



TARTU ÜLIKOOL



PSÜHHIAATRIA JA NARKOLOOGIA

TARTU 1990

TARTU ÜLIKOOL

Psühhiaatria kateeder

PSÜHHIAATRIA JA NARKOLOOGIA

Abimaterjal arstiteaduskonna üliõpilastele

Jüri Saarma

Tartu 1990

Kinnitatud arstiteaduskonna nõukogus 21. veebruaril
1989.a.

SAATEKS

Humaanmeditsiini objektiks on inimene oma biosotsiaalses tervikluses. Sooma ja psüühika tihe vastastikune seostatus avaldub nii tervises kui ka haiguste korral. Inimese psüühilise seisundi muutused avaldavad mitmelaadset mõju soomale, soomas ilmnevad muutused toimivad psüühilisse seisundisse. Kliinilise meditsiini kõik eriharud käsitlevad haiget inimest isiksusena, tema individuaalse arengu käigus väljakujunenud somaatiliste ja psüühiliste omaduste ja võimete integreeritud kogumina.

Psühhiaatria ja narkoloogia kursuses omandavad arstiteaduse üliõpilased põhiteadmised psüühikahäiretest, nende põhjustest, kliinilistest avalduskujudest ning tänapäevastest ravimeetoditest, aga ühtlasi ka oskused haige inimese psüühika uurimiseks.

Käesolev abimaterjal sisaldab psühhiaatria ja narkoloogia põhiliste andmete süstemaatika, kindlustamaks vajalike teadmiste omandamist selles keerukas valdkonnas.

1. HAIGE PSÜHHOPATOLOOGILISE UURIMISE METODOLOOGIA

Inimese psüühika ja selle häirete uurimise võtted on:

- kliinilised - indiviidi spontaanse käitumise ning tegevusavalduste registreerimine ja hindamine;
- parakliinilised - uuritava reaktsioonide registreerimine ja hindamine standardsetes ülesannetes.

1.1. Psüühika uurimise kliinilised meetodid

Psüühika uurimise kliinilisi võtteid võib vaadelda kolmes rühmas:

- objektiivsete andmete (anamneesi) kogumine,
- psühhiaatriline intervjuu,
- psüühilise seisundi kliiniline jälgimine.

1.1.1. Objektiivsete andmete kogumine

Vajaduse ja võimaluste kohaselt tuleb anamneesi koguda järgmistest allikatest:

- vanemalt ja teistelt perekonnaliikmetelt,
- õpetajatelt, koolikaaslastelt,
- töökaaslastelt,
- sõpradelt, tuttavatelt,
- ametiasutustelt,
- meditsiinasutustelt.

Objektiivsete andmete kogumisel:

- on tähtis saada patsiendi avalduste ja käitumise kirjeldus, mitte piirduda üksnes andmete esitaja hinnangutega;
- tuleb arvestada, et andmete esitajal võib olla teravalt subjektiivne suhtumine patsiendisse ja see mõjustab andmete valikut ja hinnanguid.

1.1.2. Psühhiaatriline intervjuu

Psühhiaatriline intervjuu on arsti suunitletud küsitlus-vestlus patsiendiga tema psüühilise seisundi dünaamika ja hetkeseisu väljaselgitamiseks. Psühhiaatriline intervjuu on:

- arstlik uurimismeetod,
- arsti ja patsiendi suhtlemise vorm,
- psühhoteraapia vorm.

Psühhiaatriline intervjuu toimugu:

- vaba vestluse stiilis,
- kindla suunitlusega arsti poolt,
- patsiendi elu ja haiguse kronoloogia järjekorras,
- arstipoolse neutraalse hoiakuga (eriti tuleb vältida igasuguseid negatiivseid hinnanguid).

Psühhiaatriline intervjuu on tavaliselt arsti ja patsiendi vahetu suusõnaline kontakt, kuid selle täiendusena on otstarbekas kasutada ka kirjalikku vormi - anda patsiendile ülesanne kirjutada oma biograafia või muljed mingist kindlast sündmusest oma elus.

Psühhiaatrilise intervjuu juhtimisel tuleb silmas pidada, et:

- küsimused patsiendile esitada selgetena ning lühidatena;
- patsiendile anda aega vastamiseks;
- vajadusel korrata küsimust;
- küsimused esitada selliselt, et patsient peab vastuse ise sõnastama (vältida sugereerivaid küsimusi);
- sündmuste ja käitumisvormide kohta on oluline teada saada mitte üksnes mis? millal? kus?, vaid ka kuidas?, mispärast? ja mida patsient subjektiivselt läbi elas;
- mitte piirduda omapoolsete oletustega (näiteks patsiendi käitumismotiivide kohta), vaid välja selgitada patsiendi enda põhjendused.

Olenedes patsiendi seisundist toimub psühhiaatriline intervjuu kas üks kord või mitu korda, viimasel juhul kaasneb seisundi dünaamika jälginine.

Psühhiaatriline intervjuu on täielik, kui ta annab arstile ülevaate:

- patsiendi isiksuse arengust selle kronoloogias (*anamnesis vitae*);
- tema psüühikahäirete senisest kulust (*anamnesis morbi*);
- tema psüühika praegusest seisundist ja psüühikahälvete ilminguist (*status psychicus*);
- patsiendi enda suhtumisest oma seisundisse (haiguselamusest e. haiguse seesmisest pildist koos haigusteadvusega).

1.1.3. Psüühilise seisundi kliiniline jälgimine

Psüühilise seisundi kliiniline jälgimine võib toimuda:

- episoodiliselt ambulatoorsete kontaktide käigus;
- patsiendi statsionaarsel uurimisel.

Patsiendi vahetul jälgimisel on süstemaatilise tähelepanu objektiks:

- kehahoid, ilme;
- miimika, selle reaktsioonid vestluse käigus, kaaslastega suheldes;
- liigutuste rohkus, tempo, laad, otstarbekus;
- vegetatiivsed ilmingud (higistamine, treemor, naha verevarustus, selle muutused jms.);
- kontaktivõime;
- küsimustele vastamise kiirus, vastuste tempo, sõnarohkus, sisukohasus;
- patsiendi omapoolne aktiivsus liikumises ja vestluses.

Patsiendi kliinilisel jälgimisel statsionaaris on oluline välja selgitada:

- kohanemine statsionaari miljöoga;
- suhtlemine kaaspatsientidega;
- kontakt meditsiinipersonaliga;
- kuidas käitub omaette olles;
- millega tegeleb (lugemine, käsitöö, muusika jne.);
- kuidas hoolitseb isikliku hügieeni eest.

1.1.4. Haigusloo skeem

Psüühikahaige haiguslugu/individuaalkaart peab hõlmama järgmised osad:

- anamnees,
- käesolev seisund (somaatiline ja psüühiline),
- diagnoos, selle põhjendus,
- raviplaan,
- haiguse ja ravi kulg.

Anamnees (*anamnesis*)

hõlmab kronoloogiliselt:

- perekonna anamneesi,
- patsiendi eluanamneesi,
- põetud haigused ning kahjustused,
- käesoleva haiguse senise kulu.

Praegune seisund (*status praesens*)

sisaldab järgmised osad:

- somaatiline seisund (*incl.* parakliinilised instrumentaalsed ja laboratoorsed uuringud),
- psüühiline seisund kõikide psüühiliste funktsioonide iseloomustamisega (teadvuse seisund, tajumine, mälu funktsioonid, tahteelu, tundeelu, intellekt).

Diagnoos

koos selle põhjendusega:

- psühhopatoloogiliste sümptomide loetelu,
- psühhopatoloogilise sündroomi diagnoos,
- haiguse kulu ja sündroomi alusel nosoloogiline diagnoos,
- diferentsiaaldiagnostiline arutlus.

Raviplaan

- ravi eesmärk,
- ravistrateegia plaan,
- ravivahendite kompleksi plaan.

Kulg (*decursus*):

- haige seisundi ning avalduste reeglipärane kirjeldus,
- spontaansete ja terapeutiliste nihete vahetu kirjeldus,

- iga ravietaapi lõpul etapp-epikriis,
- ravikuuri lõpul selle efekti iseloomustus,
- järelravi plaan,
- sotsiaalse rehabilitatsiooni plaan,
- patsiendile ja tema lähedastele antud soovitused ning instruksioonid.

1.1.5. Psühhiaatrilised kliinilised skaalad

Kliinilise uurimise andmete registreerimise põhiliseks ja kõige täielikumaks võtteks on psüühikahäirete kirjeldav sissekanne haigusluku/individuaalkaarti.

Kliinilised skaalad on patsiendi kliinilisel uurimisel saadud andmete standardiseeritud registreerimise võtte, mis võimaldab leidude üldistamist, kvantifitseerimist ning statistilist töötlemist tänapäevaste matemaatiliste meetoditega; selle alusel on võimalik võrrelda erinevaid populatsioone ning usaldusväärset välja selgitada mitmesuguste tegurite toimed.

Kliiniline skaala võib hõlmata:

- patsiendi psüühilise seisundi põhilised jooned (üldskaalad),
- kogu psühhopatoloogilise sümptomaatika ilmingud (sümptomaatika üldskaalad),
- ühe sündroomi või sündroomide registri avalduskujud (spetsiaalskaalad).

Kliinilisi skaalasid on nüüdispsühhiaatrias arvukalt kasutusel, alljärgnevalt on toodud ülevaade Tartu psühhiaatriakliinikus ja kateedris kasutatavaist skaaladest.

Tartu psühhiaatriline üldskaala (J. Saarma 1968)

Patsiendi seisund antud momendil hinnatakse alljärgneva skaala alusel:

- tervikuna koondhindega,
- eraldi psühhopatoloogiline seisund ja sotsiaalse adaptatsiooni tase, üldhinne sel juhul on kahe hinde keskmine.

Skaala regulaarse täitmise abil saab jälgida patsiendi seisundi dünaamikat kõige üldisemates joontes.

Tartu psühhiaatriline üldskaala

Psüühiline seisund	Sotsiaalse adaptatsiooni seisund	Hinne
Häireteta	Häireteta	5
Kerged hälbed intellektuaal-mnestilistes või tunde- tahtefunktsioonides	Adaptatsioon kompenseeritud	4
Mõõdukad püsivad või tunduavad paroksüsmaalsed hälbed psüühika ükskõik millises sfääris	Adaptatsiooni osaline kompensatsioon: võib süstemaatiliselt töötada kvantitatiivselt või kvalitatiivselt piiratud koormusega	3
Tunduavad häired psüühika ükskõik millises sfääris	Adaptatsioonivõime piiratud: suuteline elama iseseisvalt, kuid ei suuda süstemaatiliselt töötada	2
Sügavad häired psüühilises tegevuses, eriti tunnetus- või intellektuaal-mnestilistes funktsioonides	Adaptatsioonivõime tugevasti kahjustatud: suudab elada vaid hooldamisel, ei suuda süstemaatiliselt töötada	1
Psüühiline tegevus desorganiseeritud	Täielik desadaptatsioon: ei ole suuteline elama väljaspool statsionaari	0

Tartu psühhiaatrilise sümptomaatika skaala
(J. Saarma, J. Liivamägi 1970)

Iga alljärgnevat tunnust hinnatakse neljapallilises süsteemis, kus 0 - tunnus puudub; 1 - tunnus ilmneb harva ja/või nõrgalt; 2 - tunnus avaldub märgatavalt ja 3 - tunnus avaldub intensiivselt.

Vaadeldavad tunnused:

1. tajumishäirete laad,
2. tajumishäirete sagedus,
3. meeleolu kõrgenemine,
4. meeleolu alanemine,
5. erutatus,
6. tuimus,
7. motoorse aktiivsuse elavnemine,
8. motoorse aktiivsuse alanemine,
9. tahte sihipärasuse häired,
10. mõttekäigu (ja kõne) kiirenemine,
11. mõttekäigu (ja kõne) aeglustumine,
12. mõttekäigu sihipärasuse häired,
13. mõtlemise sisuliste häirete laad,
14. mõtlemise sisuliste häirete intensiivsus,
15. unehäired subjektiivselt,
16. unehäired objektiivselt,
17. isuhäired subjektiivselt,
18. isuhäired objektiivselt,
19. suitsiiditendentsid,
20. kontaktihäired,
21. haigusteadvuse häired.

Kuna tunnustepaarid 3/4, 5/6, 7/8 ja 10/11 on vastastikku üksteist välistavad, siis kokku võib häirete maksimaalne raskus olla $17 \times 3 = 51$ palli. Psüühiliselt terve isiku hinne on 0 palli.

Skaala abil on võimalik seda korduvalt täites hinnata haige seisundi, psühhopatoloogilise kogusümptomaatika (välja arvatud intellektuaal-mnestilised funktsioonid) dünaamikat, sealhulgas ka ravi abil saavutatava remissiooni käiku ning taset.

Psühhiaatriline lühiskaala
(Brief Psychiatric Rating Scale = BPRS)
(J.E. Overall, D.R. Gorham 1962)

Skaala koosneb 18 tunnusest, millele esinemist hinnatakse seitsmepallise skaala järgi: 1 - tunnust ei esine, 2 - tunnus esineb väga kergena, 3 - esineb kergena, 4 - esineb mõõdukana, 5 - esineb mõõdukalt raskena, 6 - esineb raskena, 7 - esineb väga raskel kujul.

Vaadeldavad tunnused:

1. somaatiline hõivatus (= mure oma tervise pärast),
2. ärevus,
3. emotsionaalne tuimenemine,
4. mõtlemise desorganisatsioon,
5. süütunne,
6. pinge,
7. maneerlikkus ja poseerimine,
8. suurusmõtted,
9. depressiivne meeleolu,
10. vaenulikkus,
11. kahtlused,
12. hallutsinatsioonid,
13. motoorne pidurdus,
14. ebakooperatiivsus,
15. mõtlemise ebatavaline sisu,
16. afektide lamemine,
17. erutus,
18. desorientatsioon.

Kuivõrd tunnused 2/3, 8/9 ja 16/17 on vastastikku üksteist välistavad, siis võib psühhopatoloogilise sümptomaatika maksimaalse raskuse korral koondhindeks olla $15 \times 7 = 105$ palli. Psüühiliselt terve isiku hinne on 18 palli.

Skaala süstemaatilisel täitmisel saab patsiendi seisundi dünaamikat, sealhulgas ka ravi toimet arenevad remissiooni jälgida ning väljendada kõvera kujul.

Hamiltoni depressiooniskaala
(M. Hamilton 1960)

Skaala koosneb 24 tunnusest, nende raskust hinnatakse osalt viie palli, teisel osal kolme palli ulatuses, kusjuures tunnuse puudumine tähistatakse 0 ga.

Vaadeldavad tunnused (klambrites on hindamise pallide arv):

1. deprimeeritud meeleolu (1 - 4)
2. süütunded (1 - 4)
3. suitsiiditendentsid (1 - 4)
4. varasinsomnia (1 - 2)
5. öine insomnia (1 - 2)
6. hilisinsomnia (1 - 2)
7. töö ja tegevuse häired (1 - 4)
8. aeglustumine (1 - 4)
9. agiteeritus (1 - 2)
10. psüühiline ärevus (1 - 4)
11. somaatilised ärevusnähud (1 - 4)
12. gastrointestinaalnähud (1 - 2)
13. üldsomaatilised nähud (1 - 2)
14. genitaalnähud (1 - 2)
15. hüpodondria (1 - 4)
16. kaalukaotus anamneesis (1 - 2), haiglas (1 - 2)
17. haigusteadvus (1 - 2)
18. ööpäevased seisundi kõikumised (1 - 2)
19. depersonalisatsioon, derealisatsioon (1 - 4)
20. paranoilisus (1 - 4)
21. sundnähud (1 - 2)
22. abitus (1 - 4)
23. lootusetus (1 - 4)
24. väärtusetusetunne (1 - 4)

Kuivõrd tunnused 8/9 üksteist välistavad, tunnust 16 aga hinnatakse kaks korda, siis võib depressiivne sümptomaatika maksimaalse raskuse korral saada hindeks 74 palli. Psüühiliselt terve isiku hindeks on 0 palli.

Haige korduval vaatlusel süstemaatiliselt täidetav skaala annab depressiooni dünaamikat iseloomustava kõvera.

Enesehinnangu Tartu skaala (J. Saarma 1970)

Haige ise täidab skaala, hinnates oma subjektiivset enesetunnet antud ajal (päeval). Skaala hõlmab seitset tunnust, igäühe kohta märgib patsient oma enesehinnangu rõhtjoonel "väga hea" ja "väga halb" vahemikus milgi kohal püstkriipsukesega.

	Väga hea	Väga halb
Meeleolu		
Tegevustahe		
Tähelepanuvõime		
Mälu		
Mõtlemisvõime		
Uni		
Isu		

Sellisel täidetud skaalal mõõdetakse enesehinnangut järgmiselt: joonte keskpunkt loetakse nulliks, sellest "väga hea" suunas mõõdetakse hinded plussmärgiga kuni 10-ni, "väga halb" poole mõõdetakse miinusemärgiga kuni 10-ni. Skaala kogulatuses saadakse pluss- ja miinusväärtuste summade alusel kas pluss- või miinusemärgiga üldhinne.

Korduvalt täidetud enesehinnangu skaala andmeist saab haiguse dünaamikat iseloomustava kõvera.

1.2. Psüühika uurimise parakliinilised meetodid

Parakliiniliste uurimisvõtete korral antakse uuritavale isikule mingi ülesanne, mille lahendamise käik ja tase iseloomustavad uuritava üht või mitut psüühilist funktsiooni või võimet.

Kasutatakse:

- eksperimentaalpsühholoogilisi testmeetodeid,
 - küsimustikke;
- tinglikult võib parakliiniliste võtete hulka lugeda ka
- kesknärvisüsteemi tegevust iseloomustavad instrumentaalsed uurimismeetodid.

1.2.1. Eksperimentaalpsühholoogilised testmeetodid

Eksperimentaalpsühholoogilisi testmeetodeid on väga arvukalt. Osaga neist uuritakse üksikuid psüühilisi funktsioone, osaga mitmeid funktsioone samaaegselt. Meetodi valik lähtub uurimise ülesandest.

Kasutatavamad testmeetodid psüühikahaigete uurimisel:

- assotsiatsioonitest,
- õppimistest,
- operatiivmälu test,
- korrektuurtest,
- arvutustest (ükskõik milliseid tehteid kasutav),
- motoorse refleksi test,
- intellektitestid (Wechsleri jt.),
- Rorschachi tindiplekitest,
- temaatilise apertseptsiooni test (TAT).

Vastavalt uuringute suunitlusele võidakse kasutada mainitud ja muude testide mitmesuguseid kombinatsioone e. testipatareisisid.

Testide arvandmeid on võimalik võrrelda indiviidi, indiviidi dünaamikas, populatsiooniti ja populatsioonide dünaamikas. Matemaatiline statistiline töötlus tagab võrdluste usaldatavuse.

1.2.2. Küsimustikud

Psüühikahaige uurimisel kasutatakse mitmeid standardseid küsimustikke, mille abil püütakse välja selgitada uuritava isiku psüühika iseärasusi kas isiksuse (premorbiidse) struktuuri hindamiseks või psüühikahäirete kindlakstegemiseks.

Minnesota isiksuseküsimustik
(Minnesota Multiphasic Personality Inventory -
MMPI)

(S.R. Hathaway, J.C. McKinley 1940)

Rahvusvaheliselt laialdaselt kasutatav MMPI standardküsimustik sisaldab 550 väidet (on olemas ka lühivariant), igaühe kohta peab uuritav ütlema (suuliselt, kirjalikult või küsimusega kaardi asetamisega vastavasse kasti), kas see väide tema kohta kehtib või mitte.

Küsimustiku väited on esitatud läbiseigi, kuid analüüsimisel ühendatakse sisulistesse gruppidesse, mis iseloomustavad uuritava isiksuse teatud kallakute intensiivsust. Sellisteks kallakuteks on:

- hüpohondrilisus,
- depressiivsus,
- hüsteerilisus,
- psühhopaatilisus,
- seksuaalhäbelisus,
- paranoilisus,
- psühhasteenilisus,
- skisoidsus,
- maniakaalsus.

Mõned küsimused aitavad hinnata uuritava avameelsust vastamisel ning vastuste usaldatavust.

Vastuste alusel koostatakse graafiline kujutus, mis iseloomustab uuritava isiksuse profiili, näidates domineerivaid ning vähem intensiivseid isiksuse jooni nende tervikus.

Litško diagnostiline küsimustik
(A. Litško 1976)

Küsimustikus on 25 teemat, igal teemal on esitatud 11 - 19 väidet. Uuritav täidab küsimustiku kahel korral: esimene kord valib ta iga teema kohta 1 - 3 väidet, mis on talle kõige kohasemad, teisel korral aga 1 - 3 väidet, mis tema suhtes kõige vähem kehtivad.

Küsimustiku teemad:

- enesetunne,
- meeleolu,
- uni ja unenäod,
- ärkamine,

- söömine,
- alkohol,
- seksuaalelu,
- suhtumine riietusse,
- suhtumine rahasse,
- suhtumine vanematesse,
- suhtumine sõpradesse,
- suhtumine ümbritsevatesse inimestesse,
- suhtumine võõrastesse inimestesse,
- suhtumine üksindusse,
- suhtumine tulevikku,
- suhtumine kõigesse uude,
- suhtumine ebaõnnestumistesse,
- suhtumine seiklustesse ja riski,
- suhtumine juhipositsioonisse,
- suhtumine kriitikasse,
- suhtumine hoolitsusse,
- suhtumine eeskirjadesse,
- oma lapsepõlve enesehinnang,
- suhtumine koolisse,
- enesehinnang praegusel ajal.

Küsimustiku abil saadud materjal ei ole matemaatiliselt töödeldav, analüüsimine toimub võrdlev-loogiliselt.

Tüüp A diagnostikaküsimustik (S. G. Haines jt. 1982)

See on kardioloogilises praktikas laialdaselt kasutatav küsimustik, mille abil selgitatakse välja nn. A-tüüpi isiksuse jooned. Selle tüübi ülekaaluga indiviididel on suurem risk haigestuda südame isheemiatõppe ja infarkti.

Küsimustik koosneb kümnest väitest:

- ma tahan enamasti olla teistest parem,
- ma olen alati ajahädas,
- ma tahan ikka teistega võistelda,
- mulle meeldib teisi juhtida ja käsutada,
- ma söön liiga kiiresti,
- ma tunnen sageli, et ma pean kiirustama,
- ma mõtlen sageli ka vabal ajal oma tööasjadele,
- töö on mind sageli kurnatuseni viinud,
- ma olen tihti rahulolematu oma töötulemustega,
- igasugune ootamine viib mind pingeseisundisse.

Igale küsimusele annab uuritav ühe vastuse neljast:

- see väide kehtib minu kohta täiesti (= 1 punkt);
- see väide kehtib minu kohta üsna hästi (= 0,67 punkti);
- see väide kehtib minu kohta osaliselt (= 0,33 punkti);
- see väide minu kohta ei kehti (= 0 punkti).

Vastuste punktide kogusumma jagatakse kümnega ja hinnatakse järgmiselt: kui punkte on meestel üle 0,4, naistel üle 0,34 siis võib isikut lugeda kuuluvaks A-tüüpi. Autorite kommentaari kohaselt on see hindamise kriteerium kasutatav ainult isikute kohta üle 45 eluaasta.

1.2.3. Instrumentaalsed uurimisevõtted

Instrumentaalsete uurimisevõtete abil on võimalik iseloomustada kas kesknärvisüsteemi funktsionaalset seisundit või tema anatoomilist-morfoloogilist seisundit.

Närvisüsteemi funktsionaalset seisundit näitavad uurimismeetodid

Kasutatakse peamiselt:

- elektroentsefalograafiat (EEG), millega registreeritakse kas spontaanseid (rahuoleku) biopotentsiaale või sensorsete ärrituste abil provotseeritud potentsiaale;
- reoentsefalograafia (REG) näitab peaaju veresoonte toonust ja vereringe seisundit;
- elektromüograafia ja kronaksimeetria iseloomustavad närvi-lihasaparaadi funktsionaalset seisundit;
- nahatakistuse ja galvaaniliste reaktsioonide registreerimisel saadakse ülevaade vegetatiivse närvisüsteemi funktsionaalsest seisundist;
- positronemissioontomograafia (PET) iseloomustab süsivesikute ja mõnede teiste ainete ainevahetuse intensiivsust peaaju erinevates piirkondades.

Peaaju struktuuri iseloomustavad uurimismeetodid

Kasutatakse peamiselt:

- kolju röntgenograafia;
 - pneumoentsefalograafia (PEG);
 - ventrikulograafia;
 - angiograafia;
 - kompuutertomograafia (KT);
 - tuumamagnetresonantstomograafia (TMRT);
- Nende meetodite abil on võimalik hinnata peaaju struktuuri ja selle hälbeid (atroofiat, kasvajaid, võõrkehi, veresoonte ummistusi, verevalumeid).

2. PSÜHHIAATRILINE SÜMPTOMATOLOOGIA

2.1. Psühhopatoloogiliste fenomenide süstemaatika

2.1.1. Psüühikahälvete avalduskujud

Psüühikahäirete avalduskujude kolm põhitasandit:

- sümptoom,
- sündroom,
- haigus.

Psühhopatoloogiline sümptoom on ühe psüühilise funktsiooni üksik hälve (näiteks meeoleu alanemine, luulumõte, hallutsinatsioon jne.); õpetus sümptoomidest on sümptomatoloogia.

Psühhopatoloogiline sündroom on patogeneetiliselt omavahel seotud sümptoomide kompleks, millest osa on obligatoorsed (näiteks depressiivne sündroom, paranoiline sündroom jne.); õpetus sündroomidest on sündromoloogia.

Psüühiline haigus on ühtse tekke, kulu, ilmingute ja lõppega protsess või seisund (näiteks neuroos, raukusnõdrameelsus jne.); õpetus haigustest on nosoloogia.

Sümptoomid ja sündroomid on haiguse avalduskujud teatud ajamomendil, nad on staatilised fenomenid.

Haigus on subjektiivsete ja objektiivsete häirete ajas kulgev protsess, sümptomide ja sündroomide muutumistega ning vaheldumisega, on dünaamiline fenomen.

2.1.2. Psühhopatoloogiliste sümptomide süstemaatika

Lähtudes üldpsühholoogias kasutatavast psüühiliste funktsioonide süstemaatikast jaotatakse psühhopatoloogilised sümptomid järgmistesse rühmadesse:

- tajumishäired	}	tegelikkuse tunnetamise häired
- mõtlemishäired		
- tundeeluhäired	}	häired tegelikkusele reageerimises
- tahteeluhäired		
- instinktihäired		
- intellektihäired	}	hälbed võimete tasandis
- mäluhäired		
- teadvushäired	}	psüühika aktiivsuse taseme muutused

2.2. Psühhopatoloogilised sümptomid

2.2.1. Tajumishäired

Tajumishäired jaotuvad:

- kvantitatiivsed häired - analüsaatori ärriituslävi on muutunud, tajumise intensiivsus on muutunud;
- kvalitatiivsed häired - häiritud on analüsaatori tegevuse komplekssus, sellest sugeneb tegelikkuse vääri või moonutatud peegeldus teadvuses.

Tajumise kvantitatiivsed häired

Hüperesteesia - tajumise intensiivsuse tõus, analüsaatori ülitundlikkus, ärrituslävi on alanenud. Analüsaatoreile vastavad nimetused:

- hüperoopia - ülinägemine,
- hüperakuusia - ülikuulmine,
- hüperesteesia - nahaülitundlikkus,
- hüperalgeesia - valuülitundlikkus,
- hüpergeusia - maitseülitundlikkus,
- hüperosmia - lõhnaülitundlikkus.

Hüpesteesia - tajumise intensiivsuse alanemine, analüsaatori alatundlikkus, ärrituslävi on tõusnud.

Analüsaatoreile vastavad nimetused:

- ambliopia - vaegnägemine,
- hüpakuuusia - vaegkuulmine,
- hüpesteesia - nahavaegtundlikkus,
- hüpalgeesia - valuvaegtundlikkus,
- hüpogeusia - maitsevaegtundlikkus,
- hüposmia - lõhnavaegtundlikkus.

Anesteesia - tajumise puudumine, analüsaatori blokaad. Nimetused:

- amauroos - pimedus,
- anakuusia - kurtus,
- anesteesia - nahatundetetus,
- analgeesia - valutundetetus,
- ageusia - maitsetundetetus,
- anosmia - lõhnatundetetus.

Tajumise kvalitatiivsed häired

Tajumise kvalitatiivsed häired jaotatakse kahte rühma:

- meelepetted - subjektiivne tajuelamus ei vasta reaalsele objektile;
- psühhosensoorsed häired - üksikaistingute häiritud sünteesi tõttu on objektide terviklik peegeldus moonutatud.

