

## A katasztrófapszichiátra alapjai

Dr. Kovács Gábor ny. orvosezredes

*Kulcsszavak: katasztrófa, stressz, pszichés reakciók*

Jelen közlemény célja a katasztrófák pszichés hatásainak áttekintése. A katasztrófák eredete, megjelenési formája, lezajlása többféle lehet, ennek megfelelően a pszichére kifejtett hatásaik is különfélék, mind az egyén, mind az adott mikro- és makrokörnyezet vonatkozásában. Vannak azonban olyan általános jellegzetességek, amelyek ismerete az egészségügyi segítők számára elméleti és gyakorlati alapot nyújthatnak az egyes katasztrófák felszámolása, a pszichés „sérültek” ellátása során. Ezek közé tartoznak a stressz alapfogalmai, az egyes pszichés reakciók várható megjelenése és ellátásuk alapelvei a katasztrófák különböző fázisaiban. A későbbiekben további közlemények megjelentetése a cél, amelyek a jelen áttekintés egyes fejezeteinek részletesebb kifejtésével az ellátó személyzet és a szaksegélyt nyújtók számára a gyakorlatban is hasznosítható konkrét ismereteket nyújtanak.

### A stressz és katasztrófák

A psziche működését alapvetően két tényező határozza meg: egyrészt az agy adott állapota, azaz sérülékenysége és rugalmassága, másrészt a külső ingerek, amelyek lehetnek materiális és pszichológiai hatások egyaránt. A szervezetet ért hatásokat (fizikai, kémiai, pszichológiai) nevezzük stresszoroknak, amelyek fiziológiai folyamatokat indukálnak pszichés manifesztációkkal. Ez pedig maga a stressz. A stressz a szervezet részéről egy általános adaptációs, védekező mechanizmus, amely a stresszor által felborított egyensúly, azaz a homeosztázis visszaállítását eredményezi. Amennyiben az egyén pszichés és szomatikus adottságai miatt, megfelelő segítség hiányában nem képes megküzdeni a külső hatásokkal, káros, illetve kóros folyamatok indukálódnak, rö-

vid vagy akár hosszú távon zajló mentális és organikus patológiás állapotok következhetnek be.

A katasztrófák általános jellemzője, hogy olyan stresszorokkal járnak, amelyek a mindennapos ingerektől mind jellegükben, mind intenzitásukban jelentősen eltérnek. Azaz egy nem szokványos helyzethez kell alkalmazkodni az egyénnek, a szociális környezetnek, a társadalomnak egyaránt. Az ilyen abnormális helyzetekben megfigyelhető reakciókról azt mondjuk, hogy általában normális övezetbe tartoznak, ugyanakkor abnormális, túlméretezett válaszok is bekövetkezhetnek. Jellemző, hogy katasztrófa helyzetben manifesztálódó pszichés reakciók, állapotok legtöbbször átmeneti, és patológiás maradvány nélkül lezajlik. Ennek megfelelően az ellátó team-

nek a célja a segítségnyújtás során egyrészt a pszichés következmények minél gyorsabb eliminálása, másrészt az esetleges krónikus-szá válás megakadályozása [8].

### A stresszor-stressz-következmény összefüggései

Az alábbiakban röviden összefoglaljuk azt a rendszert, amely meghatározza a környezeti hatások és a pszichés állapotváltozás közötti összefüggést. A „kimenetet” ugyanis két tényező határozza meg: a stresszor (külső hatás) jellege, valamint a processing (stressz-feldolgozó agy és egyéb szervrendszer) aktuális és genetikailag szabályozott sérülékenysége és rugalmassága. Utóbbi faktor részletezésére ebben a közleményben nem térünk ki.

### Stresszor

A pszichológiai hatások (stresszorok) akut és krónikus formában indukálnak stressz-folyamatot és következményként különböző pszichés kórállapotot.

