

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

Jüri Saarma

HAIGE PSÜHHOPATOLOOGILINE
UURIMINE

TARTU 1970

Tagastage raamat õigeaegselt!

Возвратите книгу вовремя!

[illegible]

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

Psühhiaatria ja kohtumediitsiini kateeder

Jüri Saarma

**HAIGE PSÜHHOPATOLOOGILINE
UURIMINE**

TARTU 1970

Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu

TARTU ÜLIKOO LI
RAAMATUKOGU

Юри Саарма

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО

На эстонском языке

Тартуский государственный университет

ЭССР, г. Тарту, ул. Юликооли, 18

Vastutav toimetaja E. Karu

Korrektor V. Lang

=====

TRÜ rotaprint 1970. Paljundamisele antud 23. XI 1970.

Trükipoognaid 5,38. Tingtrükipoognaid 5,06. Arvestus-
poognaid 3,9. Trükiarv 2000. Paber 30x42. 1/4.

MB 09614. Tell. nr. 937.

Hind 20 kop.

A n n o t a t s i o o n

"Haige psühhopatoloogiline uurimine" sisaldab konspektiivse ülevaate kaasaegses psühhiaatrias kasutatavatest kliinilistest ja parakliinilistest meetoditest haigete psüühika uurimiseks ning toob skeemi anamneesi kogumiseks ja psüühilise staatuse määramiseks. Esitatakse psühhiaatrilise diagnostika metodoloogia põhijooned.

Väljaanne on mõeldud õppevahendina kasutamiseks arstiteaduskonna üliõpilastele psühhiaatria kursuse omandamisel ning metoodilise juhendina kliinilise praktiku-
mi ja internatuuri teostamiseks psühhiaatria erialal.

A. HAIGE PSÜHHOPATOLOOGILISE UURIMISE ÜLESANDED

Humaanmeditsiini objektiks on inimene oma bio-sotsiaalses tervikluses. Kliinilise meditsiini kõik eriharud käsitlevad haiget inimest isiksusena, s.t. individuaalse arengu käigus väljakujunenud somaatiliste ja psüühiliste tunnuste integreeritud kogumina. Seetõttu on haigete psüühika uurimine vältimatuks komponendiks kliinilise meditsiini kõikide distsipliinide uurimiskompleksis.

S o m a a t i l i s t e h a i g u s t e korral on haige psühhopatoloogiline uurimine abivahendiks, mis võib arstile anda olulist täiendavat informatsiooni mitmest aspektist.

Real juhtudel on somaatiline haigus põhjustatud psühhogeensetest teguritest (nn. tserebrovistseraalsed e. psühhosomaatilised haigused). Niisuguste haiguste hulka kuuluvad mitmed hüpertoonia, stenokardia, bronhiaalastma, türeotoksikoosi, maohaavandi, dermatoosi jms. juhud. Haiguse etioloogia väljaselgitamine neil haigeil ei ole võimalik ilma üksikasjaliku psühhopatoloogilise uurimiseta, mis hõlmab inimese psüühilis-emotsionaalse arenguloo ja tema isiksuse struktuuri hindamise.

Praktiliselt kõikide somaatiliste haiguste patogeneesis etendavad psühhogeensed tegurid teatud osa. Mõnede haiguste korral ja mõnel haigel on psüühilise faktori erikaal väiksem, teiste haiguste puhul ja mõnel haigel aga üsnagi oluline. Haiguse patogeneesi, sümptomatoloogia ja haige kaebuste sügav mõistmine ning objektiivne hindamine eeldab tingimata, et arst tunneks haige psüühilist arengulugu ja isiksust. See on võimalik ainult haige psühhopatoloogilise uurimise alusel.

Somaatiliselt haige inimese uurimisel astub arst patsiendiga psüühilisse kontakti, et koguda anamneesi, teada

saada haige kaebusi ning sümptoomide subjektiivset kirjeldust. Uurimise andmed on seda täielikumad ja väärtuslikumad, mida paremini arst valdab psüühilise kontakti metodoloogiat. Selleks aitab kaasa psühhopatoloogilise uurimise meetodikate põhimõtete tundmine.

Mitmedki uurimisevõtted, mis somaatilise haiguse diagnoosimiseks osutuvad vajalikuks, on seotud väiksema või suurema ebamugavuse tekitamisega haigele: punktsioonid, endoskoopiad, biopsia jms. Iga haige suhtub oodatavasse ja reageerib teostatavasse diagnostilisse protseduuri olenevalt tema psüühilis-emotsionaalsest struktuurist. Haige suhtumine võib varieeruda tuimast kuuletumisest kuni ületamatu emotsionaalse barjäärini. Arst peab sügavalt tundma ning arvestama haige psüühilist struktuuri ja reaktsioonilaadi, et tõrgeteta teostada uurimisprogramm ning tagada objektiivsed tulemused. Selle eelduseks on haige psüühika üksikasjalik tundmine.

Ühegi somaatilise haiguse ravi ei ole täielik, kui see piirdub üksnes somaatilise-bioloogiliste vahenditega. Iga haige ravikompleksis on oluline koht psühhoterapias selle sõna kõige laiemas tähenduses. Psüühiliste faktorite toime suund ja intensiivsus sõltub aga suurel määral haige inimese psüühilis-emotsionaalsest struktuurist, mille hindamine ei ole võimalik ilma põhjaliku psühhopatoloogilise uurimiseta.

Iga somaatiline haigus põhjustab peale somaatiliste sümptoomide ka psüühiliste funktsioonide muutusi. Viimaste laad ja ulatus olenevad haiguse iseloomust ja haige isiksusest. Somaatilise haigusest tingitud psüühika muutused võivad ulatuda kergest väsimustundest või pisut suurenenud erutatavusest kuni sümptomaatilise psüühosini. Igal juhul tuleb neid muutusi arstil arvesse võtta diagnostilisest kui ka ravi aspektist. Selleks aga on vajalik haige psühhopatoloogiline uurimine.

Psüühiliste haiguste puhul on haige põhjalik psühhopatoloogiline uurimine haiguse etiopa-

togeneesi hindamise ja diagnoosimise põhimeetodiks. Psüühiliselt haige inimese efektiivne ravi ja sotsiaalne rehabilitatsioon tuginevad täielikult psühhopatoloogilise uurimisega kogutud informatsioonile. Seetõttu on psüühiliste haigete uurimise ulatus suurem ning kasutatavate meetodite ring avaram kui somaatiliste haigete psüühilisel uurimisel.

Loomulikult ei piirdu psüühiliste haiguste korral haige uurimine ainult psühhopatoloogiliste uurimisevõtetega. Iga psüühiliselt haige inimese kompleksne uurimine sisaldab tingimata ka tema somaatiliste haiguste anamneesi ja somaatilise staatuse. Vajaduse korral kasutatakse somaatilise meditsiini kõikide erialade kaasaegseid uurimisevõtteid - nii kliinilisi, laboratoorseid kui ka teisi parakliinilisi meetodeid.

B. PSÜHHOPATOLOOGILISE UURIMISE MEETODID

Haige psühhopatoloogiliseks uurimiseks kasutatavaid võtteid võib põhijoontes jagada kliinilisteks ja parakliinilisteks. Kliinilised uurimismeetodid hõlmavad haige käitumise ja avalduste, tema eneseväljenduste ja reaktsioonide jälgimist, analüüsi ning hindamist vabas suhtlemises kas ambulatoorselt või statsionaari tingimustes. Parakliinilisteks nimetatakse meetodeid, mille puhul uuritavale antakse kindlalt reglementeeritud situatsioonis konkreetse suunitlusega ülesanded, mille lahendamise käigus registreeritud parameetritest tehakse järeldused teatud psüühiliste funktsioonide seisundi kohta. Selline uurimismeetodite jaotus on paratamatult tinglik ja alati pole võimalik tõmmata teravat piiri kliiniliste ja parakliiniliste meetodite vahel. Haige kompleksel psühho-

patoloogilisel uurimisel tuleb sageli paindlikult kombineerida mõlemasse gruppi kuuluvaid võtteid. Tihti osutub otstarbekaks lülitada vaba vestluse käigus vahele mõni konkreetne eksperimentaalpsühholoogiline test, et saada ammendavat pilti teatud psüühilise funktsiooni seisundist antud momendil. Ja vastupidi, parakliiniliste meetodite abil haige psüühilist seisundit uurides tuleb alati säilitada patsiendiga vaba kontakt, et ammutada sundimatus vestluses täiendavat informatsiooni eksperimentaalse uurimise andmete objektiivsemaks hindamiseks.

1. Psüühika uurimise kliinilised meetodid

Haige psühhopatoloogilise uurimise kliiniliste võtete valdkonda kuuluvad: objektiivse anamneesi kogumine isikult, kellel on olnud kontakt haigega; vestlemine haige endaga e. haige intervjukeerimine autoanamneesi, subjektiivsete kaebuste ja psüühilise staatuse väljaselgitamiseks; haige kliiniline jälgimine, s.t. tema spontaanse käitumise, eneseväljenduste ja reaktsioonide jälgimine statsionaari tingimustes; haige produktsiooni, näiteks kirjade, jooniste, töösaaduste jne. hindamine.

Mida mitmekülgsemaid allikaid kasutatakse haige psüühiliste funktsioonide avalduskujude tundmaõppimiseks, seda põhjalikuma pildi võib saada haigest kui isiksusest. Mõnigi kord võib psüühiline häire avalduda ainult juhuslikult mõnes kirjas või kaaslasel üteldud lauses, mille tähelepanemata jätmisest võib sugeneda diagnostiline eksitus. Ka isiksuse mõningad jooned, eriti kui inimene ise neid püüab maskeerida ning varjata, võivad ilmned ainult põgusalt haige üksikutes eneseväljendustes või tema erakorralistes reageeringutes teatud situatsioonidele. Selliste andmete hankimiseks tuleb kasutada maksimaalse põhjalikkusega kõiki võimalikke informatsiooniallikaid. Ise-

gi näiliselt üsna üksikasjadeni selgetel juhtudel võib mõni täiendav informatsioon anda haigusjuhu etiopatogeneesisle hoopis uue varjundi või avada haige isiksuse mõne ootamatu joone. Nii ilmnes näiteks ühe neurootilise depressiooniga noormehe puhul, kelle seisundit tema enda ja omaste anamnestiliste andmete alusel võis interpreteerida kui pikemaajalise ülekoormuse produkti, et - lähtudes patsiendi ühest kirjast oma sõbrannale - tema depressiooni põhiliseks lätteks oli hoopis keerukas konflikt seksuaal-elus.

a. Objektiivsete andmete kogumine

Psüühiliste kõrvalekaldumiste diagnostikas ja üldse inimese psüühilise arenguloo ning isiksuse hindamisel on objektiivsetel anamnestilistel andmetel eriliselt oluline tähendus. Oma psüühilise seisundi, iseloomujoonte, reaktsioonilaadi ja vaimse tegevuse hälvete analüüsimine ja erapooletu kirjeldamine on isikule endale reeglina üpris keerukas ülesanne, teine isik saab seda tavaliselt teha tunduvalt hõlpsamini. Mitmeid muutusi psüühilises tegevuses võib isik ise üldse mitte märgata, kõrvalseisjale on need aga sageli üsna reljeefsed. Psüühilise tegevuse laad ja erijooned ilmnevad kõige selgemini suhtlemises inimestega, seejuures on tähelepanu tavaliselt suunatud ikka teise isiku käitumisele, väljendustele, reageeringutele ning vähe jälgitakse oma isiklikku psüühilist avalduslaadi. Nende asjaolude tõttu on inimese psühhopatoloogilise uurimise käigus tingimata vaja koguda anamnestilisi andmeid võimalikult rohkem isikutelt, kellel on olnud lähedasi kokkupuuteid patsiendiga.

Esimeseks ja tavaliselt kõige rikkalikumaks objektiivse anamneesi allikaks on lähemad sugulased: vanemad, vennad-õed, abikaasa, lapsed jt., kellega patsient on tihedas suhtlemises elanud päevast päeva pikema aja jooksul. Vanemalt, esmajoonel emalt, on ainus võimalus

saada üksikasjalik kirjeldus patsiendi arenguloo kohta. Eriti olulised on andmed imiku- ja väikelapse-east, mil ju formeeruvad psüühilise tegevuse alged. Õdedelt-vendadelt on sageli võimalik hankida informatsiooni selliste elusündmuste kohta, millest patsiendi vanemadki teadlikud ei ole, mis aga võivad oluliselt mõjustanud olla inimese psüühilist kujunemist. Abikaasalt saab iseloomustuse patsiendi käitumise ja reaktsioonilaadi kohta intiimses perekondlikus miljöös, kaasa arvatud seksuaalelu. Lastelt saadavad anamnestilised andmed, samuti kui kogu nende suhtumine oma vanemasse, on sageli väärtuslikuks materjaliks patsiendi psüühilise seisundi ja selle kujunemise analüüsimisel.

Õpetajad ja koolikaaslased saavad iseloomustada patsiendi vaimse arengu tempot ning taset koolipölvles, tuua esile sündmusi, mis võisid mõjustada isiku vaimset kujunemist, samuti kirjeldada patsiendi käitumist ning reaktsioonilaadi mitmesugustes situatsioonides.

Töökaaslased - niihästi ülemused, alluvad kui ka samal tasemel töötajad - omavad mitmesuguseid tähelepanekuid patsiendi töösse suhtumise, kontaktivõimelisuse, energianivoo, reaktsioonilaadi ja üldise käitumise kohta, mis kõik aitab suuresti kaasa inimesest tervikliku pildi saamiseks.

Sageli on võimalik ka naabritel hankida väärtuslikku lisainformatsiooni inimese psüühilise seisundi hindamiseks. Mõnigi kord on just naabreil, kellel patsiendiga on tihedam suhtlemine, selliseid tähelepanekuid patsiendi käitumise või tema mõtteavalduste kohta, millest isegi perekonnaliikmed ei ole teadlikud.

Isiku tervise varasema dünaamika, esinenud haiguste, vigastuste ja kahjustuste ning nende ravimiseks rakendatud vahendite kohta saab täielikku ja arstlikult fikseeritud objektiivset informatsiooni ainult raviasutustelt. Enamasti ei ole patsient ise ega tema omaksedki täielikult ega täpselt teadlikud esinenud tervisekahjustustest ja ravist. Loomulikult on eriti oluline hankida

raviasutustelt kõik võimalik informatsioon varem esinenud psüühiliste hälvete kohta.

Mõnikord osutub vajalikuks täpsustada anamnestilisi materjale a m e t i a s u t u s t e l t saadavate andmete abil. Külanõukogu, majavalitsus, miilitsaosakond, kainestusmaja, prokuratuur jt. asutused võivad vahel oluliselt täpsustada mõningaid sündmusi patsiendi elus või iseloomustada tema erilisi käitumisvorme.

Objektiivsete anamnestiliste andmete kogumisel on oluline silmas pidada mõningaid meetodilisi põhimõtteid.

Kuigi teistelt isikutelt kogutud anamneesi nimetatakse objektiivseks, ei ole need andmed tegelikult kunagi täiesti o b j e k t i i v s e d. Igal inimesel tekib suhtlemisel teise isikuga oma subjektiivne mulje temast. See subjektiivne pilt võib vähemal või suuremal määral vastata objekti tegelikule psüühilisele struktuurile ja käitumislaadile, kuid päris täpne ei ole see pilt kunagi. Hinnangud teise inimese iseloomu ja vaimse olemuse kohta on enamasti ikka mõjustatud üht või teist laadi emotsionaalsest hoiakust selle isiku suhtes. Seda asjaolu tuleb alati arvestada anamnestiliste andmete kogumisel ning püüda kindlaks teha anamneesi andja hoiak patsiendi suhtes.

Sageli esineb anamnestiliste materjalide teadlikku või alateadlikku r e t u š e e r i m i s t anamneesi andja poolt. Võib isegi ütelda, et mida lähemalt on anamneesi andja seotud patsiendiga, seda rohkem ilmneb tema kirjeldustes ning eriti hinnangutes subjektiivset hoiakut. Lähedased omaksed, näiteks vanemad või abikaasa, kalduvad tihti psüühiliste häirete ulatuse vähendamisele. Patsiendiga konfliktis olev abikaasa, naaber või töökaaslane pakub aga enamasti üle oma arvamuses ja hinnangus patsiendi käitumise ja psüühilise tasakaalu kohta.

Väheste teadlikkuse tõttu psühholoogias ja psühhopatoloogias ei ole enamik anamneesi andjaid võimelised alati välja tooma iseloomulikke ning olulist patsiendi käitumises ja elus. Enamasti esitatakse juhuslikke episoodide ja

tähelepanekuid, ilma et seejuures leiaks valgustamist patsiendi käitumise s i s e m i n e s e o s l i k k u s, käitumise sõltuvus situatsioonist, reaktsioonide põhjuslikkus, käitumise motivatsioon. Väheste kogemustega arstilt võib kuulda kurtmisi, et patsiendi sellelt või teiselt omak-selt pole lihtsalt võimalik saada kasutamiskõlblikku objektiivset anamneesi. Tõepoolest, objektiivsete terade välja-noppimine subjektiivsete hinnangusõkalde lademest on sageli vaearikas ülesanne. Isegi vilunud psühhiaater ei ole alati suuteline andma oma sugulase kohta rangelt objektiivset anamneesi, ka teda segab selle juures subjektiivse emotsio-naalse hoiaku prisma.