Meelepetted

Ulatuse alusel diferentseeritakse:

- elementaarsed meelepetted e. aistingupetted - häiritud/moonutatud on üksikanalüsaatori tegevus;
- komplitseeritud meelepetted e. tajupetted - moonutatud on objektide tajumine.

Komplitseeritud meelepetted on psühhiaatrilises sümptomaatikas olulised. Neid jaotatakse:

- illusioon e. eksitaju - tegeliku objekti moonutatud tajuelamus,
- hallutsinatsioon e. ebataju - subjektiivne tajuelamus ilma reaalse objektita.

Illusioonid võivad olla:

- füüsikalised (nt. vette pistetud kepp näib vee piiril murdununa jms.),
- füsioloogilised (nt. müra foonil kuuleb kaaslaste sõnu valesti jms.),
- afektogeensed (nt. hirmuseisundis tundub känd varitseva loomana jms.),
- pareidooliad (elavate kujutlustega seonduv eksitaju),
- haiguslikud (psüühikahaiguse korral esinevad eksitajud).

Hallutsinatsioonid jaotatakse nende subjektiivse elamuslaadi alusel:

- tõeline hallutsinatsioon - haige jaoks on hallutsinatsioonil reaalse nähtuse väärtus,
- pseudohallutsinatsioon - haige eristab oma hallutsinatsiooni reaalsete objektide tajumisest.

Analüsaatorile vastavalt nimetatakse hallutsinatsioone:

- nägemis- e. visuaalsed e. optilised hallutsinatsioonid,
- kuulmis- e. akustilised hallutsinatsioonid (nende eriliik on sõnalised e. verbaalsed hallutsinatsioonid),
- haistmis- e. osmilised hallutsinatsioonid,
- maitse- e. gustatoorsed hallutsinatsioonid,
- puute- e. taktilised e. haptilised hallutsinatsioonid,
- kehatunde- e. vistseraalsed e. somaatilised hallutsinatsioonid

Patogeneetilise mehhanismi erinevuste alusel jaotatakse hallutsinatsioone:

- komplekshallutsinatsioonid - esinevad korraka mitme analüsaatori piirkonnas, millest tuleneb objekti kompleksne ebataju;

- reflekshallutsinatsioon - ilmub ühes analüsaatoris, kui mingi reaalne ärritaja hakkab toimima teisesse analüsaatorisse;
- funktsionaalne hallutsinatsioon - tekib, kui samale analüsaatorile mõjub mingi reaalne ärritaja;
- hüpnagoogne hallutsinatsioon - uinumise perioodil poolne seisundis esinev hallutsinatsioon;
- hüpnopompiinne hallutsinatsioon - unest ärkamise perioodil poolne seisundis esinev hallutsinatsioon.

Haige suhtumine oma hallutsinatsioonidesse:

- intellektuaalne suhtumine võib varieeruda sügavast veendumusest hallutsinatsioonide tõesuses kuni täieliku kriitikani;
- emotsionaalne suhtumine võib varieeruda intensiivsest afektist (hirm, paanika, ekstaas vm.) kuni täieliku ükskõiksuseni;
- haige teadvuses võivad hallutsinatsioonid domineerida realiteedi tunnetamise üle, kuid võib ka realiteet domineerida hallutsinatsioonide üle;
- haige käitumises võivad hallutsinatsioonid olla domineerivaks motiiviks (näiteks käskiva sisuga verbaalsed hallutsinatsioonid sunnivad haiget toime panema mingi teo), kuid haige võib oma hallutsinatsioone (isegi käskivaid verbaalseid) täielikult ignoreerida ja tegutseda üksnes reaalsete ajendite mõjul.

Psühhosensoorsed häired

Psühhosensoorsed häired jaotatakse struktuursete erinevuste alusel:

Agnoosia - häiritud on tajutava objekti taastundmine, kuna puudub vahetute ärritajate süntees varasema kogemusega.

Derealisatsioon - häiritud on ümbruse tajumise terviklikkus, kuna üksikärritajate ning nende aistingute süntees tervikuks on häiritud.

Derealisatsioon võib avalduda mitmel kujul:

- luululine taju: tajutavatel nähtustel on mingi eriline ilme, ebatavalisuse nüanss, mida haige ei oska lähemalt defineeridagi;

- ruumitaju häire: reaalseste esemete või ruumi-elementide (seinad, lagi, mööbel jms. suhteid, proportsioone ja/või kaugusi tajutakse moonutatult (sein kallakil, lagi hiiglakõrgel, ruum välja venitatud jms.);
- ajataju häired: sündmuste kulgemist ajas tajutakse moonutatult (veokite liikumine tänaval tundub olevat äärmiselt aeglane või tohutult kiire jms.).

Depersonalisatsioon - häiritud on enda isiku kehalise või/ja psüühilise olemuse sünteetiline terviklik tunnetamine, see võib avalduda mitmel kujul:

- kehaskeemi häired - moonutatud on kehaosade suuruse, omavaheliste vahekordade, asendi või asetuse tunnetamine (üks käsi või jalg tundub olevat lühenenud, pikenenud, kõverdunud vms.);
- senestopaatia - keha sisemuses (siseelundite piirkonnas, jäsemetes, liigestes) tajub haige ebamääraseid muutusi, erakorralisi nähtusi (peaajus miski voolab, vuliseb; sisikonnas miski liigutab, rebib vms.);
- "mina"-tervikkuse tunnetuse häire - häiritud on oma psüühilise olemuse, selle tervikkuse ja/või järjepidevuse tunnetus (patsient tunneb, et tema isiksus on kardinaalselt muutunud teiseks vms.);
- anosognoosia - kehalise häire (haiguse, defekti) tunnetamine puudub.

2.2.2. Mõtlemishäired

Mõtlemishäired jaotatakse:

- vormilised e. kvantitatiivsed e. mõtlemisprotsessi häired: hälbed mõtlemise kui protsessi mingites lülides;
- sisulised e. kvalitatiivsed häired: kõrvalekalded mõtlemise kui tegelikkuse tunnetamise sisulises vastavuses realiteedile.

Mõtlemise vormilised häired

Mõtlemise vormilised häired on:

- mõistete häired,
- mõtlemise tempo häired,
- mõtlemise seoslikkuse häired,

- mõtlemise sihipärasuse häired.

Mõistete häired

Mõistete häired võivad avalduda mitmeti:

- mõistete kujunemise pidurdus võib põhjustada sõnavara puudulikkuse või sõnade sisu ebamäärasuse;
- afaasia e. kõnelemisvõimetus e. sõnamatus - võimetus sõnaliselt väljendada oma mõtteid. Tegemist võib olla motoorse afaasiaga - häiritud on sõnade artikulatsioon; amnestilise afaasiaga - häiritud on sõnade ja neile vastavate mõistete meenutamine; sensoorse afaasiaga - häiritud on sõnadest arusaamise võime;
- mõistete väärustus - sõnade sisuline tähendus on moonutatud, sõna ja mõiste ei ole kooskõlas. See võib avalduda kas sõna sisu moondumisena - tuntud sõna omandab haige jaoks hoopis teise tähenduse, või neologismina - tuntud mõiste väljendamiseks kasutab haige mingit omaloomingulist sõna.

Mõtlemise tempo häired

Mõtlemise tempo muutused võivad esineda järgmiselt:

- mõtlemise kiirenemine e. tahhüpsühhism - assotsiatsioonide kulgemine on kiirenenud, sellest sugeneb ka kõne kiirenemine e. tahhülaalia, äärmuslikul kiirenemisel tekib ideepagu e. mõttemaru, mil haige ei suuda oma mõtteid seostatult väljendada;
- mõtlemise aeglustumine e. bradüpsühhism - assotsiatsioonide kulgemine on aeglustunud, sellest sugeneb ka kõne aeglustumine e. bradülaalia, samuti kõne vaegumine e. oligolaalia, äärmuslikul aeglustumisel sugeneb mõtteseiskus, mis põhjustab vaikimise e. mutismi;
- tõkestus - assotsiatsioonide kulgemise tempo ebaühtlus, aegajalt esineb mõttekäigus pause, mida haige tunnetab subjektiivselt kui tema tahtest sõltumatuid nähtusi.

Mõtlemise seoslikkuse häired

Assotsiatsioonide kulu seoslikkuse häired võivad avalduda mitmel viisil:

- katkendlikkus e. inkohereents - mõttekäik on hüplev, teemad vahelduvad mõistetava üleminnekuta;
- seosetus e. ataksia - mõttekäik on jupiti, üksikosade vahel puudub seos;
- paraloogilisus - järelduste tegemine on suvaline, loogikale mittevastav, kuigi lause vorm on korrektne;
- sümbolism - kasutatavatel sõnadel ja fraasidel on haige jaoks eriline varjatud tähenduslikkus;
- resoneersus - mõttekäik ja kõne on üldsõnaline, õones targutus;
- autistlik e. dereistlik mõtlemine - haige mõttekäik ei ole seotud reaalse situatsiooniga, kaldub kaugetele, ebamaistele teemadele.

Mõtlemise sihipärasuse häired

Assotsiatsioonide kulgemisel puudub või on häiritud sihipärasus, mõtteprotsessi eesmärk. See võib avalduda mitmeti:

- patoloogiline üksikasjalikkus - mõtlemise ja kõne takerdumine üksikasjadesse, oluline ja ebaoluline põimuvad, mõtlemise edasiliikumine on raskepärane, kaasneb kõne sõnalialaldus;
- laialivalgusus - mõtlemine ja kõne kaldub pidevalt juhuslikele kõrvalteemadele, võib ulatuda kaootilise mõtlemiseni;
- stereotüüpsus - mõtlemises ja kõnes tuleb ette ühetaoliste fraaside, väljenduste, lausete tarbetut kordamist, see võib viia perseveratsioonini - haige vastab mitmele erinevale küsimusele ühtviisi sama fraasiga, mis esimesele küsimusele võis olla õigeigi, võib areneda ka verbigeratsioon - haige kordab spontaanselt üht ja sama tarbetut ja/või situatsioonile mittevastavat fraasi või fragmenti kas suuliselt või kirjas.

Mõtlemise sisulised häired

Mõtlemise sisulisteks häireteks on:

- sundmõtted,
- ülekaalukad mõtted,
- luulumõtted.

Sundmõte e. obsessiivne mõte

Teadvuses vastutahteliselt korduv situatsioonile mittevastav mõte, mille ekslikkusest või kohatusest inimene ise aru saab, kuid kuigi tal on selle suhtes ratsionaalne kriitika, ei suuda ta ometi mõttest vabaneda ja sellega kaasneb tunduv emotsionaalne resonants.

Suunitluse poolest võivad sundmõtted olla:

- kõhkluslikud - haige kõhkleb iga otsustuse tegemisel kahe või mitme võimaluse vahel, teeb seda tarbetult tühiasjadegi korral ja kohatult kaua;
- käskivad - haige tunneb vajadust teatud situatsioonis teha mingi kindel liigutus jms.;
- endelised - haigele tunduvad mingid märgid, arvud jms. omavat kas head või halba endelist tähendust;
- kartuslikud foobiad - haige kardab oma tegevusega seoses või tervise suhtes mingeid kindlaid asjaolusid.

Kartuslikke sundmõtteid e. foobiaid võib jaotada temaatika järgi:

tervisega seotud foobiad:

- aidsofoobia - AIDSihirm,
- akarofobia - puuknakkushirm,
- dinofobia - pearinglushirm,
- düsmorfofoobia - kehamoondushirm,
- ftisiofoobia - tuberkuloosihirm,
- iofobia - mürgistushirm,
- kantserofoobia - vähktõvehirm,
- kardiofoobia - südamehaigushirm,
- lüssofoobia - marutaudihirm,
- müsofoobia - nakatumishirm,
- nosofoobia e. patofoobia - haigushirm,
- tabofoobia - seljaajukuivehirm,
- tanatofoobia - suremishirm,
- süfilofoobia - süüfilishirm,

füüsilise situatsiooniga seotud foobiad:

- agorafoobia - väljakuhirm,
- barafobia - kõrgushirm,
- batofobia - sügavushirm,
- hematofobia - verehirm,
- hüdrofoobia - veehirm,
- kenofobia - tühjushirm,

- keraunofobia - välguhirm,
- klaustrofobia - suletushirm,
- kromatofobia - värvihirm,
- nekrofobia - surnuhirm,
- nüktofobia - pimedushirm,
- pürofobia - tulehirm,
- siderodromofobia - raudteesõiduhirm,
- tafefobia - elusalt maetud saamise hirm,
- topofoobia - paigahirm;

sotsiaalse situatsiooniga seotud foobiad:

- antropofobia - inimestehirm,
- autodüsmofobia - haisueritamishirm,
- erütro- e. rubrofobia - punastumishirm,
- hidrosofobia - higistamishirm,
- kleptofobia - varastamishirm,
- lalofobia - kõnelemishirm,
- monofobia - üksijäämishirm,
- müfofobia - valetamishirm,
- peirafobia - esinemishirm,
- pettofoobia - gaasilaskmishirm,
- skoptofobia - naeruväärsushirm,
- urofoobia - urineerimishirm,
- vomitofobia - oksendamishirm.

Ülekaalukas mõte

Teadvuses domineerivaks kujunenud idee või mõte, mis tõrjub tagaplaanile reaalsete asjaolude mõttelise analüüsi. Kriitika ülekaaluka mõtte ebakohasuse kohta puudub, inimene tegeleb selle mõtte või probleemiga innukalt ja aktiivselt.

Suunitluselt võivad ülekaalukad mõtted olla mitmesugused, nendega kaasneb vastav emotsionaalne toon:

- loomingulised ülekaalukad mõtted - haige tegeleb mingi probleemi lahenduse otsimisega, oma arvates avastusega, sellega kaasneb tavaliselt kõrgendatud enesetunne ja loomisrõõm;
- pürgimuslikud ülekaalukad mõtted - haige valmistub aktiivselt mingi oma arvates olulise ühiskondliku missiooni täitmiseks, lugedes end võimeliseks teisi valgustama ja juhtima, sellega kaasneb kõrgendatud enesehinnang ning mõnikord ekstaatiline meeoleu;

- kriitilised ülekaalukad mõtted - haige näeb oma ümber korratust, hoolimatust, ebahügieenilisust jms., astub aktiivselt selle vastu välja, peab end korraloojaks, kohtumõistjaks teiste üle jne. Sellega kaasneb sageli düsfooriline meeoleolu afektipuhangutega ja mõnikord agressiivsusega.

Luulumõtte e. luul

Haiguslik ekslik veendumuslik otsustus, mis ei allu mõistuslikule korrektoeurile. Haigel puudub kriitika oma luulu suhtes, ta on veendunud oma arvamuse, hinnangu või järelduse tõesuses.

Suunitluse alusel jaotatakse luulumõtted:

- depressiivsed,
- suurus-,
- paranoilised luulumõtted.

Depressiivne e. mikromaaniiline luul - haige on ekslikult veendumusel, et tema võimed, väärtus ja väljavaated on halvad. Võib avalduda paljudes konkreetsetes vormides:

- alaväärsusluul,
- väiksusluul,
- vaesusluul,
- hüpohondriiline luul,
- füüsilise puude luul,
- eitus- e. nihilistlik luul,
- huku- e. katastroofiluul,
- enesesüüdistusluul,
- patuluul.

Suurus - e. makromaaniiline e. megalomaaniiline luul - haige on ekslikult veendunud, et tema võimed, väärtus ja väljavaated on väga head. Võib avalduda paljudes erivormides:

- võimekusluul,
- võimuluul,
- rikkusluul,
- missiooniluul,
- reformaatorlusluul,
- leidurlusluul,
- kõrge päritolu luul,
- seksuaalse külgetõmbavuse luul.

Paranoiline e. persekutoorne luul - haige on ekslikult veendunud, et ümbrus või teatud isikud suhtuvad temasse pahatahtlikult, sihilikult, vaenulikult. Võib avalduda mitmes erivormis:

- tähendusluul,
- muutus- e. metaboolne luul,
- suhtumislul,
- avatusluul,
- jälitusluul,
- süüdistusluul,
- hüljatusluul
- tagakiusamislul,
- kahjustusluul,
- mürgistusluul,
- mõjustusluul,
- hüpnootilise mõjustuse luul,
- telepaatilise mõjustuse luul,
- nõidusluul,
- füüsilise mõjustuse luul,
- keemilise mõjustuse luul,
- hõivatusluul,
- kahestumis- või mitmestumislul,
- instseneeringu- e. lavastusluul,
- intermetamorfoosi- e. võõrdumislul,
- negatiivse teisiku luul,
- positiivse teisiku luul,
- kiivusluul,
- passiivne erootiline luul,
- aktiivne erootiline luul.

Haardeulatuse alusel jaotatakse luulumõtted:

- olmeluul (hõlmab igapäevase ümbruse),
- laiahaardeline luul (hõlmab kogu linna, rajooni, vabariigi),
- globaalne luul (ulatub rahvusvahelistesse suhetesse),
- kosmiline luul (ulatub maakeralt väljapoolegi).

Struktuuri erinevuste alusel eristatakse:

- kujundiline luul (seoses meeletetega),
- interpretatiivne luul e. tõlgenduslik luul (reaalsete asjaolude väärilti tõlgendamine),
- seletusluul (haiguselamuste põhjuste ekslik käsitus).

Läbitöötuse sügavuse järgi eristatakse:

- isoleeritud luulumõte,

- fragmentaarne luul (mitmed omavahel lõdvalt seotud luulumõtted),
- süstematiseeritud luul (luulumõtted koondunud üheks kindlaks käsitluseks).

Luulu kujunemine võib olla mitmesugune:

- sensitiivne luul (aluseks on ülitundlikkus omaenda isiku suhtes),
- katatüümne luul (luulu aluseks on haiguslikult muutunud meeoleolu),
- katesteetiline luul (aluseks on ebatavalised sensatsioonid haige kehas),
- kverulatoorne e. protsessimisluul (aluseks on mingi reaalne ülekohus, millest kasvas välja võitlus oma õiguse eest ja selle raamides sugeneb ekslikke tõlgendusi asjaoludest ja isikute suhtumisest),
- indutseeritud luul (teise isiku sisendatud).

Luulu dünaamika variandid:

- autohtoonne luul (järsku ootamatult tekkiv),
- stadiaalselt arenev luul (pikkamööda täiustuv), see teeb läbi järgmised astmed:
 - afektiivne staadium (kujuneb ettevalmistav meeoleolu),
 - retseptoorse nihke staadium (tajumises sugeneb väärustusi),
 - interpretatsiooni staadium (kujuneb luululine tõlgendus),
 - süstematiseerimise staadium (luul süstematiseerub),
 - jääk- e. residuaalluul (paranemisel püsib mõnda aega veel luululine jääkhinnang olnud elamuste kohta).

2.2.3. Tundeeluhäired

Hälbed esinevad inimese emotsionaalsete funktsioonide vallandatavuses ja/või ilmingutes, võivad avalduda kolmes põhilises valdkonnas:

- tundeelu tasemes,
- meeoleolus,
- emotsionaalses reaktiivsuses.

Tundeelu uurimisel ja analüüsimisel tuleb eritleda tundmuste nelja põhilist manifestatsiooniala:

- subjektiivne psüühiline elamus,
- tundmuse vegetatiivne komponent,
- tundmuse motoorne komponent (miimika, pantomiimika),
- tundmuse sõnaline väljendamine.

Subjektiivne tundmus ja selle vegetatiivne komponent ei allu inimese tahtele, tundmuse motoorne ja sõnaline väljendumine aga alluvad.

Tundeelu taseme muutused

Tundeelu taseme muutused on hälbed inimese emotsionaalsust mõjustavate asjaolude sotsiaalses/psüühilises pingereas. Muutused võivad avalduda kahel viisil:

- **tundeelu regress** - kõrgemad (eriti sotsiaalsed) tundmused känguvad ja esiplaanile nihkuvad madalamad (nt. bioloogilised) tundmused;
- **tundeelu progress** - ülekaalu omandavaid senisest kõrgematasemelised tundmused (nt. sotsiaalsed, üldinimlikke huve käsitlevad tundmused).

Meeleolu muutused

Meeleolu muutused on haiguslikud nihked inimese põhimeeleolus, see võib avalduda kas alanemisena või kõrgenemisena.

Meeleolu alanemine - domineerima hakkavad negatiivse märgiga tundmused, nende intensiivsus ja värving võivad olla erinevad, selle alusel diferentseeritakse:

- subdepressioon (mõõdukas kurvameelsus),
- depressioon e. hüpotüümia e. melanhoolia (kurvameelsus),
- düsfooria (pahurus),
- ärevus,
- hirm, mis võib ulatuda paanikani.

Meeleolu kõrgenemine - ülekaalu omandavad positiivse märgiga tundmused, nende intensiivsus ja värving võivad olla erinevad, selle alusel diferentseeritakse:

- hüpomania (mõõdukas heatujulisus),

- maniakaalne meeleolu e. hüpertüümia (haiguslik lõbusus),
- eufooria (lame heatujulisus),
- mooria (labane naljatlustuju),
- ekstaas (õndsustunne).

Emotsionaalse reaktiivsuse muutused

Muutunud on emotsioonide vallandatavus, kas kvantitatiivselt või kvalitatiivselt.

Emotsionaalse reaktiivsuse kvantitatiivsed muutused - emotsioonide intensiivsus ei vasta vallandava teguri sisulisele tähtsusele. Haiguslikud muutused võivad olla kahesugused:

- emotsionaalne labiilsus e. hüperpaatia - tundmused on tavalisest kergemini vallandatavad; kasutatakse ka nimetusi: sensitiivsus, afekt-labiilsus, poikilotüümia, emotsionaalne inkontinents;
- emotsionaalne tuimenemine e. hüpopaatia - tundmused on tavalisest raskemini vallandatavad, selle raskeim vorm on emotsionaalne tuimus e. apaatia e. torpor.

Emotsionaalse reaktiivsuse kvalitatiivsed muutused - emotsiooni värving ei vasta sisuliselt selle vallandajateguri tähendusele. Haiguslikud muutused võivad olla:

- emotsioonide väärastumine e. parapaatia e. paratüümia: emotsioonid ei ole sisuliselt kooskõlas objektiivse sündmuse või asjaoluga (positiivne asjaolu vallandab negatiivse emotsiooni vms.);
- emotsionaalne ambivalentsus: üks asjaolu vallandab kahe vastandliku emotsiooni konkureeriva lainetuse.

2.2.4. Tahteeluhäired

Tahteelu avalduskujud:

- tahteaktiivsuse tase, mis ilmneb motiivide genereerimise, otsustuste langetamise ja nende tegevusena realiseerimise intensiivsuses;
- tahte sihipärasus, mida iseloomustab otsustuste realiseerimise järjekindlus.

Tahteelu realiseerumise tasandid:

- üksikliigutus,
- terviklik motoorne akt,
- tegevusühik,
- terviklik tegevus,
- bioloogiline funktsioneerimine,
- sotsiaalne funktsioneerimine olevikus,
- sotsiaalse funktsioneerimise planeerimine tulevikuks ja plaani realiseerimine.

Tahteeluhäired võivad ilmneda kõikidel tasanditel ja igas avalduskujus, neid jaotatakse kvantitatiivseteks ja kvalitatiivseteks.

Tahteaktiivsuse taseme häired

Tahteaktiivsuse taseme muutused võivad avalduda kas tõusu või alanemise kujul.

Aktiivsuse haiguslik tõus e. hüperbuulia

Tahteaktiivsuse haigusliku tõusu avalduskujud: hüperkineesia - liigutuste rohkenemine, mis võib manifesteeruda mitmes vormis:

- treemor - värisemine,
 - atetooos - tõmblemine,
 - tahhükineesia - liigutuste kiirenemine,
 - hüpermiimia - miimika ülielavus,
 - grimassitamine - miimika veidruse ülielavus;
- valikuline hüperbuulia - üldise rahuliku käitumise foonil on haige kõrgeenenud ettevõtlikkusega mingis kindlas tegevussuunas (tavaliselt luulumõtete või ülekaalukate mõtete ajal);
- rahutus e. *agitatio* - elavnenu liikumine, mis võib avalduda mitmel kujul:
- maniakaalne rahutus - kõrgeenenud ettevõtlikkus koos elavnenu mootorikaga,
 - katatoonne rahutus - reaalse sihita, kaootiliselt elavnenu liikumine,
 - hebefreenne rahutus - veiderdav ning sihita elavnenu liikumine,
 - hallutsinatoorne rahutus - intensiivsetest meeletetetest ajendatud elavnenu liikumine,
 - luululine rahutus - intensiivsetest luulumõtetest ajendatud kärsitu-elav liikumine.

Rahutu, vahel aga ka tavalise aktiivsusega käitumine võib olla agressiivne, s.t. haige tungib kellelegi või millelegi kallale. Diferentseeritakse:

- heteroagressiivne käitumine: haige tungib kallale ümbritsevatele isikutele või esemetele (eriti paranoilise luulu ajal);
- autoagressiivne käitumine: haige kahjustab iseennast vigastustega või suitsiidi eesmärgil (eriti depressiooni korral).

Aktiivsuse haiguslik alanemine

Tahteaktiivsuse haiguslik alanemine võib olla kas osaline või täielik.

Tahteaktiivsuse osaline alanemine võib avalduda järgmistes vormides:

- hüpobuulia - teotahte alanemine, tegevusimpulsside nõrkus,
- hüpomiimia - miimilise lihaskonna alanenud liikuvus,
- hüpokineesia - liigutusimpulsside nõrgenemine, see võib manifesteeruda oligokineesia e. liigutuste vaeguse ja/või bradükineesia e. liigutuste aeglustumise kujul,
- substuupor - liigutuste tunduv vähenemine ja aeglustumine.

Tahteaktiivsuse täielik alanemine avaldub nii tegevuslikul kui ka liigutuslikul tasemel järgmistes vormides:

- abuulia - impulsside puudumine mingikski tegevuseks;
- akineesia - liigutuste puudumine, selle tulemuseks on stuupor e. jäikus, mil haige ei tee ka korralduste peale mingeid liigutusi;
- amiimia - miimilise lihaskonna täielik passiivsus.

Tahteaktiivsuse väärastumine e. parabuulia

Tahteaktiivsuse väärastumine võib avalduda nii liigutuslikul kui tegevuslikul tasandil mitmesugustes vormides.

Kajanähud e. ekonähud:

- ekopraksia e. ekokineesia e. kajaliigutused - haige kordab automaatselt teise isiku liigutusi;

- ekomiimia e. kajamiimika - haige jäljendab automaatselt teise isiku miimikat;

- ekolaalia e. ekofraasia e. kajakõnelemine - haige kordab mõttetult teise isiku sõnu või fraase.

Stereotüüpiad - ühetaoliste liigutuste (ka asendi, asukoha) tarbetu kordamine.

Negativism e. eitav käitumine:

- passiivne negativism - haige ei tee vajalikku või kästud liigutust;

- aktiivne negativism - haige teeb vajalikule vastupidise liigutuse. Esineb ka verbaalne aktiivne negativism (J. Saarma sümptom): kõnetamisel haige ei vasta, kui aga kõnetatakse teist haiget, hakkab patsient rääkima.

Automatism e. vastutahteline akt, millega enamasti kaasneb elamus, et see akt on isiku tahtest sõltumatu või koguni võõra jõu poolt peale sunnitud (mõjustusluul):

- motoorne e. kinesteetiline e. liigutuslik automatism;

- verbaalne e. kõneline automatism;

- psüühiline e. assotsiatiivne automatism - mingi mõte või mõtted tunduvad haigele olevat tema tahtest sõltumatud;

- emotsionaalne automatism - mingi tundmus või afektipuhang tundub haigele olevat tekkinud tema tahtest sõltumatuna.

Impulsiivsus ilmneb motiveerimata, ootamatu, kuid mitte isiksusele võõrana tunduva aktina, see võib avalduda mitmel kujul:

- impulsiivsed üksikliigutused,

- impulsiivne tegevus, mis võib avalduda järgmisel kujul:

dromomaania e. rännutung,

püromaania e. süütamistung,

kleptomaania e. varastamistung.

Ambitendents on kahe vastandliku impulsi tarbetult kestev võitlus, võib avalduda elementaarsete liigutuste sooritamisel (nt. käe sirutamisel eseme võtmiseks), aga ka tegevuses (nt. söömisel, kõndimisel jms.).

2.2.5. Instinktihäired

Instinkt on keeruka struktuuriga, tegevuse kujul realiseeruv tingimatu (kaasasündinud) refleks, mis käivitub kindlate väliste või sisemiste ärritajate toimel.

Inimese peamised instinktid:

- toitumisinstant, realiseerub toidu otsimisena ja söömisena;
- orienteerumisinstant, realiseerub ümbruse passiivse jälgimisena ja aktiivse uurimisena;
- enesekaitseinstant, realiseerub ohtlikust tegurist eemaldumisena (pagemine) või selle kahjutukstegemisenä (võitlus);
- suguintant, realiseerub partneri otsimisena, sugühtena ja vanemliku (eriti ema-) instinktina.