#### 1. Akut

– *szokványos*

Ide sorolhatók azok a hatások, amelyek a mindennapokban előfordulnak: személyek közötti konfliktusok, a munkahely elvesztése, házasság felbomlása, rossz jegy az iskolában, előléptetés elmaradása stb. Ezek a stresszorok az egyén számára rendkívül fontosak, pszichésen megterhelők, feszültséget és hangulati labilitást okozhatnak, de átlagos körülmények között mindenki számára leküzdhető, megoldható helyzetek.

– *traumás (pszichotrauma)*

Az egyén olyan eseménynek elszenvedője, szemtanúja vagy involválódó alanya, amely halálos fenyegetettséggel, súlyos sérüléssel, a

fizikális és pszichés integritás elvesztésével jár, az individuum pedig intenzív félelemmel, szorongással, rémülettel, tehetetlenséggel reagál.

#### 2. Krónikus

Olyan ismétlődő és/vagy egymást gyakran követő események, hatások, amelyek önmagukban is pszichés labilitást váltanak ki, de mintegy összegződve, kumulálódva manifesztálnak egyértelmű károsító hatásokat, kóros folyamatokat.

### Stressz

A stresszoroktól függően beszélünk akut/traumás/krónikus stresszről, amelyeknek egyrészt különböző fiziológiai, biokémiai jellemzőik vannak, másrészt más-más pszichés folyamatot indukálhatnak. Az individuum vagy rendelkezik megfelelő coping (megküzdési) stratégiákkal, és visszaáll az egyensúly, vagy átmeneti vagy akár krónikus pszichiátriai zavarok következhetnek be. Katasztrófák során gyakorlatilag az előbb felsoroltak közül mindegyik stressz forma bekövetkezhet a stresszor intenzitásától, frekvenciájától függően. Amennyiben gyorsan bekövetkező, nagy intenzitású eseményről (sok áldozattal járó terrorcselekmény, földrengés stb) van szó, akkor az akut stresszorok, ezek közül is a pszichotraumák a leggyakoribbak. Amennyiben fokozatosan bekövetkező és lassan zajló esemény (pl. árvíz) elszenvedője az egyén, akkor a krónikus stressz a legjellemzőbb (*I. táblázat*).

### Következmény

Amennyiben az organizmus képes megküzdenni a stresszel, akkor visszaáll a szomatikus és pszichés egyensúly, azaz a homeosztázis. Amennyiben azonban a megküzdés sikertelen, az egyén védekezési kapacitása nem elegendő, akkor a stressz folyamat végered-

Körülmény stressz	Szokványos helyzet, mindennapok	Lassú, elhúzódó katasztrófa	Gyorsan bekövetkező katasztrófa
Akut (alap)	+++	++	+
Krónikus (kumulatív)	++	+++	++
Traumás	+	+	+++

**I. táblázat:** Stressz formák bekövetkezésének valószínűsége katasztrófák során (mértéke: + kis, ++ közepes, +++ nagy)

ménye egy következményes szomatikus és/vagy pszichés kórállapot kialakulása lehet. A szervi és mentális zavarok manifesztálódásában tehát két tényező játszik szerepet: az organizmus, az agy sérülékenysége és rugalmassága, amely részben genetikailag is meghatározott, valamint a külső hatások jellege és intenzitása [10].

Az adott katasztrófa jellege nemcsak a domináló stressz-folyamatokat határozza meg, hanem a következményes állapotokat is. Az alábbiakban a potenciálisan bekövetkező pszichés manifesztációkat tekintjük át.

### Katasztrófák egyes fázisai során bekövetkező pszichés zavarok és azok ellátása

Az egyes katasztrófa típusok lefolyásának dinamikája más és más, azonban nagy általánosságban a történések, a környezeti hatások és a veszélyeztetett egyének reakciói hasonlóak. Az alábbiakban ezeknek a szakaszoknak a jellemzőit tárgyaljuk. Az I. táblázat egy ebben a témában megtartott workshop ajánlásai alapján [6] összefoglalja az egymást követő fázisok során megfigyelhető pszichés állapotváltozásokat, illetve a felszámoló team feladatait.

