

616.009.93

REAKCE OSOBNOSTI NA PSYCHOTRAUMATIZUJÍCÍ SITUACE

Podplukovník MUDr. František KLÁTIL a kapitán Zdeněk HEINZL, prom. lékař

Každý člověk je během svého života nucen neustále se přizpůsobovat změnám zevního prostředí. Na každou změněnou situaci má reagovat přiměřeně. Toho dosahuje mimo jiné především získanými adaptačními schopnostmi. Adaptační-

mi schopnostmi v tomto případě rozumíme vlivy společenské výchovy, získané vlastní poznatky a zkušenosti.

Jako normální a přiměřené lze chápat ty reakce, při kterých osobnost jedná v souladu se

zákonitostmi společenského života a přírody a které vedou v přiměřené době k uskutečňování konkrétních, individuálních a společenských cílů.

Přicházejí však situace, kdy uvedené adaptační schopnosti selhávají a kdy dochází k různým změnám v chování a v jednání. Jako abnormní lze označit ty odpovědi osobnosti, které nejsou přiměřené vyvolávající situaci. Jde o reakce nevhodné, nenáležitě, neúměrné a neplodné, které mnohdy přímo ohrožují bezpečnost a zdraví samotného jedince a jeho okolí.

Mimořádné pozornosti zasluhují tíživé životní situace (jako živelné pohromy, katastrofy a zejména pak válečné situace), kdy dochází k hromadnému výskytu psychogenních reakcí. Mezi těmito reakcemi je plynulý přechod od reakcí „ještě normálních“ k reakcím „hrubě abnormním“.

I. Význam z vojenského hlediska

V případném válečném střetnutí za použití ZHN je nutno očekávat hromadný výskyt psychogenních reakcí.

Všeobecně se neočekává výskyt nějakých nových specifických reakcí, předpokládá se však masovost psychogenních reakcí.

Je proto nezbytně nutné zabývat se touto problematikou a při výcviku vojsk soustavně seznamovat vojáky s psychologickými účinky ZHN a zajistit tak jejich dobrou psychologickou připravenost.

V zahraniční literatuře je věnována velká pozornost psychologickému působení při event. příští nukleární válce. Autoři vycházejí z poznatků a zkušeností získaných při katastrofách, živelných pohromách, ze zkušeností získaných za druhé světové války, z napadení japonských měst atomovou pumou a z lokálních válek, např. v Koreji a Vietnamu.

Všeobecně je věnována velká pozornost strachu, jako závažnému rušivému činiteli při úspěšném vedení boje. Podle Storna: „Strach je nakažlivý, strach jednotlivce může vést k panice. Ovšem je třeba mít na mysli, že i odvaha je nakažlivá.“

Po výbuchu atomovou zbraní očekává se vznik tzv. počátečního šokového stadia v trvání přibližně 15–30 minut. Lze očekávat asi takovéto chování:

12–15 % z osob zůstane klidnými a neotřesenými a mnozí z těchto budou schopni aktivní, účelné a organizátorské činnosti.

10–25 % osob okamžitě ztratí schopnost racionálního myšlení. Jsou buď neschopní pohybu, bezmocní a hystericky pláčou, nebo projevují primitivní úsilí uniknout nebezpečí slepým útekem nebo nesmyslnou bezcílnou činností.

Zbývajících asi 75 % osob jsou jakoby omráčeny, vykazují nepatrné emoce a zůstávají na místě.

Po počátečním šokovém stadiu dochází k období zvýšené činnosti a k vývoji dalších reakcí. Osoby přecházejí do tzv. sugestibilního stadia, ve kterém projevují velký zájem o zdraví svých

druhů a současně mají tendence bagatelizovat svoje vlastní zranění. V tomto stadiu je celkem snadné přimět je k výkonu běžných a obvyklých povinností. Zkušenost ukázala, že právě účelná a cílevědomá činnost je nejlepší léčbou pro většinu psychologických ztrát.

Stadium všeobecné ochoty po určité době odezní a přejde do opačného stadia, ve kterém osoby soustřeďují hlavní zájem na sebe. V této době je třeba rozhodného a rázného zákroku velitele, nemá-li dojít u jednotky k vážnému narušení akceschopnosti.