Kõikidel instinktidel võib olla nii kvantitatiivseid kui kvalitatiivseid hälbeld.

Toitumisinstanti häired

Kvantitatiivsed häired

Toitumisinstanti intensiivistumine ilmneb järgmistes vormides:

- hüperoreksia e. buliimia - näljatunde suuremine,
- aplestia e. akooria - küllastumistunde puudumine,
- polüfaagia e. estiomaania - liigsöömine,
- polüdipsia - liigjoomine.

Toitumisinstanti nõrgenemine avaldub järgmistes vormides:

- hüporeksia - söögiisu alanemine,
- anoreksia - isutus.

Kvalitatiivsed häired

Toitumisinstanti kvalitatiivsed häired e. vääristused:

- paroreksia - väärisu, väärmaidse, isu kõlbmatute ainete järele;
- piká - maidseveidrus.

Orienteerumisinstanti häired

Kvantitatiivsed häired

Orienteerumisinstanti intensiivistumine võib avalduda järgmiselt:

- hüperproksia - tähelepanu elavnemine,
- tähelepanu vigiilsus - tähelepanu elav ümberlülitumine aina uutele objektidele; sellel on passiivne ja aktiivne variant.

Orienteerumisinstanti nõrgenemine:

- hüpoproksia - tähelepanu loidumine,
- aproksia - tähelepanu täielik pärssimus.

Kvalitatiivsed häired

- paraproksia - tähelepanu ja uurimise suundumine mitteadekvaatsele objektile (nt. leidur-lusluuluga seoses),
- nõutus - võimetus orienteeruda ka tavalises situatsioonis.

Enesekaitseinstinkti häired

Kvantitatiivsed häired

Enesekaitseinstinkti intensiivistumine võib avalduda mitmel kujul:

- umbusklikkus/hirm ümbruse suhtes, millest sugeneb kas passiivne enesekaitse varjumise ja pagemise kujul või aktiivne enesekaitse agressiivsuse kujul,
- foobia - sundhirm.

Enesekaitseinstinkti nõrgenemine:

- hüpalgeesia - valutundlikkuse nõrgenemine,
- analgeesia - valutundetuse,
- sotsiaalne tundetus - ükskõiksus ümbruse hinnangute suhtes isikule.

Kvalitatiivsed häired

Enesekaitseinstinkti kvalitatiivsed häired ilmnevad vääristuste kujul:

- autoagressioon - enesevigastuse või suitsiidi eesmärgiga tegevus;
- masohhism - naudingu saamine piina, valu, solvangute jms. talumisest.

Suguinstinkti häired

Kvantitatiivsed häired

Suguinstinkti intensiivistumine võib avalduda:

- instinkti ebatavaliselt varajases ilmnemises - enneaegse puberteedina (*pubertas praecox*);
- instinkti ebatavaliselt kauases kestmises - hilinenud taandarenguna (*climax tarda*);
- instinkti intensiivsuse suurenemises e. sugutungu e. libiido kõrgenemises, mis kannab erinevaid nimetusi:
 - erotism e. aidomaania - sugutungu intensiivistumine;
 - satürism - mehe sugutungu kõrgenemine;
 - nümfomaania - naise sugutungu kõrgenemine.

Suguinstinkti nõrgenemine võib avalduda:

- instinkti ebatavaliselt hilinenud ilmnemises - hilinenud puberteedina (*pubertas tarda*);
- instinkti ebatavaliselt varajases kustumises - enneaegse taandarenguna (*climax praecox*);
- instinkti intensiivsuse nõrgenemises, mis kannab mitmeid nimetusi:
 - hüposeksuaalsus e. hüfedoonia - libiido nõrgenemine,
 - impotents e. inoopia - mehe suguvõime alenemine; eristatakse suguühtevõimetust (*impotentia coeundi*) ja sigimisevõimetust (*impotentia generandi*),
 - frigiidsus - naise sugukülmus.

Kvalitatiivsed häired

Suguinstinkti kvalitatiivsed häired avalduvad vääristuste kujul, millel eristatakse kaht põhilist liiki.

Seksuaalse sättumuse vääristused - vääristused suguinstinkti objekti valikus. Neist on olulisemad järgmised vormid:

- homoseksualism - suguinstinkti objektiks on samasooline indiviid;
- diferentseeritakse pederastia (meestevaheline) ja lesbism e. safism (naistevaheline homoseksualism);
- autoerotism e. nartsism - sugutung on suunatud iseendale;

- pedofiilia - sugutungi objektiks on lapsealine isik;
- gerontofiilia - sugutungi objektiks on rau-gaealine isik;
- pügmalionism - sugutungi objektiks on elutud kujud;
- zoofiilia e. sodoomia - sugutungi objektiks on loom(ad);
- nekrofiilia - sugutungi objektiks on laip;
- verepilastus e. intsest - sugutungi objektiks on vahetu veresugulane.

Seksuaalse sihi väärastused - väärastused nau-dingu saavutamise vahendi valikus, eristatakse:

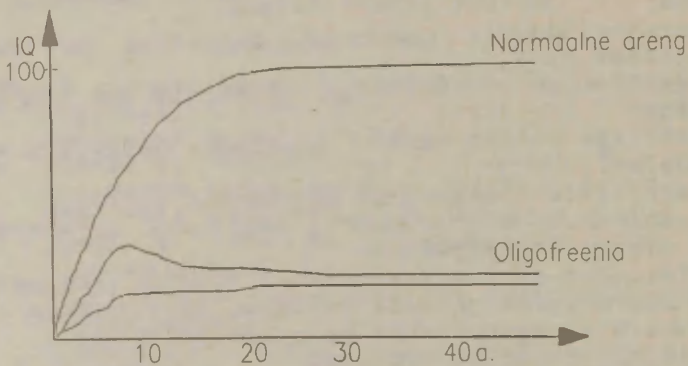
- onanism e. masturbatsioon - käsikiimalus;
- uranism - anaalne suguühe;
- fetišism- naudinguga saavutamine esemete abil;
- transvestitism - naudinguga saavutamine vastassoo riidetuse kandmisest;
- ekshibitsionism - naudinguga saavutamine oma su-guosade demonstreerimisest;
- skopofiilia e. vuajerism - naudinguga saavutamine vastassoost isiku suguosade või teiste suguühete vaatlemisest;
- algolagnia - naudinguga saavutamine valuais-tinguist, eristatakse: masohhism (nauding saa-dakse valu talumisest) ja sadism (nauding saa-dakse valu tekitamisest partnerile).

2.2.6. Intellektihäired

Intellekti haigusliku muutusena käsitletakse tema vaegust e. puudulikkust. Intellektivaegust iseloomustab puudulik abstraherimis- ning üldistamisvõime, see ilmneb kõige ilmekamalt uute tingimuste ja uue situatsiooni puhul, millega in-tellektivaegusega isik kohaneb halvasti ega suuda oma käitumist asjalikult suunata. Mõtlemine toimub peamiselt mehaanilis-assotsiatiivsel tasemel.

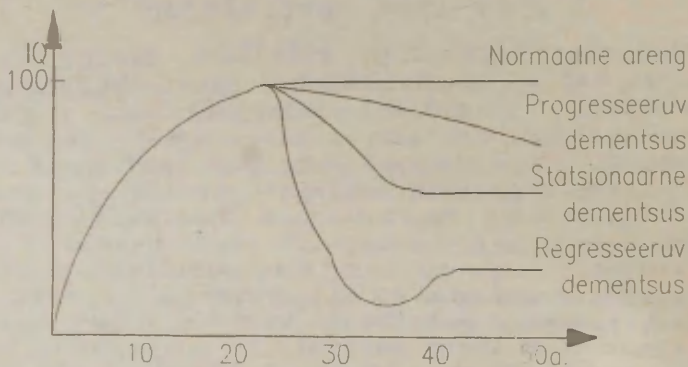
Intellektivaegus esineb kahes põhilises vormis.

Nõrgamõistuslikkus e. oligofreenia - indiviidi intellekti arengu mahajäämus üldisest keskmisest; mahajäämus võib alata sündimisest peale, võib aga alguse saada mõnest varajases lapseas saadud kahjustusest või haigusest.



Nõdrameelsus e. dementsus - indiviidi normaalselt arenenud intellekti alanemine mingi ajukahjustuse (ajuvigastus, -põrutus, -põletik, -kasvaja vms.) tagajärjel. Diferentseeritakse kolme peamist kulutüüpi:

- progresseeruv dementsus - intellektikahjustus pidevalt süveneb,
- regresseeruv dementsus - järsku raskena tekkinud intellektikahjustus mõningal määral taandub,
- statsionaarne dementsus - intellekti tase püsib pikka aega ühetaoliselt madalana.



2.2.7. Mäluhäired

Mäluhäireid jaotatakse kvantitatiivseteks ja kvalitatiivseteks.

Mälu kvantitatiivsed häired

Mälu kvantitatiivsed häired avalduvad mälu omandamis-, talletamis- ja reproduktsioonivõime tasemes, mahus ning käepärasuses ilmnevate muutustena, mis võivad olla kaheksugused.

Mälufunktsioonide alanemine on kõige sagedamini täheldatav mäluhäire liik, see võib manifesteeruda mitmel kujul.

Hüpomneesia e. düsmneesia - vaegmälu, mälu-funktsioonide nõrgenemine, mis võib olla ülekaalukalt:

- fikstsioonihüpomneesia - omandamisvõime nõrgenemine,
- reproduktsioonihüpomneesia - meenutamisevõime nõrgenemine.

Enamasti avalduvad need kombineeritult.

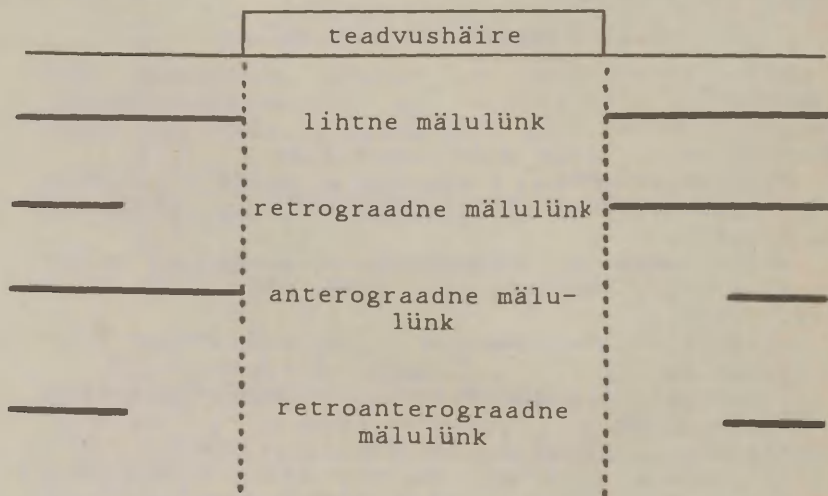
Amneesia e. mälulünk - inimese mälestuste ahelas on ajalisel piiratud mälulünk. Eristatakse kaht patogeneetilist vormi:

- fikstsiooniamneesia - mälulünk on põhjustatud omandamisvõime puudumisest teatud ajavahemikul,
- reproduktsiooniamneesia - mälulünga põhjuseks on meenutamisevõime puudumine. See võib mõnede haiguste korral pidevalt raskeneda, haarates ikka kaugemaid perioode isiku elust - progresseeruv amneesia.

Fikstsiooniamneesia on tavaliselt seoses mingi teadvushäirega. Mälulünga ajalise ulatuse erinevuste alusel diferentseeritakse:

- lihtne mälulünk - hõlmab teadvushäire ajavahemiku,
- retrograadne e. tagasihaarav mälulünk - hõlmab mingi ajavahemiku enne teadvushäiret ja teadvushäireperioodi,
- anterograadne e. edasihaarav mälulünk - hõlmab mingi ajavahemiku ka pärast teadvuse taastumist ning teadvushäireperioodi,

- anteroretrograadne e. edasi-tagasihaarav mä-
lulünk - hõlmab peale teadvushäireperioodi ka mingi
ajavahemiku selle eel ja mingi ajavahemiku pärast
teadvuse taastumist.



Mälufunktsioonide kõrgenemine

Hüpermneesia e. liigmälu avaldub eelkõige mä-
lestuste reproduktsiooni liigelavnemisena, kus-
juures meenuvate kujutluste vool häirib sihipärast
mõttetegevust.

Mälu kvalitatiivsed häired

Mälu kvalitatiivsed häired on mä-lupetted e.
paramneesia - ekslikud meenutused. Iseloomu ja
ulatus erinevuste alusel diferentseeritakse mit-
meid vorme.

Pseudoreministsents - reaalsete sündmuste
üksikdetailide väärsti mäletamine, üksik mä-lupete.

Ekmnneesia - möödunud sündmuste väär ülekan-dumine
käsolevasse aega, elamine minevikus.

Krüptomneesia - enda isiku ja objektide suhte
väär mäletamine, see võib olla:

- võõranduv krüptomneesia - oma tegusid, üt-lusi
jne. peab meenutamisel teistele kuuluvaks,

- assotsieeruv krüptomneesia - vööraid tegusid, ütlushi jne. peab meenutamisel enda omadeks.
- Konfabulatsioonid** - sündmuste, olukordade, elamuste ekslik faktiline või kronoloogiline mäletamine. Võib esineda:
- asendav konfabulatsioon - tegeliku sündmuse asemel mäletab mingit teist, seejuures reaalistlikku sündmustikku,
 - fantastiline konfabulatsioon - esitab eba-reaalset sündmuse ja olukordi kui realselt läbielatu mälestusi.

2.2.8. Teadvusseisundihäired

Teadvusseisundis võib olla nii kvantitatiivseid kui kvalitatiivseid häireid.

Kvantitatiivsed häired

Teadvusseisundi kvantitatiivsed häired avalduvad teadvuse selguse (virguse) muutustena.

Ülivirguse e. erutatud virgeseisund - sensoorne ärrituste vastuvõtulävi on tavalisest madalam, reaktsioonid ärritustele ülielavad, seejuures aga psüühiliste protsesside ja tegevuse sihipärasus ning seoslikkus on häiritud.

Alavirguse e. teadvuse hägunemise seisund - ärrituste vastuvõtulävi on tavalisest kõrgem, reaktsioonid loitud või puuduvad. Diferentseeritakse nelja teadvuse hägunemise põhiastet, neid käsitletakse sündromoloogia peatükis.

Kvalitatiivsed häired

Teadvusseisundi kvalitatiivsed häired ilmnevad hägunenud teadvuse foonil haiguslike tunnetushäirete (illusioonid, hallutsinatsioonid, luul) esinemisel. Seega realiteedi asemel on isiku teadvuse sisuks tema haiguslikud elamused. Tegemist on teadvushäire mitut laadi sündroomidega, neid käsitletakse sündromoloogia peatükis.

2.3. Psühhopatoloogiliste sümptomide diagnostiline hindamine

Haige uurimisel tuleb registreerida kõik temal täheldatavad psühhopatoloogilised sümptomid, selle alusel:

- hinnata, kas on tegemist isoleeritud üksik-funktsiooni hälbega või mitme funktsiooni samaaegsete häiretega,
- hinnata, millised ja millistes psüühikafunktsioonides on kõige olulisemad häired,
- hinnata, kas domineerivad positiivsed või negatiivsed sümptomid,
- hinnata, millise psühhopatoloogilise sündroomi moodustavad haigel esinevad sümptomid.

2.3.1. Positiivsed sümptomid

Positiivsed e. produktiivsed e. pluss-sümptomid - häired, mis avalduvad psüühilise tegevuse mingi aktiveerumisena, uute nähtude ilmnemisena. Positiivsed sümptomid:

- meelepetted,
- psühhosensoorsed häired,
- mõtlemise sisulised häired,
- mõtlemise mõned vormilised häired (tempo elavnemine jms.),
- tahteaktiivsuse tõus,
- meeleolu tõus,
- emotsionaalse reaktiivsuse elavnemine,
- teadvusseisundi kvalitatiivsed häired.

Positiivsete sümptomide ilmingud on varieeruvad, sageli muutuvad ka samal haigel haiguse kulus, erinevatel haigetel on märgatavate individuaalsete iseärasustega.

2.3.2. Negatiivsed sümptomid

Negatiivsed e. defekti- e. väljalanguse e. destruktiivsed e. miinussümptomid - häired, mis avalduvad psüühilise tegevuse alanemises, võimete vähenemises, psüühika vaesumises. Negatiivsed sümptomid:

- isiksuse regress,
- infantiilsus,
- tahteaktiivsuse alanemine,
- tundeelu tuimenemine,
- enessesulgumine (tühi autism),
- intellektuaal-mnestiliste funktsioonide alanemine.

Negatiivsete sümptomide ilmingud on inertsed, nad muutuvad vähe ning visalt, kõikidel haigetel on nad üsna ühetaolised, väga vähe leidub isikupäraseid erinevusi.

2.3.3. Psüühikahälbe haiguslikkuse hindamine

Psüühikahälbe haiguslikkuse hindamine peab toimuma reaalsel situatsiooni ja indiviidi kogemuste taset (haridus, tööala jms.) arvestades.

Psüühikahälbe haiguslikkuse tunnused:

- psüühikas täheldatav kõrvalekalle ei ole adekvaatne reaalsele situatsioonile (kas sisuldasa, intensiivsusest või kestvusest);
- psüühikas täheldatav hälve põhjustab ilmseid nihkeid psüühilises tegevuses tervikuna, üksikfunktsioonide kooskõlas;
- hälve põhjustab inimesele subjektiivseid kannatusi (see tunnus ei esine mitte alati);
- hälve häirib inimese sotsiaalset funktsioneerimist (suhtlemist, elukorraldust, olmelist ja/või töötegevust);
- hälve põhjustab inimese mitteadekvaatse käitumise kas verbaalsel või motoorsel tasemel (alusetud ja/või mõistetamatud avaldused, ebakohased liigutused või mõistetamatu tegutsemine).

3. PSÜHHIAATRILINE SÜNDROMOLOOGIA

3.1. Sündromoloogia üldmõisted

Psühhopatoloogiline sündroom on patogeneetiliselt üksteisega seotud sümptoomide kompleks, millest osa on obligatoorsed.

Sündroomi raamides esinevad:

- obligatoorsed sümptoomid, mis on teatud sündroomi korral spetsiifilised, ilma nendeta ei ole alust seda sündroomi diagnoosida;
- fakultatiivsed sümptoomid, mis on juhuslikud, esinevad osal juhtudel ühes, teistel teises kombinatsioonis obligatoorsete sümptoomidega, kujundades niiviisi sündroomi mitmesuguseid variante.

Sündroomi variant - samade obligatoorsete sümptoomidega kaasneb erinev kombinatsioon fakultatiivseid sümptoome.

Sündroomide grupp e. register hõlmab sugulassündroomid, mille obligatoorsed sümptoomid on samade psüühikafunktsioonide (nt. meeoleolu, tunnetuse jt.) erisugused häired.

Psühhopatoloogiline sündroom on psüühikahaiguse avalduskuju teatud etapil, teatud aja vältel. Haiguse käigus võivad sündroomid muutuda ja vahelduda.

Sündroomi ei või samastada konkreetse haige psüühilise seisundiga (staatusega), kuna:

- psüühiline staatus on individuaalne, hõlmab antud ajal patsiendil ilmnevad kõik psüühikahälbed,
- sündroom on abstraktne, üldistatud kogum, psüühikahäirete skemaatiline struktuur.

Psühhopatoloogiliste sündroomide süstemaatika areng

E. KRAEPELIN (1920) jaotas psühhopatoloogilised sündroomid (haiguspildid) kesknärvisüsteemi kahjustuse raskuse alusel järgmisesse kuude registrisse:

- neurootilised,

- emotsionaalsed,
- hallutsinatoorsed,
- luululised,
- düskineetilised,
- entsefalopaatilised.

A. SNEŽNEVSKI (1960) diferentseeris sündroomide järgmised kaheksa rühma, rõhutades nende erisugust haigusespetsiifilisust:

- asteenilised,
- afektiivsed,
- neurootilised,
- paranoilis-hallutsinatoorsed,
- katatoonsed,
- teadvushäire,
- krambi-,
- psühhoorganilised sündroomid.

Tartu psühhopatoloogiliste sündroomide klassifikatsioon (J. Saarma 1974) on koostatud eelnevatele tuginedes. Lähtudes psüühikafunktsioonide hierarhiast on diferentseeritud kuus järgmist registrit:

- tunde- ja tahtereaktiivsuse häirete,
- meeleoluhäirete,
- tunnetushäirete,
- tunde- ja tahteväärastuste,
- teadvushäirete,
- intellektuaal-mnestiliste häirete sündroomid.

3.2. Sündroomide klassifikatsioon

3.2.1. Tunde- ja tahtereaktiivsuse häirete sündroomid

Tunde- ja tahtereaktiivsuse häirete (neurootiliste) sündroomide registrisse kuuluvad sündroomid, mille obligatoorsed sümptoomid avalduvad tundeelu, tahteelu ja instinktide intensiivsuse ja reaktiivsuse kvantitatiivsete häiretena.

Need sündroomid iseloomustavad kesknärvisüsteemi kõige kergemaid funktsionaalseid häireid.

Need sündroomid on kõige väiksema haigusespetsiifilisusega: neid võib kohata praktiliselt

kõikide psüühikahaiguste kulus haiguse teatud etapil või ka pikema aja jooksul, eelkõige initsiaal- ja residuaaletapil. Neurooside, psühho-paatiate, orgaanilise genesiga neuroidide ja psühhopatooidide, samuti sõltuvushaiguste (alkoholism, toksiko- ja narkomaania) puhul piirdub haiguse manifestatsioon tavaliselt ainult selle registri sündroomidega.

Siia registrisse kuulub kaheksa järgmist sündroomi:

- emotsionaalse labiilsuse sündroom,
- asteeniasündroom,
- hüpohondriasündroom,
- psühhasteeniasündroom,
- sundsündroom,
- hüsteeriasündroom,
- seksuaalhäirete sündroom,
- sõltuvusesündroom.

Emotsionaalse labiilsuse sündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- emotsionaalne labiilsus,
- emotsioonide pidurdamatus,
- impulsiivsus

Fakultatiivsed sümptoomid:

- sensoorse ärritusläve alanemine,
- suhtumismõtted,
- instinktide pidurdamatus.

Sündroomi variandid:

- hüpersteeniline variant - domineerib tundeelu labiilsus,
- afektiivse plahvatuslikkusega variant - domineerib afektide pidurdamatus.

Asteeniasündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- emotsionaalne labiilsus,
- kiire väsimine.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- sensoorse ärritusläve alanemine,
- mõttekäigu laialivalgusus,
- tähelepanu vigiilsus,
- kihude nõrgenemine,
- meeoleu kõikumine,

- mälu käepärasuse alanemine.

Sündroomi variandid:

- depresseeruv-asteeniline sündroom - kaasneb meeleolu alanemine,
- hüpohondrilis-asteeniline sündroom - kaasneb suurenenud tähelepanu ja muretsemine oma tervise pärast.
- obsessiiv-asteeniline sündroom - lisandub üksikuid sundnähte,
- adünaamilis-asteeniline sündroom - lisandub passiivsus, oligo- ja bradükineesia nähte.

Hüpohondriasündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- interotseptiivse ärritusläve alanemine,
- hüpohondrilised mõtted,
- murelikkus,
- ärevus.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- senestopaatilised elamused,
- hüpohondrilised ülekaalukad mõtted,
- kurvameelsus,
- ühekülgne aktiivsus,
- instinktide labiilsus.

Sündroomi variandid:

- depressiiv-hüpohondriline sündroom - lisandub püsivalt alanenud meeleolu,
- obsessiiv-hüpohondriline sündroom - lisandub sundmõtteid, foobiaid, sundliigutusi.

Psühhasteeniasündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- mõtlemise üksikasjalikkus,
- kõhkkluslikkus, otsusekindlusetus,
- ärevus, seesmine pinge.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- mõtlemise resoneersus,
- sundhirmud,
- tundeelu ambitendents,
- instinktide nõrgenemine.

Sündroomi variandid:

- depressiiv-psühhasteeniline sündroom - lisandub püsivalt alanenud meeleolu,

- obsessiiv-psühhasteeniline sündroom - lisandub sundnähte, peamiselt sundmõtete ja -liigutuste kujul.

Sundseisundisündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- sundmõtted,
- sundhirmud,
- ärevus, seesmine pinge.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- hüpohondrilised mõtted,
- meeleolu alanemine.

Sündroomi variandid:

- ideatoorne sundsündroom - esiplaanil on sundmõtted ja -kujutlused,
- sundhirmude (foobiaste) sündroom - esiplaanil on mitmesugused sundhirmud,
- motoorne sundsündroom - esiplaanil on sundliigutused,
- kompleksne sundsündroom - esineb mitmelaadseid sundnähte,
- depressiivne sundsündroom - lisandub püsiv meeleolu alanemine.

Hüsteeriasündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- egotsentrism,
- emotsionaalne labiilsus,
- teatraalne käitumine.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- hüsteerilised minestus-, krampi- jm. hood,
- psühhogeensed meelepetted,
- afektipuhangud,
- impulsiivsus,
- kihude labiilsus,
- meeleolu alanemine.

Sündroomi variandid:

- mootorsete sümptoomide ülekaal,
- sensoorsete sümptoomide ülekaal,
- afektiivsete sümptoomide ülekaal,
- kompleksse sümptomaatikaga sündroom,
- Ganseri sündroom - psühhogeense hämaroleku foonil episoodilised meelepetted, mööдавastamine,

- puerilismi sündroom - ahenenud teadvuse foonil psüühika regress, lapsekõne ja -käitumine,
- pseudodementsus - intellektuaalsete funktsioonide ajutine pärssumine, loidus, ükskõiksus.

Seksuaalhäirete sündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- suguintinkti väärastumine,
- kihude ülekaal käitumises,
- kihutundmuste väärastumine.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- emotsionaalne labiilsus,
- impulsiivsus,
- aktiivsuse ühekülgne elavnemine.

Sündroomi variandid:

- seksuaalsättumuse väärastumise sündroomid - vastavalt juhtivale sättumushäirele (lesbism, pedofiilia jms.),
- seksuaalsihi väärastumise sündroomid - vastavalt juhtivale siihäirele (fetišism, masohhism jms.),
- seksuaaltungi intensiivsuse hälvete sündroomid - vastavalt juhtivale hälbele (frigiidsus, nümfomaania jms.).

Sõltuvussündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- tung mingi aine abil saavutada joobeseisund (ebriomaania),
- ühekülgset elavnenud aktiivsus,
- huvide ahenemine.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- emotsionaalne labiilsus,
- infantiilsus,
- tahteaktiivsuse alanemine,
- eneseõigustamine,
- intellekti ja mälu nõrgenemine.

Sündroomi variandid:

- alkoholismisündroom,
- toksikomaaniasündroom,
- narkomaaniasündroom,
- nikotinismisündroom.

3.2.2. Meeleoluhäirete sündroomid

Meeleoluhäirete (ka: afektiivsete e. emotsionaalsete) sündroomide struktuuris on juhtivaks häireks inimese põhimeeleolu mõnda aega kestvad märgatavad muutused.

Need sündroomid on tüüpilisteks avalduskujudeks nii endo- kui eksogeensete afektiivsete psühhooside puhul. Need sündroomid võivad aga esineda ka paljude muude psüühikahaiguste kulus kas juhuslike episoodidena või püsivamalt. Tavaliselt ei ilmne selgekujulisi meeleoluhäirete sündroome neurooside (erandiks on depressiivne neuroos), neurooidide, psühhopaatiate ja psühhopatooidide raamides.

Siia registrisse kuulub kolm sündroomi:

- maniakaalne sündroom,
- depressiivne sündroom,
- düsfooriline sündroom.

Maniakaalne sündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- meeleolu kõrgenemine,
- suurusmõtted ja -kujutlused.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- mõttekäigu kiirenemine (kuni mõttemaruni),
- motoorika elavnemine,
- ettevõtlikkuse tõus,
- tähelepanu vigiilsus,
- kihude elavnemine ja pidurdamatus,
- erutatud virgeseisund.

Sündroomi variandid:

- lõbus mania - esiplaanil on heatujulisus, naljatlemine,
- agiteeritud mania - esiplaanil on elav tegetsemine, ettevõtlikkus, püsimatus, hüplevus;
- ärritatud e. vihane mania - esiplaanil on erutuvus, emotsionaalne labiilsus, ägestumine;
- kverulatoorne mania - esiplaanil on oma ja teiste õiguste eest võitlemine, "korra" loomine igas ebasobivaski situatsioonis ja vormis;
- loid e. ebaproduktiivne mania - kõrgenenud meeleolu kõrval esineb vähene liikuvus, kõne ei ole elavnenud;

- hüpomaniakaalne sündroom - meeleolu kõrgenemine on mõõdukas, optimism ilma eriliste suurusmõteteta, patsient ei häiri ümbrust nimetamisväärselt;
- segasusega mania - esineb mõttemaru, logorröa ja paiguti mutism,
- eufooriline seisund - lamedalt kõrgenenud meeleolu kriitikavaese rahulolutundega, enamasti intellektuaal-mnestiliste funktsioonide mõõduka alanemise foonil.

