

**TEADUIS  
JA  
TERVIS**

J. SAARMA

**SKISOFREENIA**



TEADUS JA TERVIS

---

J. SAARMA,  
meditsiinidoktor

# SKISOFREENIA

KIRJASTUS «VALGUS»

---

TALLINN 1971

SISUKORD

Skisofreenia kui sotsiaalne ja meditsiiniline probleem .....	3
Skisofreenia mõistest ja ajaloost .....	10
Skisofreenia sümptomatoloogia .....	18
Skisofreenia algus ja varajane äratundmine .....	33
Skisofreenia kulg ja vormid .....	40
Hüpoteese skisofreenia tekkepõhjustest .....	52
Skisofreeniahaigete ravi ja sotsiaalne rehabilitatsioon .....	57
Skisofreeniahaige ja perekond .....	66

## SKISOFREENIA KUI SOTSIAALNE JA MEDITSIINILINE PROBLEEM

Arvukate psüühiliste haiguste seas on skisofreenia üks kõige tõsisemaid ja komplitseeritumaid. See haigus on hõivanud paljude põlvkondade arstiteadlaste, eeskätt psühhiaatrite tähelepanu ja mõtteid. Keerukas on skisofreenia õigeaegne ja täpne diagnoosimine, haiguse põhjuste ja kulu, tema avaldusvormide ja efektiivsete ravimeetodite väljaselgitamine. Veel tänapäevalgi ei ole need probleemid lõplikult lahendatud. Seepärast püsib skisofreenia kõikides psühhiaatria-alastes uurimisinstituutides ning kliinikutes pidevalt päevakorras probleemina number üks.

*Psühhiaatriliste raviastutuste praktilises tegevuses* on skisofreeniahaigete erikaal väga suur. Nende haigete arvukuse ja haiguse sümptomide ning kulu iseärasuse tõttu tuleb neile pühendada ligikaudu samapalju hoolt, energiat ja aega kui kõikidele teistele psüühiliselt haigetele kokku. Psüühilise abi erinevatel astmetel on skisofreeniahaigete osatähtsus erinev. Selle väite tõestamiseks mõned arvud.

Meie vabariigi pühhoneuroloogilistes dispanserites 1969. a. jooksul arvele võetud kõikidest psüühiliste häiretega isikutest oli skisofreeniahaigeid 14<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Aasta lõpul arvelolevaist haigeist moodustasid nad aga 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Teiste sõnadega, psühhiaatrilises dispanseris esmakordselt mingi psüühilise kõrvalekaldumisega arvele võetavaist iga seitsmes, pikema aja jooksul arvelolijaist aga iga viies inimene on skisofreeniahaige. Sama aasta jooksul kõikidesse meie psühhiaatriahaiglatesse statsionaarsele ravile suunatud isikutest oli 32<sup>0</sup>/<sub>0</sub> skisofreeniahaigeid. Aasta lõpul vabariigi kõikides psühhiaatriahaiglates ravil viibijaist moodustasid skisofreeniahaiged aga koguni 61<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. See tähendab, et haiglaravile võetavaist psüühiliselt haigeist iga kolmas põeb skisofreeniat, igast viiest psühhiaatriahaigla voodikohast hõivavad nad tervelt kolm.

Need meie vabariigi psühhiaatriliste asutuste andmed ei kujuta endast midagi erandlikku. Tühiste kõikumistega on ligikaudu samasugune erikaal skisofreeniahaigetel ka Nõukogude Liidu teiste vabariikide psühhiaatrilistes asutustes. Teisteski riikides ei erine pilt ülalesitatust oluliselt, mõnes osas aga on veelgi raskem. Nii on näiteks teada USA ametlikest andmetest, et iga teine psühhiaatriahaigla voodikoht on skisofreeniahaige päralt. Seejuures on aga USA-s psühhiaatriliste haiglate voodikohtade erikaal kõikide haiglate hulgas märgatavalt suurem kui meie maal. Näiteks moodustavad meie vabariigis psühhiaatriliste asutuste voodikohad ainult 12% kõikidest haiglate kohtadest üldse, samal ajal kui USA-s, Inglismaal ja reas teistes riikides on see ligikaudu 50%. Järelikult, kui Eestis kasutavad skisofreeniahaiged vähem kui ühte kümnendikku kogu vabariigi kõikide haiglate vooditest, siis USA-s umbkaudu veerandi.

Esitatud arvud iseloomustavad skisofreeniahaigete erikaalu psühhiaatriliste asutuste töös ja tervishoiusüsteemis üldse. Kuid skisofreenia ei ole mitte üksnes meditsiiniliste asutuste jaoks oluline probleem, vaid tal on väga suur sotsiaalne kaal. Paljudes maades läbiviidud uurimuste põhjal hinnatakse skisofreeniasse haigestumise tõenäosust elanikkonnas tervikuna veidi vähem kui ühele protsendile. Teiste sõnadega, igast sajast elanikust põeb üks suurima tõenäosusega oma elu vältel vähemalt teatud perioodi skisofreeniat. On aga koguni uurijaid, kes mõnedes maades peavad skisofreeniasse haigestumise tõenäosust palju suuremaks, hinnates seda kahele või veelgi enamale protsendile. Erinevused tsiviliseeritud maade ja arengumaade elanikkonna haigestumises skisofreeniasse, samuti kui haigestumise tõenäosuses on üsnagi väikesed. See tähendab, et kogu maakera elanikkonnast ligikaudu 35 miljonit inimest võib oma elu jooksul haigestuda skisofreeniasse. Õnneks ei tähenda haigestumise tõenäosus veel tegelikku haigestumist, mistõttu faktiline olukord maailmas ei ole nii raske. Väga ligikaudsetel andmetel arvatakse käesoleval ajal maakeral elavat 9—10 miljonit skisofreeniahaiget. Ka see on küllaltki mõtlemapanev arv. Ja seejuures haigestub igal aastal ligikaudu 0,15% elanikkonnast, ehk umbes 5 miljonit inimest kogu maakeral esmaselt skisofreeniasse.

Skisofreeniasse haigestumise sagenemine ja skisofree-

niahaigete suur arv on ühiskonnale, haige perekonnale ja haigetele endile äärmiselt *komplitseeritud ning tõsine sotsiaalne probleem*. Skisofreenia on psüühiline haigus, mis otseseks surma põhjuseks on ainult üksikutel väga erandlikkudel juhtudel. Ka ei põhjusta skisofreenia reeglina väliselt silmatorkavaid kehalisi defekte. Seepärast puudub skisofreenial selline dramaatiline ning üldsust alarmeeriv oreool, nagu selle on omandanud südame ja vereringesüsteemi haigused, vähktõbi ja mõned kaasaegsele ravile ikka veel resistentsed nakkushaigused. Skisofreeniaga seostuvad sotsiaalsed, majanduslikud ja emotsionaalsed probleemid on teist laadi kui kehaliste haiguste korral.

Enamikul juhtudest algab skisofreenia nooruki- või varajases täiskasvanueas. Ka kõige soodsama kulu ja õigeaegselt alustatud ning efektiivse ravi korral põhjustab see haigus siiski üsna olulise pausi noore inimese ettevalmistamises oma ühiskondlikkudeks ülesanneteks ning oma isikliku eluplaani realiseerimisel. Ja seda just kõige tundlikumas, kogu edasiseks eluks vundamenti kujundavas eluperioodis. Suurel osal juhtudest ei piirdu aga haigus ühe episoodiga, vaid kordub lühemate või pikemate vaheaegadega ka edaspidi, iga kord inimest tema tootvast ning loovast tegevusest küllaltki pikaks ajaks välja kiskudes. Küllalt arvukalt on aga skisofreeniahaigeid, kellel haigus kas hilineb ravi, ebasoodsa miljöo või haiguse enese halvloomulisuse tõttu kujuneb krooniliseks. Haigusest tingitud muutused psüühilises tegevuses ning sotsiaalses adaptatsioonivõimes toovad sellistel juhtudel kaasa haige kas osalise või täieliku väljalangemise tema ühiskondlike funktsioonide täitmisest. Produktiivne ning sisukas elu asendub pikaajalise psüühilise invaliidisusega, mille tõttu haige vajab pidevat hooldamist, põetamist, ravi ja vastavalt kohandatud elutingimusi. Ja seda mõnikord kogu oma elu vältel — mitukümmend aastat. Sellega kaasnevad tohutud majanduslikud kulutused (USA teadlaste väga ligikaudsete arvestuste kohaselt lähevad skisofreeniahaiged nende ühiskonnale aastas maksma 14 biljonit dollarit) on ainult asja üks külg. Inimlike kannatuste ja traagika ulatust, mis sugeneb skisofreeniast haigetele endale, tema perekonnale ja omastele, ei ole võimalik väljendada mingites arvudes. Seda mõistab ainult inimene, kellel on tulnud kokku puutuda skisofreeniasse haigestumisega oma lähedaste hulgas.

Kas see on paratamatus, millega meil jääb üle passiivselt leppida? Ei, sugugi mitte. Suur osa traagikast, mis on seotud skisofreeniaga, oleks välditav või olulises ulatuses vähendatav, kui meie ühiskond oleks teadlikum ja oma tegutsemises sihipärasem, kui ta praegu on. Võib liialdamata ütelda, et valdav enamik inimesi teab skisofreeniast äärmiselt vähe, sedagi enamasti moonutatult ning rohkem emotsionaalse kui mõistuse prisma läbi nähtuna.

Puudulik teadlikkus ja väär-suhtumine skisofreeniasse ning skisofreeniahaigetesse avaldub väga mitmel viisil. Teadmatusest ja eelarvamustest tulenevad tagajärjed on samuti mitmesugused, igal juhul aga negatiivsed.

Võib kohata ainult väga üksikuid inimesi, kellel on enam-vähem asjalik arusaamine skisofreenia sümptomatoloogiast, kulust, ravivõimalustest ja põhinouetest skisofreeniat põdenud või põdevate isikutega suhtlemisel. Enamik inimesi peab skisofreeniat äärmiselt raskeks vaimuhaiguseks, mis nende arvates toob paratamatult kaasa inimese väljalangemise perekonnast, tööst ja tavalisest keskkonnast ning määrab haige lootusetule vegeteerimisele varjupaigas. Selline pessimistlik hoiak viib paratamatult fataalsele passiivsusele niihästi haige ravi organiseerimisel kui ka suhtlemises haigega. Passiivsus ja lootusetus välistab aga skisofreeniahaigete sotsiaalseks rehabilitatsiooniks kõige olulisema eeltingimuse — haige omaste ja kaaslaste sihipärase osavõtu kogu keerukast ning pikka aega kestvast ravige kompleksist. Skisofreeniahaigete ravi jäetakse ainuüksi psühhiaatri hooleks, seejuures suhtutakse tema pingutustesse juba ette skeptiliselt. Loomulikult ei saa niisugune hoiak jääda kahjustava toimeta skisofreeniahaigete ravi efektiivsusse ja paranemise stabiilsusesse. See oleks umbes sama, kui rasket südamehaigust põdeva inimese puhul ei arvestaks haige ise, tema omaksed ega töökaaslased elu- ja töörežiimi nõudeid, jäädes lootma ja pannes kogu vastutuse haiguse ravi tulemusrikkuse eest üksnes arstile. Kuigi ka taolisi juhtumeid esineb, on need siiski erandlikud. Skisofreenia puhul on aga kirjeldatud hoiak kahjuks peaaegu üldiselt reeglilik, tuleb ette ainult üksikuid erandeid.

Kuivõrd on aga taoline pessimistlik suhtumine skisofree-

niasse tegelikult põhjendatud? Ühelt poolt on selline hinnang visalt säiliv pärimus neist aegadest, mil arstiteaduses ei tuntud efektiivseid vahendeid skisofreeniahaigete ravimiseks. Veel 30—40 aastat tagasi ei suutnud psühhiaatrid kuigi palju ära teha nende haigete abistamiseks, mistõttu tõepoolest suurel osal juhtudest haigus omandas kroonilise kulu ja põhjustas sügavaid häireid inimese sotsiaalses kohastumises. Teiselt poolt on pessimism ja skepsis tulemused üksikute praeguselgi ajal esinevate kõige raskemate haigusjuhtude ühekülgsest üldistamisest. Kroonilised, raskete psüühiliste häiretega skisofreeniahaiged torkavad oma käitumisega silma kõikidele, kellel nendega kas või põgusat kokkupuutumist on. Nad põhjustavad raskusi, ebameeldivusi ja mõnikord koguni ohtu ümbrusele. Skisofreeniahaige veidrad ideed ja realiteedist irdunud elamused sisendavad temaga kokkupuutuval tavalisele inimesele arusaamatust, võõristust ja koguni kõhedust või kartust. Selle kõige tagajärjel sugenebki järeldus: «Näe, jälle üks õnnetu, keda arstiteadus ei ole võimeline aitama. Küll see skisofreenia on ikka üks kole haigus! Kes selle küüsi on langenud, ei sellest enam inimest saa...» Ja oma sise- mises raamatupidamises kantakse niisugune haige maha inimeste kategooriast, temaga püütakse võimalikult vähe tegemist teha, teda välditakse, halvemal juhul aga koguni tõrjutakse teda aktiivselt ning valusalt välja kollektiivist ja ühiskonnast. Üldistuse tulemusena tabab samasugune väljatõrjumine ka neid inimeid, kes oma haigusest on ter- venenud või paranenud ja kelle kohta on ainult teada, et neile on kunagi pandud skisofreenia diagnoos. Sageli piisab üksnes diagnoosi teadasaamisest, et radikaalselt muuta omaste ja kaaslaste hoiakut ning suhtumist inimesse.

Kaasaegse psühhiaatria käsutuses on rohkesti vahendeid, mis skisofreeniat tõhusalt ravivad. Tänapäeval teame ka väga palju selle kohta, kuidas säilitada saavutatud ravitulemusi ning ära hoida haiguse kordumist. Seejuures kehtib skisofreenia puhul sama reegel, mis kõikide haiguste kohta on maksev: ravi on seda tulemusrikkam, mida varem seda alustatakse ja mida täielikumalt see läbi viiakse. Ravi algus sõltub eelkõige sellest, millal haige pöördub või ta tuuakse psühhiaatri juurde. Psüühiliste häirete esinemisel üldse, skisofreenia puhul aga eriti, juhtub üpris harva, et haige ise juba oma haiguse varajases

staadiumis psühhiaatri poole pöördub. Perekonnaliikmed ja lähedased kaaslased omalt poolt ilmutavad aga enamikul juhtudest äärmist passiivsust psühhiaatri poole pöördumisel, et saada nõu ja abi oma ilmselt haigele omaksele või sõbrale.

E. M., praegu 26 aastat vana noormees, kasvas üles väikelinnas töölisperekonnas. Väikelapsena arenes normaalselt, lõpetas rahuldavalt 8 klassi, seejärel omandas ehitustöölise eriala. Oli seltsiv, aktiivne, hinnatud kaaslane tööl ja asjalikult hoolitsev poeg kodus. Pärast isa surma oli faktiliselt perekonnapeaks. Tegi edukalt läbi sõjaväeteenistuse, selle järel jätkas oma elu koos ema ja noorema õega ning tööd ehitustel. Umbes 22. eluaastast alates hakkasid M. käitumises ilmnenud muutused. Ta tõmbus järjest rohkem enesesse, muutus passiivseks ja hooletuks oma kohustuste suhtes. Aeg-ajalt jättis tööle minemata, vedeles neil päevadel tegevusetult oma toas, enamasti voodis lesides. Võõrdus üha enam kaaslastest. Muutus umbusklikuks naabrite ja töökaaslaste, siis ka oma ema suhtes. Vahetevahel rääkis, et teda jälitatakse ja jälgitakse. Kahtlustas, et teda tahetakse mürgitada, siis hakkas ise endale toitu valmistama ja sööma ainult üksinda toas olles. Korduvalt kurtis valusid peas, rinnas, suguelundeis. Paaril korral pöördus nende kaebustega jaoskonnaarsti poole, kes aga mingit somaatilist haigust ei leidnud. Viimase aasta jooksul M. peaaegu ei lahkunud oma toast, või kui, siis ainult ööpimeduses lühikeseks jalutuskäiguks. Päevad läbi lebas voodis või konutas tegevusetult toolil. Toa akna hoidis pidevalt tekiga kaetuna, ukse lukuaugu toppis täis vatti. Aeg-ajalt muutus välise põhjuseta ägedaks, süüdistas lärmakalt «vaenlasi», et need teda piinavad ja tappa tahavad. Viimasel ajal hakkas ka ema tapmiskavatsustes kahtlustama. Ühe järjekordse ägedushoo ajal tungis emale noaga kallale. Õnnetus hoiti ära ainult juhuslikult, tänu naabri energilisele tegutsemisele. Kohalekutsutud kiirabi arst toimetas M. psühhiaatria haiglasse. Haiglas selgus, et M-il esineb hulgaliselt kuulmise, haistmise, maitsemise ja kehatunde meelepetteid, tal on välja kujunenud ulatuslik paranoiliste luulumõtete süsteem, tema tunde- ja tahteelus on toimunud märgatav väärastumine. Haigelt endalt ja tema emalt saadud üksikasjaliku kirjelduse põhjal võis tulla järeldusele, et M-il algas skisofreenne haigusprotsess juba viis aastat tagasi ja kulges pidevalt raskenedes kuni tema haiglasse toimetamiseni. Kogu selle aja jooksul, vaatamata õige varsti ilmnenud selgetele psüühilise haiguse tunnustele, ei pidanud ei ema ega ükski ta sõpradest ega kaaslastest vajalikuks otsida psühhiaatri abi. Ja alles ühenduses agressiivse teoga, mis võinuks lõppeda hoopis kurvemalt, paigutati M. psühhiaatria haiglasse. Kuna haigus oli juba nii palju aastaid kestnud, suudeti raviga saavutada ainult osaline paranemine.

Kirjeldatud juhtum ei ole kahjuks mingi haruldane erand. Iga psühhiaatri praktikas esineb arvukalt niisuguseid skisofreeniahaigeteid, keda tuakse psühhiaatria haiglasse alles aastatepikkuse põdemise järel. Mõnigi kord on siis selle vahetuks ajendiks mõni traagiline sündmus.

Mis on põhjuseks, et skisofreeniahaigete psühhiaatri juurde toomisega nii lubamatult viivitatakse?

Neid on mitu. Eelkõige on tegu *teadmatusega*. Inimesed on lihtsalt puudulikult informeeritud skisofreenia tunnustest, nad ei oska õigesti hinnata haige käitumises ja avaldustes esinevaid kõrvalekaldumisi kui haiguslikke nähte. See ei kehti mitte üksnes skisofreenia kohta, vaid ilmneb peaaegu kõikide psüühiliste haiguste puhul. Kuigi meie vabariigis on viimaste aastate jooksul ilmunud mitmeidki kirjutusi psüühiliste haiguste, sealhulgas ka skisofreenia kohta ja kuigi psühhiaatrid on selgitustööd teinud oma arvukatel esinemistel asutustes, ettevõtetes, raadios ja televisioonis, on sellest kõigest ilmselt veel vähe. Praktika näitab, et psühhiaatria-alast selgitustööd tuleb meie rahva hulgas tublisti laiendada. See on üheks kõige olulisemaks teguriks, millega saab kaasa aidata psüühiliste haiguste äratundmisele võimalikult varajases staadiumis ning asjakohase ravi õigeaegsele alustamisele. Esmajoones ja kõige sagedamini puutub see just skisofreeniahaigetesse.

Kuid psühhiaatri poole pöördumisega viivitamist tingivad ka mitmed muud asjaolud. Üks neist on *eelarvamuslik ning tõrjuv hoiak psühhiaatriliste asutuste ja psühhiaatria suhtes üldse*, mis visalt püsib kahjuks veel küllaltki paljude inimeste teadvuses. Sama visalt, kui käibekeeles ja isegi meie massikommunikatsioonivahendeis kasutatakse halvamaigulisi sõnu «hull» ja «hullumaja», püsib ka reserveeritud suhtumine psüühiliselt haigesse ja psühhiaatria-asutustesse.

Tõrjuv-negatiivne suhtumine psühhiaatrilistesse asutustesse avaldub väga mitmesugusel konkreetset viisil. Kui ka märgatakse oma lähedase inimese käitumises hälbeid, mis ilmselt viitavad psüühilisele haigestumisele, siis pöördumist psühhiaatri poole kas häbenetakse, kardetakse või lükatakse ikka edasi kui «viimast võimalust». Psüühilise haiguse esinemist perekonnas häbenetakse tihti nagu mingit süütegu, sellele vaadatakse kui plekile perekonna aul ning püütakse nii kaua varjata kui vähegi võimalik. Esineb isegi haritud perekondi, kus selline anakronistlik häbi- ja piinlikkusetunne on põhjuseks, miks skisofreeniahaige poja või tütre ravi algus lükkub edasi aastate kaupa. Kartus psühhiaatriliste asutuste ees on samuti küllalt sagedane, tihti on ta seotud mingi müstilise hirmuga tundmatu ees. Oma haiget perekonnaliiget ei tooda psühhiaatri juurde seepärast, et kardetakse tema paigutamist haiglasse, «seal aga võib ta, vaeseke, hullude keskel ise ka hul-

luks minna». Mõnikord on otse arusaamatu, kuidas niisugune täiesti alusetu hoiak võib fikseerunud olla inimese teadvuses, kes muidu on üsnagi kaasaegse mõtlemisviisiga.

Üsnagi sageli võib kohata haige omaste ja kaaslaste käitumist, mida kõige õigem oleks nimetada *pahupidiseks humaansuseks*. Ilmsete psüühiliste häiretega inimest, kelle käitumine põhjustab arusaamatusi, ebameeldivusi ning konflikte paljudele tema ümber, ei tihka keegi suunata või toimetada psühhiaatri juurde sellepärast, et «see võib haiget ju psüühiliselt traumeerida». Veel enamgi, on juhtumeid, kus perekonnaliikmed või töökaaslased pöörduvad vargsi psühhiaatri poole ning paluvad, et viimane vaataks haige läbi tema kodus või töökohas, kuid niisugusel moel, et haige ise ei saaks aru, et tegemist on psühhiaatriga. Sellisei taotluse ajendiks on soov «säasta haiget psüühilisest traumast». Seejuures ei mõelda sellele, et taoline psüühiliselt haige isiku «säastmine» faktiliselt tähendab tema ravi algusega viivitamist, see aga tähendab haiguse raskenemist ja paranemise väljavaadete kahanemist. Ei anta endale aru ka sellest, et haige «säastmine» toimub paljude teda ümbritsevate inimeste tõelise ja pideva psüühilise traumeerimise hinnaga.

Tõsi, viimastel aastatel on märgata nihet nii üldsuse suhtumises psüühilistesse haigustesse kui ka psühhiaatrilistesse asutustesse. See ilmneb eelkõige nende haigete arvu pidevas kasvus, kes üsna iseseisvalt pöörduvad psühhiaatrite poole nõu ja abi saama oma tervisehäirete suhtes. Üha sagedamini kohtame ka haigete omaste poolt asjalikku ja teadlikku hoiakut ning käitumist oma haige perekonnaliikme suhtes. Kuid skisofreeniahaigete puhul esineb siiski veel üpris tihti kõiki eespool kirjeldatud ajast-arust eelarvamuslikke hoiakuid.

## SKISOFREENIA MÕISTEST JA AJALOOST

Kaasaegses psühhiaatrias tähistatakse nimetusega «*skisofreenia*» psüühilist haigust, mida iseloomustavad mitmesugused moonutused ümbritseva tegelikkuse tunnetamises, väärastused tundeelus, ebaadekvaatsus tahteelu avaldustes ning isiku psüühilise struktuuri nihe. Selle haiguse mõiste ja piiritlemine tema

tänapäevasel kujul on välja kujunenud alles käesoleva sajandi alguses. Skisofreenia mõiste kujunemine on tiheidalt seotud kogu psühhiaatrilise mõtlemise ning psüühiliste haiguste süstemaatika arenguga teadusliku meditsiini aja- loo jooksul.

Ei ole kahtlust, et psüühilisi haigusi, mida kaasajal diagnoositakse skisofreeniana, on esinenud juba aastatuhandeid tagasi. Alates esimestest kirjalikest ülestähendustest haiguste kohta, aga samuti mitmetest kroonikatest, rahvaeepostest ja lugulauludest võib leida skisofreenia- hoogude kirjeldusi. Antiikaja suurte arstide töödes on mitmesuguste nimetuste all toodud paiguti üsna üksikasja- likke tähelepanekuid selliste haigusjuhtude kohta. Järeli- kult ei saa skisofreeniat pidada tsivilisatsioonihaiguseks. Seda seisukohta kinnitab asjaolu, et ka kaasajal veel säili- nud primitiivsete rahvaste hulgas on leitud skisofreenia esinemist, ja mitte palju harvemini kui tsiviliseeritud rah- vastel.

Teaduslik psühhiaatria hakkas arenema alles 18. sajan- dil, kui selleks olid kujunenud eeldused bioloogia, mediti- siini ja ühiskondliku mõtte edusammude näol. Esialgu piirduti psüühiliste häirete avalduskujude hoolika kirjel- damisega. Süstematiseerimine sai alata alles hulgalise fak- tilise materjali põhjal ega ulatunud esialgu kaugemale üksikute kõige eredamate ning sagedamini esinevate *sümptomide kogumite* e. *sündroomide* väljatoomisest. Pikka aega ei osatud psüühiliste haiguste mitmesuguste sündroomide vahel näha sisemisi seoseid ega diferentsee- rida üksikuid erinevaid haigusi nende kujunemise, kulu ja avaldusvormide terviklikkuses. Veel 1860. a. avaldas saksa psühhiaater H. Neumann arvamuse, et pole üldse mingit alust otsida paljusid psüühilisi haigusi, kuna tegelikult olevat olemas ainult üksainus vaimuhaigus, mis erinevatel isikutel võib avalduda erineva sündroomi kujul.