Autoři ve snaze o zjednodušení uvádějí jednotlivé typy reakcí.

Všeobecně však je uvažováno o dvou základních typech reagování, a to o reakci se **sníženou** a se **zvýšenou aktivitou**.

Pro zajímavost uvádíme např. rozdělení podle H. Goehringové.

1. Reakce pasívní — útlum činnosti až apatie.

2. Reakce aktivní —

a) negativní — útek až individuální panika,

b) pozitivní — přiměřené chování.

Většina autorů je vedena snahou seznámit nejširší veřejnost s těmito psychologickými reakcemi. Upozorňují na důležitost psychologicko-psychiatrické pomoci při hromadném výskytu psychogenních reakcí. Předpokládají, že je nezbytně nutné, aby se tyto zásady vžily právě tak jako zásady pomoci při fyzických zraněních. Autoři uvádějí určité základní principy, jimiž je třeba se řídit při poskytování psychologicko-psychiatrické první pomoci.

Uvádíme některé z příkladů.

Někdy psych. alterovaného pacienta a nevybívat se mu za jeho city, ani mu nevykládat, jak má cítit. Nezdravovat jej soucitem, neboť to učiní jeho city ještě více inadekvátními, vzbuzuje další obavu a zvyšuje anxiózu.

Je nutno především snažit se o navázání přiměřeného afektivního lidského kontaktu a pomocí psychicky narušenému odhalit zbylá aktiva. Jde o přístup k psychicky narušenému člověku, který vyžaduje značných zkušeností a cviku. Fyzická poranění jsou zjevná a na druhém snadno viditelná, kdežto odhalení anxiózy u druhého je velmi obtížné.

S psychicky alterovanými je třeba dále zacházet takovým způsobem, aby sami cítili, že jsou cennými a platnými členy našeho kolektivu a že se s nimi počítá.

Nelze však zapomínat na tu skutečnost, že i zdravotnický personál bude ovlivněn psycho-traumatizující situací.

Řada zdravotnických pracovníků bude více či méně „emočně raněna“. Je zcela zřejmé a pochopitelné, že takto zranění pracovníci budou při poskytování psychologicko-psychiatrické pomoci v nevýhodě a mnohdy nebudou vůbec ani přiměřené akce schopni.

II. Vznik a původ psychogenních reakcí

Na vzniku a vývinu psychogenních reakcí se podílí řada faktorů. Především je nutno brát

v úvahu tyto skutečnosti:

1. Určité vrozené a získané dispozice,
2. Aktuální somatický stav,
3. Aktuální psychický stav,
4. Zevní vyvolávající podnět.

ad 1. Je nutno brát v úvahu určité vrozené a získané dispozice, zejména sníženou nebo zvýšenou reaktivitu. Je nesporný fakt, že převahu psychogenních reakcí je možno očekávat spíše u osobností emočně nevyrovnaných a labilních.

ad 2. Aktuální somatický stav, který může být podstatně ovlivněn předchozí tělesnou únavou, nevyspaním, hladověním, přestálou nemocí, popřípadě dalšími nepříznivými faktory.

ad 3. Aktuální psychický stav, který může být ovlivněn dřívějším i současným emočním napětím, přestálými dřívějšími psychotraumatizujícími zážitky, nejistotou, obavami a strachem.

ad 4. Zevní podnět, který působí v podstatě trojím způsobem:

- a) náhlostí — neočekávaný, mimořádný a neobvyklý podnět působí vždy daleko nepříznivěji a uplatňuje se jako tzv. moment překvapení;
- b) silou — čím silnější je zevní podnět, tím větší počet psychogenních reakcí lze očekávat i u lidí, jinak dobře komponovaných a vyrovnaných;
- c) častým opakováním — či delším působením.

V tomto případě dochází povětšinou k získání zkušeností a vede to v mnohých případech k otupení emocí. Lidé se stávají do určité míry lhostejnými.

U některých jedinců však může dojít k určité „senzibilizaci“, kdy pouhé obvyklé předzvěsti blížícího se nebezpečí vyvolávají již anxiózu, neklid a emoční labilitu.

III. Rozdělení psychogenních reakcí

Jak bylo již vzpomenuto, dochází v psychotraumatizujících situacích k celé řadě mimořádných jevů. Jde o plynulou řadu od zcela nenápadných a diskretních změn v chování a jednání až po výrazné změny v psychomotorice.

