

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

E. Karu ja J. Saarma

PSÜHHIAATRIA PRAKTIKUM

Tartu 1970

A-30892

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

E. Karu ja J. Saarma

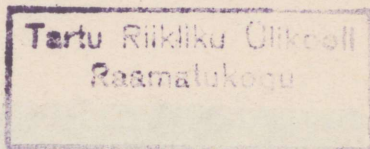
PSÜHHIAATRIA PRAKTIKUM

Teine trükk

Tartu 1970

Käesoleva konspekti ülesandeks on abistada arsti-
teaduskonna ravilosakonna V kursuse üliõpilasi orientee-
rumisel psühhiaatria põhiküsimustes praktilisteks töö-
deks vajalikus ulatuses. Konspekti üldosa sisaldab lü-
hiülevaate psühhopatoloogia olulisematest peatükkidest.
Eriosa toob põhilised andmed tähtsamatest psüühika hai-
gustest.

Konspekti võivad abivahendina kasutada ka stomato-
loogid, defektoloogid, psühholoogid ja juristid kohtu-
psühhiaatria mõnede peatükkide käsitlemisel.



TARTU ÜLIKOOLI
RAAMATUKOGU

Praktikumi ülesanne.

Psühhiaatria praktikumi ülesandeks on:

- 1) anda arstiteaduskonna ravilosakonna üliõpilastele praktilisi kogemusi psüühiliste häirete uurimiseks ja diagnoosimiseks,
- 2) tutvustada neid põhiliste psüühiliste haigustega ja
- 3) anda kogemusi tähtsamate meetodite kasutamiseks psüühiliste haiguste ravimisel.

Praktikumi ulatus.

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

Põhinõuded psüühiliselt haige inimese uurimisel.

1. Anamnees.

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

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

2. Somaatiline seisund.

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

3. Psüühiline seisund.

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

- a) küsimus peab olema lühike ja selgesti sõnastatud,
- b) küsimus tuleb esitada selliselt, et haige peab andma sisulise vastuse;
- c) haigel peab olema küllaldaselt aega küsimusele vastamiseks,
- d) küsitlus peab olema kindla plaani kohane.

4. Kliiniline jälgimine.

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

ÜLDOSA .

Praktikumi metoodika.

Psühhiaatria üldosa küsimustega tutvumiseks uurib iga üliõpilane esimesel praktikumil üht haiget iseseisvalt, kogub anamnestilise materjali haigelt endalt ja kliinilise haigusloo abil teostab somaatilise seisundi uurimise põhilistes osades ja psüühilise seisundi üksikasjaliku uurimise. Kogutud materjali esitab üliõpilane rühmale ühisel arutlusel. Selle käigus õpitakse õppejõu juhendamisel tundma üksikuid psüühilisi häireid ja analüüsitakse neid.

Üldosa raamides käsitletakse järgmisi põhilisi psüühilise talitluse häireid.

I. TAJUMISHÄIRED.

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

1. Meelepetted on patoloogilised tajumisvormid; neid on kahte liiki.

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

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

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

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

2. Psühhosensoorsed häired on tingitud aistingute ekslikust sünteesimisest.

a. Derealisatsioon - ümbrus tajutakse moonununa ja võõrana, sest esemete ruumilised ja ajalised suhted tunnetatakse väärilt.

b. Depersonalisatsioon - enda isik tajutakse moonununa kehaskemi ja "mina" tervikluse häirete tõttu.

Tajumise ja selle häirete uurimine haigel.

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

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

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

II. MÖTLEMISHÄIRED.

Mõtlemine on tegelikkuse kõrgem, abstraktse tunnetamise vorm, on realiteedi seoste ja suhete peegeldumine teadvuses. Mõtlemises eritletakse vormilist külge - sõnaliste seoste (assotsiatsioonide) kulgemise tempo ja sihipärasus. Mõtlemise sisuline külg on abstraktsioonide ja üldistuste vastavus tegelikkusele. Mõtlemise astmed: ¹⁾ mehaanilis-assotsiatiivne ja ²⁾ loogilis-assotsiatiivne mõtlemine.

A. Mõtlemise vormilised (sõnaliste assotsiatsioonide kulgemise) häired.

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

b. Mõttekäigu aeglustumine, millega seoses sõnalised reaktsioonid aeglustuvad kuni mutismi (vaikimise) tekkiniseni.

õprik
c. Tõkestus on tavalise kiirusega toimivas mõtlemises esinev katkestus.

d. Seosetus - seosetu, hüppeline üleminek ühelt mõtelt teiselt.

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

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

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

h. Patoloogiline üksikasjalikkus ja sõnalaialdus, e. sõnachtrus.

B. Mõtlemise sisulised häired.

Nende häirete puhul ei peegelda mõtlemine sisuliselt õigesti realiteedi seoseid ja suhteid.

1. Sundmõte on vastu inimese tahet korduv mõte, mille tegelikkusele mittevastavust või tarbetust haige hindab kriitiliselt.
2. Luulumõte on loogiliselt vale, veendumuslik otsustus, mis ei allu mõistuse korrektuurile.
 - a. Depressiivne luul - haige hindab enda isikut ja olukorda tegelikkusest halvemaks ja madalamaks. Üksikvormid on enesesüüdistusluul, väiksusluul, nihilistlik luul ja hüpohondriline luul.
 - b. Suurusluul - haige hindab enda isikut ja olukorda tegelikkusest paremaks ja kõrgemaks.

- c. Paranoiline luul - haige leiab, et ümbritseva keskkonna suhtumine temasse on sihilik ja paha-tahtlik, mis aga ei vasta tegelikkusele. Üksik-vormid on suhtumislul, jälituslul, tagakiusa-mislul, mõjustuslul, seletuslul ja kiivuslul.
3. Ülekaalukas mõte - idee, mis omandab teadvuses tege-likkusele mittevastava erikaalu ja millega haige ak-tiivselt tegutseb. Võib alluda korrekatuurile.

Mõtlemise ja selle häirete uurimine haigel.

- a. Analüüsida anamneesi andmeid, mis iseloomustavad mõtlemise vormilist ja sisulist külge.
- b. Analüüsida haige vastuseid küsimustele ja tema spontaanseid avaldusi tempo, sihipärasuse ja sisulise kül-je osas.
- c. Analüüsida haige kirjalikke avaldusi vormiliste ja sisuliste omaduste osas.

III. INTELEKTIHÄIRED.

Intellekt on võime tegelikkuse üldistatud tunnetami-seks (abstraktseks mõtlemiseks) ja adekvaatseks reageeri-miseks.

A. Oligophrenia e. nõrgamõistuslikkus e. nõrgaarusus on mahajäämus intellekti arenemises, mil inimene ei saa-vuta normaalset intellektuaalset taset (kaasasündinud või ajukahjustuse tõttu varases lapseas omandatud).

1. Debilitas mentis e. debiilsus on nõrgamõistuslikkuse kergem aste, mil inimene on võimeline lihtsamal alal

iseseisvalt töötama ja ühetaolistes tingimustes iseseisvalt elama, ei suuda aga kohaneda keerukamates olukordades.

2. Imbecillitas e. nõrgamõistuslikkuse keskmine aste - inimene ei ole suuteline iseseisvalt oma elu korraldama ega töötama, on võimeline juhendamisel täitma lihtsamaid tööülesandeid.
3. Idiotia e. nõrgamõistuslikkuse raskem aste - inimene ei ole suuteline iseseisvalt elama ega ka juhendamisel mingit tööd tegema, vajab pidevalt hooldamist.

B. Dementia e. nõdrameelsus on intellekti tagasilangus normaalselt tasemelt, mis tekib aju elu värtel saadud orgaanilise kahjustuse tagajärjel.