Kõiki neid raskusi objektiivse anamneesi kogumisel ai-tab vältida see, kui arst ei lepi üksnes h i n n a n g u -t e g a, mida anamneesi andja esitab patsiendi kohta, vaid sihipärase küsitlusega kogub üksikasjaliku k i r -j e l d u s e patsiendi käitumise konkreetsete vormide koh-ta mitmesugustes elusituatsioonides. Ei piisa sellest, kui isa, mõni naaber või töökaaslane ütleb patsiendi kohta, et ta "on alati olnud järsk ja terav", või et ta "on saamatu inimene olnud kogu aeg" või et "ta pole inimestega kunagi läbi saanud". Sellised hinnangud võivad olla sügenenud mõ-nest üksikust tähelepanekust ning nende sügavalt subjektiiv-set iseloomu näitab sageli asjaolu, et mõni teine kõrval-seisja annab sama patsiendi kohta hoopis vastupidise hin-nangu. Eriti vasturääkivad on sageli andmed alkoholi tarvi-tamise kohta. Alati on vaja anamneesi andjalt küsida detail-set kirjeldust olukordade, sündmuste ja käitumise kohta, millistes ilmneb arvatav iseloomujoon või käitumislaid. Sa-muti tuleb alati küsitleda ka selliste situatsioonide suhtes, mis võiksid patsienti iseloomustada hoopis teisest küljest. Nii selgub, milline käitumislaid on sagedasem, millised reaktsioonid on ülekaalus.

Psüühiliste häirete kohta objektiivse anamneesi kogumi-sel on eriti oluline välja selgitada, millal ja millisel kujul on anamneesi andja täheldanud patsiendi juures

psüühika muutusi. Selles osas võib kohata kahe suguseid raskusi. Aeglaselt arenevate häirete korral ei ole lähedased inimesed sageli võimelised ei dateerima ega sisuliselt iseloomustama patsiendi psüühikas toimunud hälbeid. Esimeste, väliselt üsnagi tagasihoidlike haigus-sümptomide õiget hindamist segab sageli omaste tendents patsiendi käitumisjoonte psühholoogiliseks interpreteerimiseks. Enesessesulgumist ja loidust hinnatakse kui väsimust pingutava õppeaasta järel, kui nukrutsemist konflikt tagajärjel armsamaga jne. Impulsiivseid tegusid ja koguni agressiivsust omaste vastu tõlgendatakse kui närvilisust, mis on sünenenud neistsamadest põhjustest jne. Teiselt poolt võib - seda eriti juhtudel, kui psüühiline häire on välja kujunenud lühikese aja jooksul - omastelt saada üldsõnalisi hinnanguid, et patsient "läks segaseks", et tal "esineb mürasushoogusid" jne. Mõlemal juhul tuleb hoolikalt hankida anamneesi andjalt kirjeldus patsiendi käitumise ja iseloomu kohta varem ning samasugune üksikasjalik kirjeldus täheldatud muutuste kohta. Järelduste tegemine kirjeldustest ning hinnangu langetamine psüühika laadi ja psüühiliste hälvete kohta on anamneesi koguva arsti kompetentsi kuuluv ülesanne. Selle juures ei tohi ta end suunata lasta anamneesi andja hinnanguist, mis on ikka subjektiivsed ja enamasti asjatundmatusest tingitult vildakad.

Neil juhtudel, kui objektiivseid anamnestilisi andmeid mõnelt isikult või asutuselt on miskipärast võimalik hankida ainult kirjavahetuse teel, on otstarbekas esitada vastavale anamneesi andjale rida konkreetseid küsimusi nende asjaolude, sündmuste ja patsiendi iseloomujoonte kohta, mille kohta informatsiooni tahetakse saada. Vähe kasu on üldsõnalisest palvest saata patsiendi kohta iseloomustus. Mitte ainult ametiasutuste iseloomustused, vaid ka omaste vastused taolisele üldsõnalisele pöördumisele on enamasti niivõrd pinnalised, et nad annavad väga vähe objektiivse tervikliku pildi saamiseks patsiendi psüühilise arengukäigu ja isiksuse kohta.

b. Psühhiaatriline intervjuu

Haige psühhopatoloogilise uurimise üheks põhiliseks meetodiks on tema intervjuerimine. Psühhiaatriline intervjuu on ühtlasi peamiseks vahendiks patsiendi psüühiliste elamuste, tema vaimse olemuse tundmaõppimiseks. Intervjuu on autoanamneesi ainsaks allikaks. Psüühilise staatuse määramisel on psühhiaatrilise intervjuu abil ammutatud materjal põhiliseks aluseks. Et psühhiaatriline intervjuu suudaks maksimaalselt täita oma ülesandeid, peab see vastama reale metoodilistele nõuetele.

Psühhiaatriline intervjuu on p a t s i e n d i j a a r s t i s u h t l e m i s e kõige sügavam ja intiimsem vorm. Iga suhtlemine on kahepoolne ning vastastikune. Arsti suhe patsiendisse ilmneb tema küsimuste vormis ning toonis ja tema reageeringutes ning hinnangutes patsiendi vastustele ja kirjeldustele. Paratamatult ja igal juhul avaldab arsti suhtumine mõju patsiendi enesetundele. Sellest sugenevalt võib muutuda tema avameelsus, usalduslikkus ja siirus. Et saavutada võimalikult usalduslikku kontakti, peab haige tunnetama, et arst suhtub temasse mõistvalt ning soovib teda abistada tema raskustes. Sõbralik ja toetav h u v i patsiendi jutustuse vastu on avameelse kontakti esimeseks eeltingimuseks. Kontakt on eriti nea ka sel juhul, kui patsient ise avaldab soovi arstiga vestlemiseks. Sellist võimalust tuleb alati ära kasutada.

Psühhiaatriline intervjuu on a r s t l i k u u r i m i s m e e t o d, mille abil kogutakse materjali patsiendi psüühilise arenguloo ja seisundi mõistmiseks ja hindamiseks. Et saada tõepärast ja ammendavat avameelset kirjeldust kõikide asjaolude ja sündmuste kohta, peab arst suhtuma patsiendi jutustusse t o l e r a n t s e l t. Tuleb vältida igasuguseid otseseid ja kaudseid hinnanguid ühe või teise käitumisvormi, reaktsiooni või arvamuse kohta. Haiget exploreeriv arst ei saa asuda kohtuniku, ülemuse või vanema positsioonile. Tema ülesanne seisneb pat-

siendi psühhopatoloogilises hindamises ja psüühiliste kõrvalekaldumiste ravimises. Arsti-intervjueeri ja pretensioonikas, kriitiline, halvustav, hukkamõistev või ähvardav suhtumine patsiendisse - ilmne see kasvõi üksnes põgusa episoodina - saab enesega kaasa tuua üksnes kontakti halvenemise või koguni katkemise. Mõnikord piisab üksnes küsimuse ebakohasest formulatsioonist - "No mis Te seal siis jälle toime panite?", "Kas Te tõesti seda tegemata ei saanud jätta?" - või ainult pretensioonikast toonist küsimuse esitamisel, et vallandada patsiendipoolset kaitserefleksi. Selle tulemuseks võib olla kas enesessesulgumine või trotslik-agressiivne hoiak arsti suhtes. Avameelsele kontaktile on igal juhul tee suletud.

Arsti ja patsiendi suhe psühhiaatrilise intervjuu ajal on veel eriti oluline seetõttu, et intervjuu ei ole mitte üksnes psühhopatoloogiline uurimismeetod, vaid selle käigus luuakse alus edaspidiseks raviks. Psühhiaatriline intervjuu on tegelikult ühtlasi ka p s ü h h o t e r a a p i a üks vorme. Sõbraliku, toetava, julgustava, mõistva ja konstruktiivse suhtumise korral arsti poolt patsiendisse luuakse edasiseks efektiivseks raviks vajalik positiivne terapeutiline usalduse ja raviske uskumise õhkkond. Pretensioonikalt kriitilise, halvustava või hoolimatu-formaalse suhtumise resultaadiks on patsiendi negatiivne emotsionaalne suhtumine arstisse ja eelseisvasse raviske, mis vältimatult avaldab oma halvavat toimet ravi efektiivsusele.

Psühhiaatriline intervjuu on küll uurimismeetod, kuid see ei tohi kujuneda ülekuulamiseks ega ka reporterlikult uudishimutsevaks küsiteluks. Psühhiaatriline intervjueerimine toimugu v a b a v e s t l u s e stiilis ja toonis. Vestluse kramplik protokollimine esimestest küsimustest-vastustest peale mõjub enamikule haigetel häirivalt ja nende avameelsust pidurdavalt. Seepärast on otstarbekas vähemalt vestluse alguses üldse vältida igasugust ülesmärkimist. Kui vähegi võimalik, siis on kõige soovitamam teha sissekanne haiguslukku pärast intervjuu lõpetamist, ilma

patsiendi juuresolekuta. Vajalikud faktilised andmed (daatumid, nimed jne.), samuti diagnostiliselt olulised sõnasõnalised väljendused on aga otstarbekas märkida üles nii, et see ei jätaks protokollimise muljet. Uleskirjutusi võib motiveerida mõnikord ka nii, et see patsiendis mingit umbusku ega tõrjereaktsiooni ei ärata, kasvõi näiteks selliselt, et ütlus oli niivõrd tabav või originaalne, et arst kuidagi ei tahaks seda unustada vms. On väga soovitatav, et haiguslukku oleks selliseid sõnasõnalisi väljendusi sisse kantud.

Kuigi teostatud vaba vestluse stiilis, peab psühhiaatriline intervjuu olema kindla suunitlusega ja sihipärane. Iga intervjuu eel peab arst endale püstitama konkreetse ülesande, konkreetsed küsimused, milledele ta tahab eelseisva intervjuu abil vastused saada. Olenevalt olukordadest tuleb intervjuu planeerida kas pika ja põhjalikuna või siis lühiintervjuuna mõne konkreetse detaili väljaselgitamiseks. Intervjuu ülesanne sõltub ka sellest, kas on tegemist esmase või korduva kontaktiga, kas on ette näha veel edasisi vestlusi patsiendiga või peab arst jõudma diagnostilise hinnangueni käesoleval korral. Kogemusteta arsti häda psühhiaatrilisel intervjuueerimisel seisnebki enamasti selles, et ta ei ole endale enne vestlust selgeks teinud, mida ta tahab patsiendilt teada saada, milliseid andmeid ta tahab koguda. Otstarbekas on intervjuud alustada patsiendi kaebuste küsitlemisega tema tervise ja enesetunde kohta, sellest on võimalik juba kergesti edasi minna.

Intervjuu puhul, mille eesmärgiks on koguda autoanamnestilisi materjale, on kõige otstarbekam tugineda patsiendi elusündmuste ja -käigu kronoloogiale. Alates kõige varasemast lapsepõlvest samm-sammult edasi liikudes tänase päeva suunas on esiteks kõige lihtsam formuleerida järk-järgult vestlust suunavaid küsimusi ja teiseks on sel viisil võimalik ammutada kõige täielikumat materjali patsiendi isiksuse arenguloo ning ka haiguse käigu tundmaõppimiseks.

Intervjuu korral, mille ülesandeks on üksikasjalikult iseloomustada patsiendi psüühilist staatus, on soovitatav lähtuda psüühiliste funktsioonide süsteemast. Võib alustada küsimustega, mis iseloomustavad patsiendi teadvuses seisundit, tema orientatsiooni, edasi minna tajumise, siis mõtlemise, intellekti, mälu ja teiste psüühiliste funktsioonide ning protsesside uurimisele. Igal juhul aitavad vestluse kindel suunitus ja küsitelu ülesehitamine teatud skeemile vältida tarbetuid kordamisi ning viljatut siia-sinna rabelemist, mis psühhopatoloogilise uurimise seisukohalt annavad väga vähe või üldse mitte mingit kasutatavat materjali.

Psühhiaatriline intervjuu on uurimismeetod, mis tähendab, et seda peab juhtima arst. Hoolimata vaba vestluse vormist, ei tohi lasta intervjuul kujuneda patsiendi stiihiliselt kulgevaks jutustuseks-monoloogiks. Lähtudes intervjuule püstitatud konkreetsest ülesandest, tuleb arstil oma küsimustega suunata patsiendi jutustust neile probleemidele, sündmustele ja elamustele, mis on olulised. Leidub patsiente, kelle suurenenud jutukus teeb arstile üsna raskeks vestlust suunata. Samuti leidub haigeid, kes oma pidurdatud mõttekäigu ja napisõnalisuse tõttu vaevu ja napilt vastavad üksnes konkreetsele küsimusele. Arst peab ühel puhul oma küsimuste ja repliikidega patsienti pidurdama, teisel korral aga stimuleerima. Ka selle juures tuleb säilitada tolerantset ning toetavalt-sõbralikku hoiakut intervjuueeritava suhtes, millega alati on võimalik rohkem tulemusi saavutada kui kärsitusega või pahurusega.

Lisaks esitatud üldistele põhimõtetele on psühhiaatrilisel intervjuueerimisel otstarbekas silmas pidada ka mõningaid tehnilisemat laadi juhtmõtteid.

Patsiendile esitatavad küsimused olgu selged ja lühidamad. Iga küsimus olgu formuleeritud arusaadavalt ja konkreetset, nii et patsient toepoolest võiks küsimuse sisust aru saada ja seda täpselt mõista.

Tuleb vältida igasugust ebamäärasust ja mitmete motiivide läbiseigi põimumist ühes küsimuses. Juba psüühiliselt tervelgi inimesel võib tekkida raskusi ja kõhklusi vastamisel näiteks küsimusele: "Kas Teil koolis edasijõudmine oli hea? Ja kuidas Teil õpetajatega läbisaamine oli? Kas kaasõpilased Teid narrisid ka? Kus koolis Te üldse käisite?" Mitu erinevat motiivi on küsimustes üksteise otsa kuhjatud. Millisele kõigepealt on vaja vastata, millest alata? Veelgi enam võib selline konglomeraat-küsimus segadusse ajada inimest, kellel psüühilises tegevuses esineb hälbeid. Võib-olla on vastuseks mingi ebamäärane "läks kah", aga võib-olla jääb vastus üldse võlgu. Teha sellisel korral järeldus, et sõnaline kontakt patsiendiga on raskendatud tema mõtlemise aeglustumise või taipamisvõime alanemise tõttu - on ilmselt ebapiisavalt põhjendatud. Küll võime aga konstateerida, et arst-intervjueerija ei ole tuttav psühhiaatrilise eksploratsiooni tehnikaga.

Patsiendile tuleb anda a e g a v a s t a m i s e k s temale esitatud küsimusele. Olles esitanud selge ja konkreetse küsimuse, tuleb oodata, millal patsient vastab sellele küsimusele. Tehnika elementaarne viga on see, kui intervjueeritavale esitatakse uus küsimus enne, kui ta saab eelmisele vastata. Eelmises kärgpes esitatud näite puhul esineb ka see viga. Iga küsimus on omaette asjaolu kohta, igaüks neist tuleb ka eraldi esitada, oodata ära vastus ja siis minna edasi järgmisele küsimusele. Juhtub, et küsimuse sõnastamise käigus vilksatab intervjueerija teadvuses mõni tema arvates olulisem motiiv, mille kohta oleks vaja saada patsiendi seletust. Kui aga üks küsimus on juba esitatud, siis tuleb kannatlikult oodata patsiendi reageeringut sellele. Teise küsimuse esitamisega võib rahulikult viivitada.

Juhul kui patsient temale esitatud küsimusele ei anna vastust, kui vastus ei ole sisuliselt ammendav või ei käsitle täpselt küsimuses taotletud asjaolusid, on otstarbekas k ü s i m u s t k o r r a t a. Korrata võib küsi-

must kas täpselt samas sõnastuses, nagu see eelnevalt oli esitatud, või siis varieerida küsimuse formulatsiooni, aga ikka nii, et küsimuse sisuline tuum jääks samaks. Näiteks: "Mis tööd Te tegite viimasel ajal?" ... "Kellena Te töötasite?" "Mis tööil Te olite?" jne. Juhul kui tunduvate psüühiliste häiretega patsiendilt ei ole võimalik vastust saada ka küsimuse mitmekordsel kordamisel ja vaatamata kannatlikule ootamisele, on soovitatav uuele küsimusele üle minna sellises vormis, millest patsient ka saaks aru, et temalt eelmisele küsimusele enam vastust ei oodata. Näiteks kasvõi repliigiga: "Hästi, jätame selle küsimuse sinna paika ja läheme edasi. Ütelge mulle, palun, kas ...?" või mõne teise üleminekuvormiga. Loomulikult ei soodusta sellisel korral arsti-intervjuuerija kärsitust või rahulolematust väljendav toon ega sõnad vähimalgi määral edasise küsitluse käiku, vaid vastupidi.

