

Ivica Čavec, med. tehnik,  
Psihiatrična bolnica Vrapče

## Vojna in psihotravme

Vojna — vojna je sredstvo za razreševanje protislovja med državo in družbenimi razredi zaradi podaljšanja politike z drugimi sredstvi.

Da bi se v polni luči videl pomen psihiatrične službe v vojni, je moralo preteči mnogo časa. Neki odlični psihiater je ugotovil: »Zdi se čudno, pa je vendarle res, da so bile potrebne tri velike vojne, da bi sprevideli pomen psihiatrične službe«.

Pod konec II. svetovne vojne so bile ugotovljene velike izgube zaradi psiholoških motenj v vojni. V obdobju neuklearnega oboroževanja je bila hkrati dosežena tudi največja tehnična dovršenost klasičnega orožja in se pripisuje ogromen pomen psihološkemu moralnemu delovanju vseh sredstev v morebitni bodoči vojni.

V morebitni bodoči vojni bo človek bolj kakor sploh kdaj doslej izpostavljen raznovrstnim stresom. Dejstvo je, da moramo računati s človekom z vidika psiholoških motenj, pač zato, ker je težko vnaprej določiti ali selekcionirati tiste ljudi, ki bodo zmožni v boju vzdržati čustveno ravnotežje.

V prejšnjih vojnah sta bila vsaj nekoliko naznačena bojišče in zaledje, medtem ko so v morebitni bodoči vojni te stvari zabrisane.

Ker bo morebitna bodoča vojna brez fronte in zaledja, a nam je znano, da tudi pri nas obstoji osnovna zamisel splošne ljudske obrambe, lahko ugotovimo neki množični pojav nevroz ne glede na to, ali je človek uniformiran ali ne.

Kočljivo je javnosti predočiti dejstvo strahu, panike kakor tudi različnih oblik vedenja vojakov v vojni, ker se to v vojaškem pogledu tiče ponosa armade in njene časti. Za predstojniški kader pa je to vprašanje morale oziroma borbene pripravljenosti.

Ne glede na to, koliko so ti podatki prepričljivi, bomo vendar uporabili nekaj uradnih podatkov.

— V I. svetovni vojni je imela britanska armada 80.000 vojnih nevrotikov, medtem ko jih je ameriška, čeprav je pozneje stopila v vojno, v zelo kratkem času imela 43.000.

— V II. svetovni vojni so bile zaradi dovršenosti klasičnega orožja izgube zavoljo psiholoških motenj večje kakor v I. svetovni vojni. Ameriška armada je med 14.000.000 rekrutiranih vojakov imela 4.250.000 onesposobljenih zaradi psiholoških motenj.

— Rusi so v II. svetovni vojni poleg vseh drugih sanitetnih izgub imeli zaradi psiholoških motenj 20% onesposobljenih. Po zdravljenju je bilo zaradi psiholoških motenj iz armade odpuščenih 15,5% samo zaradi nevroz. Nemci se izmikajo — nočejo pisati o vojnih nevrozah v svoji armadi, ker so se na zelo drastičen način znebili vojnih nevrotikov in so jih celo streljali.

Dr. Hugo Klein — citirano po knjigi »Vojne nevroze« — trdi, da smo med vojno imeli okrog 3000 vojnih nevroz, registriranih do oktobra 1945. Nadalje pravi Klein za našo vojno nevrozo: da je v bistvu »nevroza hrabrih« in se tudi zaradi tega razlikuje od ostalih nevroz v drugih armadah.

Opisuje: medtem ko je ameriški nevroz bil sit vojne in nesposoben za nadaljnjo borbo, je jugoslovanski do takrat bil voljan in sposoben za boj. O majhnem številu nevroz govori dejstvo, da je bila naša armada prostovoljna z visokimi moralno političnimi lastnostmi in z določenim ciljem za svobodo in neodvisnost.