Dementsuse astmed on:

1. Lakunaarne - kergem dementsus, mille puhul alaneb mõtlemisvõime tase, kuid inimene säilitab lihtsamad oskused ja võimed.
2. Globaarne - raskem dementsus, mille puhul on häiritud ka kõige lihtsamad oskused ja võimed.

Dementsuse kulg võib olla:

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

Intellekti ja selle häirete uurimine haigel.

a. Analüüsida anamnestilisi andmeid inimese arengukäigu kohta lapseeas, psüühiliste funktsioonide kujunemist ja arengut, edasi jõudmist koolis, tööoskuste omandamist, oma elu korraldamise võimet, saavutatud ühiskondlik-tootlikku taset.

b. Intellekti praeguse seisundi hindamiseks:

aa) jälgida kliiniliselt patsiendi tegevuses aval-

duvaid huve, kohanemisevõimet ümbruse suhtes ja suutelisust enda eest hoolitsemiseks;

- bb) rakendada küsimusi, mis iseloomustavad üldistuse ja abstraktsioonivõime taset: mõistete diferentseerimine (näit. mille poolest erineb trepp redelist?), mõistete üldistamine (kuidas nimetada ühe sõnaga lusikat, nuga, kahvilit, kulpi?), arvutustehte valdamine, allegooriliste väljendite lahtimõtestamine (mis tähendab väljend "pikad näpud"?), vanasõnade lahtimõtestamine (mis tähendab ütlus "valel on lühikesed jalad"?), orienteerumisevõime ühiskondliku elu küsimustes.

IV. MÄLUHÄIRED.

Mälu on endise kogemuse peegeldus teadvuses, on võime omandada, säilitada ja reprodutseerida kogemusi ja teadmisi. Vahetu tunnetamise (tajumise) materjal reprodutseeritakse kujutlustena. Üldistatud tunnetamise (mõtlemise) materjal reprodutseeritakse sõnade ja lausetena. Reprodutseerimine toimub assotsiatsioonide abil.

1. Hüpermnesia (hüpermnesia) - teadvusse kuhjub vastu tahtmist ammu unustuses olnud detaile, mis häirib sihipärasest assotsiatsioonide kulgemist.

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

3. Amnesia (amnesia) - ajaliselts piiratud mälu lünk, mis esineb varasema kogemuse ahelas. Tekib teadvushäire tõttu, mille vältel ei toimunud kogemuse omandamist.

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

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

Mälu ja selle häirete uurimine haigel.

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

b. Omandamisvõime uurimiseks kasutada:

- aa) õppimiskatset (Luria järgi) - haigele loetakse ette kümme omavahel seostamata nimisõna, seejärel peab ta kordama meeldejäänud sõnad. Samu sõnu loetakse ette kuni kümme korda. Igal kordamisel omandatud sõnade arvud moodustavad graafiliselt kujutatuna nn. õppimiskõvera; arvutatakse mälu indeks;
- bb) arvude õppimisülesannet - haigele nimetakse vabas järjekorras kuni kuus ühekohalist arvu või üks kahe-, kolme-, nelja- või rohkemakohaline arv ja kontrollitakse nende omandamist.

V. TAHTEELU HÄIRED.

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

A. Tahte aktiivsuse häired.

1. Aktiivsuse tõus - avaldub liigutuste ja miimika elavnemises, mis äärmisel juhul võib väljenduda rahutusena.

Eristatakse:

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

b) katatoonset rahutust - tung liigutusteks, mil aktiivsus on sihitu ja enamasti miljööärritustega seostamata.

2. Aktiivsuse alanemine - võib ilmneda kahes astmes:

a) hüpoabuulia - initsiatiivi alanemine, loidus,

b) abuulia - initsiatiivitus, täielik passiivsus.

B. Tahte sihipärasuse häired.

1. Ambitendents - samaaegselt esineb kaks vastandlikku tegutsemisimpulssi.

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

3. Katatoonsed nähud, mille erivormid on:

a. Stereotüüpia - ühetaolise tegevuse tarbetu kordamine:

- aa) asukoha stereotüüpia,
- bb) asendi stereotüüpia,
- cc) liigutuste stereotüüpia.

b. Ekonähud e. kajanähud - ümbritsevate isikute mehaaniline matkimine:

- aa) ekopraksia - teise isiku liigutuste matkimine,
- bb) ekolaalia - teise isiku väljenduste matkimine.

c. Negativism, mis võib esineda:

- aa) aktiivse negativismina - haige tegutseb korraldusele või vajadusele vastupidiselt,
- bb) passiivse negativismina - haige ei täida käsku või korraldust.

d. Flexibilitas cerea (vahajane paendlikkus) e. katalepsia - haige säilitab pikemat aega keha või jäseme antud asendi.

e. Stuurpor e. tardumine, mis võib olla:

- aa) täielik stuurpor - täielik liikumatus, mil puuduvad nii aktiivsed kui ka kaitsereflektorsed liigutused. Stuurpor on kas retseptoorne või efektoorne;
- bb) osaline stuurpor - haige teeb küll mõningaid liigutusi, kuid need on väga raskepärased ja aeglased.

Tahte ja selle häirete uurimine haigel.

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

b. Praeguse seisundi hindamiseks jälgida haige käitu-

mise aktiivsust, isiklikku initsiatiivi, tegutsemise sihipärasust ja vastavust tegelikkudele olukordadele niihästi kaashaigete kollektiivis viibimisel kui ka haige uurimisel arstikabinetis.

VI. TUNDEELU HÄIRED.

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

A. Põhimeeleolu häired.

настроение

1. Meeleolu kõrgenemine:

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

2. Meeleolu alanemine:

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

3. Apatia e. emotsionaalne tuimenemine - haige suhtub üksikõikselt ümbruse sündmustesse ja enese olukorra muutustesse.

B. Emotsionaalse reaktiivsuse häired.

1. Emotsionaalne labiilsus - pisemadki muutused olukorras või miljööös põhjustavad elavaid emotsioone.

2. Emotsioonide väärastumine - emotsionaalse reaktsiooni sisuline mittevastavus tegelikule olukorrale.

a. Ambivalents - kahe vastandliku emotsiooni samaaegne esinemine vastuseks ühele asjaolule.

b. Emotsioonide inadekvaatsus - sisuliselt vastasuunaline emotsionaalne reaktsioon.

C. Afektid.

Afekt on järsku tekkiv tugevajõuline ja lühiajaline emotsionaalne puhang. *hinnu ka*

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

2. Protraheeritud afekt - tavalisest tunduvalt pikaajalisem afekt.

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

Tundeelu ja selle häirete uurimine haigel.

a. Analüüsida anamneesi andmeid, mis iseloomustavad inimese meeleolu, selle püsivust, märgatavaid muutusi selles, nende vastavust tegelikule situatsioonile. Erilist tähelepanu pöörata alanenud meeleolu korral suitsiidmõtete

või -katsete esinemisele. Analüüsida emotsionaalset reaktiivsust ja haiguse vältel ilmnenu muutusi selles.

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

VII. TEADVUSHÄIRED.

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

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

1. Uimasus - reaktsioon välisärritustele loid, mõtlemine aeglustunud.

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

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

4. Kooma e. teadvusetus - haige ei tunneta ka kõige intensiivsemaid vahetuid ärritusi ega reageeri neile.

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

1. Hämarolek - haige ei tunneta tegelikku ümbrust,

võib esineda hulgaliselt nägemismeelepetteid, enamasti avaldub hirm, mootorika on vaba, võib esineda agressiivsus, sõnalist kontakti ei saa.

