

DESET LET OD POVODNÍ NA MORAVĚ

MUDr. Helena Kučerová, HonDG.

Soukromá psychiatrická ordinace, Hranice na Moravě

Autorka rekapituluje události před 10 lety, kdy povodně zasáhly třetinu České republiky, mj. i oblast působení její ordinace. Autorka se zaměřila na období od 7. 7. 1997, kdy povodeň nastala, do konce měsíce srpna toho roku. V té době bylo ošetřeno v její ordinaci téměř o polovinu méně klientů než v letech předchozích i následujících. Povodně prožívali i lidé, kteří jimi nebyli přímo zasaženi, ani neměli zasažené příbuzné. Mezi ošetřenými převažovaly osoby s diagnózou schizofrenního okruhu (48%) a okruhu maniodepresivního (33%). Ve sledovaném období a regionu nebyla zaznamenána žádná dokonatá sebevražda ani suicidální pokus. Autorka se domnívá, že katastrofa potlačila sebedestruktivní tendence jedinců a naopak v nich probudila pocity sounáležitosti a vůle přežít.

Psychiat. pro Praxi, 2007; 8(5): 211–212

Úvod

Počátkem července 1997 (bylo to přímo magické datum 7. 7. 1997) postihly Moravu, Slezsko a část východních Čech obrovské záplavy. Byla to tehdy první přírodní katastrofa tak velkého rozsahu, která zasáhla naši republiku po mnoha desetiletích, takže lidé na ni nebyli připraveni ani materiálně, ani psychicky. Zemřelo při ní 50 osob (kromě jiných i matka jednoho našeho pacienta).

Podobné přírodní katastrofy provázejí lidstvo od nepaměti, ať už se jedná o povodně, nebo zemětřesení, sopečné erupce, rozsáhlé požáry, hurikány apod. Lze sem přiřadit i války, což sice nejsou katastrofy přírodní, lidé se zabíjejí a ničí navzájem, nicméně spouští, kterou po sobě válečné konflikty zanechávají, je srovnatelná s pohromami přírodními.

Tyto mimořádné události se nemohou neodrazit v psychice lidí (1, 2, 4). Reakce lidí na pohromy se liší hlavně podle toho, jak dlouho tento závažný stres působí. Samozřejmě, že psychopatologický obraz je ovlivněn také osobností postiženého, jeho trénovaností a odolností vůči stresu, tělesným zdravím a jinými faktory.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 jsou tyto poruchy zařazeny mezi „Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení“, kód F 43. Zde se uvádí, že tyto choroby vznikají vždycky jako přímý důsledek akutního těžkého stresu nebo trvalého traumatu, kdy stresová událost nebo trvalé nepříznivé okolnosti jsou prvotním a nejdůležitějším příčinným faktorem, bez něhož by onemocnění nevzniklo. Patří sem „akutní stresová reakce“, kód F 43.0, která trvá hodiny až dny, „posttraumatická stresová porucha“, kód F 43.1, která začíná s určitým časovým odstupem po události, většinou po několika týdnech až měsících a může trvat rovněž týdny až měsíce. Někdy může být její průběh chronický a může způsobit až změnu osobnosti – kód F 62 „přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti“, kdy změna osobnosti musí být přítomná alespoň dva roky. U akutní poruchy pozorujeme stav omámení či dezorientace, jindy naopak ústup od vnější situace, který by se dal

přirovnat k emočnímu či afektivnímu ztlumu jiných autorů (6, 10). U posttraumatické stresové poruchy jsou typickými příznaky znovuožívání traumatu ve vzpomínkách a snech, stranění se lidí, snaha vyhnout se situacím, které připomínají traumatické zážitky, vegetativní hyperaktivita, nespavost, úzkosti a deprese. Poslední zmíněná porucha, tedy změna osobnosti F 62, je charakterizována zejména nepřátelským postojem k světu, sociální zdrženlivostí a pocitem prázdnoty a beznaděje. Potud MKN-10, kterou cituji proto, že je pro diagnostiku v naší praxi závažná.