V I. svetovni vojni se je govorilo o »shell shock« (granatnem šoku), o nevrozi, ki je nastala zaradi eksplozije granat ali kakega drugega strelnega orožja in se je pri tistih, ki so bili blizu kraja eksplozije, pojavila funkcionalna paraliza, tremor, funkcionalno slepilo idr. Zaradi takšnega tremorja se je pri »shell shocku« ta vrsta nevroze imenovala »vojna drhtavica« (Kriegszittern). Po globljem preučevanju »shell shocka« lahko danes ugotovimo, da je ta zmotna zavrnjena, ker so prej menili, da je za mikrostrukturne motnje v možganih pogoj zračni sunek, medtem ko danes meni znanost, da ne gre za organske spremembe, temveč da so to motnje funkcionalne narave, kar govori za vojno nevrozo v obliki zaprte histerije (konverzivne). Če upoštevamo vse vojskujoče se strani, lahko ugotovimo, da se je oblika vojne nevroze kazala v obliki vojne drhtavice.

V jugoslovanski armadi med I. svetovno vojno pri borcih niso opazili psihogene drhtavice.

V II. svetovni vojni se v zahodnih deželah govori o naslednjih oblikah nevroz:

- a) akutno anksiozno stanje,
- b) difuzno anksiozno stanje,
- c) konverzivne reakcije,
- d) disociativne reakcije,
- e) depresivne reakcije.

Za vse oblike lažjih psihogenih motenj v vojni se je ustalilo ime **borčevska izčrpanost**.

V tem času se je pri borcih, ki so v boju vzdržali nad 200 do 300 dni, govorilo o nevrozi »**sindrom starega narednika**«.

Med II. svetovno vojno je bilo v sovjetski armadi mnogo žena in sovjetska psihiatrična služba poudarja, da žene psihonevrotično niso reagirale v večji meri kakor moški.

Sovjetska psihiatrična služba klasificira vojne nevroze na:

- a) astenične reakcije,
- b) nevrozo strahu,
- c) reaktivno depresijo in histerijo.

Nevroze strahu so se kazale v obliki primitivnega varstva reakcije (afektivni stupor, psevdodemence in psevdokatatonije) ter zamotanih reaktivnih stanj (shizoidna stanja in paranoidne reakcije).

Prve tri oblike nevroz so zdravili v bolničnih bazah armade, četrto obliko nevroz pa v bojnem zaledju. Po vsem tem lahko sklepamo, da so od drugih psihiatričnih služb konservativnejše zato, ker vojne nevroze pripisujejo organskim spremembam v centralnem živčnem sistemu, nadalje pa tudi triaznemu terapevtskemu postopku.

Zdravljenje vojnih nevroz je bilo glede na triažo in evakuacijo pri posameznih armadah različno.

Nekatere psihiatrične službe so oskrbovale vojne nevrotike čim dlje v zaledju, nekatere psihiatrične službe pa čim bliže prvim vrstam.

Z oskrbo vojnih nevrotikov v prednji liniji so dosegli:

- a) izognili so se bolniški atmosferi,
- b) nadalje so pod vojaškim režimom ob krajšem odmoru in uporabi sedativov dosegli hitrejšo vrnitev v bojne vrste, kar govori za to, da so vojaki s psihološkimi motnjami lažji primeri.

Zato so izoblikovali stališče o psiholoških motnjah v vojni:

1. zdraviti jih čim bliže prednjim vrstam,
2. kar najbolj se izogibati bolniške atmosfere (razen če ni zdravljenje v bolnici nujno potrebno),
3. izolirati te bolnike od ranjencev in organsko bolnih.

Osebe s psihološkimi motnjami v vojni delujejo **nalezljivo** in rade prenašajo svoje stanje na druge in se navzamejo tudi simptomov drugih organsko obolelih.

Ob koncu te uvodne razlage lahko mirno sklepamo, da so nam poslednje vojne vendarle pripomogle do poučnih dejstev, ki govore, da se mora to gradivo preučevati še nadalje, da bi v morebitni bodoči vojni bila psihiatrična služba čim učinkovitejša. Odkrito ugotavljamo, da je v I. svetovni vojni psihiatrična služba odpovedala, da pa so bili uspehi v II. svetovni vojni in tudi delo pri posameznih psihiatričnih službah mnogo boljši, kot npr. Amerikanci zaradi primernega zdravljenja vojne psihonevroze vračajo v bojne vrste 80 % oseb s psihološkimi motnjami (pod konec II. svetovne vojne).