#### A katasztrófa előtti időszak

Egy-egy esemény bekövetkezésének sem ideje, sem intenzitása nem bejósolható, azonban a váratlansági tényezők és ezzel együtt az akut pszichés reakciók intenzitásának, gyakoriságának a rizikója csökkenthető. Az adott ország, régió geográfiai

adottságai, ipari-gazdasági termelőstruktúrájának ismerete alapján a természeti és humán katasztrófák bekövetkezésének valószínűsége megbecsülhető, azaz az ott lakók felkészíthetők. A felkészítés célja a racionális magatartás kiépítése szükséghelyzetben, a váratlanságból adódó és potenciálisan bekövetkező pszichés folyamatok intenzitásának csökkentése, a várható veszteségekre való felkészítéssel azok emocionális hatásainak gyengítése, azaz összességében a megküzdés elősegítése. Ahogy számtalan példa mutatja, a megfelelő felkészítés csökkentheti az áldozatok számát, a túlélők szorongását, félelmét, bizonytalanságérzését és érzelmi fluktuációját, ugyanakkor az adekvát viselkedés, az adaptáció valószínűségét javíthatja. A megfelelő katasztrófa tervek biztosíthatják a túlélők gyors és hatékony ellátását [2].

#### A hatás fázisa (0-48 óra)

##### *Pszichés reakciók*

Ebben az időszakban az emberek magatartása, viselkedése nagyon különböző, produkálhatnak a helyzetnek megfelelő reakciókat, de megfigyelhetők az emberi magatartás szélsőséges megnyilvánulásai is.

A katasztrófában érintettek viselkedésük alapján alapvetően három típusba sorolhatók:

1. típus („normál”) megfontolt, higgadt, reális, racionálisan cselekvő,

## 2. típus („gátolt”)

döbrent, gátolt, alig mobilizálható, automatikusan cselekvő,

## 3. típus („túlprodukáló”)

zavart, reakciói túlzottak, cselekedetei irracionálisak.

A mindennapi élettől távol álló helyzetben nehéz meghatározni, mi a normális és mi az abnormális, nehéz a határvonalat meghúzni kóros és nem kóros között, annál is inkább, mivel az ebben a szakaszban megfigyelhető akut reakciók az esetek döntő többségében átmenetiek. A leghelyesebb, ha a katasztrófákat abnormális helyzetnek tekintjük és az egyének reakcióinak többségét normál keretek közöttinek tartjuk.

Már az első perctől megfigyelhetők szélsőséges magatartási megnyilvánulások, amelyek háttérben ugyanakkor pszichés folyamatok zajlanak. Szoros felügyeletet, illetve sürgős beavatkozást igényelnek az alábbi, az egyén és környezete számára veszélyt jelentő állapotok:

– *extrém mértékű nyugtalanság*, agitáltság, a kontroll elvesztése, irányíthatatlan és befolyásolhatatlan viselkedés, affekt vezérelt violens cselekedetek,

– *stupor*, amikor az egyén nem mozog, nem beszél, nem reagál,

Vannak tünetek, tünetcsoportok, amelyek traumatizáló helyzetekben bárkinél kialakulhatnak, akár közvetlenül, akár közvetetten érintett az illető [3]:

– *fizikális*,

fáradtság, elesettség, szapora légvétel és szapora pulzus, magas vérnyomás, izomremegés, izzadás, hányás, hányinger, alvászavar, rémálmok.

– *kognitív*,

„zavartság”, a tudati integráció fluktuációja, koncentrációs nehézségek, memóriazavar, döntésképtelenség, pszichomotoros meglasztultság, fellazult gondolkodás, bűnösségérzés, suicid gondolatok,

– *affektív*,

félelem, szorongás, düh, harag, ingerlékenység, tompultság, depresszió, elhagyatottság és reménytelenség érzése.

