

ZABURZENIA PSYCHICZNE U ALPINISTÓW W WARUNKACH STRESU WYSOKOGÓRSKIEGO

Z Kliniki Psychiatrycznej AM w Krakowie

Kierownik: **doc. dr med. Antoni Kępiński**

Działalność alpinistyczna na dużych wysokościach górskich jest związana z działaniem na ustrój swoistego zespołu czynników urazowych, zarówno psychicznych, jak i fizycznych, które by można określić stresem wysokogórskim. Wyróżnić w nim można trzy grupy czynników: socjologiczne, psychologiczne i biologiczne.

Z czynników socjologicznych podstawowe znaczenie ma izolacja uczestników wypraw alpinistycznych, trwająca niekiedy wiele miesięcy, od środowiska społecznego, w którym stale przebywają, pobyt w obcym, często egzotycznym kraju, o innej kulturze, stroju, tradycjach.

Nieobojętna jest również bariera językowa, zmiana trybu życia, odżywiania, sposobu bycia, ubioru itp.

W grupie czynników psychologicznych należy wskazać przede wszystkim na cechy osobowości alpinistów i mechanizmy motywacyjne uprawiania alpinizmu oraz swoiste dla alpinistów treści procesów emocjonalnych.

Najistotniejsze z czynników biologicznych są warunki klimatyczne: obniżenie temperatury i zmiany wilgotności powietrza, wzrost szybkości parowania prowadzący do odwodnienia stroju, oraz charakterystyczne dla dużych wysokości górskich obniżenie ciśnienia atmosferycznego i związany z tym spadek ciśnienia parcjalnego tlenu. Ten ostatni czynnik ma najważniejsze znaczenie w etiologii zaburzeń psychicznych, zważywszy, iż komórki nerwowe zużywają prawie 20 razy więcej tlenu niż np. komórki mięśniowe.

O ile badania fizjologiczne zmian somatycznych zachodzących w stroju ludzkim na dużych wysokościach są zaawansowane i posiadają bogate piśmiennictwo (np. Bert, Barcroft, Haldane, Kaulbersz, Monge, Rivolier, Ward i inni), o tyle brak jest pełniejszych opracowań zaburzeń psychicznych związanych z pobytom człowieka w wysokich górach. Na problem ten pierwsi zwrócili uwagę alpiniści w relacjach z wypraw wysokogórskich (Hunt, Dorawski, Herzog, Ward i inni).

W Klinice Psychiatrycznej AM w Krakowie zbadano w latach 1965—1968 30 polskich alpinistów (10 kobiet i 20 mężczyzn w wieku od 19 do 40 lat). Badania obejmowały wywiad psychiatryczny ze szczegółowym uwzględnieniem przebytych zaburzeń psychicznych w czasie pobytu na dużych wysokościach (kobiety przebywały powyżej 4000—5000 m n.p.m., mężczyźni powyżej 7000 m n.p.m.), badanie osobowości (kwestionariusz Cattella), tzw. testy organiczne (Bender, Benton, Kendall), badanie elektroencefalograficzne oraz badanie somatyczne, w tym neurologiczne.

Jako istotne czynniki motywacyjne w uprawianiu alpinizmu stwierdzono schizoidalno-psychasteniczne cechy osobowości z mechanizmami kompensacji bądź hiperkompensacji poczucia mniejszej wartości fizycznej i sprawności ruchowej, potrzebę wprowadzania się w stan emocjonalny o dodatnim znaku lub redukcję emocji o znaku ujemnym oraz czynniki środowi-

skowe takie, jak tradycje rodzinne w uprawianiu turystyki górskiej, przeżycie pierwszego spotkania z górami, wpływ literatury alpinistycznej itp. Zaburzenia psychiczne występowały u badanych alpinistów indywidualnie już od wysokości około 3000—3500 m n.p.m. Częstość tych zaburzeń oraz ich głębokość były zależne na ogół od odpowiedniej aklimatyzacji oraz od wysokości.

Wyróżnić można trzy zasadnicze grupy tych zaburzeń: zespoły apatyczno-depresyjne o różnym nasileniu, na ogół jednak na poziomie nerwicowym, zespoły z kręgu psychoorganicznego oraz w nielicznych przypadkach zespoły schizofrenopodobne z dominującymi objawami derealizacji, depersonalizacji oraz skąpymi omamami i urojeniami z przewagą treści prześladowczych.

Stany apatyczno-depresyjne zdarzały się z reguły w czasie pierwszych wejść w strefę dużych wysokości (4000—6000 m n.p.m.), a ich nasilenie malało w miarę uzyskiwania aklimatyzacji. Najczęstszymi objawami tych zespołów były uczucie zmęczenia fizycznego i znużenia psychicznego, obniżenie nastroju w postaci zubożenia, a nawet depresji z epizodami lękowymi, znaczne nieraz osłabienie aktywności i woli działania, zmniejszenie sprawności funkcji intelektualnych, rozdrażnienie, niepokój oraz bóle i zawroty głowy.

