

Psychopatologiczne aspekty wspinaczki wysokogórskiej

ZDZISŁAW RYN

Akademia Medyczna w Krakowie

Warunki, w jakich znajdują się uczestnicy wypraw wysokogórskich, są osobliwym stresem działającym przede wszystkim na ośrodkowy układ nerwowy. Składa się na to długotrwała izolacja od społeczeństwa, przebywanie często w obcym lub egzotycznym kraju i wynikające stąd wtórne czynniki urazowe (5), zmiana trybu życia i odżywiania, współżycie w wąskim gronie uczestników wyprawy oraz zespół czynników klimatycznych związanych z przebywaniem na dużych wysokościach.

Najistotniejsze z punktu widzenia psychopatologii są zaburzenia spowodowane niedotlenieniem ośrodkowego układu nerwowego na dużych wysokościach górskich. Mniejsze znaczenie praktyczne mają zaburzenia psychiczne wywołane odwodnieniem organizmu, wygłodzeniem oraz ew. urazami mechanicznymi czaszki, doznanymi w czasie wspinaczki.

Objawy choroby górskiej (wysokościowej) opisał po raz pierwszy w r. 1778 de Saussure. Zarówno on, jak i wielu późniejszych autorów, opisując tę chorobę, poświęciło niewiele uwagi objawom psychopatologicznym (np. 17, 18). Uzasadnia to fakt, że badania reakcji organizmu ludzkiego w warunkach wysokościowych prowadzili głównie fizjology, a lekarzami wypraw alpinistycznych bywają na ogół lekarze specjalności zabiegowych. Na różnorodne zaburzenia psychiczne w czasie pobytu w wysokich górach zwracają uwagę sami alpiniści w swoich relacjach i sprawozdaniach z wypraw (3, 8, 11, 21). Zagadnienie to nie zostało do tej pory wyczerpująco opracowane, mimo bogactwa tej problematyki w polskiej literaturze alpinistycznej. Wspomnieć wypada dla przykładu prace lekarza-alpinisty J. Hajdukiewicza (9, 10), czy też opisy zaburzeń zawarte w opracowaniach literackich i reportażach (6, 11, 12, 14, 21). Zaburzenia te mogą mieć istotne znaczenie zarówno dla bezpieczeństwa alpinistów, jak i dla powodzenia wypraw. Okoliczności te powinny więc być uwzględniane w czasie przygotowań uczestników do wypraw, jak i w czasie prowadzenia aklimatyzacji i przebiegu samej wyprawy.

Wystąpienie objawów choroby górskiej warunkują dwie zasadnicze grupy czynników: zewnętrzne — takie jak temperatura powietrza, ciśnienie atmosferyczne

i ciśnienie parcjalne tlenu, wilgotność atmosfery, wiatr, promieniowanie słoneczne i kosmiczne, sposób i rodzaj odżywiania, obiektywne trudności wspinaczki itp. oraz wewnętrzne, do których m. in. należą indywidualne predyspozycje psychiczne i fizyczne alpinistów, ich kondycja, przebyte choroby, stan odżywienia, cechy osobowości itp. (20). Chorobę górską zalicza się do tzw. ostrych hipobarii, a jej podłożem patogenetycznym jest ostry głód tlenowy. Objawy tej choroby podają Barcroft, Haldane, Fitch, Monge, Morro, Priestley i inni (1, 13), wymieniając najczęściej bóle głowy, uczucie ściskania lub rozsadzania czaszki, nudności lub wymioty, zaburzenia oddychania o typie Cheyne-Stokesa, zaburzenia wzroku lub równowagi oraz objawy deterioracji fizycznej w postaci spadku ciężaru ciała i ujemnego bilansu energetycznego. W sferze psychicznej zwracają uwagę na objawy depresji. Huszcza (13) wyróżnia ponadto hipobarię przewlekłą, tzw. astenię lotniczą, którą dzieli na depresyjną oraz euforyczno-impulsywną. Pewnych analogii klinicznych dostarczają tu badania psychiatryczne alpinistów wielokrotnie przebywających na dużych wysokościach (19).