A katasztrófa első fázisában kialakuló akut állapotok differenciálatlan, polimorf, fluktuáló tüneti képet mutatnak, az esetek döntő többségében átmeneti jellegűek, spontán módon, illetve külső támogató segítséggel megszűnnek [4]. Ebben a szakaszban a pszichológiai konstelláció és a magatartás alapján nem lehet diagnózisban gondolkodni, azonban a fenti tüneti kép hangsúlyozottsága, nehéz befolyásolhatósága esetén beszélhetünk az úgynevezett „akut stressz reakcióról”, amelynek kritériuma természetesen a megelőző, a mindennapos hatásoktól jellegében és intenzitásában eltérő, akár traumatizáló stresszor kimutathatósága. Az esemény bekövetkezését követően azonnal, vagy pár perc múlva jelentkezik, órákig tart. Ha 48 órán túl is perzisztál, már egyértelműen kóros pszichés állapotról beszélhetünk.

*A katasztrófában érintettek azonnali ellátása*

A katasztrófa során mindvégig öt alapvető szubjektív érzésszervi elem kialakítása és fenntartása, mint cél, határozza meg az ellátást [4]:

1. a biztonság érzésének kialakítása,
2. a nyugodtság elősegítése,
3. az egyéni és kollektív hatékonyság érzésének erősítése,

4. szociális kapcsolatok kialakítására, illetve fenntartására való képesség elérése,

5. a remény megőrzése.

Ebben a fázisban az ellátás az egészséges folyamatok erősítésére, illetve helyreállítására centrál, kevésbé a klasszikus értelemben vett terápiára. Az I. táblázat tartalmazza azokat az eszközöket, teendőket, amelyekkel ezek a célok elérhetőek. Az ellátás ezen szakaszában az állapotfelmérés, illetve a beavatkozások különböző formája gyakran párhuzamosan halad, hiszen kialakulhatnak olyan helyzetek, amikor azonnal kell cselekedni. Mindez hasonlít a béke sürgősségi ellátás elveihez.

Fontos feladat az általános teendők mellett az azonnali hatékony segítségre szorulókat felismerése, illetve felkutatása, a különösen veszélyeztetett személyek ellátása:

- gyermekek és nők,
- fizikálisan is sérültek,
- megelőzően pszichiátriai betegségben szenvedettek,
- a katasztrófa idején bármilyen tartós betegségben szenvedők, főleg azok, akik valamilyen folyamatos gyógyszerelésben is részesültek.

#### *Az általános szükségletek biztosítása*

Minden segítő feladata. Az első teendő a túlélők megfelelő elhelyezése a katasztrófa helyszínén, de olyan környezetben, amely fizikai és pszichológiai biztonságot és viszonylagos nyugalmat jelent az egyén számára. Nem mellékesen ezzel csökkentjük a másodlagos traumatizációt, azaz megpróbáljuk a túlélőket távoltartani a szorongást, félelmet indukáló látványtól, hang és szag ingerektől [1].

Alapvető szükségletek közül a két legfon-

tosabb a takaró és a folyadék. Amennyire lehetséges a túlélőket ne izoláltan helyezük el, hiszen az azonos helyzetbe kerültek társasága pszichésen megnyugtatóbb lehet. A túlméretezett reakciót mutató egyéneket viszont amennyire lehetséges célszerű elkülöníteni [2].

