tok myšlenek postiženého se zatím již obrátil jiným směrem, může postiženého — který se třeba nyní i za suicidální úmysly stydí — proti sobě přímo popudit.

Postižený často přímo podvědomě touží po tom, cítit jinak. Chtěl by být tak efektivní, jak jen by to bylo možné. Naším úkolem je pomoci mu v dosažení toho stupně efektivnosti, jakého je schopen, v době co nejkratší. Proto je třeba akceptovat jeho bolesti a nedostatky a pomoci mu odhalit rychle těch několik málo aktiv, která mu zbyla. To znamená vytvořit most mezi současným stavem postiženého a kladnými reálnými zbytky jeho světa, který se snaží opět stmelit.

Např. místo neplodného truchlení nad ztrátou majetku, přemýšlet o zabezpečení přeživších příslušníků rodiny apod.

Musíme projevit vřelý zájem o potíže postiženého. Musíme se dotazovat, co se mu stalo a nechat jej vypovídat jeho způsobem. Právě těch několik minut, ve kterých vyličí své vlastní zkušenosti a bolesti, výrazně uleví jeho pocitům

zoufalství a beznaděje. Nám pak umožní získat správný náhled na příčinu jeho narušeného duševního stavu.

Výhodné je uvést postiženého co nejrychleji do jednoduché konstruktivní činnosti, přimět jej, aby aktivně spolupůsobil na reparaci svého stavu směrem k normě.

Nelze zapomínat ani na všeobecnou pomoc, kterou představuje poskytnutí přístřeší, jídla, nápoje, umožnění nerušeného spánku, poskytnutí relativního bezpečí apod. Člověk vysílený, exhaustovaný, zděšený, se dokáže často vyrovnat se svým stavem sám, jsou-li mu poskytnuty příhodné podmínky.

Podobných speciálních zákroků, jako je polévání studenou vodou, s oblibou užívaných zejména u různých hysterických stavů, se nedoporučuje užívat přímo v katastrofické situaci. Nemocný upadl do tohoto stavu vlivem otřesných událostí (zemětřesení, požár, výbuch). Snažíme-li se jej vytrhnout z jeho stavu přímo na místě, kde dosud trvájí podmínky, které vedly ke vzniku tohoto stavu, upadne nemocný — sotva se trochu probíral k jasnějšímu vědomí — znovu do svého stavu, často i hlouběji. Na druhé straně, v jednotlivém případě může za určitých okolností nahradit silný proud studené vody z hasičské stříkačky celé družstvo zachránců.

Poskytování psychologicko-psychiatrické první pomoci je ovlivňováno ještě dalšími aspekty. Jsou to:

a) místní podmínky (byt, příroda, nemocnice). Místo, kde je první pomoc poskytována, má závažný vliv na naše rozhodnutí, orientaci, odstranění nebezpečných předmětů, způsob zákroku apod. Nelze popřít, že omezujeme-li nemocného v jeho vlastní domácnosti, budeme spíše v nevýhodě proti místu, kde se sami dokonale vyznáme;

b) osobnost postiženého, jeho zájmy, tužby, přání, názory. Tento aspekt má význam hlavně tehdy, známe-li nemocného již dříve. Proto je často výhodné využít pro omezení postiženého lidí (nebo předmětů) z jeho blízkosti, pokud k nim ovšem nezaujal negativní vztah.

Vůbec přístup okolí k chorobným projevům postiženého je důležitý. Příbuzní totiž nemocnému často věří, věří v pravost jeho bludů a v jejich duchu též jednají, pochopitelně proti zájmům normálního prostředí a koneckonců i proti zájmu nemocného samého;

c) charakter nástupu příznaků. Zvláštností při poskytování první pomoci duševně vyvinutému je to, že někdy jsme nuceni poskytovat první pomoc i v takových stavech, kdy projevy duševní poruchy nastupují plíživě, kdy se dosud plně nerozvinuly — pokud ovšem je sami postřehneme a uvědomíme si jejich nenormálnost. Ty duševní poruchy, které propukají náhle, mají v tomto ohledu již shodný charakter s tělesným postižením, které zpravidla vzniká rovněž náhle.

d) Velmi závažným činitelem, ovlivňujícím způsob poskytování psychologicko-psychiatrické první pomoci, je množství ztrát. Jiný je přístup k duševně vyvinutému jednotlivci a jiný ke sku-

pině, která podlehl v určité situaci panickému stavu. Hromadné panické reakce je třeba především zvládnout organizačně. Tato problematika je dostatečně zpracovávána v literatuře (viz Glass, Göringová, Storn, Drayer a spol. apod.) a na tomto místě přesahuje rámec našeho pojednání.

Závěrem můžeme shrnout, že psychologicko-psychiatrická první pomoc představuje komplex opatření, který má stránku psychologickou (rozbor situace, kontakt, rozbor perspektiv), stránku psychiatrickou (přístup k duševně chorému, technika omezení, speciální zákroky) a všeobecnou (jídlo, nápoj, spánek).

Je důležité, aby se každý vojenský lékař dobře seznámil s problematikou psychologicko-psychiatrické pomoci. Jedině pak může účinně zaměřit svou osvětovou práci také tímto směrem a rozšířit tak znalosti zásad psychologicko-psychiatrické první pomoci mezi nejširší veřejnost. Je třeba si uvědomit, že dobrá psychologická příprava jednotlivců neznamena pouze dokonalou morální a politickou připravenost, ale i porozumění vlastním emočním reakcím a fyziologickým pochodům, znalost účinků zbraní hromadného ničení a jejich psychologických důsledků, a posléze i skutečný výcvik v provádění některých praktických postupů a opatření.

### Souhrn

Autor podává charakteristiku a definici psychologicko-psychiatrické první pomoci a upozorňuje na její

význam. Uvádí její specifické rysy, poukazuje na stavy, ve kterých je poskytována, a podává rámcový návod, jak se v těchto situacích chovat. Zvláště jsou zdůrazněny možnosti postupu při omezení neklidného nemocného (brachiální přístup) a principy slovního přístupu k emočně zlomenému, depresivnímu nemocnému (verbální přístup).

### Резюме

Автор приводит характеристику и определение понятия „психологическо-психиатрическая первая помощь“ и подчеркивает ее значение. Объяснены ее специфические черты, перечислены состояния, при которых она должна быть оказана больному, и в общих чертах рассказано, как надо поступать в таких случаях. В особенности подчеркнуты возможности применения способов, направленных на ограничение беспокойных больных (брахиальный подход) и принципы словесного подхода к эмоционально сложенному, находящемуся в депрессивном состоянии больному (вербальный подход).

### Summary

The characteristic and definition of psychological-psychiatric first aid are presented and attention is drawn to its importance. The specific features of first aid in different conditions are discussed and general directions are given how to proceed. Special stress is laid upon methods how to restrain an agitated patient (brachial approach) and upon the principles of a verbal approach during attacks of depression.

Písemnictví u autorů.