Omówione objawy wynikają z działania czynników stressowych i są reakcjami adaptacyjnymi do zmienionego środowiska. Stanowią one podłoże tzw. aklimatyzacji, w której Wyss-Dunant (wg Dorawskiego, 6) wyróżnia trzy strefy: całkowitą aklimatyzację do wysokości 7000 m, strefę adaptacji 7000—7800 m i strefę śmierci wysokościowej — powyżej 7800 m (3—4 dni pobytu). Mechanizmy adaptacyjne dzieli on na bezpośrednie i pośrednie. Bezpośrednie — to przyspieszenie tętna i następne jego zwolnienie (badania W. H. Paryskiego w Andach, nie opublikowane), wzrost ciśnienia krwi, rozszerzenie naczyń kapilarnych głównie w mięśniach, przyspieszenie i pogłębienie oddechu i zwiększenie oddechowej pojemności płuc (do 30%). Natomiast pośrednie dotyczą wzrostu aktywności układu krwiotwórczego i podwyższenia poziomu białek osocza krwi. Tzw. zapasową adaptację (*retained adaptation*) warunkują prawdopodobnie zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym (9).

Objawy psychopatologiczne występują często przed somatycznymi. Potwierdzają to relacje uczestników wypraw wysokogór-

skich, jak również moje własne obserwacje z wyjazdów w Alpy i Kaukaz (20). Na zaburzenia poszczególnych funkcji psychicznych zwracano uwagę tylko wyrwykowo. I tak np. Mac Farland (1937) stwierdził obniżenie sprawności intelektualnej oraz obniżenie progu słyszalności w badaniach na wysokości 4000 m, a Lottig (1936—1937), analizując zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej, stwierdził przestawianie kolejności cyfr, nieregularność pisma, zamazywanie, perseweracje itp. (7).

Stanowisko Barcrofta, że zaburzenia psychiczne pojawiają się dopiero od wysokości 4000 m (1), wymaga rewizji w świetle moich własnych obserwacji oraz w świetle badań katamnestycznych alpinistów (19, 20). Dyskretne objawy nerwicowe obserwowano już na wysokościach 3000—3500 m, a w niektórych wypadkach jeszcze niżej. Oczywiście trudność stanowi rozstrzygnięcie, czy zaburzenia te wypływają wyłącznie z czynników wysokościowych, czy też są wyrazem napięcia emocjonalnego, jakie występuje zwłaszcza w pierwszych dniach pobytu w górach. Te subtelne zagadnienia psychopatologiczne w odniesieniu do wysokości tatrzańskich (2000—2600 m) wymagają oddzielnego i wnikliwego opracowania. Wydaje się bowiem, że mogą one mieć wpływ na bezpieczeństwo wspinania się w pierwszych dniach pobytu na tych wysokościach (15).

W ciągu pierwszych dni pobytu na wysokości 3000—3500 m doświadczeni alpinści doznają wzmoczenia napędu psychoruchowego, co zwiększa ich sprawność psychiczną i fizyczną. Jedynie u adeptów tych wysokości mogą się zdarzać bóle głowy, zawroty, nudności, obniżenie nastroju, ogólne złe samopoczucie, brak apetytu, zaparcia stolca, zaburzenia snu oraz objawy wegetatywne. Pobyt w strefie 3500—5500 m wyzwala już zespół objawów nerwicowych, w których przeważają wzmoczona męczliwość, bezsenność, drażliwość, wybuchowość, u innych zaś obniżenie nastroju z odcieniem apatii, czasem głębsze reakcje depresyjne z objawami lęku i osłabieniem woli działania. Na tych wysokościach może dojść do obniżenia sprawności intelektualnej, manifestującej się uczuciem ośpienia lub pustki myślowej.