Pro přehlednost si veškeré příznaky utřídíme do tří hlavních skupin:

1. skupina s převahou projevů somatických,
2. skupina s převahou projevů psychických,
3. hromadné panické reakce — panika.

ad 1. a) **Jednodušší projevy** — projevují se zblednutím, zrudnutím, zachvěním, zrychleným dýcháním, pocity tělesné slabosti a nevolností;

b) **Složitější projevy** — projevují se bolestí hlavy, zvracením, průjmem, závratěmi až oběhovým kolapsem. Mezi tyto projevy můžeme zařadit také jevy konverzní, např. hysterickou hluchotu, slepotu, afonii, mutismus a různé poruchy hybnosti až obrny.

Za válečné situace by bylo velmi obtížné pouze z klinického obrazu diferenciatně diagnosticky odlišit tyto psychogenní reakce (podle R. W. Storna „pseudonemoc“) od nemoci z ozáření, od otravy BChL, popřípadě od jiných intoxikací.

ad 2. a) **Jednodušší projevy**

Snížení aktivity — zaujatost, zpomalené myšlení, váhavost, nerozhodnost, somnolence, psychomotorický útlum až strnutí (Belsův afektivní stupor).

Zvýšení aktivity — překotné mluvení, nevhodné žertování, poskakování, neúčelné odbíhání od jedné činnosti ke druhé. Dále pak agitovanost až individuální panika.

Dále sem možno zařadit i různé automatismy, kdy jediná osoba, např. zdravotník, si při poskytování pomoci počíná zdánlivě správně, avšak při podrobném rozboru lze zjistit, že jde o činnost neúčelnou, zbytečnou a někdy dokonce chybnou.

b) **Složitější projevy**

Nemotivovaný křik a pláč, afekty zlosti a úzkosti, pseudodemence, puerilismus, depresivní reakce, paranoidní syndrom. Posléze pak amentně delirantní a mráкотné stavy, např. Ganserův syndrom (tj. mráкотný stav, spojený s poruchou vědomí. Nemocný dává přiléhavé, ale nesmyslné odpovědi, rovněž jeho jednání je nápadně zvrácené).

V mnohých případech a za určitých okolností může přejít původně stav snížené aktivity ve stav aktivity zvýšené a naopak.

ad 3. **Hromadná panická reakce** — panika je v podstatě strachová reakce určité skupiny lidí, při které dochází k dočasnému vymizení podmínených reflexů, dochází k dezorganizaci sociálních vztahů a k neschopnosti využít individuálních zkušeností.

Jde o iracionální chování, při kterém úsudek a úvaha o reálných skutečnostech jsou tak ochablé a omezené, že může dojít až k činnosti, která vede k sebezničení.

Hromadná panická reakce může být navozena osobami, které podlely individuální panice. Obvykle dochází k hromadné panické reakci u skupiny osob, které prchají před nebezpečím a najdou cestu k úniku přeplněnou nebo blokovanou. Za takovéto situace ztrácejí lidé veškerou soudnost a smysl pro slušnost. Nereagují na výzvy, klopýtají jeden přes druhého a nedokážou najít jiný způsob k účelnému úniku, i když je možný.

IV. Třídění a odsun

Vzhledem k masovosti psychogenních reakcí v případné nukleární válce je nepochybné, že třídění, zejména na nižších zdravotnických etapách, by prováděli lékaři nepsychoiatri.

Z hlediska likvidace psychologických ztrát jsou za nejzávažnější a potenciálně nejškodlivější pokládány reakce hyperaktivní (podle Glasse), tj. aktivní negativní podle H. Goehringové, neboť vedou k útekům a mohou dát podnět k všeobecné panice.

Tyto reakce hyperaktivní je proto nutno zvládnout v prvním pořadí naléhavostí. Osoby, které podlely individuální panice, jsou pokládány za nejurgentnější a je nutná jejich včasná izolace, kontrola a léčba. Selžou-li mírné prostředky,

je třeba použít rozhodnějšího zákroku a za pomoci 2—3 lidí dopravit neklidného do nejbližšího lékařského zařízení. Hyperaktivní, avšak nepanickou reakci lze tolerovat uprostřed zabezpečené a účelné práce ostatních.