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

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

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

Teadvuse ja selle häirete uurimine haigel.

a. Analüüsida anamnestilisi andmeid, mis vihjavad teadvushäirete esinemisele (eriti mäluhäired).

b. Teadvuse praeguse seisundi hindamiseks:

- aa) jälgida sõnalise kontakti võimalikkust,
- bb) jälgida haige reageerimist mitmesugustele vahetutele ärritustele (valgus, heli, valu jne.),
- cc) analüüsida haige orientatsioonivõimet, eraldades autopsüühilist (enda isiku suhtes) ja allopsüühilist (koha, aja ja olukorra suhtes) orientatsiooni.

ERIO SA .

Praktikumi metoodika.

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

I. SCHIZOPHRENIA.

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

Etioloogia on siiani tundmata.

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

Sümptomatoloogia.

1. Tajumine on enamikul skisofreeniahaigetel ulatuslikult häiritud. Iseloomulikud on psühhosensoorsed häired (derealisatsioon ja depersonalisatsioon), pseudohallutsinatsioonid kuulmisanalüsaatori osas ("hääled"), ka nägemise-, haistmise-, maitse- ja puutetunde, harvem proprio-tseptiivsed ja interotseptiivsed meelepetted.

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

3. Intellekti osas primaarseid häireid ei esine.

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

5. Tahteelu osas on iseloomulikud sihipärasushäired, nagu ambitendents, motiveerimata teod ja katatoonsed nähdud, eriti stuupor või katatoonne rahutus. Tahteaktiivsuse muutused esinevad peamiselt hüpo- või abuuulia kujul.

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

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

Kliinilised alavormid.

1. Schizophrenia paranoidea - algab enamasti pärast 20. eluaastat, sageli keskeas. Algas võib olla äge või pikaldane. Kulg on enamasti progresseeruv. Sümatoloogia osas domineerivad paranoiline luul, mis võib omandada sümatematiseeritud kuju, ning hulgalised meelepetted (esiplaanil kuulmishallutsinatsioonid).

2. Schizophrenia simplex (lihtne vorm) - algab enamasti noorukieas. Algas ja kogu progresseeruv kulg on hiiilivalt aeglane. Märgatav on tahteaktiivsuse järjest tunduvam alanemine ning tundeelu tuimenemine (apaatiko-abuuiline sündroom). Meelepetteid ja luulu esineb harva.

3. Hebephrenia (hebefreenia) - algab enamikul juhtudel noorukieas kas ägedalt või alaägedalt, edasine kulg on kas pidevalt progresseeruv või nihkeline. Tajumis- ja mõtlemishäirete kõrval domineerivad ka motiveerimata tegetsemine, pidurdamatus, veiderdamine ja emotsioonide väärastumine (inadekvaatne lõbusus, õõnes nutt jne.).

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

Kulg.

Skisofreenia algab noorukieas või 20. eluaastate paiku. Harvem esineb skisofreenia varases lapseeas või hilis-skisofreenia pärast 40. eluaastat.

Algus võib olla kas äge, alaäge või hiilivalt aeglane. Protsessi edasine kulg võib olla pidevalt progresseeruv, või haigus jääb pikemaks ajaks peatuma teatud tasemele või esineb ulatuslikke spontaanseid paranemisi. Kõige sagedasem on nihkeline kulg, kus iga nihe annab paranemise, mille tase on madalam eelmise nihke remissioonist. Skisofreenne protsess võib lõppeda tervenemisega, paranemisega või defektiga.

Ravi.

1. Insuliinravi - põhiline meetod värske haigestumise, retsidiivi ning protsessi ägenemise ravimiseks, eriti paranoilise ja katatoonse sündroomi korral.

2. Neuropleegilised vahendid (fenotiasiinderivaadid ja Rauwolfia preparaadid) on efektiivsed kroonilise protsessi ravimiseks ning insuliiniga kombineerituna ägeda protsessi korral. Retsidiivide vältimiseks rakendatakse neuropleegilisi vahendeid nn. "toetusravi" kujul.

3. Konvulsioonravi (korasool- ja elekterkrampravi) rakendatakse ägeda alguse korral, depressiivse komponendi või rahutuse esinemisel, samuti kombineerituna insuliinraviga visa haigusprotsessi korral.

4. Uniravi kas katkestatud või katkestamata medikamentoosse unena kasutatakse eeskätt stuupori raviks, aga ka paranoilise sündroomi ravimisel kombineeritult teiste meetoditega.

5. Püroteraapia (väävli, kehavõõra valguga jms. süstimise abil) rakendatakse kombineerimiseks teiste meetoditega, et tõsta organismi reaktiivsust (lihtsa vormi, hebefreenia jt. juhtudel).

6. Psühhoteraapia on skisofreeniahaigete ravimisel vältimatu komponent bioloogiliste meetodite kõrval. Rakendatakse üldist ratsionaalset (selgitavat) psühhoteraapiat, kultuuriteraapiat (kultuurilised üritused aktiivseks puhkuseks).

7. Süstemaatiline tööteraapia - eriti krooniliste haigete ravimisel.

Psühho- ja tööteraapia sihiks on seoste taastamine kollektiiviga ja ühiskondlik-tootliku aktiivsuse toniseerimine.

Profülaktilised vahendid.

1. Dispanseerimine, elu- ja töörežiimi aktiivne reguleerimine, perekonna ja kollektiivi instrueerimine.

2. Pärast edukat ravi toetav ravi neuropleegiliste vahenditega.

3. Nii esmase haigusnõrge kui ka retsidiivi korral tagavad täisväärtusliku remissiooni varajane diagnoosimine ja ravi kiire algus.

II. PSYCHOSIS MANIACO - DEPRESSIVA.

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

Etioloogia on siiani tundmata.

Patogeneesi osas märkis I.P. Pavlov seost kõrgema närvitalitluse pidurdamatu (koleerilise) tüübiga. Organismis kujunevad perioodilised vegetatiivvähetusli-

kud häired, V.P. Protopopovi järgi faaside vaheajal vago-
toonilise, faaside ajal sümpatikotoonilise tendentsiga.

Sümptomatoloogia on erinevates faasides vastassuuna-
liste muutustega psüühilistes funktsioonides, millest esi-
plaanil on 1) meeleolu, 2) mõttekäigu ja 3) liigutuste tõus
või langus.

1. Maniakaalne faas - meeleolu kõrgenenud, mõtte-
käik kiirenenud, tahteaktiivsus, mootorika ja kõne elav-
nenud. Domineerib mehaanilis-assotsiatiivne mõtlemine,
esinevad suurusemõtted.

2. Depressiivne faas - meeleolu alanenud, mõtte-
käik aeglustunud, tahteaktiivsus, mootorika ja kõne pi-
durdatud, esinevad depressiivsed mõtted ja kalduvused enes-
etapule.

Intellekti-ega mäluhäireid ei esine.

Tajumishäireid maniakaalses faasis ei ole, depres-
siivses faasis võib esineda üksikuid illusioone või hal-
lutsinatsioone.

Kulg.

Algus on enamasti noorukieas, subakuutne. Haigus kul-
geb faaside kaupa. Faaside kestus võib olla mõnest päevast
mitme kuuni. Faaside intensiivsus võib olla erinev, faasi-
de intervallid mõnest päevast mitme aastani. Enamasti muu-
tuvad haiguse jätkumisel faasid pikemaks ja faaside vahe-
ajad lühemaks. Depressiivsete ja maniakaalsete faaside va-
heldumine võib olla korrapärane või juhuslik. Ka pikaaja-
lise haiguse järel ei kujune püsivat psüühilist defekti.

Ravi.

Erinevates faasides rakendatakse erinevaid meetodeid.
Maniakaalse faasi puhul on kõige efektiivsemad neu-
ropleegilised vahendid (fenotiasiin- ja Rauwolfia prepa-
raadid jt.). Kasutatakse ka pararenaalset novokaiinblo-
kaadi, harvem konvulsioonravi. Oluline on kompleksne psüh-
hoteraapia.