#### *Pszichológiai elsősegély*

Az I. táblázat is mutatja, hogy ebben a szakaszban szinte minden segítőnek van olyan feladata, amely a kialakuló distresszt csökkenti, a regenerációt gyorsítja. Egyszerű pszichológiai intervenciókkal csökkenthető a túlélők feszültsége, szorongása valamint az ezzel párhuzamosan észlelhető vegetatív tünetek súlyossága. Lényegében a biztonságba helyezés, az érzelmek kifejezésének lehetősége, társas kapcsolatok biztosítása pszichológiai segítyt jelent. Emellett nagyon fontos teendő:

- megfelelő, szükséges mértékű és valóságot tartalmazó tájékoztatás [7],
- felvilágosítás (edukáció) arról, hogy a szubjektíve is megélt tünetek a pszichotrauma velejárói,
- közeli hozzátartozók felkutatása, velük a lehetséges módon kapcsolat teremtése,
- a fokozott arousal (készenléti állapot) csökkentése fizikális módszerekkel (megfelelő testhelyzet, a légvételek szabályozása stb),
- „*debriefing*”: a túlélők részére lehetőséget kell biztosítani arra, hogy mind érzelmi, mind értelmi (kognitív) síkon, akár csoportos formában megkezdhesék az őket ért pszichotraumák spontán feldolgozását,
- a segítők részéről megkívánt az egyszerűség, közérthetőség ugyanakkor a határozottság.

Fázis	E s e m é n y előtt	Hatás (0-48 óra)	Segítségnyújtás (0-1 hét)	Rendeződés (1-4 hét)	Vissza- rendeződés (2 hét-2 év)
<b>Célok</b>	· Felkészülés · Coping erősítése	· Túlélés · Kommunikáció	· Támogatás	· Felbecsülés · Tervezés	· Reintegráció
<b>Magatartásformák (katasztrófába in- volválta: túlélők, segítők, szemta- núk, stb)</b>	· Felkészülés	· Megküzdés · Beszűkülés · Lemondás	· Rugalmasság vs kifáradás	· Gyász · Intruzív emlékezés · Verbális kifejezés	· Fóbiák · Elkerülés · Depresszió · PTSD · Alkalmazkodási zavarok
<b>Minden segítő szerepe</b>	· Felkészítés · Tréning · Ismeret- szerzés	· Segítség · Védelem bizto- sítása	· Orientálás · Szükségletek bizto- sítása	· Kommunikáció érzékeny attitűddel	· Folyamatos se- gítségnyújtás
<b>Mentális zavarok specialistáinak szerepe</b>	· Felkészülés · Felkészítés	· Alapvető igé- nyek biztosítása · Pszichológiai el- sősegély · Környezeti ha- tások monitoro- zása · Technikai tá- mogatás · elősegítése, konzultáció a segítő szerveze- tekkel, tréning	· Szükségletek fel- mérése · Triage · Információk nyújtása, segít- ségre szoruló felkutatása · Környezeti hatások monitorozása · A rugalmasság és reintegráció elősegítése	· A reintegráció követése	· Terápia

**II. táblázat:** A tömegkatasztrófák során jelentkező pszichés hatások ellátásának irányelvei (NIH Workshop alapján)

*A környezeti hatások folyamatos kontrollja*

A katasztrófa bekövetkezése (pl robbanás, földrengés) után nem kizárt, hogy további, másodlagos fizikális és pszichés traumatizáló hatások lépnek fel, ezért a helyszínen tevékenykedő segítőknek folyamatos feladatuk [10]:

- a környezeti hatások állandó ellenőrzése,
- az esetleges biológiai, kémiai ágensre utaló jelek felismerése,
- tájékozódás a bekövetkezett esemény(ek) hatásairól és azokról a túlélők tájékoztatása,

– további szükségletek biztosítása (élelem, ruházat, stb),

– a fizikálisan sérült, illetve az extrém pszichés tüneteket mutató túlélők elkülönített ellátása.

Mindezekkel támogatható az akut pszichés reakciókkal való megküzdés, csökkenthető a distress, ugyanakkor kiszűrhetők a másodlagos traumatizáló faktorok, amelyek már potenciálisan nemcsak súlyosbíthatják az elsődlegesen bekövetkező „normál” reakciókat, hanem a tartós pszichiátriai zavarok kialakulásának a rizikóját fokozhatják.