Intervjuu käigus on soovitatav küsimused esitada võimalikult sellises vormis, et patsient ise saab sõnastada vastuse. Vältida tuleb nii otseselt kui ka kaudselt sugereerivaid küsimusi, kuna neile antud vastuste puhul võib jääda ebakindlaks, kas saadi ikka tõepäraselt informatsiooni. Mis väärtus on näiteks sellisel küsitlusel: "Te saite ju oma töökaaslastega kogu aeg hästi läbi?" - "Enam-vähem." - "No aga vahel tuli ikka arusaamatusi ka ette?" - "Vahel jah." Olenevalt patsiendi seisundist, võib sugereerivate küsimuste abil saada mõnigi kord selliseid andmeid, mida eksploreeriv arst mingist mudelist lähtudes soovib saada, kuid mis hoopiski ei kajasta patsiendi tegelikke elamusi ega psüühilist seisundit. Eriti tuleb ettevaatlik olla vähimagi sugereeriva nüansiga küsimuste esitamisel, mis käsitlevad patsiendi sisemisi psüühilisi elamusi, näiteks tajumise või mõtlemise häireid jms. Võimalikult tuleb küsimus sõnastada selliselt, et pole võimalik vastata ei- ja-ga või küsimuses endas leiduva fraasiga, vaid et patsient peab ise formuleerima vastuse. Näiteks küsimuse asemel "Kas Te olete lõpetanud 6 või 8 klassi?"

on õigem küsida: "Mitu klassi Te olete lõpetanud?" Küsimuse asemel "Kas Te saite oma töökaaslastega hästi või halvasti läbi?" on otstarbekam esitada küsimus: "Milline oli Teie läbisaamine oma töökaaslastega?" jne.

Intervjuu puhul, mille eesmärgiks on koguda autoanamnestilisi andmeid, on esmaseks ülesandeks välja selgitada, mis ja millal on patsiendi elus juhtunud. Elusündmuste kronoloogiline faktiline kirjeldus on selleks põhimaterjaliks, mis aitab saada pilti patsiendist. Ilma sellise faktilise andmestikuta ei ole võimalik igakülgselt analüüsida patsiendi kui isiksuse arengut, seda mõjustanud tegureid ega kogu bio-sotsiaalset atmosfääri, millises patsient on elanud. Kuid sündmustik ja selle kronoloogia on ainult põhimaterjaliks, millest üksi on vähe selleks, et saada pilti patsiendi psüühilisest olemusest. Veel olulisem kui mis ja millal, on teada saada, kuidas ja mis pärast toimus patsiendiga üks või teine sündmus, miks reageeris ta ühele või teisele olukorrale nimelt nii, suhtus ühesse või teise isikusse või nähtusesse just selliselt jne. Käitumise motivatsioon, patsiendi tegevuse tõukejõud, tema hinnangute alused ja põhjused, tema suhtumist ning reageeringut kujundavad tegurid - see on materjaliks, mille põhjal alles on võimalik kujundada terviklik pilt patsiendist kui isiksusest. Ja ainult vastused küsimustele "kuidas" ja "mispärast" võimaldavad ammendavalt tungida hälvete olemusse patsiendi psüühilises tegevuses. Seejuures tuleb arvestada, et patsiendid psüühiliste häiretega on sageli eriti kinnised just oma käitumise tõeliste, sügavamate motiivide esitamisel. Sageli on vaja üsna pikka, detailset ja järjekindlat intervju eerimist, et jõuda lõpuks ammendavate vastusteni. Üks sagedamini esinevaid puudusi psühhiaatrilise intervju eerimise tehnikas on see, et lepatakse esimese ning üsnagi pinnalise seletusega, mida patsient annab oma käitumise motiivide kohta. Järjekindlamal ja visamal küsitlusel võivad aga ilmsiks tulla hoopis teistsugused tegevuse tõukejõud. Näiteks patsiendi

puhul, kes korduvalt oli muutunud agressiivseks oma abikaasa suhtes, ilmnes esimestes vestlustes üksnes see, et olustikulised pisikonfliktid olid ärritanud patsienti nii-võrd, et ta mõnikord oma naist lõi. Sügavama küsitlusega aga selgus, et agressiivsuse tõeliseks põhjuseks oli kiivusluul. Teiseks veaks, mida sageli tehakse, on see, et arst-intervjueerija püüab patsiendi reageeringuid ja käitumist mõista moraalsühholoogilistest seaduspärasustest lähtudes. Sellisel korral ta kas ei küsitle patsienti üldse käitumise motiivide kohta vajaliku järjekindluse ja püsivusega või koguni pakub omalt poolt sugereerivate küsimustena välja oma varianti, millise patsient enamikul juhtudel ka vastu võtab. On mõistetav, et selliselt kogutud "pseudoanamnees" võib ainult raskendada ja komplitseerida patsiendi psüühilise seisundi diagnoosimist.

Ja lõpuks tuleb märkida, et iga pikem psühhiaatriline intervjuu peab lõppema arsti resümee-ga. Üksikasjadesse tunginud vestluse käigus on patsient endast jutustanud palju ja põhjalikult, ta on enda sisemised elamused avanud arstile, on jaganud temaga oma mõtteid, tundeid, elamusi, oma muresid ja kartusi - on loomulik, et ta ootab selle kõige kohta arstilt autoriteetset arvamust ning hinnangut, aga samuti kavatsusi edasiseks. Sageli esitavad patsiendid vestluse lõpus ise spontaanselt küsimuse: "Ütelge nüüd, doktor, kas ma ikka olen närvihaige?", "Mis minust nüüd saab?", "Kas ma ikka saan nendest hädest lahti?" vms. Aga kui patsient ka otseselt ei küsi, ta enamasti ikka ootab ja vajab arsti kokkuvõtet vestluses avaldatu kohta. Intervjuu resümee tegemisel tuleb veelkordselt silmas pidada psühhoterapeutilist printsiipi: hinnang ja perspektiivid olgu mõistvad, toetavad, julgustavad ja konstruktiivsed.

Sügavamate psüühiliste häirete all kannatava haigega ei kulge intervjuu alati mitte arsti kavatsuste kohaselt. Pidurdatud depressiooni, stuupori, oligofreenia ja dementsuse tunduvamate astmete puhul on haigelt võimalik saada

üksnes napp ja ebakonkreetsed vastused esitatud küsimustele, aga mõnikord ei anna patsient üldse sõnalisi reaktsioone. Teadvushäirete, elavate meelepetete ja intensiivse luulu korral võivad haige sõnalised avaldused olla hoopiski mitte küsimustele vastavad. Paranoilised haiged annavad tihti, eriti esimesel intervjuul, põikle-
vaid ja umbusklikke vastuseid. Väheste kogemustega arstilt võib sellistel kordadel kuulda kurtmist, et "selle haigega ei ole üldse võimalik kontakti saada, see haige ei räägi üldse midagi" jne. Ei tohi unustada, et inimes-
tevaheline - antud juhul haige ja arsti - kontakt ei ole mitte üksnes sõnaline. Iga k o n t a k t a n n a b i n f o r m a t s i o o n i isiku psüühilise seisundi kohta. Kui intervjueeritavalt ei ole ka võimalik hankida andmeid tema anamneesi kohta, siis igal juhul ilmnevad tema reaktsioonides ning käitumises tema käesoleva psüühilise staatuse iseloomulikud jooned. Seepärast peab interv-
jueerija tähelepanu objektiks olema mitte üksnes patsiendi sõnalised avaldused, vaid kogu tema hoiak ja käitumine: miimika, liigutused, orienteerumisrefleksi avaldused ümbrusele ja pöördumistele, emotsionaalsed avaldused, vegetatiivsed reaktsioonid. Oluline on jälgida ja analüüsida mitte üksnes, mida patsient vastab, vaid ka kuidas ta vastab ja kuidas ta üldse käitub intervjuu vältel. Mõnikord on pildurdatud haigelt võimalik saada küsimustele sisukohaseid vastuseid näiteks kirjalikult - tuleb tingimata proovida selle kanali võimalust. Üldse on soovitatav, et haigelt võetakse käekirja proov, mis mõnigi kord (progresseeruv paralüüs jt.) annab diagnostilisi vihjeid. Mõni haige ei vasta ei suuliselt ega kirjalikult, küll aga - vastavalt inst-
rueerituna - annab ei- ja vastuseid näiteks noogutamise-
ga ja pearaputusega. Vaikiva haige puhul tuleb ka seda kontaktivõimalust katsetada. Igal juhul: ka puudulik või puuduv sõnaline kontakt on informatsiooniks haigel esinevate psüühiliste hälvete kohta.

c. Psüühilise seisundi kliiniline jälgimine

Haige psüühilise seisundi kliiniline jälgimine statsionaari tingimustes annab väärtuslikku materjali psühhopatoloogiliste sümptomide üksikasjalikumaks tundmaõppimiseks ning nende dünaamika jälgimiseks ja hindamiseks ravi käigus. Et informatsioon oleks täielik ja võimalikult sügav, selleks tuleb ära kasutada kõik kliinilise jälgimise allikad ja silmas pidada mõningaid tehnilisi reegleid.

Statsionaaris ei ole võimalik arstil endal pidevalt jälgida haiget. Pidev ja kõige tihedam kokkupuutumine haigega on kesk- ja nooremal meditsiiniilisel personaalil, kes peab olema üksikasjalikult instrueeritud haigete psüühilise seisundi jälgimise ja kirjeldamise eesmärkide ja tehnika suhtes. Otstarbekas on, et arst annab iga üksiku haige kohta, vastavalt haiguse iseärasustele, konkreetseid juhised tema seisundi jälgimiseks. Vaatlusandmete talletamine (sissekannetena päevikusse või haiguslukku) toimugu konkreetse kirjeldusena haige käitumise ja reaktsioonide kohta. Vältida tuleb ebamäära- st üldsõnalisust, samuti üldistavaid diagnostilisi hinnanguid ilma konkreetse põhjenduseta. Vähe on kasu sellistest sissekannetest nagu: "Haige oli rahulik", "Seisund muutuseta, rahulik", "Võttis osa tööterapiast" jne. või konstateeringuist: "Oli agressiivne kaashaige N. suhtes", "Haige hallutsineeris" jms., mille puhul jääb vajaka haige konkreetse käitumise detailsest kirjeldusest.

Haige viibimisel statsionaaris on tema seisundi jälgimiseks võimalik kasutada väga mitmesuguseid allikaid, kusjuures tähelepanu tuleb pöörata mitmetele aspektidele.

Psüühilise seisundi mitmed jooned ilmnevad haige käitumises omaette olles. Milline on patsiendi eelistatuim asend (lamab, istub, seisab, kükitab), milline on kehahoid, ilme, motoorika aktiivsus,

liigutuste laad (sihitud või sihipärased, koordineeritud või mitte), reaktsioon ja emotsionaalne hoiak ümbruse suhtes - kõik need käitumisjooned võivad anda olulist materjali psüühiliste häirete hindamiseks. Eriti tähelepanelikult jälgida käitumisvorme, mis viitavad hallutsinatsioonide esinemisele: kuulatlev poos, ühte punkti fikseeritud pilk, millegi (reaalselt mittesedastatava) jälgimine, otsivad-püüdvad liigutused, kõrvade sulgemine sõrmedega või muude vahenditega, omaette kõnelemine jne. Hoolikalt tuleb jälgida ja registreerida und ja isu, samuti patsiendi hügieenilisi harjumusi ja eneseteenindamise taset (riietumine jne.)

Olulisel määral kajastab haige psüühilist seisundit tema suhtlemine teistega. Milline on patsiendi hoiak kaashaigete ja personali suhtes, ilmneb selles umbusklikkust, kartlikkust, vaenulikkust, agressiivsust, pretensioonikust, ülemäära aktiivsust või passiivsust? Milline on haige huvi ümbruse ja teiste inimeste suhtes, milline on sõnaline kontakt kaaslastega? Eriti väärtuslikke andmeid võib pakkuda patsiendi suhtlemise jälgimine külastajatega - omastega ja lähemate tuttavatega. Patsiendi emotsionaalsest reaktsioonist ja tema väljendustest võib niisuguses situatsioonis ilmuda mõnigi asjaolu, mida nii auto- kui ka objektiivses anamneesis ei olnud avaldatud. Tähelepanud käitumise detailide kohta on alati otstarbekas intervjuuerida hiljem nii patsienti ennast kui ka vastavat isikut, et välja selgitada suhete üksikasju, mis võivad olla olulised nii haiguse patogeneesi mõistmiseks kui ka psüühilise seisundi täielikumaks hindamiseks.

Patsiendi tegevuse jälgimine on üheks oluliseks informatsiooni allikaks tema psüühilise seisundi uurimisel. Ühelt poolt haige spontaanne tegevus: mille vastu on tal huvi (kas ja mida loeb, kuulab raadiot, jälgib televisioonisateid, tegeleb omal algatusel mingi käsitööga, spordib jne.). Kuidas võtab patsient osa reglementeeritud tööteraapiast, millist tegevust eelistab, milline on tema aktiivsus, tema emotsionaalne suhtumine, kuidas

kohaneb töögrupis jne.? Milline on patsiendi initsiatiiv, kas ta on algatusvõimeline, otsustab iseseisvalt või kuulub passiivselt korraldustele ja instruksioonidele, või on ta hoopis tõrjuva ning keelduva hoiakuga töötegevuse suhtes?

Statsionaari tingimustes tuleb jälgida ja hinnata ka seda, kui võrd ja kuidas patsient k o h a n e b r e ž i i - m i g a - haigla päevakavaga ja kodukorraga. Kas ta allub passiivselt, võtab aktiivselt omaks, on tõrjuva, umbuskliku või koguni keelduva hoiakuga? Loomulikult tuleb alati intervjuu abil välja selgitada, millised on patsiendi üht või teist laadi käitumise motiivid, ainult siis saab teha õigeid järeldusi tema psüühilise seisundi suhtes.

Sageli on võimalik ammutada haige seisundit iseloomustavaid andmeid ka p r o d u k t s i o o n i s t: kirja-dest, kirjutustest, joonistustest, tööproduktidest jne. Seepärast on otstarbekas ikka tutvuda üksikasjalikult ka kõige sellega, mida patsient loob või toodab ning intervjuu abil välja selgitada tema enda hoiak ning motivatsioon oma produktsiooni suhtes.

Patsiendi psüühilise seisundi kliiniline jälgimine peab olema s i h i p ä r a n e j a p i d e v. Ainult sellisel korral on välistatud võimalus, et mõni küllaltki oluline käitumisjoon või reaktsioon jääb märkamata. Ja ainult pideva jälgimise abil on võimalik hinnata kõiki muutusi patsiendi seisundis ning sümptomatoloogias nii-hästi paranemise kui ka haiguse raskenemise suunas. See aitab vältida ebameeldivaid ootamatusi ning tagab õigeaegseid korrektiive raviplaanis.

Kliinilise jälgimise andmete registreerimine peab olema s ü s t e m a a t i l i n e, peab valgustama kõikide oluliste psüühiliste funktsioonide ja psüühilise tegevuse külgede seisundit selle dünaamikas. Peamised aspektid, mida kliinilisel jälgimisel tuleb silmas pidada, on käitumise aktiivsuse tase, meeleolu, suhtlemine teistega, kõnelise kontakti tase, meelepetete ja luulu avaldumine.

Vastavalt patsiendi haiguse iseloomule ja juba selgunud põhilisele sümptomatoloogiale on sageli otstarbekas kasutada vaatlusandmete talletamiseks üksikute käitumisvormide skaalasid. Viimaste abil on võimalik eriti reljeefselt jälgida patsiendi psüühilises seisundis toimuvaid terapeutilisi või spontaansed muutusi. Alljärgnevalt on esitatud mõningad näited, milliseid skaalasid on võimalik statistonaarsel jälgimisel kasutada.

D e p r e s s i o o n i jälgimisel võib kasutada järgnevate tunnuste esinemise ja intensiivsuse registreerimist, kusjuures iga tunnuse kohta märgitakse kolmest võimalusest üks (1 - üldse mitte, 2 - harva või mõõdukalt, 3 - sageli või märgatavalt esineb):

- kurb meeleolu
- lootusetus tuleviku suhtes
- süüdistab ennast
- enese alahindamine
- ärevus ja sisemine pinge
- mures oma tervise pärast
- liigutused pidurdatud
- kõne pidurdatud
- isutus
- unehäired

R a h u t u s s e i s u n d i avalduskujude ja iseloomu registreerimisel võib kasutada järgnevate tunnuste skaalat, märkides ka siin ühe võimaluse kolmest (1 - ei esine, 2 - esineb mõõdukalt, 3 - avaldub tunduvalt):

- ärevus, hirm
- käreitus
- reageerib ägestumisega
- spontaansed ägedushood
- agressiivsus reaktsioonina
- agressiivsus spontaanselt
- suurenenud tegevustung
- sihitu motoorne rahutus
- stereotüüpsed liigutused

- grimasseerimine
- kõnetulv
- karjumine

Analoogilisi skaalasid on võimalik rakendada ka patsiendi sotsiaalse aktiivsuse, tema kontaktivõimelisuse, tegevuse ja tööaktiivsuse jt. üksikute käitumisvormide konkreetsete avalduskujude detailsemaks hindamiseks ja registreerimiseks. Samuti on võimalik koostada kompleksseid skaalasid, mis hõlmavad mitmeid põhilisi sündroome nende tüüpilistes avalduskujudes.

