

TARTU RIIKLIK ÜLIKOO

E. KARU JA J. SAARMA

PSÜHHIAATRIA  
PRAKTIKUM

TARTU 1960



A-23390<sub>III</sub>

**TARTU RIIKLIK ÜLIKOO**

PSÜHHIAATRIA JA KOHTUMEDITSIINI KATEEDER

**E. KARU JA J. SAARMA**

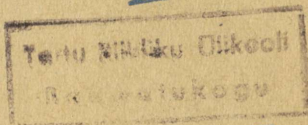
**PSÜHHIAATRIA  
PRAKTIKUM**

**TARTU 1960**

Käesoleva konspekti eesmärgiks on abistada arstiteaduskonna raviosakonna V kursuse üliõpilastel orienteeruda psühhiaatria põhiküsimustes praktilisteks töödeks vajalikus ulatuses. Konspekti üldosa sisaldab lühiülevaate psühhopaatoloogia olulisematest peatükkidest. Eriosa toob põhilised andmed tähtsamatest psüühika haigustest.

Konspekti võivad abivahendina kasutada ka juristid kohutpsühhiaatria mõnede peatükkide läbitöötamisel.

2



81105

Vastutav toimetaja J. Saarma

Korrektor E. Oja

=====

TRÜ Rotaprint 1960. Trükipoognaid 3,25.  
Tir. 1000 eks. MB 07025. Tell. nr. 426.

Hind rbl. 1.-

1961.a. - rbl. 0.10

### Praktikumi ülesanne.

Psühhiaatria praktikumi ülesandeks on:

- 1) anda arstiteaduse raviosakonna üliõpilastele praktilisi kogemusi psüühiliste häirete uurimiseks ja diagnoosimiseks,
- 2) tutvustada neid põhiliste psüühiliste haigustega ja
- 3) anda kogemusi tähtsamatest meetoditest psüühiliste haiguste ravimisel.

### Praktikumi ulatus.

1. Psühhiaatria praktikumid toimuvad rühmiti tsükliliselt, igale rühmale on eraldatud 13 - 14 päeva a 3 - 4 tundi.
2. Praktikumid toimuvad temaatiliselt, igas praktikumis käsitletakse 1 - 2 teemat.
3. Praktikumitsükli vältel koostab iga üliõpilane ühe haige kohta akadeemilise haigusloo, mille alusel toimub praktikumi arvestamine.

Põhinõuded psüühiliselt haige inimese uurimisel.

#### 1. Anamnees.

Psüühiliselt haige kohta tuleb koguda üksikasjalik anamnees nii elukäigu kui ka haiguse osas.

Anamneesi tuleb koguda nii haigelt endalt kui ka tema omastelt, töökaaslastelt jne.

#### 2. Somaatiline seisund.

Psüühiliselt haige somaatiline seisund tuleb üksikasjalikult hinnata niihästi sisemeditsiini, neuroloogia jt. kliiniliste distsipliinide uurimisevõtete abil kui ka laboratoorseid, röntgenoloogilisi jt. uurimismeetodeid rakendades.

#### 3. Psüühiline seisund.

Psüühilise seisundi uurimise põhiliseks võtteks on sõnaline eksploreerimine, küsitlus ja vestlemine haigega, mille juures tuleb silmas pidada järgmisi nõudeid:

- a) küsimus esitada lühidalt ja selges sõnastuses,
- b) küsimus esitada selliselt, et haige peab andma sisulise vastuse;
- c) jätta haigele küllaldaselt aega küsimusele vastamiseks,
- d) küsitlus teostada kindla plaani kohaselt.

#### 4. Kliiniline jälgimine.

Statsionaari tingimustes tuleb jälgida haige suhtlemist personaliga, käitumist kaashaigete kollektiivis ning suhtumist eneseteenindamise protseduuridesse (hügieenilised tarbed kultuurilised huvid jne.) ja töösse (osavõtt palati korrastamisest, tööst väljaspool palatit jne.)

## ÜLDOSA .

### Praktikumi metoodika.

Psühhiaatria üldosa küsimustega tutvumiseks teostab iga üliõpilane esimesel praktikumil ühe haige iseseisva uurimise. Üliõpilane teostab anamnestilise materjali kogumise haigelt endalt ja kliinilise haigusloo abil, viib läbi somaatilise seisundi uurimise põhilistes osades ja üksikasjaliku psüühilise seisundi uurimise. Kogutud materjali esitab üliõpilane rühmale ühisel arutlusel. Selle käigus toimub õppejõu juhendamisel üksikute psüühiliste häirete tundmaõppimine ja analüüs.

Üldosa raamides käsitletakse järgmisi põhilisi psüühilise talitluse häireid.

## I. TAJUMISE HÄIRED.

Tajumine on tegelikkuse vahetu tunnetamine. Tajumise substraadiks on analüsaator. Tajumise elementaarseks vormiks on aisting - eseme üksikomaduse peegeldus teadvuses. Tajumise keerukamaks vormiks on taju - üksikeseme terviklik peegeldus teadvuses. Taju on aistingute (aktuaalsete ärrituste peegeldus) summa, millele liituvad kujutlused (varasemate ärrituste jäljed).

1. Meelepetted on patoloogilised tajumisvormid, mis jagunevad kaheks liigiks.

a. Illusioon on moonutatud tajumine, kus reaalselt olemasolev ärritus moonutatakse kujutluste ülekaalu tagajärjel.

b. Hallutsinatsioon on patoloogiline tajuelamus ilma adekvaatse ärritusega realiteedist. Hallutsinatsioonid jaotatakse:

aa) tõeline hallutsinatsioon, mis haigele subjektiivselt on samaväärne reaalse tajuga;

bb) pseudohallutsinatsioon, mida haige eristab tajust tema eriomaduste tõttu.

2. Psühhosensoorsed häired on tingitud aistingute ekslikust sünteesimisest varasema kogemusega.

a. Derealisatsioon - ümbrus tajutakse moondununa ja võõrana, kuna esemete ruumilised ja ajalised suhted tunnetatakse väärsti.

b. Depersonalisatsioon - enda isik tajutakse moondununa kehaskeemi ja "mina" tervikluse häirete tõttu.

Tajumise ja selle häirete uurimine haigel.

a. Analüüsida anamneesi andmeid tegelikkuse tajumise ja selle häirete kohta statsioneerimisele eelnenud perioodil.

b. Analüüsida haigelt küsitlemisel saadud kui ka spontaansetes väljendustes avalduvaid andmeid tajumise ja selle häirete kohta ("hääled", "pildid", "kiired", "lõhnad" jne.).

c. Jälgida iseärasusi haige käitumises, mis viitavad tajumishäirete esinemisele (kuulatlav poos, omaette kõnelemine, tõrjuvad või kaitseliigutused, kõrvade, silmade või nina sulgemine jne.).

## II. MÖTLEMISE HÄIRED.

Mõtlemine on tegelikkuse kõrgem, abstraktse tunnetamise vorm, on realiteedi seoste ja suhete peegeldumine teadvuses. Mõtlemine on I signaalsüsteemi materjali abstraktsioon ja üldistus II signaalsüsteemi elementide (mõisted - sõnad) ja nende seoste (laused, otsustused) kujul. Mõtlemises eritletakse vormilist külge - sõnaliste seoste (assotsiatsioonide) kulgemise tempo ja sihipärasus. Mõtlemise sisuline külg on abstraktsioonide ja üldistuste vastavus tegelikkusele. Mõtlemise astmed: mehaanilis-assotsiatiivne ja loogilis-assotsiatiivne mõtlemine.

### A. Mõtlemise vormilised (sõnaliste assotsiatsioonide kulgemise) häired.

a. Mõttekäigu kiirenemine, millega käsikäes loogilis-assotsiatiivne mõtlemine langeb mehaanilis-assotsiatiivsele tasemele. Mõttemaru (ideepagu) on mõttekäigu kiirenemisel tekkinud mõtlemise sekundaarne seosetus.

b. Mõttekäigu aeglustumine, millega seoses sõnalised reaktsioonid aeglustuvad, kuni mutismi (vaikimine) tekkimiseni.

c. Tõkestus on tavalise kiirusega toimivas mõtlemises esinev katkestus.

d. Seosetus - seosetu, hüppeline üleminek ühelt mõttelt teisele.

e. Sümbolistlik mõtlemine on mõtlemine keerukate ja kaudsete mõistete (väljenduste) abil.

f. Verbigeratsioon on ühe sõna või väljenduse tarbetu kordamine (stereotüüpia).

g. Perseveratsioon on esimeses vastuses õigesti öeldud sõna või väljenduse kordamine järgnevatele küsimustele vastamisel.

h. Patoloogiline üksikasjalikkus ja sõnalaialdus.

B. Mõtlemise sisulised häired - mõtlemine ei peegelda sisuliselt õigesti realiteedi seoseid ja suhteid.

1. Sundmõte on vastu inimese tahet korduv mõte, mille tege-  
likkusele mittevastavust või tarbetust haige hindab krii-  
tiliselt.
2. Luulumõte on loogiliselt vale, veendumuslik otsustus, mis  
ei allu mõistuslikule korrektuurile.
  - a. Depressiivne luul - haige hindab enda isikut ja olukor-  
da tegelikkusest halvemaks ja madalamaks. Üksikvormid  
on enesesüüdistusluul, väiksusluul, nihilistlik luul  
ja hüpohondriline luul.
  - b. Suurusluul - haige hindab enda isikut ja olukorda te-  
gelikkusest paremaks ja kõrgemaks.
  - c. Paranoiline luul - haige leiab, et ümbritseva keskkon-  
na suhtumine temasse on sihilik ja pahatahtlik, mis  
aga ei vasta tegelikkusele. Üksikvormid on suhtumis-  
luul, jälitusluul, tagakiusamisluul, mõjustusluul, se-  
letusluul ja kiivusluul.
3. Ülekaalne mõte - idee, mis omandab teadvuses tegelikkusele  
mittevastava erikaalu ja millega haige aktiivselt te-  
gutseb. Võib alluda korrektuurile.

Mõtlemise ja selle häirete uurimine haigel.

a. Analüüsida anamneesi andmeid, mis iseloomustavad mõt-  
lemise vormilist ja sisulist külge.

b. Analüüsida haige vastuseid küsimutele ja tema spon-  
taanseid avaldusi tempo, sihipärasuse ja sisulise külje osas.

c. Analüüsida haige kirjalikke avaldusi vormiliste ja  
sisuliste omaduste osas.

### III. INTELEKTI HÄIRED.

Intellekt on võime tegelikkuse üldistatud tunnetamiseks  
(abstraktseks mõtlemiseks) ja adekvaatseks reageerimiseks.  
Analüüs ja süntees on intellekti avaldused ja nende tase ise-  
loomustab intellekti taset.

A. Oligophrenia e. nõrgamõistuslikkus on mahajäämus in-  
tellekti arenemises, mil inimene ei saavuta normaalset intel-  
lektuaalset taset (kaasasündinud või omandatud ajukahjustuse  
tõttu).