Skisofreenia mõiste arenemine algas samuti üksikute eri- nevate sündroomide kirjeldamisest. Üks esimesi (1764. a.) sündroome oli *paranoia* («hälbinud aru»), mille all saksa psühhiaater Vogel mõistis seisundeid, milles psüühiliste häirete hulgas domineerisid hallutsinatsioonid ja mitme- sugused tagakiusamisluulu mõtted. Tema kirjeldusest ei ole raske ära tunda tänapäevase skisofreenia üht vormi. 1856. a. kirjeldas prantsuse psühhiaater B. Morel noores eas esinevat vaimuhaigust, mille puhul esinevad hallutsi-

natsioonid, luulumõtted ja sügavad väärustused käitumises, ning nimetas seda *démence précoce* (varajane nõdrameelsus). On huvitav märkida, et nelikümmend aastat hiljem tuli sama nimetus taas käibeleva juba märgatavalt laiemas tähenduses. 1868. a. ilmus üksikasjalik kirjeldus kahe tollal täiesti erinevaks peetud psüühilise haiguse kohta. W. Sander nimetas *dementia paranoides*'eks («tagakiusamisnõdrameelsus») seisundit, kus domineerivad püsivad tagakiusamis-, mürgistus-, mõjustus- ja teised taolised luulumõtted ning mitmelaadsed hallutsinatsioonid. K. L. Kahlbaum aga andis nime *katatonia* («tardumustõbi») haiguslikele seisunditele, mille puhul olid esiplaanil mitmesugused omapärased väärustused motoorikas — tardumus, tarbetud stereotüüpiad, impulsiivsed rahutushood, veidrased poosid ning grimassid jms. 1870. a. kirjeldas E. Hecker peamiselt noorukitel esinevat pidurdamatut, veiderdavat, episoodiliste meelepetetega ja luuluga põimuvat käitumist, nimetades seda *hebefreeniaks* (sõnasõnalises tähenduses: noorukihingesus).

Üks esimesi uurijaid, kes tegi katset ühise haigusena vaadelda mõningaid erineva pildiga seisundeid, oli vene psühhiaater V. Kandinski, kes 1882. a. kirjeldas *ideofreenia* (sõna-sõnalt: kujutlushingesus) nimetuse all psüühilist haigust, mis üsna paljus sarnaneb kaasaegse käsitlemisega skisofreeniast. Mõni aasta hiljem, nimelt 1891. a. esitas teine vene psühhiaater S. Korsakov meisterliku kirjelduse ägedalt algavatest psüühilistest häiretest, mida iseloomustab vaheldusrikas sümptomatoloogia peamiselt tajumise, mõtlemise, emotsionaalsuse ja motoorika häirete kujul, ning nimetas neid kõiki ühiseks ägedakujuliseks vaimuhaiguseks *düsnoia* (väärmõttesus). Tänapäevaste arusaamade kohaselt vastab S. Korsakovi kirjeldus ägedale skisofreeniale.

Otsustava sammu kogu psüühiliste haiguste süstemaatikas tegi E. Kraepelin (aastatel 1886 kuni 1891 töötas Tartu ülikooli psühhiaatria kliiniku ja õppetooli juhatajana, seejärel Saksamaal). Rikkaliku kliinilise kogemuse põhjal, teravapilgulise vaatlejana ja sügava analüüsivõimega mõtlejana jõudis ta 1896. a. seisukohale, et seni omaette haigustena kirjeldatud *dementia paranoides*, hebefreenia ja katatonia on tegelikult ühe haiguse erinevad avaldusvormid, mille vahel ei ole teravaid piire ja mis haiguse pikaajalise kulu jooksul võivad vahelduda. E. Kraepelin

pidas kõikide nende haigusjuhtude kõige olulisemateks ühisteks joonteks seda, et haigus algab varajases eas ning et kroonilise kulu tagajärjel kujuneb välja sügav psüühiline defekt nõdrameelsuse kujul. Sellest lähtudes nimetas ta seda haigust *dementia praecox* (varajane nõdrameelsus). Samal ajal andis E. Kraepelin põhjaliku käsitluse ka teisest haigusest, nimetuse all *maniakaal-depressiivne psühhoos*, mille ta väitis samuti olevat ühe haiguse, senini iseseisvateks peetud maniakaalsete ja depressiivsete seisundite perioodilise vaheldumisega. Põhijoontes kehtib E. Kraepelini jaotus praeguseni, kuigi järgnevad uurijad on toonud tema käsitlusele palju täpsustusi ning mõningaid muudatusi. Seda esmajoonet skisofreenia osas, mida E. Kraepelin nimetas *dementia praecox*.

E. Kraepelini seisukohad tema laialt levinud käsiraamatus innustasid väga paljusid psühhiaatreid tähelepanelikult jälgima ning analüüsima nende haiguste sümptomatoloogiat ja kulgu, mille kohta kehtis Kraepelini kirjeldus *dementia praecox*'ist. Õige varsti ilmnis, et selle haiguse nime mõlemad komponendid ei ole päris kindlateks ega vältimatuteks tunnusteks. Esiteks leiti, et mitte kõikide taoliste haigusjuhtude korral ei saa kasutada nimetust *praecox* (varajane). Küllaltki arvukalt esines ja esineb haigeid, kellel sellele haigusele tüüpilised psüühilise tegevuse häired esmakordselt ilmnevad alles täiskasvanueas, isegi keskeas — elu kolmandal või neljandal aastakümnel. Teiselt poolt ei osutunud ka mõiste *dementia* päris korrektseks haigete psüühikas kujunevate muutuste tähistamiseks. Varem oli see mõiste tunduvalt avaram, kuid juba sajandi alguses oli *dementia* kujunenud terminiks, millega tähistati intellekti ja mälu alanemise sündroomi seoses peaaju orgaaniliste kahjustustega. Sellist dementsust (nõdrameelsust) aga *dementia praecox*'i puhul praktiliselt peaaegu kunagi välja ei kujunenud. Veel enam, ilmnis, et kaugelki mitte kõikidel haigetel ei kujune haiguse tagajärjel välja dementsust selle sõna endises, avaramas tähenduses, nii nagu Kraepelin seda esialgu väitis. Kraepelini arvamuse kohaselt oli *dementis praecox* vaimuhaigus, mis igal juhul omandab kroonilise ja halvloomulise kulu ning viib lõpuks inimese psüühilise tegevuse laostumiseni, nii et ta muutub tuimaks, reaalsest maailmast irdunud ja selles mittekohanevaks indiviidiks. Et nii sügava psüühilise defekti saabumine ei ole kõikide haigete puhul obliga-

toorne, seda möönis Kraepelin ka ise oma hilisemates töödes. Kuid ikkagi pidas ta *dementia praecox*'i põhiliseks jooneks tema kalduvust halvaloomulisele kulule, millest ainult väikesel osal juhtudest erandeid esineb.

Oma viimastes töödes möönab Kraepelin, et 13<sup>0</sup>/<sub>0</sub> haigetest, kelle haiguse algus ja sümptomatoloogia vastab *dementia praecox*'ile, teevad haiguse läbi ilma dementsuse kujunemiseta.

Üks osa psühhiaatritest aktsepteeris Kraepelini käsituse täielikult ja tunnistas *dementia praecox*'i fataalselt halvaloomulist kulgu. Neil juhtudel aga, kus hoolimata haiguse alguse ja sümptoomide täielikust sarnasusest *dementia praecox*'iga haiguse edasine kulg osutus healoomuliseks, s. t. ei põhjustanud mitte sügavat defekti, vaid andis maad paranemisele või koguni tervenemisele, arvati tegemist olevat hoopis mingi teise psüühilise haigusega. Selline käsitlus jäi püsima kauaks ajaks ja ilmneb paiguti veel kaasaegseski psühhiaatrilises kirjanduses skisofreenia kohta. Psühhiaatritelt ja erialasest kirjandusest on see pessimistlik suhtumine väga kitsalt mõistetava *dementia praecox*'i kohta üle kandunud ka elanikkonna arusaamadesse ja hoiakusse. Muude asjaolude kõrval on see üheks oluliseks teguriks, millest on tingitud kaasajalgi nii levinud skepsis ja lootusetus skisofreenia suhtes.

Sveitsi psühhiaater E. Bleuler pühendas käesoleva sajandi algul kogu oma klinitsisti tähelepanelikkuse ja sügava analüüsivõime nende haigete uurimisele, kelle haiguse algus ja sümptomatoloogia sarnanesid Kraepelini poolt *dementia praecox*'ina kirjeldatud haigusega. Oma rikkalikud kliinilised tähelepanekud ja psühhopatoloogilise analüüsi tulemused avaldas ta 1911. a. monograafias, mille pealkiri on «*Dementia praecox* oder Gruppe der Schizophrenien» (*Dementia praecox* ehk skisofreeniate grupp). Just selle teosega nägi esmakordselt maailmavalgust täiesti uus termin «**skisofreenia**», mis siitpeale kiiresti levis niihästi erialasesse kirjandusse kui ka populaarsesse käibekeelde ning on püsinud tänase päevani. Termin *dementia praecox* tõrjuti peagi täielikult välja, nii et kaasajal ainult üksikud prantsuse ja anglosaksi psühhiaatrid seda veel kasutavad.

E. Bleuler jõudis veendumusele, et sellele psüühilisele haigusele ei ole mitte tüüpiline tema algus noorukieas (*praecox*) ega fataalne lõpp nõdrameelsuse (*dementia*)

kujul, vaid hoopis psüühiliste häirete iseloomulik kompleks. Viimases aga on esiplaanil just inimese *psüühilise tervikluse sügav häire mõtlemises ja tundeelus kujunevate moonutuste tagajärjel*, nii et kardinaalselt muutub inimese kogu suhe välismaailmaga. Nende tunnuste keskse tähenduse rõhutamiseks valiski E. Bleuler selle haiguse nimetuks *schizophrenia* (lõhehingesus e. psüühika lõhestumine). Seega sai alguse märgatavalt avaram käsitus selle psüühilise haiguse olemusest ja avaldumisest.

Kuigi ka E. Bleuler märkis, et skisofreenia kaldub suurel osal juhtudest kroonilisele kulule, mis lõpuks võib viia teatud spetsiifiliste joontega psüühilise invaliidsuse kujunemiseni, ei pidanud ta seda tingimata vajalikuks tunnuseks. Ta rõhutas nii oma mainitud monograafias kui ka hilisemates töödes, et skisofreenia võib igas oma staadiumis peetuda ning tema sümptoomid võivad igal ajal tunduval määral või täielikult taanduda. Seejuures väärib allakriipsutamist, et tol ajajärgul, kui E. Bleuler oma seisukohad avaldas, ei olnud psühhiaatria käsituses praktiliselt mingeid tõhusamaid meetodeid skisofreeniahaigete ravimiseks. See tähendab, et E. Bleuleri hinnangu kohaselt ei ole skisofreeniale juba tema olemuses tüüpiliseks ega tingimatuks jooneks halvaloomulisus. Oma hilisemates töödes on ta märkinud, et igal kolmandal skisofreeniahaigel saabub kas tervenemine või niivõrd ulatuslik paranemine, et tema praktiline adaptatsioonivõime eluks ja tööks oma tavalises miljöös taastub. Olgu veel kord rõhutatud, et selline paranemiste protsent saadi ilma tõhusamaid ravivahendeid omamata, s. t. haiguse spontaanse kulu korral. Viimastel aastakümnetel kasutusele tulnud mitmesugused ravimeetodid on skisofreeniast paranemiste arvu tunduvalt suurendanud. Sellest jutustame aga lähemalt allpool eripeatükis.

Skisofreenia healoomulise kulu näitena olgu toodud naishaige R. E. elu- ja haigusloo kirjeldus.

R. E. sündis linnas töölisperekonnas. Ema oli töökas ja hoolitsev naine, kes kandis kogu paljulapselise perekonna kasvatamise ja elatamise raskust oma õlgadel, kuna tema mees kuritarvitas juba noorest peale alkoholi ning suri varakult. Koolis sai R. E. lõpetada ainult kuus klassi, sest ta pidi asuma tööle, et abistada ema perekonna ülalpidamisel. Ta oli lihttööliseks mitmel pool ettevõtetes ja ehitustel, tuli igal

pool hästi toime. Oli elurõõmus, aktiivne ja kergesti seltsiv inimene, raskemaid haigusi ei põdenud. Abiellus 21 aasta vanusena ehitustööli-sega. Abielust sündis kaks last. Läbisaamine mehega oli pikka aega rahuldav, alles pärast kümneaastast kooselu hakkasid tekkima arusaamatused seoses mehe kasvava kiindumusega alkoholisse. Oma tundliku iseloomu tõttu elas R. E. konflikte mehega raskesti üle, kuigi püüdis alati oma solvumist ja meelepaha hoida eneses. Aeg-ajalt hakkas E-l esinema meeoleu langust, mis puhuti viisid elutüdumuse mõteteni. Mees muutus aga järjest hoolimatumaks ja vahel koguni vägivaldseks. 35 aasta vanu-selt hakkasid E-d vaevama püsivad peavalud, nendega kaasnes halb meeoleu, väsimustunne, ettevõtlikkuse ja huvide langus. Varsti hakkas E-le tunduma, et teised inimesed teda kuidagi pahatahtlikult jälgivad, tema kohta mitmesuguseid solvavaid ja ähvardavaid märkusi teevad. Hakkas kartma, et talle tahetakse kallale tungida ning teda hävitada. Seejärel hakkas ta tundma, et midagi segab tema mõtteid ja liikumist; kehas tekitati võbinaid, käed ja jalad pandi vastu tahtmist liikuma, kõrvus kostsid hääled, mis lausused igasuguseid ähvardusi. Esines epi-soode, mil E. tundis end olevat hoopis mujal, kuskil taevaalaotuses hõlju-vana, kuulis oma surnud isa kõnelemas. Paiguti oli hirmunud ja rahutu. Sellises seisundis paigutati E. psühhiaatriahaiglasse. Ka haiglas püsis esimestel kuudel (see oli ajal, mil veel polnud tõhusaid ravivahendeid) samasugune sümptomatoloogia. E. tundis, et tema mõtteid ja liigutusi juhib mingi võõras jõud, ta pidi tegema kätega ja kehaga mitmesuguseid väänlevaid-visklevaid liigutusi, kiskuma endal riided seljast, teda sunniti selle mõju poolt ennast vigastama, trampima ja hüplema, vahel ka kaas-lastele kallale tungima. Eriti agressiivne oli E. ühe kaashaige (täiesti tuima ja passiivse raudnõdrameelse) vastu, kuna talle tundus, et just see panebki teda hüpnosi abil kõike seda tegema. Episoodiliselt tundis, et ta on ümber muudetud hoopis teiseks inimeseks, ka ümbritsevad ini-mesed tundusid olevat muutunud. Pidas üht kaaslast — naishaiget oma meheks, teist oma elluärganud isaks jne. Pikkamööda hakkasid meelet-petted ja rahutus haiglas vähenema, kontakt E-ga muutus paremaks ja ta hakkas juba osa võtma ühisest tegevusest ja meelelahutustest. Nelja kuu möödumisel oli E. niivõrd paranenud, et teda oli võimalik haiglast välja kirjutada. Siiski esines veel aeg-ajalt kuulmishallutsinatsioonid ja püsis mõjustatuse tunne. E. suutis aga neisse nähtudesse suhtuda väliselt rahulikult ja käituda üsna asjalikult. Esialgu tegeles ta koduste maja-pidamistöödega, hiljem aga asus taas tööle lihttöölisena ehitustel. Umbes aasta jooksul pärast haiglast lahkumist taandusid pikkamööda kõik hai-gusnähud ja E. hakkas ise suhtuma kriitiliselt oma haigusesse. Jäi siiski püsima kerge muutus E. iseloomus: ta ei olnud päris endise aktiivsusega ega ettevõtlikkusega, samuti oli tundeelus toimunud teatud tuimenemine. See aga ei seganud E-d oma perekonna eest hoolitsemisega hästi toime tulemast ega tööülesandeid rahuldavalt täitmast. Selline seisund püsis stabiilselt palju aastaid. Klimakteeriumiperioodil — 46—48 aasta vanu-ses — ilmnesis sellele ajajärgule iseloomulikud nähud mõnevõrra inten-siivsemal kujul kui tavaliselt. Umbes aasta vältel esines E-l liialdatud kartus ja mure oma tervise pärast, ta kahtlustas endal olevat vähi-haiguse. Asjakohase ravi abil ja kliimaksi vaibumisel taandusid aga ka need nähud ja E. jätkas oma sissejuurdunud elu ja tööd. E. suri 67 aasta vanuselt südamehaiguse tagajärjel, ilma et tal psüühilisi häireid enam oleks esinenud.

Kirjeldatud haigusjuhule sarnaneva kuluga skisofreeniasse haigestumisi esines varasematel aegadel samuti kui praegu. Ainult et kaasajal on võimalik mitmesuguste efektiivsete ravimeetodite abil tunduvalt kiirendada haiguse tormiliste tunnuste taandumist ja haige tagasipöördumist igapäevasesse ellu ning tegevusse. Vähe sellest, kaasaegse ravi tulemusel on olulisel määral suurenenud nende skisofreeniahaigete arv, kelle haigus kulgeb just healoomuliselt, märgatavat püsivat defekti või invaliidsust põhjustamata.

E. Kraepelinist alates on osa psühhiaatritest püsinud arvamusel, et niisugustel juhtudel, kus haigus kulgeb healoomuliselt ega põhjusta märgatavat defekti, ei olevat tegemist «tõelise» skisofreeniaga. Norra psühhiaater G. Langfeldt tõi 1939. a. selliste juhtude tähistamiseks kasutusele mõiste *skisoformsed* (skisofreeniataolised) *psühhoosid*. USA mitmed psühhiaatrid kasutavad aga samade juhtude puhul nimetust *skisofreensed reaktioonid*. Diagnoosi «skisofreenia» reserveerivad need psühhiaatrid ainult kõige raskemate, halvaloomulise kuluga haigusjuhtude tähistamiseks. Ka nõukogude psühhiaatritest on mõned avaldanud samalaadseid arvamusi. Ometi ei ole ükski neist uurijaist selgitanud, milles seisnevad põhilised sisulised erinevused skisofreenia ja skisofreeniataoliste haigestumiste vahel, mis on nende olemuses kvalitatiivseks lahknevuseks. Ühetaolise alguse ja sümptomatoloogia puhul on nende uurijate järgi kahe haiguse vahel vahet teha võimalik seega siis ainult pikaajalist kulgu jälgides. See seisukoht ei ole aga kooskõlas arstiteaduse üldiste printsiipidega. Ei ole ju näiteks alust eitada tuberkuloosi diagnoosi juhtudel, mil see haigus (veel enne kaasaegsete võimsate ravimite kasutusele tulekut) kulges healoomuliselt ja haige tervenesis. Põhimõtteliselt esineb kõikide haiguste puhul kõige erinevama raskusastmega ja kuluga juhtumeid. Sama kehtib ka skisofreenia kohta.

Sellest lähtudes on kaasajal kogu maailma psühhiaatris üldiselt aktsepteeritud selline seisukoht, et skisofreenia tüüpilisteks tunnusteks on iseloomulikud muutused psüühilises tegevuses, mis oma kulult ja tagajärgedelt võivad aga olla nii hea- kui halvaloomulised. **Järelikult tähistab diagnoos «skisofreenia» eelkõige ja põhiliselt just teatud kliinilist sümptomatoloogiat, kuid mitte mingil juhul seda, et tegemist oleks fataalselt invaliidsusele viiva haigusega.**

Et teatud osal juhtudest skisofreenia veel tänapäevalgi siiski põhjustab raskeid püsivaid muutusi inimese psüühikas, ei anna põhjust pessimistlikuks suhtumiseks igasse selle diagnoosiga haigesse. Vastupidi, see asjaolu peab stimuleerima niihästi psühhiaatreid ja kõiki meedikuid, samuti kui haige omakseid ja kaaslasi asjakohasele aktiivsusele, et omalt poolt teha kõik võimalik haiguse kergendamiseks ja halvaloomulise kulu vältimiseks.

## SKISOFREENIA SÜMPTOMATOLOOGIA

Skisofreenia on haigus, mille puhul toimub nihe inimese kogu psüühilises struktuuris. Häireid esineb paljudes psüühilistes funktsioonides, seejuures väga mitmesugustes erinevates kombinatsioonides ja erineva intensiivsusega. Ülevaate saamiseks on kõige otstarbekam alguses kirjeldada üksikutes psüühilise tegevuse avalduskujudes ilmneva võivaid kõrvalekaldumisi.

**Tajumine** on skisofreeniahaigetel enamasti üsna sügavasti häiritud. Sageli on muutunud juba meeleeelundite elementaarne talitlus, selles ilmneb kas tundlikkuse alanemine või kõrgenemine, või siis täpsuse vähenemine. Näiteks kurdavad haiged, et nende nägemine on muutunud tuhmiks, silme ees on nagu mingi võrk või peen udu, esemete ja olevuste piirjooned on ähmased, virvendavad. Kuulmine on paiguti üliteravaks muutunud, pisimadki krõbinad ja kahinad tunduvad häirivalt intensiivsed. Teinekord aga on kuulmine nõrgenenud, sõnad ja silbid sulavad ühte, neist on raske aru saada. Ka lõhna- ja maitsetunne võib muutuda, kas tuimeneda üldse või mõnede lõhnade-maitsete suhtes, vahel aga teravneda niivõrd, et mõni üsna tavaline lõhn muutub häirivaks. Samuti ilmneb häireid naha tundlikkuses: haiged tunnevad mõnda naha piirkonda tuimenenuna, teise tundlikkust tõusnuna, või on kogu keha muutunud tuimaks nagu puu, nii et haige näpistamisega ja nõelatorgetega püüab kontrollida, kas ta üldse midagi tunneb.

Muutunud on mitte ainult nende meeleeelundite tundlikkus, mis võtavad ärritusi vastu väljastpoolt, vaid ka organismi sisemuses leiduvad tundeorganid annavad ajju moondunud signaale. Haiged tunnevad oma siseelundeid töötamas, näiteks vere voolamist soontes, mao ja soolte

rütmilisi kokkutõmbeid, õhu liikumist kopsutorukestes jne. — kõike seda mida inimene organismi normaalse elutegevuse puhul ei tunnetata. Ka liigestest ja lihastest võib lähtuda ülitundlikke aistinguid. Teistel juhtudel on aga pilt vastupidine: haige kurdab, et tema siseelundid on üldse lakanud töötamast, keha sisemuses valitseb täielik liikumatus ja vaikus.

Osalt selliste elementaarsete häirete, osalt juba keerukamate tajumisprotsesside moonutuste tagajärjel võivad kujuneda mitmesugused muud tajumise häired. Sageli näib haigetele, et ümbritsevad esemed ja isikud on muutunud kuidagi ebareaalseteks, nad ei ole enam endised. *Derealisatsioonielamus* võib mõnikord olla niivõrd intensiivne ja valdav, et haige arvab kogu ümbruse olevat «ära vahetatud», «nõiutud» või mingi müstilise võttega «teiseks tehtud». Seejuures on «uued» esemed ja olevused küll täiesti sarnased endistega, «tõelistega», kuid ometi pole nad need-samad. Esineb juhtumeid, kus haigele tunduvad isegi kõige lähemad omaksed olevat «teiseks muutunud». Ühel noormeel tekkis tunne, et tema ema kohale on asunud keegi täiesti võõras naine. Välimuselt, näoldasa ja ka käitumismaneeeri poolest oli võõras naine üsna sarnane emaga, kuid siiski ei olnud ta ema. Noormees hakkas uurima, kuhu on tema tegelik ema kadunud. Kõik perekonnaliikmed kinnitasid, et ema pole kuhugi kadunud, vaid talitab ja elab endiselt kodus, mingit võõrast naist ei ole. Noormeest see jutt ei veennud, ta otsustas võõra sissetungija hukata, et siis tema tõeline ema saaks taas kohale ilmuda. Kallalolev ja traagilist tagajärge õnnestus vältida üksnes tänu teiste perekonnaliikmete operatiivsele tegutsemisele.

Samalaadne tunne võib haigetel esineda ka omaenda keha või üksikute kehaosade suhtes. Mõnel haigel on tunne, et tema jalad või käed, pea või keha on muutunud ebatavaliselt suureks või väikseks, et kehaosade proportsioonid on moonunud, et keha ei ole enam endiselt sümmeetriline või et kogu keha või mõni selle osadest ei ole enam «oma». Mõni haige tunneb, kuidas tema pea omandab ülisuured dimensioonid, üks peapooltest nagu pundub välja, muutub niivõrd raskeks, et kallutab pea ühele küljele. Teistele haigetele aga tundub, et nende nägu või näo üksikud osad on muutunud võõraks, moonutatuks. Siis kontrollivad nad sageli tundide kaupa peeglist või mõnelt muult peegeldavalt esemelt oma nägu, nina, suud, kulmu-

kaari või kogu oma keha, mil määral ja mis just nimelt on muutunud teiseks. *Depersonalisatsioonielamused* võivad mõnikord olla niivõrd ängistavad ja intensiivsed, et haiged püüavad «võõrastest» kehaosadest vabaneda ning tekitavad endale kehavigastusi.

Väga sageli ei piirdu tajumise häired ülalkirjeldatud nähtudega, vaid ilmnevad meelepeetete kujul. Paiguti võivad esineda *illusioonid*, s. t. reaalselt olemasolevaid ärritusi tajub haige moonutatult. Näiteks tema läheduses tegelikult vestlevate inimeste jutus kuuleb haige nimetatavat oma nime ja lausutavat halvustavaid või ähvardavaid repliike tema aadressil. Enamasti on aga skisofreeniahaigetele iseloomulikud *hallutsinatsioonid*, s. t. patoloogilised tajuelamused, mis esinevad ilma reaalsete ärritusteta. Kõige sagedamini esineb *kuulmismeelepetteid* nn. *verbaalsete hallutsinatsioonidena*: haige kuuleb «häält» või «hääli» kõnelemas. Mõnikord kostub hääl kustki väljastpoolt, mõnikord tundub, et see kõneleb üsna kõrva läheduses, vahel aga on hääl hoopis haige enda kehas või peas. Tihti on haigel isegi raske otsustada, kas tegemist on häälega või mõttega, igal juhul ei ole see aga mitte tema oma mõte või kujutlus, vaid midagi väljastpoolt pärinevat.