Metodika

Když se tedy v červenci 1997 přihlala velká voda i do našeho malého města Hranic a okolních obcí, byly zde zasaženy oblasti okolo řeky Bečvy a říček Ludiny a Veličky, voda místy dosahovala až 8 metrů nad běžnou výši hladiny. Vzhledem k profilu krajiny však zůstaly také oblasti povodní zcela netknuté, avšak často odříznuté okolní vodou od ostatního světa. Povodní byla postižena i další města a vesnice na Moravě, např. Přerov, známá obec Troubky, města Olomouc, Kroměříž, Zlín, Uherské Hradiště, rozsáhlá oblast jižní Moravy, ale též Jesenícko, Ostravsko a část východních Čech. O situaci podrobně informovaly sdělovací prostředky, zejména televize, takže pohromu sledovalo mnoho lidí, i když sami postiženi nebyli. Mnozí však měli v postižených oblastech své příbuzné a známé, takže katastrofu prožívali s nimi.

Když nás postihla tato nezvyklá přírodní pohroma, napadlo nás všimnout si reakcí našich pacientů na tuto událost. Za časový úsek jsem zvolila (mj. z provozních důvodů) období od povodně 7. 7. do konce prázdnin 31. 8. toho roku a jako soubor jsem vybrala všechny pacienty, kteří v té době byli v mojí ordinaci ošetřeni. Spolu se sestrou jsme si všimaly, kolik pacientů bylo povodněmi postiženo, kolik mělo postižené příbuzné, jakou měli pacienti diagnózu a jak povodně prožívali. Sestavily jsme škálu působení povodní na pacienta (tabulka 1) a také jsme zjiš-

Tabulka 1. Škála působení povodní na pacienta

Stupeň 1 – zhoršení zdravotního stavu vyžadující hospitalizaci
Stupeň 2 – zhoršení zdravotního stavu vyžadující léčbu v psychiatrické ordinaci
Stupeň 3 – zhoršení zdravotního stavu, které pacient léčil sám doma
Stupeň 4 – zdravotní stav nezhoršen, ale pacient povodně hluboce prožíval
Stupeň 5 – zdravotní stav nezhoršen a pacient povodně neprožíval

tovaly počet sebevražedných pokusů a dokonatých sebevražd (8).

Výsledky jsou podrobně uvedeny v mojí předchozí práci (8). Zde bych se však ráda pozastavila nad některými zajímavostmi.

Především nás zaujalo, že ve sledovaném období přišlo do naší ordinace téměř o polovinu klientů méně než v letech předchozích i následujících. Další výsledky vidíme na grafech.

Graf 1 znázorňuje, kolik klientů bylo záplavami postiženo. Přímé zatopení obydlí, zahrady nebo chaty udalo 13 % osob, příbuzné mělo postiženo 9,6 % osob a 77,4 % osob postiženo nebylo a neměli ani postižené příbuzné. Graf 2 ukazuje, že téměř polovinu klientů ošetřených ve sledovaném období tvořili pacienti s diagnózou schizofrenního okruhu (F 20–29) (47,8 %), třetinu tvořili afektivní poruchy (F 30–39) (33,0 %), a pětinu ostatní diagnózy (19,2 %). Na grafu 3 vidíme, kolik pacientů bylo zařazeno podle stupně hodnocení zdravotního stavu do té které skupiny: stupeň 1 (hospitalizace) u 5,2 %, stupeň 2 (zhoršení zvládnuté ambulantně) se vyskytlo u 14,8 %, stupeň 3 (zhoršení zvládnuté doma) mělo také 14,8 %, stupeň 4 (nezhoršení, ale prožívání) jsme zjistili u 31,3 % osob a stupeň 5 (nezhoršení a neprožívání) u 32,2 % osob.

Graf 4 ukazuje počet dokonatých sebevražd za rok v regionu Hranicka v letech 1994 až 1998, kterých bylo tedy postupně 6, 9, 12, 5 a 10, tedy ve sledovaném roce 1997 nejméně. Rovněž ve sledovaném období od 7. 7. 1997 do 31. 8. 1997 (graf 5) vidíme, že v r. 1997 dokonatá sebevražda nebyla

Graf 1. Počet klientů postižených záplavami



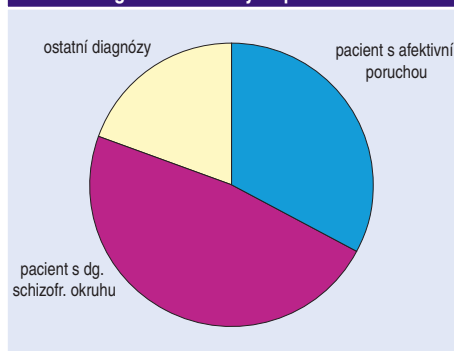
žádná, zatímco v okolních letech vždy byla alespoň jedna, tedy postupně 2, 2, 2, 0, 1.