1. Debilitas mentis e. debiilsus on nõrgamõistuslikkuse Ker-  
gem aste, mil inimene on võimeline lihtsamal alal iseseis-  
valt töötama ja ühetaolistes tingimustes iseseisvalt elama  
ei suuda aga kohaneda keerukamates olukordades.
2. Imbecillitas e. nõrgamõistuslikkuse keskmine aste - inime-  
ne ei ole suuteline iseseisvalt oma elu korraldama ega  
töötama, on võimeline juhendamisel täitma lihtsamaid töö-  
ülesandeid.
3. Idiotia e. nõrgamõistuslikkuse raskem aste - inimene ei  
ole suuteline iseseisvalt elama ega ka juhendamisel mingit  
tööd tegema, vajab pidevalt hooldamist.

B. Dementia e. nõdrameelsus on intellekti tagasilangus  
normaalselt tasemelt, mis tekib elu vältel saadud aju orgaa-  
nilise kahjustuse tagajärjel.

Dementsuse astmed on:

1. lakunaarne - kergem dementsus, mille puhul alaneb mõtle-

misvõime tase, kuid inimene säilitab lihtsamad igapäevased oskused ja võimed.

2. globaarne - raskem dementsus, mille puhul on häiritud ka kõige lihtsamad oskused ja võimed.

Dementsuse kulg võib olla:

- 1) progresseeruv - dementsus järjest süveneb,
- 2) regresseeruv - dementsus taandub järkjärgult,
- 3) statsionaarne - püsib ühel tasemel.

### Intellekti ja selle häirete uurimine haigel.

a. Analüüsida anamnestilisi andmeid inimese arengukäigu kohta lapseeas, psüühiliste funktsioonide kujunemist ja arengut, edasijõudmist koolis, töösüste omandamist, oma elu korraldamisvõimet, saavutatud ühiskondlik-tootlikku taset.

b. Intellekti praeguse seisundi hindamiseks:

- aa) jälgida kliiniliselt patsiendi tegevuses avalduvaid huvisid, kohanemisvõimet ümbruse suhtes ja suutelisust enda eest hoolitsemiseks;
- bb) rakendada küsimusi, mis iseloomustavad üldistuse ja abstraktsioonivõime taset: mõistete diferentseerimine (näit. mille poolest erineb trepp redelist?) mõistete üldistamine (kuidas nimetada ühe sõnaga lusikat, nuga, kahvlit, kulpi? jne.), arvutustehe- te valdamine, allegooriliste väljendite lahtimõ- testamine (mis tähendab väljend "pikad näpud?"), vanasõnade lahtimõtestamine (mis tähendab ütlus "Valel on lühikesed jalad?"), orienteerumisvõime ühiskondliku elu küsimustes.

#### IV. MÄLU HÄIRED.

Mälu on endise kogemuse peegeldus teadvuses, on võime omandada, säilitada ja reprodutseerida kogemusi ja teadmisi.

Vahetu tunnetamise (tajumise) materjal reprodutseeritakse kujutlustena. Üldistatud tunnetamise (mõtlemise) materjal reprodutseeritakse sõnade ja lausetena. Reprodutseerimine toimub assotsiatsioonide abil.

1. Hüpermnesia (hüpermneesia) - teadvusse kuhjub vastutahteliselt ammu unustuses olnud detaile, mis häirib sihipä-rast assotsiatsioonide kulgemist.

2. Hüpomnesia (hüpomneesia) - mälu üldine nõrgenemine, mille puhul kannatab nii uue kogemuse omandamise võime kui ka vana kogemuse reproduktsioonivõime.

3. Amnesia (amneesia) - ajaliselt piiratud mälulünk, mis esineb varasema kogemuse ahelas. Tekib teadvuse häire tõttu, mille vältel ei toimunud kogemuse omandamist.

Mälulünk võib mõnikord hõlmata ka teatud ajavahemikku, mis eelnes teadvuse häire tekkimisele - retrograadne amneesia. Mälulünk võib hõlmata ka teatud ajavahemiku sündmusi, mis järgnesid teadvuse taastumisele - anterograadne amneesia.

4. Paramnesia (paramneesia) - mälupete. Kõige ulatuslikum paremneesia vorm on konfabulatsioon, mille puhul terve sündmustik paigutub mälestuste ahelas käesolevasse aega või on kogu ulatuses väljamõeldis (fantastiline konfabulatsioon).

#### Mälu ja selle häirete uurimine haigel.

a. Analüüsides anamneesi andmeid ja võrreldes haigelt endalt saadud andmeid objektiivse anamneesiga, pöörata tähelepanu elusündmuste faktilise külje ja kronoloogia õigsusele.

b. Omandamisvõime uurimiseks kasutada:

aa) õppimiskatset (Luria järgi) - haigele loetakse ette kümme omavahel seostamata nimisõna, seejärel peab ta kordama meeldejäänud sõnad. Samade sõnade korduvaid ettelugemisi teostatakse kuni kümme korda. Igal kordamisel omandatud sõnade arvud moodustavad graafiliselt kujutatuna nn. õppimiskõvera;

- bb) arvude õppimisülesannet - haigele nimetatakse vabas järjekorras kuni kuus ühekohalist arvu või üks kahe-, kolme-, nelja- või rohkemakohaline arv ja kontrollitakse selle omandamist.

## V. TAHTELU HÄIRED.

Tahe on psüühiline aktiivsus, mis avaldub inimese sihipärasas tegevuses. Tegevuse siht võib olla vahetu (ühe liigutuse siht), kaudne (komplekstegevuse siht) või üsna kaugel (tegevusplaan kuu, aasta või veel pikema aja kohta). Tahte aktiivsus väljendub tegevuse aktiivsuses, inimese ettevõtlikkuses ja liigutuste elavuses. Tahte sihipärasus ilmneb tegevuse suunakindluses ja eesmärgi püsivas taotlemises.

### A. Tahte aktiivsuse häired.

1. Aktiivsuse tõus - avaldub liigutuste ja miimika elavemises, mis härmisel juhul võib väljenduda rahutusena.

Eristatakse:

a) maniakaalset rahutust - tung tegutsemiseks, mil säilib side reaalse ümbrusega, reageerimine ärritustele on ülielav;

b) katatoonsel rahutust - tung liigutusteks, mil aktiivsus on sihitu ja enamasti mitteseostatud miljööärritustega.

2. Aktiivsuse alanemine - võib ilmuda kahes astmes:

a) hüpobuulia - initsiatiivi alanemine, loidus,

b) abuuilia - initsiatiivitus, täielik passiivsus.

### B. Tahte sihipärasuse häired.

1. Ambitendents - samaaegselt esineb kaks vastandlikku tegutsemisimpulssi.

2. Impulsiivne tegevus - tegutsemine või liigutus ei ole kooskõlas reaalse situatsiooniga, sest tal puudub mõistlik motiveering.

3. Katatoonsed nähud, mille erivormid on:
- a. Stereotüüpia - ühetaolise tegevuse tarbetu kordamine:
    - aa) asukohta stereotüüpia,
    - bb) asendi stereotüüpia,
    - cc) liigutuste stereotüüpia.
  - b. Ekonähud e. kajanähud - ümbritsevate isikute mehaaniline matkimine.
    - aa) ekopraksia - teise isiku liigutuste matkimine,
    - bb) ekolaalia - teise isiku väljenduste matkimine.
  - c. Negativism, mis võib esineda:
    - aa) aktiivse negativismina - haige teotseb vastupidiselt korraldusele või vajadusele,
    - bb) passiivse negativismina - haige ei täida käsku või korraldust.
  - d. Flexibilitas cerea (vahajane paendlikkus) e. katalepsia - haige säilitab pikemaks ajaks talle antud keha või jäseme asendi.
  - e. Stupor e. tardumus, mis võib olla:
    - aa) täielik stupor - täielik liikumatus, mil puuduvad nii aktiivsed kui ka kaitsereflektorsed liigutused,
    - bb) osaline stupor - haige teostab küll mõningaid liigutusi, kuid need on väga raskepärased ja aeglased.

Tahte ja selle häirete uurimine haigel.

a. Analüüsida anamnestilist materjali, mis iseloomustab inimese aktiivsuse astet ja tema tegevuse sihipärasust ning järjekindlust varasema elu vältel ja haiguse ajal.

b. Praeguse seisundi hindamiseks jälgida haige käitumise aktiivsust, isiklikku initsiatiivi, tegutsemise sihipärasust ja vastavust tegelikkudele olukordadele niihästi kaashaigete kollektiivis viibimisel kui ka haige uurimisel arstikabinetis.

## VI. TUNDEELU HÄIRED.

Tunded peegeldavad inimese subjektiivset hinnangut objektiivsetele nähtustele, kajastades viimaste vastavust inimese vajaduste rahuldamisele. Inimesel on bioloogilised ja sotsiaalsed vajadused, millele vastavalt ka tunded (emotsioonid) on madalamad ja kõrgemad. Põhimeeleolu on pikemat aega püsiv emotsionaalne põhiniivo, mis on tingitud põhiliste vajaduste rahuldamisest või rahuldamatusest. Emotsionaalne reaktiivsus on emotsioonide vallandatavuse aste.

### A. Põhimeeleolu häired.

#### 1. Meeleolu kõrgenemine:

- a. Maniakaalne meeleolu - tegelikule olukorrale mittevastav heatujuulisus ja lõbusus, mil haige näeb reaalse elu sündmusi ainult heast küljest.
- b. Eufooria - lamedalt kõrgenenud, muretu meeleolu koos intellektuaalse taseme langusega.

#### 2. Meeleolu alanemine:

- a. Depressioon e. melanhoolia - tegelikule olukorrale mittevastav nukrameelsus ja kurvameelsus, mil haige näeb tegelikke sündmusi ja olukordi ainult halvast küljest.
- b. Düsfooria e. ebaolek - pahur-tusane meeleolu, halvatujuulisus, mil kõik ümbritsev tundub haigele olevat halb ja ärritav.

### B. Emotsionaalse reaktiivsuse häired.

1. Apaatia e. emotsionaalne tuimenemine - haige suhtub ükskõiksusega ümbriuse sündmustesse ja enese olukorra muutustesse.

2. Emotsionaalne labiilsus - pisemadki muutused olukorras või miljöös põhjustavad elavaid emotsioone.

3. Emotsioonide vääristumine - emotsionaalse reaktsiooni sisuline mittevastavus tegelikule olukorrale.

- a. Ambivalents - kahe vastandliku emotsiooni samaaegne esinemine vastuseks ühele asjaolule.
- b. Emotsioonide inadekvaatsus - sisuliselt vastassuunaline emotsionaalne reaktsioon.

### C. Afektid.

Afekt on järsku tekkiv tugevajõuline ja lühiajaline emotsionaalne puhang.

1. Afektide plahvatus - tavalisest järsem tugevajõuline väga kiiresti mööduv afekt.

2. Protraheeritud afekt - tavalisest tunduvalt pikaajalisem afekt.

3. Patoloogiline afekt - ülitugev emotsionaalne reaktsioon, mille puhul teadvus on häiritud ning inimene ei tuneta reaalses ümbruses ega situatsiooni; võivad esineda meelepetted, tekib mälulünk.