On skisofreeniahaigeid, kelle haigusnähtude hulgas on kuulmishallutsinatsioonidel domineeriv koht. «Hääled» võivad olla haige tegevust ja tema mõtteid kommenteeriva sisuga, võivad olla mõnitavad, ähvardavad, halvustavad, aga ka haiget ülistavad, temale mingit kõrget missiooni sisendavad ja sellekohasele tegevusele õhutavad. Kuulmishallutsinatsioonide mõjujõud ja veenvus on niivõrd suur, et haigetel puudub kriitika häälte suhtes ja sageli nad ei suuda antud käskudele või keeldudele vastu seista. Sellistel kordadel võib haige tegutsemine viia raskete õnnetusteni.

U. A., 45 aastat vana naine, keskharidusega majandusala töötaja, hakkas umbes kolme aasta eest kuulma jumala häält endaga kõnelemas. Varem ei olnud A-l mingeid religioosseid tundeid ega veendumusi, mingite usukultustega kokku ei puutunud. Ta ise ütles: «Uhel päeval järsku tuli jumala vaim mulle peale ja hakkas minuga rääkima nagu inimene.» Jumala vaim loeb A. mõtteid ja räägib temaga «mõttehäälte» abil, mis kõlavad A. peas. Jumal nimetab teda oma väljavalitud tütreks, kellele ta on otsustanud panna austava ülesande teha patuste inimeste hulgas selgitustööd «õige jumalariigi heaks». Ükski kirik ega usulahk ei ole õige, need on kõik «kuradi tööriistad», seepärast peab A. tegutsema

üksinda, jumala vaimu täpsete juhendite kohaselt. Ja täites «jumala vaimu» käsku, hakkaski A. nii kodus, tuttavate hulgas, lahkusulistele kogunemiskohtades ja lõpuks ka avalikes paikades tegema kihutustööd «õige jumalause» heaks. Jumala vaim pani talle pähe vajalikud mõtted ja andis tema keelele õiged sõnad, nii et tal endal ei olnud midagi vaja mõelda, ta tundis ennast olevat ainult «tööriista ja hääletoru jumala vaimu käes».

Tihti on skisofreeniahaigetel tunne, et *nende oma mõtted muutuvad kuuldavaks*, mõtted nagu kajavad peas, vahel koguni kostuvad väljapoole, nii et teised inimesed neid kuulevad. Üks haige nimetas seda nähtust «telepatiivvõimeks», mille all ta mõistis inimese võimet oma mõtteid teistele kuuldavaks teha teatud kindla raadiusega alal. See haige väitis, et temal endal on «telepatiivvõime 382», mis tähendab, et tema mõtted on kuuldavad 382 km kaugusele kõikidele inimestele. Haige oli selle üle uhke, sest ta teadis, et maailmas on ainult kahel isikul temast suurem «telepatiivvõime». Enamasti on aga haiged sellest häiritud, et nende mõtted kuuldavaks muutuvad ja teised neid jälgida saavad.

I. K., 23 aasta vanune noormees, hakkas umbes kolm kuud enne haiglasse paigutamist kuulma «hääli» ja tundma mitmesuguseid võõraid mõjustusi mõtlemises ja liigutustes. Viimasel ajal tundis ta, et tema mõtted hakkasid peas niivõrd valjusti kajama, et kõik läheduses viibivad inimesed võisid neid kuulda. See oli talle äärmiselt ebameeldiv, kõik tema intiimsemadki saladused said teistele teatavaks. Seda sai ta aru ümbritsevate isikute pilkudest, omavahelistest märkustest ja mõistaandvatest žestidest. Kui K. luges raamatut või ajalehte, siis oli tal tunne, nagu loeks mingi hääl temaga kaasa, see oli nagu sosin kõrvus ja peas. Mõtlemine ei olnud vaba, mingi väline jõud sundis teda mõtlema seda, mida ta ise ei tahtnud, sageli rumalusi ja rõvedusi. Need mõtted aga kajasid häälena ja kandusid teistele. Lõpuks muutus olukord K-le talumatuks ja ta pöördus psühhiaatri poole. Motiiv oli küll iseäralik: K. palus anda talle mingit vahendit, mis võimaldaks tal oma mõtteid saladuses hoida. Seda K. saigi, kuigi teistsugust, kui tema seda ette kujutas. Ravi tulemusel K. tervenes.

Küllalt sageli esineb skisofreeniahaigetel *haistmis- ja maitsemismeelepeteid*. Toidul ja joogil tundub olevat iseäralikult vastik lõhn ja maitse, mõnikord suudab haige täpsemalt identifitseerida, et tegemist on sinihappe, tinavalge, rotimürgi vms. maitse ja lõhnaga. Vahel on see ebamäärasem, kuid enamasti ikka vastumeelne ja põhjustab haigel mõtteid mürkidest, mida on poetatud toidusse-joogisse või paisatud tema elu- või tööruumi õhku. On hai-

geid, kes kaebavad, et neile pakutaval toidul on inimliha lõhn ja maitse, mistõttu nad keelduvad söömast. Üks haige tundis, et sissehingataval õhul on tolmu lõhn, õhk on otse paks tolmust ja hingata on raske — seda isegi pargis kõndides ja seejuures mingit tolmu õhus nägemata. Sageli tunnevad haiged, et nende oma kehal on mingi eriline ebameeldiv lehk, see häirib neid endid ja neile tundub, et ka kõik ümbritsejad haistavad seda ning hoiduvad neist eemale.

Sagedased on *puute-, temperatuuri- ja valutunde meelepetted* kehapinnal. Haiged tunnevad, et nende keha mõnele piirkonnale nagu puhub külm õhuvoolus, mõnda piirkonda kuumutatakse mingite kiirtega, miski nähtamatu jõud surub, vajutab, pigistab või torgib üht või teist kehaosa, haige tunneb venitamist, näpistamist, valusaid lööke. Väga sageli lokaliseeruvad sellised nahatundlikkuse meelepetted suguelundite piirkonda. Naishaiged tunnevad, kuidas nende tuppe topitakse midagi, nendega suguliselt läbi käiakse — ilma, et kedagi või midagi näha oleks. Meeshaiged tunnevad ärritavaid puudutusi ja manipulatsioone oma suguliigesel ja munandeil, enamasti on see vastumeelne, harva seotud seksuaalse rahuldustundega.

Tunduvalt harvemini esineb skisofreeniahaigetel *nägemismeelepetteid*. On üksikuid erilisi haigusseisundeid, mil haige näeb end olevat kuski täiesti erinevas ümbruses, see on siis taeva laotus, mingi teine planeet, allmaailm vms., tema ümber on varjutaolisi kujusid, mis kord ilmuvad, samas aga hajuvad. Mõnedel haigetel esineb aegajalt tunne, et nende ees õhus hõljuvad pildid maastikest, olevustest ja inimestest. Vahel on see nagu film, mis on projitseeritud õhku. Ikka on haigetel seejuures tunne, et pildid ja kujud on «tehtud», neid näidatakse, saadetakse või kujutatakse talle hüpnoosi vms. abil.

**Mõtlemises** esineb skisofreeniahaigetel rohkesti ja õige mitmelaadseid häireid, seda niihästi mõtlemisprotsessi seoslikkuse kui ka mõtlemise sisu osas.

Üheks kõige tüüpilisemaks häireks skisofreeniahaigete mõtlemises on *seostamatus* ja *mõttekäigu hüplevus*, millele juhtisid tähelepanu juba E. Kraepelin ja E. Bleuler. Seostamatus võib avalduda niihästi üksikute sõnade ühendamises, lauseosade liitmisel lauseks või ka üksikute lausete omavahelises järjestamises. Seejuures on

oluline, et tegemist ei ole mitte mõttekäigu kiirenemisega, mis mõningatel juhtudel (näiteks maniakaalsetel haigetel) võib ulatuda nii kaugele, et tagajärjeks on samuti kõne seostamatus ja hüplevus. Skisofreeniahaigete mõtlemise ja kõne tempo on kas üsna tavaline või koguni mõnevõrra aeglustunud. Seostamatus on neil tingitud sügavatest nihestest elementaarses assotsiatiivses tegevuses. Iseloomulikud on sellised väljendused, nagu: «Ma sooviksin kristalset särki», «Teel oli bioloogiline kivi», «Selles raamatus on kaalutud tähed», «Ma ei taha juua pliiaatsilist kohvi» jne. Samuti laused: «Ma läksin kinost ära, kuna eile oli tänavale kaevatud auk», «Ma ei saa kirjutada, sest mul on sokikannas auk», «Mind toodi haiglasse seepärast, et homme lastakse välja kuurakett» jne. Tavalisele mõtlemisele on sellised väljendused kas lihtsalt arusaamatud, kuna neis on ühendatud tegelikult mittekokkukuuluvad ja mitteseostatavad mõisted ning nähtused, või siis tekib mulje, et haige väljendustes peitub mingi raskesti taibatav alltekst. Mõnikord õnnestub üksikasjalikumal küsitlusel haigelt saada tõepoolest selgitust. Näiteks haige, kes nõudis kristalset särki, mõtles selle all lihtsalt puhast särki. Haige, kelle haiglasse toomise põhjuseks ta ise arvas olevat homse kuuraketi väljalaskmise, oli veendunud, et kosmodroomi juhtimiskeskus asub just nimelt psühhiaatriahaiglas ja ta toimetati kohale kui homne kosmonaut. Kuid enamikul juhtudest ei õnnestu avastada ka mingeid kaudseid seoseid erinevate sõnade või fraaside ühendustes. Tegemist on assotsiatsioonide hälbumisega nende tavaliselt teelt, mis vastavad tegelikkuse peegeldumisele inimteadvuses. Seostamatut ja hüplevat mõtlemist nimetatakse erialases kirjanduses ka *ataktiliseks mõtlemiseks*. Kaudse ja keerukalt peidetud allteksti korral aga räägitakse *sümbolistlikust mõtlemisest*.

Ataktiline ja sümbolistlik mõtlemine viib mitmeid skisofreeniahaigeid uute väljenduste ja käibekeeles mittekasutatavate sõnade või sõnaühendite loomisele. Nii kasutas üks haige väljendeid «biofraktsioon», «biodegustatsioon», «infradegustatsioon», «infuriatsioon» jne. Küsitlusel andis ta neile sõnadele seletused, millest aga tavaline inimene palju targemaks ei saa. Nii tähendas «biodegustatsioon» seda, et teda pandi mingisuguse jõu abil tegema vastutahtelisi liigutusi. «Infuriatsioon» aga tähendas «biovoolude vallandust mesilaste ja sisalikkude abil».

Ataktilisus ja sümbolism ilmneb nii haigete spontaansetes väljendustes kõnes ja kirjas kui ka vastamisel küsimustele. Vastused on niisugusel juhul küsimuse sisust mööda, tavalisele mõtlemisele tabamatud ja arusaamatud. Sellest tuleneb, et vestluses skisofreeniahaigega tekib raskusi haige mõttekäigu jälgimisel ja tema avalduste sisu mõistmisel. Kui ataktilisus ei ole väga eredalt välja kujunenud, võib haige jutust või kirjutusest jääda mulje, et tegu on tahtliku originaalitsemisega või tõeliselt vaikukate allegooriatega. Sageli aga ei pane tavaline inimene niisuguseid hälbeid kaasvestleja kõnes tähelegi. Et tegemist võiks olla haigusliku nähuga, sellisele oletusele tullakse tavaliselt ainult neil juhtudel, kus ataktilisus ja sümbolism on juba väga silmatorkavad.

Väga iseloomulikuks skisofreeniale on teatud suunaga moonutused mõtlemise sisulises osas, eeskätt paranoilise luulu kõige erinevamate variantide kujul. *Luulumõtted* — haiguslikud ekslikud veendumused, mis ei allu loogilisele korrektuurile — võivad haigetel esineda kas episoodiliselt ja fragmentaarsetena, või siis järk-järgult ikka rohkem üksteisega seostudes moodustada lõpuks ulatusliku luululise süsteemi. Väga sagedaseks on *tähendusluul* — haige on veendunud, et tegelikult päris tavalistel ja juhuslikel nähtustel on mingi eriline tähendus, mingi peidetud tagamõte. Kaks maja välis-trepil lamavat puulehte tähendavad, et kahe päeva pärast ootab haiget mingi eriline sündmus. Sinisevärviline pliiats töökaaslase rinnataskus on signaaliks, et haiget peetakse sinivereliseks, et on juba üldiselt teatavaks saanud, et ta tegelikult on hällis äravahetatud vürstipoeg. Sõnum metsatöölise töösaavutustest järjekordses ajalehenumbris on avaldatud tema pilkamiseks, sest ka tema isa oli kunagi metsatööd teinud. Sageli leiavad haiged vihjeid ja mõistandmisi ka raadio- ja televisioonisaadetes.

Esineb *suhtumislul* — haigele näib, et teda ümbritsevad inimesed vaatavad talle otsa kuidagi eriliselt, teevad tema kohta omavahel mingisuguseid märke, köhatavad tema ruumi astumisel tähendusrikkalt jne. Inimeste liigutustel, väljendustel ja ilmel tundub olevat eriline suhe ja seos haigega, inimeste suhtumine temasse on muutunud, midagi on teoksil, midagi on kavatsusel temaga seoses või tema vastu.

Veelgi sügavamalt vaenuliku ja ohustava sisuga on sel-

lised luulumõtted, nagu *jälitus-, tagakiusamis-, mõjustus- ja mürgistusluul*. Haige on veendunud, et teatud isikud teda pidevalt ja kõikjal jälgivad, et teda varjatud kaameraga filmitakse, et tema mõtteid eriliste aparaatide abil registreeritakse, et temale mõjutakse telepaatilisel teel, kaughüpnosisiga, magnetväljaga, laserikiirte või gamma-kiirguse abil, et teda tahetakse hävitada, mürkgaaside abil lüüa, arseeniga mürgitada, et tema mõtteid ja liigutusi takistatakse erilise jõu abil jne. jne. Kui sellised mõtted kujunevad juba fikseerunud süsteemiks, siis tavaliselt lisandub neile ka *seletusluul* — haige moondunud arusaamine tagakiusamise põhjustest ja mõjustamise eesmärkidest. Haige arvab näiteks, et temast tahetakse lahti saada seepärast, et ta teab paljude tähtsate tegelaste elukäigust midagi kompromiteerivat; või et ta on mingi tähtsa leiutise teinud, mida tema vaenlased ei taha realiseerida lasta; või seepärast, et ta on tegelikult Venemaa viimase tsaari ainus elusolev poeg jne. jne.

Skisofreeniahaigete **tundeelus** ilmnevad mitmed sügavad häired juba haiguse algusest peale, järk-järgult süvenedes muutuvad nad haiguse raskemates staadiumides ja teatud vormide puhul domineerivateks teiste sümptomide hulgas. Tundeelu häiretest on kõige iseloomulikumad ja sagedasemad ühelt poolt emotsioonide väärastumine, teiselt poolt aga tundeelu tuimenemine. Emotsioonide väärastumisel ei ole emotsioonid enam sisulises vastavuses olukordade ja sündmustega, mille poolt nad vallandatakse. Kui terve psüühikaga inimene (ja ka enamik teiselaadiliste psüühiliste häirete all kannatajaid — mitteskisofreenikuid) lähedase inimese surmale reageerib kurbuse, nutu ja ahastusega, siis skisofreeniahaige võib sellesse sündmusse suhtuda hoopis nalja ja naeruga või kahjurõõmu ja parastamisega. **Tundeelu tuimenemine** avaldub ükskõiksuses, mida isegi olulised sündmused või asjaolud ei suuda kõigutada: haiget ei liiguta ei rõõmustav uudis ega ohtlik situatsioon, ei meeldivad ega ebameeldivad ärritajad ümbrusest. Enamasti esineb skisofreeniahaige teadvuses omapärane segu emotsioonide väärastumisest ja tuimenemisest, mille tagajärjel on nende reaktsioonid ootamatud ja tavalisele inimesele mõistetamatud.

Tundeelus kujunevate muutustega seoses toimub nihe haige vahekordades temale seni lähedaste inimestega ja

üldse tema emotsionaalses kontaktis kaasinimestega. Sageli asenduvad armastus, sõprus, lugupidamine ja austus hoopis vaenulikkuse, vihkamise, hirmu või äreva karutusega, ilma et reaalsed asjaolud või sündmused niisuguseks metamorfoosiks vähimalgi määral alust annaksid. Oma emasse ja isasse, kes on endiselt hoolitseva ja sõbraliku käitumisega, hakkab haige suhtuma kui vaenulikesse võõrastesse isikutesse, tundma nende ees hirmu ja ärevust, mille mõjul kas põgeneb kodust või paneb toime mõne agressiivse akti. Senist kõige paremat sõpra hakkab ta pidama vaenlaseks, kes väärrib ainult vihkamist ja põlgust.

Sageli on tundeelus toimunud väärastused seostatud meeletpetete ja luuluga, kuid võivad ilmned ka viimastest sõltumatult.

V. L., algharidusega tütarlaps, põllutöölaine, hakkas 18 aasta vanuselt märkama, et tema isa suhtub temasse järjest vaenulikumalt ja ähvardavamalt. Seda sai ta aru sellest, et isa üks ja teine kord tegi mõne kriitilise märkuse tema töö kohta, andis talle mõnikord käsu teha mõnda tööd, mis oli talle vastumeelne jne. Tegelikult ei toimunud isa käitumises ega suhtumises tütresse mingeid muutusi. Ometi süvenes L-il tunne, et isa on tema vastu teravalt vaenulik ja kavatseb midagi halba. Mõne aja pärast hakkasid L-il esinema kuulmishallutsinatsioonid. Mingite tundmatute isikute hääled rääkisid talle, et isa kavatseb teda «maa-aluse õhkruumi rahvale orjusse müüa», kavatseb teda vägistada, tahab lasta teda kurjadel koertel lõhki kiskuda, ära mürgitada jne. Aeg-ajalt kuulis L. ka isa sõnu, mida «elektrihäl» talle kõrvu tõi. Need olid samuti üksnes ähvardused. Selle tagajärjel süvenesid vihkamine ja hirm niivõrd, et L. lõpuks otsustas oma elu päästmiseks tappa isa. Üsna hoolikalt ja läbikaalutult ettevalmistatud katse ei lõppenud traagiliselt paljalt juhuse tõttu: ootamatult tuppa tulnud ema sai veel vahele astuda, kui tütar, kirves käes, lähenes oma magavale isale. Toimetatuna psühhiaatriahaiglasse, oli L. pahane, et tema ettevõtmist segati ning avaldas kahetsust, et isa ellu jäi.

Osal skisofreeniahaigetest esineb, eriti haiguse algperioodil tegelikkusega mitte põhistatavat *kurvameelsust*. Sellisel juhul võib kujuneda välja ärev, ahastav ja lootusetu meeoleolu, mis on põimunud ebamäärase hirmuga mingi ähvardava ohu ees. Sageli on kurvameelsus ja ahastus seotud derealisatsioonielamustega ja tähendus- ning suhtumisluluga. Niisugusest meeletust võivad välja kasvada enesevigastused, paaniline põgenemine või koguni enesetappmine.

Enamasti skisofreenia hilisemas staadiumis, mõne vormi puhul aga juba üsna varakult hakkavad domineerima

emotsionaalse tuimenemise nähud. Ikka enam ja enam ilmneb sügav ükskõiksus, millega haige suhtub niihästi rõõmustavatesse kui kurvastavatesse, meeldivatesse kui ebameeldivatesse sündmustesse. Hea uudis, meeldiv kingitus, sümpaatse inimese külaskäik, lõbus lugu — kõik see jätab haige tuimalt ükskõikseks, samuti kui noomitus, karistus üleastumise eest, halb hinne eksamil, kurb teade lähedast inimest tabanud õnnetusest vms. Kohtumisel uute inimestega ei teki sellistel haigetel ei sümpaatia- ega antipaatiatunnet, neil ei kujune mingit emotsionaalset kontakti, mis tavalisel inimesel sageli on domineerivaks faktoriks inimestevahelises suhtlemises. Kuid apaatia ei pruugi olla alati absoluutne ja pidev. Selle foonil võib skisofreeniahaigel teinekord täiesti ootamatult ilmned motiveerimata vihapuhanguid, ägedushoogusid ja agressiooniakte ümbritsejate suhtes.

Ühel osal skisofreeniahaigetest avaldub väärustumine emotsionaalses sfääris pidurdamatu ja väliselt motiveerimata ülemeelikuse ning *lameda lõbususe kujul*. Niisugune haige lagistab naerda, ilma et situatsioonis või vestluse aines midagi koomilist oleks. Ülemeelikult teeb ta veiderdavaid liigutusi, tantsib, kargleb, nokib ja tõukab kaaslasi, ise seejuures lakkamatult seostamatult lobisedes ja naerdes. Ümbritsejaile on selline lõbusus mõistetamatu, tekitab hämmeldust ja ebamugavustunnet, ilma et suudaks kedagi vähimalgi määral nakatada, mis normaalse lõbususe ja hea tuju puhul on ju reegliski.

On skisofreeniahaigeid, kes vahel nutavad või naeravad, ilma et sellega kaasneks vastavat sisemist emotsiooni. Haiged ise tunnetavad seisundit kui vastutahtelist: neid lihtsalt «pannakse» naerma või nutma. Vahel on aga haigel tunne, et talle «tehakse» kurba või lõbusat meeoleolu. Sellised elamused on ikka seotud mõjutusluuluga. On aga ka haigeid, kellel välised emotsioonide avaldused on tingitud meelepetteist. Vahel ajavad «hääled» naljakaid ja veidraid jutte, «näidatakse» koomilisi pilte või «pannakse pähe» imelikke mõtteid. Kõikidel niisugustel juhtudel on haige emotsioonide välised avaldused — omaette muigamine, naeratus, naer, nutt — ümbritsejaile mõistetamatud, kuna nad ei kasva välja tegelikkusest ega antud reaalsest situatsioonist.

**Tahtefunktsioonides** kujunevad skisofreenia puhul välja sügavad ja mitmelaadilised häired, sõltuvalt haiguse staa-

diumist ja vormist. Domineerib tahtelise aktiivsuse alane mine, mis osal haigetest ilmneb selgel kujul juba haiguse algusest peale, teistel aga alles hilisemates staadiumides. Aktiivsuse alanemine avaldub eelkõige sotsiaalse tegevuse sfääris. Mõnel haigel pikkamööda, teisel üsna lühikese aja jooksul langeb huvi igasuguse suhtlemise vastu teiste inimestega, osavõtu vastu õppimisest või tööst, spordist või meelelahutustest, mis varem olid talle vajalikud ja stimuleerivad. Passiivsuse süvenemisega käsi käes lõtvuvad järjest enam sotsiaalsed kontaktid, haige sulgub üha rohkem ja rohkem enesesse, kujuneb välja nähtus, mida erialases kirjanduses tuntakse *autismi* (auto = ise) nime all. Haige ei ilmuta mingit huvi ei tegevuse ega kaaslastega suhtlemise vastu, omaette jäetuna võib veeta tunde ja päevi kas istudes täiesti tegevusetult toolil või põrandal või lamada voodis, tekk üle pea tõmmatud. Kõnetlusele ta vastab, piirdub aga napisõnalise, kõige üldisema repliigiga. Soove, kaebusi ega pretensioone tal ei ole. Tegevusse õhutatuna sooritab ta vajalikke tööliigutusi tuimalt ja monotoonselt, seejuures mingit huvi ümbruse ja teiste inimeste suhtes ilmutamata.

Varasematel aegadel, enne tõhusate ravimeetodite kasutuseletulekut, oli selliseid täielikku passiivsusse ja autismi langenud haigeid hulgaliselt igas psühhiaatria haiglas ning psüühiliste invaliidide kodus. Kaasajal on see üpris harva esinev nähtus. Isegi halvaloomulise kulu korral on kaas aegse kompleksse ravi- ja rehabilitatsioonimenetluse abil võimalik vältida skisofreeniahaige tahteaktiivsuse nii totaalset alanemist.

Sageli esineb skisofreeniahaigeil tahtefunktsioonide väärastumine. Mõnikord avaldub see hoopis keerukal ja varjatud kujul. Haige väline käitumine näib olevat mitte üksnes aktiivne nagu varemgi, vaid koguni mõnevõrra aktiivsem ja intensiivsem. Lähemal analüüsimisel selgub aga, et tegemist on omapäraselt ühekülgse ja tegelikkusega valdavalt kooskõlastamata aktiivsusega. *Haigusliku hüperaktiivsuse* üheks näiteks võib olla naishaige U. A., kes «jumala hääle» innustusel hakkas tegema agitatsiooni «õige jumalariigi» heaks (vt. eespool). Osal haigetest on aktiivsuse tõus seotud omapärase ideedega mingitest leiutustest või avastustest, mida nad tingimata tahavad teha kõige lähemal ajal. Teised võitlevad aktiivselt oma «vaenlaste sepitsuste» paljastamiseks, pöördudes

selleks nii suuliselt kui kirjalikult kõikvõimalike ametiasutuste ja isikute poole, vahel sellega palju segadust põhjustades, enne kui lõpuks avastatakse, et tegemist on psüühiliselt haige isikuga.