Zespoły z kręgu psychoorganicznego występowały najczęściej w trakcie dłuższego pobytu, od kilku dni do kilku tygodni, na wysokości powyżej 6000—7000 m n.p.m. Poza ogólnym spadkiem aktywności ruchowej i psychicznej oraz obniżeniem zdolności do pracy fizycznej — objawiały się one okresowymi zaburzeniami orientacji, głównie w czasie i sytuacji, zaburzeniami krytycyzmu, szczególnie w zakresie oceny obiektywnych niebezpieczeństw wysokich gór, wahaniami nastroju zarówno w kierunku jego obniżenia, jak też epizodów euforii, zaburzeniami pamięci w postaci luk pamięciowych sięgających w poszczególnych wypadkach od kilku godzin do kilku dni, wreszcie zaburzeniami sfery ruchowej, jak spowolnieniem, zaburzeniem koordynacji wzrokowo-ruchowej i równowagi.

W nielicznych przypadkach (u trzech mężczyzn) stwierdzono zespoły schizofrenopodobne, w których badani mieli uczucie izolacji od otoczenia, zamknięcia się w sobie oraz nieliczenia się z rzeczywistością. Charakterystyczne dla tych stanów były objawy depersonalizacji i derealizacji oraz omamy i iluzje wzrokowo-słuchowe i urojenia głównie o treści prześladowczej, czasem zaś o charakterze życzeniowym.

Wśród czynników predystynujących do wystąpienia tych zaburzeń poza niedostateczną aklimatyzacją przyjęto w poszczególnych przypadkach błąd dietetyczny, drobne urazy mechaniczne, urazowe czynniki sytuacyjne lub konflikty między uczestnikami wypraw.

Wydaje się, że gorzej znosili ujemny wpływ dużych wysokości alpiniści, u których aktualnie stwierdzono objawy organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (encefalopatia, charakteropatia, objawy zespołu psychoorganicznego).

W grupie kobiet, które przebywały na wysokości do 5000 m n.p.m. nie stwierdzono zaburzeń psychotycznych. W zespołach nerwicowych charakterystyczne dla kobiet wydaje się uczucie „oszołomienia wysokością”, patologiczna senność, niepokój, lęki, podniecenie, rozdrażnienie, uczucie ściskania w okolicy szyi oraz lękowe sny. Większość badanych kobiet podawała zaostrzenie tych dolegliwości w okresie przedmiesiączkowym.

Opisane zaburzenia były zwykle krótkotrwałe i ustępowały samoistnie w miarę wycofywania się alpinistów ze strefy wysokościowej. W kilku przypadkach utrzymywał się przez kilka tygodni po zakończeniu wyprawy stan zubożenia, a nawet niechęć do spraw życia codziennego oraz w stosunku do gór.

Wyrazem fizycznej deterioracji wysokościowej był przede wszystkim spadek ciężaru ciała, proporcjonalny do czasu pobytu na dużych wysokościach, szczególnie powyżej 7000 m n.p.m. Wahał się on u badanych alpinistów od kilku do kilkunastu kilogramów, w skrajnym zaś przypadku wynosił 25 kilogramów — w czasie kilkutygodniowej wyprawy.

Badania elektroencefalograficzne wykonano u 25 alpinistów, w tym u 5 kobiet i 20 mężczyzn, natomiast testy organiczne u 25 alpinistów (5 kobiet i 20 mężczyzn). Zapis eeg u 19 osób pozostawał w granicach normy (76%), zapis patologiczny stwierdzono u 6 osób (24%), w tym trzy zapisy miały cechy znacznie nasilonej patologii z uogólnionymi cechami napadowymi pod postacią wyładowań wysokonapięciowych iglic i fal wolnych.

Na 20 testowych badań psychologicznych w 8 przypadkach stwierdzono wyniki świadczące o pograniczu normy i patologii, zaś w trzech przypadkach o wyraźnych zmianach organicznych ośrodkowego układu nerwowego. Wyniki poszczególnych testów mogą świadczyć o pierwszoplanowych zaburzeniach funkcji pamięci przy stosunkowo dobrze zachowanej orientacji i spostrzegawczości badanych.

Badanie psychiatryczne po uwzględnieniu wyników badań dodatkowych ujawniło wyraźne objawy zespołu psychoorganicznego u trzech badanych, w tym u dwóch dyskretne objawy ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Natomiast u 6 badanych, w tym u trzech kobiet, stwierdzono objawy miernie nasilonej encefalopatii lub charakteropatii. W połowie tych przypadków udało się ustalić prawdopodobne przyczyny zmian organicznych w przebytych urazach czaszki lub schorzeniach ogólnych nie związanych ze wspinaczką (choroba reumatyczna, powikłania mózgowie w przebiegu schorzeń zakaźnych i inne). Natomiast w pozostałych wypadkach zmiany te są uwarunkowane bądź wyłącznie urazami czaszkowo-mózgowymi lub urazami ogólnymi doznanymi w czasie wspinaczki, bądź też mogą pozostawać w związku z długotrwałymi okresami niedotlenienia, niedożywienia i odwodnienia, w jakim znajdowali się badani nieraz przez kilka tygodni, lub łącznie w kolejnych wyprawach, przez kilka miesięcy, w warunkach wysokogórskich.

Przedstawione w zarysie zaburzenia psychiczne, jakim mogą ulegać alpinści na dużych wysokościach górskich oraz wyniki badań klinicznych alpinistów przebywających przez dłuższy czas w tych warunkach, uzasadniają potrzebę uwzględnienia tych zagadnień w planowaniu, organizowaniu i przeprowadzaniu specjalistycznej opieki lekarskiej nad uczestnikami wypraw alpinistycznych, a również sugerują potrzebę dalszych badań w tej dziedzinie.

Adres autora: Kraków, Kopernika 21, Klinika Psychiatryczna AM