### Tundeelu ja selle häirete uurimine haigel.

a. Analüüsida anamneesi andmeid, mis iseloomustavad inimese meeleolu, selle püsivust, märgatavaid muutusi selles, nende vastavust tegelikule situatsioonile. Erilist tähelepanu pöörata alanenud meeleolu korral suitsiidmõtete või -katsete esinemisele. Analüüsida emotsionaalset reaktiivsust ja haiguse vältel ilmnenuid muutusi selles.

b. Praeguse seisundi hindamisel jälgida haige meeleolu ja tema emotsionaalset reageerimist niihästi kaashaigete kollektiivis kui ka arstikabinetis. Vestluses jälgida emotsionaalseid reaktsioone meeldivatele ja ebameeldivatele jutuainetele, miimilist ja pantomiimilist reaktiivsust.

## VII. TEADVUSE HÄIRED.

Teadvus on psüühilise aktiivsuse seisund, mis tagab tegelikkuse tunnetamise ja reageerimise sellele.

A. Teadvuse selguse häired - tegelikkuse tunnetamine ja sellele reageerimine on kvantitatiivselt alanenud.

1. Somnolentsus e. unisus - inimene ei taju nõrgemaid ärritusi, reageerib loilt, mõtlemine on põhiliselt mehaanilis-assotsiatiivne, sõnaline kontakt on võimalik.

2. Soopor e. uimuse - sõnaline kontakt ei ole võimalik, haige reageerib ainult intensiivsetele vahetutele ärritajatele, enamasti difuusse motoorse refleksiga.

3. Kooma e. teadvusetus - haige ei tunnetata ka kõige intensiivsemaid vahetuid ärritusi ega reageeri neile.

B. Teadvuse patoloogilised seisundid - teadvuse selguse alanemise foonil esineb kvalitatiivselt erinevaid, tegelikkusele mittevastavaid elamusi.

1. Hämazolek - haige ei tunnetata tegelikku ümbrust, võib esineda hulgaliselt nägemismeelepetteid, enamasti avaldub hirm, agressiivsus, sõnalist kontakti ei saa.

2. Oneroidne seisund - tegelikkust tunnetab lünklikult, esineb rohkesti nägemismeelepetteid, peamiselt illusioone, sõnaline kontakt on lünklik.

3. Ekstaas - tegelikkuse tunnetamine on pinnaline, esineb meeldivasisulisi nägemis- ja kuulumismeelepetteid, meeleolu on ülev.

4. Somnambulism e. "kuutõbi" - unes kõndimine, mille puhul ümbruse tajumine on väga kitsas, motoorika aga vaba ja koordineeritud, sõnaline kontakt puudub.

Teadvuse ja selle häirete uurimine haigel.

a. Analüüsida anamnestilisi andmeid, mis vihjavad teadvuse häirete esinemisele (eriti määlulüngad).

b. Teadvuse praeguse seisundi hindamiseks:

aa) jälgida sõnalise kontakti võimalikkust,

bb) jälgida haige reageerimist mitmesugustele vahe-  
tutele ärritustele (valgus, heli, valu jne.),

cc) analüüsida haige orientatsioonivõimet, eraldades  
autopsüühilist (enda isiku suhtes) ja allopsüühilist (koha, aja ja olukorra suhtes) orientat-  
siooni.

## ERIOSA .

### Praktikumi metoodika.

Iga üliõpilane teostab ühe haige iseseisva uurimise. Üliõpilane kogub kõik anamnestilised materjalid, teostab haige somaatilise ja psüühilise seisundi üksikasjaliku määramise üldosas toodud skeemi kohaselt, kogub kõik andmed haigel teostatud laboratoorsete ja muude eriuurimiste kohta ning jälgib praktikumitsükli vältel haige seisundi dünaamikat. Õppejõu juhendamisel ja vastava kirjanduse läbitöötamise alusel määrab üliõpilane diagnoosi, differentsiaaldiagnostilise analüüsi ja ravi, tutvub üksikasjalikult vastava haiguse etiopatogeneesi, võimalikkude ravimeetodite ja prognoosiga. Kogutud materjali esitab üliõpilane ühel praktikumil ühiseks läbiarutamiseks rühmaga õppejõu juhendamisel, demonstreerib oma haiget rühmale, tuues selle käigus esile somaatilise ja psüühilise staatuse iseloomulikud tunnused. Praktikumitsükli lõpuks vormistab kogutud materjali akadeemilise haigusloona.

## I. SCHIZOPHRENIA.

Schizophrenia (skisofreenia) on enamasti nooremas eas algav kroonilise iseloomuga psühhoos, mille puhul esinevad häired tunnetusprotsessides ja tahte- ning tundeelus.

Etioloogia on siiani tundmata.

Patogeneesi kohta on üldisemalt tunnustatud hüpotees, mille järgi organismis kujuneb iseloomulikkude häirete tagajärjel lämmastiku ainevahetuses nn. amiinotoksikoos. Viimane põhjustab peaaegu närvirakkudes pidurduse (I.P. Pavlov: krooniline hüpnootiline seisund), selle tagajärjel areneb dissotsiatsioon signaalsüsteemide vahel ja ajukoore ning koorealuste mehhanismide talitluses.

Sümptomatoloogia.

1. Tajumine on enamikul skisofreeniahaigetel ulatuslikult häiritud. Iseloomulikud on psühhosensoorsed häired (de-realiseerimine ja depersonaliseerimine), pseudohallutsinatsioonid kuulmisanalüsaatori osas ("hääled"), ka nägemise-, haistmise-, maitse- ja puutetunde meelepetted.

2. Mõtlemine on häiritud nii vormilises kui ka sisulises osas. Vormilistest häiretest esineb seosetust, tõkestusi, sümbolismi ja verbigeratsiooni. Sisulistest häiretest domineerivad paranoilised luulumõtted, eeskätt suhtumisluul, mõjustusluul jt., mis võivad olla kas fragmentaarsed või süstematiseeritud. Tihti esineb selle kõrval ka mõningaid suuruse- või depressiivse luulu mõtteid.

3. Intellekti osas primaarseid häireid ei esine.

4. Mälu ei ole omandamis- ega reprodutseerimisvõime osas alanenud, esineb aga mälu käepärasuse häireid assotsiatsioonide juhusliku ning sageli ebaõige kulgemise tagajärjel.

5. Tahteelu osas on iseloomulikud sihipärasuse häired, nagu ambitendents, motiveerimata teod ja katatoonsed nähud,

eriti stuupor või katatoonne rahutus. Tahteaktiivsuse muutused esinevad peamiselt hüpo- või abuuria kujul.

6. Tundeelu osas domineerivad apaatia ja emotsionaalse reaktiivsuse väärastumine (ambivalentsus, indekvaatsus) või ka ärevus ja hirm.

7. Teadvus enamasti häiritud ei ole, ainult haiguse ägedas perioodis võib esineda segasus ja oneroidseid seisundeid.

#### Kliinilised alavormid.

1. Schizophrenia paranoides - algab enamasti peale 20. eluaastat, sageli keskeas. Algul võib olla äge või pikaldane. Kulg on enamasti progresseeruv. Sümptomatoloogia osas domineerivad paranoiline luul, mis võib omandada süstematiseeritud kuju ning hulgalised meelepetted (esiplaanil kuulmishallutsinatsioonid).

2. Schizophrenia simplex (lihtne vorm) - algab enamasti noorukieas. Algas ja kogu progresseeruv kulg on hiilivalt aeglane. Esiplaanil on tahteaktiivsuse järjest tundavam alanemine ning tundeelu tuimenemine (apaatiko-abuuriline sündroom). Meelepetteid ja luulu esineb harva.

3. Hebephrenia (hebefreenia) - algab enamikul juhtudel noorukieas kas ägedalt või alaägedalt, edasine kulg on kas pidevalt progresseeruv või toimub nihetena. Domineerivad tajumis- ja mõtlemishäirete kõrval ka motiveerimata tegutsemine, pidurdamatus, veiderdamine ja emotsioonide väärastumine (indekvaatne lõbusus, õõnes nutt jne.).

4. Katatonia - algab noorukieas, enamasti ägedalt, kulgeb nihetena, kusjuures vahepealsetel perioodidel puuduvad sageli igasugused psüühilised häired. Haigusperioodid avalduvad kas katatoonse rahutusena või stuuporina. Esineb rohkesti meelepetteid ja mõtlemise vormilisi häireid.

#### Skisofreenia kulg.

Algas võib olla kas äge, alaäge või hiilivalt aeglane. Protsessi edasine kulg võib olla pidevalt progresseeruv,

haigus jääb pikemaks ajaks peatuma teatud tasemele või annab ulatuslikke spontaansid paranemisi. Kõige sagedasem on nihkeline kulg, mille puhul iga nihe annab paranemise, mille tase on madalam eelmise nihke remissioonist. Skisofreenne protsess võib lõppeda tervenemisega, paranemisega või defektiga.

### Skisofreenia ravi.

1. Insuliinravi - põhiline meetod värske haigestumise, retsidiivi ning protsessi ägenemise ravimiseks, eriti paranoilise ja katatooni sündroomi korral.
  2. Neuropleegilised vahendid (fenotiasiinderivaadid ja Rauwolfia preparaadid) on efektiivsed kroonilise protsessi ravimiseks ning insuliiniga kombineerituna ägeda protsessi korral. Retsidiivide vältimiseks rakendatakse neuropleegilisi vahendeid nn. "toetusravi" kujul.
  3. Kõnvalsiioonravi (korasool- ja elekterkrampravi) rakendatakse ägeda alguse korral, depressiivse komponendi või rahutuse esinemisel, samuti kombineerituna insuliinraviga viisa haigusprotsessi korral.
  4. Uneravi kas katkestatud või katkestamata medikamentosse unena kasutatakse eeskätt stuupori raviks, aga ka paranoilise sündroomi ravimisel kombineeritult teiste meetoditega.
  5. Püroteraapia (väävl, kehavõõra valgus jms. süstimise abil) rakendatakse kombineerimiseks teiste meetoditega, et tõsta organismi reaktiivsust (lihtsa vormi, hebefreenia jt. juhtudel).
  6. Psühhoteraapia on skisofreeniahaigete ravimisel vältimatu komponent bioloogiliste meetodite kõrval. Rakendatakse üldist ratsionaalset (selgitavat) psühhoteraapiat, kultuuriraapiat (kultuurilised üritused aktiivseks puhkuseks).
  7. Süstemaatiline tööteraapia - eriti krooniliste haigete ravimisel.
- Psühho- ja tööteraapia sihiks on seoste taastamine kollektiiviga ja ühiskondlik-tootliku aktiivsuse toniseerimine.

## Profülaktilised vahendid.

1. Dispanseerimine, elu- ja töörežiimi aktiivne reguleerimine, perekonna ja kollektiivi instrueerimine.
2. Peale edukat ravi teostada toetavat ravi neuropleegiliste vahenditega.
3. Nii esmase haigusnähke kui ka retsidiivi korral tagavad täisväärtusliku remissiooni varajane diagnoosimine ja ravi kiire algus.

## II. PSYCHOSIS MANIACO - DEPRESSIVA.

Psychosis maniaco - depressiiva (maniakaal-depressiivne psühhoos) on enamasti noores eas algav haigusfaasidena kulgev psühhoos, mille puhul esinevad tunde- ja tahteelu ning mõtlemise muutused. Faaside vaheaegadel psüühilisi häireid ei esine.

Etioloogia on siiani tundmata.