U. F., 37 aastat vana mees, tegeles visa järjekindlusega juba ligi viie aasta jooksul «vabaduse probleemi filosoofilise lahendamisega». Jättes unarusse oma otsesed tööülesanded, kodused kohustused ja hüljates kõik oma varasemad huvialad ning suhted sõpradega, istus F. päevade ja ööde kaupa laua taga, lugedes kõikvõimalikke filosoofilisi teoseid ning kirjutades, kirjutades ja kirjutades. Oma vähese haridusega (6 klassi) ja üsnagi tagasihoidliku intelligentsiga ei olnud F. muidugi mõista võimeline ei taipama loetavate tööde sügavamat mõtet ega ammugi mitte ise midagi positiivset looma. Ometi oli ta jõudnud täis kirjutada paarkümmend paksu kladet. Need sisaldasid omavahel seostamata fragmente siit-sealt loetust ja äärmiselt primitiivseid, sageli ataktilisi algupäraseid mõtteid. Kogu F. «dooming» osutus sisutuks makulatuuriks. Ise oli F. aga veendunud, et ta kirjutab koguni maailma-ajaloolise väärtusega filosoofilist teost.

Skisofreeniahaigetel võib kohata ka mitmeid muid tahtefunktsioonide väärustusi. Mõningatel haigetel ilmneb *tahte omapärane lõhenemine e. ambitendents*, mille puhul kaks vastandlikku impulssi omavahel konkureerivad ilma lahendust leidmata. Ambitendents võib ilmneda isegi kõige lihtsamate liigutuste sooritamisel, näiteks käe tõstmisel, sammu astumisel, söömisel jne. Haige hakkab tõstma lusikatäit suppi suu juurde, jääb siis peatuma, käsi langeb tagasi, tõuseb taas, uuesti peatub jne. tüki aja jooksul, kuni siis lõpuks liigutus kas toimub või vaibub lõplikult.

Sagedaseks nähuks skisofreeniahaigetel on *negativism e. tung teha vastupidist* sellele, mida peaks tegema korraldusele või situatsioonile vastavalt. Haiget palutakse sirutada käed ette, ta peidab nad hoopis selja taha; teda palutakse astuda lähemale, ta aga läheb hoopis eemale. Temale suunatud kõnetusele-küsimusele haige ei reageeri, kui aga alustatakse juttu kõrvaloleva isikuga, hakkab ta rääkima, nagu oleks teda kõnetatud.

Osal skisofreeniahaigetest võib kohata omapäraseid *tarbetuid ja eesmärgita liigutusi* jäsemetega, kehaga, näo miimikas: haige vehib kätega, kõlgutab jalgu, ringutab ja painutab, teeb igasuguseid liigutusi suuga, kulmudega, pööratab silmi jne. Mõni haige tunneb seejuures, et need liigutused on vastutahtelised, ta on mingi võõra jõu käes

mängukanniks nagu hampelmann, mida nõörist tõmmatakse. Teised haiged aga kas ei oska oma liigutustele mingit seletust anda, või siis väidavad, et nad teevad võimlemisharjutusi.

Niihästi veiderdavate liigutuste ja grimasseerimise, kui ka tavaliste liigutuste puhul ilmneb paljudel skisofreeniahaigetel sageli kalduvus ühetaoliste liigutuste tarbetule kordamisele. *Ühetaolise tarbetu kordamine* võib avalduda ka kõnes ja kirjas, aga ka kehahoiakus ja isegi asukohas, kus haige eelistatult viibib. Sellised nähud kannavad ühist nimetust *stereotüüpia*.

Mõningatel skisofreenia raskematel juhtudel kujuneb välja *liigutuste ulatuslik pidurdumine* e. *stuupor* (jäigastumine). Osalise stuupori puhul teeb haige küll mõningaid liigutusi, kuid nad on äärmiselt aeglased ja jäävad tihti lõpule viimata. Lihtne käe tõstmine, iga sammu astumine, pea pööramine või pilgu tõstmine kõnetaja suunas — kõik see toimub kui äärmist jõupingutust nõudev akt ja nagu aegluubis. Isegi mälumine ja suus leiduva toidupala allaneelamine toimub lõpmata aegamööda ja ainult pideva õhutamise abil. Kord märgati, et palatis liikumatult seisva haige põsed on tugevasti pungil. Kui ta mitmekordse korralduse peale suu avas, ilmnis, et haige oli suus hoidnud viimast pala kolm tundi tagasi lõppenud lõunasöögist. Ta ei olnud seda alla neelanud, suhu kogunenud süljemassi aga laskis välja alles mitmekordse rõhutatud käsu peale. Üksikutel haigetel võib esineda täieliku stuupori episoode, mil nad on absoluutselt liikumatud, nii et isegi reflektorsed kaitseliigutused puuduvad. Haige ei liiguta kätt, kui seda nõelaga torgata, ei pilguta silma, kuigi sellel kõnnib kärbes.

Skisofreeniahaigete tahtefunktsioonide väärustuste hulgas tuleb mainida veel omapäraseid *impulsiivseid akte*, mida haiged täiesti ootamatult ja ilma isesuguse motiivita toime võivad panna. Rahulikult tänaval jalutav haige astub võõra mööduja juurde ja lööb teda; teine haige rebib järsku seljast oma riided ja jalanõud ning seisab ihualasti läbilõikavas külmas; voodis lamav haige kargab püsti ja hakkab tegema kätega vehklevaid liigutusi; laua taga istuv ja raamatut lugev haige haarab järsku tikud ning süütab põlema käes oleva raamatu. Sellised impulsiivsed aktid toimuvad ilma mingi välise stiimulita, ilma kaalutlemata, ilma mingi afektipuhanguta ja ei ole ka pro-

votseeritud ei meelepetetest ega luulust. Haiged ise ei oska anda mingit seletust teo või käitumise kohta, enamasti nad ütlevad ainult, et nad «pidid» tegema just seda, mida nad tegid. Subjektiivselt tunnetavad haiged ise, et tegutsesid vastu oma tahtmist, see oli peale sunnitud mingi välise jõu või võõra mõju poolt.

Oluline on märkida, et **intellektuaalsed võimed** ja **mälu** skisofreense protsessi toimel vahetult ja otseselt ei saa kahjustatud. Valdaval enamikul skisofreeniahaigetest säilivad varem omandatud teadmised ja oskused hästi, nad on suutelised omandama ka uusi teadmisi ja kogemusi, säilitavad võime opereerida oma teadmistega ja oskustega. Veelgi enam, on rohkesti skisofreeniahaigeid, kes hoolimata nende psüühikas esinevatest mõningatest haiguslikest nähtudest (meelepetted, luul, emotsioonide väärastused) on võimelised jätkama komplitseeritudki professionaalset tööd, näiteks insenerina, teadusliku töötajana, organisaatorina ettevõttes vms., või produktiivselt tegelema kunstiloominguga. Psühhiaatria ajaloost on teada arvukalt kirjanikke, kunstnikke, muusikuid, näitlejaid, kes vaatamata skisofreensele haigestumisele on andnud inimsoo kultuurile palju väärtuslikku. Meiegi rahva kultuurilugu tunneb selliseid juhtumeid.

Tõsi, enamikul skisofreeniahaigetest ilmneb märgatav tagasimineku, kas ajutine või halvemal juhul püsiv, töö tasemes ja toodangu kvaliteedis. Kuid see pole tingitud mitte intellekti ja mälu vahetust nõrgenemisest, nii nagu see on aju orgaaniliste kahjustuste tagajärjel kujuneva nõdrameelsuse korral. Skisofreeniahaigetel tekivad suuremad või vähemad kõrvalekaldumised intellektuaalsete võimete ja mälu operatiivsel rakendamisel selle tagajärjel, et neil kujunevad nihked mõtlemisprotsessis, realiteedi tunnetamises, tunde- ja tahtefunktsioonides. Sellest süguneb, et mõnigi skisofreeniahaige «loob» väga keerukaid ja üpris teravmeelseid loogilisi või kujundilisi konstruktioone, mille ainsaks veaks on see, et nad ei ole kooskõlas realiteediga ega sisalda midagi sellist, mis aitaks tegelekkust inimesele vajalikus suunas muuta. Mõtlemise ja tahtefunktsioonide sügavamate häirete korral on aga intellekti ja mälu mobiliseerimine ning operatiivne rakendamine niivõrd ulatuslikult pärsitud, et see väliselt võib jätta mulje tõelisest nõdrameelsusest. Lähtudes dementsuse tolleaegsest avaramast tähendusest, andiski E. Krae-

pelin taoliste seisundite tõttu sellele haigusele nimetuseks varajane nõdrameelsus. Et niisugustel juhtudel on tegu *intellektuaalsete ja mälu funktsioonide pärssimisega, aga mitte nende pöördumatu kahjustusega*, seda kinnitavad tähelepanekud kaasaegse ravi toimel saavutatud paranemistest. Mõni isegi pikka aega tuimuses ja passiivsuses veeteerinud haige osutub paranenuna äkki suuteliseks loovalt ja operatiivselt kasutama kõike varemõpitud ning paindlikult omandama ka uusi oskusi ja teadmisi.

Tehes kokkuvõtet skisofreenia sümptomatoloogiast, tuleb rõhutada, et iga konkreetse haige psüühikas kujunevad muutused on individuaalsete joontega ning häirete sügavus on igal haigel mingil määral erinev. Vähe leidub skisofreeniahaigeid, kellel võime kohata kõiki eespool kirjeldatud sümptome. Igal juhul võib täiesti kindlasti ütelda, et samaaegselt ei esine kõik skisofreenia puhul võimalikud sümptoomid küll mitte ühelgi haigel. Ja ainult üksikutel haigetel ilmneb tema haiguse kulu vältel vaheldudes enamik kirjeldatud sümptoomidest.

Kõikide kirjeldatud haigusnähtude intensiivsus ja esinemise massilisus võib varieeruda vaevu märgatavast kuni ülimala tormilisuseni. Intensiivsus võib varieeruda ühel haigel tema haiguse kulu vältel, on aga erinev ka erinevatel haigetel. Ühel haigel on näiteks lakamatult kõrvus või peas «hää», see ei jäta teda minutiski rahule. Teisel haigel aga esineb «hääli» väga harva ja pisiepisoodidena. Ühel haigel on mõttekäigu ataktilisus niivõrd suur, et tema kõnest ja kirjast pole võimalik ühtki seotud mõtet leida. Teisel haigel aga esineb ataktilisi üleminekuid niivõrd harva, et kaaslased (vahel isegi psühhiaater) ei pane neid tähelegi. Samalaadne võib olla kõikide teiste haigusnähtude intensiivsuse varieeruvus. See on loomulikult väga tähtis niihästi haiguse äratundmise, kui ka haige töövõime ja sotsiaalse adaptatsiooni aspektist.

Ja lõpuks tuleb veel üht asjaolu täie teravusega rõhutada: ükski kirjeldatud haiguslikest sümptoomidest ei ole skisofreeniale spetsiifiline tunnus, kui see sümptom esineb üksikisoleerituna. Kõiki kirjeldatud sümptome — kuigi mõningate erinevate nüanssidega — võime kohata paljude teiste psüühiliste haiguste korral, mõningaid ka neu-

rooside puhul ja psühhopaatidel. Skisofreeniale iseloomulikuks ja spetsiifiliseks on kirjeldatud sümptoomid ainult siis, kui nad esinevad teatud kindlate kombinatsioonide kujul, s. t. samaaegselt ilmnevad kõrvalekaldumised mitmes psüühilises funktsioonis. Nende üksikasjalik tundmine ja selle alusel skisofreenia diagnoosimine kuulub aga juba psühhiaatrite kompetentsi.

## SKISOFREENIA ALGUS JA VARAJANE ÄRATUNDMINE

Skisofreenia algus võib olla väga laiades piirides varieeruv niihästi domineerivate sümptomide iseloomu kui ka nende väljakujunemise tempo osas. On juhtumeid, kus skisofreenne haigestumine tekib järsku, nii et mõne tunni või mõne päeva jooksul ilmneb palju mitmesuguseid erinevaid häireid inimese psüühilises tegevuses ja käitumises.

R. O., 24-aastane noormees, põllutöölaine, oli alati olnud elurõõmus, seltsiv ja sõbralik inimene, töötas innukalt ja huviga niihästi kolhoosis kui ka koduses majapidamises. Mingeid kõrvalekaldumisi ega iseärasusi tema psüühikas ei olnud kodused ega kaaslased kunagi märganud. Ühel ööl ärkas O. järsku unest üles paanilise hirmutundega, kuuldes valjusti kõlamas mingit «ülemaist häält», mis lakkamatult talle kordas: «Kui sa tahad päästa eesti rahva, pead sa oma maja maha põletama.» Käsk oli niivõrd sugereeriv, et O. süütaski oma maja. Ise põgenes ta metsa, kus hulkus hirmunud ringi ja püüdis end varjata häälte eest. Tulekahju kustutama rutanud naabrid ei suutnud enam maja päästa, küll õnnestus neil viimasel hetkel tulest välja tuua O. ema, kes pahaaimamatult magades oli juba vingumürgituse saanud. O. ise leiti metsast alles järgmisel päeval ja toimetati viivimatult psühhiaatriahaiglasse. Hääled kõnelesid kogu aeg edasi, ähvardades peatselt saabuva maailma hukkamisega, käskisid O-l veel muidki hooneid süüdata ja mõningaid inimesi hävitada. O. tundis, kuidas tema mõtteid ja liikumist juhtis mingi kõrgem võim, mis oli tema välja valinud «erilisteks ülesanneteks». Kiiresti alustatud intensiivne ravi andis paari kuuga haigusnähtude täieliku taandumise ja O. oli võimeline jätkama oma tavalist elu ja tööd.

Osal juhtudest algab skisofreenne haigestumine sellise üliägeda pildiga, ilma et eelnevalt ilmneks mingeid vihjeidki närvisüsteemi tegevuse häiretest. Haiguse algusele ei eelne ka väliseid tegureid, mis võiksid põhjustada närvisüsteemi ülepingutuse või vapustuse. Teistel juhtudel on hilisema üksikasjaliku analüüsiga võimalik leida

*haigestumisele eelneval perioodil* mõningaid väga üldise ja ebamäärase iseloomuga nihkeid tervislikus seisundis. Haigel on esinenud mõnda aega episoodilisi või pidevaid peavalusid, uni on olnud häiritud, meeleolu ja enesetunne on olnud kas püsivalt või periooditi alanenud, vahel on esinenud ka erutatavust või kärsitust, sisemist ärevust või üksikuid sensitiivsuse nähte. Need tagasihoidlikud muutused enesetundes on aga niivõrd üldise iseloomuga, et ei haige ise ega tema lähedased tule mõttelegi, et tegemist võiks olla psüühilise haigestumise eeltunnustega. Ja see on täiesti mõistetav, sest mõningasi hälbeid enesetundes võib kohata väga paljude igapäevaste somaatiliste haiguste, aga samuti mõõdukagi ülepingutuse või psüühilis-emotsionaalse pinge korral. Ka arst, isegi kogemustega psühhiaater, ei ole selles perioodis niisuguste sümptomide alusel võimeline ette nägema skisofreenset haigestumist, kuna kirjeldatud hälbed kõnelevad üksnes sellest, et närvisüsteemi üldine töövõime on alanenud. Skisofreensete sümptomide ägedakujuline ilmumine on niisugusel juhul täiesti ootamatu.

Esineb juhtumeid, mil ägedakujuline skisofreenne haigusprotsess puhkeb mingis erilises *kurnavas või ülepingutatavas situatsioonis*: mõne somaatilise haiguse ajal, sünnituse, lõikuse või raske psüühilise trauma järel või ärevust ja hirmu põhjustavas olukorras, tunduvate muutuste puhul sissekujundunud elurežiimis vms. Sellistel juhtudel on sageli raske haiguse esimestel päevadel või isegi nädalatel aru saada, et tegemist on psüühilise haigusega, aga mitte psühholoogiliselt mõistetava reaktsiooniga raskele ja pingutavale situatsioonile.

R. I., 27 aasta vanune kõrgema haridusega mees, paigutati abikaasa poolt psühhiaatriaiglasse ägedas hirmuseisundis, mis oli seotud rohkete kuulmishallutsinatsioonidega ja paranoiliste luulumõtetega. Nädal enne haiglasse paigutamist oli I. veel täiesti terve nagu ka kogu eelneva elu jooksul. Oli alati olnud energiline, seltsiv, sõbralik, vahel ainult liialdanud alkoholi tarvitamisega. Nädal tagasi oli tekkinud järjekordse joominguga seoses perekonnatüli, mille käigus I. abikaasa oli ähvardanud tema juurest ära minna ja koguni tema kohta ametivõimudele süüdistuse esitada tegelikult tühiste ametialaste üleastumiste pärast. Järgmisel päeval pärast tüli läks I. komanderingusse, kus ta pidi viibima nädal aega. Kuid juba esimesel päeval tekkis I-l ärevus ja hirm, et võib-olla abikaasa tõepoolest lahkub tema juurest ning kaebab tema peale. Hirm suurenes pidevalt, I. hakkas märkama, et inimesed vaatavad teda «kuidagi imelikult». Ringi liikudes pani ta tähele, et teatud inimesed pidevalt kõnnivad tema järel. ees või kõrval, seejuures annavad

üksteisele viibetega ja pilkudega märku. Tänaval peatuvaid autosid pidas I. teda jälitavatele miilitsapatrullidele kuuluvaiks. Hakkas kuulma inimeste jutukatkendeks märkusi ja ähvardusi oma aadressil. Akuutses hirmus sõitis I. komanderingust tagasi koju, kus leidis ees oma abikaasa, kes suhtus temasse sõbralikult nagu varem, enne pahandust. See aga rahuldab I-d ainult põgusalt. Ta hakkas «taipama», et «käimas on mingi suurem ettemäng», mis pole hoopiski seotud tema perekonnatüliga ega abikaasa tühiste ähvardustega, vaid palju «kõrgemate instantsidega». Talle tundus, et tema korterisse on üles seatud mikrofonid, mille abil on võimalik mitte üksnes kuulda tema kõnelusi, vaid ka jälgida tema mõtteid. Üksikuid tema mõtteid ja vihjeid tema kohta anti edasi raadios. Tänaval liikudes oli tal pidev jälitatusetunne. Inimeste suhtumine oli «eriline», kui ta kuhugi läks, siis inimesed pöördusid temast ära, isegi bussid sõitsid ära. Oli tunne, et tema käikusid ja käitumist pidevalt filmitakse. I. püüdis end maskeerida, selleks võttis ta osa riideid seljast ära, söökla riiehoiust püüdis haarata võõra mantli. Kodus oli pidevalt ärevuses, hirmuhoos avaldas abikaasale, et midagi koledat on tulemas, kuid ei teadnud, mis nimelt. Sellises seisundis toimetaski abikaasa I. psühhiaatriahaiglasse, kus kohe alustati intensiivset ravi, mille abil kahe kuu pärast olid taandunud kõik akuutse perioodi haigusnähud. Varsti pärast haiglast lahkumist oli I. võimeline jätkama oma tööd, seejuures kestis edasi kompleksne järelravi, mille toimet I. psüühiline seisund täiesti stabiliseerus.

Skisofreenia ägeda alguse korral, seoses tormiliste häiretega inimese käitumises, ei teki praktiliselt kunagi raskusi haiguse äratundmises. Seejuures polegi ju tähtis, et omaksed või kaaslased oskaksid panna õige diagnoosi, peasi on, et nad taipavad kahtlustada psüühilist haigestumist ja teeksid vajaliku järelduse: *haige on vaja viivitamatult toimetada psühhiaatri juurde*, või siis tuua haige juurde kõige kiiremini kättesaadav arst. Rõhutama peab operatiivse tegutsemise vajadust, sest ägeda haigestumise korral võib haige hallutsinatsioonide, luulumõtete, hirmu ja katastroofielamuse mõjul kergesti muutuda ohtlikuks teistele või ka endale. Mitmest eespool esitatud näitest ilmneb see võimalus selgesti. Haige toimetamisel arsti juurde või arsti toomist haige juurde ei tohi vähimalgi määral takistada asjaolu, et haige sellega ei soostu või koguni aktiivselt tõrgub. Haige juurde saabunud arsti korraldusi ja juhendeid tuleb aga täpselt ja kõhklusteta täita. Ägedas psühhootilises seisundis skisofreeniahaige vajab viivitamatut paigutamist psühhiaatriahaiglasse, kus on esiteks tagatud tema asjakohane ja täielik ravi ning ühtlasi välditud võimalus, et haige saaks ohustada ümbrust või ennast.

Enamikul juhtudel ei alga aga skisofreenia nii tormiliselt, nagu eespool kirjeldatud. On juhtumeid, mil haige

käitumises selged haiguslikud muutused kujunevad välja järk-järgult, nii et läheb mööda mitu kuud, enne kui sümptoomid omandavad täie intensiivsuse. On ka neid juhtumeid, kus haigusnähud algavad ja süvenevad õige pikkamööda ning täieliku sümptomatoloogia kujunemiseks kulub aasta või rohkemgi. Ja on ka selliseid haigeid, kellel skisofreenne protsess kulgeb väga pikkamööda, sümptoomid süvenevad niivõrd tasahilju, et psühhiaatrid räägivad *hiilivalt kulgevast* haigusest. Niisugustel juhtudel, kus haigusjuhtudel puudub tormiline iseloom, kus nad esinevad tagasihoidliku intensiivsusega ja ainult episooditi, on haiguse äratundmine sageli üpris raske. Eriti raske on see loomulikult hiiliva skisofreenia korral.

K. U., 19 aastat vana keskaridusega noormees, pärit perekonnast, kus mõlemad vanemad on kõrgema haridusega, paigutati vanemate poolt psühhiaatriahaiglasse psühhiaatri tungival nõudmisel pärast seda, kui U. oli agressiivseks muutunud oma isa vastu, kellega tal varem alati oli olnud südamlük läbisaamine. U. oli lapsena arenenud kiiresti, alati olnud aktiivne ja teadmishimuline, seejuures distsiplineeritud ning sõbralik. Koolis oli esimesest klassist alates eeskujulik õpilane, väga taiplik, oma eakaaslastest arengus ja teadmistes ees. Õppetöö kõrval tegeles edukalt spordiga, võttis aktiivselt osa klassi ja kooli ühisüritustest ja noorsooorganisatsioonide tööst, käis veel muusikakoolis ja mängis kooli orkestris. Vanemates klassides tundis elavat huvi kirjanduse, teatri ja kontsertide vastu, kuid õppis ka tantsima ja käis meelsasti koolipidudel. Oli seltsiva, sõbraliku, lõbusa loomuga, kõikide kaaslaste poolt armastatud ja hinnatud seltsimees. Kogu mitmekülgne tegevus kulges ilma eriliste pingutusteta, U. oskas oma aega otstarbekalt planeerida ja alati kõik ülesanded õigeaegselt täita. Kõik edenes hästi kuni 9. klassi kevadeni, mil U. hakkas aeg-ajalt kurtma väsimust ja peavalusid. Kooliülesannetega toimetulek nõudis talt veidi enam pingutust ja aega kui enne, mistõttu mõned kõrvalharrastused jäid unarusse. Klassi lõpetas ta endise edukusega. Suvel oli koos vanematega maal, matkas ja tegi füüsilist tööd, puhkas hästi. Sellest hoolimata ei olnud sügiseks väsimuse ja roidumuse tunne taandunud, vaid koolitöö alates koguni märgatavalt süvenenud. Õppeainete omandamine muutus raskemaks, seniste enesest mõistetavate viite hulka hakkasid ilmuma ka neljad ja varsti isegi kolmed. Noormees püüdis end pingutada, istus nüüd sageli tundide kaupa raamatute ja vihikute taga, kuid töö ei tahtnud kuidagi edeneda. Ta hakkas tundma, et mõtted ei liigu enam endise elavusega, sageli oli raske mõtteid koondada loetava juurde, aeg-ajalt tabas end sellelt, et silmad olid küll ridu mööda edasi libisenud, kuid kujutlused hulkusid hoopis mujal. Episoodiliselt esines vastutahtelisi mõtteid, vahel tundis aga, et pea on täiesti tühi. Kuna õppimine nõudis nüüd märgatavalt rohkem aega, hakkas U. vähem käima teatris ja kontsertidel, loobus koolipidudest, vähema innuga ja ebastabiilselt jätkas tööd muusikakoolis. 10. klassi talvine tunnistus oli veel üsna hea, kuid kevadel olid valdavas enamuses kolmed, mis oli üllatuseks niihästi õpetajatele kui ka vanematele. Ka see suvepuhkus möödus hästi ja huvitavalt. U. püüdis end pideva sport-

liku treeninguga karastada. Ta koostas endale väga detailse päeva-programmi ja järgis seda piinliku täpsusega. Sügisel abituriumi alustades ilmnes aga peagi, et vaimne töövõime oli veelgi alanenud. Raskusi valmistasid isegi üsna lihtsad ülesanded. Noormees ei suutnud vahel koondada mõtteid kodusteks kirjanditeks, esitas töid, mis oma kahvatu keele ja idee vaesusega teravalt erinesid tema varasematest sädelevatest kirjatöödest. U. istus tihti poole ööni raamatute ja vihikute taga, aga tulemused muutusid järjest kesisemaks. Ikka sagedamini esines peas tühjusetunnet, mõtete vastutahtelist hajumist ja ühetaoliste mõtete viljatu tiirlemist. Sel ajal hakkas U. tundma, et temaga on midagi lahti, talle näis, et tema näoilmes või näokujus on toimunud mingi muutus. Otsides seda muutust, silmitses U. end mõnikord pikka aega peeglis, ometi midagi konkreetset leidmata. Talle näis, et tema koolikaaslased, mõne aja pärast aga ka tänaval liikuvad võõrad inimesed vaatavad teda kuidagi imelikult, seostas seda oletatava muutusega näoilmes. Oma vanematele ega kaaslastele U. otseselt oma tunnetest ja elamustest ei kõnelnud, vahel aga küsis, kas nad märkavad tema juures midagi iseäralikku. Järk-järgult oli U. loobunud kõikidest oma endistest harrastustest ja koolivälisest tegevusest, nüüd hakkas koguni eemale tõmbuma oma sõpradest ja kodustest. Muutus järjest kinnisemaks ja napolisõnalisemaks, endine lõbusus ja elurõõm oli samm-sammult asendunud morni ja mureliku enesesse sulgemisega. Abituriumi kevadisel poolaastal muutus õppeaasta niivõrd halvaks, et vanemad otsustasid U. koolist ära jätta. Vanemad, kes viimasel ajal olid selgesti märganud U-ga toimunud muutust, arvasid, et ta on end eelmiste aastate väga intensiivse ja mitmekülgse tegevusega üle pingutanud ja ära väsitanud ning ilma et nad oleksid pidanud vajalikuks nõu pidada arstiga (rääkimata psühhiaatrist) otsustasid, et noormees peab ühe aasta vahele jätma ja end korralikult välja puhkama. Nii jäigi U. koju ja hakkas «puhkama». Puhkus seines selles, et U. päevade kaupa esialgu istus, edaspidi aga lamas, aeg-ajalt mõnd pildiajakirja lapates, raadiot kuulates või ka täiesti tegevusetult omaette konutades. Sulges end oma tuppa, järjest vähem suhtles ka perekonnaliikmetega. Algul käis mõnikord jalutamas, kuid kuna ta märkas, et inimesed teda pidevalt vaatavad, pilklikult ja parastavalt jälgivad, siis lõpuks loobus ka väljas käimisest. Sel ajal hakkasid ilm-nema ka mõjustusluul ja kehatunde meelepettek: U. tundis, et tema keha pigistatakse, elundeid surutakse kokku või venitatakse, tema mõtteid ja liigutusi suunatakse mingi välise jõu poolt. Veelgi edasi tundis, et mõttet hakkavad peas kajama, nii et ka teised inimesed neid kuulevad. Esialgu ta ei saanud aru, kust on pärit võõras jõud, mis kõike seda teeb, siis aga hakkas taipama, et kõige taga on tema oma isa. Muutus isa suhtes vaenulikuks, vältis igasugust kontakti, lukustas end oma tuppa, kattis uksepilud ja lukuaugu riidega, hoidis ka aknakatted päevad läbi allalastuna. Mingid kaitseabinõud aga ei aidanud ei mõtete kajamise ega mõjustuste vastu. Lõpuks ühes ägedushoos, eriti intensiivsete «mõjustuste» hetkel, tungis ta isale kallale, et teda korrale kutsuda ja sundida «lõpetama oma kiusamine». Nüüd siis alles taipasid U. vanemad, et nende pojaga on midagi tõsist lahti, et tegemist ei ole lihtsalt väsimusega. Pöördusid psühhiaatri poole palvega U-d kodus konsulteerida. Psühhiaatril oli vanemate jutustusest ja eriti vestlusest U. endaga varsti selge, millega on tegemist, ning andis korralduse U. viivitamatult psühhiaatriaiglasse ravile paigutada. Vanemad ei tahtnud sellega esialgu kuidagi nõustuda, alles pikema selgituse abil saadi nad lõpuks niikaugele.