Morebitna bodoča vojna bo nenadna, vseobsežna, dolgotrajna, dinamična in manevrska, do skrajnosti izčrpavajoča in za zdravje ljudi z zelo hudimi in številnimi posledicami. Vsekakor bi ta vojna bila raketno nuklearna, kemična, biološka in psihološka vojna z dovršenim konvencionalnim orožjem (primer: ena divizija izstrelila v eni minuti dve tona jekla).

Dominantno vlogo ima človek, ki mora ob takih vojnih obremenitvah ohraniti dobro psihično ravnotežje in stabilnost ter si priboriti zmago. Tu se kaže priložnost, kolikšno vlogo igra medicinski faktor in kolikšnega pomena so preventivni ukrepi v miru. Skušajte si zamisliti, da bi se tako močnemu faktorju morala po robu postaviti slaba medicinska služba.

Zato moramo v miru izoblikovati uravnovešeno in stabilno osebnost oziroma dobrega in psihično sposobnega borca.

Danes se zdravstvena služba ne šteje ne za civilno ne za vojno, temveč za »vojno zdravstveno službo«, ki se v miru idejno in organizacijsko pripravlja na vojno. V pripravljalnem obdobju, **zdaj**, je preventivne ukrepe jemati v širšem smislu in sodobneje.

Psihotravme se ne pojavljajo samo v vojni, temveč tudi v miru, se pravi v vojni in miru.

V miru govorimo o katastrofalnih travmah (potres, povodenj, nesreče), v vojni pa o množičnih udarih.

Seveda se samo po sebi zastavlja vprašanje: »ali je mogoče predvideti, kakšna bo reakcija ljudi v navedenih situacijah?«.

Vsekakor je nemogoče odgovoriti, čeprav so določene teorije, ker je ugotavljanje dejstva o vedenju osebnosti, ostala »neznanka« pravzaprav osebnost, ki se je vedla primerno ali neprimerno.

Odločilni faktor bodoče vojne je morala naroda ter hkrati tudi najboljša prevencija v boju proti strahu in paniki.

Elementarne nesreče, čeprav po obsegu manjše od vojnih rušenj, so vzrok različnih psihičnih reakcij.

V izrednih situacijah (glede na elementarne ujme) mora biti medicinsko delo usmerjeno v preučevanje posledic, okvar telesnega zdravja kakor tudi psihične prizadetosti.

Današnji razvoj psihiatrične službe omogoča boljše razumevanje dinamičnih mehanizmov pri nastajanju teh reakcij, kar daje več možnosti za njih prevencijo in pomiritev.

Izredne situacije v psihiatriji imajo vse večji pomen zaradi prekinitve nepretrganega dela v življenju določenega družbenega okolja in zaradi presoje vseh mogočih ukrepov, ki se uporabljajo zaradi odvrnitve nastale situacije.

Specifične značilnosti množičnih nesreč:

1. Sočasno materialno rušenje in okvare človeškega zdravja.
2. Akutno nesorazmerje med potrebami za reševanje zdravja in življenja ljudi ter razpoložljivih možnosti za dajanje prve pomoči.
3. Pojavi nesreče v vsakdanjem življenju.
4. Lokalizacija in omejitve od drugega področja, kjer se življenje tudi dalje razvija normalno (pojem paralelizma).

Na ozemlju Jugoslavije so znane naslednje množične nesreče: potres, povodenj, podiranje nasipov, prometne nesreče, snežni plazovi, drsenje zemlje ter nesreče v industriji in rudnikih, epidemije, požari, eksplozije in vojne. Vse te nesreče se razlikujejo po vzroku (ogelj, voda), intenzivnosti (malo ali mnogo človeških žrtev), ožje ali širše področje (mišljena je razprostranjenost), kakor tudi glede možnosti ali nemožnosti za sodelovanje prebivalstva pri odvrčanju nesreče.

Množične nesreče razen fizičnega rušenja načenjajo tudi psihično zdravje in tu so znane naslednje značilnosti:

1. Onesposabljanje posameznikov ali večjih skupin prebivalstva za normalno življenje in delo v določenem času.
2. Razširjenje reakcije zunaj ogroženega področja na širšo okolico, ki v času nesreče ni bila neposredno ogrožena.
3. Pojav dolgotrajnih ali poznejših psihopatoloških reakcij pri posamezniku ali pri večjem delu prebivalstva.

