

A harctámogató kórház szerepe a pszichiátriai betegek ellátásában

Dr. Kovács Gábor orvosezredes

Kulcsszavak: harci stressz, pszichiátriai kórfolyamatok, ellátási szintek, harctámogató kórház

A katonai terminológiában a „harci stressz” mindazon pszichés reakciók összefoglaló meghatározása, amelyek a harci körülmények között akután alakulnak ki és rövidebb, vagy hosszabb időre képtelenné teszik a katonát a feladatainak ellátására. Az ellátás már a harctéren kezdődik, a különböző szinteken folytatódik, végül a pszichopatológiai kép és az ebből adódó funkcionálási nehézségek határozzák meg a harctámogató kórházban való kezelést. A harctámogató kórházban a pszichiátriai ellátás strukturális hátterét, szervezését a beteg/sérült szám és összetétel határozza meg. A neuropszichiátriai részleg működhet osztálystruktúrában, de adott esetben modul vagy mátrix jelleggel működő szerkezetben a kórház egészében kezeli a pszichiátriai tüneteket is mutató betegeket.

A sérült és betegellátás struktúráját, jellegét, minőségét és mennyiségét az alkalmazás jellemzői határozzák meg békeidőben és harci körülmények között egyaránt [7]. Természetesen ez érvényes a pszichiátriai esetek kezelésére is. Szintén minden sérült és beteg ellátására vonatkozik az az elv, miszerint a szokványos béke körülményeknek megfelelő kezelésben kell minél hamarabb részesülniük. Azaz az egyes szinteknek szerves egységben kell működni és a kiürítés számára megfelelő eszközöket kell biztosítani. Ahhoz, hogy az ellátás rendszerét, benne a harctámogató kórház szerepét, felépítését meghatározzuk,

szükséges ismernünk a veszteség várható összetételét és mennyiségét.

Ellátást igénylő pszichiátriai kórformák

Harci körülmények között minőségben és mennyiségben részben hasonló, részben más fizikális illetve pszichológiai stresszorok hatnak, mint békeidőszakban. Ezek a stresszorok egyrészt provokálhatnak olyan kóros pszichés reakciókat és pszichiátriai kórformákat, amelyek szoros összefüggésbe hozhatók az adott stresszorral, másrészt elősegíthetik a békeidőben is szokványosan előforduló kórfolyamatok manifesztációját [6].

Az I. táblázat mutatja azokat az akut stressz hatásával összefüggésbe hozható kóros pszichés állapotokat, amelyek akutan alakulnak ki, általában viszonylag gyors lefolyásúak, átmenetiek, de maszkírozhatják olyan pszichiátriai megbetegedések induló állapotát, amelyek viszont tartós lefolyásúak, hosszabb kezelést igényelnek és bizonytalan, hogy maradvány nélkül gyógyulnak-e [2]. A pszichés állapot megítélésében adott pillanatban döntő szerepet az játszik, hogy az egyén képes-e katonaként funkcionálni. Ez a kritérium azután végigkíséri a kezelést minden fázisát és a megítélés alapvető szempontja lesz.

Súlyos stresszor (pszichotrauma) által kiváltott kórformák
Akut stressz reakció
Akut stressz betegség
Akut poszttraumás stressz betegség
Stresszorok által kiváltott kórformák
Akut és átmeneti pszichotikus reakció
Depresszív reakció
Alkalmazkodási reakció
Disszociatív reakció

I. táblázat: *Harci körülmények között akutan kialakuló pszichiátriai szindrómák*

Katonai terminológia szerint a „harc stressz” olyan állapot (függetlenül a súlyosságtól, aktuális szimptomáktól, későbbi lehetséges kimeneteltől), amely mindazokat az akutan kialakuló, differenciálatlan tüneti képet mutató pszichés reakciókat lefedi, amelyek fizikális vagy pszichológiai stressz hatására alakulhatnak ki harcoló, bevetésben résztvevő, veszélynek

kitett katonáknál, akik egyébként nem szenvednek klasszikus értelemben vett pszichiátriai megbetegedésben [3]. A „harc stressz” jeleit mutató katonák 90%-ánál a kóros reakció rövid idő alatt lezajlik és mintegy 10% szorul további szakellátásra [1].

