

Dr. Csorba Antal orvos ezredes

## Psychoreaktív képek és ellátásuk jelenlegi problémái

Az alábbiakban az alapelvek összefoglaló ismertetését adjuk.

Bár kórházunkban ilyen jellegű tömegellátási feladat — szerencsére — nem adódott, tisztán kell látnunk, hogy a psychoreaktív neurosisok és psychosisok a katonarvos medicina egyik döntő területe, amit előrevetít a két világháború, a koreai, vietnami háború s a békeidők tömegkatasztrófáinak tapasztalata. Ismert, hogy pl. a világháborúk során voltak olyan időszakok, ahol az eü. veszteség vezető kategóriáját képviselték.

Nehezen érthető, de tény, hogy a háborúk felkészülési időszakában a már régebben ismert és rögzített helyes ellátási alapelveket „elfelejtették”, a szervezés nem számolt velük. A II. világháborúban, az USA koreai hadviselésében a háború közepén kezdték tudomásul venni jelentőségüket, s frissítették fel a régóta kidolgozott alapelveket.

A modern háború, de a békeviszonyok lehetséges természeti és civilizációs eredetű katasztrófái nemcsak a katonai eü. szolgálat, hanem a polgári eü. szervek számára is nélkülözhetetlenné teszik a psychoreaktív állapotok eredményes ellátásának ismeretét. Latter J. H. részletes statisztikát közöl, amely szerint a világon az utóbbi 20 éves időszakban egy évre csak földrengési és vulkanikus katasztrófa 4400 esett. Ehhez járulnak még az árvizek, közlekedési katasztrófák stb. A kellő felkészülés tehát bőségesen indokolt.

Milyen psychoreaktív képekkel kell számolnunk, melyek az életet súlyosan veszélyeztető helyzetben tömegesen, esetleg járványszerűen lépnek fel?

Két provokáló alapszituációt kell megkülönböztetni:

1. Tartós, órákig, napokig tartó súlyos érzelmi feszültséget fenntartó helyzet,

2. egyszeri, súlyos, sokszor az összes érzékszervre kiható supramaximális ingerrel járó „stressz” helyzet.

Előbbi típus főleg háborúban védőharcban, pergőtűzben, békeviszonyok között árvíz-katasztrófa-éknál, ismétlődő földrengés sorozatokban fordul elő. Utóbbi nukleáris, vagy egyszeri természeti csapások, civilizációs katasztrófák esetén jön létre.

Az első típusra a következő képek jellemzőek: A túlnyomó többség az ún. „emotionalis exhaustio” (az érzelmi-hangulati sphaera túlfeszítésből adódó kimerültség) eseteiből adódik. Az I—II. világháború, a koreai, a vietnami háború psyches sérültjei túlsúllyal idesoroltak. Itt a tartós vitális szorongás a magatartást szabályozó kérgi gátlási funkciók zavarát idézi elő, ami teljes cselekvésképtelenséget, a konstans szorongás testi tüneteit provokálja vegetatív reakciókkal, vagy az ismert hysteriás mechanizmusokkal, ahol a lényeg ugyancsak az emotionalis sphaera felszabadulása a kérgi ellenőrzés alól. Főleg tremor s a communicatio (kapcsolatlétesítés) zavara jellemző. Súlyosabb esetben az ismert hysteriás tünetképzés dominál: functionális bénulások, görcsök, süketség, dadogás, aponia, némaság. Tünettalanilag a többséget képviselő első kategória csak intenzitásában különbözik a béke időszakából jól ismert „exhaustios neurosis” (kimerüléssel idegyengesség) képétől.

Lényegesen ritkább a reactiv psychosisok aránya, amivel számolnunk kell. Itt a Ganser-syndroma (functionalis eredetű homályállapot), ritkábban a pseudodementia (functionalis értelemgyengesség, melyet nem tudatos vágytendenciák provokálnak), mint a hysteriás formakör psychosis típusaival, tudatzavarral, tenebrositással, tudatbeszűküléssel, stuporos (psychogen motoros gátoltsággal járó), depressív, ritkán paranoid (kóros vonatkoztatásos) reakciókkal találkozhatunk. Az ún. endogen psychosisok (schizophrenia, maniás-depressiók psychosis) aránya nem változik.

A másik, egyszeri supramaximális emotionalis (és fizikai ingerként ható, de nem destruktív) hatásra az apathiás-stuporos formák jellegzetesek. Tudni kell, hogy rövid 15—20 percig tartó „emotionalis shock” mindenkinél előfordulhat, de a kiegyensúlyozott személyiségnél gyorsan kompenzálódik a zavar. A békeidők természeti csapásainak (lásd pl. a skopjei földrengést) tapasztalataiból tudjuk, hogy ez a reactio-forma a legelterjedtebb. Kis részarányban psychomotoros nyugtalanság, s a felsorolt tudatzavarral járó psychoticus képek is előfordulhatnak.