Psihična reakcija v množičnih nesrečah je multidimenzionalna ter pogojena z biološkimi, sociološkimi in psihološkimi dejavniki.

V množičnih nesrečah poznamo v glavnem naslednje načine reagiranja:

- a) individualni,
- b) skupinski in
- c) množični tip.

Individualni način reagiranja je odvisen od psihičnega zdravja posameznika pred nesrečo, od njegove prilagodljivosti itd. Ta oblika psihičnega reagiranja se pri posameznikih bistveno ne bo razlikovala močnejše, reakcije bodo po vsem videzu takšne, kakor če bi jim sporočili nenadno smrt bližnjega ali kako večjo materialno izgubo. (Kar govori o reakciji v hujših življenjskih situacijah.)

Skupinski način — o skupinskem načinu reagiranja govorimo tedaj, kadar je med seboj povezano večje število ljudi, toda v večjih razsežnostih kakor ob množičnem reagiranju. Povezanost izhaja iz strahu za obstoj ne le posameznika, temveč cele skupine. Množične reakcije so odvisne od intenzivnosti, s katero doživljajo nesrečo, za to obliko reakcije ni nujno, da se

razvije vselej, toda če je bila intenzivnost nesreče velika, se zelo hitro lahko razvije množični tip reagiranja, ki utegne zavzeti velik obseg. Meje med individualnim, skupinskim in množičnim reagiranjem sicer so, toda niso ostro omejene. (Za množične reakcije ni nujno, da so vselej patološke, poudarjajo nekateri avtorji.)

Psihične reakcije se lahko pojavljajo tudi časovno:

- med množično nesrečo,
- nekaj ur po nesreči,
- v prvih dneh po množični nesreči.

Skupinska identifikacija je izražena v nekaj urah po nesreči, ko se že začno kazati aktivnejše oblike z manj ali bolj določenim ciljem. Takšno skupinsko vedenje je usmerjeno proti socialnemu cilju.

Psihopatološke in psihične reakcije se razvijajo v nekaj fazah:  
faza šoka — kot neposredni odgovor na udar množične nesreče,  
faza izvlačanja — po prenehanju neposredne nevarnosti,  
faza spominjanja ali prilagoditve — v tej fazi reakcije je delo usmerjeno k aktivnemu angažiranju za odvrnitev katastrofnih posledic.

Potres v Makarski leta 1962. — Prebivalci, ki niso bili evakuirani, so bili najmirnejši, medtem ko so evakuirani prebivalci, ki so se občasno vračali na svoje domove, reagirali spremenljivo in agresivno. V enem delu prebivalstva se je pojavila blaga epizoda panike — pri drugi pa je bila preveč poudarjena težnja po evakuaciji. Pri mlajših ženah so opazili intenzivnejše čustvene reakcije, opisujejo pa tudi primere resigniranega vedenja. Med večino prebivalstva je bila opažena močnejša afiliativna tendenca, tj. spontana težnja ljudi, da bi bili skupaj. Tudi so pretiravali nevarnost in bili dovzetni za iracionalne razlage dogodkov. Pojav intenzivnega strahu je bil izrazitejši pri mestnem prebivalstvu kakor pri vaškem. Leta 1963 v Skopju so bile v prvih urah potresa v ospredju topoglave reakcije. Reakcije zaradi morebitnega bega so bile neznatne. Drugi in tretji dan je prišlo do depresivnih reakcij, po sedmih dneh pa je bila izražena intenzivna nevrotična reakcija, in to predvsem pri osebah, ki so že prej boleale za kakšno nevrozo. Opažena je velika dovzetnost prebivalstva za razne glasove, iracionalni glasovi pa so se širili vse do tiska. Psihične reakcije v Zagrebu leta 1964. — Neposredno po poplavi je ugotovljeno, da je naraslo število izostankov z dela zaradi nevrotičnih reakcij. Situacija po prvih potresih v Banja Luki leta 1969 kakor tudi v Bosanski Krajini. Prve trenutke so opazili pojave anksioznosti pri večini prebivalstva, ki je sprva ostalo kakor prepadeno in vkopano (psihomotorično zavrto). V prvih trenutkih večina prebivalstva ni doumela situacije, v kateri je, niti ni mogla situacijo samo oceniti. Reakcije psihomotoričnega nemira, grobega tremorja in bega, pojava nesmotrnih skokov z večjih višin iz poslopij so opazili v trenutku, ko so se deloma ali docela zavedli nevarnosti. Po eni ali dveh urah so bile reakcije burnejše, kazale so se pa v množičnem begu, pri čemer se je poškodovalo ali našlo smrt več ljudi. Nato je prišlo do relativne pomiritve, pri posameznikih pa je bila opažena logoreja (klepetavost), evforija in stopnjevana dovzetnost, ki so se razodevale v lahkotnem sprejemanju dezinformacij.