Patogeneesi osas märkis I.P. Pavlov seost kõrgema närvi- talitluse pidurdamatu (koleerilise) tüübiga. Organismis kujunevad perioodilised vegetatiiv-ainevahetuslikud häired, V.P. Protopopovi järgi faaside vaheajal vagotoonilise, faaside ajal sümpatikotoonilise tendentsiga.

Sümptomatoloogia on erinevates faasides vastassuunaliste muutustega psüühilistes funktsioonides, millest esiplaanil on 1) meeleolu, 2) mõttekäigu ja 3) liigutuste tõus või langus.

1. Maniakaalne faas - meeleolu kõrgenenud, mõttekäik kiirenenud, tahteaktiivsus, motoorika ja kõne elavnenud. Domineerib mehaanilis-assotsiatiivne mõtlemine, esinevad suurusemõtted.
2. Depressiivne faas - meeleolu alanenud, mõttekäik aeglustunud, tahteaktiivsus, motoorika ja kõne pidurdatud, esi-

nevad depressiivsed mõtted ja kalduvus enesetapule.

Intellekti ega mälu häireid ei esine.

Tajumishäireid maniakaalses faasis ei esine, depressiivses faasis võib esineda üksikuid illusioone või hallutsinatsioone.

### Haiguse kulg.

Algus on enamasti noorukieas, subakuutne. Haiguse edasine kulg toimub faasidega. Faaside kestus võib olla mõnest päevast mitme kuuni. Faaside intensiivsus võib olla erinev. Faaside intervallid võivad olla mõnest päevast mitme aastani. Enamasti muutuvad haiguse jätkumisel faasid pikemaks ja faaside vaheajad lühemaks. Depressiivsete ja maniakaalsete faaside vaheldumine võib olla korrapärane või juhuslik. Ka pikaajalise kestuse järel ei kujune püsivat psüühilist defekti.

### Ravi.

Erinevates faasides rakendatakse erinevaid meetodeid.

Maniakaalse seisundi puhul on kõige efektiivsemaks neuropleegilised vahendid (fenotiisiin- ja Rauwolfia preparaadid). Kasutatakse ka pararenaalset novokainblokaadi, harvem konvulsioonravi. Oluline on kompleksne psühhoteraapia.

Depressiivse seisundi puhul on kõige efektiivsemaks konvulsioonravi, selle kõrval (agiteeritud vormide korral) ka neuropleegilised vahendid. Mõnikord on edukad psühhotoonikumid (fenamiin jt.) ning nn. antidepressiivsed ained (iprasiid e. marsiliid ja imisiin e. tofranüül). Oluline on kompleksne psühhoteraapia. Haiged vajavad pidevat valvet (cave suicidium).

### Profülaktilised vahendid.

1. Haigete dispanseerimine ja nende elu- ning töörežiimi aktiivne reguleerimine. Füüsiliste ja vaimsete pingutuste vältimine, regulaarne puhkus. Perekonna ja kollektiivi instruueerimine.

2. Haigusfaasi alguses kiire seisundile vastav ravi faasi süvenemise vältimiseks.

3. Depressiivse faasi korral, kui esineb vihjeid suit-siidmõtetele, kuulub haige tingimata hospitaliseerimisele.

### III. EPILEPSIA.

Epilepsia e. langetõbi on krooniline haigus, mida iseloomustavad perioodilised krambihood ja mille pikemal esinemisel kujunevad välja iseloomulikud püsivad psüühilised muutused. Tuleb diferentseerida sümptomaatilisest epilepsiast, mil epileptilised hood on mingi kindla iseloomuga ajukahjustuse üheks sümptomiks (mürgistused, ajuvigastused, ajutuumorid jne.).

Etioloogia on siiani tundmata.

Patogenees - organismis toimub perioodiliselt vee ja ammoniumühendite kuhjumine, kesknärvisüsteemi erutatavuse tõus, vaskulaarsed spasmid ajus, selle tagajärjel krambihood. Nende kordumisel kujunevad pikkamööda välja orgaanilis-destruktiivsed muutused peajus.

#### Sümptomatoloogia.

1. Paroksüsmaalsed nähud - esinevad täielikult mööduvate haigushoogudena.

a. Krambihood - teadvuse kaotusega kulgevad motoorsed erutussündroomid.

aa. Suur kramp - selle käigus esineb tooniline ja klooniline faas, hingamise seiskus, järgnev teadvuse taastumine on pikaldane.

bb. Väike kramp - selle käigus esineb ebakorrapäraseid motoorseid erutusnähte, hingamine ei seisku, teadvus taastub hoo lõppemisel koheselt.

cc. Absence (absans) - hetkeline teadvusetus.

b. Hämarolek - teadvuse muutunud seisund krambihoo järel.

- c. Epileptiline ekvivalent - hämarolek ilma krambihoo eelnemiseta.
- d. Stuurpor - kas krambihoo järel või omaette, võib kesta mõnest tunnist mitme nädalani.
- e. Ekstaas - enamasti usulis-müstiliste elamustega.
- f. Düsfooria - kas krambi eel või järel või omaette. Võib põhjustada ohtlikku agressiivsust, dromomaaniat (hulkumistung) ja dipsomaaniat (episoodiline tung joovastavate ainete järele).
- g. Somnambulism - võib esineda öise või krambijärgse une vältel.

2. Püsivad psüühilised muutused - kujunevad välja haiguse pikemal kestmisel. Nende muutuste kujunemise kiirus oleneb haige individuaalsetest omadustest, on tihti seda intensiivsem, mida sagedasemad on krambihood.

- a. Epileptiline iseloomumuutus - põhiliseks jooneks on närviprotsesside inertsus, mis avaldub mõttekäigu ja reaktsioonide aeglustumises, üksikasjalikkuses ja sõnalaialduses ning pedantsuses. Huvid kitsenevad, järjest suureneb egotsentrism. Esineb ärritatavus ja afektide inertsus.
- b. Epileptiline dementsus - kujuneb välja kõige raskematel haigusjuhtudel. Esiplaanil on intellektuaalse taseme alanemine, kuna mäluhäired kujunevad välja hiljem.

#### Kulg.

Epilepsia algab enamasti noores eas, harvem keskeas (epilepsia tarda). Paroksüsmaalsed haigushood võivad esineda stereotüüpselt (näit. ainult väikesed hood) või polümorfsest (vaheldumisi mitmesuguseid paroksüsme). Sagedus on väga varieeruv (mõnel haigel 1-2 hoogu aastas, teisel 10 - 15 hoogu päevas). Mida sagedasemad ja raskemad on hood, seda kiiremini ja raskematena arenevad püsivad muutused. Hood võivad lakkata ilma püsivate muutuste kujunemiseta.

## Ravi.

### 1. Esmaabi krambihoo puhul.

Krambihoo puhul tuleb vältida vigastusi. Kui võimalik, panna hammaste vahele mingi elastne ese, et vältida keele ja suulimaskesta hammustusi. Pea alla asetada midagi pehmet. Tõmbluste puhul vältida jäsemete vigastusi. Lihaste tõmblust ei tohi jõuga takistada. Krambihoole järgneva soproosse seisundi vältel esinevat agitatsiooni tuleb pidurdada.

2. Status epilepticus - krambihood järgnevad kiiresti üksteisele. Selline seisund võib kujuneda eluohtlikuks. Teha kloraalhüdraadi kisma, rakendada heksenaalnarkoosi, süstida magnesium sulfuricum'i, teostada lumbaalpunktsioon.

3. Haiguse üldravi on suunatud põhiliselt paroksüsmaalsete haigusnähtude vältimisele. Selleks rakendatakse pika aja jooksul (aastaid) broomi, luminaali, heksamidiini, väikeste hoogude puhul trimetiini, samuti ka mitmesuguseid medikamentide kombinatsioone (Sereiski segud, Karmanova tabletid). Üldistest meetoditest rakendatakse Filatovi kuderavi ja hapnikuravi. Mõnikord on näidustatud operatiivne ravi või õhkentsefalograafia. Dieet peab olema soolavaba ja veevaene.

### Profülaktilised vahendid.

a. Haigete dispanseerimine, nende elu- ja töörežiimi aktiivne reguleerimine. Keelatud on töötamine tõkestamata veekogude, suurte tulekollete, samuti suurte töötavate masinate ligiduses ja liikluses. Vältida pingutusi, võimaldada regulaarset puhkust. Pidev dieet. Absoluutne alkoholikeeld!

b. Medikamentoosne ravi peab olema pikaajaline ja pidev. Vältida medikamentide järsku ärajätmist, mis võib põhjustada isegi status epilepticus'e tekkimist.

#### IV. PARALYSIS PROGRESSIVA.

Paralysis progressiva (progressiivne paralüüs) on süüfilise tagajärjel tekkinud vaimuhaigus, mille puhul domineerivad intellekti ja mälu häired ning mis on progresseeruva kuluga.

Etioloogia - progressiivse paralüüsi tekitajaks on kesk-närvisüsteemi tunginud spirochaeta pallida.

Patogenees - aju pehmeelmes ja koore hallolluses areneb spetsiifiline krooniline põletik, mille tagajärjel kujunevad välja orgaanilis-destruktiivsed kahjustused, eriti frontaal- ja kiirusagarates.

#### Sümptomatoloogia.

1. Neuroloogilised sümptoomid: iseloomulikud on pupillide häired (kitsad, ebakorrapärased pupillid, anisokoria, kas täielik reflektorne jäikus või Argyll-Robertsoni sümptoom). Kõne on düsartriline, kiri värisev, esineb tähtede, silpide ja sõnade vahelejätmist. Nägu on miimikavaene. Kõõlusrefleksid on elavnenu, abdominaal- ja skrotaalrefleksid enamasti puuduvad. Kaugelearenenu juhtudel esinevad tasakaaluhäired, ataksia, puudulik liigutuste koordinatsioon ja marasm. Veres ja seljajuvedelikus spetsiifilised seroloogilised muutused, seljaajuvedelikus valgu ja rakkude ronnenemine.

#### 2. Psüühilised sümptoomid.

Tajumise häireid esineb harva, üksikute hallutsinatsioonide kujul.

Mõtlemine langeb mehaanilis-assotsiatiivsele tasemele. Sageli suurusmõtted kuni fantastilise suurusluuluni.

Intellekt alaneb pidevalt.

Mälu osas areneb hüpomneesia, millele sageli lisanevad paramneesia nähud.

Tahteaktiivsus on haiguse alguses mõnikord tõusnud, sihipärasus aga langenud. Hiljem aktiivsus järjest langeb.

Tundeelu osas esineb mõnikord alguses tunduv eufooria, teistel algusest peale edenev tuimenemine ja lamedus.

### Kliinilised alavormid.

1. Lihtne dementne vorm (dementia paralytica) - algusest peale domineerivad intellekti alanemine ja mälu üldine nõrgenemine, mis järjest süvenevad.
2. Ekspanstiivne (e. klassikaline) vorm - eriti haiguse algperioodil domineerib eufooria, suuruselulul, suurenenud aktiivsus, kusjuures tegutsemise sihipärasus ja adekvaatsus on häiritud samaaegselt esineva dementsuse tõttu.
3. Hallutsinatoorne vorm - edeneva dementsuse foonil esineb rohkesti mitmesuguseid meelepetteid ja fragmentaarseid paranoilisi luulumõtteid.
4. Depressiivne vorm - progresseeruva dementsuse kõrval avalduvad üldine pidurdatus ja depressiivne meeleolu koos depressiivsete luulumõtetega.