Természetesen harctéri körülmények között számolnunk kell a lappangva kifejlődő pszichiátriai kórformákkal illetve szekunder (szomatikus-organikus állapot általi) pszichiátriai tünetegyüttesekkel is, amelyek adott időpontban progresszivitást is mutathatnak. A krónikus stresszhatás szintén beindíthat kóros pszichés folyamatokat, amelyek előbb vagy utóbb szintén kezelést igényelhetnek.

A pszichiátriai ellátás rendszere

Alapvető elvként kell elfogadnunk, hogy harci körülmények között pszichiátriai veszteségnek azt a „harc stressz reakciót” mutató katonát kell tekintenünk, akinél a tünetek 7 napon túl is fennállnak [1, 3]. Kialakulhatnak azonban olyan állapotok, amelyekről már az első vizsgálatkor kiderül, hogy akár a pszichiátriai tünetegyüttes, akár a kezelés jellege és időtartama miatt biztosan veszteségnek kell tekintenünk.

A harci stressz tüneteit mutató katona akut ellátása már az egységénél megkezdődik döntően nem szakosított formában. A parancsnokok, a katonatársak, az egészségügyi személyzet részesíti pszichológiai-pszichoszociális elsősegélyben a rászorulókat. A számítások szerint az adekvát beavatkozások után rövid időn (1-2 nap) belül a harci stressz reakciót mutatók

mintegy 90%-a újra hadra fogható lesz. A Role-1 és Role-2 szinteken olyan ellátó helyet („stressz ellátó bázis”) kell biztosítani, amely az egészségügyi biztosítást szolgáló segélyhelyek mellett, de nem annak részeként működik [4, 5]. A szakosított segélyt a mobil „stressz ellátó csoport” biztosítja. Annak megérkezéséig a pszichiátriai szempontból szükséges orvosi segélyt meg kell kapnia az arra rászoruló katonának, sőt adott esetben a kiürítéssel sem szabad késlekedni. Például súlyos pszichotikus tüneteket mutató, agitált vagy éppen súlyos fokban stuporozus betegek azonnali orvosi beavatkozásra szorulhatnak.

A szakosított segélyt biztosító stressz ellátó csoport egyrészt a harci stressz reakciót mutató katonák kezelését végzi és biztosítja a reintegrációt korábbi egységébe, másrészt egyfajta „osztályozást” is végrehajt és dönt az esetleges kiürítésről, a harctámogató kórházba való hátraszállításról. A döntését befolyásolja a pszichopa-

tológiai státus, a várható állapotváltozás, a szükséges kezelés formája. A harci szituációtól függően bekövetkezhet nagy számú komorbid eset előfordulása (biológiai, vegyi támadás), amikor is a Role-1–2. segélyhelyen működő orvosokkal együtt hozza meg a döntését. Ezen a szinten tehát döntően pszichológiai intervenció, szindromatológiai „osztályozás” és ennek megfelelő alapszintű, akut beavatkozásokat magába foglaló pszichiátriai ellátás történik. A II. táblázat foglalja össze az ellátási szintek tevékenységi körét.

A pszichiátriai veszteség kiürítését megszabja egyrészt a rendelkezésre álló eszközpark, másrészt a betegek állapota. Optimális esetben a csak pszichésen sérülteket a többi betegtől függetlenül kell hátra szállítani, mivel ez a betegségtudat oldását, az esetleges tüneti indukálást előzné meg. Kombinált (szomatikus és pszichés) sérültek szállítását a vezető betegség/sérülés kritériumai szerint kell végrehajtani.