Esitatud näitega analoogilisi haigusjuhtumeid esineb küllalt sageli. Mõnikord on haiguse algus mõnevõrra kiirem, kuid seejuures puuduvad ikka pikemat aega nii teravad hälbed haige käitumises, et need tema perekonnaliikmeid või kaaslasi alarmeeriks. Ja seetõttu *venib haige suunamine psühhiaatri juurde, järelikult aga ka vajaliku ravi alustamine, lubamatult kaua*. Tagajärjeks on ravi vähene efektiivsus ja haiguse muutumine krooniliseks. Et seda vältida, on vaja silmas pidada mõningaid tunnuseid, mis peaksid haige omastele või lähematele kaaslastele signaaliks olema, et vaja on nõu pidada psühhiaatriga. Ei tee midagi kurja, kui mõnikord selgub, et tegu ei ole psüühilise haigestumisega, vaid tõepoolest ainult ülepingutusega või mõne somaatilise häirega. Palju halvem on, kui jääb märkamata skisofreense protsessi algus ja edenedamine.

Üheks iseloomulikumaks muutuseks, mis üsna skisofreenia alguses esineb, on *närvisüsteemi töövõime langus*. Mõtlemise paindlikkus ja mõtete kontsentreerimisvõime alaneb, väheneb loetust-kuuldust arusaamise võime, esineb mõtete hajumist ja vahel liiga palju, vahel liiga vähe mõtteid. Töö produktiivsus, samuti kui huvi ja ind töö suhtes väheneb, eriti märgatavalt vaimse töö puhul. Kõiki selliseid nähte võib esineda ka ülepingutuse tagajärjel, neuroosi korral, psühhopaatilistel isikutel. Kuid skisofreensele haigestumisele on iseloomulik, et *psüühilise energia langus ei parane puhkuse toimetel*, nagu see on tüüpiline kõikidel muudel juhtudel. Ülaesitatud näites ilmneb see tunnus väga reljeefselt: kevadel esinenud väsimus ja roidumus ei möödu suvepuhkuse järel, vaid ilmneb veelgi intensiivsemalt.

Enamasti tunnevad haiged ise, et nende psüühilised võimed on alanenud. Nad *püüavad seda kompenseerida* püsivama ja kestvama tööga, mis mõne aja jooksul võib ka teatud efekti anda. Kuid varsti ei aita ka kõige kestvampingutus — töö produktiivsus langeb pidevalt. Vahel püüavad haiged ise leida võtteid ja vahendeid, kuidas oma energiat taastada. Mõni koostab endale detailse päeva-plaani, kus minutilise täpsusega on ette nähtud iga tegevus. Mõni hakkab harrastama erilisi karastusvõtteid, mõni püüab abi saada kustki loetud-kuuldud hingamisharjutuste süstemaatilise rakendamisest, mõni alustab jooga-süsteemiga jne. Kõiki neid karastuse ja värskenduse võt-

teid kasutavad ka psüühiliselt terved isikud, nii et tegelemine ühe või teise «süsteemiga» ei ole loomulikult veel mingiks psüühilise häire signaaliks. Skisofreenia puhul on aga eriti iseloomulik, et haige püüab oma «süsteemi» abil kramplikult taastada energiat ja enesetunnet, eeskätt mõtlemisvõimet, ning kui arukas kvantum soovitud tulemust ei anna, siis ta aina suurendab selle mahtu, arvestamata mingeid mõistlikke piire. Mitte karastusvõtted iseenesest, vaid nende rakendamise motiivid ja laad lubavad teha oletusi psüühilise häire esinemisest.

Tõsist tähelepanu väärib nihe inimese emotsionaalses kontaktis temale lähedaste inimesega, mis enamasti on üks õige varajasi muutusi skisofreense haigestumise puhul. Ilma selge motiivita võõrdumine oma sõpradest, suhete jähnenemine vanemate või õdede-vendadega, eriti aga tegeliku põhjusega vaenulikkuse või umbusklikkuse avaldumine peaksid olema omastele tõsiseks signaaliks, et tegu on psüühiliste häiretega. Sama tõsisteks märkideks on alusetud ärevuse- ja hirmuhood. Esmajoones just emotsionaalsuses ilmnevad nihked on tunnuseks, mille põhjal haige perekonnaliikmed tulevad otsusele, et ta «on muutunud teistsuguseks inimeseks, kui ta oli varem».

Osali haigetest on juba haiguse algusest peale domineerivateks nähtudeks muutunud mõtlemises, mis aga pika aja vältel võivad olla küllaltki tagasihoidliku intensiivsusega. Seepärast ei või kerge õlakehitusega mööda minna kõnes esinevatest ataktilistest libastumistest, arusaamatutest väljendustest ega luululistest avaldustest ka siis, kui neid esineb vaid episoodiliselt muidu täiesti asjaliku ja aruka jutu seas. Eriti tõsiseks signaaliks algavast haigusest on kas või põgusalt avaldatud mõjustuselamused ja mõjustusluul, samuti ka tähendusluul ja suhtumismõtted. Mõnel skisofreeniahaigel on üheks esimeseks silmapaistvaks muutuseks tema huvide omapärane nihe, sageli mingite ülimalt abstraktsete ja ebareaalsete probleemide valdkonnas, kusjuures haige hariduslik tase või üldine ettevalmistus ei anna eeldusi selle probleemiga asjalikult tegelemiseks. Näiteks hakkab vähese haridusega inimene lahendama filosoofilisi, tuumafüüsika või psühholoogia probleeme vms.

Tihti esineb haigetel skisofreenia algperioodil üsna elavaid tundeid ja mõtteid sellest, et nende keha või

selle mõned osad on muutunud ja moonduvad. Niihästi haige otsesed vastavasisulised kurtmised kui ka enesekontrollimine, mida haige ikka ja jälle ette võtab, kõik see peaks haige omastele olema tõsiseks märgiks, et tegu võib olla algava psüühilise haigusega.

Niisugused sümptoomid, nagu hallutsinatsioonid, tardumus, grimasseerimine, põhjusetu impulsiiivne naer ja nutt veidrad poosid ja stereotüüpsed liigutused jms. on niivõrd silmatorkavad, et neid on võimatu mitte märgata. Ei ole vaja, et haige omaksed oskaksid nende tunnuste alusel panna täpse diagnoosi (neid sümptoome võib, nagu märgitud, esineda mitmete haiguste puhul), tähtis on, et ei jäädaks passiivselt ootama «ehk läheb üle», vaid viivitamatult pöördutaks arsti poole, kes siis juba hoolt kannab täpse diagnoosi panemise ja vajaliku ravi eest.

## SKISOFREENIA KULG JA VORMID

Skisofreenia on haigusprotsess, mille kulg võib olla väga ulatuslikult varieeruv ja mille avalduskujud võivad omandada suuresti erineva ilme. Variantide rohkusest oligi tingitud asjaolu, et kaua aega peeti skisofreenia erineva kuluga ja kliiniliselt pildilt erinevaid vorme omaette haigusteks. Kaasajalgi leidub psühhiaatreid, kes ei ole veendunud, et tegemist on tõepoolest ühtse haigusprotsessiga, niivõrd ulatuslikud on erinevused üksikute haigete haiguse dünaamikas ja domineerivas sümptomatoloogias.

Paremaks orienteerumiseks on otstarbekas vaadelda eraldi skisofreenia kulu etappe, kulu tüüpe ja kliinilisi vorme.

*Skisofreenise haigusprotsessi kulus* diferentseeritakse järgmised **staadiumid** e. etapid: prekliiniline, alg-, protsessi- ja hilisstaadium. Prekliiniline staadium esineb ainult ühel osal skisofreeniahaigetest ja tema sümptomaatikas puuduvad veel spetsiifilised jooned. Mõnel haigel võib see staadium kesta mitu aastat, teistel paar kuud, kolmandail ainult nädala või mõne päeva. Prekliinilises staadiumis esinevad kõige üldisemad subjektiivsed vaevused ja sümptoomid, need iseloomustavad üksnes kesknärvisüsteemi töövõime nõrgenemist. Haiget kaeba-

vad peavalude üle, enamasti on need tuimad ja suruvad valud kas meelegehtades või kogu pea ulatuses. Kõntsentratsioonivõime on alanenud, esineb unehäireid, meegeolu kõikumisi, kõrgenenud erutuvust ja kergesti väsimist. Osal haigetest esineb sellel perioodil mitmesuguseid raskusi mõtlemisprotsessis: kas mõtete hajumise, laiali-valgumise, aeglustumise või põgusate mõtteseisakute näol. Mõni haige kurdab, et mõtteid on nagu liiga palju, nad on kaootilised ja raskesti korrastatavad.

Kõik need sümptoomid on omased väga mitmetele erinevatele haigustele. Neurooside, reaktiivsete seisundite, toksiliste ja traumaatiliste ajukahjustuste korral aju arterioskleroosi algfaasis on taolised vaevused väga tavalised. Aga ka mitmesuguste somaatiliste haiguste tagajärjel nõrgestatud kesknärvisüsteem võib endast märku anda samasuguste sümptomidega. Eriti sagedasti kohtame ülalmainitud nähte nakkushaiguste rekonvalesentsi perioodil. Aga koguni närvisüsteemi ülepingutus kas liigse koormuse, psüühilis-emotsionaalse pinge või ka lihtsalt pikemaajalise puuduliku une tagajärjel võib anda samalaadse sümptomatoloogia. Järelikult ei ole neist prekliinilistest tunnustest võimalik veel järeldada, et tegemist on skisofreense protsessi eelsignaaliiga. Küll aga tuleb rõhutada, et *igal juhul on kirjeldatud sümptoomid selgeks märgiks selle kohta, et inimese närvisüsteem on nõrgestatud*, tema töövõime on hakanud alanema. Ei ole õige seda eelalarmi ignoreerida, lootes, et kõik nähud pikkamööda isenesest taanduvad. Tingimata tuleb soovitada pöörduda arsti poole, et esiteks kindlaks teha, millisest haigusest või millistest põhjustest on häired tingitud; teiseks, et kohe varakult teha kõik vajalik närvisüsteemi jõu ja töövõime taastamiseks. Sageli ei ole selleks vaja eriravi, piisab üksnes töö- ja puhkerežiimi reguleerimisest, mõningate kahjulike harjumuste (alkohol, nikotiin) või ekstsesside ärajätmisest, liikumisvaeguse kõrvaldamisest või lühiaegsest üldisest organismi ja närvisüsteemi tugevdavast ravist, et saavutada taas täielik töövõime. Tuleb tunnistada vääraks katsed väsimusest, roidumusest, tujulangusest, kõntsentratsioonivõime nõrgenemisest üle saada «isetegevusliku» ravikuuri, eriti aga mitmesuguste toniseerivate vahendite (kofeiin, tsentedriin, fenamiin jt.) abil. Selle tulemuseks võib olla närvisüsteemi veelgi tundavam kurnatus ning juba palju raskemad ja ravile visamalt

alluvad häired psüühilises tegevuses. Enda usaldamisel arsti süstemaatilise kontrolli alla on peale muu seegi oluline eelis, et kui peaks tõesti tegu olema skisofreenia prekliinilise staadiumiga, on kindlustatud haiguse edasiste muutuste õigeaegne diagnoosimine, seega ühtlasi võimalikult varajane kompleksse ravi alustamine.

Lühema- või pikemaajalisele prekliinilisele staadiumile järgneb skisofreenia algstaadium, mis osal haigetest võib ilmuda ka ilma prekliinilise staadiumi esinemiseta. Algstaadium võib kulgeda kas ägedalt, vähem ägedalt või üsna aegamööda. Algstaadiumis on iseloomulik juba selliste psüühiliste häirete ilmumine, mis skisofreenisele protsessile on enam-vähem spetsiifilised. Osal haigetest tekib psüühikas lühikese aja jooksul väga mitmekesiseid ja seejuures raskeid muutusi. Nende tagajärjel muutuvad haige käitumine ja kõne niivõrd järsult, et haiguse äratundmine ja diagnoosimine ei tekita mingeid raskusi. Teistel seevastu tekivad muutused psüühilistes funktsioonides aegamööda, samm-sammult tuleb juurde ikka uusi ja uusi hälbeid, nende intensiivsus suureneb. Seetõttu võtab mõnikord teatud aja, enne kui on välja kujunenud niivõrd selge kliiniline haiguspilt, et võib kindlalt diagnoosida skisofreeniat.

On haigeid, kellel skisofreenia algstaadiumis ilmneb hulgaliselt erineva iseloomuga sümptome, mis üksteisega vahelduvad. Kord on esiplaanil ärevus ja hirm seoses massiliselt esinevate meelepetetega, samas domineerib mõttekäigu seosetus või liigutuste pidurdatus ning stuupor, see võib asenduda agressiivse rahutusega. Nagu tuntud nõukogude psühhiaater O. Kerbikov kindlaks tegi, on kliinilise pildi vahelduvus ja mitmekesisus otse iseloomulik ägedalt algavale haigusprotsessile. Seevastu aeglaselt algava haiguse puhul on juhtivad sümptoomid enamasti stabiilse iseloomuga.

*On juhtumeid, kus skisofreenne haigusprotsess piirubki üksnes põgusa algstaadiumiga, ilma et ta edasi areneks.* Kui sageli selliseid juhtumeid tegelikult esineb, ei ole võimalik kindlaks teha, kuna enamik neist ei satu üldse arsti, seda enam siis psühhiaatri vaatevälja. Ainult juhuslikult on võimalik haige elukäigu üksikasjalikul uurimisel avastada mõni skisofreenia aastaid tagasi esinenud kergekujuline episood.

R. T., 28-aastane mees, suunati kohtupsühhaatrilisele ekspertiisile seoses joobnuna toime pandud kuritahtliku huligaansusega. Ekspertiisil selgus, et T-l mingeid psüühilisi häireid ei esine ja et teo kordasaatmise ajal oli ta keskmise astme joobeseisundis. Patoloogilise joobe tunnuseid ei ilmnenud. T. elukäigu detailsel uurimisel selgus, et 19 aasta vanuselt oli olnud väga lühiajaline periood, mille vältel ta psüühilises tegevuses võis täheldada tunduvald häireid. Paari päeva jooksul oli tal olnud ebamäärane, põhjendamatu hirmutunne, millega kaasnes mingi vältimatu katastroofi eelaimus. Kaaslaste ja vanemad näisid olevat isäralikult muutunud, mõtlemine oli raskendatud, esines vastutahtelisi mõtteid, mis olid nagu «kellegi poolt telepaatilisel teel pähe pandud». Uhel päeval oli T. umbes paari tunni jooksul täiesti tardunud, ei saanud teha ühtki liigutust ega lausunud ühtki sõna. Ise tundis ta seejuures, et on «mingi kõrgema võimu mõju all». Esines ka üksikuid põgusaid kuulmismeelepetteid. Selline seisund möödus aga kiiresti, ilma et T. oleks mingit ravi saanud. Mõnda aega püsis veel kerge ärevuse- ja hirmutunne. T. ise juurdles selle üle, mis temaga oli toimunud veel mõnda aega. Siis aga vaibusid järk-järgult ka ärevus ja hirm ning taastus täielikult endine tööväime. T. lõpetas edukalt õppimise, omandas elukutse ning elas ja töötas täiesti häireteta kõik need aastad. Tema iseloomus, käitumises ega suhtlemises ümbrusega ei ilmnenud mingeid muutusi. Alkoholi tarvitas juhuslikult ja mõõdukalt. Huligaansuse pani toime ettekavatsemata, kusjuures tegu oli osaliselt provotseeritud kaaslaste poolt. Nooruses esinenud haigusliku episoodiga ei olnud käesoleval teol mingit seost.

Osajuhitudest areneb aga skisofreenne protsess edasi: algstaadiumile järgneb protsessistaadium. Üleminek toimub pikkamööda ja sujuvalt, nii et teravat piiri nende kahe staadiumi vahele ei ole võimalik tõmmata. Põhiliseks erinevuseks on see, et algstaadiumi jooksul skisofreeniale iseloomulikud muutused kujunevad välja, sümptoomid vahelduvad ja järk-järgult täienevad, protsessistaadiumi jooksul aga on teatud aja vältel kliiniline sümptomatoloogia enamasti stabiilne, kõigub üksnes häirete intensiivsus. Kuid seegi erinevus ei ole absoluutne, mistõttu üleminekut algstaadiumist protsessistaadiumi on ainult üksikutel haigetel võimalik ajaliselt enam-vähem täpselt kindlaks määrata.

Protsessistaadium on erinevatel haigetel väga erineva avalduskujuga: *domineerivate sümptoomide alusel diferentseeritakse just selles staadiumis mitmeid skisofreenia kliinilisi alavorme*. Suured on erinevused ka protsessistaadiumi käigus esinevate häirete intensiivsus. Osajuhitudest esineb ainult põgusaid mõtlemise ja tajumise häireid, tagasihoidlikke muutusi tunde- ja tahteelus. Nad säilitavad võime jätkata oma elu ja tavalist tööd kauaks ajaks, vaatamata mõningatele hälvetele käitumises ja suhtlemises. Teistel on aga muutused intensiivsemad, nad mineta-

vad kiiresti võime toime tulla oma tööülesannetega ning muutuvad oma käitumisega häirivaks või koguni ohtlikuks ümbrusele.

Protsessistaadiumi kestus on suurtes piirides varieeruv: ühel haigel kestab ta mõne kuu või pool aastat, teisel aasta-poolteist, kolmandal aga mitu aastat. Loomulikult oleneb protsessistaadiumi pikkus suurel määral ka sellest, kas haige üldse ravile suunatakse, millal algab ravi ning kuivõrd adekvaatne ja intensiivne see on. Tuleb aga rõhutada, et suuri erinevusi protsessistaadiumi sümptomide intensiivsuses ja selle staadiumi kestuses esineb ka neil haigeil, kes mingil põhjusel üldse ravile ei satu. Järelikult on selline variantide rohkus iseloomulik skisofreense protsessi olemusele.

*Protsessistaadium võib teatud aja järel anda maad paranemisele*, mitte ainult ravi tagajärjel, vaid osal juhtudest ka ilma ravita. Järk-järgult hakkab haiguslike sümptomide intensiivsus vähenema, nende mõju haige käitumisele taandub ning inimene muutub taas võimeliseks toime tulema oma eluprobleemidega. Paranemine võib olla kas täielik — sel juhul me räägime *tervenemisest* — või siis osaline. Osalise paranemise puhul jääb inimese psüühilisse tegevusse püsima teatud muutusi, eelkõige tema tunde- ja tahtelus, aga mõningal määral ka mõtlemise tasemes ja laadis. Niisugused muutused on mõnikord üpris tagasihoidlikud ega paista üldse silma inimestele, kes patsienti enne haigust ei tundnud. Teistel haigetel avalduvad püsivad muutused mõningate käitumisjoontena, mida ümbritsejad küll märkavad, kuid mis ei mõju otseselt häirivalt ei patsiendi töö- ega sotsiaalsetes suhetes. Kui pärast protsessistaadiumi jäävad püsima märgatavad muutused inimese psüühikas ja käitumises, siis nimetatakse seda *paranemiseks defektiga*. Sel juhul sõltub inimese edasine käekäik ja sotsiaalne adaptatsioon eriti suurel määral elu- ja olustikulistest tingimustest ning ümbruse suhtumisest temasse, eriti aga kompleksse järeldravi süstemaatilisusest.

R. A., keskaridusega mees, haigestus skisofreeniasse 36 aasta vanusena. Umbes kolme kuu jooksul kujunes välja ulatuslik sümptomatoloogia: mõtlemise seostamatus, sümbolism, elavad kuulmismeelepetted, suhtumis- ja mõjustusluul, episoodilised hirmuseisundid agressiivsuse ja rahutusega. A. oli veendunud, et teatud grupp isikuid plaanitseb ta kõrvaldamist, et omastada tema omal tööalal tehtud «avastus». Vaenlased rakendasid tema «likvideerimiseks» väga peenelt väljatöötatud taktikat: radioaktiivse kiirguse abil, mille toimet A. tundis nii oma keha pinnal

kui ka ajus, taheti tema ajutegevus halvata, seejärel kavatseti ta «tunnistada vaimuhaigeks» ja kõrvaldada ühiskonnast. Siis juba krooniliste haigete haiglas või invaliididekodus oleks lihtne arstide kaasabil «organiseerida» tema surm mõnda juhuslikku haigusesse. Seoses akuutse hirmuseisundiga ja ähvardava ning episoodiliselt ka tegelikult agressiivse käitumisega toimetati A. ravile psühhiaatriahaiglasse. Intensiivse ravi abil taandusid ägedad haigusnähud kiiresti, kuid paranoilised luulomõtted ja umbusklikkus püsisid veel mitme kuu jooksul. Süstemaatilise järelravi abil kahanes järk-järgult ka luulu intensiivsus ja A. käitumine muutus asjalikuks. Pärast haiglast lahkumist rakendati pikema aja jooksul veel kodust järelravi, millesse nii A. ise kui ka tema abikaasa suhtusid positiivselt. Varsti osutus võimalikuks A. uuesti tööle suunata oma erialale, kuigi teises kollektiivis. Oma tööülesannetega tuli A. täiesti rahuldavalt toime. Kuid tema suhtlemises ja käitumises jäid püsima mõningad iseärasused: ta oli endisega võrreldes tunduvalt kinnisem, avaldas aegajalt mõningaid kahtlustusi oma ühe või teise kaastöötaja suhtes, ei tahtnud liikuda seltskonnas, veetis oma vaba aja peamiselt kodus, tihti ilma aktiivse tegevuseta, episoodiliselt esines põhjusteid või tühistest asjaoludest provotseeritud ägedushoogusid. Haiguslike läbielamuste suhtes, mis tal esinesid enne haiglaravi, kriitilist seisukohta ei omandanud, kuigi oma «vaenlastesse» suhtus erilise vihata. Sellises seisundis on A. püsinud juba aastaid. Ta on praegu 55 aastat vana ja töötab pidevalt.