Przykładem mogą być moje własne doznania w czasie wejścia na wschodni wierzchołek Elbrusa: na wysokości około 5400 m przeżywałem głęboką apatię z obniżeniem nastroju i spowolnieniem psychoruchowym, odczuwałem zmniejszenie sprawności intelektualnej, miałem natrętne poczucie pustki myślowej i bezsensowności kontynuowania wspinaczki. Stopieniu uległy odczucia estetyczne piękna otaczającego krajobrazu. Wszystko co działo się dokoła wydawało się mało ważne, obojętne. Osłabił znacznie kontakt z innymi uczestnikami wyprawy. Silny

wiatr w znacznej mierze przyczynił się do osłabienia woli i obniżenia nastroju (20). Dodać należy, że było to moje pierwsze wejście na tę wysokość, nie poprzedzone odpowiednią aklimatyzacją. Na uwagę zasługuje również wystąpienie zaburzeń psychicznych u jednego z uczestników na drugi dzień po zejściu z wysokości 4200 m w postaci podniecenia, niepokoju, nastawienia lękowego i urojeniowego. Objawy te ustąpiły zupełnie po odpoczynku.

Na wysokości 6000—7000 m dochodzi do znacznego niedotlenienia ustroju, w szczególności mózgu, najbardziej wrażliwego na brak tlenu. Manifestować się to może głębszymi zakłóceniami psychiki. Zaburzona zostaje orientacja przestrzenno-czasowa, obniża się krytycyzm, mogą wystąpić zaburzenia myślenia w postaci urojeń, przeważnie prześladawczych. Pogłębieniu ulega poczucie wyobcowania, zdarzają się elementy derealizacji itp. Już na tych wysokościach pojawiają się epizody halucynacji (omamów) wzrokowych lub słuchowych, jak to się zdarzyło np. w doznaniach Skoczylasa na wysokości 6400 m w Himalajach (21), czy alpinisty w Andach na wysokości 6500 m, opisanym przez Ostrowskiego (16). Pobyt powyżej 7800 m bez sztucznego doprowadzania tlenu do organizmu prowadzi nieuchronnie do psychicznego i fizycznego załamania się ustroju. Ze względu na ujemny bilans kaloryczny po 3—5 dniach może nastąpić śmierć.

Opisane objawy psychopatologiczne są zmienne i krótkotrwałe. Na ogół nie pozostawiają one po sobie trwałych śladów i ustępują po zejściu na niższe wysokości. Dość charakterystyczne jest występowanie bogatego zespołu objawów nerwicowych na wysokościach małych i średnich (3500—6500 m) oraz objawów zbliżonych do psychotycznych lub psychotycznych na wysokościach dużych (powyżej 7000 m).

W warunkach wyprawy objawy te mogą mieć istotne znaczenie przy ocenie odpowiedzialności uczestników za ewentualne nieszczęśliwe wypadki, które mogą pozostawać z nimi w związku przyczynowym (4). Dlatego wydaje się słuszny wniosek, by uwzględniać opinię psychiatryczną w razie zaistnienia takich wypadków, w których byłyby choć cień podejrzeń, że mogły one mieć związek z zaburzeniami psychicznymi. Natomiast uwzględniając zależność rodzaju zaburzeń psychicznych wywołanych pobytem na dużych wysokościach od cech osobowości alpinistów i stanu ich zdrowia psychicznego w okresie przedwyprawowym, istotne wydaje się uwzględnienie tego w kwalifikowaniu uczestników na wyprawy wysokogórskie oraz tworzeniu odpowiednich zespołów wspinaczkowych.

Należy sądzić, że zwrócenie większej uwagi na psychopatologiczne czynniki wspinaczki wysokogórskiej przyczyni się do peł-

niejszej profilaktyki wypadków w górach wysokich, a jednocześnie zwiększy szanse powodzenia wypraw.