### Kulg.

Progressiivne paralüüs algab enamasti keskeas, 3 - 15 (keskmiselt 8) aastat peale esmasinfektsiooni. Algus on pikaldane, esiplaanil on mälu edenev nõrgenemine, kriitika alanemine ja pigistavad peavalud. Ilma ravita progresseerub haigus pidevalt ja viib 3 - 5 aasta jooksul exitus letalisele.

### Ravi.

1. Üldised antilueetilised ravimeetodid - arseeni, elavhõbeda ja vismuti preparaadid, penitsilliin.
2. Malaariaravi - haigele poogitakse malaariaplasmoodi-ume sisaldavat verd, lastakse esineda kuni 10, palavikuhoogu, seejärel kupeeritakse.

### Profülaktilised vahendid.

a. Neuroluuuse, sealhulgas progressiivse paralüüsi profülaktikaks on esmajoonel oluline süüfilise varajane, põhjalik ja korduv ravimine reeglipärase seljaajuvedeliku kontrolliga.

b. Progressiivse paralüüsi edukaks raviks on oluline va-  
rajane ravi alustamine, põhjalik ravikuur (spetsiifilised va-  
hendid kombineeritult malaariakuuriga) ja paranemisele järg-  
nevalt korduvad järeلكuurid.

c. Haiged tuleb dispanseerida ja aktiivselt reguleerida  
nende elu- ja töörežiimi. Absoluutne alkoholi keeld!

d. Perekonnaliikmete kliiniline ja seroloogiline kont-  
roll.

## V. KROONILINE ALKOHOLISM JA ALKOHOLISED PSÜHHOOSID.

### A. Krooniline alkoholism.

Krooniline alkoholism on pikaajalise alkoholitarvitamise  
tagajärjel välja kujunenud psüühiline degradatsioon koos ise-  
loomulikude somaatiliste häiretega. Joomatõbi on tung, iha,  
vajadus alkoholi järele, mis avaldub tugevamini alkoholi mõ-  
ju all. Joomatõbi võib viia kroonilise alkoholismi tekkele.

Etioloogia: krooniline alkoholintoksikatsioon. Eriti  
ohtlik on sagedane alkoholitarvitamine (ka väikestes annustes

Patogenees - organismis kujunevad välja iseloomulikud  
ainevahetusmuutused, eriti närvirakkude ainevahetuses, mille  
tagajärjel areneb peaaegu kõrgemate mehhanismide pidurdus.  
Võib järkjärgult üle minna orgaanilis-destruktiivsetele kah-  
justustele.

### Sümptomatoloogia.

#### a. Psüühilised sümptomid.

Joomatõbe iseloomustab tung, vajadus alkoholi järele.  
Alkoholi suuremale tarvitamisele järgneval päeval nn. kaat-  
risündroom, mille kupeerimiseks tekib vajadus uue annuse al-  
koholi järele. Kroonilistel alkohoolikutel on sedastatav hu-  
vide kitsenemine, vastutustunde ja muude eetiliste omaduste  
alanemine, emotsionaalse pidurdamatuse kujunemine. Toimub  
allakäik tööalasel astmestikul.

## b. Somaatilised sümptomid.

Tugev treemor laugudes, keelel, jäsemetes või kogu kehas, krooniline polüneuriit, rohke limaeritusega gastriit, vomitus potatorum (hommikuti rohke lima evakueerimine maost), maksa tsirroos.

### Kulg.

Krooniline alkoholism saab enamasti alguse nooremas eas. Võib viia kas mõne aasta jooksul, teistel alles pikema aja järel püsivate psüühiliste ja somaatiliste häirete väljakujunemiseni. Sageli esineb alkoholitõbi perioodiliselt, kus pikemad abstinentsiperioodid vahelduvad alkoholi massilise tarvitamise perioodidega (pseudo- ja ehtne "somaania"). Progreesseeruva kulu korral viib täielikule degradatsioonile. Kroonilise alkoholismi foonil võib esineda kas akuutseid või kroonilisi psühhoose.

### Ravi.

1. Kõige olulisemaks teguriks kroonilise alkoholismi ravimisel on kasvatustöö, millega tuleb ümber kujundada inimese elustiil, suunata tema huvid loovale-tootlikule tegevusele. See on võimalik meditsiiniliste ja ühiskondlikkude organisatsioonide kooskõlastatud süstemaatilise tegevusega.

2. Psühhoteraapia (nii sugestioon- kui ka hüпноosravi kujul) eesmärgiks on sisendada negatiivset sättemust alkoholi ja selle tarvitamisega seotud olukordade suhtes.

3. Medikamentoosne ravi - apomorfiini ja antabus'e (disulfiraam) abil, mille eesmärgiks on kujundada negatiivseid tingitud seoseid alkoholi ja selle tarvitamise suhtes.

## B. Alkohoolsed psühhoosid.

### 1. Akuutsed psühhoosid.

#### a. Delirium tremens e. joomahullus.

Võib tekkida niihästi alkoholi tarvitamise kui ka abstinentsi perioodil. Teadvus on hägunenud, allopsüühiline ori-

entatsioon kas puudub või on lünklik. Esineb massiliselt nägemismeelepetteid, nähakse eriti liikuvaid väikesi loomi või esemeid. Esineb ärevus ja hirm, suurenenud motoorne aktiivsus. Kontakt on võimalik ainult episoodiliselt.

b. Hallucinosis alcoholica acuta (akuutne alkoholhallutsinoos) võib samuti tekkida kas alkoholi tarvitamise või abstinentsi perioodil. Teadvus on selge, orientatsioon olemas, sõnaline kontakt on vaba. Esinevad ähvardavasulised kuulmismeelepetted, nende tagajärjel areneb paaniline hirm, haige põgeneb, püüab end varjata. Hallutsinatsioonid esinevad enamasti kahekõne kujul haige kohta.

#### Kulg.

Niihästi delirium tremens kui ka akuutne alkoholhallutsinoos algavad kas ägedalt või alaägedalt, kulgevad tormiliste sümptomidega. Delirium kestab tavaliselt 3-4 päeva, harva kauem. Hallutsinoos võib kesta ka 10 - 14 päeva. Mõlemad psühhoosid mööduvad kas kriitiliselt sügava une järel või järkjärgult vaibudes.

#### Ravi.

Manustada rahusteid (kõige efektiivsemad on neuropleegilised vahendid) ja uinuteid (eriti kloraalhüdraati ja paraldehydi). Jälgida südame-vereringe seisundit.

### 2. Kroonilised psühhoosid.

a. Hallucinosis alcoholica chronica (krooniline alkoholhallutsinoos).

Algab kas akuutse hallutsinoosiga või pikkamööda. Kujunevad välja elavad kuulmismeelepetted, esialgu esineda võib hirm taandub, haige suhtub enamasti ükskõikselt oma meelepetetesse. Teadvus on selge, orientatsioon säilinud, mõtlemine loogiline, sageli on haige suuteline sihipäraseks ja adekvaatseks tegevuseks, isegi süstemaatiliselt töötama. Psühhoos võib kesta mitu kuud, mõnikord isegi aastaid.

#### Ravi.

Kõige efektiivsem on neuropleegiliste vahendite kasuta-

mine ravikuurina, visa kulu puhul insuliinravi või selle kombinatsioon neuropleegiliste vahenditega. Alkoholiikeeld!

b. Paranoia alcoholica (alkohoolne paranoia).

Esineb peaaegu ainult meestel, enamasti alkohoolse kiivusluulu kujul. Areneb välja pikkamööda. Järjest edenevatele ja rohkem süstematiseeruvatele kiivusluulu mõtetele võivad lisaneda ka teised paranoilised mõtted ning meelepetted (illusioonide või hallutsinatsioonide kujul). Teadvus on selge, orientatsioon hästi säilinud, haige on sageli võimeline süstemaatiliseks tööks. Haigus võib kesta mitmed kuud ja aastaid.

Ravi.

Enamasti osutub vajalikuks insuliinravi või selle kombinatsioonid neuropleegiliste vahenditega. Oluline on süstemaatiline psühhoteraapia. Absoluutne alkoholiikeeld!

c. Melancholia alcoholica (alkohoolne depressioon).

Kroonilise alkoholismi pinnal kujuneb pikkamööda välja meeleolu alanemine, depressiivsed luulumõtted ja üldine pidurdatus motoorikas ning kõnes. Võib viia suitsiidmõtetele ja -katsetele.

Ravi.

Esmajoones konvulsioonravi. Psühhoteraapia. Absoluutne alkoholiikeeld!

d. Psychosis polyneuritica alcoholica (alkohoolne polüneuriitiline psühhoos) e. Korsakovi psühhoos.

Kroonilise alkoholismi foonil kujuneb välja toksilise polüneuriidi pilt ja selle kõrval mäluhäired, kus domineerib värske kogemuse omandamisvõime puudulikkus ning konfabulatsioonid. Spontaanse kulu korral võib kesta aastaid, viies järjest progresseerudes exitus letaliseni.

Ravi.

Magnesium sulfuricum ja glükoosi kombineeritud kuur, vajadusel korduvalt. Vitamiin-B kompleks suurtes annustes.

Glutamiinhape pikaajalise kuurina.

Kroonilise alkoholismi ja alkoholsete psühhooside  
profülaktika.

- a. Täielik alkohõlikeeld!
- b. Töö- ja elurežiimi aktiivne reguleerimine. Perekonna ja töökollektiivi instrueerimine.
- c. Korduvate alkoholivastaste kuuride läbiviimine medikamentoosete või psühhoterapeutiliste vahenditega.
- d. Psühhooside korral teostada esimeses järjekorras psühhoosi ravi ja alles nende nähtude täieliku taandumise järel alustada alkoholismivastase raviga.

VI. INVOLUTSIOONIPSÜHHOOSID.

Involutsioonipsühhoosideks nimetatakse organismi taandarengueas esinevaid psüühilisi häireid, mis on tingitud hormonaalsetest ja nevahetuse muutustest.

A. Preseniilsed psühhoosid - esinevad taandarengu selles perioodis, mis eelnevad raugastumisenähtudele. Oma iseloomult on need psühhoosid tingitud esmajoones hormonaalsetest muutustest organismis, on funktsionaalset laadi ja seega reversiibelsed.

1. Involutsioonimelaphoolia.

Esineb nii naistel kui meestel. Naistel tekib haigus enamasti kliimaksi ajal või sellele järgneval perioodil. Pikkamööda areneb välja meeleolu alanemine, depressiivsed luulõõtted, sageli esineb ähvardava või hirmutava sisuga kuulmismeelepetteid jt. hallutsinatsioonid. Real juhtudel ei ole motoorika pidurdatud, vaid koguni elavnenuõ (agiteeritud melanhoolia). Spontaanse kulu korral võib haigus kesta mitmed kuud ja isegi mitu aastat, seejärel enamasti pikkamööda paraneb. Halvematel juhtudel jääb krooniliseks.