## Segítségnyújtás és rendeződés fázisa (0-4 hét)

### *Pszichés kórfolyamatok*

A katasztrófát követően kialakuló akut pszichés tünetek, tünetegyüttesek kezdetben nem differenciált formában jelentkeznek, pszichiátriai szempontból diagnosztikailag nem besorolhatók. Gyakorlatilag az első 48 óra után a túlélők jelentős többségénél helyreáll az egyensúly, megfelelő segítséggel megkezdődik az adott helyzethez való alkalmazkodás, adekvát irányítással bevonhatók a katasztrófa felszámolásába. A segítők részéről folyamatos feladat a szükségletek biztosítása, a tájékoztatás, az orientálás, a közösségi lét valamilyen szinten való megvalósítása és fenntartása.

Ebben a fázisban az eddig differenciálatlan pszichés állapotok ugyanakkor jól körülhatárolható tünetegyüttesekké, sőt betegségekké is „rendeződhetnek” abban az esetben, ha az akut stressz lezajlása után nem áll helyre a homeosztázis, az egyén nem tud megküzdeni a stresszor hatásaival és kialakulnak pszichopatológiailag körülhatárolható folyamatok.

### *1. Specifikus, a traumához köthető tünetegyüttesek és stressz-betegségek:*

– a traumatizáló esemény újra átélése, akár álm formájában, akár éber állapotban; kísérő jelenség a szorongás, feszültség, vegetatív tünetek,

– a traumára emlékeztető helyzetek elkerülése; ennek egyik formája az, amikor az eseményről még beszélni sem hajlandó az egyén, annak akár csak említésekor is „lefagy”,

– fokozott arousal (készenléti állapot): ingerlékenység, irritabilitás, alvászavar, vegetatív funkciók labilitása; már enyhe, akár

semleges külső ingerek fokozott feszültséggel, nyugtalansággal történő megélése,

– disszociatív tünetek, amelyek nem organikus ok miatt jönnek létre: nem tudja hogy hol van, nem tudja, hogy ki ő, nem képes realitásban felfogni a történeteket, inadekvát magatartási megnyilvánulásai vannak, nehéz vele adekvát kapcsolatot teremteni.

Ezek a tünetegyüttesek egyértelműen a pszichotraumához, azaz a katasztrófa egyes eseményeihez köthetők, perzisztálnak, önállóan is jelen lehetnek, de ami gyakoribb, együttesen lépnek fel és ilyenkor „akut stressz betegség” vagy akár „poszttraumás stressz betegség” akut formája diagnosztizálható [3].

### *2. Nem specifikus tünetegyüttesek, pszichiátriai zavarok:*

– pszichotikus állapotok,

– paranoid kórfolyamatok,

– depresszív zavarok,

– szorongásos kórformák (fóbia, kényszer, pánik szindróma stb.),

– a már ebben a szakaszban is felszínre kerülő extrém alkohol és drog fogyasztás.

Ezek a tünetegyüttesek a mindennapi életben, pszichotrauma nélkül is kialakulnak, a katasztrófa során azonban a gondolkodás és általában a megismerés síkján az elszenvedett eseményekkel összefüggő tartalommal, esetlegesen extrém magatartási megnyilvánulásokkal. Megjelenésükkel katasztrófák minden szakaszában számolnunk kell.

### *Általános és speciális ellátási formák*

Ebben a szakaszban mind a nem specialistáknak, mind a szaksegélyt nyújtóknak vannak általános teendői, amelyeket





a korábbiakban már ismertettünk. A következőkben az egészségügyi személyzet, elsősorban orvosi kompetencia körébe tartozó feladatokat írjuk le. Amennyiben pszichiáter van a helyszínen, akkor ő végzi, illetve irányításával a szakszemélyzet hajtja végre.