Kliinilise jälgimise skaalad on väärtuslikud selle poolest, et nende abil saab talletada patsiendi jälgimisel kogutud materjali süstemaatiliselt, on võimalik ilmekalt hinnata seisundi dünaamikat ja saab hästi võrrelda omavahel erinevate haigete ning kontingentide andmeid. Kuid teiselt poolt põhjustab skaalade kasutamine paratamatult vaatlusandmete skematiseerimist ning individuaalsuse hajumist. Seepärast tuleb põhilise meetodina ikka eelistada haige seisundi kirjeldamist.

2. Psüühika uurimise parakliinilised meetodid.

Täienduseks haige psühhopatoloogilise uurimise kliinilistele meetoditele võib mõningate konkreetsete psüühiliste funktsioonide või teatud psüühilise tegevuse eriaspektide detailsemaks uurimiseks edukalt kasutada ka mitmesuguseid parakliinilisi meetodeid. Nende hulka kuuluvad eksperimentaalse psühholoogia ja kõrgema närvitegevuse eksperimentaalse uurimise aprobeeritud võtted, esmajoones mitmesugused testid.

Parakliiniliste meetodite rakendamisel haige psühhopatoloogilises uurimises tuleb silmas pidada, et need kujutavad endast ikka üksnes a b i v a h e n d e i d

haige psüühilise seisundi hindamiseks. Peamiseks ja juhtivaks meetodiks on ja jääb kompleksne kliiniline uurimine. Haige käitumine ja reaktsioonid koduse elu, töö, olustiku ja ka haiglamiljöö mitmekesistes ning dünaamilistes tingimustes annavad meile alati kõige rikkalikuma ning sügavama materjali tema psüühilise tegevuse ja selle hälvetest tundmaõppimiseks. Ükski test või eksperiment ei suuda asendada igapäevase elu enda poolt haigele serveeritavaid komplitseeritud ülesandeid, mis mobiliseerivad tema isikuse tervikuna.

Parakliinilised meetodid on reeglina väga konkreetse ja kitsa suunitlusega. Iga testi või eksperimendi korral on uurimise objektiks mõni konkreetne psüühiline funktsioon või isegi ainult selle mõni teatud spetsiifiline avalduskuju. Seepärast ei saa kunagi eksperimentaalse uurimise resultaatidest teha üldistavaid järeldusi haige psüühilise seisundi kui terviku kohta.

Parakliinilised meetodid annavad iseloomustuse teatud psüühilise funktsiooni või selle ilmingu kohta **s t a a t i l i s e l t**, ainult eksperimendi teostamise ajal. Valdav enamik teste on küllalt tundlikud, nende resultaatide võivad mõjustada mitmed üsnagi juhuslikud tegurid. Seepärast ei ole võimalik ainukordsest eksperimendist teha siduvaid järeldusi isegi mitte selle eksperimendi abil konkreetsetl uuritava psüühilise funktsiooni suhtes. Nii näiteks võivad õppimiskatse tulemused suuresti varieeruda sõltuvalt sellest, kas uuritav isik eelneval ööl sai rahulikult magada, kas enne eksperimenti eelnes mingi ärritus, vaimne või kehaline pingutus jne. Eksperimentaalseid uurimisi tuleb ikka teostada **k o r d u v a l t**, alles resultaatide ühtelangemisel on võimalik anda vastava psüühilise funktsiooni seisundi kohta hinnang. Edasiste dünaamiliste eksperimentide abil on siis võimalik jälgida spontaanseid ja terapeutilisi nihkeid antud funktsioonis.

Psüühilise seisundi eksperimentaalseid uurimisi tuleb läbi viia **e r a l d i r u u m i s**, kus viibivad ai-

nult eksperimentaator ja patsient ja kus võimalikult oleks välistatud haige tähelepanu hajumine ning eemalejuhtimine kõrvaliste ärrituste poolt. Palatis teiste haigete juures-olekul või ka kabinetis, kus viibivad kõrvalised isikud, sugenevad eksperimentide resultaatesse paratamatult mitmesugused artefaktid ja seetõttu võivad järeldused kujuneda ekslikkudeks.

Eksperimentaalse uurimise eel tuleb haiget alati üksikasjalikult instrueerida niihästi kogu uurimisprotseduuri eesmärkide ja tehnika suhtes kui ka konkreetset rakendatava testi, resp. eksperimendi üksikasjades. Ainult niiviisi on võimalik tagada patsiendi a k t i i v n e k a a s - t ö ö tema psüühilise seisundi uurimisel parakliiniliste meetoditega. Seepärast on eriti soovitatav, et eksperimentaalseid meetodeid rakendatakse alles selle järel, kui haigega on juba kliinilisi uuringuid teostatud, temaga juba positiivne kontakt saavutatud. Haige kaastöö on kõige paremini tagatud loomulikult siis, kui eksperimentaalseid uuringuid teostab sama arst, kellega tal juba kontakt on kliinilise uurimise käigus loodud. Sellisel korral on ka tagatud eksperimentaalse uurimise andmete kõige täielikum tõlgendus.

Parakliinilised meetodid ei saa olla isoleeritud ja iseseisvateks uurimisvõteteks. Alati on vaja haige eksperimentaalse uurimise käigus jälgida tema reageerimislaadi, tema suhtumist ümbritsevasse, kogu käitumist kompleksena ja välja selgitada tema arvamused, hinnangud ning motivatsioonid eksperimendi suhtes, s.t. eksperiment peab olema seotud haige k l i i n i l i s e u u r i m i s e g a - niihästi vaatlusega kui ka intervjueerimisega. Ei ole harvad need juhud, kus just eksperimendi situatsioonis ilmneb haige üldises käitumises mõningaid uusi, seni varjatud jooni või kus haige avaldab mõne siiani mahavaikitud luululise arvamuse. Real juhtudel on just eksperimentaalse uurimisega seoses avaldunud patsiendi paranoilised või depressiivsed luulumõtted, meelepettelised elamused jms.

Eksperimentaalse uurimise resultaate interpreteerimisel tuleb olla väga kriitiline ja tagasihoidlik. Kuivõrd iga üksik meetod apelleerib teatud konkreetsele psüühilisele funktsioonile, siis saab ka selle tulemustest teha ainult konkreetseid järeldusi selle funktsiooni kohta. Tuleb vältida kergekäelisi üldistusi ja eksperimentaalsete andmete tähtsuse ülehindamist. Diagnostilisi ja prognostilisi järeldusi võib teha ikkagi ainult kliinilise materjali ja eksperimentaalse uurimise andmete kompleksse analüüsi alusel. Rea parakliiniliste meetodite tulemuste interpreteerimisel on asjakohane lähtuda kõrgema närvitegevuse füsioloogia ja patoloogia põhikontseptsioonidest, teiste puhul piirduda psühholoogia või psühhopatoloogia konkreetsete mõistetega.

Alljärgnevalt esitatakse mõningate kõige käepärasemate parakliiniliste meetodite kirjeldus, mida võib kasutada haige psühhopatoloogilisel uurimisel nii psühhiaatriahaiglas kui ka mujal.

a. Õppimistest

Õppimistesti (tuntud ka originaalvariandi autori järgi A. Luria testi nime all) abil on võimalik uurida mälu omandamisvõime seisundit.

Testi metoodika.

Test koosneb 10 omavahel seostamata nimisõnast (näit. hobune, meri, raamat, känd, lamp, suusk, katus, mesilane, mөөk, puder). Uuritavat instrueeritakse, et ta hoolikalt jälgiks ja püüaks meelde jätta temale etteüteldavad 10 sõna ning et ta iga etteütlemise järel peab nimetama kõik meeldejäänud sõnad, kuid võib seda teha vabas järjekorras. Seejärel loetakse uuritavale ette aeglases tempos antud testi 10 sõna ja palutakse kohe selle järel uuritavat nimetada

sõnad, mis tal meelde jäid. Testiblankeetile märgitakse järjekorranumbrid patsiendi poolt korratud sõnadele, ühtlasi registreeritakse sellised sõnad, mida patsient nimetab, kuid milliseid testis ei leidu. Siis loetakse uuritavale ette samas järjekorras samad 10 sõna ja taas palutakse nimetada kõik meeldejäänud sõnad, ka need, milliseid esimesel korral juba nimetas. Nii korratakse testi kuni 10 korda.

Testi käigus registreeritud andmeist saadakse õigesti omandatud ja korratud sõnade arv iga kordamise kohta, samuti ebaõigete sõnade esinemine kordamistes. Testi tulemusi on võimalik kujutada graafiliselt: igal kordamisel õigesti üteldud sõnade arv annab nn. õppimiskõvera. Operatiivsem ja katsetulemusi paremini töödelda võimaldav moodus on aga nn. mäluindeksi väljaarvutamine. Igal üksikul kordamisel õigesti üteldud sõnade arvude summast arvutatakse keskmine omandatud sõnade arv ühe kordamise kohta (summa jagatakse 10-ga). Psüühiliselt tervetel isikutel on mäluindeks keskmiselt 9,3 - 9,5, praktiliselt kunagi ei ole alla 9,0.

Omandamisvõime täpsust iseloomustab ebaõigete sõnade esinemise sagedus patsiendi-poolsetes kordamistes. Otstarbekas on kogu testi vältel esinenud ebaõigete vastuste summast välja arvutada (jagades 10-ga, s.t. kordamiste arvuga) ebaõigete vastuste keskmine arv ühe kordamise kohta, nn. konfabulatsioonindeks. Tervetel isikutel on see tavaliselt 0, ei ulatu aga praktiliselt kunagi üle 0,2 (s.t. kogu testi vältel mitte üle kahe ebaõige vastuse).

Näide.

Meeshaige L. K., 78 a. vana, raukusnõdrameelsus algavas staadiumis, autoanamneesi kogumisel avaldub tunduvald hääreid elusündmuste faktide ja kronoloogia reprodutseerimisel, patsient kurdab ise mälu halvenemist. Õppimistesti tulemused on järgmised.

Sõnad	K o r d a m i s e d									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
lipp	-	-	-	5	-	4	-	-	5	-
koer	-	-	4	-	-	-	3	-	-	4
raamat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
saun	3	-	5	3	4	2	-	4	3	2
kuusk	-	3	2	-	3	-	4	2	-	-
ausus	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-
korsten	-	-	-	4	1	-	-	-	4	5
lusikas	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3
kombain	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
kamm	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1
kokku	3	3	5	5	4	4	4	4	6	5 = 43
ehaõlgeid somu	2	2	2	1	2	2	1	1	1	- = 14

Mäluindeks = 4,3

Konfabulatsioonindeks = 1,4

Väga madal mäluindeks iseloomustab mälu omandamisvõime tunduvat nõrgenemist, suur konfabulatsioonindeks aga omandamisvõime täpsuse alanemist. Eksperimentaalse uurimise andmed on kooskõlas kliinilise vaatluse andmetega.

b. Operatiivmälu test

Operatiivmälu test võimaldab uurida mälu omandamisvõimet ja ühtlasi säilitamisvõimet lühikeseks ajavahemikuks ning võimet operatiivseks reprodutseerimiseks.

Testi metoodika.

Test koosneb 12 omavahel seostamata nimisõnast (soovi korral ja spetsiaalsuunitlusega uuringute teostamiseks võib kasutada muidugi ka suuremat sõnade arvu või asendada sõnad arvudega jne.). Test jaguneb kaheks pooleks, kummaski 2 x 3 sõna. Vaatlusalust instrueeritakse, et ta peab tähelepane-

likult jälgima temale üteldud sõnu ning neid püüdma meelde jätta, neid küsitakse temalt kohe ettelugemise järel ja uuesti mõne aja pärast. Seejärel loetakse vaatlusalusele ette esimesed kolm sõna ja palutakse tal need kohe kõik korrata. Edasi loetakse ette järgmised kolm sõna ja jälle palutakse need kõik korrata. Kummalgi korral registreeritakse kordamiseks kuluv aeg (möödetakse stopperi abil sõnade ettelugemise lõpust kuni kordamise lõpetamiseni kuluv ajavahemik), registreeritakse õigesti korratud sõnade järjekord ning juhuslikud ebaõigesti üteldud sõnad, milliseid testis ei esine. Kui patsient on teise kolmesõnalise grupi korramud, palutakse tal uuesti nimetada esimesed kolm sõna. Registreeritakse samad näitajad, mis vahetul kordamisel. Siis palutakse vaatlusalust uuesti korrata teised kolm sõna, tulemused registreeritakse. Seejärel teostatakse katse teine pool samuti kahe kolmesõnalise grupi vahetu kordamisega ja järgneva kordamisega mõningase ajavahemiku järel. Registreeritakse samad näitajad mis katse esimeses pooles.

Testi käigus registreeritud andmeist tuuakse välja järgmised näitajad: kõigi 12 sõna vahetuks kordamiseks kokku kulutatud aeg (iga kolmesõnalise grupi kordamiseks kulunud aegade liitmisel), kõigi 12 sõna (või kõigi meeldejäänud sõnade) kordamiseks vaheaja järel kulutatud aeg, vahetul kordamisel õigesti korratud sõnade arv, vaheaja järel õigesti korratud sõnade arv, vahetul kordamisel nimetatud ebaõigete sõnade arv, vaheaja järel kordamisel esinenud ebaõigete sõnade arv. Vahetult toimuva sõnade kordamise kiirus ja õigete kordamiste arv iseloomustab mälu omandamisvõime taset, ebaõigete sõnade arv sel puhul - omandamisvõime täpsust. Vaheaja järel toimunud kordamisel saadud õigete vastuste arv ja nende esitamise kiirus iseloomustab operatiivset reproduktsiooni-võimet ning värskest omandatud materjali säilumise taset lühikese ajavahemiku vältel. Sel korral esinevate ebaõigete vastuste arv iseloomustab aga reproduktsiooni täpsust. Tervetel isikutel on nii vahetul

kui ka operatiivsel kordamisel õigesti korratud sõnade arv reeglina maksimaalne, s.t. 12. Ebaõigeid vastuseid vahetul kordamisel ei esine, operatiivsel kordamisel üksikuil vaatlusalustel esineb 1 ebaõige vastus. Vahetuks kordamiseks kulutavad terved isikud tavaliselt 10-12 sek., operatiivseks kordamiseks 20-25 sek.

Näide.

Naishaige M.M., 27 a. vana, neurasteenia hüpersteenilises staadiumis, patsient kaebab mälu-materjali käepärasuse ja omandamisvõime häireid, kontsentratsioonivõime alanemist. Operatiivmälu testi tulemused on alljärgnevad.

Sõnad	Vahetu kordamine vastuseid	aeg	Operatiivkordamine vastuseid	aeg
okas	1		-	
diivan	2	5"	1	8"
lehm	3		2	
katus	1		3	
meri	2	7"	1	10"
pliiats	3		2	
kabi	1		2	
tuhk	2	6"	-	9"
raadio	3		1	
konn	1		-	
müts	2	7"	-	12"
vikat	3		1	
õigeid vastuseid	12	25"	8	39"
ebaõigeid vastuseid	0		4	

Katse tulemustest võib välja lugeda, et omandamisvõime on patsiendil praktiliselt hästi säilinud, kuid samal ajal omandatud materjali säilumine ja operatiivne reprodut-

seerimine on tunduvalt nõrgenenud. Järelikult seosed, mis omandamisel kujunevad, on väga labiilsed ja alluvad kergesti pidurdusele. Samal ajal on reproduktsioon ebatäpne. Kõik need tulemused on kooskõlas kliinilise pildiga.

c. Assotsiatsiooni katse

Assotsiatsiooni katse võimaldab jälgida ühelt poolt mõtlemise elementaarseima avalduskuju kiirust, teiselt poolt aga ka välja selgitada elu vältel omandatud sõnaliste seoste käepärasust ja eelistatumaid seoseid. Assotsiatsiooni katset on kasutatud mitmete uurijate poolt erineva suunitlusega ja seetõttu on ka katse metoodikas mõningaid variante. Otstarbekas on kasutada alljärgnevat käepärast varianti, mis katse mitmekordsel kordamisel võimaldab piisava ülevaate sõnaliste assotsiatsioonide tasemest.

Katse metoodika.