Szint	Ellátandó	Ellátó	Beavatkozás
Harctér	Magatartási reakciók	Parancsnok, katonatárs	Pszichoszociális segítség
Role-1-2 Stressz Ellátó Bázis	Tünetek, tünetegyüttesek	Eü. személyzet, Stressz Ellátó Csoport	Pszichológiai – pszichiátriai elsősegély
Harctámogató kórház	Pszichiátriai kórformák	Neuropszichiátriai osztály	Komplex pszichiátriai ellátás

Megjegyzés: az egyes szintek képesek az előzőek feladatát is ellátni

II. táblázat: A szervezési szintek és a beavatkozások jellege

Pszichiátriai betegek ellátása a harctámogató kórházban

A harctámogató kórház struktúráját a beáramló betegek száma, összetétele határozza meg, és a pszichiátriai ellátásnak is ehhez kell alkalmazkodnia. A harctámogató kórház ugyanis működhethet klasszikus osztályos struktúrában, modulokban, mátrix jelleggel és adott esetben egy profillal (pl. nagyszámú biológiai ágensnek kitett betegek esetén tiszta fertőző kórházként).

A klasszikus struktúrában működő kórházban a Neuropszichiátriai osztály 20 körüli ágyszámmal rendelkezik. Itt kerülnek elhelyezésre a pszichiátriai betegek és az ideggyógyászati ellátást igénylő esetek. Az osztályon belül meg kell valósítani a megfelelő mobilitást a felmerülő igényeknek megfelelően. Biztosítani kell a súlyos pszichiátriai betegek elkülönítését „szubintenzív” részleg felállításával, emellett általános ellátást biztosító és rehabilitációs célzatú osztályrész kialakítására van szükség.

A neurológiai és pszichiátriai feladat a harctámogató kórházban szinte azonos:

- biztos diagnózis felállítása,
- adekvát terápia beállítása,
- rehabilitáció megkezdése,
- hátraszállítás biztosítása (stacioner kórház, rehabilitációs intézet).

A biztos diagnózis felállítása természetesen függ a rendelkezésre álló eszközös lehetőségektől is. Ez nemcsak

a neurológiai, hanem a pszichiátriai tünetegyüttesekre is vonatkozik, hiszen a háttérben szomatikus kórokok is meghúzódhatnak.

A harctámogató kórháznak rendelkeznie kell azokkal a gyógyszerekkel, amelyekkel már az adott betegség specifikusan gyógyítható. Amíg az alacsonyabb szinteken elsősorban szindromatológiai besorolásokra, a várható kimenetel bejósolására van lehetőség, addig ezen a szinten már a betegség megbízható felismerése, gyógyhajlamának meghatározása a feladat. Meg kell kezdeni a betegség egészének az adekvát gyógyítását. Az alacsonyabb szinteken annál a betegnél, akivel nem lehet kommunikálni, aki nem fogad el ételt, italt, akinek a reakciói kiszámíthatatlanok, csak azt lehet megmondani, hogy stuporozus, hogy veszélyeztető állapotban van, és minél előbb kiürítendő. Elsősegélyként a parenterális szedatívum, esetleg antipszichotikum jön szóba. A harctámogató kórházban már el kell dönteni, hogy tisztán pszichiátriai estről van-e szó, hogy a magatartási-viselkedési anomáliák háttérében súlyos szorongásos, depresszív vagy akár pszichotikus megbetegedés áll-e. A kezelést ennek megfelelően kell beindítani, illetve folytatni.

A harctámogató kórháznak rendelkeznie kell azokkal a békeidőben is meglévő gyógyszerekkel (eszközökkel), amelyek az adott pszichiátriai betegségben a leghatékonyabbak, viszonylag a leggyorsabban fejtik ki hatásukat és mellékhatás profiljuk a legjobb.

A kezelésnek mindenképpen tünetmentes állapot elérésére kell törekednie, azonban a legfontosabb követelmény, hogy a beteg újra megfelelően tudjon funkcionálni, akár az eredeti feladatkörében. Ennek a célnak eléréséhez a gyógyszeres kezelésen túlmenően szükség van adekvát és hatékony pszichológiai intervenciók időben történő bevezetésére. A harctámogató kórházban szolgálatot teljesítő pszichológus feladata elsősorban a segítő támogatás, adott szinten a szociális reintegráció megkezdése. Specifikus és hosszabb időt igénybe vevő pszichoterápia ezen a szinten nem indokolt. Kórházszinten a pszichológusnak szerepe van a nem pszichiátriai betegek pszichés integritásának fenntartásában.