Depressiivne sündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- meeleolu alanemine (kurvameelsus),
- depressiivsed mõtted ja kujutlused.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- mõtlemise ja kõne aeglustumine,
- ettevõtlikkuse alanemine,
- liigutuste aeglustumine ja vähesus,
- tähelepanu torpiidsus,
- mälu käepärasuse alanemine,
- kihude pidurdumine,
- kuulmismeelepetted,
- teadvuse hägunemise episoodid.

Sündroomi variandid:

- pidurdatud depressioon - kaasneb mõtlemise, kõne ja liigutuste aeglustumine, ettevõtlikkuse alanemine,
- depressiivne stuupor - kõne ja motoorika pidurdus ulatub stuupori ja mutismini,
- ärev depressioon - meeleolu alanemisel on ärevuse ja/või hirmu varjund, motoorika ei ole pidurdatud,
- agiteeritud depressioon - ilmneb kärsitus, hädaldamine, ärev liikuvus,
- düsfoorilis-depressiivne sündroom - meeleolu alanemisel on pahuruse, tusasuse ja rahulolematuse varjund,
- psühhosensoorne depressioon - esineb depersonalisatsiooni- ja derealisatsioonielamusi,
- hüpohondrilis-depressiivne sündroom - depressiooni foonil esineb senestopaatiad ja hüpohondrilisi mõtteid,

- nihilistlik depressioon (Cotardi sündroom) - depressiooni foonil avalduvad nihilistlikud luulumõtted,
- paranoilis-depressiivne sündroom - depressiooniga kaasneb paranoilisi kahtlusi ja mõtteid.

Düsfooriline sündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- pahur-rahulolematu alanenud meeleolu,
- kõrgeenenud ärritatavus,
- depressiivsed mõtted,
- suhtumismõtted.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- impulsiivsus,
- tähelepanu vigiilsus,
- kihude alanemine,
- depressiivsed luulumõtted,
- üksikud illusoorsed meelepatted.

Sündroomi variandid:

- ei ole kirjeldatud.

Tihti kaasneb düsfooria sümptoome teiste sündroomidega (eriti intellekti- ja mäluhäirete sündroomidega), kujundades vastava sündroomi düsfoorilise variandi.

3.2.3. Tunnetushäirete sündroomid

Tunnetushäirete sündroomides on obligatoorseks sümptomideks tunnetusprotsesside (tajumise ja mõtlemise) mitmelaadsed häired.

Need sündroomid on skisofreenia tüüpilisteks avalduskujudeks, kuid võivad ilmned ka sümptomaatiliste ja orgaaniliste psühhooside kulus mõnel etapil või ka püsivamalt, mõnikord tuisistades intellektuaal-mnestiliste häirete sündroome. Neurooside, neuroidide, psühhopaatiate ja afektiivsete psühhooside kulus selle registri sündroome tavaliselt ei esine.

Diferentseeritakse kuus sündroomi oma variantidega:

- psühhosensoorne,
- hallutsinoosi-,

- paranoiline,
- paranoidne,
- psüühiliste automatismide,
- parafreeniasündroom.

Psühhosensoorne sündroom:

Obligatoorsed sümptoomid:

- psühhosensoorsed häired,
- intermetamorfoosi luul,
- düsmorfofoobiline luul,
- nõutus.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- tähendus-, instseneeringu- ja teisikuluul,
- meelepetted,
- tundeelu ambivalentsus,
- tahteelu ambitendentsus,
- uurimisinstanti elavnemine.

Sündroomi variandid:

- derealisatsioonisündroom - esiplaanil on ümbruse vööraks muutumise elamus,
- instseneeringusündroom - esiplaanil on instseneeringuluul ja ärevus,
- Capgras' sündroom - esiplaanil on negatiivse ja positiivse teisiku luul,
- depersonalisatsioonisündroom - esiplaanil on omaenda isiku muutumuse elamused.

Hallutsinoosisündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- tõelised hallutsinatsioonid (püsiva iseloomuga ja enamasti ühes analüsaatoris),
- seletusluul.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- jälitus- ja tagakiusamisluul,
- ärevus, hirm,
- tahteelu ambitendentsus.

Sündroomi variandid:

- verbaalse hallutsinoosi sündroom - domineerivad kuulmismeelepetted,
- visuaalse hallutsinoosi sündroom - domineerivad nägemismeelepetted,
- taktiilse hallutsinoosi sündroom - domineerivad taktiilsed meelepetted (kehapinnal, limaskes-tadel),

- osmilise hallutsinoosi sündroom - domineerivad haistemeelepettek,
- kombineeritud hallutsinoosi sündroom - esineb meelepetteid mitmes analüsaatoris.

Paranoiline sündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- tähendus- ja suhtumislul (enamasti süstematiseeritud),
- umbusklikkus ümbruse suhtes,
- ärevus ja seesmine pinge.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- üksikud meelepettek,
- impulsiivsus,
- tahteelu ambitendentsus.

Sündroomi variandid:

- persekutoorne paranoiline sündroom - esiplaanil on kõikjal "vaenlaste" sepitsuste nägemine,
- kiivusluulu sündroom - esiplaanil on põhjendamatu veendumus abikaasa truudusetuses.

Paranoidne sündroom

(ka: paranoilis-hallutsinatoorne sündroom)

Obligatoorsed sümptoomid:

- meelepettek, peamiselt pseudohallutsinatsioonid,
- seletus-, tähendus-, suhtumis-, mõjustus- jt. luulumõtted,
- ärevus, seesmine pinge.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- mõttekäigu hüplevus,
- hirm,
- tundeelu ambivalententsus,
- tahteelu ambitendentsus,
- episooditi teadvuse kerge hägunemine.

Sündroomi variandid:

- äge paranoidne sündroom - kiiresti kujuneb massiliselt elavaid, tugeva afektiivse komponendiga meelepetteid ja paranoiline luul,
- depressiiv-paranoidne sündroom - lisandub mee-leolu alanemine ja depressiivseid mõtteid,
- hüpohondrilis-paranoidne sündroom - lisanduvad hüpohondrilised mõtted ja kujutlused,

- düsmorfofoobilis-paranoidne sündroom - sugenevad senestopaatilised ja kehaskeemi häired ning mure oma keha struktuuri pärast.

**Psüühiliste automatismide
e. Kandinski-Clerambault' sündroom**

Obligatoorsed sümptoomid:

- pseudohallutsinatsioonid,
- seletus- ja mõjustusluulu mõtted (süsteematiseeritud),
- tahteelu automatismid,
- isiksuse lõhenemise elamus.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- mõttekäigu ataksia ja tõkestused,
- ärevus ja seesmine pinge,
- tundeelu ambivalentsus,
- tahteelu ambitendentsus,
- instinktide vääristused,
- paiguti teadvuse kerge hägunemine.

Sündroomi variandid:

- sensorsete automatismide sündroom - esiplaanil on aistingute ja tajude automatism (tehtus),
- ideatoorsete automatismide sündroom - esiplaanil on mõttekäigu ja kujutluste automatism,
- emotsionaalsete automatismide sündroom - esiplaanil on tundmuste ja afektide automatism,
- mootorsete automatismide sündroom - esiplaanil on liigutusautomatism,
- kompleksne automatismide sündroom - esinevad polümorfised automatismid.

Parafreenne sündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- süstematiseeritud persekutoorne luul,
- süstematiseeritud suurusluul,
- aktiivsuse ühekülgne elavnemine.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- meelepettek,
- mõttekäigu ataksia,
- tundeelu ambivalentsus,
- tahteelu ambitendentsus,
- kihude vääristused.

Sündroomi variandid:

- akuutne parafreenia - lühikese ajaga kujuneb välja täielik sümptomaatika (mõnikord ilmutusena või "ärkamisena"),
- krooniline (e. protraheeritud) parafreenia - haiguse sümptoomid arenevad aeglaselt, järkjärgult täienes.

3.2.4. Tunde- ja tahteväärastuste sündroomid

Tunde- ja tahteväärastuste (ka: düsbuuliliste e. düskineetiliste) sündroomide kesksedeks sümptoomideks on tundeelu ja tahtelu vääramise mitmesugused avalduskujud, millest sugenevad sügavad hälbed haige käitumises.

Selle registri sündroomid on skisofreenia tüüpilisteks avalduskujudeks, kuid võivad esineda ka sümptomaatiliste ja orgaaniliste psühhooside kulus episoodiliselt või pikema aja jooksul. Neurooside, neuroidide, psühhopaatiate ja afektiivsete psühhooside kulus selle registri sündroomide tavaliselt ei esine.

Diferentseeritakse neli sündroomi oma variantidega:

- katatoonse stuupori sündroom,
- katatoonse rahutuse sündroom,
- hebefreense rahutuse sündroom,
- apaatilis-abuuliline sündroom.

Katatoonse stuupori sündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- tahteaktiivsuse alanemine,
- motoorika pidurdus,
- liigutuste, asendi, asukoha stereotüüpiad,
- fragmentaarne paranoiline luul.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- meelepetted,
- mõttekäigu aeglustumine,
- ärevus ja seesmine pinge,
- tundeelu ambivalentsus,
- negativism,
- kajasümptoomid,

- kihude alanemine ja/või väärastumine.

Sündroomi variandid:

- substuupor - mootorika pidurdus ja tahteaktiivsuse alanemine on osalised,
- efektoorne e. lutsiidne stuupor - pidurdus hõlmab domineerivalt motoorse analüsaatori, teadvus on selge,
- retseptoorne e. oneiroidne stuupor - pidurdus hõlmab nii retseptoorseid kui ka motoorseid analüsaatorid, teadvus on hägunenud, esinevad unenäotaolised meeletted.

Katatoonse rahutuse sündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- aktiivsuse sihipäratu elavnemine,
- impulsiivsus,
- emotsionaalne inadekvaatsus,
- fragmentaarne persekutoorne luul.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- meeletted,
- mõtlemise ataksia,
- tundeelu ambivalentsus,
- tahteelu ambitendentsus,
- negativism,
- kajasümptoomid,
- kihude alanemine ja/või väärastumine.

Sündroomi variandid:

- oneiroidne rahutus - erutus hõlmab nii motoorse kui sensoorsed analüsaatorid, esineb teadvuse oneiroidne segasus, sihitu motoorne rahutus,
- lutsiidne rahutus - erutus hõlmab vaid motoorse analüsaatori, teadvus on selge,
- sümptoomide intensiivsuse poolest võib rahutus varieeruda lokaliseeritud hüperkineesiast üldise kaootilise rahutuseneni.

Hebefreense rahutuse sündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- emotsionaalne inadekvaatsus,
- eufooria,
- maneerlikkus,
- grimassitamine,
- fragmentaarne persekutoorne luul,
- episoodilised meeletted.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- mõttekäigu ataksia,
- tundeelu ambivalentsus,
- tahteelu ambitendentsus,
- kajasümptoomid,
- negativism,
- kihude erutus,
- infantiilsus.

Sündroomi variandidid

- heboidne sündroom - domineerib protest ümbruse suhtes, originaalitsemine käitumises ja välimuses,
- hüpohondrilis-hebefreenne sündroom - esineb veidraid, isegi absurdseid kaebusi somaatilistele haigustele,
- paranoilis-hebefreenne sündroom - esineb persekutoorseid luulumõtteid ja vaenulikkust ümbruse suhtes.

Apaatilis-abuuliline sündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- tundeelu tuimenemine (hüpo- ja apaatia),
- tahteaktiivsuse alanemine (hüpo- ja abuulia).

Fakultatiivsed sümptoomid:

- mõttekäigu ja kõne aeglustumine,
- huvide kitsenemine,
- fragmentaarsed persekutoorsed luulumõtted,
- episooditi meeletpeteid,
- impulsiivsuse sөөstud,
- mälu käepärasuse alanemine.

Sündroomi variandidid:

- düsfooriahoogudega apaatilis-abuuliline sündroom - aegajalt esineb kas endogeenseid või reaktiivseid düsfooria- ja agressiivsuspurskeid,
- automatismidega apaatilis-abuuliline sündroom - ilmneb käsuautomatisme, vahel ka muid automatisme,
- autismiga apaatilis-abuuliline sündroom - loidusele ning tuimusele lisandub eneseselgumise, suhtlemise vältimine.

3.2.5. Teadvushäirete sündroomid

Sellesse registrisse kuuluvad sündroomid, mille keskseks sümptoomiks on teadvuse selguse alanemine, sellele võib lisanduda mitmeid produktiivseid sümptome.

Need sündroomid on sümptomaatiliste, eriti somatogeensete psühhooside iseloomulikud avalduskujud, kuid võivad ilmned ka peaaegu orgaaniliste kahjustuste tagajärjel tekkivate psühhooside kulus kas lühemate või kestvamate või korduvate seisunditena. Tavaliselt ei esine teadvushäire sündroome skisofreenia, afektiivsete psühhooside, neurooside, neuroidide ega psühhopaatiate korral.

Siia registrisse kuulub kuus sündroomi oma variantidega:

- teadvuse hägunemise sündroom,
- oneiroidne sündroom,
- deliiriumisündroom,
- amentsiasündroom,
- hämarolekusündroom,
- krambisündroom.

Teadvuse hägunemise sündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- teadvuse hägunemine,
- ärritusläve kõrgenemine,
- mõtlemise aeglustumine ja pinnalisus,
- tahteaktiivsuse alanemine,
- kihude pidurdumine,
- mälu omandamisvõime alanemine.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- emotsionaalne tuimenemine,
- emotsionaalne labiilsus,
- halemeelsus.

Sündroomi variandid:

- obnubilatsioon e. teadvuse pilvitumine,
- somnolentsus e. unisus,
- soopor e. uimus,
- kooma e. teadvusetus.

Teadvuse hägunemise astmete ligikaudsed kriiteriumid on esitatud tabelis.

Teadvuse hägunemise astmete iseloomustus

Teadvuse hägunemise aste	Sensoorne ärrituslävi	Sõnaline kontaktivõime	Motoorsed reaktsioonid
Obnubilatsioon	lainetav	episoodiliselt puudulik	episoodiliselt puudulik koordinatsioon
Somnolentsus	mõõdukalt kõrgenenud	alanenud	puudulik koordinatsioon
Soopor	tunduvalt kõrgenenud	puudub	üksnes elementaarsed, halb koordinatsioon
Kooma	blokeeritud	puudub	puuduvad

Oneiroidne (ulmataoline) sündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- teadvuse hägunemine,
- visuaalsed stseenilised hallutsinatsioonid,
- mõtlemise katkendlikkus,
- allopsüühiline desorientatsioon.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- emotsionaalne labiilsus,
- ärevus, hirm,
- motoorika pidurdus või rahutus,
- kihude pidurdus.

Sündroomi variandid:

- pidurdatud e. adünaamiline oneiroid - patsient on väheliikuv, passiivne, elab läbi meelepettelisi stseene neile väliselt reageerimata,
- rahutu oneiroid - patsient tegutseb ja liigub aktiivselt oma meelepetteliste elamuste ajal.

Deliiriumisündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- teadvuse hägunemine,
- visuaalsed liikuvad hallutsinatsioonid,
- mõtlemise seostamatus,
- ärevus, hirm,
- motoorne sihitu rahutus,
- allopsüühiline desorientatsioon.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- autopsüühiline desorientatsioon,
- fragmentaarne persekutoorne luul,
- kihude pidurdus,

Sündroomi variandid:

- professionaalne deliirium - patsient elab meelepetteis läbi oma kutsealast tegevust, käitub sellele vastavalt,
- mussiteeriv deliirium - teadvuse hägunemine sügav, desorientatsioon täielik, kontakt ei ole võimalik, haige pomiseb seotult omaette,
- abortiivne deliirium - patsiendil on põgusaid visuaalseid meelepetteid, orientatsioon ei ole häiritud, teadvus vaid kergesti pilvitunud.

Amentsiasündroom e. segasusseisund

Obligatoorsed sümptoomid:

- teadvus hägunenud,
- allopsüühiline desorientatsioon,
- tajumise analüüs ja süntees puudulik,
- mõtlemine katkendlik, vähese sünteesiga,
- nõutus, ärevus,
- aktiivsuse alanemine,
- orienteerumisrefleks inertne.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- autopsüühiline desorientatsioon,
- üksikud meelepetted,
- luulufragmentid,
- emotsionaalne labiilsus või tuimus,
- motoorika pidurdus.

Sündroomi variandid:

- sündroom esineb ühesuguse struktuuriga, kuid tema intensiivsus võib olla erinev, mille tõttu kontakt patsiendiga võib varieeruda suhteliselt heast kuni sisulise kontakti puudumiseni.

Hämarolekusündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- teadvuse sügav hägunemine,
- allo- ja autopsüühiline desorientatsioon,
- mõtlemise seostamatus,
- visuaalsed hallutsinatsioonid,
- fragmentaarne persekutoorne luul.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- hirmu- ja vihaafekti sööstud,
- rahutuse ja agressiivsuse sööstud,
- kaitserefleksi elavnemine.

Sündroomi variandid:

- epileptoidne hämarolek - iseloomulik on intensiivne kaootiline rahutus agressiivsusega,
- luululine hämarolek - iseloomulik on väliselt sihipärane, kuid paranoilisest luulust ajendatud käitumine.

Krambisündroom

(epileptiline e. epileptiformne sündroom)

Obligatoorsed sümptoomid:

- hootine teadvusekadu, lühiajaline täielik või osaline;
- hoo ajal tajumise, mõtlemise, tegevuse pärssumine;
- hiljem hoo kohta mälulünk.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- auraelamused hoo eel,
- hoo ajal mitmeladused motoorsed ärritusnähud.

Sündroomi variandid:

- absaans (*absence*) - mõne(kümne)sekundiline teadvusekadu, millega võib kaasneda vöötlihaskonna lõõgastumine;
- väike krambihoog (*petit mal*) - lühiaegne teadvusekadu, sel ajal lokaliseeritud stereotüüpsed tarbetud liigutused;
- suur krambihoog (*grand mal*) - teadvusekaoga kaasneb kogu lihaskonna kangustus (tooniline faas), sellele järgneb kangestuse ja lõõgastuse rütmiline vaheldamine (klooniline faas), hingamine on seiskunud, teadvus taastub hoo seiskumisel pikkamööda;

- fokaalne e. Jacksoni krampihoog - teadvuse väljalülitamisega või ka ilma selleta esineb kloonilisi tõmblusi ühes jäsemes või ühes kehapooles,
- Koževnikovi krampihoog - hoog algab paiksete klooniliste tõmblustega ühes lihaskühmas, järkjärgult levib edasi, võib ulatuda täieliku suure hooni teadvuse väljalülitumisega.

3.2.6. Intellekti- ja mäluhäirete sündroomid

Sellesse registrisse kuuluvate sündroomide põhilisteks sümptomideks on intellektuaalse taseme puudulikkus ja mälu funktsioonide vaegus.

Intellekti- ja mäluhäirete sündroomid on kõige tugevama haigusepetsiifilisusega: nad avalduvad üksnes peaaegu orgaaniliste kahjustustega (eriti suurte poolkerade koore atroofiaga) kaasnevate psüühikahaiguste puhul. Muude (funktsionaalsete) psüühikahaiguste korral selle registri sündroomi ei esine.

Siia registrisse kuulub kolm sündroomi:

- Korsakovi sündroom,
- oligofreenia e. nõrgamõistuslikkuse sündroom,
- dementsuse e. nõdrameelsuse sündroom.

Korsakovi e. amnestilis-konfabulatoorne sündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- intellekti alanemine (sünteesi ja üldistuse pinnalisus);
- mälu omandamisvõime tugevasti alanenud, fiktsiooniamneesia;
- jooksev mälu lünk täitub konfabulatsioonidega;
- meeoleolu lame kõrgenemine.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- allopsüühiline desorientatsioon;
- mõtlemise taseme alanemine mehhaanilis-assotsiatiivses suunas;
- emotsionaalne labiilsus;
- kihude alanemine või pidurdamatus.

Sündroomi variandid:

- struktuuriidasa on sündroom alati ühetaoline, küll esineb aga kvantitatiivseid variante fiktsiooniamnesia ulatuses ning konfabulatsioonide rohkuses.

Oligofreenia e. nõrgamõistuslikkuse sündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- mõtlemine primitiivsel, mehhaanilis-assotsiatiivsel tasemel, abstraktsiooni- ja üldistusvõime puudulikud;
- tundeelu primitiivne, kõrgemad sotsiaalsed tundmused ei ole arenenud;
- mälu on põhiliselt mehhaaniline.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- emotsionaalne tuimus või labiilsus;
- tahteaktiivsuse alanemine või püsimumatus;
- kihude puudulikkus või pidurdamatus.

Sündroomi variandid:

Kvantitatiivsed variandid e. oligofreenia astmed:

- debiilsus e. vaimse arengu kergekujuline mahajäämus, siia kuuluvad indiviidid intellekti-koefitsiendiga (IQ) 50 - 70;
- kerge imbetsiilsus - intellekti mõõdukas mahajäämus, IQ = 35 - 49;
- raske imbetsiilsus - intellekti väljendunud (tunduv) mahajäämus, IQ = 20 - 34;
- idiotia - intellekti sügav mahajäämus, IQ = alla 20.

Kvalitatiivsed e. struktuuri variandid:

- torpiidne e. inertne oligofreenia - domineerivaks on passiivne käitumine, inertsus mõtlemises ja tegevuses.
- ereetiline e. püsimumatu oligofreenia - domineerib püsimumatus, kärsitus, pidev liikumistung,
- keskmine oligofreenia - eelnevate vahepealne variant.

Dementsuse e. nõdrameelsuse sündroom

Obligatoorsed sümptoomid:

- intellektuaalse taseme tagasilangus,
- mõtlemise alanemine mehhaanilis-assotsiatiivsele tasemele,

- mälu üldine nõrgenemine.

Fakultatiivsed sümptoomid:

- emotsionaalne labiilsus või tuimenemine,
- tahteaktiivsuse alanemine või ühekülgne elavnemine,
- kihude alanemine või pidurdamatus,
- orientatsioonihäired.

Sündroomi variandid:

Kvantitatiivsed variandid:

- lakunaarne dementsus - intellekti mõõdukas alanemine, inimene on suuteline harjunud olme- ja tegevusestereotüübiga toime tulema;
- globaarne dementsus - intellekti raske alanemine, inimene pole võimeline iseseisvalt elama.

Kvalitatiivsed e. struktuuri variandid:

- apaatne dementsus - haige on tuim, loid, ükskõikne ja huvideta nii ümbruse kui ka mingi tegevuse suhtes;
- eufooriline dementsus - esiplaanil on lame rahulolev meeoleolu;
- düsfooriline dementsus - ilmneb pahurus, tuhatsemine, kõrgenenud ärritatavus, rahulolematuus ümbrusega ja teiste käitumisega haige suhtes;
- hallutsinatoorne dementsus - dementsuse foonil esineb hallutsinatsioone ja fragmentaarseid luulumõtteid.

3.3. Psühhopatoloogiliste sündroomide diagnostiline hindamine

Psühhopatoloogilistel sündroomidel ei ole üksüheseid seoseid psüühikahaigustega, mistõttu ainuüksi sündroomist ei ole võimalik tuletada haiguse diagnoosi. Oluline on hinnata ikka ka haiguse dünaamikat ja sündroomide senist vaheldumist.

Psühhopatoloogiliste sündroomide registrid on erisuguse haiguspetsiifilisusega, seda iseloomustab alljärgnev skeem (A. Snežnevski järgi täiendatud ning muudetud).

**Psühhopatoloogiliste sündroomide
ja psüühikahaiguste vastastikused seosed**

Intellekti- ja mäluhäirete register	Peaaju orgaaniliste kahjustustega psüühikahai- gused
Teadvushäirete register	Sümptomaatili- sed psüühika- haigused
Tunde- ja tahteväärastuse register	Skisofreenia
Tunnetushäire- te register	
Meeleoluhäire- te register	Afektiivsed psüühikahai- gused
Tunde- ja tahtereaktiivsuse häirete regis- ter	Neuroosid, neuroidid, psühhopaatiad, sõltuvushaigu- sed

- Lähtudes psühhopatoloogilistest sündroomidest tuleb nende seoste kohta haigustega arvestada, et:
- intellekti- ja mäluhäirete registri sündroomid esinevad ainult peaaju orgaaniliste kahjustustega haiguste korral;
 - teadvushäirete registri sündroomid on iseloomulikud sümptomaatilistele (somatogeense- tele) psüühosidele, kuid esinevad ka peaaju orgaaniliste kahjustuste korral;
 - tunde- ja tahteväärastuste registri ja tunne- tushäirete registri sündroomid on iseloomulikud skisofreeniale, kuid võivad esineda ka sümpto- maatiliste ja orgaaniliste psüühoside kulus;

- meeleoluhäirete registri sündroomid on iseloomulikud afektiivsetele psühhoosidele, võivad aga esineda ka mitmete muude psüühikahaiguste korral, välja arvatud neuroosid, neuroidid, psühhopaatiad, psühhopatoidid;
- tahte- ja tundereaktiivsuse häirete registri sündroomid on iseloomulikud neuroosidele, neuroididele, psühhopaatiatele, psühhopatoididele ja sõltuvushaigustele, võivad aga esineda ka kõikide muude psüühikahaiguste kulus kas episoodiliselt või pikema aja jooksul.

Psüühikahaiguste suhteid sündroomide registritega analüüsidest tuleb arvestada järgmist:

- neurooside, neuroidide, psühhopaatiade, psühhopatoidide ja sõltuvushaiguste korral piirdub haiguse kogu kulg üksnes tunde- ja tahtereaktiivsuse häirete registriga;
- afektiivsetele psühhoosidele on tüüpilised meeleoluhäirete registri sündroomid, kuid nende haiguste käigus võib lühemat või pikemat aega esineda ka tunde- ja tahtereaktiivsuse häirete sündroomid;
- skisofreenia puhul on tüüpilisteks tunnetushäirete ja tunde-tahteväärastuste registri sündroomid, kuid ühel või teisel etapil võib esineda ka tunde-tahtereaktiivsuse ja meeleoluhäirete sündroomid;
- sümptomaatiliste psühhooside korral on iseloomulikud teadvushäirete sündroomid, kuid nende puhul võib esineda ka teiste registrite sündroomid, ainult mitte intellekti- ja mäluhäirete sündroomid;
- peaaegu orgaaniliste kahjustustega psüühikahaiguste korral on spetsiifilisteks intellekti- ja mäluhäirete registri sündroomid, kuid nende haiguste käigus võivad esineda ka kõikide teiste registrite sündroomid.

4. PSÜHHIAATRILINE NOSOLOOGIA

4.1. Nosoloogia üldmõisted

Nosoloogia - õpetus haigustest ja haigusseisunditest, s.t. etioloogiliselt, patogeneetiliselt, sümptomide ja kulu poolest sugulaslikest haiguslikest avaldusvormidest.

Psühhiaatria nagu kogu kliinilise meditsiini areng on kulgenud sündromoloogiliselt käsitluselt nosoloogilisele. Pikka aega oli psüühikahäirete diagnostikas ainuvalitsevaks sündromoloogiline printsiip:

- konkreetsel haigel diagnoositi seisundit (melanhoolia, dementsus, segasus jne.),
- hilisemal ajal märgiti vahel ka sündroomide järgnevust (dementsus segasuse järel jms.).

Nosoloogilise printsiibi kujundajad psüühikahäirete käsitluses ja diagnostikas:

- A. Bayle kirjeldas 1822. a. progresseeruvat paralüüsi kui ühtse sümptomaatika, kulu ja patoloogilis-anatoomilise substraadiga haigust (luetiline etilooogia tuvastati alles 1913. a.);
- S. Korsakov kirjeldas 1887. a. alkoholset polüneuriitilist psühhoosi (praegu: Korsakovi psühhoos) esimese täieliku nosoloogilise ühikuna psühhiaatrias;
- E. Kraepelin kirjeldas 1896. a. maniakaal-depressiivset psühhoosi ja varajast nõdrameelsust (praegu: skisofreenia) kahe põhilise endogeense psühhoosina. Sellest alates kujunes nosoloogiline printsiip psüühikahäirete diagnostikas domineerivaks.