Katse koosneb 20 omavahel mitteseostatud nimisõnast (erineva suunitlusega katsete korral võib kasutada teisi sõnaliike: omadussõnu, verbe jne.). Vaatlusalust instrueeritakse, et temale hakatakse ütlema mitmesuguseid sõnu ühekaupa, tal tuleb iga sõna järel võimalikult kohe vastata omapoolse sõna ütlemisega. Tehku ta seda nii, et ütleb kohe esimese sõna, mis tal meenub eksperimenteerija poolt üteldud sõnaga ühenduses. Seejärel tuuakse vaatlusalusele mõni näide, eriti rõhutades, et ühele signaalsõnale on võimalik anda väga mitmesuguseid vastuseid, mis kõik on sobivad ja õiged. Oluline on, et katsealune vastaks just esimese meeldetuleva sõnaga, ja ainult ühe sõnaga. Järgnevalt üteldakse vaatlusalusele ühe sõna kaupa signaalsõnu ja registreeritakse tema vastussõna ning ajavahemik signaalsõna ja vastuse vahel (stopperi abil). Nii tehakse kõige 20 signaalsõnaga. Katse lõppedes arvestatakse välja sõnaliste assotsiatsioonide keskmine latentsiaeg (kõikide latentsi-

aegade summa jagamisel 20-ga); üksikute latentsiaegade keskmine hälve katse keskmisest latentsiajast (iga üksiku vastuse latentsiaja diferents katse keskmisest arvutatakse välja; kõik diferentsid, vaatamata märgile, liidetakse ja summa jagatakse 20-ga); mitteadekvaatsete vastuste arv kogu katse kohta.

Assotsiatsioonikatse keskmine latentsiaeg iseloomustab sõnaliste assotsiatsioonide kulgemise kiirust, mis üldjoontes on kooskõlas mõtlemise (ja kõnelemise) tempoga. Tervetel isikutel on assotsiatsioonide keskmine latentsiaeg 1,5-2,0 sek. piires. Latentsiaegade keskmine hälve, s.t. üksikute latentsiaegade kõikumiste keskmine ulatus ühe katse piires iseloomustab mõtlemise tempo stabiilsust, resp. kõikumust. Üksikud eriti pikad latentsiajad mõnede teatud signaalsõnade puhul lubavad teha järeldusi patsiendi mõtlemises ja kujutlustes domineerivate patodünaamiliste struktuuride e. komplekside (konfliktseid situatsioone kajastavate assotsiatsioonide) esinemise kohta. Tervetel isikutel on keskmine latentsiaegade hälve 0,5 sek. ümber. Mitteadekvaatsete vastuste arv näitab, kuivõrd sõnalised assotsiatsioonid kulgevad sisulis-loogiliste seoste kaudu või kuivõrd on tegemist assotsiatsioonide kulgemisega juhuslikke, kõrvalisi teid mööda. Tervetel isikutel kas ei esine mitteadekvaatseid vastuseid üldse mitte või siis juhuslikult 1 sellise vastus kogu katse kohta. Mitteadekvaatseteks loeme signaalsõna kordamist, sisuliselt signaalsõnaga mitteseotud sõna, riimset vastust, eitavat vastust, hüüatusi, sama sõnaga vastamist teisele järjestikku esitatud signaalsõnale.

Näide.

Naishaige R.R., 52 a. vana, involutsioonimelanhoolia (agiteeritud depressiooni sündroomiga), esiplaanil hüponondrilisus, avaldab üksikuid nihilistlikke mõtteid ja arvab, et varsti peab surema. Assotsiatsioonikatse resultaadid on järgmised.

Signaalsõna	Latentsi- aeg	Latentsi diferents keskmisest	Vastussõna
pilv	2,3	1,4	taevas
sõrg	3,1	0,6	loom
korsten	2,1	1,6	maja
rubla	2,5	1,2	raha
piim	2,9	0,8	lehm
aken	1,9	1,8	uks
süda	5,2	1,5	valutab
kiri	3,3	0,4	halb kiri -
oks	2,8	0,9	puu
mure	6,7	3,0	suur mure -
haamer	3,1	0,6	nael
tuba	3,5	0,2	korter
lammas	2,8	0,9	loom
pisar	5,8	2,1	nut
kell	4,1	0,4	lööb
vikat	6,2	2,5	surma vikat -
raadio	4,5	0,8	muusika
kivi	5,2	1,5	südamel
vesi	3,3	0,4	kaev
linn	2,8	0,9	Tartu
kokku	74,1	23,4	mitteadek-
keskmine	3,7"	1,2"	vaatseid vas- tuseid = 3

Assotsiatsioonikatse tulemustest ilmneb, et patsien-
dil on mõtlemisprotsess märgatavalt aeglustunud (keskmine
latentsiaeg on standardist tunduvalt suurem). Assotsiat-
sioonide kulgemine toimub ebastabiilselt, kord kiiremini,
kord aeglasemalt - latentside keskmine hälve on eriti mär-
gatavalt suurem kui tervetel. Mitteadekvaatseid vastuseid
on suhteliselt vähe, nad iseloomustavad negatiivse emotsio-
onaalse tooniga assotsiatsioonide domineerimist patsiendi
kujutlustes. Assotsiatsioonikatse andmed on kooskõlas

d. Piltide grupeerimise katse

Piltide grupeerimise katse iseloomustab elementaarse mõtlemisprotsesside (analüüsi, võrdlemise ja sünteesi) seisundit. Seega võib piltide grupeerimise katset kasutada mõtlemise taseme, s.t. intellekti hindamisel ühe abivahendina. Samuti aitab piltide grupeerimise katse lähemalt analüüsida mõningaid funktsionaalseid häireid mõtlemisprotsesside kulgemises, näit. hüplevat ja paraloogilist mõtlemist.

Katse metoodika.

Katse teostamiseks kasutatakse 12 hästi lihtsalt arusaadavat pilti, mis kujutavad mitmesuguseid esemeid või olusid (hästi sobivad näiteks aabitsas tähtede illustreerimiseks toodud pildid). Ühes katses kasutatakse 12 pilti peavad olema sellised, et neid mõne kindla tunnuse põhjal on võimalik jaotada kolme gruppi. Näiteks neli pilti kujutavad igaüks mingit erinevat peakatet, teised neli pilti - mitmesuguseid juurvilju, kolmas nelik - linde vms. Katsealuse ette lauale on valmis pandud läbisegi 12 pilti, mis on kuni katse alustamiseni kaetud. Patsienti instrueeritakse, et talle antakse 12 mitmesugust pilti, millised ta peab paigutama mitmekaupi kokku selliselt, et ühetaolised pildid oleksid ühes grupis. Iga gruppi peab olema võimalik nimetada ühe sõnaga, mis hõlmab kõiki selle grupi piltidel kujutatud asju. Seejärel avatakse pildid ja palutakse patsiendil alustada nende gruppidesse paigutamist. Registreeritakse aeg, mis kulub kõigi 12 pildi grupeerimiseks ja märgitakse üles tehtud vigade arv (piltide arv, millised patsient ei paiguta õigesse gruppi või jätab üldse grupeerimata). Katseks kulutatud aeg, mis tervetel isikutel on 20-30 sek., iseloomustab elementaarse analüüsi, võrdlemise ja sünteesi kulgemise kiirust. Vigade arv -

tervetel reeglina ei esine ühtki viga - iseloomustab nende mõtlemisprotsesside kulgemist loogiliste üldistavate seoste raames, resp. juhuslikke ja kõrvalisi teid mööda.

Näide.

Meeshaige T.T., 26 a. vana, keskharidusega, hebefreenia kroonilises staadiumis, kliiniliselt ilmneb pidurdamatu käitumine, maneerlikkus, seostamata mõtlemine, episoodiliselt fantastilisi suuruse- ja paranoilise luulu mõtteid.

Piltide grupeerimise katses esitatakse patsiendile 12 pilti: nukk, mänguauto, trumm, ratastel hobune, tool, diivan, kapp, raamaturiil, sõudepaat, mootorpaat, purjekas ja aurik. Patsient asub katse alates energiliselt pilte ümber paigutama, katsetab mitut moodi, lõpuks seab pildid gruppideks järgmiselt: nukk + tool + trumm; diivan + kapp + riil; auto + hobune + sõudepaat + mootorpaat + purjekas + aurik. Kulutab kogu katseks 90 sekundit, on ise väga rahul oma paigutusega ja küsitlusel selgitab: "Laps istub toolil ja lööb trummi; diivan, kapp ja riil on toakraam; auto, hobune, paadid ja laevad on kõik liikumise abinõud, mina olen nende kõikidega sõitnud, aga kõige rohkem meeldib mulle lennukiga sõita..." Katse tulemustest ilmneb, et patsiendil kulgevad elementaarsed analüüsi- ja sünteesiprotsessid tunduva aeglustumisega ja sageli juhuslikke kõrvalisi teid mööda. Mitme pildi puhul ei suuda patsient abstraherida olulist tunnist (et pildil on mitte laps, vaid nukk, et auto ja hobune on piltidel kujutatud mänguautona ja -hobusena). Ühe grupi puhul ei ole ühendavaks mitte üldistus, vaid suvaliselt valitud tegevus (laps istub toolil ja lööb trummi). Seega piltide grupeerimise katse resultaadid on oma olemuselt kooskõlas kliinilise sümptomatoloogiaga ja aitavad viimast detailsemalt iseloomustada.

e. Korrutustest

Korrutustesti abil on võimalik uurida kõige lihtsamate ja kõige tugevamini mällu fikseerunud sõnaliste seoste läepärasust ning nende reprodutseerimise kiirust ja täpsust. Ühekohaliste arvudega opereerimine (korrutamine, liitmine, lahutamine ja jagamine) on igal kooliharidust saanud inimesel juba esimestest klassidest alates loendamatute kordamiste abil niivõrd tugevasti fikseerunud, et võime kõnelda juba automatiseerunud sõnalistest reaktsioonidest. Seejuures tuleb silmas pidada, et kui assotsiatsioonikatses on igale signaalsõnale võimalik anda mitmesuguseid vastuseid, mis kõik võivad olla adekvaatsed, siis korrutustestis on iga tehte puhul õige ainult üks vastus.

Korrutustesti asemel võib kasutada ka muude tehetega teste. Arvuliste testide kasutamisel võib püstitada ka teisi uurimiseesmärke, näiteks E. Kraepelin võttis kasutusele suure ülesannete hulga (isegi kuni mitu tundi kestvad) liitmistestid vaimse töövõime ja väsimuse dünaamika uurimiseks.

Tavalise psühhopatoloogilise uurimise raamides on aga otstarbekas piirduda testi lühikese, väsimust mitte põhjustava variandiga.

Testi metoodika.

Testi teostamiseks kasutatakse 10 korrutustehtet ühekohaliste arvudega. Tehted on trükitud (või kirjutatud) lehele, kuhu vaatlusalune peab iga tehte järele kirjutama vastuse. Peale instrueerimist antakse tehete leht vaatlusaluse kätte ja palutakse tal võimalikult kiiresti lahendada esitatud ülesanded ning kirjutada iga tehte järele vastus. Registreeritakse standardse testi lahendamiseks kuluv aeg ja vigaste ning puuduvate vastuste arv. Tervetel isikutel kuulub 10 korrutustehte lahendamiseks ja vastuste kirjutamiseks 15-20 sek., kusjuures absoluutne enamik isikuid teeb seda

veatult. Testi lahendamise aeg iseloomustab automatiseerunud seoste käepärasust, tugevasti fikseerunud assotsiatsioonide reprodutseerimisvõimelisuse taset. Vigade arv aga iseloomustab varasema ning korduvalt kinnistatud kogemuse reproduktsiooni täpsuse astet.

Näide.

Naishaige H.J., 82 a. vana, raukusnõdrameelsus lihtsa dementse vormiga, sügavale arenenud mälu nõrgenemisega, märgatavate orientatsioonihäiretega. Käitumiselt sõbralik, kuulekas, alanenud spontaansusega. Korrutustesti puhul esitatud ülesandest aru, suhtub katsesse üsna aktiivselt ("Rehkendada ma oskan hästi, mul oli koolis rehkendamine alati hea"). Kümnest korrutustehest koosneva testi lahendamiseks kulutab 96 sek., tehete lahendamisel kogu aeg kõneleb kaasa, vahetevahel parandab ennast suuliselt, üksikuid parandusi kannab ka testi blanketile. Testi resultaadid on järgmised.

$3 \times 4 = 34$, ei - 12	+
$2 \times 6 = 10$	-
$4 \times 5 = 20$	+
$9 \times 2 = 90$	-
$5 \times 5 = 25$	+
$3 \times 6 = 16$, ei - 36	-
$6 \times 7 = 60$	-
$4 \times 8 = 48$	-
$7 \times 4 = 74$	-
$5 \times 6 = 30$	+

Testi andmeist ilmneb, et patsiendil esineb suuri ras-
kusi kõige lihtsamategi korrutustehe-
te puhul: kümnest teh-
test annab ainult neljale õige vastuse. Mitmete tehete pu-
hul paigutab vastuses lihtsalt korrutatavad arvud üksteise-
ga kokku, teiste puhul on vastus kuskil õige vastuse väga
ebamäärases läheduses. Sellest ilmneb, et omal ajal oman-
datud ja tugevasti fikseeritud sõnalised seosed on hakanud

kustuma ja nende reprodutseerimine toimub suurte vigadega. Resultaadid ühtuvad kliinilise seisundiga.

f. Korrekatuurtest

Korrekatuurtesti on eksperimentaalpsühholoogias kasutatud nii vaimse töövoime ja väsimuse dünaamika kui ka tähelepanu kontsentratsioonivõime uurimiseks. Vaimse töövoime uurimisel kasutatakse üsna pikki korrekatuurtesti ta- beleid, mille kontrollimine ja instruksioonikohaste maha- kriipsutuste tegemine nõuab vaatlusaluselt 10 ja rohkem minutit aega (V. Anfimovi korrekatuuritabelid). Tähelepanu täpsuse ja kontsentratsioonivõime uurimiseks võib aga kasu- tada tunduvalt lühemaid korrekatuuriteste. Alljärgnevalt on esitatud üks selliseid testi variante.

Testi metoodika.

Korrekatuurtesti tekst on koostatud 10-st erinevast tähest, millest igaüks juhuslikus järjekorras kordub 10 korda, seega kokku 100 tähte. Testi blanketil on tähed paigutatud 5-tähealiste gruppideks. Katse eel instrueeri- takse vaatlusalust, et ta peab võimalikult kiiresti läbi vaatama korrekatuurtesti teksti ning maha kriipsutama mingi teatud tähe kogu teksti ulatuses. Seejärel antakse vaatlusalusele testi blankett ja palutakse tal alustada teks- ti läbivaatamist. Registreeritakse aeg, mis kulub kogu testi kontrollimiseks. Katse lõppedes loetakse üle õiges- ti mahakriipsutatud tähed ning arvutatakse kokku kõik vead, s.t. mahakriipsutamata tähed, mis kuulusid kriipsu- tamisele, samuti ka ekslikult mahakriipsutatud teised tä- hed. Psüühiliselt tervetel isikutel kulub kirjeldatud korrekatuurtesti teostamiseks 15-20 sek., kusjuures vigade esinemine on väga väike, mitte üle 1 vea iga testi kohta.

Testi teostamiseks kuluv aeg iseloomustab tähelepanu fookuse liikumise kiirust, tehtud vigade arv aga näitab tähelepanu täpsust. Kui domineerivad vajaliku tähe maha-

kriipsutamata jätmised, viitab see pidurdusnähtude esinemisele tähelepanu funktsioonis. Kui aga on ülekaalus ekslikud mahakriipsutused, kõneleb see erutuse ülekaalust ja irradiatsioonist.

Näide.

Meeshaige T.R., 37 a. vana, reaktiivse depressiooniga, tunduvalt pidurdatud mootorika, mõtlemise ja kõnega, esineb enesesüüdistuse luul. Psüühilise seisundi eksperimenditaalsel uurimisel on passiivne, kõiki teste lahendab väga aeglaselt, tulemuste vastu ise huvi ei tunne, oma reaktsioonide kohta annab üldisõnalise seletuse. Korrektuurtesti teostamiseks kulutab 84 sek., tulemused on järgmised (käs-oleva testi korral oli vaja maha kriipsutada kõik k-tähed).

bghkd	hmdlp	dgmth	kblpn
tnmgb	nbpmt	kdnlg	lghkd
dptkh	kt dhm	tnpmb	p dnlk
hbmgl	bgmln	lhdkp	lgbkh
ltkhp	pmhtb	ntgmd	tnpgb

Õigesti maha kriipsutatud 5 tähte (10-st), maha jäi kriipsutamata 5 tähte, ekslikult kriipsutas 1 tähe.

Vigade arv 6, ülekaalus kriipsutamata jätmine.