Reakce se sníženou aktivitou jsou z odsunového hlediska méně naléhavé. Lze je ošetřovat ve skupinách, na tzv. „střežených shromaždištích“.

Zvládnutí hromadných psychogenních reakcí a zejména panických reakcí je záležitostí především organizační. Na jejich zvládnutí by se vedle zdravotnické služby musely podílet především velitelské orgány.

V. Léčba

Zkušenost ukázala, že dobře organizovaná a účelně zaměřená činnost je nejlepší léčbou pro většinu psychologických ztrát. Mnohé případy dezorientace a zmatenosti se často zlepšují spontánně po zabezpečení 24hodinového klidu (Skobba).

Mnohé z takovýchto přechodných poruch je nejlépe ošetřit co nejdříve, co možná nejbližší místa vzniku. Těmto osobám je třeba pomoci, aby zvládly a překonaly potíže v běžné situaci. Odsun a hospitalizace je mnohdy jenom utvrzují v bezmocnosti a nerozhodnosti. Nejúčinnějším postupem se jeví snaha o obnovení styku mezi osobou a jejím okolím (podat teplé jídlo, pití, uložit, pokusit se navázat slovní kontakt).

Z terapeutických možností uvádíme několik základních a zásadních terapeutických postupů.

Stavy neklidu a zmatenosti, které probíhají pod klinickým obrazem amentně delirantních stavů, je možno okamžitě zvládnout parenterálním podáním vysokých dávek ataraktik (Chlorpromazin, Plegomazin).

Jako počáteční dávku lze předpokládat dávky 25—50 mg Plegomazinu nebo Chlorpromazinu i. m. K většímu omezení motoriky je možno potencovat účinné Chlorpromazinu podáním Allobarbitálu 1—2 amp. i. m.

Po této nárazové dávce lze pak přejít na podávání 300—500 mg denně, přičemž podávání parenterální je postupně nahrazováno podáváním perorálním.

Při stavech akutního neklidu a zmatenosti je možno s úspěchem použít i elektroterapii, a to elektrických šoků nebo subšoků.

U stavů se sníženou psychomotorikou, typu apaticko-abulických syndromů, je možno zasáhnout terapeuticky elektrošoky, subšoky a event. elektrostimulací. Jinak možno aplikovat Plegomazin 25—50 mg i. m., popřípadě podávat uvedené množství Plegomazinu v infúzi s 500 ml glukózy a Thiaminem.

U lehčích reaktivních stavů s depresivními rysy a s mírnou anxiozitou možno podávat Meprobramat nebo Guajacuran spolu s Benactyziinem., popřípadě thymoleptika (Melipramin).

U reaktivních stavů s převahou hysterické symptomatologie by bylo nejspíše možno použít elektrostimulace.

Před pouhým podáváním hypnotik je třeba každý případ pečlivě uvážit, neboť je známo, že v mnohých případech mohou zejména barbituráty stavy neklidu zvyšovat a mnohdy mohou vyvolávat až stavy zmatenosti.

VI. Preventivní opatření

Jak vyplývá z uvedeného, jsou psychologicko-psychiatrické ztráty závažným problémem, se kterým by bylo nutno v případné nukleární válce počítat.

Proto je třeba již v míru se touto problematikou zabývat a provést určitá opatření.

Hlavní preventivní opatření je spatřováno v pečlivém výcviku, ve stálém poučování a seznamování s psychologickými účinky nukleárních zbraní. Je třeba upevňovat fyzickou a duševní odolnost, pěstovat vůli, odvalu a bojovat proti strachu.

Jedině znalost vlastních povahových rysů a sklonů a soustavný trénink mohou pomoci k rychlému ovládnutí v období krize.

Jeví se proto nezbytně nutným seznamovat i nižší zdravotnické pracovníky (zdravotnické instruktory, sběrače raněných) a posléze všechny vojáky s teoretickými a praktickými zásadami při poskytování první psychologické pomoci.

Zkušenost ukázala, že okamžitá předlékařská — ovšem cílevědomá, odpovědně a důsledně prováděná první pomoc může zabránit mnoha zdravotnickým ztrátám.