## Ravi.

Kõige efektiivsem on konvulsioonravi, vajadusel korduvad (kuid lühikesed) kuurid. Antidepressiivsed ained (imisiin e. tofranüül jt.). Neuropleegilised vahendid üksi või kombineeritult konvulsioonraviga, eriti agiteeritud melanhoolia korral. Hormonaalne substituutsiooniteraapia. Hapnikuravi. Psühhoteraapia.

## 2. Involutsiooniparanoia.

Esineb viiekümnendate eluaastate paiku nii naistel kui ka meestel. Naistel areneb seoses kliimaksiga või selle järel. Esiplaanil on paranoilised luulumõtted, sageli seksuaalse kallakuga. Rohkesti meelepetteid, ka taktiilseid (erootilisi) hallutsinatsioonid. Selle kõrval enamasti mõõdukalt deprimeeritud meeleolu. Spontaanse kulu korral muutub enamasti krooniliseks, üksikutel juhtudel aga paraneb pikkamööda aastatega.

## Ravi.

Neuropleegilised vahendid, eriti kombineeritult insuliinraviga, vajadusel ka konvulsiooniravi. Hormoonravi. Psühhoteraapia.

## 3. Involutsioonikatatoonia.

Kliimaksi või selle järelperioodil kujuneb välja järjest süvenev katatoonse stuupori pilt kuni täieliku jäigastumiseni ja mutismini. Mõne kuu möödumisel paraneb enamasti spontaanselt.

## Ravi.

Konvulsioonravi, uneravi, hormoonravi. Visa kulu korral insuliinravi või selle kombinatsioon konvulsioonraviga.

## Presenilsete psühhooside profülaktika.

a. Kliimaksi perioodil elu- ja töörežiimi reguleerimine, vajadusel sedatiivumid, toniseeriv psühhoteraapia, hormoonravi, vitamiinid.

b. Psüühiliste häirete ilmnemisel varajane aktiivne ning kompleksne ravi.

c. Remissiooni järel dispanseerida, aktiivselt reguleerida elu- ja töörežiimi, vajadusel teostada järelravi neuropleegiliste vahenditega ja hormoonidega.

## B. Dementia senilis (raukusnõdrameelsus).

Raukusnõdrameelsus on raugaeas esinev progresseeruva iseloomuga psüühoo, mille puhul kujuneb välja dementsus. Raukusnõdrameelsuse aluseks on närvirakkude difuusne destruktsioon ajukoores närvisüsteemi ainevahetuse tagajärjel.

### 1. Lihtne dementne vorm.

Domineerib intellekti ja mälu progresseeruv alanemine. Teadvus on häireteta, tajumishäireid esineb harva, meeoleolu enamasti lamedalt kõrgeenenud (eufooria). Motoorika ja kõne elavad. Tegevuse sihipärasus alaneb järjest.

### 2. Hallutsinatoorne vorm.

Edeneva dementsuse foonil esineb rohkesti mitmekesiseid meelepetteid (peamiselt kuulmis- ja nägemishallutsinatsioonid) ja fragmentaarseid paranoilisi luulumõtteid.

### Kulg.

Mõlema vormi puhul edenevad intellekti ja mälu häired järjest, kusjuures värskemad mälestused kustuvad varem. Haige unustab sageli mitme aastakümne sündmused oma elu viimastest perioodist. Haigus võib kesta aastaid, lõpeb exitus letalisega kas üldise raukusmarasmi või mõne interkurrentse haiguse tagajärjel.

### Ravi.

Haiguse varasemas järgus glutamiinhappe pikad kuurid, B-vitamiini kompleks, korduvad novokaiinkuurid. Hilisemas järgus ainult sümptomaatiline - sedatiivsed vahendid, uinutid, südamevahendid. Vajadusel neuropleegilised ained.

## Profülaktilised vahendid raukusnõdrameelsuse puhul.

a. Raugaeas oleva inimese elu- ja töörežiim tuleb reguleerida ratsionaalselt, säilitades aktiivsuse ja hügieenilised eluviisid. Unehäirete õigeaegne kõrvaldamine.

b. Haigusnähtude elavnemisel kiire ravi.

c. Hoolduse organiseerimine kodus või hooldusasutuses.

## VII. DEMENTIA ARTERIOSCLEROTICA (arteriosklerootiline nõdrameelsus).

Etioloogia - aju veresoonte arteriosklerosis.

Patogenees - aju verevarustuse edenevate häirete tagajärjel tekivad esialgu funktsionaalsed häired ajukoore rakkude tegevuses, hiljem lisanduvad juba destruktiivsed muutused, mis eriti suure ulatuse võivad võtta insultide esinemisel.

Sümptomatoloogia.

Haiguse algstaadiumis domineerivad funktsionaalsed häired - ajutalitluse asteenia nähud: väsitatavus, suurenenud erutatavus, unehäired, meeoleu alanemine, halemeelsus ja labiilsus. Haiguse edenemisel lisanduvad mälu nõrgenemine ja intellektuaalse taseme alanemine. Selle kõrval esineb neuroloogilisi koldesümptome, eriti afaasia, apraksia jne. kujul. Episoodiliselt võib esineda teadvuse häireid, ka epileptilisi krampihooge. Esineb miimikavaesus, motoorika ja mõttekäik aeglustuvad. Mõnel juhul arenevad välja depressiivsed, eeskätt nihilistlikud luulumõtted üldise depressiooni foonil. Osal haigetest esineb rohkesti kuulmis- ja nägemismeelepetteid ja arenevad paranoilised mõtted.

Kulg.

Kulg on pikaldane, sagedaste peatumistega, isegi remissioonidega. Ühenduses hemorraagiatega ajus tekivad teravamad halvenemised. Spontaanse kulu korral muutub dementsus järjest

sügavamaks ja haigus viib üldise marasmi või mõne järjekordse insuldi tagajärjel exitus letalisele.

### Ravi.

Algperioodis rakendada vastavat dieetravi, manustada joodi preparaate, rutiini, dibasooli, novokaiini, B-vitamiini kompleksi, glutamiinhapet. Depressiivse komponendi domineerimisel rakendada ammooniumravi. Paranoilis-hallutsinatoorse pildi korral manustada neuropleegilisi vahendeid. Haiguse hilisemas perioodis on ravi sümptomaatiline - sedatiivsed ja hüpnootilised vahendid jt.

### Profülaktilised võtted.

a. Vananemisel ratsionaalse töö- ja elurežiimi korraldamine, regulaarne puhkus, une reguleerimine, dieet.

b. Esimeste haigustunnuste ilmnemisel teostada süstemaatilist ja kompleksset ravi.

c. Edenenud dementsuse korral organiseerida hooldus kas perekonnas või hooldusasutuses.

## VIII. TRAUMAATILISED PSÜÜHILISED HILISHÄIRED.

Ajupõrutuse tagajärjel võivad peale ägeda perioodi nähtude taandumist jääda pikemaks ajaks (aastateks või kogu eluks) püsima ajukahjustuse jääknähud mitmesuguste psüühiliste häiretega.

A. Cerebraasthenia traumatica (põrutusjärgne ajunõrkus) - esineb peamiselt aju üldise vapustuse (commotio cerebri) jääknähuna. Aluseks on aju verevarustuse häired, mis põhjustavad närvisüsteemi kõrgemate osade pidurdust ja madalamate mehhanismide positiivset indutseerumist.

### Sümptomatoloogia.

Esiplaanil on emotsionaalsed häired - emotsionaalne labiilsus, erutatavus, afektide plahvatused, võimetus enda pi-

durdamiseks. Esineb väsitatavus, mälu käepärasus on alanenud, kontsentratsioonivõime nõrgenenud. Rohkesti esineb vegetatiivse labiilsuse nähte - higistamine, südamekloppimise hood, peavalud, unehäired, seedekorratused ja treemor.

#### Kulg.

Üldiselt on haiguse kulg healoomuline, haigusnähud taanduvad pikkamööda.

#### Ravi.

Süsteemaatiliselt ja korduvalt teostada magneesium sulfuricumi ja glükoosi kombineeritud injektsioone, B-vitamiini kompleksi, sedatiivumite (kaasa arvatud neuropleegilised vahendid) ja uinutite manustamist. Organiseerida sanatoorkuurordiravi.

B. Encephalopathia traumatica (põrutusjärgne entsefalopaatia) - kujuneb välja peamiselt ajupõrutuse (contusio cerebri) jääknähuna, mille puhul peale ajutalitluse üldise nõrgenemise esineb veel koldelisi kahjustusi vigastuste või verevalumite tagajärjel. Seetõttu ilmnevad üldise tserebrasteenilise sümptomatoloogia kõrval mitmesugused koldesümptoomid (paralüüsid-pareesid, afaasia, apraksia, epileptilised hood jne.) või difussema ajukahjustuse korral dementus.

#### Kulg.

Üldiselt omavad häired statsionaarse iseloomu, ainult funktsionaalse iseloomuga nähud võivad taanduda.

#### Ravi.

Korduvad magneesium sulfuricumi ja glükoosi kuurid, B-vitamiini kompleks, glutamiinhape pika kuurina, vajadusel krambivastased vahendid.

#### Profülaktilised võtted.

a. Ajupõrutuse ägeda perioodi tõhus ja kompleksne ravi. Lamamisrežiimist tingimata kinni pidada.

b. Hilishäirete esinemisel süstemaatiline komplekssete ravikuuride teostamine.

c. Elu- ja töörežiimi aktiivne reguleerimine. Reeglipärane puhkus, unehäirete korrigeerimine. Absoluutne alkoholi-keeld!

d. Raskematel entsefalopaatia juhtudel (dementsus) hoolduse organiseerimine kodus või hooldusasutuses.

## IX. PSÜHHOGEENSED PSÜÜHILISED HAIGUSED.

Kõikide sellesse rühma kuuluvate haiguste etioloogiliseks teguriks on psüühiline trauma. Tuleb eraldada ägedat ja kroonilist psüühilist traumat. Äge psüühiline trauma on ühekordne vapustav sündmus või elamus, mis mõjub peamiselt erutusprotsessi ülepingutuse tõttu, kutsudes esile ülepiirilise kaitsepidurduse kõrgemates kortikaalsetes mehhanismides. Krooniline psüühiline trauma on pikemat aega kestev konfliktne situatsioon, mis toimib peamiselt erutuse ja pidurduse tasakaalu ülepingutamise tõttu ja võib lõpuks esile kutsuda kõrgema närvitalitluse häire.

Psühhogeensete psüühiliste haiguste kujunemisel etendab olulist osa inimese kõrgema närvitalitluse tüüp. I.P. Pavlovi järgi eraldatakse närviprotsesside põhiomaduste alusel neli üldtüüpi: nõrk, tugev tasakaalustamata, tugev tasakaalustatud inertne ja tugev tasakaalustatud liikuv tüüp. Peale selle eraldatakse signaalsüsteemide vahekorra alusel kolm spetsiaalset inimtüüpi: mõtleja, kunstniku ja keskmine tüüp.

Mitmesugused kahjustused võivad kas ajutiselt või kestvalt halvendada inimesele põhiliselt omase närvitalitluse tüübi jooni. Sellest tingituna võivad psühhogeensed haigestumised esineda kõikide kõrgema närvitalitluse tüüpide esin-dajail.