Testi teostamiseks kulutatud pikk aeg (üle 4 korra pikem kui tervetel) ja vigade suur arv, kusjuures domineerib tähtede kriipsutamata jätmine, viitavad märgatava pidurdusseisundi esinemisele tähelepanu kontsentreerimisel ja liikumisel. Need eksperimentaalsed näitajad on ilmses kooskõlas kliinilise uurimise andmetega.

g. Motoorse refleksi test

Motoorse refleksi testi on eksperimentaalpsühholoogias rohkesti rakendatud "lihtsa psüühilise reaktsiooniaja"

määramiseks, mis iseloomustab närviprotsesside liikumiskiirust tajumiselt motoorse vastuseni. Sama testi mitmesuguseid variante on kasutatud ka inimese kõrgema närvi-gevuse mõningate avalduskujude uurimiseks (üldtuntud on A. Ivanov-Smolenski nn. "sõnalis-motoorse refleksi meetoodika"). Kasutades motoorse refleksi testi vastavalt välja-töötatud variandis, on võimalik selle abil uurida mitte üksnes erutusprotsessi kulgemise kiirust, vaid ka närviprotsesside stabiilsust ning seesmise pidurduse taset. All-järgnevalt kirjeldatakse üht sellist motoorse refleksi tes-ti varianti, mis annab ülevaate erutuse ja pidurduse mitme-test erijoontest.

Testi meetoodika.

Motoorse refleksi testi teostamiseks on vaja seadeldist, mis võimaldab eksperimentaatoril sisse lülitada vähe-malt kaht erinevat signaali (kas valgus- või helisignaale) ja automaatselt mõõta latentsiaega signaali algusest kuni vaatlusaluse motoorse reaktsiooni ilmnemiseni. Taolisi refleksomeetreid on seeriatoodetena võimalik saada, aga neid on võimalik ka ise valmistada üsna lihtsa skeemi kohaselt.

Motoorse refleksi test koosneb standardsest arvust signaalidest: 25 positiivsest (millele vaatlusalune peab reageerima mingi liigutusega, näit. vajutusega lülitile, bal-looni pigistamisega vms.) ja 10 diferentseerivast signaa-list (millele vaatlusalune antud katses ei peaks vastama liigutusega). Testi eel instrueeritakse vaatlusalust, et ta peab hoolikalt jälgima signaale (kas ekraani, kus sütti-vad valgussignaaliid, või valjuhääldajat, kust kostuvad heli-signaaliid). Igas katses antakse vaatlusalusele korraldus iga kord kindla liigutusega reageerida ühele teatud signaa-lile, kui see ilmub. Näiteks ühes katses tuleb tal reagee-rida sinise valgussignaali süttimisele, järgmisel korral aga antakse talle instruksioon reageerimiseks kellahelina kos-tumisele jne. Seejärel hakatakse vaatlusalusele andma sig-naale teatud kindla süsteemi kohaselt. Testi esimesel poo-lel antakse ainult positiivseid signaale, kokku 15 signaali

järjestikku. Signaalide vaheajad on varieeruvad, soovita-
valt 10-60 sek. (et vältida refleksi kujunemist ajale). Iga reaktsiooni puhul fikseeritakse latentsiaeg ja kui sea-
deldis võimaldab, siis ka reaktsiooni tugevus (intensiiv-
sus). Esimese viie reaktsiooni resultaadid jäävad edasise-
st arvutusest välja, need on vaatlusalusele testiga harjumiseks.
Järgneva 10 reaktsiooni latentsiaegadest arvutatakse välja
katse keskmine latentsiaeg (LA I) ja samuti keskmine latent-
siaegade hälve katse keskmisest (LAH I). Selle osa resul-
taadid iseloomustavad närvierutuse liikumise kiirust ja sta-
biilsust tingimustes, kus erutust ei sega pidurdusprotsessi
esinemine.

Testi teises pooles, mis vahetult järgneb esimesele
osale, demonstreeritakse vaatlusalusele ebakorrapäraselt va-
helduvalt ja ebaühtlaste vaheaegadega üksteisele järgnevalt
positiivseid signaale ja mitmesuguseid teisi (diferentseeri-
vaid) signaale. Selles katse osas esitatakse kokku 10 posi-
tiivset ja 10 diferentseerivat signaali. Positiivsetele
signaalidele järgnevate reaktsioonide latentsiaegadest arvu-
tatakse välja selle osa keskmine latentsiaeg (LA II) ja ük-
sikute reaktsioonide keskmine hälve sellest keskmisest la-
tentsiajast (LAH II). Need keskmised näitajad iseloomusta-
vad närvierutuse kulgemise kiirust ja stabiilsust tingimus-
tes, kus erutuse kõrval perioodiliselt provotseeritakse aju-
koore samas mehhanismis pidurdusprotsessi. Seega võimaldab
LA I ja II ning LAH I ja II võrdlus hinnata närviprotsessi-
de liikuvuse, resp. inertsuse taset ja nende vastastikuse
induktsiooni nähte.

Kogu testi kohta registreeritakse veel reaktsioonide
puudumiste arv positiivsetele signaalidele ja reaktsioonide
esinemiste arv diferentseerivatele signaalidele (pidurdusest
vabanemiste arv). Esimene neist iseloomustab pidurdusnähtu-
de domineerimist, teine - erutuse ülekaalu. Testi lõppemi-
sel intervjuueeritakse vaatlusalust tema tähelepanekute ja
hinnangute suhtes.

Näide.

Naishaige E.F., 19 a. vana, katatoonne skisofreenia osalise stuupori seisundis, sõnaline kontakt on küll võimalik, kuid ilmneb tugev pidurdus; vastab enamasti ühesõnaliselt, sageli jätab vastamata. Avaldab vihjeid kehatunde meelepetetele ja mõjustuluulule. Psüühilise seisundi eksperimentaalsel uurimisel on sõnalisi katseid peaaegu võimatu teha, latentsiajad on väga pikad ja sageli reaktsioonid puuduvad. Motoorse refleksi katses esinevad reaktsioonid suhteliselt stabiilsemalt. Katse eel antakse patsiendile instruksioon vajutada iga kord kollase tule süttimisel parema käe all olevale lülitusnupule. Instruksiooni korratakse mitu korda ja patsiendi oma käega demonstreeritakse, kuidas ta peab reageerima. Kontrollitakse, et sõnalisele korraldusele "vajutage" patsient reageerib õigesti. Katse resultaadid on järgmised.

Signaal	Latentsi aeg hälve		Märkused
Kollane	1,62		Kinnitatud "õige"
kollane	1,30		
kollane	-		Korratud instruksiooni
kollane	1,54		Kinnitatud "õige"
kollane	1,01		
kollane	1,16	0,02	
kollane	1,08	0,06	
kollane	0,97	0,17	
kollane	1,40	0,26	IA I = 1,14 sek.
kollane	1,12	0,02	LAH I = 0,11 sek.
kollane	0,89	0,25	
kollane	1,18	0,04	
kollane	1,32	0,18	
kollane	1,07	0,07	
kollane	1,15	0,01	
sinine	0,92		Nõrk varjutus, käsk "ärge vajutage"
roheline	-		
kollane	-		Käsk "sellele tuleb va- jutada"
kollane	1,75	0,07	Kinnitatud "õige"
roheline	1,15		Nõrk varjutus
roheline	-		

kollane	-		
sinine	-		
kollane	1,82	0,14	
kollane	1,65	0,03	
roheline	-		
punane	-		
roheline	-		LA II = 1,68 sek.
kollane	-		LAH II = 0,16 sek.
punane	-		
kollane	1,95	0,27	Väga nõrk vajutus
kollane	1,47	0,21	Tugevam vajutus
roheline	-		
kollane	-		

Katse käigus esineb kokku 5 positiivse refleksi väljalangemist (5 korral patsient ei reageeri positiivsele signaalile) ja 2 korral pidurdusest vabanemist (patsient annab vajutusreaktsiooni diferentseerivale signaalile).

Motoorse refleksi testi resultaadid kõnelevad reaktsioonaja üldisest ja üsna ühesugusest pikenemisest: keskmine latentsiaeg on tervetega võrreldes tunduvalt pikem, keskmine hälve aga suhteliselt vähem erinev. Katse teises pooles ilmneb latentsiaja veelgi tunduvalt pikemine, reaktsioonide puudumine mitmetele positiivsetele signaalidele annab tunnistust pidurduse tunduvalt ülekaalust motoorse refleksi mehhanismides. Need resultaadid on sisuliselt kooskõlas kliinilise uurimise andmetega, ühtlasi aga näitavad, et mootorsetes mehhanismides on pidurdus suhteliselt tagasihoidlikum kui sõnalistes mehhanismides.

h. Komplekstestid

Ülalesitatud ja reile analoogiliste testide abil on võimalik uurida psüühilise tegevuse üksikuid avalduskujusid, konkreetseid psüühilisi funktsioone nende teatud parameetrite abil. Taoliste testide kõrval on aga eksperimen-

mentaalpsühholoogias ja haigete psühhopatoloogilises uurimises kasutusel ka mitmesugused kompleksse iseloomuga uurimistestid, mis annavad uuritava isiku psüühiliste funktsioonide kohta laiemat haardet ülevaate. Osa teste aga ei piirdu mitte üksnes seisundi uurimisega staatiliselt, vaid püüavad haarata tagasi ka anamnestilistele andmetele ning hinnata isiku struktuuri pikema aja ulatuses. Alljärgnevalt on lühidalt iseloomustatud mõningaid kirjanduses kõige sagedamini kohatavaid kompleksteste.

Reaktsioonide vegetatiivse komponendi uurimine.

Inimene vastab igasugustele stiimulitele kogu organismi kompleksse reaktsiooniga, millest olulisemad on verbaalne, motoorne, emotsionaalne ja vegetatiivne komponent. Kõikide ülalkirjeldatud ja neile sarnanevate testide abil jälgitakse peamiselt kas verbaalset või motoorset reaktsiooni ja sedastatakse viimaste kindlad parameetrid. Katsealuse järgnevas intervjuuserimises selgub enamasti ka tema emotsionaalne reaktsioon testile tervikuna ja üksikutele olulisematele stiimulitele. Eksperimentaalse uurimise tavalise tehnika korral aga jääb tähelepanu alt välja vegetatiivne reaktsioon. Viimane, olles tihedalt seotud emotsionaalse seisundi ja emotsionaalsete reaktsioonidega, lubab aga palju sügavamalt jälgida isiksuse struktuuri ning terviklikku reageerimislaadi. Eriti oluline on, et vegetatiivsed reaktsioonid ei allu tahtelisele kontrollile (nii nagu sõnalised ja motoorsed), mistõttu need võivad mõnigi kord aidata avastada näit. patodünaamilisi struktuure, emotsionaalselt tugevasti küllastatud elamusi jne. Kõige selle tõttu on ikka soovitatav inimese psühhopatoloogilise uurimise kompleksi lülitada ka tema vegetatiivsete reaktsioonide jälgimine. Seda võib teha mitmesuguste ülalkirjeldatud testide raames, aga samuti psühhiaatrilise intervjuu käigus. Vegetatiivsete reaktsioonide

uurimine eeldab aga spetsiaalse aparatuuri olemasolu: on vaja seadeldisi, mis võimaldavad registreerida vaatlusaluse südametegevuse rütmi, hingamist, vererõhku, naha elektrilist takistust, kapillaaride seisundit jne. Ühtlasi on nende reaktsioonide jälgimine võimalik ainult andurite vahendusel, mis on kinnitatud vaatlusaluse kehale. Reeglina ei võimalda ainult mingi ühe vegetatiivse näitaja jälgimine piisavalt põhjendatud järelduste tegemist, mistõttu on vaja samaaegselt ikka registreerida mitut vegetatiivset funktsiooni. Kõik need asjaolud teevad uurimismetoodika küllaltki komplitseerituks ja igapäevases standardses psühhopatoloogilises uurimises mitte-käepäraseks. Seepärast on vegetatiivsete reaktsioonide süstemaatiline uurimine esialgu ainult spetsiaalse suunitlusega teadusliku uurimise raames rakendamist leidnud. Loodetavasti avanevad elektroonika ja elektrofüsioloogia edusammude alusel peagi käepärased võimalused vegetatiivsete funktsioonide ja reaktsioonide jälgimiseks ka standardse psühhopatoloogilise uurimise kompleksis.

Vegetatiivsete reaktsioonide uurimine võib anda täiendavat informatsiooni väga mitmesuguste testidega kombineerimisel. Nii on võimalik assotsiatsioonikatse raames vegetatiivset komponenti jälgides välja selgitada patodünaamiliste struktuuridega seotud signaalsõnu; motoorse refleksikäiguse annab vegetatiivse komponendi dünaamika pildi närviprotsesside omavahelistest suhetest ajukoores ja vegetatiivsetes regulatsioonitsentrumites; kaitserefleksi meetodikat kasutades iseloomustab vegetatiivne komponent sageli palju sügavamalt kaasneva emotsiooni intensiivsust, kui seda teeb refleksi motoorne komponent jne.

Wechsleri intellektitest.

Wechsleri intellektitest (WAIS = Wechsler Adult Intelligence Scale) on anglosaksi maades väga laialdaselt kasutusel inimese intellekti taseme määramiseks ja nn.

intellekti koefitsiendi (IQ) mõõtmiseks. Erinevalt varem kasutusel olnud intellektitestidest, mis olid peamiselt verbaalsed, toimub Wechsleri testi abil isiku psüühilise taseme hindamine nii verbaalsete kui ka lihtsamate tegevus-ülesannete täitmise alusel. Testi saab rakendada ainult individuaalseks uurimiseks, seda ei ole võimalik korraga läbi viia tervel grupil uuritavatel, nagu seda tehakse mitmete teiste intellektitestidega. Test koosneb 11 erinevast ülesannete rühmast (subtestist), neist 6 on verbaalsed ja 5 motoorsed-tegevuslikud. Sõnalistes ülesannetes, milliste puhul vaatlusalune annab küsimustele vastused suuliselt, uuritakse sõnavara, kooliteadmisi, üldist informeeritust, aritmeetilisi võimeid, diferentseerimisvõimet ja arvuridade koostamise võimet. Tegevusülesannetest mõned nõuavad rohkemal, teised vähemal määral motoorset manipuleerimist. Nende ülesannetega uuritakse esemete grupeerimist, piltide kujundamist, piltide võrdlemist, jooniste täiendamist ja konstrueerimist klotsidega. Iga ülesande puhul tuletatakse antud vastustest või täidetud tegevusest standardsete eeskirjade kohaselt antud ülesande (subtesti) lahendamise hinne. Vastavalt üksikute ülesannete erikaalule ja uuritava eale arvutatakse koondandmeist välja isiku IQ. Testi eelisteks varasemate suhtes on selle ülesannete mitmekülgsus ja sellest tulenev võimalus hinnata üldise taseme kõrval ka iga vaatlusaluse võimete individuaalset kallakut, tema intellekti "profiili". Anglosaksi maades teostatud massiliste uuringutega on test standardiseeritud kõikide eagruppide suhtes vanuses 16 kuni 70 aastat ja seetõttu on testi resultaate hindamine enam-vähem objektiivne. Laste intellekti uurimiseks on Wechsler välja töötanud omaette spetsiaalse komplekstesti.

Kuna Wechsleri test pärineb USA-st ja selle konkreet-
sed ülesanded lähtuvad anglosaksi kultuurivaldkonna ise-
ärasustest, siis ei ole loomulikult võimalik seda testi
muutmatul kujul rakendada teistes kultuuri- ja keelepiir-
kondades, eriti mitte verbaalsete ülesannete osas (kus

leidub näiteks küsimusi Ameerika geograafiast , ajaloost jne). Samuti ei ole võimalik kasutada vahetult originaalseid Wechsleri standardeid testi tulemuste arvutamisel ja hindamisel, kuna needki on välja töötatud USA elanike uurimise alusel.

Eesti keele ja kultuuri levikualadel rakendamiseks on vaja Wechsleri test vastavalt adapteerida ja selle tulemuste hindamiseks laialdaste uurimustega välja töötada oma standardid.

Minnesota isiksuse-test.

Arvukate testide ja ankeetmeetodite hulgas, millega püütakse välja selgitada inimese psühhopatoloogilisel uurimisel tema isiksuse spetsiifilisi jooni, on anglosaksi maades eriti populaarseks kujunenud Hathaway ja McKinley koostatud nn. Minnesota test (MMPI = Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Test koosneb 566 ! väitest, millest igähele peab uuritav andma vastuse, kas see väide tema suhtes on õige või vale. Ainult erandjuhtudel võib ta jätta hinde andmata, juhul kui ta antud väidet ei saa enda isikuga siduda. Väited on kõige erinevama suunitlusega ja kõige mitmekesisemaid elunähtusi ning reaktsioonilaade puudutavad. Olgu toodud illustratsiooniks mõned väited.

1. Mulle meeldivad tehnilised ajakirjad.
2. Mul on hea isu.
3. Enamasti ärkan hommikul värskena ja puhamuna.
17. Mu isa on/ oli hea inimene.
18. Mul on väga harva kõhukinnisust.
20. Mu seksuaalelu on rahuldav.
45. Ma ei räägi alati tõtt.
46. Mu otsustusvõime on parem kui kunagi.
61. Ma ei ole oma elu elanud õigesti.
115. Ma usun hauatagusesse ellu.
127. Ma tean, kes on süüdi enamikus minu hädades.
195. Mulle ei meeldi keegi, keda ma tunnen.