Neil juhtudel, kui skisofreenia protsessistaadium ei lõpe tervenemisega, vaid püsima jääb vähema või suurema intensiivsuse ja ulatusega muutus psüühilises tegevuses, nimetatakse seda *haiguse hilisstaadiumiks*. Sisulise ja ajalise piiri tõmbamine protsessi- ja hilisstaadiumi vahele on veelgi raskem, kui alg- ja protsessistaadiumi vahele. Põhiliselt iseloomustab hilisstaadiumi *enam-vähem stabiilse defekti esinemine* haige psüühilises tegevuses ning sotsiaalses adaptatsioonivõimes. Domineerivad sellised jooned käitumises nagu endassesulgumine, stereotüüpiad liigutustes ja kõnes, mõtlemise ataktilisus, tahteaktiivsuse ja emotsionaalse resonantsi alanemine, vähese intensiivsusega meelepetete ja luulomõtete püsimine. Selline hilisstaadium võib püsida peaaegu muutumatul kujul aastaid. Olenevalt defekti ulatusest niisugune haige kas suudab elada iseseisvalt, omaste või hooldajate juures, või siis vajab pidevat põetamist ja kompleksset ravi statsionaarses asutuses. Tuleb rõhutada, et kõikidest skisofreeniahaigetest ainult väikesel osal (mõnede uurijate andmeil umbes 10%) on haiguse hilisstaadium niivõrd tunduvate ja visade häiretega, et nad vajavad pidevat ravi ning põetust statsionaarses asutuses. Valdav osa haigeist on suutelised, vaatamata neil püsivatele mõningatele sümptomidele, elama väljaspool ravi- või hooldusasutusi ning osa võtma ühest või teisest töötegevusest. Olulist osa etendab

seejuures muidugi sotsiaalne miljö, esmajoones perekonnaliikmete suhtumine haigesse.

Varasematel aegadel arvati, et skisofreenia hilisstaadium on praktiliselt muutumatu ja parandamatu, mistõttu seda nimetati koguni «lõppstaadiumiks» või «lõppseisundiks». Üksikuile paranemisjuhtumeile pikka aega kestnud hilisstaadiumi järel vaadati kui haruldastele eranditele. Viimase 15 aasta jooksul kasutusele tulnud ravivahenditega on aga saavutatud real juhtudel ulatuslikke paranemisi isegi niisugustel skisofreeniahaigetel, kes mitmekümne aasta jooksul olid olnud muutumatus ning sügavas «lõppseisundis». Need tähelepanekud näitavad, et *skisofreense protsessi hilisstaadiumis ei kujune reeglina välja fataalselt pöördumatuid kahjustusi*. See innustab psühhiaatreid üha uutele otsingutele, et leida vahendeid võimalikult suurema hulga hilisstaadiumis haigete efektiivseks ravimiseks.

Skisofreense haigusprotsessi ülalkirjeldatud staadiumid ei järgne üksteisele mitte alati ühesuguse järjepidevusega. Eespool on korduvalt rõhutatud, et osal juhtudest peetub haigus kas alg- või protsessistaadiumis ning mõne aja möödudes taandub. Edasine kulg võib erinevatel haigetel olla väga mitmesugune. Lähtudes haigusprotsessi kulust haige kogu elu vältel, diferentseeritakse skisofreenia kolm põhilist **kulutüüpi**: püsikululine, hookululine ja nihkekululine skisofreenia.

Püsikululise skisofreenia korral on tegemist kord alanud haigusprotsessi lakkamatu süvenemisega ja haigusstaadiumide järgnevusega, nagu eespool kirjeldatud. Haiguse algstaadiumile järgneb protsessistaadium, see läheb üle hilisstaadiumiks, mis siis püsib aastaid ja isegi mitukümmend aastat, enamasti kuni haige surmani. Olulisi paranemisi sellise kulutüübi korral ei esine. Haiguse süvenemise tempo võib olla väga erinev: mõnel haigel kujuneb raske sümptomaatikaga hilisstaadium välja ühe-kahe aasta jooksul, teisel alles kümmekonna aasta järel, osal haigetest aga on sümptomaatika algusest peale väga tagasihoidlik ja selle edenemine niivõrd aeglane, et isegi mitmekümne aasta jooksul ei jõua sotsiaalset desadaptatsiooni põhjustava defektini.

Nihkekululine skisofreenne protsess algab enamasti lühiaegse algstaadiumiga, mis läheb üle protsessistaadiumiks. See kestab mõned kuud kuni aasta,

siis haige paraneb, kuid tervise täielikku taastumist ei toimu. Püsima jäävad märgatavad muutused inimese psüühikas ja käitumises. Sageli ei põhjusta esimene haigusperiood siiski töö- või õppimisvõime sellist alanemist, et inimene peaks õppimise katkestama, tööala vahetama või madalamat kvalifikatsiooni nõudvale tööle minema. Selleline seisund püsib mõnda aega enam-vähem stabiilsena. Kas mõne kuu või mõne aasta pärast muutuvad haiguslikud nähud taas akuutsemateks, lisandub uusi sümptome, sugeneb sotsiaalne dekompensatsioon tunduvate häirete tagajärjel haige käitumises. Ägedate haigusnähtude periood annab mõne aja möödumisel maad uuele paranemisele, mis aga tavaliselt ei ole nii ulatuslik kui esimese haigusnihke järel. Püsima jääb juba märgatavam defekt, sellest sugeneb enamasti mõningane sotsiaalse adaptatsioonivõime alanemine, mõnikord ka märgatav töövõime langus. Jälle püsib haige seisund stabiilsena mõnda aega, siis kordub taas ägedamate sümptomide periood. Sellele järgnev paranemine on jällegi tagasihoidlikum kui eelmisel korral. Ja niiviisi võib — kõige raskematel juhtudel — mitmekordsete ägedate haigusperioodide järel lõpuks välja kujuneda samasugune sügav defekt sotsiaalse dekompensatsiooniga nagu püsikululise skisofreenia korral. Soodsamatel juhtudel, eriti kui asjakohast ravi alustatakse õigeaegselt, viiakse läbi süstemaatiliselt, rakendatakse ka järel- ning toetusravi, on vaheajad haigusnihete vahel mitmeid aastaid ning nihke paranemisel jääv defekt tagasihoidliku ulatusega ning nii vähesel määral nihkelt-nihkele raskenev, et haigel säilib töövõime kogu oma elu jooksul, välja arvatud ainult haiguse ägedad perioodid.

Kõige soodsama iseloomuga on hookululine skisofreenia, mis esineb aeg-ajalt korduvate — enamasti üsna ägedakujuliste haigusperioodidena, mis iga kord paari kuu kuni aasta jooksul täielikult taanduvad ega jäta mingit püsivat muutust inimese psüühikas ega töövõimes. On haigeid, kellel elu vältel haigushood korduvad mitmeid ja mitmeid kordi, teistel ainult kahel-kolmel korral. Ja on inimesi, kellel elus ainult üks episoodiline skisofreenne haigushoog esineb ning jäljetult paraneb. Enesestmõistetavalt omab ravi, tema kasutamise aeg ning intensiivsus ja süstemaatilisus olulist toimet haiguse kestusele ja paranemise ulatusele.

O. R., kõrgema haridusega naine, tegi 28-aastaselt läbi umbes aastapoolteist kestnud haigusperioodi, mille vältel esines meelepetteid, paranoilist luulu, hirmuseisundeid, mõtlemise ja liigutuste mõjustustunnet jms. Haigus taandus pikkamööda (tol ajal ei olnud veel intensiivse toimega ravivahendeid), kuid täielikult. Mingeid märgatavaid muutusi R. töövõimes, käitumises ega sotsiaalses adaptatsioonivõimes ei ilmnenud. Paljude aastate jooksul tuli ta suurepäraselt toime nii oma kutsetöös kui ka ühiskondlikus elus ja perekonnas. Oli nii kodus kui ka tööl ja tuttavate ringis armastatud ning hinnatud inimene. Üleminekueas esines paari aasta vältel kõrgenenud ärrituvust ja sagedamat väsimust, kuid see ei seganud teda ei töös ega isiklikus elus vähimalgi määral. Kuuekümnendatel eluaastatel haigushoog siiski kordus: tekkis üsna ägedaloomuline paranoiline luul, mõtlemise ataksia ja sümbolism, kuulismeelepetted, mõjustustunne ja hirm. Kuna muutused käitumises olid niivõrd teravad, et haige paigutati kiiresti ravile, taandusid need sümptoomid intensiivse ravi abil õige ruttu. Juba kolm kuud pärast haiguse ilmne- mist oli R. psüühika ja enesetunne täiesti taastunud ning ta oli võime- line jätkama oma elu ja tööd vähimagi languseta kvalifikatsioonis või töö efektiivsuses. Sellest episoodist on nüüd möödunud juba ligi 10 aastat, R. on vahepeal pensionile läinud, jätkab aga intensiivselt vaimset tööd, ilma et mingeid haigusnähte oleks veel kunagi kordunud.

*Skisofreenia kulutüübid ei ole mitte fataalselt ette mää- ratud ja igale haigele muutumatult omased. Nad on väga suurel määral mõjustatavad mitte ainult kaasaegsete ravi- meetodite, järeldravi süstemaatilise ja kompleksse, vaid ka paljude psühholoogiliste faktorite poolt. Perekonna- liikmete ja töökaaslaste suhtumine ning käitumine on vii- maste hulgas üsnagi olulisel kohal.*

Skisofreense haigusprotsessi käigus on valdaval enami- kul juhtudest mõningad sümptoomid rohkem esiplaanil, andes haiguse pildile oma teatud varjundi, mis püsib kogu haiguse kulu vältel. Domineeriva sümptomatoloogia alusel, mis enamasti on tihedalt seotud ka kulutüübi iseärasus- tega, on võimalik eristada mitmesuguseid skisofreenia **kliinilisi vorme**. Üldiselt diferentseeritakse järgmised viis skisofreenia vormi: paranoidne, lihtne, katatoonne, hebe- freenne ja tsirkulaarne.

Paranoidne skisofreenia algab enamasti täis- kasvanu-, tihti koguni keskeas. Haiguse algstaadium on ägedakujuline või aeglaselt süvenev, kulg võib olla kas püsivalt raskenev või nihkeline. Haiguslikkudest muutus- test on kesksel kohal paranoilised luulumõtted kõige mit- mekesisemates avalduskujudes, samuti meelepetted. Hai- gus algab sageli ebamääraste kahtlustega, episoodiliselt esi- nevate tähendus-, suhtumis- ja jälitusluulu mõtetega ning üksikute meelepetetega. Järk-järgult — mõnel haigel

võtab see mitmeid aastaid aega — hakkavad luulumõtted ikka rohkem ja rohkem koonduma mingi keskse idee ümber: vaenlasteks on töökaaslased, kes tahavad haigelt varastada tema ratsionaliseerimisidee; teatud grupp isikuid tahab haigele kätte maksta mingi kunagi avaldatud kriitika pärast: rahvusvaheline bande tahab haigest teha oma kuuleka agendi jne. jne. Meelepetted, mille hulgas domineerivad kuulmishallutsinatsioonid «häälte» kujul, on oma temaatikalt kooskõlas luulumõtetega ja nad nagu täiendavad üksteist. Niiviisi pikkamööda areneb välja terve luulumõtete süsteem. Sageli lisandub suurusluul: haige peab end leiduriks, kõrge päritoluga isikuks vms. Mõnel haigel kujuneb süsteem välja kiiresti, teistel aeglaselt ja samm-sammult.

Katatoonne skisofreenia e. katatoonia algab tavaliselt nooruki- või nooremas täiskasvanueas, kulgeb nihetena või haigushoogudena ja avaldub märgatavate ning ägedate haigusnähtudega. Esiplaanil on tahtelu ja mootorika häired, mis ilmnevad kas rahutuse või pidurduse kujul. Rahutuse korral esineb haigel hulgaliselt meelepetteid, impulsiivseid liigutusi ja tegusid, mitteadekvaatseid emotsionaalseid puhanguid, mõtlemise ja kõne seostetust ning paiguti erilisi unenäolisi teadvusehäire seisundeid (oneiroidsed episoodid). Pidurdus võib esineda kas osalise või täieliku stuupori kujul. Katatoonsete haigete kehaasendis, liigutustes ja kõnes avaldub rohkesti stereotüüpiaid, negativismi ja kajanähte. Osal haigetest on kogu haigusperioodi jooksul esiplaanil kas rahutus või pidurdus, teistel vahelduvad need ebakorrapäraselt.

R. I., 17-aastane neiu, põllumajandustehnikumi õpilane, jõudis viimasel õppeaastal tunduvalt halvemini edasi kui varem. Muutus märgatavalt hajameelsemaks, passiivsemaks ja ükskõiksemaks. Kord lahkus omavoliliselt koolist, reisis kolm-neli päeva sihitult ringi. Oli kärsitu, esines ebamäärane hirmutunne. Veidi aega hiljem jäi täiesti passiivseks, ei tulnud voodist välja, toakaaslaste ja õpetajate-kasvatajate kõnetustele kas ei reageerinud üldse või vastas paari seostamata sõnaga. Sellises seisundis paigutati tütarlaps psühhiaatriahaiglasse. Esimestel päevadel I. ei vastanud kõnetustele-küsimustele üldse mitte, lamas peaaegu liikumatult voodis, silmad suletud, aeg-ajalt tegi käte ja peaga stereotüüpseid loitsivaid liigutusi, hüüatas mõne seosetu sõna või tegi ümisevat-laulvat häält. Ravi toimel selline seisund möödus ja kontakt muutus võimalikuks. I. kirjeldas mõningaid oma elamusi haiguse ägedal perioodil: kadus ära piir reaalsuse ja kujutluste vahel, kogu ümbrus oli nagu unenäoline. Ta tundis nagu oleks mingi «jumalik vaim» tema hõivanud, ta oli selle käes «tahtetu nukk», peas oli «suur segadus», vahel kuulis häält, mis

käskis tal minna kloostriisse ja «päästa inimesed». Liigutada ei saanud, kõnelda sai ainult mõttes. Paiguti valdas teda eriline õnnetunne, paiguti suur kurbus. Kahe kuu pärast oli I. psüühiline seisund nii ulatuslikult paranenud, et ta võis jätkata oma õpinguid tehnikumis. Järgnevatel aastatel mingeid haiguslikke nähte ei ole esinenud, I. tuleb oma elu ja tööga hästi toime.

Hebefreenne skisofreenia e. hebefreenia algab enamasti noorukieas kas ägedalt või pikkamööda ning kulgeb kas pidevalt süvenedes või nihkeliselt. Hebefreenia puhul on sümptomide hulgas esiplaanil emotsioonide ja käitumise pidurdamatus ning motiveerimatus, impulsiivsed teod, põhjendamatu lame lõbusus ning veiderdav käitumine. Haige miimika, kehahoid, liigutused, kõne ja kogu käitumine on silmatorkavalt omapärast ning veider. Esineb mitmesuguseid meelepetteid, sageli fantastilise sisuga ja muutliku temaatikaga, episoodiliselt avaldab haige paranoilisi ja suurusluulu mõtteid, vahel ka omapäraseid kaebusi oma kehatunde osas. Mõttekäik on seostamata, väljendustes esineb sümbolismi, sageli on hääletoon lapselik või omapäraselt pateetiline. Kui hebefreenia algab koolipõlves ja kulgeb mitte eriti ägedalt, jätab haige esialgu «ulaka veiderdaja» mulje, teda püütakse distsiplineerida manitsuste ja karistustega, mis aga muidugi mingit tulemust ei anna. Alles psüühiliste häirete süvenemisel selgub omastele ja kaaslastele, et tegemist on haigusega.

H. H., lastekodus kasvanud nooruk, muutus oma õppeedukuselt ja käitumiselt juba 14 aasta vanuses. Hakkas suhtuma kohustustesse lohakalt, käitus kaaslaste ja õpetajate-kasvatajatega jämedalt ning hoolimatult. Vahetevahel jooksis lastekodust ära, hulkus sihitult ringi. Suutis siiski lõpetada kaheksa klassi ja omandas puusepa eriala. Tööle suunatuna ei püsinud töökohal, lahkus omavalitsuselt, hulkus, töötas juhuslikult kuu-paari kaupa mitmetes ettevõtetes. Igal pool põhjustas konflikte oma pidurdamatu ja jämeda käitumisega, sageli ajas segast juttu mingitest spioonidest, salaorganisatsioonist ja kosmilistest signaalidest. Lõpuks 19 aasta vanusena paigutati H. psühhiaatriahaiglasse. Käitumiselt oli pidurdamatu, liigutused ja kõne veiderdav, episoodiliselt üleemeelik, heitis kaashaigete ja personaliga lamedat nalja, tegi alatasa ümber oma riietusesemeid (näiteks kombineeris pükstest endale turbani, käis palatis ringi aluspesus). Kõnemaneeer oli hüplev, veider, kord laulva, kord vaevu mõistetava ümberkäigega. Esines üksikuid kuulmismeelepeteid, pidas ennast «kosmilise spionaažiorganisatsiooni» loojaks ja juhiks, vahel «võttis ajuga vastu» kosmilisi signaale. Intensiivse ravi abil H. seisund aegamööda paranes, ägedad haigusnähud taandusid, käitumine rahunes ja muutus asjalikumaks. Hakkas suhtlema kaashaigetega ning osa võtma ühistest töödest ja tegevusest. Siiski jäi püsima afektiivne lamedus ja tahteaktiivsuse alanemine, mistõttu H. ei olnud võimeline oma elu iseseisvalt korraldama ning vajab edaspidigi pidevat hooldamist.

Lihtne skisofreenia algab enamasti noorukieas ja kulgeb algusest peale aeglaselt, isegi hiilivalt, nagu eespool toodud näiteist ilmneb. Haiguse kulg on püsiv, kas pidevalt süvenev või mõneks ajaks teatud nivoole püsima jääv. Esiplaanil on tahteaktiivsuse alanemine, tegevuse sihipärasuse ja initsiatiivi vähenemine, üha suurenev passiivsus. Sellega käsikäes alaneb võime ümbrust ning haiget ennastki tabavaid sündmusi emotsionaalselt tajuda. Kujuneb välja emotsionaalne tuimenemine. Järjest enam võõrdub haige omastest ja kaaslastest, sulgub ikka rohkem ja rohkem enesesse. Esialgu võtab haige veel vana inertsit mõjul osa tööst või õppimisest, järk-järgult aga langeb aina rohkem passiivsusse ning lõpuks jõuab nii kaugele, et võib päevade kaupa tegevusetult istuda või lamada, millegi vastu huvi tundmata. Episoodiliselt esineb kuulmis- ja kehatunde meelepetteid, põgusaid fragmentaarseid luulumõtteid, näiteks mõjustusluulu kujul. Haiguse aeglase alguse tõttu ja seoses silmatorkavate sümptomide puudumisega paigutatakse lihtsa skisofreeniaga haiged haiglasse enamasti mitu aastat pärast haiguse algust. Seepärast on selle vormi korral ravi tulemused märgatavalt tagasihoidlikumad, kui teiste vormide puhul.

Tsirkulaarne skisofreenia algab kas nooremas või ka keskeas. Kulgeb reeglina hoogudena, mis enamasti kujunevad välja kiiresti ja ägeda sümptomatoloogiaga. Haigushoogude ajal on esiplaanil emotsionaalsed häired kas ülemeelikuse ja heatujulisuse või siis kurvameelsuse kujul. Selle kõrval esineb aga meelepetteid, mõtlemise seosetust, mõjustus- jt. paranoilise luulu mõtteid, mis annavad nii kõrgenenud kui ka alanenud meeleolu foonile spetsiifilise värvingu. Tsirkulaarse skisofreenia haigushood võivad esineda lühemate või pikemate vaheaegadega, kusjuures hoogude vaheajal kõrvalekaldumised psüühilises tegevuses kas puuduvad täiesti või on vaevu märgatavad ja inimese sotsiaalset adaptatsioonivõimet mitte häirivad. Eespool on esitatud mitu näidet tsirkulaarse skisofreenia kohta.

Tuleb rõhutada, et *skisofreenia kulg ja avalduskujud on väga suuresti mõjustatavad kaasaegsete ravivahendite abil*. Olenedes ravi alguse ajast, ravi liigist ja intensiivsus-est ning kestusest, on tema mõju skisofreense protsessi kulule ja sümptomatoloogiale mitmelaadne, kuid alati soodsa suunaga.

## HÜPOTEESE SKISOFREENIA TEKKEPÕHJUSTEST

Mitmete psüühiliste haiguste põhjused ja tekkemehhanismid on kaasajal üsna üksikasjalikult välja selgitatud. Peaaegu orgaaniliste kahjustuste (raukusatroofia, arterioskleroos, kasvajad, traumad, mürgistused jms.) tagajärjel tekkivate psüühiliste häirete anatoomilised, neurofüsioloogilised ja biokeemilised alused on arvukate uurijate tööde kaudu küllaltki põhjalikult tuntud. Lahtisi küsimusi ja edasist uurimist ootavaid probleeme leidub aga siingi. Tunduvalt keerukam on psühhogeensete psüühiliste häirete tekkemehhanismide tundmaõppimine, mistõttu selles lõigus on kindlaid teadmisi vähem. Skisofreenia tekkepõhjuste ja haiguse kujunemise mehhanismide suhtes aga on tänapäeval kõige vähem midagi kindlat ja üldiselt tunnustatud teada. Seepärast saabki kõnelda üksnes hüpoteesidest skisofreenia põhjuste ja kujunemise kohta.

Üheks põhiliseks probleemiks, mille ümber on eriteadlased aastakümneid diskuteerinud, on endogeensete (organismi sisemuses peituvate) ja eksogeensete (organismile ümbrusest toimivate) tegurite vahekord skisofreenia tekkimisel. On uurijaid, kes omistavad peamise või koguni ainsa põhjusliku tähenduse endogeensetele faktoritele, eeskätt pärilikkusele. Ja on teisi eriteadlasi, kes arvavad skisofreenia olevat tingitud ainuüksi või peamiselt mitmesugustest teguritest, mis tabavad organismi teda ümbritsevast keskkonnast. Kõige üldisemalt tunnustatud on viimasel ajal seisukoht, et skisofreenia põhjusteks on niihästi endo- kui ka eksogeensed tegurid, mis omavahel kombineerudes ja liitudes võivadki esile kutsuda skisofreense protsessi.

Pärilikkuse erikaalu väljaselgitamiseks skisofreenia tekkimisel on paljude autorite poolt uuritud niihästi skisofreenia kui ka sellele lähedaste muude psüühiliste häirete esinemist haigete perekonnas ja suguvõsas. Saadud tulemused on väga ulatuslikult erinevad. See on tingitud nii raskustest andmete kogumisel perekonnaliikmete psüühilise tervise kohta kui ka erinevate autorite erinevatest kriteeriumidest psüühiliste hälvete hindamisel. Sellest hoolimata lubavad kaasaegsed materjalid skisofreeniahaigete sugulaste haigestumise kohta teha mõningaid järeldusi.

Skisofreenia esinemissagedust kogu rahvastikus hinna-

takse ligikaudu ühele protsendile (erinevatel autoritel kõigub see arv 0,6 ja 1,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> vahel). Lähtudes kindlalt skisofreeniahaigena diagnoositud isikust, on tema erinevate sugulaste hulgas leitud skisofreenia esinemist järgmiselt. Haige vanematest on skisofreeniahaigeid leitud 6—14<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, õdede-vendade hulgas 7—15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, laste hulgas 7—16<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, lastelastest 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ja õdede-vendade lastest 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Kui arvesse võtta ka mitmesugused muud psüühilised häired, siis on nende esinemissagedus skisofreeniahaige sugulaskonnas tunduvalt kõrgem kui elanikkonnas tervikuna. Neist andmeist saab teha järelduse, et *päriilikult edasiantavatel teguritel on tõepoolest teatud osatähtsus skisofreenia tekkes.*

Seda järeldust aitavad kinnitada mõningad erisuunitlusega uurimused. Nii on selgunud, et haiguse sagedus lastel sõltub sellest, kas üks või mõlemad vanematest põevad skisofreeniat. Kui haigestunud on ainult üks vanematest, põeb lastest skisofreeniat 7—16<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, kui mõlemad vanemad on haiged, siis lastest haigestub 40—68<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Veelgi selgemat keelt kõnelevad andmed kaksikute uurimisest. Kui on tegemist erimunakaksikutega, s. t. kaksikutega, kelle geneetiline struktuur on erinev (nagu mitte-kaksikutel õdedel-vendadel), on leitud mõlema kaksiku skisofreeniasse haigestumisi 2—15<sup>0</sup>/<sub>0</sub> juhtudest. Kui aga on tegu ühemunakaksikutega, s. t. täiesti identse geneetilise struktuuriga, on haigestumise kokkulangevust konstateeritud 61—86<sup>0</sup>/<sub>0</sub> juhtudest.

Kõik need andmed on mõnede uurijatele olnud aluseks hüpoteesi loomisele, et skisofreenia on puhtal kujul päriilikult edasiantav haigus. On otsitud seaduspärasusi, mille alusel skisofreenia geneetiline edasiandmine toimub. Üldist tunnustust need hüpoteesid siiski ei ole leidnud. Põhjen-datult juhitakse tähelepanu mõningatele asjaoludele, mis mõjustavad suguvõsa uurimisel saadud andmete usaldatavust. Ühe suguvõsa, eriti aga ühe perekonna ulatuses tuleb peale geneetilise läheduse arvestada ka elutingimuste, inimestevaheliste suhete ja kasvatusrežiimi sarnasust (perekonna traditsioonid jne.). Eriti peab seda silmas pidama vanemate ja laste ning õdede-vendade haigestumise võrdlemisel. Skisofreeniahaige isa või ema avaldab oma lapsel mõju ju mitte ainult suguraku vahendusel edasiantud geneetilise materjaliga, vaid talle juba sünnist alates toimiva miljöö kujundajana. Niisamuti toimib skisofreenia-

haige kui erakorraline miljööfaktor, ka oma õdedele-venedele nende kasvu ja kujunemisperioodil, oma vanematele ja teistele lähedastele sugulastele.