Diskuze

Proč bylo v naší ordinaci ve sledovaných téměř dvou měsících méně klientů, je dost pozoruhodné. Očekávali jsme jich naopak více. Zpočátku měli někteří pacienti problém s dopravou, kterou povodně komplikovaly. Ale to netrvalo dlouho. Někteří také měli plné ruce práce s uklízením poškozeného majetku svého, nebo svých příbuzných a přátel. Část klientů nám podala vysvětlení, že své potíže v této mimořádné situaci považovali za normu, takže necítili potřebu jít k lékaři. Někteří si také říkali, že jsou na tom mnozí lidé určitě hůře, takže nechtěli lékaře „obtěžovat“. Tento postoj byl u naší klientely do té doby nevídaný, protože jindy titíž lidé „obtěžovali“ s daleko banálnějšími problémy.

Za povšimnutí také stojí diagnostické složení klientů, kteří v těchto dvou měsících byli ošetřeni. Jsou to téměř z poloviny schizofrenici a z jedné

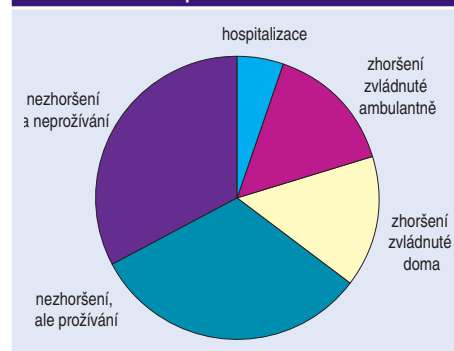
Graf 2. Diagnóza ošetřených pacientů



třetiny lidé s velkou, čili endogenní periodickou depresí nebo bipolární afektivní poruchou. Většina z nich byla na určité datum objednána. Přišlo tedy minimum lidí, kteří by spadali do výše uvedených diagnóz F 43. Pokud jde o zdravotní stav klientů v průběhu sledovaného období a hodnoceního podle naší stupnice, tak jedna třetina osob nebyla zhoršena, ale povodně hluboce prožívala (31,3 %), a další jedna třetina nebyla zhoršena a k povodním byla lhostejná (32,2 %). To může být způsobeno tím, že pacienti s endogenními poruchami (těch bylo 80 %) prakticky všichni užívali psychofarmaka (antipsychotika, antidepresiva, stabilizátory nálad), takže působení zevního stresu neprožívali tak intenzivně. Lhostejnost k povodním mohla být též ovlivněna léky, ale také důsledkem emoční oploštělosti řady pacientů se schizofrenií.

Poněkud překvapivé je zjištění, že ve sledovaném období nebyla zjištěna žádná dokonatá sebevražda, ani pokus o ni. A také v celkové statistice suicidií za rok v hraničském regionu během sledovaných pěti let (1994 až 1998) je na tom rok 1997 nejlépe, tedy s nejmenším počtem sebevražd. V literatuře nacházíme podobná, ale i rozdílná pozorování. Lišíme se např. s autory E. G. Krugem et al, 1998 (7) nebo Yiing-Jenq Chouem et al, 2003 (5), kteří popisují zvýšení počtu sebevražd po přírodních katastrofách obecně, nebo konkrétně po zemětřesení na Taiwanu v r. 1999. Naopak snížení počtu sebevražd uvádějí autoři K. Shoaf et al, 2004 (12) nebo Tsung-Hsueh Lu, 2004 (9), oba rovněž po