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

Profülaktilised vahendid.

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

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

3. Depressiivse faasi korral, kui esineb vihjeid suitsiidmõtetele, tuleb haige tingimata hospitaliseerida.

III. EPILEPSIA.

Epilepsia e. langetõbi on krooniline haigus, mida iseloomustavad perioodilised krambihood ja mille pikemal esinemisel kujunevad välja iseloomulikud püsivad psüühilised muutused. Tuleb eristada sümptomaatilisest epilepsiaast, mille hoo on mingi kindla iseloomuga ajukahjustuse üheks sümptoomiks (mürgistused, ajuvigastused, ajutuumorid jne.).

Etioloogia on siiani tundmata.

Patogenees - organismis kuhjuvad perioodiliselt vee ja ammooniumi ühendid, kesknärvisüsteemi erutatavus tõuseb, esinevad vaskulaarsed spasmid ajus, selle tagajärjel kujunevad välja orgaanilis-destruktiivsed muutused peaaigus.

Sümptomatoloogia.

1. Paroksüsmaalsed nähud - esinevad täielikult mööduvate haigushoogudena.

1) Krambihood - Rahvusvahelise Epilepsiaavastase Liiga 1969. aasta otsuse põhjal jaotatakse lühendatult järgmiselt:

a. Partsiaalsed e. lokaalselt algavad hood:

aa) partsiaalsed hood elementaarse sümptomatoloogiaga;

bb) partsiaalsed hood kompleksse sümptomatoloogiaga;

cc) sekundaarselt generaliseerunud partsiaalsed hood.

b. Generaliseerunud, bilateraalselt sümmeetrilised e. lokaalse alguseta hood:

aa) absence'id - hetkeline teadvusetus;

aaa) lihtsad - ainult teadvusekadu,

bbb) kompleksed - teadvusekaoga kaasnevad teised nähud.

bb) kloonilised hood;

cc) toonilised hood;

dd) toonilis-kloonilised hood, mille käigus esinevad mõlemad faasid, hingamine seiskub, teadvus taastub pikaldaselt.

c. Unilateraalsed või domineeruvalt unilateraalsed hood (sarnased B grupile, kuid piirdunud ühe kehapoolega).

d. Mitteklassifitseeritud epileptilised hood.

2) Hämarolek - teadvuse muutunud seisund krambihoo järel.

3) Epileptiline ekvivalent - hämarolek ilma eelneva krambihoota.

4) Stuppor - krambihoo järel või omaette, võib kesta mõnest tunnist mitme nädalani.

5) Ekstaas - enamasti usulis-müstiliste elamustega.

6) Düsfooria - krambi eel, järel või omaette. Võib põhjustada ohtlikku agressiivsust, dromomaaniat (hulkumistung) ja dipsomaaniat (episoodiline tung joovastavate ainete järele).

7) Somnambulism - võib esineda öise või krambijärgse une vältel.

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

a. Epileptiline iseloomu muutus - põhiliseks jooneks on närviprotsesside inertsus, mis avaldub mõttekäigu ja reaktsioonide aeglustumises, üksikasjalikkuses ja sõnalaialduses ning pedantsuses. Huvid kitsenevad, suureneb egotsentrism. Esineb ärritatus ja afektide inertsus.

b. Epileptiline dementsus - kujuneb välja kõige raskematel haigusjuhtudel. Esiplaanil on intellektuaalse taseme alanemine, kuna mäluhäired kujunevad välja hiljem.

Kulg.

Epilepsia algab enamasti noores eas, harvem keskeas (epilepsia tarda). Paroksüsmaalsed haigushood võivad esineda stereotüüpselt (näit. ainult absence'id) või polümorf-selt (vaheldumisi mitmesuguseid paroksüsme). Sagedus on väga varieeruv (mõnel haigel 1 - 2 hoogu aastas, teisel 10 - 15 hoogu päevas). Mida sagedasemad ja raskemad on hood,

seada kiiremini ja raskematena arenevad püsivad muutused. Hood võivad lakata ilma püsivate muutuste kujunemiseta.

Ravi.

1. Esmaabi krambihoo puhul.

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

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

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

Profülaktilised vahendid.

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

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

IV. PARALYSIS PROGRESSIVA.

Paralysis progressiva (progresseeruv paralüüs) on süüfilise tagajärjel tekkinud vaimuhaigus, mille puhul domineerivad progresseeruva kuluga intellekti- ja mäluhäired.

Etioloogia - progresseeruva paralüüsi tekitajaks on kesknärvisüsteemi tunginud spirochaeta pallida.

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

Sümptomatoloogia.

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

2. Psüühilised sümptomid.

Tajumishäireid esineb harva, üksikute hallutsinatsioonide kujul.

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

Intellekt alaneb pidevalt.

Mälu osas areneb hüpomneesia, millele sageli lisanduvad paramneesia nähud.

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

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

Kliinilised alavormid.

1. Dementne vorm (dementia paralytica) - algusest peale domineerivad intellekti alanemine ja mälu üldine nõrgenemine, mis järjest süvenevad.

2. Ekspanstiivne (e. klassikaline) vorm - eriti haiguse algeriioodil domineerib eufooria, suurusluul, suurenenud aktiivsus, kusjuures tegutsemise sihipärasus ja adekvaatsus on häiritud samaaegselt esineva dementsuse tõttu.

3. Hallutsinatoorne vorm - edeneva dementsuse foonil esineb rohkesti mitmesuguseid meelepetteid ja fragmentaarseid paranoilisi luulumõtteid.

4. Depressiivne vorm - progresseeruva dementsuse kõrval avalduvad üldine pidurdatus ja depressiivne meeleolu koos depressiivsete luulumõtetega.

Kulg.

Progresseeruv paralüüs algab enamasti keskeas, 3 - 15 (keskmiselt 8 - 10) aastat pärast esmasinfektsiooni. Algus on pikaldane, esiplaanil mälu süvenev nõrgenemine, kriitikavõime alanemine ja pigistavad peavalud. Ilma ravita progresseerub haigus pidevalt ja viib 3 - 5 aasta jooksul exitus letalis'ele.

Ravi.

1. Üldised antilueetilised ravimeetodid - joodi ja vismuti preparaadid, penitsilliin.

2. Malaariaravi - haigele poogitakse malaariaplas-
moodiume sisaldavat verd, lastakse esineda kuni 10 pala-
vikuhoogu, seejärel kupeeritakse.

Profülaktilised vahendid.

a. Neuroluuese, sealhulgas progresseeruva paralüüsi
profülaktikaks on esmajoones oluline süüfilise varajane,
põhjalik ja korduv ravimine seljaajuvedeliku reeglipära-
se kontrolliga.

b. Progresseeruva paralüüsi edukaks raviks on oluli-
ne ravi varajane alustamine, põhjalik ravikuur (spetsiifi-
lised vahendid kombineeritult malaariakuuriga) ja parane-
mise järel korduvad järelkuurid.

c. Haiged tuleb dispanseerida ja aktiivselt regulee-
rida nende elu- ja töörežiimi. Absoluutne alkoholieeld!

d. Perekonnaliikmete kliiniline ja seroloogiline kont-
roll.

V. KROONILINE ALKOHOLISM JA ALKOHOLPSÜHHOOSID.

A. Krooniline alkoholism.

Krooniline alkoholism on pikaajalise alkoholitarvi-
tamise tagajärjel väljakujunenud psüühiline degradatsioon
koos iseloomulike somaatiliste häiretega. Joomatõbi on
tung, iha, vajadus alkoholi järele, mis avaldub tugeva-
mini alkoholi mõju all. Joomatõbi võib viia kroonilise
alkoholismi tekkele.