Opisane reakcije med potresom v Banja Luki so bile po vsebini kratkotrajne, tako da je zelo hitro prišlo do pozitivnega socialnega vedenja, kar so najprej opazili v manjših skupinah prebivalstva, a se je pozneje razširilo, kar je omogočalo učinkovitejšo pomoč ogroženim.

V Banja Luki so opazili vse tri tipe reagiranja. Prvi tip množičnega reagiranja je bil razmeroma kratkotrajen z neznatnimi psihopatološkimi elementi. Individualni tip reagiranja, ki ga je spremljala nevropsihiatrična služba, se bistveno ne razlikuje od načinov reagiranja po opisu drugih avtorjev.

Reaktivna stanja po potresu so dosegla visoko raven značilnosti.

Število primerov kroničnega alkoholizma in alkoholnih psihoz se je (od dneva katastrofe) znatno povečalo. Psihotične reakcije niso porasle statistično pomembno, vendar pa pri epileptikih ni ugotovljeno večje število epileptičnih napadov.

Konstantne elementarne nesreče v naši deželi nalagajo potrebo po stalni pripravljenosti prebivalstva za vseljidsko obrambo, stopnja izkušenj o psihičnih reakcijah prebivalstva na množične nesreče pa veleva potrebo po sistematičnem znanstvenem raziskovanju tega problema.

Preventivno delo mora biti usmerjeno v tri smeri, tj.:

a) seznanjanje prebivalstva o možnosti psihičnih reakcij in sistematično delo za krepitev psihofizičnih sposobnosti prebivalstva,

b) vzgojo medicinskih kadrov,

c) organizacijske priprave psihiatrične službe — za morebiten pojav množične nesreče.

Lahko torej ugotovimo, da ima psihiatrična služba zelo specifične in zamotane naloge.

### **ZAKAJ DIETNI PREDPIS NE MORE BITI NIKOLI MATEMATIČNO NATANCEN?**

Energetsko vrednost hrane merimo s kalorijami. 1 kcal (kilokalorija) je tista množina toplote, ki segreje 1 kg vode za 1 °C (od 15 °C do 16 °C).

Organizem dobi potrebno energijo z metabolizmom ogljikovih hidratov, beljakovin in maščob.

Zaradi nepopolnega izkoristka hranljivih snovi v človeškem organizmu ne dobimo enakih kaloričnih vrednosti kot v kalorimetru. Računamo, da je kalorična vrednost beljakovin ca. 4,1, maščob ca. 9,3, ogljikovih hidratov pa ca. 4,1 kcal.

Pomemben vzrok različne hranilne vrednosti je tudi v spremenljivi kakovosti živil. Tablice o hranilni vrednosti posameznih živil dajejo podatke o povprečni hranilni vrednosti teh živil.

Woodruff in Asenyo sta opozorila na naslednje dejavnike, ki vplivajo na variabilnost hranilne vrednosti živil, tako rastlinskih kot živalskih:

a) Genetski dejavniki

b) Ekološki dejavniki, ki vključujejo plodnost in sestavo zemljišča, gnojila, klimatske dejavnike, prehrano živali, svetlobo, temperaturo zraka in drugih klimatskih vplivov.

c) Ravnanje z žvili — zbiranje, prevoz, shranjevanje oz. uskladiščenje živil itd.

Hranilna vrednost živil je izračunana iz povprečnih rezultatov bioloških in kemičnih analiz povprečnega vzorca živil iz posameznih predelov sveta: to so v glavnem nacionalne tablice o sestavi živil. Redki so pa narodi oz. države, ki imajo lastne tablice.