PIŚMIENNICTWO

1. Barcroft J.: The effect of altitude on the dissociation curve of blood, *J. Aviat. Med.* 1952, 23, 319. — 2. Biel S.: Aklimatyzacja, *Taternik* 1962, 2-4. — 3. Bonatti W.: Moje góry, Iskry, Warszawa 1967. — 4. Buchała K., Dobrowolski A.: Wypadki górskie w aspekcie prawa, *Taternik* 1968, 1 (198), 3-6. — 5. Dominik M., Jakubik A., Ryn Z.: Zaburzenia psychiczne w związku z pobytem za granicą, *Psychiat. Pol.* 1968, 5, 515-520. — 6. Dorawski J. K.: Człowiek zdobywa Himalaje, *Wyd. Lit. Kraków*, 1962. — 7. Farland M., Ross A.: Psycho-physiological studies at the high altitudes in the Andes, *J. Comp. Psychol.* 1937, 23. — 8. Gryczyński M.: Mówi lekarz wyprawy, *Taternik* 1965, 1-2, 56-58. — 9. Hajdukiewicz J.: Dhaulagiri zdobyty, *Wiedza Powszechna*, Warszawa 1963. — 10. Hajdukiewicz J.: Himal Cu Cu Ra Dhaulagiri 1961, *Wiedza Powszechna*, Warszawa 1961. — 11.

Herzog M.: Annapurna, Iskry, Warszawa 1960. — 12. Hunt J.: Zdobywanie Mount Everestu, Iskry, Warszawa 1956. — 13. Huszcza A.: Ciśnienie atmosferyczne i jego działanie na ustrój, PZWL, Warszawa 1954. — 14. Jagiełło M.: Czekanie na dzień, maszynopis opowiadania 1969. — 15. Nyka J.: Aklimatyzacja a Tatry, *Taternik* 1966, 1-2, 2-3. — 16. Ostrowski W.: Wyżej niż kondory, *Sport i Turystyka*, Warszawa 1959. — 17. Pugh G., Ward M.: Fizjologia i medycyna, Załącznik VI do „Zdobywanie Mount Everestu” J. Hunta. — 18. Rivolier J.: Medecine et montagne, Arthaud, Paris 1956. — 19. Ryn Z.: Zaburzenia psychiczne w chorobie górskiej (wysokościowej), *Psychiat. Pol.* 1967, 3, 331-335. — 20. Ryn Z.: Motywacja wspinaczki wysokogórskiej a osobowość alpinistów, *Psychiat. Pol.* 1969 (w druku). — 21. Skoczyła A.: Biała Góra, Iskry, Warszawa 1965.

UIAA – Londyn 1968

W dniach 4 i 5 października 1968 r. odbyło się w Londynie posiedzenie Komitetu Wykonawczego UIAA oraz Walne Zgromadzenie tej organizacji. W pracach sesji ze strony Klubu Wysokogórskiego udział wzięli Antoni Janik (jako delegat KW) oraz Paweł Czartoryski (jako Przewodniczący Komisji Programowej UIAA).

Posiedzenie Komitetu Wykonawczego odbyło się 4 października, przewodniczył ustępujący prezes UIAA, dr Edouard Wyss-Dunant (Szwajcaria). Uczestniczyli w nim również obaj przedstawiciele Polski, gdyż Polska jest — jak wiadomo — w drugiej kolejnej kadencji niestałym członkiem Komitetu Wykonawczego.