Etioloogia - krooniline alkoholintoksikatsioon. Eri-
ti ohtlik on sagedane alkoholi tarvitamine (ka väikestes
annustes).

Patogenees - organismis kujunevad välja iseloomulikud ainevahetuse muutused, eriti närvirakkude ainevahetuses, mille tagajärjel areneb peaaegu kõrgemate mehhanismide pidurdus. Võib järk-järgult üle minna orgaanilis-destruktiivsetele kahjustustele.

Sümptomatoloogia.

a. Psüühilised sümptomid.

Joomatõbe iseloomustab tung, vajadus alkoholi järele. Alkoholi suuremale tarvitamisele järgneb teisel päeval nn. kaatrisündroom, mille kupeerimiseks tekib vajadus uue alkoholiannuse järele. Kroonilistel alkohoolikutel on sedastatavad huvide kitsenemine, vastutustunde ja muude eetiliste omaduste alanemine, emotsionaalse pidurdamatuse kujunemine, mis põhjustavad allakäigu tööalasel astmestikul.

b. Somaatilised sümptomid.

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

Kulg.

Krooniline alkoholism saab enamasti alguse nooremas eas. Mõne aasta jooksul, teistel alles pikema aja järel, võivad välja kujuneda püsivad psüühilised ja somaatilised häired. Sage li esineb alkoholitõbi perioodiliselt, kus pikemad abstinentsiperioodid vahelduvad alkoholi massilise tarvitamise perioodidega (pseudo- ja ehtne dipsomaania). Progresseeruva kulu korral viib täielikule degradatsioonile. Kroonilise alkoholismi foonil võib esineda kas akuutseid või kroonilisi pühhoose.

Ravi.

1. Kõige olulisemaks teguriks kroonilise alkoholismi ravimisel on kasvatustöö, millega tuleb ümber kujundada inimese elustiil, suunata tema huvid loovale tootlikule tegevusele.

See on võimalik meditsiiniliste ja ühiskondlike organisatsioonide kooskõlastatud süstemaatilise tegevusega.

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

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

B. Alkoholpsühhoosid.

1. Akuutsed psühhoosid.

a. Delirium tremens e. joomahullus.

Võib tekkida niihästi alkoholi tarvitamise kui ka abstinentsi perioodil. Teadvus on hägunenud, allopsüühiline orientatsioon kas puudub või on lünklik. Esineb massiliselt nägemismeelepetteid, nähakse eriti liikuvaid väikesi loomi või esemeid. Esineb ärevus ja hirm, suureneb motoorne aktiivsus. Kontakt on võimalik ainult episoodiliselt.

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

Kulg.

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

Ravi.

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

2. Kroonilised psühhoosid.

a. Hallucinosiis alcoholica chronica (krooniline alkoholhallutsinoos).

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

Ravi.

Kõige efektiivsem on neuropleegiliste vahendite kasutamine ravikuurina, visa kulu puhul insuliinravi või selle kombinatsioon neuropleegiliste vahenditega. Alkoholikeeld!

b. Paranoia alcoholica (alkoholparanoia).

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

Ravi.

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

c. Melancholia alcoholica (alkoholdepressioon).

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

Ravi.

Esmajoones konvulsioonravi. Psühhoteraapia. Absoluutne alkoholi keeld!

d. Psychosis polyneuritica e. Korsakovi psühhoos.

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

Ravi.

Magnesium sulfuricum¹ ja glükoosi kombineeritud kuur, vajaduse korral korduv. B-vitamiini kompleks suurtes annustes. Glutamiinhape pikaajalise kuurina.

Kroonilise alkoholismi ja alkoholpsühhooside profülaktika.

a. Täielik alkoholi keeld!

b. Töö- ja elurežiimi aktiivne reguleerimine. Pere-konna ja töökollektiivi instrueerimine.

c. Korduvad alkoholivastased kuurid medikamentoosete või psühhoterapeutiliste vahenditega.

d. Psühhooside korral esimeses järjekorras psühhoosi ravi ja alles nende nähtude täieliku taandumise järel alkoholismivastane ravi.

VI. INVOLUTSIOONIPÕHHOOSID.

Involutsioonipõhhoosideks nimetatakse organismi taandarengueas esinevaid psüühilisi häireid, mis on tingitud hormonaalsetest ja ainevahetuse muutustest.

A. Preseniilsed põhhoosid - esinevad taandarengu selles perioodis, mis eelnevad raugastumismähtudele. Oma elemuselt on nad tingitud esmajoones hormonaalsetest muutustest organismis, on funktsionaalset laadi ja seega reversiivsed.

1. Involutsioonimelanhoolia.

Esineb nii naistel kui meestel. Naistel tekib haigus enamasti kliimaksi ajal või sellele järgneval perioodil. Pikkaööda süveneb meeleolu alanemine, tekivad depressiivsed luulumõtted, sageli esineb ähvardavaid või hirmutavaid kuulismeelepetteid jt. hallutsinatsioonid. Real juhtudel ei ole motoorika pidurdatud, vaid koguni elavnend (agiteeritud melanhoolia). Spontaanse kula korral võib haigus kesta kuid ja isegi mitu aastat, seejärel enamasti pikkaööda paraneb. Halvematel juhtudel jääb krooniliseks.

Ravi.

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

2. Involutsiooniparanoia.

Esineb viiekümnendate eluaastate paiku nii naistel kui ka meestel. Naistel areneb seoses kliimaksiga või selle järel. Esiplaanil on paranoilised luulumõtted, sageli seksuaalse kallakuga. Rohkesti meelepetteid, ka taktiilseid (erootilisi) hallutsinatsioonid. Selle kõrval enamas-

ti mõõdukalt deprimeeritud meeleolu. Spontaanse kulu korral muutub enamasti krooniliseks, üksikutel juhtudel aga paraneb pikkanõnda aastatega.

Ravi.

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

3. Involutsioonikatatoonia.

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

Ravi.

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

Presenilsete psühhooside profülaktika.

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

b. Psüühiliste häirete ilmnemisel varajane aktiivne ning kompleksne ravi.

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

B. Dementia senilis (raukusnõdrameelsus).

Raukusnõdrameelsus on raugaeas esinev progresseeruv psühhoos, mille puhul kujuneb välja dementsus. Raukusnõdrameelsuse aluseks on närvirakkude difuusne destruktatsioon ajukoores närvisüsteemi ainevahetushäirete tagajärjel.

1. Lihtne dementne vorm.

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

2. Hallutsinatoorne vorm.

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

Kulg.

Mõlema vormi puhul edenevad intellekti- ja mäluhäired järjest, kusjuures värskemad mälestused kustuvad varem. Haige unustab sageli mitme aastakümne sündmused oma elu viimasest perioodist. Haigus võib kesta aastaid, lõpeb exitus letalis'ega kas üldise raukusmarasmi või mõne interkurrentse haiguse tagajärjel.

Ravi.

Haiguse varasemas järgus glutamiinhappe pikad kuurid, B-vitamiini kompleks, korduvad novokaiinkuurid. Hilisemas järgus ainult sümptomaatiline (sedatiivsed vahendid, uinutid, südamevahendid). Vajaduse korral neurepleegilised ained.

Profülaktilised vahendid raukusnõdrameelsuse puhul.

a. Raugaeas oleva inimese elu- ja töörežiim tuleb reguleerida ratsionaalselt, säilitades aktiivsuse ja hügieenilised eluviisid, kõrvaldada õigeaegselt unehäired.

b. Haigusnähtude elavnemisel kiire ravi.

c. Hoolduse organiseerimine kodus või hooldusasutuses.