#### • Triage

Az *1. ábra* prezentálja a pszichiátriai triage folyamatát, amely alapjaiban megegyezik a tömeges fizikális sérültek ellátása során alkalmazandó elvekkel, azaz katasztrófa helyzetekben az ellátás jellegének és minőségének közelítenie kell a mindennapokban alkalmazottakhoz. Lényegi elemei:

- az azonnali orvosi ellátást igénylő pszichiátriai állapotok felismerése,
- a helyszíni beavatkozások sorrendjének meghatározása,
- az egyén állapotától függő beavatkozások (azonnali/sürgősségi, folyamatos) végrehajtása,
- döntés az evakuációról (hospitalizáció).

Az azonnali, sürgősségi ellátást azok az állapotok igénylik, amelyek során az egyén vagy önmagára, vagy környezetére közvetlen veszélyt jelent. A veszély elhárítása során, illetve után, azaz a veszélyeztető állapot konszolidálását követően dönteni kell a beteg elkülönítéséről, illetve arról, hogy mikor, milyen módon kell illetve lehetséges a beteg elszállítása a helyszínről.

Szakellátást igénylő, de szükséghelyzetben általános orvosi feladat lehet a fizikálisan sérült, esetlegesen kémiai vagy biológiai ágenssel fertőzött, pszichés tüneteket mutató beteg ellátása. Ilyenkor leginkább a tudatzavarok, a deliráns állapotok jelentenek differenciáldiagnosztikai és terápiás feladatokat [10].

#### • Egyéb terápiás beavatkozások

Mint ahogy szokványos körülmények között, úgy a katasztrófák során is mind pszicho-, mind farmakoterápia alkalmazandó. Láttuk, hogy az első szakaszban elsősorban pszichológiai intervenciók szükségesek, amelyek nem specifikus beavatkozásoknak (pszichoedukáció, szupportív terápia, debriefing stb) tekinthetők, majd az idő előrehaladtával már szakszemélyzet által vezetve specifikus terápiák jönnek szóba.

Farmakoterápia gyakorlatilag a katasztrófa bekövetkezése után szinte azonnal szükséges lehet (extrém érzelmi-magatartásbeli reakciók). A sürgősségi ellátás során leginkább a parenterális gyógyszeres kezelés indokolt. Ugyancsak már a kezdetektől indokolt lehet az alvászavar rendezése altatószerekkel, illetve az extrém szorongás csökkentése benzodiazepinekkel. Utóbbiakról meg kell említeni, hogy csak megfelelő indikáció esetén, szükséges mértékben és limitált ideig alkalmazandó, mert a stressz folyamat lezajlását kedvezőtlenül befolyásolhatja. Az *1. ábra* összefoglalva tartalmazza a farmakológiai intervenciókat (ANX: szorongáscsökkentő, AP: antipszichotikum, AD: antidepresszívum, HYPN: altató). Az egyén állapotának felmérése után valamint lényegi és őszinte tájékoztatást követően mintegy szocioterápiaként is, a túlélők egy része megfelelő irányítással bevonhatóvá válik a katasztrófa felszámolásába.

#### Visszarendezés fázisa (2 hét-2 év)

Pszichiátriai szempontból ebben a fázisban a cél:

- a perzisztáló pszichiátriai betegségek felismerése és kezelése,
- az állapottól függően a reintegráció megvalósítása,

– a katasztrófában érintettek követése és az esetlegesen késleltetetten manifesztálódó pszichiátriai kórformák felismerése és adekvát kezelése,

– pszichés támogatást igénylő egyének adekvát helyre történő irányítása.

Ebben az időszakban a pszichés kórfolyamatok már diagnosztikailag körülírható, jól differenciált betegségek képében jelentkeznek (lásd előzőekben: specifikus és nem specifikus kórformák). Mivel ekkor már a szociális, társadalmi konszolidálódás a jellemző, a beteget specialisták láthatják el az állapottól függő környezetben. Az ekkor alkalmazandó terápiás rezsimok pszichiáterek, klinikai szakpszichológusok kompetenciakörébe tartoznak.