Et kasvutingimused omavad suurt kaalu, ilmneb isegi mõnede autorite andmeist, kes muidu tunnistavad skisofreenia pärilikku iseloomu. Nii leidis USA uurija F. J. Kallman, et ühemunakaksikutest, kes kogu oma kasvuperioodi elasid koos, 92<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l juhtudel haigestusid skisofreeniasse mõlemad. Kui aga ühemunakaksikud kasvasid lahus, oli haigestumise kokkulangevus 78<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Seejuures tuleb märkida, et F. J. Kallmani andmed on kirjanduses leiduvatest arvudest kõige suuremad. Mitmed teised uurijad on leidnud ka ühemunakaksikutel, kes koos üles kasvasid, tunduvalt tagasihoidlikuma sagedusega kokkulangevust haigestumisel skisofreeniasse (taani uurijad näit. ainult 35<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

M. Beuler, üks kaasaja suuremaist eriteadlastest skisofreenia alal, on suure materjali kriitilise analüüsi põhjal jõudnud järeldusele, et skisofreeniahaigete vanemate lastest haigestub samasse haigusse 9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Mitmesuguseid muid psüühilisi häireid (psühhopaatilisi jooni isiksuses, sümptomaatilisi psühhoose, neuroose) esineb 15<sup>0</sup>/<sub>0</sub> lastest. <sup>3</sup>/<sub>4</sub> skisofreeniahaigete lastest aga arenevad ja elavad iga-suguste psüühiliste häireteta.

Esitatud andmeist nähtub, et pärilikkusel on vaieldamatu osa skisofreenia tekkes. Seejuures ei ole aga piisavalt alust väita, et skisofreenia on tingitud üksnes geneetilistest faktoritest, et toimub haiguse kui sellise fataalne edasiandmine vanematelt lastele. Üldiselt on tunnustatud hüpotees, et *pärilikult antakse edasi teatud eelsoodumus*, teatud eeltingimused haiguse tekkimiseks. Sõltuvalt elutingimustest, see eelsoodumus kas viib või ei vii haiguse puhkemiseni. Teiste sõnadega: skisofreenia on geneetiliste faktorite ja miljöötegurite kombineeritud toime tulemus. Nende tegurite omavaheline suhe võib seejuures olla väga mitmekesine. Nõukogude psühhiaater E. Natalevitš leidis ulatusliku kliinilise materjali põhjalikul uurimisel, et ligi 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l haigetest on domineeriv tähendus pärilikel, umbes 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l juhtudest aga miljööteguritel. Ülejäänud 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l haigetest on pärilike või miljöötegurite toime enam-vähem võrdse tähendusega. Praktikas kohtame skisofreeniasse haigestumist ilma mingi päriliku eelsoodumusega.

Viimastel aastakümnetel on skisofreenia tekkepõhjuste ja -mehhanismide uurimist arendatud kõige mitmekesisemates suundades ja kõigi kaasaegsete uurimismeetodite abil. Suure valdkonna moodustavad uuringud, mille suunitluseks on olnud leida mingeid *spetsiifilisi nihkeid närvisüsteemi või kogu organismi ainevahetuses ning biokeemilistes protsessides*, mis võiksid põhjustada skisofreenia. Aeg-ajalt on esitatud ikka jälle uusi hüpoteese, mis aga edasisel uurimisel on osutunud paikapidamatuteks. Erialases ajakirjanduses ja ka populaarsetes väljaannetes on olnud palju juttu mitmesugustest toksilistest ainevahetuse produktidest, kui skisofreenia võimalikest vallandajaist. Viiekümnendate aastate alguses esitas Kanada psühhiaater A. Hoffer koos kaastöölisega hüpoteesi adrenaliini ainevahetuse häirete kohta skisofreenikutel, viiekümnendate aastate lõpul väitis USA uurija R. Heath end leidnud olevat skisofreeniahaigete vereseerumis erilise toksilise aine tarakseiini, samal ajal omistas S. Akerfeldt erilist tähtsust tseruloplasmiinile jne.

Kontrollimisel selgus aga, et ükski nendest hüpoteesidest ei ole kehtiv kõikide skisofreeniahaigete kohta ning ei ole võimalik skisofreenia puhkemist kausaalselt siduda ainevahetuse faktoriga. Praegusel ajal arvatakse et skisofreenia aluseks on geneetiliselt põhjustatud hälbed mõnede ensüümide (organismis toimuvaid keemilisi protsesse kiirendavad ja reguleerivad ained) ainevahetuses, millest omakorda võivad sugeneda kõrvalekaldumised kas valkude või muude ainete ainevahetuses. Väga tõenäoseks peetakse võimalust, et kõrvalekaldumised tekivad närviimpulsse rakult rakule ülekandvates keemilistes protsessides nn. mediaatorite tegevuses, kusjuures need häired ei pruugi ilmnedagi kogu närvisüsteemi ulatuses, vaid ainult mõningates ajuosades. Niisuguste häirete tagajärjel muutub närvisüsteemi suunduvatele ärritustele reageerimise võime ning laad, millest sugenevadki lõppkokkuvõttes skisofreeniale iseloomulikud psüühilised hälbed.

Välistest faktoritest, mis võiksid mõjutada skisofreenia tekkimist, on mitmed autorid rõhutanud eeskätt mitmesuguseid bioloogilisi ja füüsikalisi tegureid. Mõned kodu- ja välismaised uurijad on avaldanud arvamust, et skisofreenia võiks olla närvisüsteemi kahjustuse tagajärg kas viiruselisest või bakteriaalsest infektsioonist. Teised autorid on püüdnud skisofreenia teket siduda

mürgistusega, ajutraumadega ja muude eksogeensete kahjustustega. Kõik need hüpoteesid on aga sügavamal kontrollimisel osutunud vähe põhjendatuiks ja mitte üldkehtivaks. Alles mõned aastad tagasi esitas Nobeli preemia laureaat L. Pauling oma hüpoteesi, mille kohaselt skisofreenia (ja ka mõnede teiste psüühiliste häirete) teke on tingitud vitamiinide ja mõnede mineraalainete puudulikkusest organismis, kas siis nende vaeguse tõttu toidus või hälvete tõttu ainevahetuses. Edasistel uurimistel selgus, et kuigi umbes pooltel skisofreeniahaigetel ilmnevad tõepoolest mingisugused hälbepõhised vitamiinide (sealjuures C-vitamiini) ainevahetuses, ei ole ka see hüpotees kehtiv kõikide skisofreeniahaigete kohta.

Psüühilis-emotsionaalsete tegurite osa skisofreeniasse haigestumisel on tuntud juba ammu, kuid vahelduv on olnud neile omistatava tähenduse erikaal: mõned autorid on psüühilistele traumadele andnud ainult juhusliku kaasmõjuri tähenduse, teised aga püüdnud leida neis skisofreenia ainsat või vähemalt põhilist alust. On isegi selliseid — peamiselt psühhoanalüütiliselt orienteeritud — psühhiaatreid, kes loevad skisofreeniat puhtakujuliselt psühhogeenseks haiguseks ja võrdsustavad seda neurooside ning reaktiivsete psühhoosidega. Viimastel aastatel on ka selles osas uurimised avardunud ja täiendunud. Skisofreeniahaigete uurimisel püütakse välja selgitada mitte üksnes ägedate psühhotraumade esinemist vahetult enne haigestumist, vaid pikemat aega püsinud konfliktseid situatsioone kas perekondlikes, tööalastes või muudes suhetes, samuti ka nn. intrapsüühilisi konflikte. Nagu paljude kodu- ja välismaiste uurijate andmeist nähtub, on kroonilistel psüühilistel traumadel, nn. *stressi-situatsioonidel* ilmselt väga suur osa skisofreenia vallandamisel, ligikaudu pooltel haigetest koguni domineeriv osa. Kuid ka siin ei ole alust ühekülgeks üldistuseks. Samalaadseid akuutseid ja kroonilisi psüühilisi traumasid esineb väga paljudel inimestel, skisofreeniasse haigestuvad neist aga vähesed. Teistel tekib samas situatsioonis hoopis mõni teistlaadi psüühiline häire, enamik inimesi talub aga niisuguseid situatsioone ilma igasuguse psüühilise traumata.

Järelikult viitavad ka need andmed endogeensete ja eksogeensete faktorite koosmõjule: *teatud eelsoodumuse korral kutsuvad organismile mõjuvad miljööfaktorid esile*

*niisuguseid muutusi kesknärvisüsteemi tegevuses, mis avaldub skisofreenia kujul.*

Viimastel aastatel on üha suuremat tähelepanu hakatud pöörama kasvu- ja elutingimustele, mis valitsesid haige lapsepõlvkodus. Seejuures on eriti suur tähtsus vanemate, eeskätt ema suhtumisel ja käitumisel lapsega. Soome psühhiaater Y. Alanen töötas läbi õige suure materjali ja jõudis järeldusele, et skisofreenia tekkimisel on küllalt oluline osa mitmesugustel konfliktidel ning raskustel, mis on tekkinud lapsepõlves suhtlemisel vanematega.

Kokkuvõttes võib ütelda, et tänase päevani ei ole skisofreenia tekkepõhjused veel välja selgitatud. Olulist osa selle haiguse kujunemisel etendavad niihästi geneetilised kui ka miljöötegurid, kuid milline erikaal ühel või teisel faktoril täpselt on, vajab veel selgitamist visa uurimistööga. Uurimised skisofreenia tekkepõhjuste ja -mehhanismide valdkonnas toimuvad tänapäeval väga laial rindel ja sihipäraselt, mistõttu ei ole alust kahelda, et need lähemas tulevikus ka reaalset vilja kannavad.

## **SKISOFREENIAHAIGETE RAVI JA SOTSIAALNE REHABILITATSIOON**

Vaatamata sellele, et skisofreenia tekkepõhjused ei ole kuni tänaseni veel välja selgitatud, on skisofreeniahaigete ravimiseks kaasajal rohkesti vahendeid, millega saavutatakse üsna silmapaistvaid tulemusi. Paljude põlvkondade psühhiaatrid on kliiniliste kogemuste ja vaevarikaste otsingute tulemusena loonud selleks võimalused. Ei ole liigne heita kas või põgus pilk skisofreeniahaigete ravi vahendite ja -printsipi kujunemise ajaloole.

Kuni käesoleva sajandi alguseni olid psühhiaatrid sunnitud piirduma skisofreeniahaigete ravimisel üksnes sümptomaatilisel toimivate vahendite ja põetamisega. Rahutusseisundite leevendamiseks kasutati tugevatoimelisi uinuteid, enamikul juhtudest aga oldi sunnitud kasutama füüsilisi vahendeid, näit. rahustussärke, haige fikseerimist voodisse jms. Luulumõtteid ja meelepetteid, mõtlemise seotust ja emotsionaalseid häireid ei suudetud kõrvaldada mingite tollaegsete abinõudega. Haigus kulges spontaanselt. Ainult väiksel osal haigeist tervis ja töövõime taastusid, valdaval enamikul aga põh-

justas haigus kergema või raskema defekti. Krooniliste haigete põetuses ja hoolduses olid esiplaanil mitmesugused *psühholoogilised ja sotsiaalsed võtted*: tööravi, mitmesesine tegevus, psühhoteraapia. Nende abil püüti vältida haigete võõrdumist sotsiaalsetest kontaktidest ja nende langemist autismi ning apaatiasse.

Käesoleva sajandi kahe esimese aastakümne jooksul arendati välja eelnevate kogemuste baasil uniravi meetod, millega teatud osa haigete juures saavutati üsnagi hea paranemine. I. Pavlovi teoreetiliste kontseptsioonide alusel (kaitsepidurduse osa närvisüsteemi töövõime taastamisel) töötas tema õpilane A. Ivanov-Smolenski välja uued printsiibid uniravi rakendamiseks skisofreeniahaigetel, mis selle meetodi efektiivsust märgatavalt tõstis. Samal ajal arendati mitmete maade psühhiaatrite poolt edasi ka töö- ja tegevusravi vorme ja meetodeid krooniliste haigete ravimiseks. Siiski suudeti kõikide nende vahenditega skisofreenia kulgu vähe mõjustada ning tõesti häid ravitulemusi saadi vaid vähese arvu haigete juures.

Märgatav murrang toimus kolmekümnendate aastate keskel. Pääaegu üheaegselt teatasid Viini psühhiaater M. Sakel insuliinravi ja Budapesti psühhiaater L. Meduna konvulsioonravi edukast rakendamisest skisofreeniahaigete ravimisel. Hilisemate kogemuste põhjal osutus konvulsioonravi küll efektiivseks ainult mõningate skisofreeniahaigete juures ja tema peamiseks näidustuseks kujunesid mitmesuguste geneesiga depressiivsed seisundid. Käesoleval ajal kasutataksegi konvulsioonravi üksnes mõningate eriliste seisundite korral.

Seevastu osutus insuliinravi tõepoolest vägagi tulemusrikkaks vahendiks skisofreeniahaigete ravimisel. Selle meetodi abil saavutati nii ulatuslikke paranemisi, mida varasemate meetodite rakendamine ka kõige paremal juhul ei andnud. Ligi kahekümne aasta jooksul oli kogu maailma psühhiaatriahaiglates skisofreeniahaigete põhiliseks ravimeetodiks insuliinravi. Kui varem esines skisofreeniahaigetest ainult 25—30% l märgatavat paranemist, siis tänu insuliinravile see protsent kahekordistus. Aastate jooksul kogutud tähelepanekud näitasid, et insuliinravi osutub eriti efektiivseks nende haigete puhul, kellel haigus on kestnud lühikest aega ja kulgenud intensiivsete häiretega. Pikemat aega kestnud haiguse korral saavutati insuliinraviga tunduvalt tagasihoidlikumaid tule-

musi, kuigi spontaansete paranemistega võrreldes oli edu siingi märgatav.

Tartu psühhiaatriakliiniku materjalide analüüsimisel osutus käesolevate ridade autoril 1960. a. võimalikuks tuua välja järgmised andmed insuliinravi efektiivsuse kohta. Tervenemine ja minimaalse defektiga paranemine saavutati kokku 59<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l skisofreeniahaigetest. Mõõduka ja märgatava defektiga paranemine, millega kaasnes ainult osaline adaptatsioon, saadi 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l haigetest. 11<sup>0</sup>/<sub>0</sub> haigetest kas ei reageerinud ravile üldse mitte või andsid ainult pinnalise ja põgusa paranemise. Analüüs näitas, et insuliinravi tulemused sõltuvad mitmetest teguritest: haiguse alguse tüübist, haiguse kliinilisest vormist, insuliinravi intensiivsusest ja kestusest, eriti ja eeskätt aga haiguse kestusest enne ravi algust. Ilmnes, et kriitiliseks piiriks ravi efektiivsuse seisukohalt on üks aasta. Haigetel, kellel skisofreenia oli kestnud alla ühe aasta, saadi tervenemisi ja häid paranemisi 75<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l juhtudest, üle ühe aasta kestnud haigusprotsessi puhul oli vastav arv ainult 29<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Ja teiselt poolt: alla aastase kestusega protsessi korral osutus insuliinravi efektituks vähem kui 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l haigetest, seevastu üle aastase haiguskestuse puhul koguni 23<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l juhtudest.

Samalaadseid andmeid on saadud ka paljudes teistes psühhiaatriaiglates. Nende kogemuste põhjal on täpsustatud insuliinravi rakendamise näidustusi ja meetodikat. Kaasajal on insuliinravi kasutamine mitmel pool tunduvalt vähenenud, seoses uute vahendite tarvituseletulekuga, kuid reas kliinikutes, sealhulgas ka meie vabariigi psühhiaatriaiglates, on insuliinravi säilitanud oma teatud koha just haiguse algstaadiumis ning ägedakujulise retsidiiviga haigete ravimisel.

Järgmine samm edasi skisofreeniahaigete ravimisel oli nn. neuroleptiliste ainete kasutuselevõtmine. Selle alguseks võib lugeda prantsuse psühhiaatrite J. Delay ja P. Denickeri tähelepanekuid *kloorpromasiini* (*amiasiini*) ravivast toimest rahutuse- ja hirmuseisundite, meeletete ja luulu esinemisel, mille kohta nad teate avaldasid 1952. aastal. Sellest peale on tormiliselt arenenud terve uus suund psühhiaatrias ja kogu meditsiinis — psühhofarmakoloogia. Keemikute, farmakoloogide, neurofüsioloogide, biokeemikute ja psühhiaatrite ning neuroloogide ühistööna on sünteesitud, katsetatud ja kliinilisse rakendusse võetud käesoleva ajani juba mitu tuhat kee-

milist preparaati, mis ühel või teisel viisil mõjuvad psüühilistele häiretele. Nende ainete laialdane rakendamine on andnud psühhiaatritele täiesti uued võimalused mitte ainult skisofreeniahaigete, vaid väga paljude teistegi psüühiliselt haigete inimeste tulemusrikkaks ravimiseks.

Skisofreeniahaigete ravimisel osutusid kõige efektiivsemateks mitmesugused neuroleptilised ained, mis mõjuvad tugevatoimeliste rahustitena motoorse erutuse, hirmu ja ärevuse korral ning vähendavad või kõrvaldavad täiesti meeletused ja luulu. Praegusel ajal on psühhiaatrite käsutuses suur hulk erineva keemilise struktuuriga neuroleptilisi aineid, millest igaühel on mõningad toime iseärasused. Kuid ka mitmed teised keemilised ained — kesknärvisüsteemi tegevust stimuleerivad või pidurdavad vahendid — on osutunud skisofreenia teatud vormide ning seisundite ravimisel efektiivseteks.

Eriti tuleb märkida, et paljude psühhofarmakonide abil on võimalik tõhusalt ravida mitte üksnes värske protsessiga skisofreeniahaigeid, vaid ka neid haigeid, kellel haigus on omandanud juba kroonilise iseloomu. Norra psühhiaater C. Astrup jälgis suurt gruppi kroonilisi skisofreeniahaigeid 10 aasta jooksul ja leidis, et süstemaatilise raviga psühhofarmakonide abil oli ligikaudu ühel neljandikul neist võimalik saavutada tunduv paranemine, millega kaasnes sotsiaalse adaptatsioonivõime taastumine.

Psühhofarmakonide laialdane rakendamine skisofreeniahaigete ja teiste psüühiliste haigete ravimiseks on toonud sügavaid muutusi kogu psühhiaatrilise abi süsteemi üldse. Psühhofarmakonid, mõjudes kiiresti ja märgatavalt sellistele haigusnähtudele nagu rahutus, agressiivsus, hirm, meeletused, luul, on suutelised lühikese aja jooksul taastama haige enam-vähem korrapärase ja distsiplineeritud käitumise. Tänu sellele on esiteks muutunud otse tundmatuseeni psühhiaatriahaiglate sisemine atmosfäär ja teiseks märgatavalt lühenenud haigete haiglas viibimise aeg.

*Psühhiaatriahaiglate sisemise õhkkonna muutumine* on oluline mitmes suhtes. Esiteks võimaldab ägedate haigusnähtude kiire taandumine psühhofarmakonide abil luua haigetele rohkem mugavusi ning teeb tarbetuks igasuguste ettevaatus- ja sunnivahendite rakendamise, mis veel paar aastakümnet tagasi olid hädavajalikud. Vabam, hubasem, mugavam ümbrus palatites ja kogu haiglas — see on juba ise mõjuv ravivahend psüühiliste häiretega inimesele.

Aga veel enamgi, tänu haiglasise atmosfääri muutumisele on tunduvalt avardunud võimalused tegevus-, töö-, kultuur-, sotsioterapia mitmesuguste vormide rakendamiseks. Kunstiline isetegevus, sport ja kehakultuur, haigete ja personali ühised vestlusringid ja klubiõhtud, kontserdid ja teatrietendused, muuseumide ühiskülastused, arutlusõhtud, töötamine, palatite ja osakondade omavalitus, grupiline psühhoteraapia ja paljud muud taolised võtted, mida varem oli võimalik kasutada ainult väikese osa haigete suhtes, on nüüd hõlmanud valdava enamiku psühhiaatriahaiglas ravil viibijaist. Kõik need abinõud on, aga ülisuure toimega haigete sotsiaalse kohanemisvõime taastamiseks.

Eriti on oluline psühho- ja sotsioterapia kõikide vahendite kompleksne rakendamine skisofreeniahaigete ravimisel. Esiteks seepärast, et skisofreenia puhul ei ole tegu mitte ainult inimese bioloogiliste funktsioonide häirumisega, vaid esmajoones just tema sotsiaalse kohastumisvõime alanemisega. Viimasele saab aga soodsalt toimida eeskätt just psühho- ja sotsioterapia vahenditega. Ja teiseks, skisofreeniahaiged kalduvad reeglina isoleerumisele kaastlastest ning enesessesulgumisele, mille vastu võitlemisel kõige mõjusamateks on samuti psühho- ja sotsioterapia, haige pidev ja sihipärane sotsiaalne stimuleerimine.

Psühhofarmakonide intensiivne ja laialdane rakendamine aitab tunduvalt lühendada skisofreeniahaigete viibimist psühhiaatriahaiglas. Kui varem oli enamikul haigetel vaja haiglaravil viibida 4—8 kuud, siis psühhofarmakonide kasutamisel lüheneb see aeg sageli 1—2 kuule. See on väga oluline nihe kogu ravisüsteemis: *pearõhk ei ole enam haige isoleerimisel haiglaseinte vahele, vaid järjest enam ambulatoorsel ravil ja sotsiaalsel rehabilitatsioonil perekonnas, töökollektiivis, üldse haige igapäevases elumiljões*. Enesestmõistetavalt toob see enesega kaasa arvukaid probleeme ning ülesandeid haigele endale, tema perekonnaliikmetele ja kaastlastele.

Kaasaegsete ravimeetodite intensiivse ja kompleksse rakendamisega saavutatakse valdaval enamikul skisofreeniahaigetest haigusnähtude üsna kiire ja ulatuslik taandumine kas tervenemise või märgatava paranemise näol. Inimese võime toime tulla oma igapäevase elu ja tööga taastub kas täielikult või niivõrd ulatuslikult, et ta võib

haiglast lahkuda. Tema psüühilise tervise edasine kulg sõltub aga mitmetest teguritest, nii otseselt meditsiinilistest kui ka sotsiaalsetest. Tuleb rõhutada ja lakkamatult meelles pidada, et *skisofreeniahaige ravimine ei lõpe psühhiaatriahaiglast lahkumisega, vaid peab kestma edasi veel mõnda aega*, sõltuvalt haiguse dünaamikast mõnikord koguni mitmeid aastaid.

Psühhiaatriahaiglas läbiviidud intensiivsele ravile järgneva perioodi jooksul rakendatakse meditsiinilisi ja sotsiaalseid mõjutusvahendeid, millel iga konkreetse haige puhul on oma ülesanne. Niihästi haiget ravival psühhiaatril kui ka haigel endal ja tema perekonnaliikmetel peab olema täiesti selge, milline on antud juhul ülesanne ja millised abinõud on vajalikud.

Kui skisofreeniahaige on haiglaravi toimel tervenunud või niivõrd hästi paranenud, et tema töövõime ja sotsiaalne kohastumisvõime on taastunud, on põhiliseks ülesandeks *võimalikult täielikult ja püsivalt säilitada saavutatud raviefekti*. Seepärast nimetatakse niisugusel juhul rakendatavaid abinõusid säilitusraviks. Säilitusravis on peamine osa sotsiaalsetel ja psühholoogilistel faktoritel. Perekonnaliikmete mõistev ja toetav suhtumine haiguse läbiteinud inimesesse, tema säästmine psüühilistest traumadest ja konfliktidest, töökaaslaste sõbralik ning delikaatne suhtumine, töö- ja puhkerežiimi korrapärasus, tööpinge vajalik reguleerimine, positiivse emotsionaalse miljöö loomine, küllaldane uni, alkoholist loobumine — kõik see mõjustab olulisel määral saavutatud paranemise stabiliseerumist ja inimese sotsiaalset rehabilitatsiooni. Vastavalt paranemise ulatusele ja inimese individuaalsetele iseärasustele on sageli vajalik säilitusravi kompleksis ka mõningate psühhofarmakonide kas lühema- või pikemaajaline kasutamine. Tuleb rõhutada, et psühhiaatri poolt ordineeritud ravimeid peab tingimata kasutama täpselt ettekirjutuse järgi. Vastasel juhul võib haigus taas puhkeda ja põhjustada uue haiglasse paigutamise.

Osal haigetest saavutatakse haiglaraviga ulatuslik paranemine, kuid ühel või teisel põhjusel lahkub haige haiglast enne täielikku tervenemist. Niisugusel korral peab ravi jätkuma ambulatoorselt nn. *j ä r e l r a v i* kujul. Järelravi kompleksis on psühhofarmakonidel esialgu väga oluline osa, kuna nende süstemaatiline ja vajalikus annuses

kasutamine tagab haige edasise paranemise. Loomulikult on ka järelravi korral eespool mainitud psühholoogilistel ja sotsiaalsetel faktoritel suur mõju — nad peavad kaasa aitama ravi tulemuste tõhustamisel. Tartu psühhiaatriakliinikus kogutud andmetest ilmneb, et ligikaudu ühel kolmandikul haiglast lahkunud skisofreeniahaigetel on intensiivse ja asjakohase järelravi abil paranemine järjekindlalt progresseeruv.

Eriti tähtis koht on süstemaatilisel ambulatoorsel ravil ja sotsiaalse rehabilitatsiooni abinõudel nende haigete puhul, kes intensiivse haiglaravi tulemusel on paranenud ainult osaliselt. Säilinud haiguslikud kõrvalekaldumised psüühilises tegevuses ja haige käitumises võivad olla väga mitmesuguse intensiivsusega. Vastavalt sellele on ka haige töövõime ja kohastumisvõime sotsiaalsetes tingimustes erineva ulatusega. *Säilinud haigusnähtude intensiivsust saab enamikul juhtudest suuresti mõjustada psühhofarmakonide abil.* Süstemaatiline haigele kõige kohasema ravimi või ravimite kombinatsiooni tarvitamine, nn. toetusravi, võimaldab hoida haigusnähte väheintensiivsetena, nii et nad kuigi märgatavalt ei häiri haige sotsiaalset kohastumist. Kui aga ravimi võtmine katkestatakse või võetakse seda juhuslikult ning ebapiisavas annuses, muutuvad haiguslikud kõrvalekaldumised psüühilises tegevuses õige kiiresti intensiivseteks, haigus ägeneb ja haige sotsiaalne adaptatsioon langeb tunduvalt. Tartu psühhiaatriakliiniku kogemused on näidanud, et valdav enamik skisofreenia ägenemisi, mis nõuavad haige uuesti haiglasse paigutamist, on sünenenud toetusravi omavolilisest katkestamisest või ebakorrapärasusest.