VII. DEMENTIA ARTERIOSCLEROTICA (arteriosklerootiline nõdrameelsus).

Etioloogia - aju veresoonte arteriosklerosis.

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

Sümptomatoloogia.

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

Kulg.

Kulg on pikaldane, sagedaste peatumistega, isegi remissioonidega. Ühenduses hemorraagiatega ajus tekivad teravamad halvenemised. Spontaanse kulu korral muutub dementsus järjest sügavamaks ja haigus viib üldise marasmi või mõne järjekordse insuldi tagajärjel exitus letalis'ele.

Ravi.

Algperioodis rakendada vastavat dieetravi, manustada joodipreparaate, rutiini, dibasooli, novokaini, B-vi-

tamiini kompleksi, glutamiinhapet. Depressiivse komponendi domineerimisel rakendada ammoniaumravi. Paraneilis-halutsinatoorse pildi korral manustada neuropleegilisi vahendeid. Haiguse hilisemas perioodis on ravi sümptomaatiline - sedatiivsed ja hüpnootilised vahendid jt.

Profülaktilised võtted.

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

b. Haiguse esimeste tunnuste ilmnemisel teostada süstemaatilist ja kompleksset ravi.

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

VIII. TRAUMAATILISED PSÜÜHILISED HILISEÄIRED.

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

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

Sümptomatoloogia.

Esiplaanil on emotsionaalsed häired - emotsionaalne labiilsus, erutatavus, afektide plahvatused, võimetus pidurdumiseks. Esineb väsitatavus, mälu käepärasus on alanenud, kontsentratsioonivõime nõrgenenud. Rohkesti esineb

vegetatiivse labiilsuse nähte - higistamine, südamekloppimise hoo, peavalud, unehäired, seedekorratused ja tremor.

Kulg.

Üldiselt on haiguse kulg healoomuline, haigusnähud taanduvad pikkanõnda.

Ravi.

Süstemaatilisel ja korduvalt teostada magnesium sulfuricum'i ja glükoosi kombineeritud injektsioone, manustada B-vitamiini kompleksi, sedatiivumeid (kaasa arvatud neuropleegilised vahendid) ja unuteid. Organiseerida sanatoorne kuurordiravi.

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

Kulg.

Üldiselt on häired statsionaarsed, ainult funktsionaalsed nähud võivad taanduda.

Ravi.

Korduvad magnesium sulfuricum'i ja glükoosi kuurid, B-vitamiini kompleks, glutamiinhape pika kuurina, vajaduse korral krambivastased vahendid.

Profülaktilised võtted.

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

b. Hilishäirete esinemisel süstemaatilised kompleksed ravikuurid.

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

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

IX. PSÜHHOGEENSED PSÜÜHILISED HAIGUSED.

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

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

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

A. Ägedad psüühilised reaktsioonid.

Äge psüühiline trauma kutsub esile ägedad psüühilised reaktsioonid. Nad avalduvad kas kortikaalse talitluse kergemas või ulatuslikumas pidurduses, ilma et isiksuse struktuur muutuks. Tavaliselt mööduvad need reaktsioonid kiiresti.

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

Ravi.

Viia patsient vaiksesse ümbrusse. Psühhoterapeutiline vestlus. Sedatiivumid. Vajaduse korral neuropleegilised vahendid ühekordselt.

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

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

Ravi.

Psühhoteraapia. Raskematel kordadel konvulsioonravi (esiteks ammoniumkloriidravi) 1 - 2 seanssi. Situatsiooni möödumisel taandub seisund ilma ravita.

b. Pseudodementsus - mälu käepärasus ja abstraktsioonivõime on alanenud, mõtlemine on primitiivne. Nähud on põhjustatud pidurdusest ajukoores.

Ravi.

Psühhoteraapia. Uldtoniseerivad vahendid, vajaduse korral 2 - 3 konvulsioonravi seanssi. Situatsiooni möödumisel taandub seisund ravita.

c. Ganseri sündroom - ohustava situatsiooni toimel kujuneb kõrgemate psüühiliste reaktsioonide pidurdus, mille tõttu haige käitub süstemaatiliselt valesti, vastab ka kõige lihtsamatele küsimustele valesti, ei lahenda elementarseidki arvutusülesandeid jne.

Ravi.

Psühhoteraapia, rahustusvahendid, vajaduse korral 2-3 konvulsioonravi seansi.

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

Ravi.

Psühhoteraapia, rahustusvahendid, vajaduse korral 2 - 3 konvulsioonravi seansi.

B. Neuroosid.

Neuroose kutsuvad esile kas pikaldane (sagedamini) või äge (harvemini) psüühiline traumatiseerimine. Esinevad emotsionaal-tahtesfääri häired ilma tajumise ja mõtlemise häireteta. Neuroosi tüüp on tihedalt seotud inimese närvitavuse spetsiifilise tüübiga.

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

Sümptomatoloogia ja kulg.

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

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

Ebasoodsates tingimustes võib neurasteenia võtta kroonilise iseloomu.

Ravi.

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

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

Sümptomatoloogia.

Juurdeamine, kõhklemine, otsustusvõimetus, kartlikkus. Sageli arenevad sündmõtted, sündteod ja mitmesugused foobiaseisundid.

Kulg.

Enamasti pikaldane. Spontaanse kulu korral võivad eriti sündnähud võtta inertse laadi ja järjest enam fikseeruda.

Ravi.

Üldtoniseeriv psühhoteraapia, raskematel kordadel (sündseisundid) hüpnosravina. Roboreerivad vahendid, toniseeriv füsioteraapia. Neuropleegilised vahendid (esma- ja teisejärgelised). Töö- ja elurežiimi reguleerimine.

3. Hüsteeria esineb kunstnikutüübil (teise signaalsüsteemi nõrkusega).

Sümptomatoloogia.

Emotsionaalne labiilsus, pidurdamatus, käitumises teatraalsus. Raskematel kordadel vegetatiivsed häired

(tursed, histamine), tundeäired (hüsteerilised "kindad"), motoorikahäired (halvatused, astasia-abasia, hüsteerilised krambid), kõnehäired (hüsteeriline afaasia, afoonia), sensoorsed häired (hüsteeriline kurtus, pimedus). Tugevamad haigusnähud vallanduvad ikka ühenduses emotsionaalsete erustustega.

Ravi.

Üldtoniseeriv psühho- ja füsioteraapia, sedatiivumid, neuropleegilised vahendid. Ägedate haigusnähtude (krambid, halvatused) puhul eraldada vaiksesse ümbrusse, vajaduse korral rakendada ammooniumkloriidi seanss. Reguleerida eluolustikulised tingimused.

C. Reaktiivsed psühhoosid.

Reaktiivseid psühhoose kutsub esile enamasti krooniline psüühiline trauma. Esinevad niibästi emotsionaal-tahetsfääri kui ka tajumise ja mõtlemise ulatuslikumad muutused. Iseloomulik reaktiivsetele psühhoosidele on ajaline ja sisuline seos psüühiliselt traumatiseeriva situatsiooniga.

1. Äge paranoiline reaktsioon - raske või ohustavas situatsioonis tekkiv psühhoos paranoiliste luulumõtete, meelepetetega (enamasti illusioonid) ja hirmuga. Mõõduk tavaliselt mõne nädalaga.

2. Krooniline reaktiivne paranoid.

Sümptomatoloogia.

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

Kulg.

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

Ravi.

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

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

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

Sümptomatoloogia.

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

Kulg.

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

Ravi.

Suitsiidmõtete esinemisel on vaja tingimata kohe stationeerida. Konvulsioonravi. Antidepressiivsed, tugeva sisemise ärevuse ja pinge korral neuropleegilised vahendid. Ratsionaalne psühhoteraapia. Üldtoniseeriv ravi.