Psüühikahaiguste nosoloogilises käsitluses tuleb eristada psüühikahaigusi ja psüühika haigusseisundeid:

- psüühikahaigus - dünaamiline protsess psüühikahäirete iseloomuliku algusega, kuluga ja lõppega (nt. joomahullus, involutsioonimelanhoolia jms.);

- psüühika haigusseisund - indiviidi arengu milgi etapil esinenud haiguse või vigastuse tagajärjel tekkinud defekt (nt. oligofreenia) või väärastus (nt. psühhopaatia), mis püsib põhitunnuste poolst ühesugusena aastaid ja aastakümneid.

Psüühikahaigused ja haigusseisundid avalduvad indiviiditi erineva struktuuri ja dünaamikaga, nende hulgas eristatakse haiguse variante e. vorme (nt. skisofreenial diferentseeritakse paranoidset, katatoonset jm. vorme, neuroose jaotatakse: depressiooni-, hirmu-, hüsteeria- jt. neuroosid jne.).

Ühiste konkreetsete etioloogiliste ja patogeneetiliste mehhanismidega ning ühetaoliste põhinähtudega haigused moodustavad psüühikahaiguste grupi (nt. infektsioonipsühhoosid, involutsioonipsühhoosid jne.).

Kõige üldisemate ühiste etioloogiliste ja patogeneetiliste alustega ning põhiliste avaldumistasanditega haigused moodustavad psüühikahaiguste klassi (nt. endogeensed psühhoosid, psühhogeensed psüühikahäired jne.).

Psüühikahaigusi klassifitseeritakse mitmesuguste tunnuste põhjal.

Haiguse põhjuse alusel eristatakse:

- eksogeensed psüühikahaigused - välisfaktoritest esile kutsutud haigused (mürgistushallutsinoos, traumaatiline dementsus jne.);
- endogeensed psüühikahaigused - geneetilise algega psüühikahäired (maniakaal-depressiivne psühhoos, Downi tõbi oligofreeniaga jne.).

Haiguse substraadi alusel eristatakse:

- orgaanilised psüühikahaigused - haigusnähtude aluseks on peaju anatoomilised kahjustused (raukusnõdrameelsus jms.);
- funktsionaalsed psüühikahaigused - haigusnähtude aluseks on funktsionaalsed muutused närvisüsteemi talitluses (palavikudeliirium jms.).

Psüühikahäirete raskuse alusel diferentseeritakse:

- psühhootilised psüühikahaigused - rasked häired psüühilises tegevuses,

- mittepsühhootilised psüühikahaigused - mõõdukad häired psüühikas.

Psühhootiliste ja mittepsühhootiliste psüühikahaiguste diferentseerimisel on meditsiinilise kõrval oluline ka sotsiaalne (*incl.* juriidiline) tähendus.

Psühhootiline psüühikahaigus e. psühhooos e. vaimuhaigus - psüühilise tegevuse sügav häire, mille puhul:

- isiksuse struktuur on muutunud,
- tegelikkuse tunnetamine on moonutatud,
- võime tegelikkusega kohaneda on raskesti häiritud,
- haige ise ei suuda oma haiguslikke elamusi eristada tegelikest nähtudest.

Mittepsühhootiline psüühikahaigus e. hinge-haigus - psüühilise tegevuse mõõdukas häire, mille puhul:

- põhiliselt esinevad hälbed tunde- ja tahteelu reaktiivsuses,
- tegelikkuse tunnetamine on adekvaatne,
- esineb mõõdukaid kohanemisraskusi,
- peamiselt kannatab inimene ise subjektiivselt oma haigusnähtude all,
- haige diferentseerib oma haiguslikke elamusi reaalsest nähtustest.

Nõukogude Liidu tervishoiusüsteemis kehtib haiguste klassifitseerimisel, arvestamisel ning aruandluses Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni (ÜTO) RAHVUSVAHELINE HAIGUSTE KLASSIFIKATSIOON (RHK), alates 1980. aastast selle 9. redaktsioon (RHK-9).

RHK-9 viies peatükk hõlmab kõik võimalikud psüühikahäired, nii haigusprotsessid kui ka haigusseisundid, nad on jagatud kolme alapeatükki;

- psühhooosid (koodid e. šifrid 290 - 299),
- neurootilised häired, psühhopaatiad ja muud mittepsühhootilised häired (300 - 315),
- intellektuaalne mahajäämus (317 - 319).

4.2. Psüühikahaiguste kliinilised vormid

Alljärgnevalt esitatakse skemaatiliselt praktikas sagedamini ette tulevate psüühikahaiguste põhilised kliinilised avalduskujud ning diagnostika juhised, mainitakse ka peamisi ravivahendeid.

4.2.1. Skisofreenia

Skisofreenia (*schizophrenia*) on enamasti noores eas algav, paljudel juhtudel kroonilise kuluga endogeenne psühhoos, mille puhul ilmnevad iseloomulikud häired tunnetusprotsessides ja tunde- ning tahteelus.

Skisofreenia põhitunnused

Skisofreenia tüüpilised tunnused RHK-9 järgi:

- isiksuse tunduvad häired,
- mõtlemise väärustumine,
- mõjustusluul,
- tajumishäired,
- ebaadekvaatsed afektid,
- autism,
- ei ole teadvushäireid ega intellekti kahjustust.

Skisofreenia esimese järgu tunnused (Kurt Schneideri järgi):

- oma mõtete kuuldavaks muutumine,
- verbaalsed hallutsinatsioonid,
- somaatilised hallutsinatsioonid,
- mõttesisenduselamused,
- mõttelevielamused,
- mõjustusluul.

Skisofreenia põhitunnused (J. Saarma 1978):

- psüühilised automatismid mõjustuselamusega,
- ataktiline mõtlemine,
- ebaadekvaatne tundeelu,
- tahteaktiivsuse ahenemine ja/või alanemine.

Skisofreenia varajased sümptoomid

(V. Sostakovits 1970).

Tajumine:

- nägemine läbi udu, võrk silme ees,
- interotseptiivsed vaevused (raske hingata jms.),

- kehalise muutumuse tunne (nägu, jäsemed).

Mõtlemine:

- kontsentreerumine raskenenud,
- mõttekäigu libastumisi,
- mõtete suunamine raskenenud,
- ilmuvad uued eripärased huvid.

Tundeelu:

- mõõdukas depressioon,
- ärevus ja murelikkus,
- aegajalt inadekvaatsed afektid,
- ümbruse suhtes ükskõiksus, enesesse pöördumine.

Tahteelu:

- initsiatiivi alanemine,
- uute huvide suunas inertne suurenenud aktiivsus,
- seksuaalne passiivsus,
- omapärastes vormides aktiivne puhkus.

Skisofreenia alavormid

RHK-9 kohaselt eritletakse skisofreenial kaheksa alavormi, nende põhilised tunnused on järgnevad.

Lihtne skisofreenia (*schizophrenia simplex*):

- aeglane, enamasti aastaid kestev kulg,
- käitumisveidrused,
- sotsiaalse miljöoga kohanemise võime alanemine,
- töövõime langeb, huvid kärbuvad,
- enessesulgumine,
- emotsionaalne tuimenemine,
- vaimne tühjus ja sihitus,
- episooditi põgusaid meelepetteid ja luulufragmente.

Hebefreenia (*hebephrenia*)

- emotsionaalne inadekvaatsus ja lamedus,
- maneerlik-veiderdav käitumine,
- ebakohane naljatlemine, klounaad,
- veidravad stereotüüpiad kõnes, poosides, liigutustes,
- mõttekäigu ataktilisus,
- õõnes hüpohondrilisus,
- ebapüsivad, fragmentaarsed luulumõtted,
- episoodilised meelepetted.

Paranoidne skisofreenia (*schizophrenia paranoides*):

- püsivad, süstematiseeruvad paranoilised luulumõtted,

- hallutsinatsioonid (eriti verbaalsed pseudo-hallutsinatsioonid),
- "mina"tervikluse sügav häirumine,
- episoodilised ja vähesed psühhomotoorsed häired.

Katatoonia (*katatonia*)

- esiplaanil on psühhomotoorsed häired kas sihitu hüperkineesia (katatoonne rahutus) või stuuporina,
- stereotüüpiad, negativism, kajanähud,
- sageli meeleolumuutused kas subdepressioonina või hüpomaania,
- osal juhtudest on teadvus oneiroidset väärastunud (katatoonia oneiroidne variant), osal juhtudest selge (lutsiidne katatoonia).

Tsirkulaarne skisofreenia (*schizophrenia circularis*):

- tsükliliselt korduvad depressiivsed ja/või maniakaalsed faasid, millede foonil avalduvad
- luulumõtted, mõtlemise vormihäired,
- meeletused episoodiliselt,
- "mina"tervikluse häired.

Äge skisofreenne episood (*schizophrenia acuta*)

- akuutne nõutuse või oneiroidne seisund,
- suhtumislul, hallutsinatsioonid,
- inadekvaatsed afektipursked,
- seisund taandub enamasti spontaanselt.

Latentne skisofreenia (ka: loiukululine skisofreenia):

- ekstsentriline käitumine,
- ebaadekvaatsed emotsioonid,
- vähesel aktuaalsusega fragmentaarne luul,
- kulg on väga aeglane, sotsiaalne kompensatsioon püsib aastaid, aastakümneid.

Residuaalne skisofreenia:

- ägeda või alaägeda skisofreense episoodi möödumisel püsima jääv seisund,
- emotsionaalne tuimenemine,
- mõõdukad mõtlemise vormihäired (ataksia, resoneersus),
- residuaalluul,
- sotsiaalne adaptatsioon rahuldav.

Skisofreenia kulutüübid

Spontaanse kulu korral täheldatakse kolme peamise kulutüübi esinemist järgmise sagedusega:

- hookululine e. perioodiline - 19 %
- nihkekululine - 25 %
- püsikululine - 56 %

Aktiivset ja toetusravi saavate skisofreeniahaigete populatsioonis esineb neid kulutüüpe järgmise sagedusega (A. Aadamsoo 1978.a.):

- hookululine - 46 %
- nihkekululine - 22 %
- püsikululine - 32 %

Skisofreeniahaigete ravi

Skisofreeniahaigete ravi ja rehabilitatsioon on pikaajaline menetlus, tinglikult võib jaotada kolmeks põhietapiks:

- aktiivne ravi - intensiivsete psühhoosiliste nähtude kupeerimine kompleksse aktiivse ravi abil;
- toetusravi - pikemaajaline medikamentoosne ja psühhosotsioteeraapia resistentsemate haigusnähtude taandamiseks või stabiliseerimiseks;
- readaptatsioon ja profülaktiline ravirežiim - patsiendi elu- ja tööalase adaptatsiooni taastamine või uuel tasemel väljakujundamine, retsidiivide profülaktika.

Skisofreeniahaigete ravimiseks kasutatakse haiguse etapile, domineerivale sündroomile, sümptomide intensiivsusele vastavalt:

- insuliinkoomaravi,
- elekterkonvulsioonravi,
- uniravi,
- neuroleptikume,
- nootroopikume,
- psühhoteraapiat (laias diapasoonis),
- tööravi,
- sotsioteeraapiat,
- profülaktilist režiimi (alkoholist hoidumine, töö-puhkerežiim, tööala valik, töökoormuse reguleerimine jne.).

4.2.2. Maniakaal-depressiivne psühhoos

Maniakaal-depressiivne psühhoos (*psychosis maniaco-depressiva*) on enamasti noores eas algav endogeenne psühhoos, mis kulgeb maniakaalsete ja/või depressiivsete faasidena, mille puhul esinevad tunde- ja tahteelu ning mõtlemise ise-loomulikud muutused. Faaside kestus ja sagedus on individuaalselt erinev, faaside vaheaegadel psüühilisi häireid ei ilmne.

Maniakaal-depressiivse psühhoosi struktuur

Maniakaal-depressiivse psühhoosi puhul eristatakse järgmisi struktuurielemente:

- haiguse faas - psüühikahäirete esinemise periood, see võib kesta mõnest nädalast kuni mitme kuuni, harva ka aastani ja kauem;
- intermissioon - vaheaeg haiguse kahe faasi vahel, sel ajal psüühikahälbeid ei ilmne, võib kesta mõnest kuust mitme, vahel koguni mitmekümne aastani,
- haiguse tsükkel - hõlmab ajaperioodi ühe faasi algusest koos sellele järgneva intermissiooniga kuni järgmise faasi alguseni.

Maniakaalse faasi sümptoomid:

- meeleolu kõrgenemine,
- suurusmõtted kuni suurusluuluni,
- alanenud enesekriitika,
- kiirenenud mõttekäik ja kõne,
- suurenenud ettevõtlikkus,
- elavnenud mootorika,
- püsimatus.

Depressiivse faasi sümptoomid:

- meeleolu alanemine,
- depressiivsed mõtted kuni depressiivse luuluni,
- suitsiidimõtted ja -katsed,
- aeglustunud mõtlemine ja kõne,
- alanenud teotahe ning ettevõtlikkus,
- pidurdatud mootorika,
- huvide ahenemine ja loidumine.

Maniakaal-depressiivse psühhoosi kulu variandid

Maniakaal-depressiivne psühhoos võib kulgeda:

- monopolaarselt - indiviidil esineb kogu tema haiguse jooksul ainult ühesuunalisi faase; faasid võivad olla
 - üksnes depressiivsed - sellist kulgu täheldatakse 60 %-l maniakaal-depressiivse psühhoosiga haigetest,
 - ainult maniakaalsed - sellist kulgu esineb ainult 5 %-l haigetest;
- bipolaarselt - indiviidil esineb haiguse kulus niihästi depressiivseid kui ka maniakaalseid faase, niisugune kulg on 35 %-l maniakaal-depressiivse psühhoosiga haigetest, kusjuures
 - osal juhtudel vahelduvad faasid korrapäraselt, s.t. reeglipäraselt esinevad vaheldumisi depressiivsed ja maniakaalsed faasid,
 - osal juhtudel aga faasid vahelduvad ebakorrapäraselt.

Maniakaal-depressiivse psühhoosiga haigete ravi

Maniakaal-depressiivse psühhoosiga haige ravis tuleb eraldi käsitleda faaside ravi ja haiguse profülaktilist ravi.

Depressiivses faasis:

- rakendatakse depressiooni raskusele ja haige üldseisundile vastavalt järgmisi vahendeid:
- elekterkonvulsioonravi,
- antidepressandid (kas intravenoosselt tilkinfusiooniga, intramuskulaarselt või peroraalselt),
- ammoniumkloriidkonvulsioonravi,
- psühhoteraapia,
- sotsioteeraapia,
- tegevus- ja tööravi.

Maniakaalses faasis:

- liitiumkarbonaat,
- karbamazepiin (finlepsiin),
- neuroleptikumid (eriti haloperidool),
- elekterkonvulsioonravi,
- psühhoteraapia,
- sotsioteeraapia,
- tegevus- ja tööravi.

Profülaktivist ravi rakendatakse ära hoidmaks haiguse faaside kordumist *rsp.* muutmaks nad harvemaks ja/või vähemintensiivseteks. Sel otstarbel manustatakse aastate vältel pidevalt kontrollides aine kontsentratsiooni vereseerumis:

- liitiumkarbonaati,
 - karbamazepiini.
- Samaaegselt tuleb reguleerida
- elu-, olme- ja töörežiimi.

4.2.3. Taandarenguea psüühikahaigused

Taandarenguea psüühikahaigusteks nimetatakse eluea teisel poolel organismi ning kesknärvisüsteemi taandarenguga seoses esinevaid psüühikahaigusi. Need on

- involutsiooniea e. preseniilsed psüühikahaigused,
- raukus- e. seniilsed psüühikahaigused.

Involutsiooniea psüühikahaigused

Involutsioonimelanhoolia

Involutsioonimelanhoolia on kliimaksis või selle järelperioodil enamasti aeglaselt arenev psüühikahaigus, mille sümptoomidest domineerib raske depressioon, tihti agiteeritud depressiooni kujul. Esineb melanhoolsete sööstude (*raptus melancholicus*) ning suitsiidikatsete oht. Haigus võib kesta mitu kuud, ilma ravita mõnikord kaks - kolm aastat.

Involutsioonimelanhoolia halvaloomuline variant (Kraepelini tõbi) - ärev depressioon nõutusega ja motoorse rahutusega, esineb oneiroidseid episoodide, areneb kurnatus, kahheksia ja viib letaalsele lõppele.

Ravi:

- elekterkonvulsioonravi,
- ammooniumkloriidkonvulsioonravi,
- antidepressandid (intravenoosselt tilkinfusiooniga, peroraalselt),
- hormoonravi,
- psühho- ja sotsioteraapia,
- tegevus- ja tööravi,
- elu-, olme- ja töörežiimi reguleerimine.

Mõnikord on vaja pikki ravikuure, vahel tuleb neid korrata.

Involutsiooniparanoid

Involutsiooniparanoid on kliimaksi ajal või järelperioodil enamasti aeglaselt arenev psühhoos, mille sümptoomidest domineerivad:

- paranoilised luulumõtted, sageli kiivus- või erootilise luulu kujul,
 - kuulmis- ja taktiilsed hallutsinatsioonid, sageli erootilise sisuga,
 - ärevus, düsfooria või depressioon.
- Involutsiooniparanoid võib kesta aastaid.

Ravi:

- insuliinkoomaravi,
- elekterkonvulsioonravi,
- neuroleptikumid,
- psühho- ja sotsioteeraapia,
- tegevus- ja tööravi,
- elu- ja töörežiimi reguleerimine.

Tihti on vaja teha pikki ravikuure, esineb retsidiive, ravikuure tuleb korrata.

Preseniilne dementsus

Preseniilne dementsus on enamasti 40. - 50. eluaastatel aegamööda arenev peaaju atroofiline protsess, mis põhjustab üha raskeneva dementsuse rohkete kaasnevate neuroloogiliste häiretega, kiire letaalne lõpe. Diferentseeritakse kaht põhilist varianti.

Picki tõbi

Substraadiks on peaaju suurte poolkerade koore kõikide sagarate difuusne atroofia; sümptoomid:

- algab isiksuse muutusega, kujuneb lame eufooria koos passiivsusega,
- järjest süveneb intellekti alanemine ja mälu nõrgenemine,
- kaasneb kõne vaesumine ekolaalia ja amnestilise afaasiaga,
- lisanduvad ekstrapüramidaalsed häired,
- 5 - 6 aastaga *exitus letalis*.

Alzheimeri tõbi

Substraadiks on peaju suurte poolkerade koore, domineerivalt frontaalsagara difuusne atroofia, sümptoomid:

- algab tähelepanu hajuvusega, mälu nõrgenemisega,
- kujuneb amnestiline desorientatsioon,
- areneb välja apraksia, amnestiline ja sensoorne afaasia,
- episooditi teadvushäired,
- 8 - 10 aastaga *exitus letalis*.

Ravi

Preseniilse dementsusega haigete efektiivset ravi tänaseni leitud ei ole, tuleb piirduda sümptomaatilise raviga. Selleks kasutatakse:

- nootroopikume,
- trankvillisaatoreid,
- füsioteraapiat,
- psühho- ja sotsioteeraapiat,
- tegevus- ja tööravi,
- režiimi reguleerimist.

Seniilsed psüühikahaigused

Seniilsed psüühikahaigused on kõrges elueas (pärast 65. eluaastat) peaju atroofia tagajärjel aegamööda arenevad psüühikahaigused, mille sümptoomidest on esiplaanil intellektuaal-mnestiliste võimete alanemine, s.t. dementsus. Oma raskuse poolest on psüühikahaigused algperioodil mõnda aega mittepsühhootilisel tasemel, sümptoomide raske- nedes omandavad hiljem psühhootilise iseloomu. Patoloogilis-anatoomilise substraadi erinevuste alusel diferentseeritakse kaht peamist vormi.

Aterosklerootiline dementsus

Aterosklerootilise dementsuse substraadiks on peaju veresoonte ateroskleroos, mille tagajärjel närvikude atrofeerub eelkõige kõige halvemini varustavate veresoonte aladel.

Sümptoomid

Esiplaanil:

- murelik-rusutud meeleolu, episooditi tugev depressioon,
- emotsionaalne labiilsus ja inkontinents,

- mälu käepärasuse, hiljem ka omandamisvõime nõrgenemine,
- tahteaktiivsuse alanemine,
- episooditi teadvuse hägunemine, vahel ka hallutsinatsioonid,
- mootorika vaegus ning aeglus,
- intellektuaalsete võimete järkjärguline alanemine.

Kulg

On lainetavalt edenev, vahel esineb järske halvenemisi koos neuroloogiliste koldenähtudega (mikroinsuldid), tükati ilmneb suhtelise paranemise perioode.

Ravi

Tänapäeval kasutatakse aterosklerootilise dementsusega haigete raviks:

- nootropikumide (aminaloon jt.) korduvaid pikki (3 - 4 kuud) kuure,
- kolesterineemiat alandavaid vahendeid (miskleroon, parmidiin, prodektiin jt.),
- dieedi- ja olme- ning töörežiimi reguleerimist,
- psühho- ja sotsioteeraapiat,
- tegevus- ja tööravi.

Seniilne dementsus e. raukusnõdrameelsus

Raukusnõdrameelsuse substraadiks on peaaju suurte poolkerade difuusne atroofia, mis avaldub intellektuaal-mnestiliste võimete edeneva nõrgenemisena.

Sümptoomid

Esiplaanil:

- pidevalt raskenev fikatsioon- ja reproduktsiooniamneesia, mälestuste taandumine aina varajasemasse eluperioodi,
- intellektuaalse taseme pidev alanemine,
- meeolelu lamedalt rahulolev, isegi eufooriline, kõne on elav,
- mootorika ja miimika on elavad,
- episoodiliselt luulufragmente ja meelepetteid,
- teadvushäireid ei esine.

Variandid

Raukusnõdrameelsus võib ilmneda järgmistes kliinilistes variantides:

- lihtsa dementsusena, mis on kõige sagedasem,

- konfabulatoorse dementsusena,
- paranoilise dementsusena,
- depressiivse dementsusena (harva),
- delirioosse dementsusena (harva).

Ravi

Tänapäeval kasutatakse raukusnõdrameelsusega haigete sümptomaatilises ravis:

- nootroopikumide korduvaid pikki kuure,
- trankvillisaatoreid,
- dieedi- ja olmerežiimi reguleerimist,
- psühho- ja sotsioterapiat,
- tegevus- ja tööravi.

4.2.4. Psühhoogeensed psüühikahaigused

Psühhoogeensed psüühikahaigused on kesknärvisüsteemi talitluse häired, mis on põhjustatud negatiivsetest psüühilis-emotsionaalsetest elamustest e. psühhotraumadest.

Psühhotrauma

Indiviidi negatiivne emotsionaalne reaktsioon sündmusele või situatsioonile, mis olulisel määral häirib tema bioloogiliste või sotsiaalsete vajaduste rahuldamist.

Olenedes isiku väärtusteskaalast, situatsioonist ja asjaolude interpretatsioonist, võib sama sündmus või situatsioon

- ühele isikule olla psühhotrauma põhjuseks, teisele mitte;
- samale isikule kord olla psühhotrauma põhjuseks, kord mitte.

Psühhotrauma võib olla

- **äge** - ühekordse sündmuse toime, mis põhjustab üliintensiivse negatiivse emotsiooni (kaotusvalu, hirm jms.),
- **krooniline** - negatiivse emotsionaalse tooniga olukorra pikaajaline pidev või sageli korduv toime (rahuldamatuse, ärevus-pinge, mure jms.).

Psühhoogeensed psüühikahaigused jaotatakse:

- psühhootilised,
- mittepsühhootilised.

Reaktiivsed psühhoosid

Reaktiivsed psühhoosid e. psühhootilised psühhogeensed psüühikahaigused on psühhogeenselt põhjustatud sügavad häired psüühilises tegevuses, nad võivad avalduda kliiniliste sümptomide erineva struktuuriga. Iseloomulikud ühised haigusjooned:

- ajaline seos indiviidile raskesti mõjunud sündmusega,
- haiguselamuste (ka meeletpetete, luulu, afektide) sisuline seos psühhotraumaga.

Variandid

Kliinilise struktuuri alusel diferentseeritakse viis peamist varianti.

Reaktiivne depressiivne psühhoos - raskest kaotusest, pettumusest, nurjumisest vms. põhjustatud sügav kurvameelsus meeleolu langusega, pessimistlike ja luulumõtetega seoses psühhotraumaga, suitsiidimõtetega ja -katsetega, sageli mõtlemise ja mootorika pidurdusega, võib esineda depressiivse sisuga meelepettelisi elamusi.

Äge reaktiivne rahutus - psühhotraumast vallandatud erutus seisund, võib olla nii agressiivsusega ja pahurusega kui ka üleemeelikuse ja suurenenud ettevõtlikkuse pildiga; kestab tavaliselt lühikest aega (mõni päev, nädal).

Reaktiivne segasus e. psühhogeenne hämarolek - psühhotraumast vallandatud teadvuse hägumise seisund desorientatsiooniga, mis episoodiliselt avaldub rahutusena, vahel ka stuuporina; kestab lühikest aega (mõni päev).

Reaktiivne paranoidne psühhoos - psühhotraumast, eriti võõrasse ning ohtlikku situatsiooni sattumisest vallandunud psüühikahäire, milles esiplaanil on paranoilised luulumõtted (haige interpreteerib reaalsete isikute käitumist luululiselt), meeletpetted, intensiivne hirm. Võib kulgeda ägedalt lühiajalise episoodina (päevi, mõni nädal), võib aga muutuda ka protraheerituks ja kesta mitu kuud.

Reaktiivsed hüsteerilised psühhoosid - psühhotraumadest (eriti seoses arreteerimisega vms.) tingitud psüühikahäired, milles esiplaanil on luulutaolised fantaasiad, teadvuse hägumine,

psüühiliste funktsioonide desorganisatsioon. Diferentseeritakse järgnevaid kliinilisi avalduskujusid:

- puerilism,
- Ganseri psühhoos,
- pseudodementsus,
- pseudostuupor (vt. 3.2.1).

Ravi

On reaktiivse psühhoosiga haigetel diferentseeritud vastavalt domineerivale psühhopatoloogilisele sündroomile ja haiguse iseloomule, kasutatakse järgmisi ravivahendeid:

- ammoniumkloriidkonvulsioonravi,
- elekterkonvulsioonravi,
- antidepressandid,
- neuroleptikumid,
- trankvillisaatorid,
- nootroopikumid,
- psühho- ja sotsioteeraapia,
- tegevus- ja tööteraapia,
- füsioteeraapia,
- elu-, olme- ja töörežiimi reguleerimine.

Ägedad reaktsioonid stressile

Ägedad reaktsioonid stressile on ülirasketest vapustustest (sõjasündmused, loodusõnnetused jms.) vallandatud psüühikahäired, milles on esiplaanil tunde- ja tahteeluhäired (paanika, hirm, ärevus, depressioon, motoorne erutus või pidurdus) ilma tunnetushäireteta. Kestavad üldjuhul lühikest aega (päevi, harva mõni nädal). Kliinilise pildi alusel diferentseeritakse variante:

- emotsioonihäirete ülekaaluga,
- mootorikahäirete ülekaaluga,
- polümorfne.

Ravi

Vastavalt kliinilisele struktuurile on individualiseeritud ravis peamisteks võteteks

- psühhoteraapia,
- psühhofarmakoteeraapia, millele peab järgnema
- readaptatsioonirežiim.

Adaptatsioonihäired

Adaptatsioonihäired on vapustavatest elamustest põhjustatud psüühikahäired, domineerivalt tunde- ja tahteelu häired, mis kestavad mõni nädal või kauemgi. Kliinilise pildi alusel diferentseeritakse:

- emotsionaalhäirete ülekaaluga,
- käitumishäirete ülekaaluga,
- polümorfse sümptomaatikaga alavorme.

Ravi

On kliinilise struktuuri ja haige isiksuse alusel individualiseeritud, peamised vahendid

- psühho- ja sotsioteeraapia,
- psühhofarmakoteeraapia,
- tegevus- ja tööravi,
- elu- ja töörežiimi reguleerimine

Neuroosid

Neuroosid on psühhogeenselt põhjustatud psüühikahäired, mis avalduvad domineerivalt tunde- ja tahteelu reaktiivsuse muutustena, haige kannatab subjektiivselt oma vaevuste all, saab aru nende haiguslikust olemusest, ei sega neid ära ümbritseva tegelikkusega. Käitumises võib paiguti ilmnedä märgatavaid häireid, kuid isiksus ei ole desorganiseeritud. Neuroosid võivad kesta mitu kuud ja mitu aastat, võib esineda retsidiive. Sümptoomide struktuuri alusel diferentseeritakse põhilisi alavorme järgmiselt.

Hirmu- e. ärevusneuroos -
kas järsku või pikkamööda tekkiiv hirmu ja/või ärevustunne koos seesmise pingega, mille ulatus ei vasta reaalsele situatsioonile, kuid mis ei allu mõistuslikule korrektoourile.

Hüsteeriäneuroos -
psühhotraumast vallandatud psüühikahäire teadvuse kitsenemise või/ja närvitegevuse (tundlikkuse, mootorika) funktsionaalsete häiretega.