Při tělesných poraněních raněný sám očekává poskytnutí pomoci a často ji přímo sám vyhledá. Duševně změněný člověk nejen že mnohdy pomoc nevyhledává, ale dokonce se jí i brání. Tělesně poraněný si přímo vynucuje zásah prostředí, duševně nemocný se mnohdy nejeví jako člověk pomoc potřebující, anebo vzbuzuje strach a okolí od něho prchá. Zadržení neklidného nemocného bývá tudíž často záležitostí dramatickou a svízelnou, mnohdy spojenou i s určitým nebezpečím pro záchránce.

Poskytování psychologické první pomoci vyžaduje mnohdy více důmyslu a ostrovtipu než poskytování všeobecné somatické první pomoci. V přehledu uvádíme několik zásadních postupů:

- Ovládnout vlastní psychickou reakci, uklidnit se a vnutit se do přiměřené činnosti. Každý člověk by měl proto znát a pečlivě zkoumat rysy svého „normálního chování“.
- Měl by zjistit, zda je impulzivní, lehce vznětlivý, senzitivní, inklinuje-li k ukvapenosti apod. Každý by měl usilovat o odpovědný a poctivý odhad sebe sama a snažit se zvládat své problémy rychle a účelně.
- Dále je třeba orientovat se v situaci, stanovit si pořad myšlení a zjistit, zda na zvládnutí situace stačí sám, či zda musí přivolat na pomoc další osoby.
- Pokusit se o navázání účinného lidského kontaktu s postiženým. Je třeba být opatrný, obezřetný, ale současně též rozhodný. Roz-

hodnost však nesmí být přehnána natolik, aby postiženého dráždila, provokovala tak, aby viděl v zachránci nepřítele.

Projevy neklidu, strachu a nejistoty nebo váhání u zachránce postiženého vždy odradí, někdy i popudí a mohou vyvolat u něho vážný odpor.

- d) Zjistí-li zachránce, že situaci sám nevyřeší, musí rychle přivolat na pomoc více lidí. Při zákroku více lidí je však zapotřebí, aby celá akce byla řádně organizována. Rozhodně nelze připustit, aby každý ze zachránců jednal sám na vlastní pěst.

Během zákroku je třeba nemocného nepřetržitě sledovat, pozorovat jeho chování a přiměřeně reagovat na každou změnu v jeho jednání. Před tím, než se rozhodneme k brachiálnímu zákroku, snažíme se ovlivnit nemocného verbálně. Často pomůže, udělá-li se něco, co nemocný neočekává, co odvede jeho pozornost a přetrhne řetězec jeho jednání.

- e) Situace pak vrcholí rozhodným činem, který zabezpečí, popřípadě omezí nemocného a zajistí jeho transport do míst, kde je možno provést lékařský zákrok.

Zklidnění vzrušeného se má dít vždy se zřejmou převahou a přesilou. V žádném případě však nejde o zápas a o udolání nemocného, ale o jeho uchopení, zadržení a přípravu k definitivnímu zklidnění.

Jako další závažné preventivní opatření se předpokládá provádět psychologicko-psychiatrický výběr velitelských kádří, seznamovat velitele všech stupňů s uvedenou problematikou a

připravit velitele tak, aby dovedli organizačně zvládnout i mimořádné psychologické zatížení vojsk.

Dále pak se jeví nutným zabezpečit školení vševojskových lékařů v psychiatrii a přiblížit tak psychiatricko-psychologickou pomoc co nejbližší bojujícím jednotkám.

Souhrn

Autoři se ve svém článku zabývají problematikou psychologického působení ZHN při eventuální možné válce. Pokusili se utřídit a shrnout reakce osobnosti na psychotraumatizující situace a zároveň poukazují na určitá preventivní opatření.

Резюме

В своей статье авторы рассматривают проблемы психологического действия ядерного оружия в условиях возможной войны. Сделана попытка классифицировать и подытожить реакции личности на психотравмирующую ситуацию и указано на возможность проводить соответствующие профилактические мероприятия.

Summary

The authors deal with the problems of the psychological influence of atom weapons in the case of a possible war. They tried to classify and sum up all the reactions of personality caused by the psychotraumatic situations and simultaneously they point out certain preventive measures

Písemnictví u autorů