Walne Zgromadzenie UIAA miało miejsce w dniu 5 października w historycznej siedzibie brytyjskiego Alpine Club. Na ogólną liczbę zrzeszonych w Unii 38 organizacji z 31 krajów, obecni byli przedstawiciele 24 organizacji z 22 krajów, w tym po raz pierwszy delegaci Turcji, Japonii i Guatemali. Porządek obrad obejmował m. in.:

a. Uchwalenie tekstu porozumienia o współpracy UIAA z IKAR (dotychczas samodzielna międzynarodowa organizacja do spraw ratownictwa alpejskiego; prezes dr Rudolf Campell sen.), na mocy którego IKAR działać będzie jako jedna z komisji problemowych UIAA.

b. Zatwierdzenie sprawozdania Komisji Programowej Unii, które przedstawił jej przewodniczący, dr Paweł Czartoryski. Zgromadzenie podjęło uchwałę, że w ostatnich latach komisja ta spełniła swe zadanie i powinna zakończyć działalność. Ostateczną decyzję w tej sprawie pozostawiono nowemu prezesowi Unii, zgodnie z jego statutowymi uprawnieniami.

c. Zatwierdzenie nowej międzynarodowej skali trudności (referował Fritz Wiessner, USA). Delegat ZSRR przekazał wszystkim delegatom radziecki projekt skali trudności, różniący drogi na skalne i śnieżno-lodowe. Podział ten według projektu radzieckiego jest konieczny dla ścian wielkich typu Nanga Parbat, Aconcagua czy Pik Komunizmu, które stanowią podstawowe problemy spor-

towe alpinizmu na najbliższe lata. Opracowanie radzieckie zostało przyjęte przez Zgromadzenie jako problem do rozpatrzenia w przyszłości.

d. Zatwierdzenie sprawozdania Komisji Sprzętowej, które referował jej przewodniczący Pierre Henry (Francja). Komisja ta współpracuje z przemysłem i prowadzi aktualnie doniosłe prace nad ustaleniem optymalnych właściwości i metod badania jakości kasków, lin, karabinków i haków.

e. Zatwierdzenie sprawozdania Komisji Młodzieżowej — referował jej przewodniczący dr Hans Faber (NRF). Komisja ta zorganizowała w ubiegłym roku dwa spotkania młodych alpinistów i młodzieżowych działaczy alpinizmu, jedno w CSRS („Taternik” 3/1968, s. 133), drugie w Rudolphshütte w Wysokich Taurach.

f. Zatwierdzenie sprawozdania Komisji Ochrony Przyrody, opracowanego przez jej przewodniczącego, prof. dra Waleręgo Goetla (Polska), a ogłoszonego (z powodu choroby prof. Goetla) przez członka tej komisji, dra Zdenka Roubala (CSRS). Komisja prowadzi rozmowy w sprawie organizacji granicznych parków narodowych (na wzór tatrzańskiego) w Karawankach, Pirenejach (rejon Gavarnie) i w masywie Karwendel. Walne Zgromadzenie przyjęło rezygnację prof. Goetla z zajmowanego stanowiska i powierzyło je — zgodnie z wnioskiem delegata Polski — drowi Zdenkowi Roubalowi. Na wniosek wiceprezesa UIAA, dra Hanza von Bomharda (NRF), Zgromadzenie z aplauzem wyraziło uznanie i podziękowanie prof. Goetlowi za jego realizowaną przez całe życie pracę dla gór i dla Unii.

Na zakończenie sesji — w związku z wpływem kadencji dotychczasowego prezesa UIAA dra Wyss-Dunanta i jego rezygnacją, Zgromadzenie jednogłośnie wybrało na jego następcę dra Alberta Egglera (Szwajcaria), wybitnego alpinistę, kierownika szwajcarskiej wyprawy na Mount Everest i Lhotse w r. 1956, prezesa SAC w ostatniej kadencji. Zgromadzenie nadało ustępującemu prezesowi godność członka honorowego UIAA.

Oceniając sesję Unii w Londynie podkreślić trzeba serdeczną atmosferę w jakiej odbywały się jej prace. Atmosfera ta była w pełni potwierdzeniem znanego — jakże bogatego w treść — powiedzenia: „góry dzielą dyplomatów — alpinistów łączą”.

Antoni Janik