A kezelések eredményeit folyamatosan kontrollálva kell megszabni a következő lépéseket. Nagy valószínűséggel a harctámogató kórházban kezelt esetek hátraszállításra kerülnek, akár egy súlyosabb és elhúzódó reakcióról van szó, akár manifeszt pszichiátriai betegségről. Mindkét esetben idő kell a reintegrációhoz, a reszocializációhoz, a megfelelő funkcionálás eléréséhez. Pszichiátriai megbetegedés esetén ráadásul a kezelést hosszabb ideig, hónapokig, sőt évekig kell esetleg folytatni, a tünetmentesség fenntartása és a visszaesés megakadályozása céljából. Számításba kell venni ezekben az esetekben a szedett gyógyszernek a magasabb mentális funkciókra kifejtett esetleges hatásait is. Azaz kérdéses, hogy a gyógyszer mellett tud-e megfelelően teljesíteni. Bár a modern pszichiátriai szereknek ilyen irányú negatív hatása

elenyésző, tehát sokkal inkább maga a betegség természete a meghatározó.

Már a harctámogató kórház szintjén szükséges annak behatárolása, hogy a külső hatások, a stresszorok mennyiben modulálhatják a betegség vagy akár reakció lefolyását, mennyiben valószínűsíthető a visszaesés még akkor is, ha viszonylag gyors tünetmentességet sikerül elérni. Milyen a beteg stressz tűrő kapacitása, milyen szintű a stresszel való megküzdési képessége, milyen copingokkal rendelkezik. Mindezek reális felmérése messzemenően meghatározhatja a beteg további sorsát. Ezek a lépések már a rehabilitációra, reszocializációra történő előkészítés folyamatába tartoznak.

A végleges ellátást, az egyén további sorsát, a katonai szolgálatra való alkalmasságát a stacioner kórházban végzik. A körültekintő döntést meghatározhatja a korábbi szinteken is kötelezően előírt, megbízható, a kellő mértékig részletes dokumentáció.

IRODALOM

- [1] AD 85-8 ACE - Egészségügyi biztosítási elvek, módszerek és tervezési paraméterek
- [2] Betegségek Nemzetközi osztályozása. (BNO-10), 1995, Budapest
- [3] COMEDS Working Group on Military Psychiatry (kézirat), 2000.
- [4] *Holsenbeck, L. S.*: The OM (Combat Stress) Team in the Gulf. The Journal of the US Army Medical Department, 1992. Jan./Feb. 32–38.

- [5] Kovács G.: A háborús pszichiátriai ellátás szervezésének újelvi. *Honvédorvos*, 1998, 50(4): 294–299.
- [6] Kovács G.: A katona- és katasztrófa-pszichiátria újabb aspektusai. *Honvédorvos*, 1999, 51(1-2): 74–80.
- [7] Svéd L., Szolnoki L.: Változások a Magyar Honvédség egészségügyi ellátórendszerében a NATO elvek tükrében. *Honvédorvos*, 1998. 50 (1): 5–36.

Col. G. Kovács M.D.M.C.

The role of the field hospital in the treatment of psychiatric casualties

The term of „combat stress” is to be used for all acute reactions of any severity and nature which occurs in response to stress on the battlefield or during any kind of military operation. This state can cause the soldier’s disability to continue his military task.

The control of this condition starts on the battlefield by the commanders and comrades. The special treatment is organized on the next levels and the stress control teams are involved. The psychopathology, the duration of the reaction and the degree of disability determine whether the therapy of the soldier will be realized in the field hospital or not. The structure and organization of the field hospital and neuropsychiatric service in it depends on the quantity of the casualties and their injuries. The psychiatrists should work in department or should treat the combined (psychiatric and somatic) casualties in the framework of liaison psychiatry.

*Kovács Gábor o.ezds.
1553 Budapest, Pf. 1.*