Ha nagy tömegek egy csoportban szenvedik el a csapást, tömeglélektani mechanizmusok érvényesülése folytán pánikreakciók robbanhatnak ki. Vannak szerzők, akik a felsorolt összes psychés reakciókat „individualis pánikreakcióknak” nevezik és ide sorolják (Knoepfel). Utóbbi szerző 100 sérültre 10—25 psyches reakcióval számol, melyből kétharmad enyhe, kb. 30% súlyosabb, elhúzódó lefolyású. Persze itt a becslés — kivált háborús viszonyokra — nagy szórást mutat, mivel számos tényező függvényéről van szó. Modern fegyverek alkalmazása esetén természetesen nagyobb arányszámokkal kell dolgoznunk.

A legfontosabb kérdés az adaequat, legeredményesebb ellátás biztosítása.

Itt nem szabad elfelejteni azt a tényt, hogy ha nem epizódikus esetről van szó, nem fog kellő számú szakember rendelkezésre állni. Ezért a nem komplikált és nem súlyos esetek ellátására minden orvosnak fel kell készülnie.

Az ellátás hármasszabálya még az I. világháborúból jól ismert: azonnali ellátás, lehetőleg legközelebb a csapathoz s az „elvárás” a gyors restitúció tekintetében, azaz suggestív hatás, mely állandóan érezteti a dekompenzált személlyel, hogy kötelesség szólítja törekednie psychés egyensúlyának minél gyorsabb visszanyerésére.

A többség ellátása nem bonyolult feladat. Ha a helyzet megengedi, s egyéb komoly sérülés nem kíséri a psyches reactiot, lehető legközelebb le kell választani a „curabilis” csoportot s ha számuk magas, szükségelhelyezésben a megfelelő eü. egység fogadja őket: elhelyezi, folyadékkal, meleg étellel ellátja s közli velük, hogy *nem betegségről van szó*, csak kimerültek, pihenésre van szükségük, mely után visszaszerzik teljes egészségüket. Fontos, hogy az ellátásukban közreműködő középkaderek magatartásából is ez sugározódjék. Szükség esetén altatót kapnak; nyugtalanság jelentkezésekor tranquillansokat — ha kell Pipolphen, Seduxen vagy Haloperidol i. m. inj.-t adunk. 24 óra alatt az enyhe és számottevő kategória rendeződik. Ahol hysteriás tünetképzés jelentkezik, megkísérélhető enyhe bódulatban (i. v. kis dosis Evipan vagy más rövid hatású altató) explorálni a beteget a traumatizáló élmény felől, mert a tapasztalat szerint ennek közlésével a kialakult védőgátlás okozta syndroma oldódik, mintegy lereagálja megrekedt indulatait a beteg.

Fenti módszerrel az esetek 70—80%-ában 1—2 napon belül a betegek visszairányíthatók, békeszituációban a katasztrófa környezetéből hazaküldhetők. Ha az ellátás nagy távolságban történik, szinte törvényszerűen fixálódnak a kóros psyches mechanizmusok s jelentős hányaduk idültté válik.

A súlyosabb eseteket természetesen idegostállyal rendelkező kórházba, tömeges áramlásnál Ideggyógyászati Kórházzá átalakított egységbe kell evakuálni. Itt a therapiás effectus már a betegek összetétele folytán is a fenténél kevésbé kedvező a teljes restitúció szempontjából, mert az elhúzó-dó casusok mögött egyéni dispositió is szerepet játszik.

Utoljára hagytuk a tömeges pánikjelenségek kérdését. A situatióból adódik, hogy nem elsősorban az orvos, hanem a vezetés, háborúban a parancsnok és a tisztikar közbelépése szükséges ennek a veszélyes tömeglélektani jelenségnek a megfékezésére. Ezzel a kérdéssel munkatársaim több cikkben foglalkoztak. Itt elégedjünk meg Knoepfel találó megállapításával: az ésszerű, bátor fellépés is „fertőző”, fékező hatású, fontos a gyors és megnyugtató információk, a provokáló személyek izolálása, az aktív vezetés átvétele erélyes utasításokkal, a segítőerők mobilizációja s a kollektíva reorganizációja.

Mindezek talán érzékeltetni tudják, hogy az eü. ellátás jelentős kérdésével állunk szemben, s a felkészülés a korszerű ellátásra megközelíti a somaticus betegek ellátásának fontosságát.