209. Ma arvan, et minu patud on andestamatud.
265. Kindlam on mitte kedagi usaldada.
275. Keegi omab võimu minu mõistuse üle.
294. Mul ei ole kunagi olnud kokkupõrkeid seadusega.
388. Kardan üksinda olla pimedas.
519. Midagi on korrast ära minu suguorganitega.
544. Enamik ajast ma tunnen ennast väsinuna.
566. Ma armastan vaadata filme armastusstseenidega.

Testi väited on jaotatud erinevatesse gruppidesse, mille alusel vaatlusaluse hinnangute põhjal on võimalik välja selgitada tema mõtlemises, kujutlustes ja tundeelus domineerivad jooned. Psühhopaatoloogilisest aspektist on võimalik diferentseeritult hinnata, kas vaatlusalusel ilmneb üks järgnevast üheksast kallakust: hüpohondrilisus, depressioon, hüsteeria, psühhopaatilised jooned, seksuaalhäired, paranoiaalsus, psühhasteenilisus, skisofreensed jooned, maniakaalsus. Mitmete küsimuste abil püütakse testi käigus ühtlasi välja selgitada vaatlusaluse suhtumine testi täitmisse, kas ta annab avameelseid vastuseid või suhtub hoolimatult või esineb koguni simulatiivseid tendentse. Arvukate uuringute põhjal väljatöötatud standardite alusel tuletatakse testist antud vaatlusaluse "isiksuse profiil", mida kujutatakse graafiliselt ülalmainitud tendentside kaupa grupeerituna.

MMPI test ei ole rakendatav meie elanikkonna uurimiseks ilma põhjaliku adapteerimiseta ja kohalikkude standardite väljatöötamiseta.

Hofferi ja Osmondi diagnostiline test.

Test sarnaneb oma metoodikalt MMPI testile: sisaldab 145 väidet, milliste kohta vaatlusalune peab andma hinnangu, kas see on tema kohta õige või vale. Väidete suunitlus on aga valitud selline, et nende abil oleks võimalik välja selgitada esmajoones skisofreeniale iseloomulikkude

elamuste-sümptoomide esinemist. Illustratsiooniks mõned küsimused Hofferi ja Osmondi testist:

5. Inimesed jälgivad mind kogu aeg.
6. Ma tunnen, et energiakiired mõjuvad minule.
27. Mõnikord tunduvad mu käed või jalad mulle liiga suurtena.
30. Mu kuulmine on teravam kui varem.
108. Ma olen väga häbelik ja kannatan selle all.
129. Inimestel on veider lõhn.
130. Inimesed näevad välja nagu surnud.
145. Ma ei ole kindel, kes ma olen.

Testi resultaadid hinnatakse skisofreenia üldtunnuste ja erinevate sündroomide tunnuste esinemise intensiivsuse alusel. Meie tingimustes rakendamiseks vajab mõningast adapteerimist.

Temaatiline apertseptsioonitest.

H. Murray poolt väljatöötatud temaatiline apertseptsioonitest (TAT = Thematic Apperception Test) rajaneb eksperimentaalpsühholoogias juba varem kasutatud meetodil. Test koosneb 20 pildist, mis kujutavad inimesi emotsionaalselt rõhutatud, isegi dramaatilistes situatsioonides. Vaatlusalune peab iga üksiku pildi kohta andma oma suvalise selgituse, kirjeldama pildil kujutatud isikute vahelisi suhteid, isikute elamusi ning esitama oma hinnangu nende kohta. Piltidel kujutatud sündmuste ja suhete tõlgenduse laad ja suunitlus, samuti vaatlusaluse hinnangud annavad võimaluse tundma õppida uuritava fantaasiarikkust, tema emotsionaalseid elamusi, väärtusehinnanguid ja eetilisi printsiipe. Samal ajal ilmnevad uuritava jutustustes sageli need probleemid, mis talle endale valmistavad kõige rohkem muret. Tihti avanevad ka vaatlusaluse elukogemustest pärinevad patoloogilised dominandid ja maskeeritud tendentsid. Rida pilte provotseerivad uuritava fantaasias elamusi, mis on seotud tema suhtumisega vanematesse, vägivallasse, surma, armastusse ja seksuaalsusse. Piltide kohta antud seletustes-

kirjeldustes kajastuvad seega vaatlusaluse isiku psüühilise arenguloo ja tema isiksuse mitmed põhilised jooned. Testi tulemuste hindamiseks kindlat standardiseeritud skaalat ei ole, individuaalne hindamine nõuab uurijalt kriitilist meelt ning tagasihoidlikkust testi andmete väärtuse suhtes.

Temaatilise apertseptsioonitesti rakendamine meie tegelikkuses on võimalik ainult kasutatavate piltide selise valiku korral, mis on tuginev meie ühiskonna ja kultuuriala suhetele ning tõekspidamistele.

Rorschachi test.

H. Rorschachi poolt väljatöötatud test on eksperimentaalpsühholoogias ja psühhopatoloogilisel uurimisel kasutamisel olnud juba ligi 50 aastat, hinnangud selle resultaatide väärtuse kohta on väga erinevad. Testi sihiks on uurida vaatlusaluse isiku fantaasiat, kujutluste suunitlust, domineerivaid tendentse ja emotsionaalseid reaktsioone. Test koosneb 10 kaardist, millel on kujutatud ebakorrapärased ja ilma selge sisulise tähenduseta "indiplekid" sümmeetrilise konstruktsiooniga. Viis kujutust on ainult halli erinevates varjundites, kaks on tumehalli ja punase kombinatsioonis, kolm on mitmevärvilised. Uhekaupa esitatavate kaartide vaatlemisel peab uuritav jutustama, mida tema arvates antud kujutis võiks tähendada, mida võiks sellest välja lugeda. Otseselt sisulise tähenduseta kujutustele omapoolse sisu andmisega jutustab vaatlusalune eksperimentaatorile tegelikult oma kujutlustest, oma tundmustest, suhtumisest ning nendest probleemidest, mis teda kõige rohkem hõivavad. Seega annab test võimaluse tunda õppida uuritava isiksuse põhilisi jooni ja tendentse. Testi andmete hindamisel võetakse arvesse: erinevate seletuste arvu sama kujutise kohta; staatilise vormi või dünaamika domineerimist seletustes; detailide või kujutuse terviku domineerimist; vormi ja värvi suhteid tõlgenduses; loomsete, taimsete, anatoomiliste,

sotsiaalsete jne. motiivide esinemise sagedust seletustes jne. Kindlaid hindamise kriteeriume testi tulemuste suhtes üldiselt aktsepteeritud ei ole, väga palju mõjub kaasa uuritava päritolukeskkond ja eksperimentaatori sättumus. Just subjektiivse faktori suure erikaalu tõttu testi resultaate hindamisel on rida uurijaid Rorschachi testi väärtuse suhtes skeptilised.

Test oma tehnilises osas on universaalselt kasutatav, selle resultaate hindamiseks puuduvad meie materjalil aga standardid.

1. Somaatilised parakliinilised uurimisevõtted

Haige psühhopatoloogiline uurimine ei saa toimuda ilma haige detailse somaatilise uurimiseta. Standardsete kliiniliste somaatiliste uurimismeetodite kõrval tuleb vajaduse kohaselt ja konkreetsetest ülesannetest lähtudes rakendada ka kõiki kaasaegseid somaatilisi parakliinilisi meetodeid. Kuivõrd nende meetodite tehniline külg ja resultaate hindamise põhimõtted on ammendavalt esitatud vastavates õpikutes ning juhendites, piirdutakse siinkohal ainult põhiliste meetodite mainimisega.

Kliinilis-laboratoorsed uuringud kuuluvad rutiinvõtetenä ka psüühiliste haigete uurimise kompleksi. Real juhitudel on vaja teostada erisuunitlusega biokeemilisi uuringuid valkude, süsivesikute või rasvade ainevahetuse üksikasjalikuks määramiseks, mineraalide ja vee ainevahetuse hindamiseks, hormonaalse süsteemi seisundi jälgimiseks jne. Mitmesugused elektrofüsioloogilised uurimismeetodid - elektrokardiograafia, elektroentsefalograafia, elektromüograafia, elektro-okulograafia jt. - võivad mõningate haiguste puhul anda olulisi diagnostilisi pidepunkte ka psüühiliste häirete patogeneesi aspektist. Samuti annavad röntgenoloogilised ja röntgenograafilised uurimisevõtted (pneumoentsefalograafia, angiograafia jt.) mõnelgi juhul

väärtuslikku lisa psüühiliste haigete kompleksesse uurimisse, eriti kui tegemist on orgaanilise psüühosündroomiga.

C. PSÜHHOPATOLOOGILISE UURIMISE SISU

Kõik eelpool kirjeldatud kliinilised ja parakliinilised meetodid on vahendid, mis arstil peavad võimaldama ülevaatliku pildi saamist vaatlusaluse patsiendi psüühilise arengu dünaamikast ja tema psüühilisest seisundist käesoleval ajal. Psühhopatoloogilise uurimise sisuks on seega kõige üldisemates joontes isiksuse anamnees ja psüühiline staatus. Ravi rakendamisel lisandub veel psüühiliste muutuste jälgimine ravi käigus, seega psüühilise staatuse dünaamiline uurimine. Et psühhopatoloogiline uurimine oleks maksimaalselt sügav ja ammendav, on vaja silmas pidada konkreetseid küsimusi, mida peab valgustama ühelt poolt anamnees ja teiselt poolt psüühiline staatus.

1. Anamnees

Anamnees peab andma tervikliku ülevaate patsiendi arengukäigust ja seda mõjustanud bioloogilis-materiaalsest ning sotsiaal-psühholoogilistest faktoritest, tema isiksuse struktuuri kujunemisest, käitumislaidist elu mitmekesistes situatsioonides, sotsiaalsest adaptatsioonivõimest, tervisliku seisundi dünaamikast kogu elu vältel, psüühiliste hälvete esinemisest, käesoleva haiguse tekkimise käigust ja avalduskujudest ning siiani rakendatud vahendite toimest. Seega kujutab anamnees endast isiksuse ühtset biograafiat, milles kõik osad tihedalt üksteisega põimuvad. Metodoloogilistel kaalutlustel on siiski otstarbekas anamnees jaotada tinglikult kolme ossa:

perekonna, elu- ja haiguse anamneesiks. Selline jaotus võimaldab reljeefsemalt välja tuua anamneesi olulisemad valdkonnad ja ühtlasi vältida mõnede tähtsamate aspektide kahe silma vahele jätmist.

a. Perekonna anamnees

Perekonna anamnees peab sisaldama esmajoones informatsiooni geneetiliste faktorite kohta, mis on kaasa mõjunud patsiendi somaatilisele ja psüühilisele kujunemisele. Selle kõrval annab perekonna anamnees pildi ka neist perekondlikest, majanduslikest ja sotsiaalsetest tingimustest, millistest patsient on pärit ja mis tema kujunemisele on toimet avaldanud. Seepärast peab perekonna anamnees eriti üksikasjalikult käsitlema lähemaid veresugulasi. Alljärgnev skeem sisaldab küsimusi, millistele ammendav perekonna anamnees peaks andma vastused.

Isa: sünniaeg, haridus, tööala ja amet, sotsiaalne tase, iseloomu põhijooned, olulisemad somaatilised haigused (eriti kroonilised infektsioonid), alkoholi tarvitamine, närvisüsteemi haigused või kahjustused (krambid, halvatused), psüühilised häired, vanus abiellumisel, vanus patsiendi sündimisel; isa vanemad, nende kehalise ja vaimse tervise põhijooned, kui surnud, siis millises vanuses ja mille tagajärjel; isa vennad ja õed (ka kõik need, kes on surnud), nende kehalise ja vaimse tervise põhijooned, nende laste hulgas psüühiliste haiguste, langetõve, alkoholismi ja suitsiidide esinemine.

Ema: samad andmed tema ja tema vanemate ning õdedevendade kohta.

Õed-vennad: sünni järjekorras (ka need, kes on surnud või surmalt sündinud) sünniaeg, areng väikelapsena, haridus, elukutse, sotsiaalne tase, iseloomu põhijooned, somaatilised ja psüühilised haigused või defektid, kui surnud, siis millises vanuses ja mille tagajärjel; õdede-

vendade lapsed, nende somaatilise ja psüühilise tervise põhijooned.

Perekonna anamneesi kogumisel on soovitatav konkreetselt iga üksiku isiku kohta esitada anamneesi andjale küsimusi, mitte aga piirduda summaarse palvega teatada, kas sugulaste hulgas on esinenud vaimu- või närvihaigusi vms. Tavaliselt taoiline üldsõnaline küsimus annab samasuguse üld-sõnalise eitava vastuse, kuigi detailsemal anamneesi kogumisel ilmneb nii ühe kui teise veresugulase puhul mainimisväärseid hälbeid. Oluline on ka meeles pidada, et sageli on vaja surnud sugulaste kohta andmeid spetsiaalselt küsitleda, enamik anamneesi andjaid nagu unustavad mainimast neid sugulasi.

Perekonna anamneesi tulemusi, eriti kui suguvõsas esineb mitmeid psüühiliste häiretega isikuid, on otstarbekas ülevaatlikkuse mõttes kujutada skeemina-sugupuuna, milles erinevate tingmärkidega on tähistatud vaimuhaiguste, psühhopaatiate, alkoholismi, suitsiidide jms. esinemine. Selline skeem-sugupuu võimaldab hästi analüüsida geneetiliste faktorite avaldumist patsiendi suguvõsas.

b. Eluanamnees

Eluanamnees peab andma täieliku ülevaate patsiendi arenemisest ja kõikidest tema elukäiku mõjutanud teguritest sündimisest peale kuni käesoleva ajani välja. Võrdselt tuleb tähelepanu pöörata nii materiaali-bioloogilistele faktoritele ja arengu parameetritele kui ka psüühilistele ning sotsiaalsetele teguritele ja adaptatsioonile.

Looteiga: ema tervis raseduse ajal, haigused, mürgistused, somaatilised ja psüühilised traumad, emotsionaalne seisund, tööpinge, ema ja isa ootused ja lootused lapse suhtes (kas üldse oodatud laps, vastumeelne, millisest soost last oodati).

Sünnitus: ajaline või mitte, kulg, häired, kahjustused,

kunstlikud võtted sünnitusel, seisund sünnitusjärgsel perioodil, täheldatud defektid ja väärarendid.

Imiku- ja väikelapseiga: kus ja millises miljöös kasvab (oma vanemate juures, üksikema juures, vanavanemate või teiste sugulaste juures, võõraste juures, üksikuna või koos teiste lastega, lastesõimes, -kodus või -aias), kasvumiljöo majanduslik, kultuuriline ja emotsionaalne iseloomustus, psüühiliselt traumeerivad sündmused ja situatsioonid sellest perioodist, kasvatajate suhtumine; füüsiline areng (millal hakkas istuma, käima, milline isu ja uni); psüühiline areng (millal omandas hügieenilised harjumused, millal hakkas kõnelema, kõne areng, liikumisaktiivsus, mänguaktiivsus ja huvid, kas rahulik või tundlik, rõõmsameelne või jonakas, seltsivus teiste lastega, minateadvuse avaldused, suhtlemine täiskasvanutega).

Kooliiga: elukoht, miljöo ja majanduslikud ning emotsionaalsed tingimused kooliskäimise ajal; suhtumine koolimeeskusse ja kooliskäimisse; edasijõudmine koolis, millised raskused ja millistel põhjustel; lemmikained, vastumeelsed ained, selle motivatsioon; suhe õpetajatega (õpetajate käitumine patsiendiga, patsiendi hinnang õpetajatele, Põhjendused); vastastikune suhe kaasõpilastega (lähedasi sõpru, vaenulikku suhtumist, kas oli teiste kadeduse, imetluse või pilke ja narritamise objektiks, millistel motiividel, kuidas reageeris teiste suhtumisele); klassiväline aktiivsus, huvialad (muusika, kirjandus, kunstiline isetegevus, sport), saavutused neil aladel, ebaõnnestumised, enda hinnang ja arvamused; osavõtt laste- ja noorsooorganisatsioonide tegevusest (passiivne või aktiivne, alluv või juhtiv tegevus); mitu klassi on lõpetanud, kui õppimine katkes, siis millistel põhjustel. Kas on ise rahul oma hariduse tasemega, kas oli teisi kavatsusi või soove, miks need jäid realiseerimata. Edasised kavatsused või igatsused oma hariduse täiendamiseks, motivatsioon. Lähedaste inimeste suhtumine patsiendi hariduse käigusse ja tasemesse.