### Összefoglalás

Katasztrófák során a túlélők körében a pszichológiai reakciók, pszichiátriai zavarok igen nagy számban fordulnak elő. Az előfordulási gyakoriságot több faktor is befolyásolja [9], azaz a pszichés kórfolyamatok kialakulásának rizikója magasabb azoknál, akik:

- a katasztrófa epicentruma közelében voltak,
- fizikálisan is sérültek,
- másodlagosan traumatizálódtak,
- anamnézisében pszichiátriai betegség szerepel,
- nem kaptak időben pszichológiai illetve pszichiátriai ellátást, szociális támogatást.

Kétségkívül ezek a faktorok a segítőkétől függetlenül befolyásolják a túlélők pszichés állapotát, azonban rendkívül fontos a társadalom, az esetleges katasztrófákban segítők megfelelő felkészítése, a katasztrófa tervekben a precíz szervezési elemek leírása,

ellátási protokollok megalkotása, hiszen mindezek potenciálisan csökkenthetik a katasztrófák hatásainak akut és krónikus következményeit.

Jelen közlemény egy általános áttekintést próbált nyújtani a katasztrófák pszichés hatásairól, azok megelőzéséről, illetve azok ellátásáról, döntően nem specialisták ismereteinek rendszerezése céljából. Az egyes fejezetek témáinak részletesebb kifejtése szándékom szerint az elkövetkező időkben megtörténik, és remélhetőleg a témákban jártasabbaknak, hivatásos és önkéntes segítőknek, az egészségügy különböző területein dolgozóknak egyaránt hasznos információk állnak majd rendelkezésre.

### Irodalom

- [1] Davidson, J. R. T., McFarlane, A. C.: The extent and impact of mental health problems after disaster. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2006, 67(2): 9-14.
- [2] Disaster Mental Health Response. Handbook. 2000. Centre for Mental Health. State Health Publication No:00145. ([www.nswiop.nsw.edu.au](http://www.nswiop.nsw.edu.au)).
- [3] Foa, E. B., Stein, D. J., McFarlane, A. C.: Symptomatology and psychopathology of mental health problems after disaster. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006, 67(2): 15-25.
- [4] Galea, S., Ahern, J., Resnick, H. et al: Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*, 2002, 346(13): 982-987.
- [5] Hofball, S. E., Watson, P., Bell, C. C. et al: Five essential elements of immediate and mild-term mass trauma intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry* 2007, Winter 70(4): 283-315.
- [6] National Institute of Mental Health 2002. Mental Health and Mass Violence. Evidence-Based early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices. NIH Publication No.02-5138, Washington, D.C. Government Printing Office. ([www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)).

gov/research/massviolence.pdf)

- [7] Kémenczy I.: Tömegkatasztrófák pszichológiai hatásai. Zrínyi Katonai Kiadó, 1980.
- [8] Kovács G.: A katonai- és katasztrófa-pszichiátria újabb aspektusai. *Honvédorvos*, 1999, 1-2: 74-80.
- [9] Solomon, S. D., Davidson, J. R. T.: Trauma: prevalence, impairment, service use, and cost. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1997, 58(19): 5-11.
- [10] Ursano R. J., Fullerton, C. S., Norwood, A. E.: *Terrorism and Disaster* Ed: Cambridge University Press., 2003.

**Col.(ret.) G. Kovács M.D.**

### **Essential elements of disaster psychiatry**

The aim of this paper is to review the psychological effects of the disasters. The cause, the origin, the manifestation and the outcome of the catastrophes has many faces and the effects of them to the mental health

of the individual and the society are very different. The knowledge of the similar essential features of the different kind of disasters gives a theoretical basis for the rescue workers to help the exposed people. The paper deals with the relationship between stress and mental health, the manifestation of various psychological reactions and their care during the phases of the disasters.

The aim of the author to publish papers with details in this topic in the future giving help the specialist and non-specialist rescue workers in their work with psychological exposed survivors.

*Key-words: disaster, stress, psychic reactions*

*Dr. Kovács Gábor ny. ő.ezds.*

*E-mail: col.kovacs@gmail.com*