Konversioonilise vormi korral on esiplaanil treemor, paralüüs, tundehäired, tursed, pimedus, kurtus, krambid;

dissotsiatiivse vormi korral on esiplaanil teadvuse ahenemine, vahel ulmataolised fantaasiad.

Foobianeuroos

Psühhotraumast alguse saanud intensiivne kartus mingi situatsiooni, tegevuse vms. suhtes; vahel levib kartus paljudele situatsioonidele või objektidele (vt. 2.2.2).

Sundneuroos

Psühhotrauma toimel arenenud subjektiivse sisemise sunduse elamus sooritada mingi mõtteline operatsioon või motoorne tegevus, seda tegemata jättes akumuleerub düskomfordi- ja ärevustunne.

Depressioonineuroos

Reaalsest sündmusest lähtuvana süvenev kurva-meelsus, millega kaasnevad depressiivsed (sealhulgas enesesüüdistuslikud) mõtted, võib viia suitsiidimõtteni ja -katseteni. Luulu ja meeletteid ei ole.

Neurasteenianeuroos

Enamasti kroonilise psühhotrauma tagajärjel kujuneb välja närvinõrkuse seisund suurenenud väsitatavusega, erutuvusega, kontsentratsiooni- võime alanemisega, ärevusega, rõhutusega, mitmete vegetatiivsete häiretega.

Hüpohondrianeuroos

Psühhotrauma (sageli on selleks mõne lähedase isiku ootamatu raske haigus või surm) pinnal areneb teravdatud mure ja kartus oma tervise pärast, mõnikord mõne kindla elundi või haiguse pärast.

Depersonalisatsioonineuroos

Psühhotrauma alusel kujunenud psüühikahäire, milles esiplaanil on ebameeldiv subjektiivne tunnetus oma "mina", oma keha või väliste objektide ebareaalsusest, võõrasusest, kaugelolekust. Haige suhtub oma elamusse kriitiliselt, mingit luululist interpretatsiooni ei kujune.

Ravi

Peab olema individualiseeritud, vastama haige isiksuse ja tema neuroosi struktuurile ning kestma piisavalt kaua, kindlustamaks patsiendi readaptatsiooni. Põhilised ravivahendid:

- psühhoterapia (laias diapasoonis),
- sotsioterapia,
- psühhofarmakoterapia (diferentseeritult),
- ravikehakultuur,

- füsioteraapia,
- tegevus- ja tööravi.

Neurootiline areng

Neurootiline areng e. psühhogeenne psühhopatisatsioon seisneb selles, et pikemat aega kestnud neuroos, eriti kui haige ei ole ravi saanud või osutunud ravi suhtes resistentseks, fikseerub. Antud neuroosile omased psüühikahälbed tavaliselt mõnevõrra nõrgenevad, kuid kujunevad isiksuse iseärasusteks ja jäävad püsima aastateks - kujuneb välja psühhopaatiataoline seisund e. psühhopatoid. Kliiniliste sümptomide alusel diferentseeritakse samasuguseid alavorme nagu neurooside puhul.

Ravi

On põhimõtteliselt sarnane neuroosihaigete ravile, peab toimuma psühho- ja somatoteraapia vahendite kompleksse kasutamise ja olema piisava kestusega haige readaptatsiooni kindlustamiseks.

Psühhosomaatilised häired

RHK liigendab psüühikahäirete peatükki otseste psüühikahaiguste kõrval ka sellised somaatilised sümptoomid ja füsioloogiliste funktsioonide hälbed, mis on psühhogeense tekkega, vahendatud vegetatiivse närvisüsteemi poolt ega ole seotud kudede anatoomilise vigastusega.

Selle rubriigi näidetena on toodud psühhogeensed häired:

- tortikollis,
- hüperventilatsioon, luksumine,
- kardiovaskulaarne düstoonia,
- sügelemine,
- düsmenorröa jms.

Kudede vigastustega psühhogeensed somaatilised haigusjuhud (psühhosomaatilised juhud), nt. indiividid psühhogeense maohaavandiga, dermatiidiga, koliidiga jms. liigitab RHK vastavate elundisüsteemide haiguste peatükkidesse.

Ravi

On vastavalt kliinilistele sümptomidele individualiseeritud, komplekselt rakendatakse:

- somatoteraapiat vastavalt somaatilisele komponendile,
- psühhoteraapiat (laias diapasoonis),
- psühhofarmakoteraapiat,
- füsioteraapiat,
- ravikehakultuuri,
- tegevus- ja tööravi.

4.2.5. Traumaatilised psüühikahaigused

Traumaatilised psüühikahaigused on ajukolju mehhaanilistest traumadest põhjustatud peaaju kommotsioon- või kontusioonkahjustuste tagajärjel kujunenud psüühikahäired.

Kulg

Traumaatiliste psüühikahäirete kulus eristatakse kolme staadiumi:

- alg- e. kaootiline staadium kestab mõnest minutist kuni (harva) mõne nädalani vahetult ajukoljutrauma järel, esiplaanil on teadvushäire, mis võib varieeruda obnubilatsioonist koomani;
- äge staadium kestab nädalaid kuni mõni kuu, esiplaanil on teadvushäired hägunemise, deliiriumi, amentiivse seisundi kujul, osal juhtudest kaasnevad kuulmis- ja kõnedefektid, osal juhtudest Korsakovi sündroom;
- hilisstaadium kestab aastaid, vahel aastakümneid; kliinilise sümptomaatika alusel diferentseeritakse kaht põhilist varianti: tserebrasteenia ja entsefalopaatia.

Traumaatiline tserebrasteenia

Traumaatiline tserebrasteenia on ajukoljutraumast tingitud peaaju kahjustuse hilisstaadiumi variant, mille puhul esineb:

- asteenia (vahel ulatub hüpoabuuliani),
- emotsionaalne labiilsus,
- episooditi düsfooria,

- kontsentratsioonivõime alanemine,
- mälu käepärasuse alanemine,
- vegetatiivne labiilsus (treemor, higistamine, seede-, unehäired jt.),
- episooditi peavalud.

Tserebrasteenia nähud on muutliku intensiivsusega, sõltuvad psüühilisest ja füüsilisest koormusest, psühhosfäärist, režiimist, meteoroloogilistest muutustest.

Tserebrasteenia foonil võivad iseendast väheolulised lisakahjustused (nt. unerežiimi korra- tused, alkoholi tarvitamine isegi mõõdukais an- nustes jms.) põhjustada tõsiseid psüühikahäireid.

Ravi

Traumaatilise tserebrasteeniaga haigete ravi peab toimuma süstemaatiliselt, soovitatavalt pe- rioodiliste profülaktiliste kuuridega. Raviks ja profülaktikaks kasutatakse:

- psühhoteraapiat,
- farmakoteraapiat, eriti trankvillisaatoreid, sealhulgas ka magneesiumsulfaati, samuti noo- troopikume,
- olme-, töörežiimi reguleerimine,
- absoluutne alkoholikeeld,
- füsioteraapia,
- ravikehaku kultuur,
- tegevus- ja tööravi.

Traumaatiline entsefalopaatia

Traumaatiline entsefalopaatia on ajukoljutrau- mast tingitud peaju kahjustuse hilisstaadiumi variant, mille puhul inimese psüühilises tegevuses esineb sügavamaid häireid, mistõttu tema sotsiaalne funktsioneerimine on häiritud. Kliinilise sümpto- maatika poolest diferentseeritakse järgmisi entsefalopaatia variante.

Psühhopaatiataoline seisund e. psühhopatoid - välja kujunenud isiksuse struktuuri muutus; oma variandilt on peamiselt kas hüpotüümsed, düsfoorilised või hüsteroidsed.

Epileptiformsete hoogudega - haigel esinevad epileptilised krambihood (kas ühetaolised või mitmesugused), hämarolekud ja/või düsfooriahood.

Paranoidne psühhos - areneb kroonilise ise-loomuga paranoiline luul, episoodiliselt võib esineda ka meelepetteid, ilmneb ärevus ja/või düsfooria.

Tsirkulaarne psühhos - kujuneb välja depressiivsete ja maniakaalsete seisundite vaheldumine, esineb lühema- või pikemaajalisi intermissioone.

Dementsus - domineerivaks on intellektuaal-mnestiliste võimete tunduv alanemine. Aju-koljutrauma ägedas perioodis on see kõige ulatuslikum, hilisstaadiumi alguses võib mõnevõrra leevenduda, seejärel jääb statsionaarsena püsima ühel tasemel; raskusaste on individuaalselt erinev.

Ravi

Traumaatilise entsefalopaatiaga haige ravi peab olema süstemaatiline, pikk ja vajalike profülaktiliste ravikuuridega. Ravikompleksis kasutatakse:

- psühhoteraapiat,
- sotsioterapiat,
- farmakoteraapiat vastavalt kliinilistele sümptomidele (krambivastased vahendid, antidepressandid, nootroopikumid jm.),
- dieedi-, olme- ja töörežiimi reguleerimist (absoluutne alkoholi keeld),
- tegevus- ja tööravi.

4.2.6. Epilepsia psüühikahäired

Epilepsiahaigetel ilmnevad psüühilise tegevuse häired jaotatakse kulu alusel kolme rühma:

- paroksüsmaalsed,
- episoodilised,
- püsivad psüühikahäired.

Paroksüsmaalsed psüühikahäired

Paroksüsmaalseteks hinnatakse epilepsiahaigetel hooti ilmuvaid, lühikest aega (mõnest minutist mõne tunnini) kestvaid psüühikahäireid. Need võivad olla:

- krambisündroomi mitmesugused variandid (suur kramp, väike kramp, absaans, fokaalne kramp),

mis konkreetsel haigel korduvad kas ühetaoliselt või mitmelaadselt, rütm on individuaalselt erinev,

- hämarolekuseisund,
- oneiroidne seisund,
- amentiivne seisund,
- düsfooriaseisund,
- ekstaasiseisund,
- poriomaaniahoog.

Episoodilised psüühikahäired

Osad epilepsiahaigetel on psüühikahäireid, mis kestavad mõnest päevast kuni mõne kuuni, põhjustades haige raske desadaptatsiooni. Kliiniliste sümptomide alusel diferentseeritakse kolme põhilist varianti.

Hallutsinoos - domineerivad verbaalsed tõelised hallutsinatsioonid.

Paranoidne psühhoos - esiplaanil on persekutoorne luul, sellele lisandub episoodilisi meelepetteid.

Depressioon - meeleolu alanemine ja depressiivsed mõtted ning kujutlused, võib ette tulla enesevigastusi ja suitsiidikatseid.

Püsivad psüühikahäired

Osad epilepsiahaigetel kujuneb haiguse pikemaajalisel kestvusel järkjärgult süvenev muutus psüühikas, see algab reeglina isiksuse struktuuri muutustega ja hiljem täieneb intellektuaal-mnestiliste häiretega.

Iseloomumuutus - epilepsiahaigel kujunevad välja iseloomulikud jooned isiksuse struktuuris ning psüühilises talitluses:

- psüühiliste protsesside inertsus,
- tähelepanu torpiidsus,
- emotsionaalne rigiidsus,
- afektide plahvatuslikkus ja inertsus.

Dementsus - iseloomumuutuse foonil ilmnevad järkjärgult tunduvamal kujul

- mälufunktsioonide (omandamise ja reproduktsiooni käepärasuse) nõrgenemine,
- intellektuaalse taseme alanemine.

Ravi

Epilepsiahaige ravi tuleb korraldada komplekselt, selle sihiks:

- paroksüsmaalsete haigusnähtude profülaktika,
- psüühikahäirete kõrvaldamine või leevendamine,
- haige sotsiaalne readaptatsioon.

Paroksüsmaalsete haigusnähtude profülaktikaks on vajalikud:

- olme- ja töörežiimi reguleerimine (töö ja puhkuse rütm, füüsiliste pingutuste vältimine jms.),
- dieedi reguleerimine (soolavaene toit, vedeliku piiramine, absoluutne alkoholi keeld),
- krambivastased vahendid (individuaalselt sobiv preparaat sobivas doseeringus).

Episoodiliste psüühikahäirete raviks kasutatakse vastavalt häire iseloomule:

- psühhofarmakoteraapiat (neuroleptikume, antidepressante, nootroopikume),
- psühho- ja sotsioteraapiat,
- režiimi reguleerimist.

Püsivate psüühikahäirete ilmnemisel kasutatakse krambivastase ravi foonil täiendavalt:

- nootroopikume,
- trankvillisaatoreid,
- psühho- ja sotsioteraapiat,
- tegevus- ja tööravi.

Epilepsiahaigete sotsiaalses readaptatsioonis ja töökorralduses on oluline silmas pidada:

- mõningate tööalade ohtlikkust (tulekolded, kõrgused, liiklusvahendid jms.) teadvuskaotushoogude tõttu;
- kaaslaste teadlikku suhtumist ja esmaabioskusi.

4.2.7. Somatogeensed psüühikahäired

Somaatilistest häiretest, haigustest, vigastustest või defektidest tingitud psüühilise tegevuse hälbed on haiguse sümptomaatika üheks osaks, seepärast nimetatakse neid ka sümptomaatilisteks psüühikahäireteks.

Psüühikahäirete somatogeense iseloomu kriteeriumid:

- somaatilise haiguse või kahjustuse olemasolu,

- ajaline seos somaatiliste ja psüühiliste häirete vahel,
- seos mõlemate häirete kulu vahel,
- orgaanilised psüühikahäired.

Somatogeensed psüühikahäired võivad olla tingitud:

- kesknärvisüsteemi orgaanilistest haigustest (infektsioonid jm.),
- kesknärvisüsteemi kahjustustest (väärarendid, vaegarenemine),
- üldinfektsioonidest,
- intoksikatsioonidest,
- vaegtoitumusest (eriti hüpo- ja avitaminoosid),
- endokrinopaatiatest,
- siseelundite (südame-, vereringe-, seedeelundite jm.) haigustest,
- kiiritusest, mürast ja muudest haigustest ning defektidest.

Alati peab arvestama, et iga somaatiline haigus on isikule ikka milgi määral psühhotraumaks, mis omalt poolt võib soodustada psüühikahäirete kujunemist.

Kliinilised vormid

Somaatilistest haigustest ja vigastustest võib sugeneda väga mitmesuguseid psüühikahäireid, nende raskus võib olla mittepsühhootiline või psühhootiline;

kestus võib olla väga lühiajaline (paroksüsmaalne); episoodiline, krooniline või alatine;

struktuur võib olla kõikidest sündroomide registritest pärit, kusjuures osal juhtudel piirdub haigus ühe sündroomiga, osal juhtudel aga sündroomid vahelduvad.

Mittepsühhootilised häired

Somatogeensed mittepsühhootilised psüühikahäired võivad avalduda kahel kujul.

Somatogeensed neuroidid - mingi neuroosi kliinilise pildiga seisundid, mis somaatilise haiguse käigus tekivad ja haiguse paranemisel (vahel aga ka haiguse kestmisel) taanduvad. Kõige sagedamini esineb asteenia-, hüpohondria- ja depressioonisündroomiga neuroide.

Somatogeensed psühhopatooidid - somaatilise haigusega seoses välja kujunevad isiksuse struktuuri muutused, mis jäävad põhijoontes püsima kogu edasise elu jooksul, tegemist on psühhopatisatsiooniga. Kõige sagedamini esineb asteeniline, hüsteroidne ja erutuv (eksplosiivne) psühhopatooid.

Psühhooisid

Somatogeensed psühhooisid ilmnevad põhiliselt kahel tasemel - kas funktsionaalsetena või orgaanilistena.

Funktsionaalsed psühhooisid - avalduvad kas suhteliselt lühiaegsete teadvushäirete sündroomidena (teadvuse hägunemine, krambid, deliirium, oneiroid, amentsia) või pikemat aega püsivate tunnetushäirete, meeleoluhäirete või tunde- ja tahteväärastuste sündroomidena (sagedamini esineb depressiooni-, paranoilist, hallutsinoosisündroomi).

Orgaanilised psühhooisid - peaju destruktiivsete kahjustuste tagajärjel avalduvad dementsuse kujul, millele võivad lisanduda mitmed muud sümptoomid (meeleolu muutus, hallutsinatsioonid jm.). Dementsus on individuaalselt erisuguse intensiivsusega.

Ravi

Somatogeensete psüühikahäiretega haigete ravi tuleb korraldada kompleksena, esikohal on somaatilise haiguse ravi, milleks rakendatavate vahenditega tuleb sobitada psühhootroopse toimega vahendid ja võtted. Ravi peab seega hõlmama:

- somaatilise haiguse kompleksravi,
- psühhofarmakoterapia (silmas pidades ravimite kokkusobimatuse ning vastunäidustuste osa),
- psühho- ja sotsioterapia,
- füsioterapia,
- dieedi-, olme- ja puhkerezhiimi.

4.2.8. Psühhopaatia

Psühhopaatia on lapse- ja noorukieas kujunenud ning kogu järgneva elu vältel püsiv hälve isiksuse struktuuris, millest sugenevad sotsiaalse adaptatsiooni ning käitumise häired; seejuures on säilinud tegelikkuse tunnetamise ning hindamise ja sellele reageerimise võime, praktiliselt ka töövõime.

Osa autoreid diferentseerib patogeneesi erinevuste alusel psühhopaatia järgmisi vorme:

- tuumapsühhopaatia - kaasasündinud, põhiliselt geneetiliselt determineeritud hälve isiksuse struktuuris;
- orgaaniline psühhopaatia - indiviidi elu vältel mingi somaatilise haiguse põhjustatud ajukahjustuse tagajärjel kujunenud hälve isiksuse struktuuris;
- psühhogeenne psühhopaatia - kroonilise psühhotrauma toimele kujunenud neurootilise arengu tagajärjel ilmnev hälve isiksuse struktuuris.

Kui orgaanilised või psühhogeensed muutused manifesteeruvad lapse- või noorukieas, on hiljem üpris raske diferentseerida psühhopaatiat psühhopatisatsioonist (psühhopatoidist).

Kliiniliste sümptomide alusel diferentseeritakse psühhopaatia eri vorme.

Paranoidne psühhopaatia - iseloomulikud jooned: liialdatud eneseteadvus, ülitundlikkus isiku väarikust või huve riivavate asjaolude suhtes, oma õiguste sõjakas kaitsmine, umbusklikkus ja kahtlustamine ümbruse suhtes, teiste motiivid näivad olevat indiviidi suhtes sihilikud.

Afektiivne psühhopaatia - esiplaanil on meeleolu muutused kas domineerivalt pideva mõõduka alanemise (hüpotüümne psühhopaatia), mõõduka pideva kõrgenemise (hüpertüümne psühhopaatia) või meeleolu bipolaarse kõikumise kujul (tsükloidne psühhopaatia).

Skisoidne psühhopaatia - esiplaanil kalduvus autistlikuks eraldumiseks fantaasiamaailma suhtlemises kaaslastega külmus ja võõrdumus, vahel ekspansiivsed episoodid.

Erutuv psühhopaatia - domineerivateks joonteks on emotsionaalne labiilsus, afektide pidurdamatus, esineb viha-, raevu-, ning agressiivsussööste.

Psühhasteeniline psühhopaatia - iseloomulikud on arglikkus, kõhklevus, häbelikkus, ettevaatlikkus, raskused ükskõik kui tühistegi otsuste tegemisel, võib esineda ka põgusaid sundmõtteid ja -tegusid, pedantsust, rigiidsust.

Hüsteroidne psühhopaatia - domineerib püüd olla teiste tähelepanu, tunnustuse ja hoolitsuse keskmes, emotsionaalne pinnalisus, teatraalsus käitumises, sugereeritavus.

Asteeniline psühhopaatia - esiplaanil on madal psüühiline ja füüsiline toonus, kiire väsimine, alaväärsustunne.

Emotsionaalse tuimusega psühhopaatia - hoolimatus sotsiaalsete kohustuste vastu, kalkus ja ükskõiksus teiste tundmuste ja kannatuste suhtes.

Püsimatü psühhopaatia - domineerib vajadus pideva vahelduse järele olmes, tegevuses, suhetes, asukohas jm.

Kulg

- Psühhopaatia kuluga seoses tuleb rõhutada, et:
- isiksuse põhilised iseärasused püsivad praktiliselt muutumatutena kogu elu vältel;
 - välistingimuste, somaatilise tervise, psühhosfääri olukorra jm. mõjul võivad psühhopaadile iseloomulikud isiksuse jooned muutuda leebemaks, kui indiviidi olukord on soodus, see on kompensatsiooniseisund;
 - kui aga miljöö on ebasoodus või kui lisandub muid kahjustusi (nt. ka alkoholi kuritarvitamine vms.), siis psühhopaatilised jooned teravnevad, isiku adaptatsioonivõime halveneb, sugeneb de-kompensatsioon.

Ravi

Psühhopaatiahaige seisundit on võimalik üksnes sümptomaatilisel mõjustada, eesmärgiks peab olema stabiliseerida kompensatsiooniseisundit ning tõhustada adaptatsioonivõimet. Selleks kasutatakse:

- toetavat psühhoteraapiat, sotsioterapiat,

- isiku autopsühhoterapiat,
- diferentseeritud psühhofarmakoterapiat,
- tegevus- ja tööravi.

Psühhopaatia dekompensatsiooniseisundi puhul tuleb rakendada vahendeid vastavalt seisundi struktuurile, eesmärgiks on taastada kompensatsioon. Kasutatakse;

- psühhofarmakoterapiat (antidepressante, trankvillisaatoreid, nootroopikume),
- ammooniumkloriidkonvulsioonravi,
- füsioterapiat,
- psühho- ja sotsioterapiat,
- tegevus- ja tööravi,
- ravikehakultuuri.

4.3. Narkoloogia

Narkoloogia on psühhiaatriaerialasse kuuluv arstiteaduse haru, mis käsitleb alkoholismi, narkomaania, toksikomaania ja psühhotoksiliste ainete kuritarvitamise etioloogiat, patogeneesi, profülaktikat, ravi, rehabilitatsiooni, epidemioloogiat ning nendega seostuvaid medikosotsiaalseid probleeme. Meie maal kehtib RHK-9-s antud klassifikatsioon narkoloogia valdkonda kuuluvatest haigustest.

4.3.1. Narkoloogia põhimõisted

Uimastusaine e. mõnuaine (ka: meelemürk) - psühhotoksilise toimega aine, mis kutsub esile subjektiivse mõnutunde koos psüühilise tegevuse mitut laadi hälvetega ja kujundab kergesti harjumuse koos tungiga selle aine reeglipäraseks kasutamiseks.

Ebriomaania (lad. *ebrietas* = joove) - tung saavutada mingi, enamasti harjumuslikuks saanud ainega joobeseisund subjektiivse mõnutundega ja vajadus selle aine reeglipäraseks kasutamiseks.

Psüühiline sõltuvus - psüühiline, peamiselt emotsionaalne vajadus saavutada mingi aine abil heaolutunne *rsp.* likvideerida aine puudumisel sugenev düscomfortitunne.

Füüsiline sõltuvus - ainevahetuses kujunenud muutuste põhjal sugenev füüsiline vajadus mingi aine reeglipäraseks kasutamiseks, kuivõrd selle puudumisel kujuneb raskeid somaatilisi-vegetatiivseid häireid (abstinentsisündroom).

Abstinentsisündroom - harjumuslikuks kujunenud psühhotoksilise aine puudumisel tekkiiv sümptoomide kompleks: ärevus, erutuvus, vegetatiivne labiilsus, seede- ja unehäired, kardiovaskulaarse süsteemi talitlushäired jms.

4.3.2. Alkoholi joove

Alkoholi joove on alkoholi kasutamisel kesknärvisüsteemi talitluses kujunevate muutuste ilmingud inimese psüühilistes funktsioonides ja käitumises.

Alkoholi kontsentratsiooni veres ja kudedes määravad:

- joodud alkoholi hulk,
- kehamass,
- joomise viis (korraga väikestes või suurtes annustes),
- joogi liik,
- samaaegne toidu tarvitamine.

Joobe kliiniline raskus sõltub järgmistest teguritest:

- alkoholi kontsentratsioon peaaigus,
- jooja sugu,
- vanus,
- kesknärvisüsteemi tüüp,
- üldtervislik seisund,
- kesknärvisüsteemi seisund,
- samaaegselt kasutatud muud ained (*incl.* ravimid).

Alkoholijoobe astmed jaotatakse meil kehtiva skeemi kohaselt.

Alkoholi kontsentratsioon veres		Joobe aste
promillides	millimoolides liitri kohta	
Kuni 0,06	Kuni 1,3	Füsioloogiline alkoholeemia
0,07 - 0,19	1,4 - 4,1	Võimalik alimenterne alkoholeemia
0,20 - 0,49	4,2 - 10,6	Alkoholi tarvitanud, kuid joobe kliiniliste tunnusteta
0,50 - 1,50	10,7 - 32,6	Kerge joove
1,51 - 2,50	32,7 - 54,4	Keskmine joove
2,51 - 3,00	54,5 - 65,2	Raske joove
3,01 - 5,00	65,3 - 109	Üliraske joove, võib lõppeda surmaga
Üle 5,00	Üle 109	Surmav alkoholimürgistus

Alkoholijoobe ekspertiisil on oluline keskendada tähelepanu joobe kliinilisele sümptomaatikale, kuna meil kehtivate seaduste kohaselt on keelatud juhtida liiklusvahendit, osaleda tööprotsessis jms. joobeseisundis, ilma et see oleks piiratud mingite kontsentratsiooniväärtustega (mõne läänemaa liikluseeskirjades on märgitud alkoholi kontsentratsiooni ülemäär veres). Järgnevas tabelis on esitatud joobe kliinilised tunnused võrdlevalt erinevates joobeastmetes.

Alkoholijoobe kliinilised tunnused

Tunnused	Kerge joo- ve	Keskmine joo- ve	Raske joo- ve
1	2	3	4
Alkoholi lõhn suust	peaaegu alati	on	on
Pulss	sageli kiirem	kiirenenud	ebakorra- pärane
Nägu	sageli pu- netav	punetav	kahvatu/ tsüanooti- line
Miimika	elavnenud	väljendus- vaene	esineb grimasse
Teadvus	selge	ahenenud	hägunenud
Kontakti- võime	häireteta	raskenda- tud	osaline/ puudub
Tähelepanu	veidi ha- juv	passiivne	lünklik
Tajumine	veidi ahe- nenud	kitsenenud	lünklik
Mõtlemise tempo	sageli kiirem	aeglustu- nud	aeglustu- nud
Mõtlemise seoslikkus	kordamisi	hüplev	katkendlik
Mõtlemise sisu	targutle- mine	pinnaline	sisutu
Enesekont- roll	nõrgenenud	langenud	puudub
Meelipoly	sageli hea	kõrgenenud	muutlik
Tundereak- tiivsus	labiilne	väga labiilne	afektla- biilne

1	2	3	4
Mälu omandamisvõime	rahuldav	alanenud	peaaegu puudub
Mälu reproduktsioon	rahuldav	raskenenud	väga häiritud
Kõne tempo	elavnenud	muutlik	aeglustunud
Artikulation	häireid harva	häiritud	väga häiritud
Hääletugevus	vahel tõusnud	tõusnud	muutlik
Tasakaal seistes	häireteta	ebakindel	rasked häired
Tasakaal käies	harva häireid	häired	rasked häired
Tasakaal katsetes	häired	tunduvad häired	rasked häired
Motoorika	elavnenud	elavnenud	alanenud
Liigutuste kiirus	veidi tõusnud	muutlik	aeglustunud
Liigutuste täpsus	vähe häireid	tunduvad häired	rasked häired
Täpsuskatsetes	eksimusi	tunduvad häired	rasked häired
Nüstagn spontaanselt	osal on	enamasti on	on
Nüstagn silmade liigutamise järel	enamasti on	on	on

1	2	3	4
Nüstagn tiiruta- miskatse järel	kestab 10 - 15 s	kestab 20 s	kestab üle 20 s

4.3.3. Alkoholi krooniline tarvitamine

Alkoholi korduv kasutamine võib omandada mitmesuguse iseloomu. Sageduse ja raskuse alusel diferentseeritakse kolm põhilist vormi:

- alkoholi tarvitamine,
- alkoholi kuritarvitamine,
- alkoholism.

Alkoholi tarvitamine

Alkoholi tarvitamist iseloomustab kasutatavate alkoholiühikute tagasihoidlikkus. Sageduse alusel diferentseeritakse kaks astet.

Alkoholi episoodiline tarvitamine - juhuslik harv alkoholi kasutamine väikestes, üksnes kergelt joovet põhjustavates annustes.

Alkoholi harjumuslik tarvitamine - reeglipärane alkoholi kasutamine väikestes, üksnes kergelt joovet põhjustavates annustes, tungi alkoholi ega joobe- seisundi saavutamise järele ei ole.