Psühhogeensete psüühiliste häirete profülaktika.

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

b. Esimeste haigusnähtude puhul kohe kompleksravi.

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

X. AKTIIVSED RAVIMEETODID.

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

A. Insuliinravi.

Põhineb intensiivse kaitsepidurduse esilekutsumisel kesknärvisüsteemi kõrgemates osades, intensiivsel vegetatiivse närvisüsteemi (eriti adrenaal-sümpaatilise süsteemi) stimuleerimisel, närvikoe ainevahetusprotsesside intensiivistamisel ja organismi desintoksikatsioonivõime aktiveerimisel.

Peamised indikatsioonid: skisofreenia värsked juhud, paranoiline ning katatoonne vorm ka kroonilise kulu korral, visa iseloomuga involutsiooniparanoia ja krooniline reaktiivne paranoia, krooniline alkoholi hallutsinosis, kroonilised infektsioonipsühhosisid ja muud kroonilist laadi, ilma orgaanilis-destruktiivse aluseta kulgevad psühhosisid (eeskätt paranoilis-hallutsinatoorse sündroomiga).

Ravikuuri metoodika.

Sissejuhatavas perioodis (3 - 4 päeva) manustatakse haigele tavalise toidurežiimi juures kahel korral päevas insuliini tõusvates annustes: esimesel päeval 2 x 8 ü., teisel päeval 2 x 12 ü. jne. Neljandast või viiendast päevast alates jääb haige hommikul söömata ja kell 7 süstitakse ühekordne annus insuliini, alates 20 ü-st. Päev-päevalt tõstetakse annust (Sereiski ja Zaki metoodika korral 4 - 8 ü. kaupa, Sakeli originaalmetoodika korral 10 või rohkema ü. võrra), kuni saavutatakse vajaliku sügavusega hüpopoglükeemilised seisundid. Insuliinil lastakse mõjuda 4 tundi, siis katkestatakse hüpopoglükeemia kas suhkrulahuse (200 - 300 g suhkrust) viimisega makku ninasondi kaudu või 40%-lise glükoosi intravenoosse süstimisega (40,0-80,0ml). Seansid toimuvad reeglipäraselt igal tööpäeval. Täieliku ravikuuri korral taotletakse hüpopoglükeemiliste koomade esinemist. Kooma areneb pärast insuliini süstimist keskjärvisüsteemi järk-järgult edeneva pidurduse tagajärjel tavaliselt 3 - 3,5 tundi pärast insuliini süstimist. Kooma tunnusteks on täielik sügav teadvusetus, konjunktivaal- ja ninalimanaha reflekside kustumine, reaktsiooni puudumine valuärrituste puhul. Kooma optimaalne kestus on 30 minutit. Pärast koomast ärkamist taastub teadvus kiiresti, seejärel esineb meeleolu ja aktiivsuse tõusu periood, mis on eriti soodus psühhoteraapiaks. Ravikuuri kestus sõltub remissiooni arenemisest, tavaliselt on vaja 30 - 40 koomat, visalt areneva remissiooni korral aga 60 ja rohkemgi.

Kontraindikatsioonid.

Tuberkuloos. Kardiovaskulaarse süsteemi tunduval häired. Väljakujunenud ainevahetuse- ja hormonaalsed haigused. Neeru- ja maksakahjustused.

Insuliinravi kergemad variandid.

a. Insuliinravi hüpopoglükeemiaselsunditega - insuliini annust tõstetakse ainult niivõrd, et provotseeritakse

märgatav hüpoglükeemia higitamise ja kerge uimasusega. Hüpoglükeemia katkestatakse suhkrulahuse jootmisega.

b. "Šokita" insuliinravi - manustatakse küll suur (komatoosne) annus insuliini, kuid samal ajal süstitakse ka intravenoosselt glükoosi, millega hoitakse ära hüpoglükeemilise seisundi arenemine.

c. Insuliinravi mikromeetod - süstitakse 20 ü. insuliini koos 20,0 ml 40%-lise glükoosiga intravenoosselt, areneb mõõdukas hüpoglükeemiline seisund, mis likvideeritakse suhkrulahuse jootmisega.

Insuliinravi kergemaid variante võib teostada juhtudel, kus komatoosne ravi on vastunäidustatud.

B. Konvulsioonravi.

Põhineb kesknärvisüsteemi ainevahetusprotsesside aktiveerimisel, tugeval vegetatiivsel stimulatsioonil, desintoksikatsiooniprotsesside aktiveerimisel ja tugeval kaitsepidardusel ajukoores.

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

1. Korasoolkonvulsioonravi.

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

2. Elekterkonvulsioonravi.

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

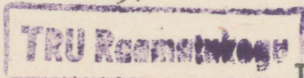
3. Ammooniumkloriidravi.

Mugavalt lamavale haigele süstitakse intravenoosselt
10%-list ammooniumkloriidilahust (3,0 - 6,0 ml, vastavalt
individuaalsele tundlikkusele). Süstida tuleb kiiresti.
12 - 15 sekundise latentsiaja järel kaob teadvus, lihaste
toonuse alguses langeb, siis kergelt tõuseb, harva esi-
nevad üksikud tõmbused, hingamine on sügav. Hoo kestus on
10 - 20 sekundit, seejärel taastub teadvus järaku ja täie-
likult. Hoo järel on hea, rõõmus meeleolu, periood, mis on
soodne psühhoterapeutiliseks mõjustamiseks. Järelvaevusi
ei esine. Seansse võib manustada vajaduse korral iga päev,
kuuri jooksul 10 - 12 seansi.

C. Pühhofarmakoteraapia.

Alates 1952. aastast, mil Delay ja Denicker esimeste-
na rakendasid kloorpromasiini (aminasiini) skisofreeniahaigete
ravimiseks, on pühhofarmakonide kasutamine pidevalt
mitmekesistunud ja laienenud. Kaasaegses psühhiaatrias kasu-
tatakse erineva toimega pühhofarmakone peaaegu kõikide
psüühiliste häirete kompleksravi ühe komponendina, aga sa-
muti ka kliinilise meditsiini teistel erialadel.

Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni spetsialistide
grupp andis 1966. a. pühhofarmakonide klassifikatsiooni,



mis praegu on üldiselt kasutusel. Vastavalt ainete toime põhilisele suunale eristatakse viis rühma psühhofarmakone.

1. Neuroleptikumid (ka: neuropleegikumid, psühholeptikumid, suured trankvilisaatorid) - avaldavad kesknärvisüsteemi tegevust üldiselt pärssivat ja antipsühhootilist toimet, nende peamiseks efektiks on hirmu, erutuse, agressivsuse, hallutsinatsioonide ja luulomõtete kõrvaldamine või leevendamine. Neuroleptikumide manustamisel esineb kõrvalnähtudena: vagotooniline reaktsioon (esimeste annuste manustamisel kollapsi oht); allergia; hüperkineetilis-akineetiline parkinsonism; maksa- ja vereloomekahjustused.

Keemilise struktuuri erinevuste alusel jaotatakse neuroleptikume järgnevateks alarühmadeks: fenotiasiinpreparaadid (aminasiin, triflasiin, tisersiin jt.); butürofenoonderivaadid (haloperidool, triperidool jt.); tioksanteenderivaadid (tioridasiin jt.); Rauwolfia alkaloidid (reserpiin jt.).

Neuroleptikumide manustamine on vastunäidustatud uinutitega mürgistuse, kardiovaskulaarse süsteemi, maksa- ja neerukahjustuste korral.