*Järel-, säilitus- ja toetusravi süstemaatilisus ja täpne eeskirjadekohane rakendamine* eeldab sihiteadlikkust ja vastutustunnet mitte üksnes haigelt endalt, vaid ka tema perekonnaliikmetelt. Kahjuks esineb küllaltki sageli just vastupidist suhtumist. Kui haige enesetunne on hea, käitumine asjalik, töövõime rahuldav, märgatavaid psüühilisi häireid ei esine, siis arvavad nii mõnedki haiged ise ja ka nende lähemad omaksed, et enam pole vajadust ravi jätkata. Ja ignoreerides psühhiaatri juhendeid ning soovitusi, katkestab haige ravimite võtmise. Sageli on selle tagajärjeks juba mõne nädala pärast tervisliku seisundi halvenemine. Kui siis õigeaegselt ei pöörduta psühhiaatri poole ega hakata süstemaatiliselt ravimeid kasutama,

võib sugeneda haiguse uus raske puhang, mis nõuab juba pikemaajalist haiglaravi.

Osal skisofreeniahaigetel kaldub haigus oma iseloomu tõttu aeg-ajalt korduma, mõnikord pikemate, mõnikord lühemate vaheaegade järel, isegi siis kui vahepealsel perioodil haigusnähud praktiliselt puuduvad. Eespool on kirjeldatud hoogudena kulgevat ja tsirkulaarset skisofreeniat, millele haiguse taaspuhkemine on iseloomulik. Süstemaatilise ambulatoorse kontrolli abil psühhoneuroloogilises dispanseris või psühhoneuroloogi juures on võimalik avastada haiguse uus puhkemine juba tema algperioodis, kui haigusnähud on veel tagasihoidlikud. Nagu on näidanud meie kogemused Tartu psühhoneuroloogia-dispanseris, on ligikaudu kahel kolmandikul juhtudest võimalik uute haiguspuhangute efektiivne ravi läbi viia ambulatoorselt, rakendades intensiivselt psühhofarmakone ja muid ravivõtteid. Et niisugust nn. profülaktilist ravi võimalikult varakult saaks rakendada, selleks on muidugi vajalik niihästi haige enda kui ka tema perekonnaliikmete ja kaaslaste tihe kontakt psühhiaatriga ning tähelepanelik suhtumine haige tervislikku seisundisse.

Peab rõhutama, et nõukogude tervishoiusüsteemis on loodud head võimalused skisofreeniahaigete, nagu kõikide teiste psüühiliselt haigete süstemaatiliseks ravimiseks mitte üksnes haiglates, vaid ka väljaspool haiglat. Psühhoneuroloogid rajoonide polikliinikutes, psühhiaatrilised kabinetid, psühhoneuroloogilised dispanserid ja psühhiaatria-haiglad on kõikide abivajajate käsutuses tasuta, nagu kogu meditsiiniline abi meie maal. Skisofreeniahaigete jaoks on meil loodud veelgi avaramad soodustused — *järel-, toetus- ja säilitusraviks vajalikud psühhofarmakonid antakse psühhiaatri ordinatsiooni alusel haigetele tasuta*. Kõikide nende võimaluste otstarbekas ja efektiivne kasutamine oleneb mitte ainult psühhiaatrist, vaid suurel määral haigetest endast ja nende omastest.

Skisofreeniahaigete sotsiaalne rehabilitatsioon hõlmab peale otseste ravivõtete veel hulgaliselt muid tegureid, mis mõjustavad haige seisundit nii meditsiinilises kui ka sotsiaalses mõttes. Vaadeldes mõningaid olulisemaid neist.

Skisofreense haigushoo läbi teinud inimesel tuleb ellu ja oma sotsiaalsesse keskkonda tagasi minnes sageli ületada teatavas mõttes *psühholoogiline barjäär*. Esmajoones

on see barjäär olemas eelarvamuste kujul *inimeste teadvuses, kellega haigusest paranenud inimesel tuleb kokku puutuda* kodus, tööl, olustikulistes suhetes. Mõnel juhul avaldub selline eelarvamuslik suhtumine skepsisena saavutatud paranemise tõhususse; omaksed ja kaaslased loevad paranenud inimest ikka veel psüühiliselt haigeks ja mittetäisväärtuslikuks. Teisel juhul domineerib tõrjuv või koguni halvustav hoiak inimesesse, eriti siis kui tema käitumises või avaldustes on säilinud mõningad haiguslikud sugemed. Küllalt sageli ei hoita niisugust skeptilist või tõrjuvat hoiakut oma teada, vaid sellest antakse märku ka haigele endale kas otseselt või kaudselt, mõnikord koguni väga teravas ja solvavas vormis. Ei ole kahjuks kuigi harvad niisugusedki juhud, kus psühhiaatria haiglast paranenult lahkunud haigele igal tühisemalgi võimalusel paisatakse näkku halvustavaid repliike: «hull», «hullumajast sa tuled ja sinna sa jälle lähed», «sinu, hullu, koht ei ole inimeste hulgas», jne. Enesestmõistetavalt põhjustavad sellised solvangud raskeid psüühilisi traumasid haiguse läbi teinud inimesele ja häirivad psüühilise tasakaalu taastumist. Mõnegi tundlikuma isiku puhul võib selline kohtlemine provotseerida ägedaid agressiivseid reaktsioone solvaja suhtes. Siis aga peetakse ainusüüdlaseks «hullu» ja tõstetakse lärmi selle ümber, et ta on «hullumajast välja lastud». Nagu näitavad kohtupsühhiaatrilised kogemused, on skisofreeniahaigete poolt toime pandud ohtlikud teod paljudel juhtudel provotseeritud. Loomulikult peab isik, kes oma jämeda ja haavava käitumisega provotseeris haige ohtlikule teole, kandma selle eest vastutust. Seepärast tuleb ainult tervitada, et meie seadusandluses on sisse toodud nõue, mille kohaselt juurdlusorganid peavad psüühiliselt haigete isikute poolt toime pandud ühiskonnaohtlike tegude kohta alati läbi viima põhjaliku uurimise kõikide asjaolude (sealhulgas ka omaste ja kaaslaste provotseeriva käitumise) täielikuks väljaselgitamiseks ning vastavate abinõude rakendamiseks.

Psühholoogiline barjäär võib kerkida haigusest paranenud inimese ette ka tema *elukutse ja tööga, õppetöö jätkamisega ja muude eluolukordadega seoses*. Meil kehtivate eeskirjade kohaselt ei ole inimestel, kes on põdenud skisofreeniat, lubatud töötada mõningatel eriti suurt närvi pinget põhjustavatel ja suure vastutuskoormaga seotud tööaladel. On mõnesuguseid piiramisi ka õppimise, sõja-

väeteenistuse jt. alal. Need piiramised on mõeldud niihästi inimese enda vaimse tervise edasiseks kindlustamiseks kui ka ühiskondlikuks profülaktikaks. Kujutagem näiteks ette, milline mõju laste arenevale psüühikale võib olla õpetajal, kes on defektiga paranenud skisofreeniahaige. Piiramiste ulatus sõltub haiguse iseloomust ja saavutatud paranemise ulatusest ning stabiilsusest. Neil juhtudel, kus osutub vajalikuks eriala vahetamine ja töötüüpide reguleerimine, nõuab see muidugi haigelt endalt ja tema lähedastelt asjalikkust ja ühiskondlikku vastutustunnet. Kahjuks esineb juhtumeid, kus mõistvast suhtumisest jääb suuresti vajaka. Mõnigi kord hinnatakse psühhiaatri soovitusi ja ettekirjutusi tööala ning -tingimuste osas kui «sihilikku kiusu». Isegi kannatliku ja põhjaliku selgitustööga ei õnnestu psühhiaatril kõikidel sellistel juhtudel haigele ja tema omastele selgeks teha, et arsti soovitude ainsaks eesmärgiks on just haige enda hea käekäigu tagamine ning haiguse võimaliku kordumise vältimine.

Kokkuvõttes võib märkida, et kaasaegse psühhiaatria käsutuses on terve arsenal vahendeid skisofreeniahaigete edukaks ravimiseks. Nende vahendite tegelik efektiivsus oleneb aga mitte üksnes psühhiaatritest ja psühhiaatrilistest raviasutustest. Psühhiaatrite ülesandeks on igale haigele kõige sobivama ravivahendite kompleksi leidmine ning selle rakendamine nii haiglas kui ka väljaspool haiglat. Haige enda ja tema perekonnaliikmete ning kaaslaste ülesandeks on aga omalt poolt igati kaasa aidata kõikide ravikompleksi kuuluvate abinõude asjakohasele rakendamisele. *Iga inimene, iga ühiskonna liige peab oma asjaliku ning mõistva suhtumisega kaasa aitama toetava ühiskondliku õhkkonna loomiseks, ilma milleta skisofreeniahaigete õigeaegne ning täisväärtuslik ravi ega täielik sotsiaalne rehabilitatsioon ei ole võimalik.*

## SKISOFREENIAHAIGE JA PEREKOND

Igale inimesele on tema perekond selleks sotsiaalseks miljööks, millega tal on kõige tihedamad ja kõige sügavamad sidemed. Perekond mõjustab iga inimese psüühilist enesetunnet ja vaimset tervist olulisel määral, aga samuti mõjustab iga üksiku perekonnaliikme tervis ning käitumine kogu perekonna psüühilis-emotsionaalset atmosfääri.

Perekonna ühe liikme haigestumine skisofreeniasse toob enesega kaasa keerukaid probleeme kogu perekonnale. Need probleemid on muidugi erinevad sellest sõltuvalt, milline perekondlik suhe on haigestunud iga üksikuga: kas haigestub abikaasa, üks vanemaist, õde, vend või laps. Sellest, kuidas iga üksik perekonnaliige omaette ja perekond tervikuna suudab toime tulla nende probleemidega ning millise hoiaku ta võtab haige perekonnaliikme suhtes, sõltub haige käekäik ja tema haiguse kulg eelkõige, kuid sellest sõltub olulisel määral ka kogu perekonna edasine heaolu.

Perekonna suhtumises haigestunud omaksesse võib kõige jämedamates joontes kohata kaht äärmuslikku väära ning kahjulikku hoiakut: perekond ei taha aktsepteerida haigust või ei taha aktsepteerida haiget.

Mittetahtmine aktsepteerida haigust ilmneb peamiselt skisofreenia algperioodil. Kõige sagedamini võtavad selle hoiaku vanemad oma lapse haigestumisel. Perekonnaliikme käitumises ja avaldustes ilmnevaid muutusi, koguni üsna selgelt haiguslikke kõrvalekalduumisi ei taheta kas üldse märgata või püütakse neile leida «psühholoogilisi» seletusi. Arsti, eriti psühhiaatri poole pöördumist kas ei peeta üldse vajalikuks või püütakse seda võimalikult kauem edasi lükata. See võib tingitud olla kas tähelepanematusesest, teadmatusest, eelarvamuslikust valehäbit või muudest asjaoludest. Kuivõrd selline hoiak võib kahju tuua haigele, sest haiguse õigeaegne diagnoosimine ja varajane ravi algus jääb sel juhul ära, selle kohta on eelmistes peatükkides toodud mitmeid näiteid.

On aga juhtumeid, kus perekonnaliikme haigust ei taheta aktsepteerida ka siis, kui see on eriarsti poolt kindlaks tehtud ning vajalik ravi ordineeritud. Niisugusel juhul kas ei nõustuta haige paigutamise ja psühhiaatria-haiglasse ravile või keeldutakse täitmast arsti ettekirjutusi koduseks raviks. Tagajärjeks on haiguse süvenemine, haige sotsiaalse adaptatsiooni pidev alanemine ja üksikutele juhtudel koguni ühiskonnaohtlikud teod. Selline hoiak on äärmiselt vastutustundetu ja selle vastu tuleb järjekindla selgitustööga võidelda. Leidub koguni omakseid, kes oma haige perekonnaliikmega käivad ühe psühhiaatri juurest teise juurde ja visalt taotleavad skisofreenia diagnoosi «mahavõtmist», selle asemel et asjakohase ja õigeaegse

raviga kindlustada haiguse paranemine ning inimese sotsiaalse adaptatsiooni taastumine.

Ei tohi unustada elementaarset tõde, et *inimese psüühiline tervis ei sõltu mitte diagnoosist, vaid meditsiiniliste ja sotsiaalsete abinõude õigeaegsest ning komplekssest rakendamisest*. Diagnoos «skisofreenia», kuigi ta pole kerge ega tühise häire nimetus, ei tähenda siiski mitte fataalset ja parandamatut haigestumist. Nagu eespool esitatust selgub, on selle haiguse kulg suurel osal juhtudest healoomuline, eriti kui täies ulatuses ja varakult kasutatakse kaasaegse psühhiaatria kõiki terapeutilisi võimalusi. See aga sõltub väga oluliselt perekonnaliikmete hoiakust ning konstruktiivsest kaastööst psühhiaatriga. Haiguse mitteaktsepteerimine, tema mitte tunnistada tahtmine on lihtsalt silmade sulgemine tegelikkuse ees, millega faktiliselt kahjustatakse haiget.

Mitte vähem kahjulik on ka teine hoiak — kui perekonnaliikmed ei taha aktsepteerida oma haiget oma st. Selline hoiak domineerib haiguse hilisemates etappides, eriti haiguse kroonilise kulu või defektiga paranemise korral. Esineb kahjuks küllalt sageli juhtumeid, kus haigesse perekonnaliikmesse suhtutakse tõrjuvalt, halvustavalt ning püütakse temast vabaneda. Defektiga paranenud haige käitumises esinevaid vähemaidki kõrvalekaldumisi käsitatakse kui raskeid haiguslikke tunnuseid, tühiseid emotsionaalseid puhanguid aga hinnatakse ohtliku agressioonina ja pöörduakse tulistjalu psühhiaatri poole kategoorilise nõudmisega, et haige isoleeritaks. Kodusest ravist, eriti aga positiivse õhkkonna loomisest haige ümber perekonnas endas, ei taha niisugused omaksed midagi kuulda. Ja ometi on enamasti tegemist haigetega, kes oma psüühilise seisundi poolest võiksid hästi toime tulla mitte ainult perekonnas elamisega, vaid ka süstemaatilise tööga. Igas psühhiaatriahaiglas leidub skisofreeniahaigeid, kes ainuüksi selle tõttu peavad viibima haiglas, et nende perekond on nad sõna otseses mõttes välja tõuganud ja oma käitumisega (koguni füüsilist vägivalda kasutades) võimatuks teinud haigel perekonnas elamise. Kuigi perekonnaliikmed pretensioonikalt deklareerivad, et «niisuguse hulluga on võimatu koos elada», on neil puhkudel küll õigem väita, et haigel on võimatu koos elada niisuguse perekonnaga. Nii mõnigi kord on psühhiaatritel tulnud teha kannatlikku selgitustööd pere-

konnaliikmete hulgas ning koguni kasutada ühiskondlike organisatsioonide ja avalikkuse abi hoolimatute perekonnaliikmete sügavalt kahjuliku hoiaku korrigeerimiseks.

Õnneks on mõlema kirjeldatud äärmusliku väärhoiaku esinemine küllalt harv ja muutub aastast-aastasse üha harvemaks. Kuid nii ühe kui teise hoiaku sugemeid võib kohata pahatihti. Meie üldsus peab igati kaasa aitama, et ka need kustuksid.

Tähelepanu on vaja juhtida veel mõningatele asjaoludele seoses perekonnaliikmete suhtumise ja käitumisega. Skisofreense haigestumise läbiteinud inimene, eriti siis, kui ta on paranenud ainult osaliselt, peab tingimata elama ja töötama korrapärase režiimiga. Reeglipärane ja küllaldane uni, korrapärane ja mitmekülgne toitumine, tervislikule seisundile vastav töökoormus, meelepärane vaba aja sisustamine — kõikide nende nõuete täitmine sõltub loomulikult põhiliselt haigest endast, kuid perekonna osa režiimi kindlustamisel on väga suur. Hoolikalt tuleb jälgida, et haige täidaks kõiki järel-, toetus- ja säilitusravi eeskirju, kaasa arvatud arsti poolt ordineeritud psühhofarmakonide tarvitamine ettekirjutatud hulgas ning aegadel.

Eraldi tuleb rõhutada, et skisofreeniahaige, ka hästi paranenult, peab täielikult vältima alkoholi. Alkohol on kesknärvisüsteemi kahjustava toimega igale inimesele, eriti rasked on tema tagajärjed neile inimestele, kelle aju on haigusest nõrgestunud. Kahjuks esineb haigeid, kes oma tahtefunktsioonide alanemise ja emotsionaalsete häirete tõttu või petlikus lootuses saada ajutist leevenemist oma kärsitusele kalduvad alkoholi tarvitama, isegi kuritarvitama. Haige omaksed peavad järjekindlalt ja sihipäraselt võitlema selle kalduvuse vastu ning omalt poolt vältima kõike, mis võiks soodustada alkoholi tarvitamist.

Eespool on korduvalt rõhutatud psüühilis-emotionaalse atmosfääri tähtsust skisofreeniahaige sotsiaalses rehabilitatsioonis ja raviefekti stabiliseerimisel. Arusaadavalt on esmajärguline tähtsus just kodus, perekonnas valitseval õhkkonnal. Haigesse, ka siis kui tema käitumises ja kõnes esineb hälbeid, tuleb alati suhtuda toetava sõbralikkusega ning kannatlikult. Ei tohi unustada, et haiguslikke kõrvalekaldumisi ei ole võimalik korrigeerida.

rida noomimise, etteheidete ega karistusega, veel vähem halvustamise või haige inimväarikuse alandamisega. Kui haige käitumises ilmneb kõrvalekaldumisi, mis muutuvad perekonnale või ümbrusele häirivaks või koguni ähvardavaks, tuleb sellest viivitamatult informeerida psühhiaatrit, kes siis juba korraldab vajalikud muudatused ravirežiimis.

Sageli jutustavad haiged oma perekonnaliikmetele oma haiguslikkudest elamustest ja arusaamadest. Kuidas reageerida haige meeletetetele ja luulumõtetele? Vaja on vältida kaht äärmust: *ei ole õige ega otstarbekas haigega vaidlema hakata, aga ka mitte talle tingimusteta järele kiita*. Vaidlemise ja loogilise arutlusega ei ole võimalik haiguslikke elamusi likvideerida, ei ole ka võimalik haiget veenda tema luulumõtete irreaalsuses. Selles nende häirete haiguslik iseloom seisabki. Seepärast ei ole otstarbekohane haigega diskuteerida, eriti aga mitte ägedalt või halvustavalt nimetada tema mõtteid ja arvamusi «lollusteks», «jampsiks», «hullumeelse segaseks jutuks» vms. Niisugune käitumine võib kaasa tuua haige ägedushoo või vähemalt usaldusliku kontakti katkemise temaga. Tuleb aga tõdeda, et just nimelt niiviisi haige perekonnaliikmed haige mõtteavaldustesse ja arvamustesse väga sageli reageerivadki. Ja sellist käitumisviisi võib kohata mõnikord isegi haritud inimeste juures.

Sama väär on aga ka haige ekslikke arvamusi ja hinnanguid ning tema meeletetelisi elamusi õigeks tunnistada ja heaks kiita. Kui haige näiteks kurdab oma kodustele, et «vaenlaste kamp» teda jälitab või kiiritab vms., siis selletaoliste kaebuste õigeks tunnistamine omaste poolt võib ainult haiguslikke elamusi süvendada ning haige käitumises veelgi raskemaid kõrvalekaldumisi põhjustada. Kõige kohasem on haige mõtteavaldusi ja arvamusi tolerantselt ära kuulata, seejuures üksnes riivamisi avaldada kahtlust, kas asjaolud ikka tõepoolest on nii, nagu nad haigele näivad. Kõige olulisem on aga *püüda haige mõtteid kõrvale juhtida tema haiguslikest elamustest ning stimuleerida teda tegelema igapäevase elu reaalsete asjade ja probleemidega*.

Skisofreeniahaige üheks suuremaks ohuks on tegevusetus. Haiguse iseloomu tõttu, seoses tahtefunktsioonides ja tundeelus kujunevate häiretega, kalduvad haiged sageli passiivsusele ja loidusele. See tendents ilmneb ka mõne-

del üsna hästi paranenud haigetel. Seepärast on hädavajalik, et neid haigeid pidevalt õhutataks ja stimuleeritaks tegevusele. Olgu see osavõtt kodusest majapidamisest ning aia- ja põllutööst, olgu see väiksemate või suuremate tööülesannete täitmine väljaspool kodu, olgu see vaba aja sisustamine meelelahutustega, jalutuskäikudega, suusatamisega, teatri-kontserdi-kino külastamisega, raamatute lugemisega, musitseerimisega, mängudega — peasi on, et inimesel oleks tegevus. Ühelt poolt aitab see kesknärvisüsteemi pideva toniseerimisega kaasa psüühilise tervise taastamisele, teiselt poolt vähendab haiguslike elamuste erikaalu. Ja igal juhul hoiab süstemaatiline tegevus haiget langemast kroonilisse loidusse ning passiivsesse veeteerimisse. Mõnigi kord võib haigete omastelt kuulda arvamust, et nad püüavad võimaldada haigele puhkamist ja kosumist just sel teel, et nad talle mingeid ülesandeid ei anna ega mingile tööle ei sunni. See on täiesti väär: *tegevusetus ei ole mingi puhkus, passiivselt logelemine ei anna närvisüsteemile mingit kosutust*. Küllaldase kestusega uni on ainsaks passiivse puhkuse ja kosutuse vormiks, mida inimene vajab, ja tingimata vajab. Ärkvelolekus on aga igasugune loidus, passiivsus, logelemine ja tegevusetus kurjast, selle tagajärjeks saab olla ainult närvisüsteemi toonuse alanemine ning inimese üha ulatuslikum väljalangemine sotsiaalsest kohanemisest. Järeltuleb kõikide võtete ja abinõudega võidelda tegevusetuse vastu. Muidugi kannatlikult, sõbralikult, toetavalt, vältides kurjustamist, halvustamist ja ägetsemist.

Hoolikalt on vaja jälgida, et haige süstemaatiliselt täidaks isikliku hügieeni nõudeid: korrapäraselt peseks ja käiks saunas, vahetaks pesu ja voodiriideid, puhastaks hambaid ja suud jne. Mõnigi kord peab haiget selleks järjekindlalt õhutama ning ergutama, hügieeni unarusse jätta ei või mingil tingimusel.

Seoses ühe abikaasa haigestumisega ning haiguse jääknähtude pikemaajalise püsimisega võib kerkida mitmeid probleeme ka abieluvahekorras, sealhulgas seksuaalelus. Kõik taolised probleemid tuleb lahendada psühhiaatriga asjalikult ja täie avameelsusega konsulteerides, kuna alati peab lähtuma haige konkreetsest olukorrast, tema haiguse iseloomust, ravietapist ja samuti abikaasade vahelistest suhetest. Mingeid universaalseid reegleid selles valdkonnas anda ei saa.

Teiseks ohuks haigele on üksijäämine, psüühiline isoleerumine omastest. Haiguse iseloomu, eriti emotsionaalsete häirete tõttu kalduvad paljud skisofreeniahaiged eemaldumisele ümbritsejatest ja enesesulgumisele, seda mõnikord isegi hea paranemise korral. Kui selle vastu järjekindlalt välja ei astuta, võib see lõpuks viia sügava autismini, täieliku psüühilise kapseldumiseni. See aga on omakorda väga suureks takistuseks haige sotsiaalsel rehabiliteerimisel ja soodustab haiguslike elamuste ning käitumishälvete süvenemist. Just perekonnaliikmed, lähedased omaksed on need, kes saavad kõige rohkem ära teha isoleerumistendetsi vastu. Delikaatse, sõbraliku käitumisega, usalduslike vestlustega, töösse, tegevusse ja sotsiaalsesse kontaktidesse kaasatõmbamisega on võimalik vältida haige kapseldumist ning samal ajal tagada positiivne emotsionaalne stimulatsioon, mida iga skisofreeniahaige nii väga vajab.

Ja lõpuks — perekonnaliikmed peavad hoidma pidevat kontakti psühhiaatriga, kelle hoole all on nende haige. Seda ühelt poolt arsti pidevaks ja täielikuks informeerimiseks haige käekäigust ning tervislikust seisundist, teiselt poolt aga kõikide kerkivate ravi- ja kohtlemisprobleemide ühiseks asjalikuks lahendamiseks. *Konstruktiivne, vastastikusel usaldusel ja mõistmisel tuginev koostöö psühhiaatri ja perekonnaliikmete vahel kindlustab kõige efektiivsema kompleksse ravi ning haige maksimaalse paranemise. See aga on ju meie ühine siht.*

---

Юри Саарма. ШИЗОФРЕНИЯ. На эстонском языке. Художественное оформление А. Сяде. Издательство «Валгус». Таллин, Пярнуское шоссе, 10.

Toimetaja I. Rajasaar. Kunstiline toimetaja A. Säde. Tehniline toimetaja M. Tammes. Korrektorid H. Kull ja H. Uuspõld. Laduda antud 11. III 1971. Trükkida antud 12. V 1971. Kohila Paberivabriku trükipaber nr. 2, 54×84/16. Trükipoognaid 4,5. Tingtrükipoognaid 3,78. Arvestuspoognaid 4,41. Trükiarv 15 000. MB-05321. Tellimuse nr. 465. Trükikoda «Punane Täht». Tallinn, Pikk tn. 54/58. Hind 13 kop.



13 kop.

A  
31797

7538087

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00753808 7