Alkoholi kuritarvitamine

Alkoholi kuritarvitamine sõna täielikus tähenduses on alkoholi kasutamine seisundis (laps, nooruk, rase naine, haige isik) või situatsioonis (töö eel ja ajal, liiklusvahendi juhtimise eel ja ajal jms.), kus see on keelatud, või alkoholi kasutamine hulgal, mis põhjustab tunduva mürgistuse (keskmise või raske joobe), see on alkoholi liigtarvitamine e. liigjoomine.

Alkoholi kuritarvitamise all sõna kitsamas tähenduses mõistetakse alkoholi liigtarvitamist. Sageduse alusel diferentseeritakse kaks astet.

Alkoholi episoodiline kuritarvitamine - episoodiline liigjoomine, s.t. keskmist või rasket joövet põhjustavates annustes ning sotsiaalset funktsioneerimist häiriva kestusega (vahel mitu päeva järjest) alkoholi tarvitamine neljal või enamal korral aastas.

Alkoholi süstemaatiline e. harjumuslik kuritarvitamine - harjumuslik liigjoomine, regulaarne alkoholi tarvitamine keskmist või rasket joövet põhjustavates hulkades, sageli mitmepäevaste sööstudena, vähemalt kord nädalas, kuid ilma psüühilise ja füüsilise sõltuvuseta alkoholist.

Alkoholism

Alkoholism e. joomatõbi on alkoholi regulaarne või sööstudena kasutamine keskmist ja/või rasket joövet põhjustavates hulkades psüühilise või/ja füüsilise sõltuvuse, s.t. vastupandamatu tungi tõttu alkoholi ja joobeseisundi saavutamise järele; alkoholi liigtarvitamine põhjustab psüühilisi ja somaatilisi tervisehäireid, häirib inimese sotsiaalset funktsioneerimist ja suhteid ümbrusega.

Alkoholismi kujunemine

Alkoholismi kujunemine sõltub paljudest faktorist, olulised on:

- isiku bioloogiline konstitutsioon, nt. ainevahetuse tüüp, kesknärvisüsteemi tüüp jm.,
- isiku psühholoogiline laad, nt. temperamendi tüüp, isiksuse struktuur, väärtusteskaala, emotsionaalsus jm.,
- sotsiaalsed tegurid, nt. kodune elustiil, kaaslaste mõjud, kultuurimiljö, üldsuse suhtumine alkoholi tarvitamisse jm.

Alkoholismi staadiumid

Alkoholism kulgeb individuaalselt erineva tempoga ning varieeruva sümptomaatikaga, diferentseeritakse kolme peamist staadiumi, mõned autorid eristavad veel üleminekustaadiume. Meil on üldiselt aksepteeritud I. Streltšuki antud alkoholismi staadiumide jaotus ja nende tunnused.

Alkoholismi esimese staadiumi iseloomulikud tunnused:

- kontrolli kadumine joodava alkoholi hulga, situatsiooni ja joomise kestuse üle;

- kujuneb psüühiline sõltuvus alkoholist, tung saavutada joobeseisund;
- tolerantsus alkoholi suhtes tõuseb;
- hakkab esinema mälulünki (palimpseste) raskemate joobeseisundite suhtes;
- hakkab kujunema meeoleolu kõikumus;
- hakkab alanema sotsiaalne aktiivsus ja initsiatiiv, huvid ahenevad.

Alkoholismi teise staadiumi iseloomulikud tunnused:

- kõrge tolerantsus alkoholi suhtes;
- pidev psüühiline sõltuvus alkoholist;
- kujuneb välja ka füüsiline sõltuvus alkoholist, tihti on alkoholi kasutamise ajendiks soov vabaneda abstinentsisündroomi ebamugavatest nähtudest;
- hakkab ilmnenema abstinentsisündroom alkoholi kasutamise katkestamisel;
- ilmneb joobe tüübi muutusi, hakkab esinema düsfoorilisi, depressiivseid, agressiivseid joobeid;
- sageli tuleb ette amnestilisi joobeid, ka suhteliselt kergema alkoholimürgistusega seoses;
- hakkavad ilmnenema siseelundite talitluse häired, nt. südametegevuses, seedeelundite tegevuses jm.

Alkoholismi kolmanda staadiumi iseloomulikud tunnused:

- tolerantsus alkoholi suhtes langeb, mõnikord tunduval määral, nii et isik saab kasutada üksnes lahjasid jooke;
- psüühiline ja füüsiline sõltuvus alkoholist on pidev, alkoholi tarvitamine on peamiselt vajalik selleks, et leevendada ilma alkoholita tekkivat rasket düskomfordiseisundit (abstinentsisündroomi);
- amnestilised episoodid ilmnevad ka väikeste alkoholiannuste kasutamisel;
- sagedased on düsfoorilised, agressiivsed jt. muutunud joobeseisundid;
- ilmnevad siseelundite (maks, süda jt.) ja kesknärvisüsteemi orgaanilised kahjustused.

Psüühikamuutused alkoholismi süvenemisega käsikäes üha mitmekesisuvad ja raskenevad, individuaalsete erinevuste fooniks on peamiselt järgmised muutused:

- tahteaktiivsuse alanemine;
- huvide ahenemine, üha rohkem koondub huvi alkoholile;
- enesekriitika alanemine, egotsentrismi ja eneseõigustuse kujunemine;
- kohusetunde, vastutustunde kängumine, hoolimatus;
- emotsioonide labiilsus, kõrgemate tundmuste kärbumine;
- mälufunktsioonide edenev nõrgenemine.

Alkoholismihaigete ravi vormid

Alkoholismihaigete ravi toimub vastavalt haige seisundile sobivas vormis, need on alljärgnevad:

- anonüümse ravi kabinet; seda varianti rakendatakse põhiliselt alkoholi kuritarvitajate ja alkoholismi esimese staadiumi korral, kui patsiendi sotsiaalse adaptatsiooni võime on säilinud ning sättumus ravile on positiivne;
- narkoloogiakabinet; see on kas ettevõtte juures või rajoonipolikliinikus või narkoloogiaasutuses; rakendatakse juhtudel, kui osutub võimalikuks ambulatoorne ravi, s.t. kui on kindlustatud ravi käigus retsidiivi vältimine;
- narkoloogiastatsionaar, mis on kas narkoloogiaasutuse, psühhiaatria haigla või üldhaigla koosseisus; rakendatakse haigete puhul, kes vajavad mõneks ajaks väljalülitamist oma igapäevamiljööst;
- ravi- ja tööprofülaktoorium sundravi teostamiseks; rakendatakse ravist tavalises korras keeldujate alkoholismihaigete raviks, kes on muutunud ümbrusele (perekonnale) häirivaks oma parasiitliku eluviisiga; profülaktooriumi suunatakse patsient rahvakohtu määrusega tähtajaga kuni kaks aastat.

Alkoholismihaigete ravi meetodid

Alkoholismihaigete ravi peab olema kompleksne, kõikide tänapäeva vahendite kasutamisega. Esmasel, aktiivse ravi etapil rakendatakse:

- psühhoteraapiat;
- sotsioteeraapiat;
- alkoholi suhtes aversiooni kujundavaid (apomorfiin, emetiin jt.) ja/või sensibiliseerivaid vahendeid (disulfiraam jt.);
- tegevus- ja tööravi;
- füsioteeraapiat;
- ravikehakultuuri;
- olme-, töörežiimi reguleerimist;
- dieedi reguleerimist (absoluutne alkoholi-keeld).

Järeldraviperioodil, mis retsidiivide puudumise korral peab kestma kolm aastat, rakendatakse kõiki eelmainitud vahendeid reeglipäraste toetusravikuuridena. Lisaks sellele võib kasutada ka mitmesuguseid muid vahendeid isiku psüühilise tasakaalu kindlustamiseks (nt. hüpoteümsete episoodide esinemisel antidepressante, ärevuse ja pinges esinemisel trankvillisaatoreid jms.). Absoluutne alkoholi-keeld peab olema ravitavale ja tema omastele selgitatud.

4.3.4. Alkoholpsühhoosid

Alkoholpsühhoosid on eelsoodumusega indiviididel alkoholismi toimel kujunevad sügavad häired psüühilises tegevuses ja käitumises. Substraadi alusel diferentseeritakse:

- funktsionaalsed psühhoosid,
- entsefalopaatiad e. orgaanilised psüühikahai-gused.

Funktsionaalsed alkoholpsühhoosid

Need on alkoholi liigtarvitamisest tingitud kesknärvisüsteemi funktsionaalsetest häiretest sugenevad sügavad, kuid mööduvad psüühikahäired.

Patoloogiline alkoholi joove - vahetult alkoholi tarvitamisel tekkiv äge lühiajaline psühhootiline episood, mis võib avalduda kas kaootilise epileptoidse rahutusena või paranoidse episoodina teadvuse hägunemise foonil, kontakt haigega ei ole võimalik, seisund lõpeb sügava unega. Esineb väga harva.

Alkohol deliirium (*delirium tremens*) - joomahullus; teadvuse hägunemise foonil esineb hulgaliselt visuaalseid hallutsinatsioone, vahel stseeniliste episoodidena (oneiroidne variant), hirmu ja ärevusega, paiguti motoorse rahutusega: kestab 2 - 3 ööpäeva kuni nädal.

Alkohol hallutsinatsioon - selge teadvuse foonil esinevad verbaalsed kuulmishallutsinatsioonid, enamasti haige poolt ja vastu rääkijate dialoogi kujul. Äge vorm kestab kuni üks kuu, alaäge vorm - üks kuni kuus kuud ja krooniline vorm üle kuue kuu.

Alkohol paranoid - domineerivad paranoilised luulumõtted, esineb illusoorseid ja hallutsinatoorseid elamusi, afektiivseid häireid. Võib avalduda kahel kujul:

- äge paranoid kujuneb peamiselt situatsioonilise intensiivse persekutoorse luuluga, hirmuga, pagemisega või preventiivse agressiooniga;
- krooniline paranoid avaldub peamiselt kiivusluulu kujul koos umbusklik-agressiivse käitumisega partneri suhtes.

Alkohol depressioon - esiplaanil on aegamööda süvenev meeleolu alanemine ja depressiivsed mõtted, tihti sugeneb suitsiidimõtteid ja -katseid.

Alkoholentsefalopaatia

Alkoholi liigtarvitamise tagajärjel kujunevad välja destruktiivsed muutused peaaigus, sellest sugenevad rasked psüühikahäired. Alkoholentsefalopaatia võib manifesteeruda mitmel kujul.

Korsakovi psühhoos - alkohoolne polüneuriitiline psühhoos, esiplaanil on fiktsiooniamneesia, millest tingitud jooksvat mälulünka täidavad asenduslikud konfabulatsioonid; tihti esineb perifeersete närvide toksilise kahjustuse nähte.

Gayet'-Wernicke entsefalopaatia - *polioencephalitis haemorrhagica superior*; tavaliselt alkoholismi kolmandas staadiumis esinev raske toksiline ajukahjustus, mis põhjustab teadvushäireid (teadvuse hägunemine, amentsia jm.) rahutusega, intellektuaal-mnestiliste võimete süveneva alanemise ning mitmekesiseid somaatilisi-vegetatiivseid häireid. Kiiresti saabub *exitus letalis*.

Alkoholdeformatsus - alkoholi kroonilise intoksikatsiooni tagajärjel kujunev süvenev atroofia peaju suurte poolkerade kooses, avaldub intellekti ja mälu progresseeruva nõrgenemisena, haige on tavaliselt lamedas rahulolevas või eufoorilises meeolus, üha kitsenevate huvidega ja süveneva passiivsusega.

Ravi

Alkoholpsühhoosiga haiget ravitakse vastavalt psühhoosi iseloomule ja sümptomidele, reeglina statsionaarselt. Ravikompleksi kuuluvad:

- üldsomaatilise seisundi ravi (silmas pidada vee ja mineraalide ainevahetuse reguleerimist),
- diferentseeritud psühhofarmakoteraapia,
- vitamiinid (eriti B-kompleks),
- dieedi-, olme-, unerežiimi reguleerimine,
- psühho- ja sotsioteeraapia,
- tegevus- ja tööravi.

Psühhoosi ravi lõpetamise järel tuleb haigele tingimata soovitada läbi teha alkoholismi ravikuur.

4.3.5. Narkomaania ja toksikomaania

Nii narko- kui toksikomaania on vastupandamatu haiguslik tung süstemaatiliselt tarvitada mingit psühhotoksilist ainet saavutamaks subjektiivselt meeldiv joobe- või uimastusseisund. Meditsiinilis-psühhopatoloogiliselt on nad ühesugused haigused, erinevus nende vahel on juriidilis-sotsiaalne.

Narkomaania

Narkomaania on haiguslik tung tarvitada süsteemiliselt joobe- või uimastusseisundi saavutamiseks *rsp.* düskomforditunde kõrvaldamiseks psühhotoksilist ainet, mis NSVL Tervishoiu-ministerium on tunnistanud narkootikumiks. Aine mittesaamisel tekib intensiivne abstinentsisündroom düskomforditundega ja vegetatiivse düstoonia nähtudega.

Vormid

Kasutatava narkootilise aine järgi diferentseeritakse:

- oopium-, selle toimeaine morfiin- ning viimase derivaatide (nt. heroiin-, kodeiin-, jt.) narkomaania,
- mõnede uinutite (noksiroon-, barbamüül-, etaminaalnaatrium-) narkomaania,
- kokaiinnarkomaania,
- kannabinool- (marihuaana-, hašiš- jt.) narkomaania,
- mõnede psühhostimulaatorite (amfetamiin-, tsentedriin-, gratsidiin- jt.) narkomaania,
- hallutsinogeenide (psilotsibiin-, meskaliin-, LSD- jt.) narkomaania.

Kulg

Narkomaania korral tekib rida psüühikamuutusi:

- isiksuse degradatsioon, põhiliselt eetiliste ja emotsionaal-tahteliste omaduste alanemine, huvide kitsenemine, egoism;
- osal haigetel esineb psühhoatilisi episoode, peamiselt deliiriumi, amentsia, paranoiidi või depressioonina;
- osal haigetel kujuneb aegamööda välja peaaju orgaaniline kahjustus dementsusega.

Narkomaania eelastmeks on narkootilise aine kuritarvitamine - aine juhuslik tarvitamine, kusjuures ei ole veel kujunenud sõltuvust tungiga ega avaldu abstinentsisündroom aine puudumisel.

Narkootikumideks tunnistatud ainete valmistamist, säilitamist, levitamist ja meditsiinilise kasutamist reguleerivad ranged eeskirjad, nende rikkumine on karistatav.

Toksikomaania

Toksikomaania on haiguslik tung tarvitada süstemaatilisel joobe- või uimastusseisundi saavutamiseks *rsp.* düskomforditunde kõrvaldamiseks psühhotoksilist ainet, mis ei ole narkootikumiks tunnistatud. Aine mittesaamisel sugeneb abstinentsisündroom.

Vormid

Kasutatava psühhotoksilise aine järgi diferentseeritakse:

- analgeetikumide toksikomaania,
- rahustite toksikomaania,
- psühhostimulaatorite toksikomaania,
- olmekeemiapreparaatide (bensiin, atsetoon, nitrolahustid jt.) toksikomaania.

Kulg

- toksikomaania eelastmeks on psühhotoksilise aine kuritarvitamine, s.t. mingi aine juhuslik, episoodiline tarvitamine ilma haigusliku tungita selleks, s.t. ilma sõltuvuseta;
- toksikomaania käigus kujuneb välja samalaadne isiksuse degradatsioon, nagu narkootikumidegi toimetel;
- osal haigetel esineb episoodilisi psühhoose (eelkõige teadvushäirete, paranoilise või depressioonisündroomiga);
- osal haigetel areneb aja jooksul orgaaniline ajukahjustus dementsusega.

Ravi

Narkomaania- ja toksikomaaniahaigete ravi toimub üksikasjalikult reglementeeritud korra kohaselt, haiged kuuluvad dispanseerimisele viieks aastaks (kui retsidiive ei esine), ravi aktiivne etapp viiakse läbi statsionaaris. Ravi peab olema kompleksne ja süstemaatiline, hõlmab:

- psühho- ja sotsioteeraapia,
- üldtoniseeriva somatoteeraapia,
- aversiivravi kasutatava aine vastu,
- üldise psühhofarmakoteeraapia (trankvilliseeriv, antidepressiivne, nootroopne),
- režiimi reguleerimise,
- tegevus- ja tööravi.

Psühhoatiliste episoodide ravi toimub vastavalt kliinilisele pildile ja haige üldseisundile.

5. Psühhiaatriaabi organisatsioon

Nõukogude Liidu ühtses riiklikus tervishoiusüsteemis on välja kujundatud psühhiaatriaabi ja narkoloogiaabi spetsialiseeritud asutuste võrk.

Olulise sotsiaalse kõlapinna tõttu on psüühikahaigete õiguslik seisund, haigete suhted ühiskonnaga ja spetsialiseeritud ravi-asutustega ulatuslikult reglementeeritud seadustega.

5.1. Psüühikahaiguste sotsiaalsed aspektid

5.1.1. Psühhiaatriaabi ülesanded ja printsiibid

Meil kehtib alates 1. märtsist 1988.a. "Psühhiaatrilise abi andmise tingimuste ja korra põhimäärus", kinnitatud NSVL Ülemnõukogu Presiidiumi poolt, mis koos konkreetiseerivate õigusaktidega reglementeerib psühhiaatria- ja narkoloogiaabi printsiibid ja vormid.

Psühhiaatriaabi ülesanded:

- abistada psüühikahaiget,
- kaitsta ühiskonda psüühikahaige võimaliku ohtliku käitumise eest; see osutub vajalikuks seetõttu, et osa raskeid psüühikahaigusi põdejaist võivad oma haiguselamuste mõjul muutuda prognoosimatult agressiivseks.

Psühhiaatriaabi printsiibid:

põhimääruse kohaselt tuleb psühhiaatrilis-narkoloogilist abi osutada abivajale, tuginedes

- demokraatlikkuse,
- seaduslikkuse,
- humanismi printsiipidele.

Psühhiaatriaabi demokraatlikkus on tagatud sellega, et

- kehtib informeeritud nõusoleku printsiip, s.t. abi igal etapil peab olema patsiendi või tema omaste nõusolek selleks,
- patsiendil ja/või tema omastel on õigus taotleda arvamusi teistelt arstidelt,
- üldsus peab olema informeeritud psühhiaatriaabi korrast ja patsiendi õigustest.

Psühhiaatriaabi seaduslikkus on tagatud:

- menetluste üksikasjaliku seadusliku reglemenditeerimisega,
- kontrollimehhanismi sätestamisega seaduslikkusest kinnipidamise üle (peapsühhiaatri institutsioon, selle ülesanded),
- prokurörijärelevalve kehtestamisega,
- patsiendile ja tema omastele on antud õigus esineda taotlustega kõikides õigusinstantsides, kaasa arvatud kohus,
- teadvalt terve isiku isoleerimine psühhiaatriaahaiglasse on kvalifitseeritud kriminaalkuriteona ja kuulub karistamisele.

Psühhiaatriaabi humanism on kindlustatud psühhiaatrite kõrge arstieetika tasemega; haigetele tuleb tagada:

- nüüdisteaduse tasemel olev spetsiaalravi,
- ametlikult lubatud ning võimalikult säästvate ravivõtete rakendamine,
- haige ravimine ja põetamine võimalikult vähem piiravates tingimustes,
- inimväarikuse austamine, vaatamata haige seisundile ja haiguse sümptomidele.

5.1.2. Psüühikahaige vältimatu hospitaliseerimine

Psühhoosihaige, kes on oma sümptomide tõttu potentsiaalselt ohtlik endale (enesevigastuse või suitsiidi oht) või ümbrusele (agressiivsus isikute või materiaalsete väärtuste vastu) paigutatakse vajaduse korral psühhiaatriaahaiglasse ravile ka vastu tema enda ja ka tema omaste soovi psühhiaatri motiveeritud otsuse alusel. Vajadusel võib selle

juures kasutada miilitsatöötajate abi. See on psüühikahaige hospitaliseerimine vältimatu abi korras, selle menetlus on üksikasjalikult sätestatud, igasugune kuritarvitus on välistatud. Olulisemad momendid:

- valvearst kontrollib vältimatu hospitaliseerimise põhjendatust,
- 24 tunni jooksul vaatab arstide komisjon patsiendi läbi ja otsustab vältimatu hospitaliseerimise ning statsionaarse ravi vajalikkuse,
- edaspidi kontrollib arstide komisjon ja paikkonna peapsühhiaater reeglipäraselt (kord kuus) kohustusliku ravi vajalikkust.

5.1.3. Kohtupsühhiaatriaekspertiis

Psüühikahaige võib osutada osaliseks mitmesugustes juriidilistes situatsioonides ja menetlustes, millega seoses kerkib küsimus tema psüühikahäirete iseloomu ning ulatuse kohta, tema võime kohta täita oma rolli antud menetluses.

Kohtupsühhiaatriaekspertiis on ette nähtud kriminaal-, administratiiv- ja tsiviilõiguslikes menetlustes, see viiakse läbi juurdlus- või kohtuorganite määramisel kindla korra kohaselt.

Kohtupsühhiaatriaekspertiisi peamised aspektid:

- süüdivusseisundi ekspertiis kriminaal- või administratiivseadusrikkumises vastutusele võetud isikul teo toimepanemise ajal;
- kohtu esinemise ja karistuse kandmise võime ekspertiis;
- karistuse kandmise jätkamise võime ekspertiis;
- isikuvastase kuriteo all kannatanu ekspertiis tema psüühilise seisundi hindamiseks tema kallal toime pandud teo ajal ja/või vaimuhaiguse tekkimise tuvastamiseks teo tagajärjel;
- tunnistaja ekspertiis tema võime hindamiseks tunnistajana esineda;
- teovõime ekspertiis tsiviilõiguslikus aspektis;
- isiku psüühilise seisundi hindamiseks tsiviiltehtingu sõlmimise ajal (*post factum*).

Iga konkreetse ekspertiisi korral on koodeksites kindlad kriteeriumid isiku psüühilise seisundi hindamiseks. Psüühikahälvete esinemisel on kõige üldisemateks kriteeriumideks:

- meditsiiniline kriteerium - mingi kindla psüühikahaiguse esinemine menetluse suhtes olulisel perioodil,
- juriidiline e. psühholoogiline kriteerium - psüühikahäire iseloomu ja sügavuse hindamine, kas see põhjustas isiku võime minetamise oma tegevusest aru saada ja seda juhtida.

Ekspertiisi tulemused vormistatakse akti kujul. Ekspertide arvamus on kohtule tõendi väärtusega.

5.1.4. Psüühikahaige sundravi

Vaimuhaige sundravi - ohtliku teo toime pannud vaimuhaige, kelle haigus ning ohtlikkus kestavad, kuulub ravimisele seaduslikus korras kehtestatud menetlusega. Kehtiva kriminaalõiguse kohaselt kohaldatakse sundravi:

- psüühikahaigetele, kes ohtliku teo toimepanemise ajal olid süüdimatusseisundis (sellised isikud ei kuulu üldse kriminaalvastutusele võtmisele) ja kelle haigus veel kestab;
- isikuile, kes on psüühiliselt haigestunud pärast kuriteo toimepanemist, kas enne kohtuotsuse tegemist või pärast seda, karistuse kandmise ajal.

Sundravi viiakse läbi kohtu määruse alusel. Vastavalt haiguse iseloomule ja haige ohtlikkuse astmele rakendatakse üht kolmest sundravi vormist:

- tavalise järelevalvega psühhiaatriahaiglas,
- tugevdatud järelevalvega psühhiaatriahaiglas või -osakonnas,
- range järelevalvega psühhiaatriahaiglas.

Psüühikahaige paranemisel ja tema ohtlikkuse taandumisel või äralangemisel muudetakse sundravi vorm või lõpetatakse sundravi arstliku komisjoni ettepanekul kohtu määrusega.

Alkoholismi-, narkomaania- ja toksikomaaniahaige sundravi võib toimuda kahes erinevas situatsioonis.

- Alkoholismi-, narkomaania- ja toksikomaaniahaiged, kes on parasiitliku eluviisiga, on viinud oma perekonna raskesse majanduslikku olukorda ja kes keelduvad ravist tavalises korras, ja kui neil pole seaduses ettenähtud vastunäidustusi (rasedus, kõrge iga, invaliidsus jm.), võidakse asjaomaste isikute või asutuste algatusel kohtu määrusega suunata alkoholismi, narkomaania või toksikomaania sundravile ravi- ja tööprofülaktoriumi kuuest kuust kuni kahe aastani.
- Kriminaalkuriteo toime pannud alkoholismi-, narkomaania- ja toksikomaaniahaiged võidakse kohtu poolt kriminaalkaristusele täiendavalt määrata sundravile, mida teostatakse kinnipidamiskohas või kinnises narkoloogiastatsionaaris.

5.2. Psühhiaatriaabi-asutuste süsteem

Psüühikahaigete diagnoosimiseks, raviks, hoolduseks ja rehabilitatsiooniks on meie tervishoiusüsteemis kujundatud arvukate asutuste spetsialiseeritud võrk, alates 1975. aastast on veel eraldi arendatud narkoloogilise abi asutuste võrku.

Psüühikahaigete ravisüsteemis kehtivad meie tervishoiuorganisatsioonile üldiselt omased

- territoriaalsuse ja
- etapilisuse printsiibid.

1988. aasta põhimääruse kohaselt kuulub psüühikahaiguse diagnoosimine psühhiaatri ainupädevusse. Kõik muude erialade arstid võivad psühhiaatrilise diagnoosi püstitada ainult oletamisi, märkides, et patsienti ei ole uuritud psühhiaatriliselt. Narkoloogilise haiguse - alkoholismi, narkomaania, toksikomaania - diagnoosimine kuulub narkoloogi ainupädevusse.

Psühhiaatriliste ravi-profülaktikaasutuste põhikirjad on kinnitatud NSVL Tervishoiuministeriumi poolt (kõige värskem on käskkiri nr. 225, 21. märtsist 1988.a.).

5.2.1. Psühhiaatriaasutused

Ambulatoorsed asutused:

- jaoskonnaarst,
- polikliiniku psühhoteraapiakabinet,
- polikliiniku psühhiaatriakabinet,
- psühhiaatriahaigla dispanseerne osakond,
- psühhoneuroloogiadispenser.

Poolstatsionaarid:

- päevastatsionaar,
- ööstatsionaar.

Statsionaarsed asutused:

- psühhoneuroloogiahaigla (mittepsühhootilistele haigetele),
- psühhiaatriahaigla (ka psühhootilistele haigetele);
- psühhosomaatiline osakond (üldhaigla või psühhoneuroloogiahaigla koosseisus, somaatilistele haigetele mittepsühhootiliste psüühikahaigustega);
- somatopsühhiaatriline osakond (üldhaigla koosseisus, somaatilistele haigetele psühhootiliste psüühikahaigustega);
- tugevdatud järelevalvega psühhiaatriahaigla (-osakond) (psüühikahaigete sundraviks);
- range järelevalvega psühhiaatriahaigla (eriti ohtlike vaimuhaigete sundraviks);
- spetsialiseeritud internaatkodu (psüühiliselt invaliidide põetuseks-hoolduseks).

5.2.2. Narkoloogiaasutused

Ambulatoorsed asutused:

- jaoskonnaarst, tsehhiarst,
- velskri narkoloogiapunkt ettevõttes,
- arsti narkoloogiakabinet ettevõttes,
- anonüümse ravi narkoloogiakabinet,
- polikliiniku narkoloogiakabinet,
- psühhiaatriahaigla rajoonidevaheline dispanseerne narkoloogiaosakond,
- narkoloogiadispenser.

Poolstatsionaarid:

- päevastatsionaar,

- ööstatsionaar.

Statsionaarsed asutused:

- üldhaigla narkoloogiaosakond,
- psühhiaatria haigla narkoloogiaosakond,
- narkoloogiaosakond ettevõtte juures,
- narkoloogiadispenseri statsionaar,
- narkoloogiahaigla,
- ravi- ja tööprofülaktoorium (sundraviks).

SOOVITATAV ÕPPEKIRJANDUS

- Karu, E. Oligofreenia. Tartu: TRÜ, 1985. 100 lk.
- Mehilane, L. Lapse psühhofarmakoteraapia. Tartu: TRÜ, 1983. 100 lk.
- Mehilane, L. Psühhoageensed haigused. Tartu: TRÜ, 1981. 75 lk.
- Saarma, J. Kohtupsühhiaatria. Tallinn: Valgus, 1970. 300 lk.
- Saarma, J. Psühhopatoloogia. Tallinn: Valgus, 1977. 244 lk.
- Saarma, J. Kliiniline psühhiaatria. Tallinn: Valgus, 1980. 270 lk.
- Saarma, J. Psühhiaatria minevik ja tänapäev. Tallinn: Valgus, 1982. 160 lk.
- Saarma, J. Meditsiinipsühholoogia. Tallinn: Valgus, 1985. 224 lk.
- Saarma, J. Narkoloogia. Tallinn: Valgus, 1989. 325 lk.
- Saarma, J., Allikmets, L., Mehilane, L., Saarma, M., Vahing, V. Kliiniline psühhofarmakoloogia. Tallinn: Valgus, 1981. 280 lk.
- Väre, H. Alkoholism ja narkomaaniad. Tartu: TRÜ, 1979. 58 lk.
- Väre, H. Alkoholpsühhooside diagnostika ja ravi. Tartu: TRÜ, 1980. 36 lk.
- Väre, H. Alkoholismi ravi meetodid ja organisatsioon. Tartu: TRÜ, 1987. 66 lk.