2. Ansiolüütikumid (ka: trankvilisaatorid, väikesed trankvilisaatorid, sedatiivumid) - avaldavad üldist rahustavat (emotsionaalset tundlikkust alandavat) toimet, peamiseks efektiks on seesmise pingetunde, ärevuse ja kärsituse kõrvaldamine või leevendamine. Antipsühhootilist toimet ansiolüütikumidel ei ole.

Peamisteks esindajateks on: andaksiin (meprotaan, meprobamaat); triksasiin; eleenium (librium, napotoon); sedukseen (valium, diasepaam).

Ansiolüütikumid on enamikus ka kerged lihasrelaksandid (seepärast on keelatud liiklusvahendi juhtimine) ja potentserivad alkoholi toimet (ravi vältel alkohol keelatud). Üksikutel juhtudel on võimalik narkomaania kujunemine.

3. Antidepressandid (ka: tümoleptikumid) - tõstavad meeleolu ja motoorset aktiivsust, kõrvaldavad haiguslikult alanenud meeleolu ning pidurduse.

Toime ja struktuuri erinevuste alusel jaotatakse kahte alarühma. Monoamiinooksüdaasi (MAO) pärssijad (ka: tümoleptikumid, tümoeeretikumid) - peamiselt esindajateks on: iprasiid (iproniasiid, marsiliid); transamiin (paranaat); nuredaal (nialamiid). Nende preparaatide manustamisel võib erandlikult sugeneda hüpertooniline kriis. Tritisükliilised antidepressandid: melipramiin (imisiin, imipramiin, tofranüül); amitrüptiliin (trüptisool); trimeproprimiin (trimeprimiin, surmontiil).

Depressiivsete seisundite ravimisel antidepressantidega on vaja eriti hoolikalt haiget jälgida ravi algperioodil, mil aktiivsuse tõus võib eelneka meeleolu paranemisele ja sellest sugeneda suitsiidoht.

4. Psühhostimulansid (ka: psühhotoonikumid, psühhoenergisaatorid) - avaldavad üldist aktiveerivat toimet haigusliku loiduse ja abuuria korral. Enamik psühhostimulanse põhjustavad ka eufooriat, mistõttu on narkomaania kujunemise oht. Terapeutilised indikatsioonid on piiratud (peamiselt akuutsed mürgistused uinutitega või neuroleptikumidega, harvem depressiooni või apaatiko-abuulilise sündroomi kompleksravi raames). Absoluutselt vastunäidustatud kurnatuse ja ülepingutuse korral, kuna võimalik on ülepiirilise pidurdus. Kroonilisel rakendamisel võivad vallandada psühhoetilisi seisundeid.

Peamised esindajad: fenamiin; tsentedriin (ritaliin, meridiil); meratraan (piridool, pipradool).

5. Psühhodüsleptikumid (ka: hallutsinogeenid) - põhjustavad teadvuse, tajumise ja mõtlemise häireid. Terapeutiline rakendamine väga piiratud indikatsioonidega. On üliohtlikud narkomaania kujunemise võimaluse tõttu. Peamiselt kasutatakse eksperimentaalses psühhiaatrias (loomkatseis psühhoside mudelite kujundamiseks).

Peamised esindajad: morfiin, kokaiin, lüsergiinhappe
dietsüülamiid (LSD), psilotsibiin.

Psühhofarmakone tuleb alati rakendada kompleksis kõi-
kide muude ravimeetoditega (esmajoones psühhoteraapia) ja
readaptatsiooni ning rehabilitatsiooni menetlustega.

L i s a.

Akadeemilise haigusloo koostamise juhend.

Üldjuhendid.

Akadeemilise haigusloo koostamisel kasutab üliõpilane järgmisi materjale:

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

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

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

Akadeemilise haigusloo esitamisel arvestatakse praktikumi.

Akadeemilise haigusloo skeem.

A. Anamnees, mis koosneb järgnevatest osadest:

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

2. Eluanamnees, mis hõlmab ülevaate patsiendi arengumise käigust lapseas, hariduse omandamisest, tööalasest tegevusest, perekonnavalust ja haigetumise-eelsest iseloomust.

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

4. Haiguse anamnees alates esimeste tunnuste ilmne-
misest kuni käesoleva ajani, kaasa arvatud senine haigu-
se ja ravi kõik haiglas.

B. Status praesens, mis sisaldab järgmised osad:

1. Somaatiline staatus, mis hõlmab kõik kehalise sei-
sundi andmed (kehaehitus, siseelundid, närvisüsteem) ja la-
boratoorseste ning muude uuringute tulemused (röntgenuurin-
gad, entsefalograafia, EKG jt.).

2. Psüühiline staatus, mis hõlmab psüühilise talit-
luse põhiliste avalduskujude iseloomustuse koos vastava-
te näidetega:

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

b) tajumise seisund koos selles esinevate häirete kir-
jeldusega ja hinnanguga,

c) mõtlemise seisund koos häirete kirjeldusega ja hin-
nanguga nii vormilises kui ka sisulises osas,

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

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

f) tahteelu iseloomustus,

g) tundeelu iseloomustus.

C. Diagnoos ja diferentsiaaldiagnoos.

Esitada psüühilises seisundis esinevad patoloogilised
leiud, nende alusel hinnata domineeriv sündroom ning ar-
vesse võttes anamneesi materjale püstitada haiguse diagnoos.
Kirjanduse põhjal arutleda diferentsiaaldiagnoosi.

D. Etiopatogenees, ravi ja prognoos.

Õpikute, loengute ja praktikumide materjalide põhjal arutleda antud haigusvormi üldist etiopatogeneesi, kõiki võimalikke ravimeetodeid selle haiguse korral ja üldist prognoosi. Seejärel arutleda kogutud materjali põhjal antud patsiendi haigestumise etiopatogeneesi, seni rakendatud ravivõtete indikatsioone ning efektiivsust, püstitada ülesanded järgnevateks ravi-profülaktilisteks menetlusteks.

E. Kulg.

F. Epikriis, milles antakse lühike kokkuvõte kogu haigusjuhu kohta, hinnatakse remissiooni headust ja va-
hetut ning kaugprognoosi.

S i s u k o r d .

Praktikumi ülesanne ja ulatus	3
Põhinõuded psüühiliselt haige inimese uurimisel	4
Ü L D O S A	5
I. Tajumishäired	6
II. Mõtlemishäired	7
III. Intellektihäired	9
IV. Mäluhäired	11
V. Tahteelu häired	13
VI. Tundeelu häired.	15
VII. Teadvushäired	17
E R I O S A	19
I. Schizophrenia	20
II. Psychosis maniaco - depressiva	23
III. Epilepsia.	25
IV. Paralysis progressiva	29
V. Krooniline alkoholism ja alkoholpsühhoosid .	31
VI. Involutsioonipsühhoosid.	36
VII. Dementia arteriosclerotica (arteriosklerootiline nõdrameelsus)	39
VIII. Traumaatilised psüühilised hilishäired . . .	40
IX. Psühogeensed psüühilised haigused	42
X. Aktiivsed ravimeetodid	48
Lisa: akadeemilise haigusloo koostamise juhend	52

Э.Д. Кару и Ю.М. Саарма
ПРАКТИКУМ ПО ПСИХИАТРИИ
На эстонском языке
Тартуский государственный университет
ЭССР, г. Тарту, ул. Юликооли, 18

Vastutav toimetaja J. Saarma
Korrektor E. Oja

=====

TRÜ rotaprint 1970. Paljundamisele antud 2. IX 1970.
Trükipoognaid 3,63. Tingtrükipoognaid 3,38. Arvestus-
poognaid 2,7. Trükiarv 1000. Paber 30 x 42. 1/4.
ME 06944. Tell. nr. 647.

Hind 13 kop.

Hind 15 kop.

A

30892

5619723

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00561972 3