Graf 3. Rozdělení pacientů dle zdrav. stavu



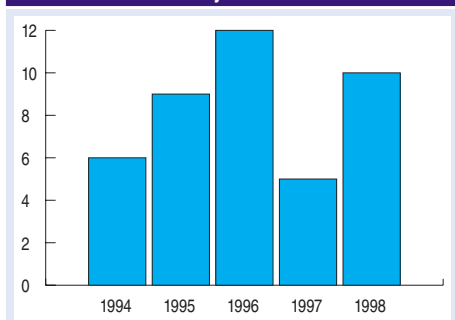
zemětřeseních. Snížený počet sebevražd u nás pozorovaného souboru po povodních si vysvětlujeme tím, že přírodní katastrofa způsobila v psychice lidí šok, který vyburcoval jejich mechanismy přežití a vyššího sociálního citění a převážil nad projev destruktce. Jakoby jedinec nepocítoval potřebu ničit vlastní já, když jiní jedinci téhož lidského druhu byli ohroženi na životech, nebo dokonce zahynuli.

Závěr

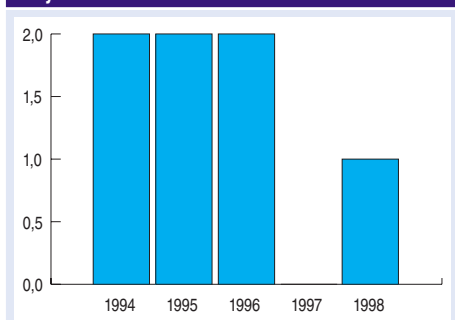
Při sledování souboru pacientů, kteří byli ošetřeni v naší ordinaci v období necelých dvou měsíců po rozsáhlých záplavách, jsme nezjistili žádnou dokonatou sebevraždu ani pokus o ni. Pozorovali jsme však, že katastrofa působila i na osoby, které povodněmi bezprostředně postiženy nebyly a neměly ani postižené příbuzné. Ošetření v té době byli převážně pacienti s diagnózami schizofrenie a velké deprese. Velké množství osob nebylo psychicky zhoršeno, a dokonce bylo k povodním lhostejné, což mohlo být způsobeno dlouhodobým užíváním psychofarmak a citovým oploštěním pacientů schizofreniků. Období je však krátké na to, abychom mohli hodnotit event. výskyt posttraumatické stresové choroby.

MUDr. Helena Kučerová, HonDG.
Soukromá psychiatrická ordinace
Svatoplukova 10, 75301 Hranice na Moravě
e-mail: hlnkucero@seznam.cz

Graf 4. Počet dokonaných sebevražd na Hranicku



Graf 5. Počet dokonaných sebevražd na Hranicku vždy v období 7. 7. – 31. 8.



Literatura

- Ahern M, Kovats RS, Wilkinson P et al. Global health impacts of floods: Epidemiologic evidence, *Epidemiologic Reviews* 2005; 27 (1): 36–46.
- Edwards JG. Psychiatric aspects of civilian disasters, *British Medical Journal*, 1976; 1: 944–947.
- Floods displace 100, 000 in Malaysia, *International Herald Tribune Asia Pacific*, 15. 1. 2007.
- Hauková R. Život v krajních mezích, 21. století, 20. 6. 2003.
- Chou Yiing-Jenq, Huang N, Lee Cheng-Hua et al. Suicides after the 1999 Taiwan earthquake, *International Journal of Epidemiology*, 2003; 32: 1007–1014.
- Janík A a kol. Psychiatrie. Avicenum, Praha 1983.
- Krug EG, Kresnow M, Pedicord JP et al. Suicide after natural disasters, *N Engl J Med* 1999; 340 (2): 148.
- Kučerová H. Reakce pacientů psychiatrické ambulance na povodně v roce 1997, *Č. S. Psychiat.*; 1999; 95 (7) 1999: 476–482.
- Lu Tsung-Hsueh. Earthquake and suicide: bringing context back into disaster epidemiological studies, *International Journal of Epidemiology* 2004; 33 (6): 1406–1409.
- Mysliveček Z. Speciální psychiatrie, Státní zdravotnické nakladatelství, Praha 1959.
- Ruscher, JB. Stranded by Katrina: Past and present, *Analyses of social issues and public policy*, 6 (1): 33–38.
- Shoaf K, Sauter C, Bourque LB et al. Suicides in Los Angeles County in relation to the Northridge earthquake, *Prehospital Disaster Med*, 2004; 19 (4): 307–310.