AINELOEND

abstinentsisündroom	99
adaptatsioonihäired	86
afaasia	24
amnestiline	24
motoorne	24
sensoorne	24
ageusia	20
agnoosia	22
agorafobia	26
agressiivsus	33
aidomaania	38
aidsofobia	26
aistingupetted	20
ajataju häire	23
akarofobia	26
akooria	36
aktiivne erootiline luul	29
alavirguse seisund	43
alaväärsusluul	28
algotagnia	39
alkoholdeliirium	108
alkoholdementsus	109
alkoholdepressioon	108
alkoholentsefalopaatia	108
alkoholhallutsinoos	108
alaäge	108
krooniline	108
äge	108
alkoholi kontsentratsioon veres	99
alkoholi tarvitamine	103
episoodiline	103
harjumuslik	103
kuritarvitamine	103
liigtarvitamine	103
alkoholijoove	99
astmed	100
kliinilised tunnused	101
alkoholism	104
esimene staadium	104
kolmas staadium	105
kujunemise tegurid	104
psüühikamuutused	106

teine staadium 105
 alkoholismihaigete ravi 106
 sundravi 115
 alkoholparanoid 108
 krooniline 108
 äge 108
 alkoholpsühhoosid 107
 funktsionaalsed 107
 alkoholpsühhoosiga haigete ravi 109
 Alzheimeri tõbi 81
 amauroos 20
 ambliopia 20
 ambulatoorsed psühhiaatriaasutused 117
 amentsiasündroom 63
 amneesia 41
 anteroretrograadne 42
 anterograadne 41
 fiksatsiooni- 41
 lihtne 41
 progresseeruv 41
 reproduktsiooni- 41
 retrograadne 41
 amnestilis-konfabulatoorne sündroom 65
 anakuusia 20
 analgeesia 20
 anesteesia 20
 anoreksia 36
 anosmia 20
 anosognoosia 23
 antropofobia 27
 apaatia 32
 apaatilis-abuuliline sündroom 60
 autismiga variant 60
 autatismidega variant 60
 düsfooriaga variant 60
 aplestia 36
 aperseksia 37
 asteeniasündroom 48
 adünaamiline variant 49
 depressiivne variant 49
 hüpohondriline variant 49
 obsessiivne variant 49
 ateroskleroosiline dementsus 81
 kulg 82

ravi 82
süмптоamatika 81
autoagressioon 37
autodüsmofoobia 27
autoerotism 38
automatism 35
 assotsiatiivne 35
 emotsionaalne 35
 kinesteetiline 35
 kõneline 35
 liigutuslik 35
 motoorne 35
 psüühiline 35
 verbaalne 35
avatusluul 29

barafoobia 26
batofoobia 26
bradülaalia 24
bradüpsühhism 24
buliimia 36

climax

praecox 38
 tarda 38

debiilsus 66
defektisüптоomid 44
deliiriumisündroom 63
 abortiivne variant 63
 mussiteeruv variant 63
 professionaalne variant 63
delirium tremens 108
dementsus 40
 progresseeruv 40
 regresseeruv 40
 statsionaarne 40
dementsuse sündroom 66
 apaatne variant 67
 düсfooriline variant 67
 eufooriline variant 67
 globaarne 67
 hallutsinatoorne variant 67
 lakunaarne 67

depersonalisatsioon 23
 depersonalisatsioonineuroos 87
 depressioonineuroos 87
 depressioonisündroom 53
 agiteeritud variant 53
 düsfooriline variant 53
 hüpohondriline variant 53
 nihilistlik variant 54
 paranoiline variant 54
 pidurdatud variant 53
 psühhosensoorne variant 53
 stuupori variant 53
 derealisatsioon 22
 destruktiivsed sümptoomid 44
 dinofobia 26
 düsfooriline sündroom 54
 düsmorfofoobia 26

 ebataju 21
 ebriomaania 98
 eitusluul 28
 ekmneesia 42
 ekonähud 34
 ekshibitsionism 39
 eksitaju 21
 eksperimentaalpsühholoogilised testmeetodid 14
 emotsionaalne
 ambivalentsus 32
 inkontinents 32
 labiilsus 32
 torpor 32
 tuimus 32
 väärastumine 32
 emotsionaalse labiilsuse sündroom 48
 afektiivse plahvatuslikkusega variant 48
 hüpersteeniline variant 48
 emotsionaalse reaktiivsuse muutused 32
 kvalitatiivsed 32
 kvantitatiivsed 32
 enesehinnangu Tartu skaala 12
 enesesüüdistusluul 28
 epilepsia psüühikahäired 91
 episoodilised 92
 paroksüsmaalsed 91

püsivad 92
epilepsiahaigete ravi 93
 episoodiliste psüühikahäirete ravi 93
 paroksüsmaalsete häirete profülaktika 93
 püsivate psüühikahäirete ravi 93
epileptiformne sündroom 64
epileptiline
 dementsus 92
 depressioon 92
 hallutsinosis 92
 iseloomu muutus 92
 paranoidne psühhoos 92
epileptiline sündroom 64
erotism 38
erutatud virgeseisund 43
erütrofoobia 27
estiomaania 36

fakultatiivsed sümptomid 46
fetišism 39
foobiad 26
 füüsilise situatsiooniga seotud 26
 sotsiaalse situatsiooniga seotud 27
 tervisega seotud 26
foobianeuroos 87
frigiidsus 38
ftisiofoobia 26
füüsiline sõltuvus 99
füüsilise mõjustuse luul 29
füüsilise puude luul 28

Ganseri sündroom 50
Gayet'-Wernicke entsefalopaatia 109
gerontofiilia 39

hallutsinatsioon 21
 akustiline 21
 funktsionaalne 22
 gustatoorne 21
 haistmis- 21
 haptiline 21
 hüpnagoogne 22
 hüpnopompiinne 22
 kehatunde- 21

kompleksne 21
 kuulmis- 21
 maitse- 21
 nägemis- 21
 optiline 21
 osmiline 21
 pseudo- 21
 puute- 21
 refleks- 22
 somaatiline 21
 sõnaline 21
 taktiilne 21
 tõeline 21
 verbaalne 21
 vistseraalne 21
 visuaalne 21
 hallutsinoosisündroom 55
 kombineeritud variant 56
 osmiline variant 56
 taktiilne variant 55
 verbaalne variant 55
 visuaalne variant 55
 Hamiltoni depressiooniskaala 11
 hebefreense rahutuse sündroom 59
 heboidne variant 60
 hüpohondriline variant 60
 paranoiline variant 60
 hematofobia 26
 heteroagressiivsus 33
 hidrosofobia 27
 hirmuneuroos 86
 homoseksualism 38
 hospitaliseerimine vältimatu abi korras 113
 hukuluul 28
 hõivatusluul 29
 hämarolekusündroom 64
 epileptoidne variant 64
 luululine variant 64
 hüdrofoobia 26
 hüfedoonia 38
 hüljatusluul 29
 hüpakuusia 20
 hüpalgeesia 20
 hüperakuusia 20

hüperalgeesia 20
 hüperbuulia 33
 valikuline 33
 hüperesteesia 20
 hüpergeusia 20
 hüperkineesia 33
 vormid 33
 hüpermneesia 42
 hüperoopia 20
 hüperoreksia 36
 hüperosmia 20
 hüperpaatia 32
 hüperproseksia 37
 hüpesteesia 20
 hüpnootilise mõjustuse luul 29
 hüpogeusia 20
 hüpohondrianeuroos 87
 hüpohondriasündroom 49
 depressiivne variant 49
 obsessiivne variant 49
 hüpohondriline luul 28
 hüpomania 31
 hüpomneesia 41
 fiksatsiooni- 41
 reproduktsiooni- 41
 hüpopaatia 32
 hüpoproseksia 37
 hüporeksia 36
 hüposeksuaalsus 38
 hüposmia 20
 hüsteerianeuroos 86
 dissotsiatiivne vorm 86
 konversiooniline vorm 86
 hüsteeriasündroom 50

ideepagu 24
 idiootia 66
 illusioon 21
 afektogeenne 21
 füsioloogiline 21
 füüsikaline 21
 haiguslik 21
 imbetsilsus
 kerge 66

raske 66
impotentia
 coeundi 38
 generandi 38
 impotents 38
 impulsiivsus 35
 dromomaania 35
 kleptomaania 35
 liigutuste 35
 püromaania 35
 tegevuse 35
 inoopia 38
 instseneeringuluul 29
 intermetamorfoosi luul 29
 intsest 39
 involutsiooniea psüühikahaigused 79
 involutsioonimelanhoolia 79
 haigete ravi 79
 involutsiooniparanoid 80
 haigete ravi 80
 iofoobia 26

joomahullus 108
 joomatõbi 104
 jälitusluul 29

kahestumislul 29
 kahjustusluul 29
 kantserofoobia 26
 kardiofoobia 26
 katastroofiluul 28
 katatoonse rahutuse sündroom 59
 kaootiline variant 59
 lokaliseeritud variant 59
 lutsiidne variant 59
 oneiroidne variant 59
 katatoonse stuupori sündroom 58
 efektoorne variant 59
 lutsiidne variant 59
 oneiroidne variant 59
 retseptoorne variant 59
 substuuropori variant 59
 keemilise mõjustuse luul 29
 kehaskeemi häired 23

kenofobia 26
 keraunofobia 26
 kiivusluul 29
 klaustrofoobia 27
 kleptofobia 27
 kohtupsühhiaatriaekspertiis 114
 kannatanu 114
 süüdivusseisundi 114
 teovõime 114
 tunnistaja 114
 konfabulatsioon 43
 asendav 43
 fantastiline 43
 kooma 61
 Korsakovi psühhoos 108
 Korsakovi sündroom 65
 Kraepelini tõbi 79
 krambisündroom 64
 absaans e. *absence* 64
 Jacksoni 65
 Koževnikovi 65
 suur krambihoog e. *grand mal* 64
 väike krambihoog e. *petit mal* 64
 kromatofobia 27
 krüptomnesia 42
 assotsieeruv 43
 võõranduv 42
 kõrge päritolu luul 28

 lalofobia 27
 lavastusluul 29
 leidurlusluul 28
 lesbism 38
 liigjoomine 103
 liigmälu 42
 Litško diagnostiline küsimustik 15
 luul
 autohtoonne 30
 fragmentaarne 30
 globaalne 29
 indutseeritud 30
 isoleeritud 29
 jääk- 30
 katatüümne 30

katesteetiline 30
 kosmiline 29
 kujundiline 29
 kverulatoorne 30
 laiahaardeline 29
 olmeluul 29
 protsessimis- 30
 residuaal- 30
 seletus- 29
 sensitiivne 30
 stadiaalselt arenev 30
 süstematiseeritud 30
 luululine taju 22
 luulumõte 28
 depressiivne 28
 makromaaneline 28
 megalomaaneline 28
 mikromaaneline 28
 paranoiline 29
 persekutoorne 29
 suurus- 28
 lüssofoobia 26

 maniakaal-depressiivne psühhos 77
 depressiivne faas 77
 haigete ravi 78
 kulu variandid 78
 maniakaalne faas 77
 profülaktiline ravi 79
 struktuur 77
 maniakaalne sündroom 52
 agiteeritud variant 52
 ebaproduktiivne variant 52
 eufooriline variant 53
 hüpomaniakaalne variant 53
 kverulatoorne variant 52
 loid variant 52
 lõbus variant 52
 segasusega variant 53
 vihane variant 52
 ärritatud variant 52
 masohhism 37, 39
 masturbatsioon 39
 meelemürk 98

meeleolu muutused
 alanemine 31
 depressiivne 31
 düsfooriline 31
 ekstaatiline 32
 eufooriline 31
 hüpomaniakaalne 31
 kõrgenemine 31
 maniakaalne 31
 melanhoolne 31
 subdepressiivne 31
meeleoluhäirete sündroomid 52
meelepetted 20
 elementaarsed 20
 komplitseeritud 20
metaboolne luul 29
miinussümptoomid 44
"mina"-terviku tunde häire 23
Minnesota isiksuseküsimustik 15
missiooniluul 28
mitmestumislul 29
monofoobia 27
mooria 32
mutism 24
muutusluul 29
mõistete häired 24
 kujunemise pidurdus 24
 väärastus 24
mõjustusluul 29
mõnuaine 98
mõtlemise häired 23
 kvalitatiivsed 23
 kvantitatiivsed 23
 mõtlemisprotsessi 23
 sisulised 23
 vormilised 23
mõtlemise seoslikkuse häired 24
mõtlemise sihipärasuse häired 25
mõtlemise sisulised häired 25
mõtlemise tempo häired 24
 aeglustumine 24
 kiirenemine 24
mõtlemise vormihäired 23
 ataktilisus 25

autism 25
dereism 25
inkoherents 25
katkendlikkus 25
laialivalgustus 25
paraloogilisus 25
patoloogiline üksikasjalikkus 25
perseveratsioon 25
resoneersus 25
seosetus 25
stereotüüpia 25
sümbolism 25
verbigeratsioon 25
mõttemaru 24
mälulünk 41
müfofoobia 27
mürgistusluul 29
müsofoobia 26
mutism 24
muutusluul 29

narkoloogiaasutused 117
 ambulatoorsed 117
 poolstatsioonarsed 117
 statsioonarsed 118
narkomaania 110
 dementsus 110
 isiksuse degradatsioon 110
 psühhoosid 110
 vormid 110
narkomaaniahaigete ravi 111
 sundravi 115
narkootikum 110
 kuritarvitamine 110
nartsism 38
negatiivse teisiku luul 29
negatiivsed sümptoomid 44
negativism 34
 aktiivne 35
 passiivne 35
nekrofiilia 39
nekrofoobia 27
neologism 24
neurasteenia-neuroos 87

neuroos 86
 neuroosihaigete ravi 87
 neurootiline areng 88
 neurootilise arenguga haigete ravi 88
 nihilistlik luul 28
 nosofoobia 26
 nosoloogia areng 70
 nõdrameelsus 40
 nõdrameelsuse sündroom 66
 nõidusluul 29
 nõrgamõistuslikkus 39
 nõutus 37
 nüktofoobia 27
 nümfomaania 38

obligatoorsed sümptoomid 46
 obnubilatsioon 61
 oligofreenia 39
 oligofreeniasündroom 66
 ereetiline variant 66
 inertne variant 66
 keskmine variant 66
 püsimate variant 66
 torpiidne variant 66
 oligolaalia 24
 onanism 39
 oneiroidne sündroom 62
 pidurdatud variant 62
 rahutu variant 62

parafreenne sündroom 57
 akuutne variant 58
 krooniline variant 58
 protraheeritud variant 58
 paramneesia 42
 paranoidne sündroom 56
 depressiivne variant 56
 düsmorfofoobiline variant 57
 hüpohondriline variant 56
 äge variant 56
 paranoilis-hallutsinatoorne sündroom 56
 parapaatia 32
 paraproseksia 37
 paratüümia 32

pareidoolia 21
 paroreksia 36
 passiivne erootiline luul 29
 patofoobia 26
 patoloogiline alkoholijoove 108
 patuluul 28
 pederastia 38
 pedofiilia 39
 peirrafoobia 27
 pettofoobia 27
 Picki tõi 80
 pikä 36
 pluss-sümptoomid 44
 poikilotüümia 32
 polüdipsia 36
 polüfaagia 36
 poolstatsionaarsed psühhiaatriaasutused 117
 positiivse teisiku luul 29
 positiivsed sümptoomid 44
 preseniilsed dementsused 80
 haigete ravi 81
 produktiivsed sümptoomid 44
 pseudodementsuse sündroom 51
 pseudoreministents 42
 pseudostuupor 85
 psühhasteeniasündroom 49
 depressiivne variant 49
 obsessiivne variant 50
 psühhiaatriaabi ülesanded 112
 demokraatlikkus 113
 humanism 113
 põhimäärus 112
 seaduslikkus 113
 psühhiaatriaasutused 117
 ambulatoorsed 117
 poolstatsionaarsed 117
 statsionaarsed 117
 psühhiaatriline lühiskaala 11
 psühhogeenne hämarolek 84
 psühhogeenne psühhopatooid 88
 psühhogeensed häired 88
 düsmenorröa 88
 hüperventilatsioon 88
 kardiovaskulaarne düstoonia 88

- luksumine 88
- sügelemine 88
- tortikollis 88
- psühhogeensed psüühikahaigused 83
 - mittepsühhootilised 83
 - psühhootilised 83
- psühhopaatia 96
 - afektiivne 96
 - asteeniline 97
 - dekompensatsioon 97
 - emotsionaalse tuimusega 97
 - erutuv 97
 - haigete ravi 97
 - hüsteroidne 97
 - kompensatsioon 97
 - kulg 97
 - orgaaniline 96
 - paranoidne 96
 - psühhasteeniline 97
 - psühhogeenne 96
 - püsimate 97
 - skisoidne 96
 - tuuma- 96
- psühhopatoloogiline sündroom 46
- psühhosensoorne sündroom 55
 - Capgras' sündroom 55
 - depersonalisatsioonivariant 55
 - derealisatsioonivariant 55
 - instseneeringuvariant 55
- psühhosomaatilised häired 88
 - haigete ravi 89
- psühhosündroomide registrid 46
- psühhotoksiliste ainete kuritarvitamine 98
- psühhotrauma 83
 - krooniline 83
 - äge 83
- psüühika haigusseisund 71
- psüühikahaigus 70
 - grupp 71
 - klass 71
 - variant 71
- psüühikahaigused 71
 - eksogeensed 71
 - endogeensed 71

funktsionaalsed 71
 mittepsühhootilised 72
 orgaanilised 71
 psühhootilised 71
 psüühikahälbe haiguslikkuse tunnused 45
 psüühiline sõltuvus 99
 psüühiliste automatismide sündroom 57
 emotsionaalne variant 57
 ideatoorne variant 57
 kompleksne variant 57
 motoorne variant 57
 sensoorne variant 57
pubertas
 praecox 38
 tarda 38
 puerilism 85
 pügmalionism 39
 pürofoobia 27

 rahutus 33
 hallutsinatoorne 33
 hebefreenne 33
 katatoonne 33
 luululine 33
 maniakaalne 33
 raukusnõdrameelsus 82
 variandid 82
 reaktiivne depressiivne psühhoos 84
 reaktiivne paranoidne psühhoos 84
 reaktiivne segasus 84
 reaktiivsed hüsteerilised psühhoosid 84
 reaktiivsed psühhoosid 84
 haigete ravi 85
 variandid 84
 reformaatorlusluul 28
 rikkusluul 28
 rubrofoobia 27
 ruumitaju häire 23

 Saarma sümptoom 35
 sadism 39
 safism 38
 satürism 38
 segasusseisund 63

seksuaalhäirete sündroom 51
 seksuaalsihi väärustusega 51
 seksuaalsättumuse väärustusega 51
 seksuaaltungi intensiivsuse muutustega 51
 seksuaalse külgetõmbavuse luul 28
 senestopaatia 23
 seniilne dementsus 82
 seniilse dementsusega haigete ravi 83
 seniilsed psüühikahaigused 81
 sensitiivsus 32
 siderodromofoobia 27
 skisofreenia 73
 alavormid 74
 esimese järgu tunnused 73
 hebefreenia 74
 hookululine 76
 katatoonne 75
 kulutüübid 76
 latentne 75
 lihtne 74
 nihkekululine 76
 paranoidne 74
 perioodiline 76
 põhitunnused 73
 püsikululine 76
 residuaalne 75
 tsirkulaarne 75
 tüüpilised tunnused 73
 varajased sümptoomid 73
 äge episood 75
 skisofreeniahaigete ravi 76
 skopofiilia 39
 skoptofoobia 27
 sodoomia 39
 somatogeensed psüühikahäired 93
 funktsionaalsed psühhoosid 95
 haigete ravi 95
 kriteeriumid 93
 mittepsühhootilised 94
 neuroidid 94
 orgaanilised 95
 psühhoosid 95
 psühhopatoidid 95
 somnolentsus 61

soopor 61
 sotsiaalne tundetus 37
 statsionaarsed psühhiaatriaasutused 117
 stereotüüpia 34
 asendi 34
 asukoha 34
 liigutuste 34
 suhtumislul 29
 sundmõtted 25
 endelised 26
 kartuslikud 26
 kõhkluslikud 26
 käskivad 26
 sundneuroos 87
 sundseisundisündroom 50
 depressiivne variant 50
 foobiavariant 50
 ideatoorne variant 50
 kompleksne variant 50
 motoorne variant 50
 sundhirmude variant 50
 sõltuvussündroom 51
 alkoholismivariant 51
 narkomaaniavariant 51
 nikotinismivariant 51
 toksikomaaniavariant 51
 sõna sisu moondumine 24
 sõnalaialdus 25
 süfilofoobia 26
 süüdistuslul 29

 zoofiilia 39

 tabofoobia 26
 tafefoobia 27
 tagakiusamislul 29
 tahhülaalia 24
 tahhüpsühhism 24
 tahteaktiivsuse osaline alanemine 34
 bradükineesia 34
 hüpobuulia 34
 hüpokineesia 34
 hüpomiimia 34
 oligokineesia 34

substuupor 34
 tahteaktiivsuse täielik alanemine 34
 abuulia 34
 akineesia 34
 amiimia 34
 stuupor 34
 tahteaktiivsuse vääristumine 34
 ekofraasia 34
 ekokineesia 34
 ekolaalia 34
 ekomiimia 34
 ekonähud 34
 ekopraksia 34
 kajanähud 34
 tahteeluhäired 32
 avalduskujud 32
 kvalitatiivsed 33
 kvantitatiivsed 33
 realiseerumise tasandid 32
 tajupetted 20
 tanatofobia 26
 Tartu psühhiaatriline üldskaala 8
 Tartu psühhiaatrilise sümptomaatika üldskaala 10
 teadvuse hägunemine 43
 teadvuse hägunemise sündroom 61
 telepaatilise mõjustuse luul 29
 toksikomaania 111
 dementsus 111
 isiksuse degradatsioon 111
 psühhoosid 111
 vormid 111
 toksikomaaniahaigete ravi 111
 sundravi 115
 topofoobia 27
 transvestitism 39
 traumaatiline entsefalopaatia 90
 dementsus 91
 epileptiliste hoogudega 90
 haigete ravi 91
 paranoidne psühhoos 91
 psühhopaatiaatiline 90
 psühhopatoid 90
 tsirkulaarne psühhoos 91
 variandid 90

traumaatiline tserebrasteenia 89
 haigete ravi 90
 traumaatilised psüühikahaigused 89
 algstaadium 89
 hilisstaadium 89
 kaootiline staadium 89
 äge staadium 89
 tundeeluhäired 30
 progress 31
 regress 31
 taseme muutused 31
 tunde- ja tahtereaktiivsuse häirete sündroomid
 47
 tõkestus 24
 tähelepanu vigiilsus 37
 aktiivne 37
 passiivne 37
 tähendusluul 29
 tüüp A diagnostikaküsimustik 16

 uimastusaine 98
 ulmetaoline sündroom 62
 uranism 39
 urofoobia 27

 vaesusluul 28
 vaimuhaigete sundravi 117
 verbaalne aktiivne negativism 35
 verepilastus 39
 vomitofobia 27
 vuajerism 39
 võimekusluul 28
 võimuluul 28
 võõrdumislul 29
 väiksusluul 28
 väljalanguse sümptoomid 44

 äge reaktiivne rahutus 84
 ägedad reaktsioonid stressile 85
 haigete ravi 85
 ärevusneuroos 86

 ülekaalukas mõte 27
 kriitiline 28

loominguline 27
pürgimuslik 27
ülivirguse seisund 43

SISUKORD

SAATEKS	3
1. HAIGE PSÜHHOPATOLOOGILISE UURIMISE METODOLOGIA	4
1.1. Psüühika uurimise kliinilised meetodid	4
1.1.1. Objektiivsete andmete kogumine ..	4
1.1.2. Psühhiaatriline intervjuu	5
1.1.3. Psüühilise seisundi kliiniline jälgimine	6
1.1.4. Haigusloo skeem	7
1.1.5. Psühhiaatrilised kliinilised skaalad	8
1.2. Psüühika uurimise parakliinilised meetodid	13
1.2.1. Eksperimentaalpsühholoogilised testmeetodid	14
1.2.2. Küsimustikud	14
1.2.3. Instrumentaalsed uurimisvõtted ..	17
2. PSÜHHIAATRILINE SÜMPTOMATOLOGIA	18
2.1. Psühhopatoloogiliste fenomenide süstemaatika	18
2.1.1. Psüühikahälvete avalduskujud	18
2.1.2. Psühhopatoloogiliste sümptoomide süstemaatika	19
2.2. Psühhopatoloogilised sümptoomid	19
2.2.1. Tajumishäired	19
2.2.2. Mõtlemishäired	23
2.2.3. Tundeeluhäired	30
2.2.4. Tahteluhäired	32
2.2.5. Instinktihäired	36
2.2.6. Intellektihäired	39
2.2.7. Mäluhäired	41
2.2.8. Teadvusseisundihäired	43
2.3. Psühhopatoloogiliste sümptoomide diagnostiline hindamine	44
2.3.1. Positiivsed sümptoomid	44
2.3.2. Negatiivsed sümptoomid	44
2.3.3. Psüühikahälbe haiguslikkuse hindamine	45

3. PSÜHHIAATRILINE SÜNDROMOLOOGIA	46
3.1. Sündromoloogia üldmõisted	46
3.2. Sündroomide klassifikatsioon	47
3.2.1. Tunde- ja tahtereaktiivsuse häi- rete sündroomid	47
3.2.2. Meeleoluhäirete sündroomid	52
3.2.3. Tunnetushäirete sündroomid	54
3.2.4. Tunde- ja tahteväärastuste sündroomid	58
3.2.5. Teadvushäirete sündroomid	61
3.2.6. Intellekti- ja mäluhäirete sündroomid	65
3.3. Psühhopatoloogiliste sündroomide diagnostiline hindamine	67
4. PSÜHHIAATRILINE NOSOLOOGIA	70
4.1. Nosoloogia üldmõisted	70
4.2. Psüühikahaiguste kliinilised vormid .	73
4.2.1. Skisofreenia	73
4.2.2. Maniakaal-depressiivne psühhoos .	77
4.2.3. Taandarenguea psüühikahaigused ..	79
4.2.4. Psühhogeensed psüühikahaigused ..	83
4.2.5. Traumaatilised psüühikahaigused .	89
4.2.6. Epilepsia psüühikahäired	91
4.2.7. Somatogeensed psüühikahäired	93
4.2.8. Psühhopaatia	96
4.3. Narkoloogia	98
4.3.1. Narkoloogia põhimõisted	98
4.3.2. Alkoholi joove	99
4.3.3. Alkoholi krooniline tarvitamine .	103
4.3.4. Alkoholpsühhoosid	107
4.3.5. Narkomaania ja toksikomaania	109
5. Psühhiaatriaabi organisatsioon	112
5.1. Psüühikahaiguste sotsiaalsed aspek- tid	112
5.1.1. Psühhiaatriaabi ülesanded ja printsüübid	112
5.1.2. Psüühikahaige vältimatu hospi- taliseerimine	113
5.1.3. Kohtupsühhiaatriaekspertiis	114
5.1.4. Psüühikahaige sundravi	115
5.2. Psühhiaatriaabi-asutuste süsteem	116
5.2.1. Psühhiaatriaasutused	117

5.2.2. Narkoloogiaasutused	117
SOOVITATAV ÕPPEKIRJANDUS	118
AINELOEND	119

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ.
Вспомогательный материал для студентов
медицинского факультета.
Составитель Юри С а а р м а.
На эстонском языке.
Тартуский университет.
ЭССР, 202400, г.Тарту, ул.Юликооли, 18.
Vastutav toimetaja V. Vahing.
Korrektor L. Jago.
Paljundamisele antud 2.11.1989.
Formaat 60x84/16.
Rotaatoripaber.
Masinakiri. Rotaprint.
Tingtrükipoognaid 8,37.
Arvestuspoognaid 7,19. Trükipoognaid 9,0.
Trükiarv 1000.
Tell. nr. 743.
Hind 25 kop.
TÜ trükikoda. ENSV, 202400 Tartu, Tiigi t. 78.

25 kop.