## A. Ägedad psüühilised reaktsioonid.

On esile kutsutud ägeda psüühilise trauma poolt, avalduvad kas kortikaalse talitluse kergemas või ulatuslikumas pidurduses, ilma et isiksuse põhiline struktuur muutuks. Tävaliselt mööduvad need reaktsioonid kiiresti.

1. Sokkreaktsioon - avaldub tugeva emotsionaalse vapustuse puhul kas lühiaegse stuuporina (täielik pidurdus) või lühiaegse kaootilise rahutusena (kortikaalne pidurdus) mõne tunni jooksul.

### Ravi.

Via patsient vaiksesse ümbrusse. Psühhoterautiline vestlus. Sedatiivumid. Vajadusel neuropleegilised vahendid ühekordselt.

2. Primitiivsed kaitsereaktsioonid - esinevad rasketes situatsioonides. Kortikaalse talitluse kõrgemad vormid on pidurdatud, primitiivsemad reaktsioonid vabanenud.

a. Pseudestuupor - mootorika on pidurdatud, kõne kas puudub või on napsõnaline, ümbrusse suhtub patsient loiult, ükskõikselt. Tajumine häireteta, passiivne kontakt on säilinud.

### Ravi.

Psühhoteraapia. Raskematel korradel konvulsioonravi (esiteks ammoniumkloriidravi) 1-2 seansi. Situatsiooni möödumisel möödub seisund ilma ravita.

b. Pseudodementsus - mälu käepärasus ja abstraktsiooni-võime on alanenud, mõtlemine on primitiivne. Need nähud on põhjustatud funktsionaalsest pidurdusest ajukoores.

### Ravi.

Psühhoteraapia. Üldtoniseerivad vahendid, vajadusel 2 - 3 konvulsioonravi seansi. Situatsiooni möödumisel taandub seisund ravita.

c. Ganseri sündroom - ohustava situatsiooni toimel ku-

juneb kõrgemate psüühiliste reaktsioonide pidurdus, mille tõttu haige käitub süstemaatiliselt valesti, vastab ka kõige lihtsamatele küsimustele valesti, teostab elementaar-seid arvutusülesandeid ekslikult jne.

#### Ravi.

Psühhoterapia, rahustusvahendid, vajadusel 2 - 3 konvulsiooniravi seansi.

d. Puerilism - haige käitub nagu laps, räägib ja mängib lapselikult, kuid selle kõrval esineb ka käitumisvorme, mis ei vasta esitatavale eale.

#### Ravi.

Psühhoterapia, rahustusvahendid, vajadusel 2 - 3 konvulsiooniravi seansi.

#### B. Neuroosid.

Neuroosid on esile kutsutud kas pikaldase (sagedamini) või ägeda (harvemini) psüühilise traumatiseerimise poolt. Esinevad emotsionaal-tahtesfääri häired ilma tajumise ja mõtlemise häireteta. Neuroosi tüüp on tihedalt seotud inimese närvitalitluse spetsiifilise tüübiga.

1. Neurasteenia esineb keskmisel inimtüübil (signaalsüsteemide omavahelise tasakaaluga).

#### Sümptomatoloogia ja kulg.

Algperioodil (hüpersteeniline faas) domineerivad suurenenud erutuvus ja labiilsus. Esineb seesmine ärevus- ja karsitustunne, pidurdusvõime on alanenud, emotsionaalne labiilsus. Esinevad vegetatiivsed häired: unehäired, isupuudus, hingetamine, ärrituste korral treemor, vaskulaarne labiilsus. Areneb välja hüpoondrilisus.

Hilisemas perioodis on ülekaalus nõrkustunne, kiire väsitatavus, töövõime alanemine, kontsentratsioonivõime langus ja mälu käepärasuse alanemine (hüposteeniline faas).

Ebasoodsates tingimustes võib neurasteenia võtta kroonilise iseloomu.

## Ravi.

Neuroosi esilekutsunud põhjuste (konfliktne situatsioon) kõrvaldamine. Töö- ja elurežiimi ratsionaalne korraldamine. Üldtoniseeriv füsio- ja psühhoteeraapia. Individuaalselt doseeritud broomravi (mõnikord kombineerituna kofeiiniga). Raskematel juhtudel (tugev seesmine pinge ja ärevus) neuropleegilised vahendid või antidepressiivsed ained.

2. Psühhasteenia esineb mõtlejal inimtüübil (esimese signaalsüsteemi nõrkusega).

### Sümptomatoloogia.

Juurdlemine, kõhklemine, otsustusvõimetus, kartlikkus. Sageli arenevad sundmõtted, sundteod ja mitmesugused foobia seisundid.

### Kulg.

Enamasti pikaldane. Spontaanse kulu korral võivad eriti sundnähud võtta inertse iseloomu ja järjest enam fikseeruda.

## Ravi.

Üldtoniseeriv psühhoteeraapia, raskematel kordadel (sundseisundid) hüpnosravina. Roboreerivad vahendid, toniseeriv füsioteeraapia. Neuropleegilised vahendid (esmajoones amisil). Töö- ja elurežiimi reguleerimine.

3. Hüsteeria esineb kunstniku inimtüübil (teise signaalsüsteemi nõrkusega).

### Sümptomatoloogia.

Emotsionaalne labiilsus, pidurdamatus, käitumises teat-raalsus. Raskematel kordadel vegetatiivsed häired (tursed, histamine), tundehäired (hüsteerilised "kindad"), motoorikahäired (halvatused, astasia-abasia, hüsteerilised krambid), kõnehäired (hüsteeriline afaasia, afoonia), sensoorsed häired (hüsteeriline kurtus, pimedus). Tugevamad haigusnähud vallanduvad ikka ühenduses emotsionaalsete erutustega.

## Ravi.

Üldtoniseeriv psühho- ja füsioteraapia, sedatiivumid, neuropleegilised vahendid. Ägedate haigusnähtude (krambid, halvatused) puhul eraldada vaiksesse ümbrusse, vajadusel rakendada ammoniumkloriidi seanss. Reguleerida elu-olustikulisel tingimused.

## C. Reaktiivsed psühhoosid.

On esile kutsutud enamasti kroonilise psüühilise trauma tagajärjel. Esinevad niihästi emotsionaal-tahtesfääri kui ka tajumise ja mõtlemise ulatuslikumad muutused. Iseloomulik reaktiivsetele psühhoosidele on ajaline ja sisuline seos psüühiliselt traumatiseeriva situatsiooniga.

1. Äge paranoiline reaktsioon - raskes või ohustavas situatsioonis tekkiv psühhoos paranoiliste luulumõtetega, meelepetetega (enamasti illusioonid) ja hirmuga. Möödub tavaliselt mõne nädalaga.

2. Krooniline reaktiivne paranoid.

### Sümptomatoloogia.

Seoses mingi reaalse konfliktiga, ülekohtuga või pahanõusega arenevad paranoilised mõtted, esialgu kahtlustuste, hiljem luulu kujul. Neile võivad lisanduda kuulmis- jt. meelepetted. Esineb suurenenud erutuvus, pidurdamatus, käitumises pretensioonikus. Oma õiguse eest ja temale tehtud ülekohtu vastu võitleb haige mõnikord aktiivselt, mõni haige aga hoiudub passiivselt eemale arvatavaist vaenlastest.

### Kulg.

Seoses konfliktse olukorra püsimisega ja spontaanse kulu puhul võib luul järjest süveneda, süstematiseeruda ja haigus võtta kroonilise kulu. Oma õiguse eest võitlemisel ametiasutuste kaudu võib välja areneda nn. paranoia querulatoria pidevate protsessimistega, korduvate apelleerimistega järjest kõrgematesse instantsidesse "sihilikult ebaõigete" otsuste peale.

### Ravi.

Statsionaarne. Neuropleegilised vahendid, raskematel juhtudel insuliinravikuur. Kompleksne psühhoteraapia. Töö- ja elurežiimi reguleerimine.

3. Paranoia - krooniline vaimuhaigus, mida iseloomustab mingist vale alusest lähtuv loogiliselt ülesehitatud korri-geerimatu luulusüsteem. Enamasti ravimatu.

4. Reaktiivne depressioon - areneb seoses reaalse õnnetusega või pikemat aega kestva raske situatsiooniga.

### Sümptomatoloogia.

Meeleolu alanemine, depressiivsed mõtted, mis võivad areneda luuluni. Aktiivsuse alanemine, huvide langus, motoorika pidurdumine, mõttekäigu aeglustumine. Eriti silmas pidaada suitsiidmõtteid. Harva võivad lisaneda üksikud depressiivse sisuga kuulumismeelepetted. Mõnikord areneb hüpohondrilisus kuni luuluni.

### Kulg.

Sageli võtab visa iseloomu, meeleolu langus ja depressiivsed mõtted fikseeruvad ja süvenevad.

### Ravi.

Suitsiidmõtete esinemisel tingimata kohene statsioneerimine. Konvulsioonravi. Antidepressiivsed vahendid. Tugeva sisemise ärevuse ja pinge korral neuropleegilised vahendid. Ratsionaalne psühhoteraapia. Üldtoniseeriv ravi.

### Psühhogeensete psüühiliste häirete profülaktika.

a. Korrapärase elu- ja töörežiim, intoksikatsioonide (alkohol!) ja infektsioonide vältimine, psüühilise ja füüsilise liigkoormuse vältimine.

b. Esimeste haigusnähtude puhul kohene kompleksravi.

c. Remissiooni korral süstemaatiline järelravi, režiimi reguleerimine, perekonna ja kollektiivi instrueerimine.

## X. AKTIIVSED RAVIMEETODID.

Aktiivseteks ravimeetoditeks nimetatakse psüühiliste haiguste ravimiseks kasutatavaid bioloogilise toimega meetodeid, mida manustatakse teatud ravikuuridena.

### A. Insuliinravi.

Põhineb intensiivse kaitsepidurduse esilekutsumisele kesknärvisüsteemi kõrgemates osades, intensiivsele vegetatiivse närvisüsteemi (eriti adrenaal-sümpaatilise süsteemi) stimuleerimisele, närvikoe ainevahetusprotsesside intensivistamisele ja organismi desintoksikatsioonivõime aktiveerimisele.

Peamised indikatsioonid: skisofreenia värsked juhud, paranoiline ning katatoonne vorm ka kroonilise kulu korral, visa iseloomuga involutsiooniparanooid ja krooniline reaktiivne paranooid, krooniline alkoholne hallutsinosis, kroonilised infektsioonipsühhoosid ja muud kroonilise iseloomuga, ilma orgaanilis-destruktiivse aluseta kulgevad psühhoosid (eeskätt paranoilis-hallutsinatoorse sündroomiga).

### Ravikuuri meetodika.

Sissejuhatavas perioodis (3 - 4 päeva) manustatakse haigele tavalise toidurežiimi foonil kahel korral päevas insuliini tõusvates annustes : 1. päeval 2 x 8 Ü, 2. päeval 2 x 12 Ü jne. Neljandast või viiendast päevast alates jääb haige hommikul söömata ja kell 7.00 süstitakse ühekordne annus insuliini, alates 20 Ü-st. Päev-päevalt tõstetakse annust (Sereiski ja Zaki meetodika korral 4 - 8 Ü kaupa, Sakeli originaalmeetodika korral 10 või rohkema Ü võrra), kuni saavutatakse vajaliku sügavusega hüpoplükeemilised seisundid. Insuliini toimet lastakse kesta 4 tundi, siis katkestatakse hüpoplükeemia kas suhkrulahuse (200 - 300 gr. suhkrust) viimisega makku ninasondi kaudu või 40%-lise glükoosi intrave-

noosse süstimisega 40,0 - 80,0 ml. Seansid toimuvad reegli-  
päraselt igal tööpäeval. Täieliku ravikuuri korral taotle-  
takse hüpoglükeemiliste koomade esinemist. Kooma areneb pea-  
le insuliini süstimist kesknärvisüsteemi järkjärgult edene-  
va pidurduse tagajärjel, tavaliselt 3 - 3,5 tundi peale in-  
suliini süstimist. Kooma tunnusteks on täielik sügav tead-  
vusetus, konjunktivaal- ja ninalimanaha reflekside kustumine,  
reaktsiooni puudumine valuärritustele. Kooma optimaalne kes-  
tus on 30 minutit. Peale koomast ärkamist taastub teadvus kii-  
rest, seejärel esineb meeleolu ja aktiivsuse tõusu periood,  
mis on eriti soodus psühhoteraapiaks. Ravikuuri kestus sõltub  
remissiooni arenemisest, tavaliselt on vaja 30 - 40 koomat,  
visalt areneva remissiooni korral aga 60 ja rohkemgi koomat.

#### Kontraindikatsioonid.

Tuberkuloos. Kardiovaskulaarse süsteemi tunduvad häired.  
Väljakujunenud ainevahetuse- ja hormonaalsed haigused. Nee-  
ru- ja maksakahjustused.

#### Insuliinravi kergemad variandid.

a. Insuliinravi hüpoglükeemiaseisunditega - insuliini  
annust tõstetakse ainult niivõrd, et provotseeritakse märga-  
tav hüpoglükeemia higistamise ja kerge uimasusega. Hüpoglü-  
keemia katkestatakse suhkrulahuse jootmisega.

b. "Sokita" insuliinravi - manustatakse küll suur (ko-  
matoosne) annus insuliini, kuid samal ajal süstitakse ka int-  
ravensoosselt glükoosi, millega hoitakse ära hüpoglükeemili-  
se seisundi arenemine.

c. Insuliinravi mikromeetod - süstitakse 20 Ü insuliini  
koos 20,0 ml 40%-lise glükoosiga intravenoosselt, areneb mõõ-  
dukas hüpoglükeemiline seisund, mis likvideeritakse suhkru-  
lahuse jootmisega.

Insuliinravi kergemaid variante võib teostada ka mõne-  
del juhtudel, kus komatoosne ravi on vastunäidustatud.

## B. Konvulsioonravi.

Põhineb kesknärvisüsteemi ainevahetusprotsesside aktiveerimisele, tugevale vegetatiivsele stimulatsioonile, desintoksikatsiooniprotsesside aktiveerimisele.

Peamised indikatsioonid: depressiivsed seisundid (sõltumata geneesist), katatoonne rahutus, visa katatoonne stuupor, primitiivsed kaitsereaktsioonid ja teised seisundid, kus esiplaanil on emotsionaal-tahtesfääri häired.

### 1. Korasoolkonvulsioonravi.

Mugavas asendis lamavale haigele süstitakse intravenoosselt kiiresti 10%-list korasooli 3,0 - 6,0 ml, vastavalt individuaalsele tundlikkusele. 12 - 15 sekundilise latentsiperioodi järel tekib suur epileptiline krampihoog täieliku teadvusetusega ja hilisema amneesiaga. Krampi kestus (tooniline ja klooniline faas kokku) ca 1 minut, mille järel teadvus aegamööda (kuni 15 minuti jooksul) taastub. Tavaliselt järgneb füsioloogiline uni. Raviseansse korratakse vajaduse järgi, tavaliselt ühe-kahepäevalise vaheajaga. Kuuri pikkus mitte üle 6 - 8 seansi.

### 2. Elekterkonvulsioonravi.

Spetsiaalse raviaparaadi abil juhitakse mugavas asendis lamava haige koljust läbi vool, mille tugevus on 0,2 - 0,5 A ja pinge 80 - 150 V. Vastavalt aparadi struktuurile on reguleeritav vooluimpulsi aeg (tavaliselt kasutatakse impulsse kestusega 0,5 sekundit) ja kas pinge või voolu tugevus. Vahe-tult vooluimpulsi järel kaob haigel teadvus ja järgneb suur epileptiline krampihoog toonilise ja kloonilise faasiga. Hoo kogukestus on ca 1 minut, selle järel teadvus taastub 10 - 15 minuti jooksul. Järgneb tavaliselt füsioloogiline uni. Seansi kohta on hiljem amnesia. Kuuri vältel manustatakse mitte üle 6 - 8 seansi.

### 3. Ammooniumkloriidravi.

Mugavalt lamavale haigele süstitakse intravenoosselt 10%-list ammooniumkloriidi lahust 3,0 - 6,0 ml, vastavalt in-

dividuaalsele tundlikkusele. Süstida tuleb kiiresti. 12 - 15 sekundilise latentsiaja järel kaob teadvus, lihastetoonus alguses langeb, siis kergelt tõuseb, harva esinevad üksikud tõmblused, hingamine on sügav. Hoo kestus on 10 - 20 sekundit, seejärel teadvus taastub järsku ja täielikult. Hoo järel on hea, rõõmus meeleolu, periood, mis on soodus psühhoterapeutiliseks mõjustamiseks. Järelvaevusi ei esine. Seansse võib manustada vajaduse korral iga päev, kuuri jooksul 10 - 12 seanssi.

Akadeemilise haigusloo koostamise juhend.

Üldjuhised.

Akadeemilise haigusloo koostamisel kasutab üliõpilane järgmisi materjale:

a) haige isiklik uurimine, mille käigus kogutakse vajalikud anamneesi andmed ja selgitatakse välja psüühilised ning somaatilised haigusnähud;

b) kliiniline haiguslugu, millest saadakse objektiivse anamneesi andmed, teostatud kliinilis-laboratoorsete ja muude uuringute andmed ja haiguse senine kulg;

c) õpikute, loegute ja praktikumide vastavad peatükid, millest saadakse teoreetilised alused haigusjuhu analüüsiks.

Akadeemilise haigusloo esitamisel toimub praktikumi arvestamine.

Akadeemilise haigusloo skeem.

A. Anamnees, mis koosneb järgnevatest osadest:

1. Perekonna anamnees, kusjuures tuleb erilist tähelepanu pöörata sugulaste hulgas esinenud ja esinevatele psüühilistele häiretele ning vanemate liinis esinenud mitmesugustele kahjustustele (lues, alkohol jt.).

2. Eluanamnees, mis hõlmab ülevaate patsiendi arenemise käigust lapseas, hariduse omandamisest, tööalasest tegevusest, perekonnaelust ja haigestumise-eelsest iseloomust.

3. Varem põetud haigused ning mitmesugused kahjustused (mürgistused, põrutused, psüühilised traumad jne.).

4. Haiguse anamnees alates esimeste tunnuste ilmnemisest kuni käesoleva ajani, kaasa arvatud senine haiguse ja ravi käik haiglas.

B. Status praesens, mis sisaldab järgmised osad:

1. Somaatiline staatus, mis hõlmab kõik kehalise seisundi andmed (kehaehitus, siseelundid, närvisüsteem) ja laboratoorsete ning muude uuringute tulemused (röntgenuuringud, entsefalograafia, EKG jt.).

2. Psüühiline staatus, mis hõlmab psüühilise talitluse põhiliste avalduskujude iseloomustuse koos vastavate näidetega:

a) teadvuse seisund (orientatsioon enda isikus, ajas, kohas ja situatsioonis ning reageerimisvõime sõnalistele ja vahetutele ärritajatele);

b) tajumise seisund koos selles esinevate häirete kirjeldusega ja hinnanguga,

c) mõtlemise seisund koos häirete kirjeldusega ja hinnanguga nii vormilises kui ka sisulises osas,

d) mälu seisund reproduktsioonivõime ja omandamisvõime (incl. õppimiskatse) kirjeldusega,

e) intellektuaalse taseme iseloomustus koos näidetega üldistus- ja abstraktsioonivõimest,

f) tahteelu iseloomustus,

g) tundeelu iseloomustus.

C. Diagnoos ja differentsiaaldiagnoos.

Tuua välja psüühilises seisundis esinevad patoloogilised leiud, nende alusel hinnata domineeriv sündroom ning arvesse võttes anamneesi materjale püstitada haiguse diagnoos. Kirjanduse põhjal arutleda differentsiaaldiagnoosi.

D. Etiopatogenees, ravi ja prognoos.

Õpikute, loengute ja praktikumide materjalide põhjal arutleda antud haigusvormi üldist etiopatogeneesi, kõiki võimalikke ravimeetodeid selle haiguse korral ja üldist prognoosi. Seejärel arutleda kogutud materjali valgusel antud pat-

siendi haigestumise etiopatogeneesi, senini rakendatud ravi-  
võtete indikatsioone ning efektiivsust, püstitada ülesanded  
järgnevateks ravi-profülaktilisteks menetlusteks ning hinna-  
ta antud haige konkreetset prognoosi.

SISUKORD.

	Lk.
Praktikumi ülesanne ja ulatus . . . . .	3
Põhinõuded psüühiliselt haige inimese uurimisel	4
Ü L D O S A . . . . .	5
I. TAJUMISE HÄIRED . . . . .	6
II. MÖTLEMISE HÄIRED . . . . .	7
III. INTELLEKTI HÄIRED . . . . .	9
IV. MÄLU HÄIRED . . . . .	10
V. TAHTTEELU HÄIRED . . . . .	12
VI. TUNDEELU HÄIRED . . . . .	14
VII. TEADVUSE HÄIRED . . . . .	16
E R I O S A . . . . .	18
I. SCHIZOPHRENIA . . . . .	19
II. PSYCHOSIS MANIACO - DEPRESSIVA . . . . .	22
III. EPILEPSIA . . . . .	24
IV. PARALYSIS PROGRESSIVA . . . . .	27
V. KROONILINE ALKOHOLISM JA ALKOHOLISED PSÜHHOOSID . . . . .	29
VI. INVOLUTSIOONIPSÜHHOOSID . . . . .	33
VII. DEMENTIA ARTERIOSCLEROTICA (arteriosklerootiline nõdrameelsus) . . . . .	36
VIII. TRAUMAATILISED PSÜHILISED HILISHÄIRED . . . . .	37
IX. PSÜHHOGEENSED PSÜHILISED HAIGUSED . . . . .	39
X. AKTIIVSED RAVIMEETODID . . . . .	45
Lisa: akadeemilise haigusloo koostamise juhend.	49

Тартуский государственный университет  
г. Тарту, ул. Юликооли, 18  
Э. Кару и Д. Саарма  
Практические занятия по психиатрии



Hind rbl. 1.-  
1961.a. - rbl. 0.10

A  
23 390  
81 105

TÜ RAAMATUKOGU  
  
1 0300 00367080 1