Tööalane elu: tööala omandamine (koolis, kutsekoolis, kursustel, kõrgemas koolis, praktilises tegevuses), motiivid tööala valikul; töökohad ja konkreetsete ametikohad, millistel on töötanud (kronoloogiliselt, kohtade valiku ja vahetuse üksikasjalikud motiivid ja kaasa mõjunud tegurid); suhtumine ja hinnang erialasse, konkreetsetesse töökohtadesse; suhted töökaaslastega (ülemustega, alluvatega, kaastöötajatega), kas on esinenud raskusi, konflikte, arusaamatusi, kas on patsiendil pretensioone kaaslaste vastu või kaaslastel tema suhtes; millega põhjendab konflikte ja raskusi; tunnustused, esiletõstmised, laitsused ja karistused; millised on olnud tööalased saavutused, millised ebaõnnestumised või puudujäägid, millega motiveerib, kuidas ise neisse suhtub. Tööalased kavatsused ja soovid edasiseks, nende põhjendus, realiseerimisvõimalused. Meestel üksikasjalik kirjeldus sõjaväeteenistusest, suhetest alluvatega-ülemustega ja kaaslastega, subjektiivne hinnang oma teenistuskäigu kohta.

Iseseisva elu korraldamine: millisest east elab iseisvalt, millistel põhjustel ja kaalutlustel asus iseseisvalt elama, kuidas seda sammu hindab, kuidas see mõjus psüühiliselt; kuidas on tulnud toime oma elutingimuste ja majanduse korraldamisega, kuidas ise sellega rahul on, millised raskused selle juures on esinenud, millest need on tingitud; olustikulised suhted teiste inimestega (naabrid, korterikaaslased jt.); kavatsused ja soovid edaspidiseks elukorralduseks.

Perekonnaelu: puberteet, selle füüsiline ja psüühiline kulg, kuidas elas läbi esimesi pollutsioone või menstruatsioone; seksuaalse kasvatuse allikad ja informatsiooni tase; abielueelne seksuaalelu, selle iseloomustus ja subjektiivne hinnang (onanism, väärustused, seksuaalvahekorrad); suhtumine vastassoosse (ideaalid, tegelikud suhted), esimene armastus, reaktsioon sellele, sellega seotud elamused (positiivsed ja negatiivsed, probleemid ja raskused); kas on esinenud õnnetut armastust, kuidas seda läbi elas.

Abiellumine (kellega, kui pika ja tiheda tutvuse järel, millistel motiividel, kuidas ise hindab, kuidas omaksed ja lähedased sõbrad suhtusid abiellumisse); läbisaamine abi-kaasaga, vastastikune suhtumine, huvide ja töökspidamiste ühtumine või lahkumineku, konfliktid ja nende motiivid, kuidas ise hindab enda ja abikaasa osa perekonnas; seksuaalelu korraldus, seksuaaltungi tase, vahekordade sagedus, rahuldus-rahuldamatus, omavaheline kooskõla, väärustuste ilmnemine patsiendil või abikaasal, subjektiivne suhtumine ja hinnang neisse nähtudesse, rahulolematust ja selle motiivid (ebatruuduse juhtumid patsiendi või abikaasa poolt, suhtumine sellesse, kuidas on seda läbi elanud). Lapsed: mitu last, nende vanus, patsiendi millises eas sündinud, kuidas suhtus lapse sündimisse (ootas, üksikõkne, vastu tahtmist); iga lapse füüsilise ja vaimse arengu üksikasjalik kirjeldus, patsiendi hinnang ja emotsionaalne suhtumine igasse lapsesse, kuidas seda motiveerib; laste suhtumine patsiendisse; põhimõtted laste kasvatamisel, selle põhjendused, kooskõla või eriarvamused abikaasa seisukohtadega, kuidas neid tegelikult elus realiseeritakse, kuidas seda hindab ja läbi elab.

Premorbiidne isiksus: patsiendi subjektiivne arvamus selle kohta, millised tegurid ja asjaolud on kaasa mõjunud tema iseloomu kujunemisele (kodused tingimused, vanemate osa, eeskujud, enesekasvatus jne.); domineerivad iseloomujooned kooli- ja noorukieas, enese hinnang neile; iseloomujoonte positiivne või negatiivne avaldumine perekondlikus elus, töösuhetes ja olustikus, subjektiivne hinnang ja emotsionaalne suhtumine sellesse. Elulaadi üksikasjalik kirjeldus (reeglipärane või juhuslik päevakord, isu, uni, liikumine, kehakultuuriline tegevus jne.). Aktiivsuse tase tööl, kodus, vabal ajal (aktiivne, ettevõtlik, loid, passiivne, avalduvad need jooned ühetaoliselt alati või episoodiliselt, kas kõikides tegevusvormides või valikuliselt teatud olukordades). Huvialad, aktiivsus nendega tegelemisel, huvide päritolu ja subjektiivne hinnang. Meele-

olu põhilaad (rõõmsameelne , nukrutsemisele kalduv, rahulolematu, tusane, pretensioonikas, ärevuse või hirmu kalduvus, spontaansed meeleolu kõikumised), meeleolu avaldumine välises käitumises; kas erutub kergesti või on rahulik (kas sisemiselt või ainult väliselt), kas suudab pidurdada oma afektide avaldumist, kontrollida oma käitumist erutuse korral, kuidas reageerib vihostudes, ägestudes ja erutudes (agressiivselt või tõmbub üksindusse, otsib süüd eneses või teistes), kui sügavalt ja kui kaua elab läbi afekte, kas esineb umbusklikkust kaaslaste suhtes, kas leiab nende käitumises sihilikkust, millega seda motiveerib. Milline on otsustusvõime tase, kas on enesekindel või kõhklev, kas teeb otsuseid kiiresti või põhjalikult kaalutledes, kas iseseisvalt või teiste nõuannete järgi, kas hiljem kahetseb -kõhkleb tehtud otsuste õigsuses, subjektiivne hinnang oma kindlustunde kohta. Kas eelistab vaheldust või ühetaolisi tingimusi, kas ümberlülitumine ühelt tegevuselt teisele valmistab raskusi, on kergesti teostatav või koguni meeldib. Milline on kontsentratsioonivõime, kas välised tingimused (müra, muusika, teiste kõne jne.) tunduvalt häirivad koon-dumist või ei avalda mingit mõju. Subjektiivne hinnang mälu tasemele (õppimisvõime, varemomandatu käepärasus). Suhtlemise aktiivsus teiste inimestega, kas astub kergesti kontakti või on tagasihoidlik, kuidas suhtub teiste isikute kontaktikatssetesse (kas on meelitatud, ükskõikne või tõrjuv); kas meeldib olla inimeste hulgas või üksinda; kas on kinnine või avameelne (ainult lähedastega või ka pinna-liste tuttavatega); kas usaldab või umbusaldab inimesi; kas armastab või kardab olla teiste tähelepanu objektiks, kuidas arvab teisi end hindavat, millised soovid ja igatsused on endal selles osas; kas on julge või kartlik, kas on kergesti mõjustatav teiste poolt või kindel oma seisukohtades ja kavatsustes, kas meeldib teisi õpetada ja juh-tida. Kas on jutukas või vähese jutuga, kas meelsasti kuulab teise inimese juttu või häirib see enamasti. Kas omab palju sõpru või ainult üksikuid või pole ühtki tõelist

sõpra, millega seda ise seletab. Kuidas patsient ise hindab oma iseloomu põhijooni, millega on rahul, millega mitte, mida tahaks enda juures muuta. Milliseid positiivseid või negatiivseid tagajärgi on elus sünenenud ühtedest või teistest iseloomujoontest ja kuidas subjektiivselt hindab seda.

c. Haiguse anamnees

Üldine tervislik anamnees: tervislikus seisundis kogu elu jooksul esinenud häirete üksikasjalik kronoloogiline kirjeldus. Sünnikahjustused, imikuna, väikelapsena, koolieas ja täiskasvanuna põetud haigused, saadud vigastused ja kahjustused, mürgistused jne. (eriti tähelepanelikult uurida ajukolju traumade esinemist, suguhaigusi, kroonilisi nakushaigusi). Haiguste ja kahjustuste ravi, selle efektiivsus, jääknähud. Subjektiivne suhtumine põetud haigustesse ja saadud kahjustustesse, eriti püsivatesse jääknähtudesse ja defektidesse. Psüühilised traumad, reageeringud neile; psüühilises tegevuses varem esinenud hälbed ja häired (ka kerged ning episoodilised muutused, mis möödusid ravita; eriti hoolikalt uurida suitsiidimõtete ja -katsete esinemist), kas ja millist ravi on saanud seoses psüühiliste häiretega, millise efektiga. Alkoholi tarvitamine: millisest east alates on tarvitanud, millise sagedusega, millistes kvantumites, taluvus, joobe kirjeldus, subjektiivne hinnang oma alkoholi tarvitamisele. Suitsetamine: millisest east, kui palju suitsetab, subjektiivne hinnang. Narkootikumide tarvitamine. Medikamentide tarvitamine (kas juhuslikult või reeglipäraselt, milliseid, mispärast, kas omal algatusel või teiste nõuandel; eriti uurida uinutite, rahustite, stimulaatorite kasutamist).

Käesoleva haiguse anamnees: millal (millises eas, kui kaua aega tagasi) ja millistes tingimustes (kus elas, millega tegeles sel ajal) ilmneseid esimesed häired, millised

olid esimesed psüühilise tegevuse ja enesetunde muutused; kas märkas ise tervises tekkinud muutusi ja millest või juhtisid teised tähelepanu tekkinud häiretele (kes, mil - listele asjaoludele). Haiguse edasine kulg (pidev või hooti, kiire või aeglane, millises järjekorras on tekkinud juurde psüühilisi muutusi). Subjektiivsete elamuste ja teiste isikute tähelepanekute üksikasjalik kronoloogiline kirjeldus haiguse senise käigu kohta. Kas on ise või teised märganud patsiendi iseloomujoonte muutusi, milliseid, millises järjekorras ja millal. Kuidas on psüühikas tekkinud muutused mõjunud õppimisele, tööle, perekondlikule elule, suhtlemisele teiste inimestega. Millega ise seostab ja motiveerib oma psüühilises seisundis tekkinud muutusi, milliste nähtude pärast ise kõige rohkem muretseb, kuidas oma haigust subjektiivselt läbi elab. Millega seostavad omaksed ja teised lähedased inimesed patsiendi haigust, mida peavad põhiliseks sümptomiks. Kas on seni rakendatud mingeid ravivõtteid, kas patsient on seda teinud spontaanselt, teiste soovitusel või arsti ettekirjutuse kohaselt. Millal esmakordselt pöördus arsti poole, millistel ajenditel (omal algatusel, omaste või teiste soovitusel). Milline on rakendatud ravivõtete efektiivsus. Kuidas subjektiivselt hindab oma seisundit ja perspektiivi.

2. Psüühiline staatus

Psüühiline staatus peab andma täieliku ja kompleksse pildi patsiendi psüühilisest seisundist uurimise momendil. Reeglina peaks psüühilise staatuse määramine järgneva anamneesi kogumisele, kuid mõningatel erijuhtudel (patsient tuuakse arsti juurde juhuslike saatjate poolt, kes eellugu ei tea; haige seisund ei võimalda teda intervjuuerida anamneesi ulatuses) tuleb patsiendi psüühiline staatus määrata ka ilma anamneesi teadmata. Sellisel kor-

ral on vaja koheselt alustada ka objektiivsete anamnestiliste materjalide kogumist ning esimesel võimalusel teostada haigega anamnestiline intervjuu, kasvõi korduvate lühintervjuude kujul.

Psüühilist staatust on otstarbekas määrata ja uurimise tulemused haiguslukku, resp. ambulatoorsele kaardile fikseerida kindla süsteemi järgi, lähtudes psüühilise tegevuse üksikutest avalduskujudest ja põhilistest psüühilistest funktsioonidest. Selline süstemaatilisus tagab ammendava ülevaate saamise patsiendi kogu psüühilisest tegevusest, väldib mõningate aspektide kahe silma vahele jäämist ja annab kõige parema võimaluse diagnostilisteks ning diferentsiaaldiagnostilisteks arutlusteks. Kliinilise kogemuse põhjal võib praktiliseks kasutamiseks soovitada alljärgnevat skeemi.

a. Teadvuses seisund

Teadvuses seisund on üldise psüühilise aktiivsuse tase, mis ilmneb tegelikkuse tunnetamises ja reageerimises sellele. Teadvuse selguse alanemise korral on stiimulite vastuvõtmise ärrituslävi tõusnud: haige võtab vastu, analüüsib ja sünteesib ainult intensiivsemaid ärritusi. Analüüsi ja sünteesi ulatus on seejuures alanenud, mistõttu kompleksärrituste tajumine on puudulik ja reaktsioonid neile ebatäpsed või laialivalguvad. Patsiendi teadvuses seisundi hindamiseks tuleb jälgida tema võimet mitmesuguste ärrituste vastuvõtmiseks ümbrusest (heliärritused, eriti sonalised pöördumised patsiendi poole, valgusärritused, lõhnad, puute-, valu- ja temperatuuriärritused) ning nende reageerimiseks. Kas ja kuidas avaldub orienteerumisrefleks - on see loid või intensiivne, passiivne või aktiivne, difuusne või täpselt diferentseeritud; kas esineb kaitserefleksi ümbruse ärrituste suhtes - intensiivsetele valgus- ja heliärritustele, puutumisele, valuär-

ritustele (näit. süstete tegemisel, punkteerimisel jne.), kas kaitserefleks on loid või elav, täpne või difuusne, ühekordne või inertne. Kuidas patsient täidab sõnalisi korraldusi - lihtsamaid käske (näit. avada suu, tõsta käsi jne.), kompleksseid ja keerukamaid korraldusi (näit. korraldusi teostada mitmeid liigutusi kindlas järjekorras jne.), kas on vaja korraldusi korrata, kas viib alustatud tegevuse lõpule ise või vajab selleks stimuleerimist. Milline on sõnaline väljendusvõime: kas nimetab korralduse puhul õigesti ettenäidatud esemeid või kujutusi, kas vastab küsimustele, kas vastab kohe või pikema latentsiaja järel, kas on vaja küsimust korrata, kas vastused on napisõnalised või soravad, kas vastab küsimustele sisukohaselt. Jälgida, milline on patsiendi seisund omaette olles, kas ilmub aktiivset hoiakut ümbruse suhtes või langeb poolune seisundisse.

Sõnalise kontakti võimaluse korral tuleb uurida patsiendi orientatsiooni taset. Milline on autopsüühiline orientatsioon: kas teab õigesti oma nime, vanust, elukohata, elukutset, perekonda. Milline on allopsüühilise orientatsiooni tase: kas ja kui võrd täpselt teab käesolevat aastaarvu, kuud, kuu- ja nädalapäeva, kellaaega; kas teab oma praegust asukohta, millistel asjaoludel on just siin, milline on tema seisund. Tuleb aga rõhutada, et häired nii allo- kui ka autopsüühilises orientatsioonis ei ole alati mitte seotud teadvusehäiretega. Orientatsioonihäired võivad sugeneda ka intellekti kahjustusest, mäluhäiretest, meelepetetest, luulust - seetõttu ei või ilma pikemata teha järeldust, et tegemist on teadvusehäirega. Põhiliseks kriteeriumiks teadvuses seisundi taseme kohta on ikkagi vahetult mõjuvate ärrituste vastuvõtmise, nende analüüsimise-sünteesimise ja neile reageerimise võime.

b. Tajumine

Tajumine on tegelikkuse vahetu tunnetamine meeleelundite abil, ärrituste vastuvõtmine ja neist aistingute ning tajude kujunemine. Tajumise seisundi hindamiseks tuleb kõigepealt iga üksiku meeleelundi funktsioneerimist detailselt uurida - nägemist, kuulmist, haistmist, maitsmist, puute-, valu- ja temperatuuritunnet, intero- ja propriotseptiivset tundlikkust. Vaatlusaluselt tuleb küsida iga üksiku analüsaatori piirkonna osas esinevaid subjektiivseid tähelepanekuid, kaebusi täheldatud häirete kohta, lasta detailselt kirjeldada erakorralisi elamusi. Seejuures tuleb eriti hoolikalt vältida sugereerivaid küsimusi. Vaatlusaluse spontaansetest väljendustest, tema avaldustest omastele ning kaaslastele, eriti aga tema intervjueerimisel hoolikalt jälgida vähimaidki vihjeid illusioonide, hallutsinatsioonide, derealisatsiooni, depersonalisatsiooni jt. tajumishäirete esinemise kohta: kas on esinenud või esineb viirastusi, kujusid, ümbruse moonutusi, teiste inimeste või esemete moonumisi, helisid, kõnehääli, hõikeid, käske või ähvardusi, ilma et kõnelejat oleks võimalik leida. Kas esineb oma mõtete kuuldavaks muutumist. Kas viirastused või hääled esinevad ärkvel või poolune seisundis. Kas tunneb õhus, riidel, esemetel, oma ihul või teiste inimeste juures erakorralisi lõhnu. Kas on toidul või joogil vööras maitse, kas esineb suus mingit erilist maitset. Kas tunneb nahal või keha sisemuses liikumist, puudutusi, venitamist, torkeid. Kas on oma keha või kehaosade ehituses ja kujus märganud mingeid muutusi. Kõiki esinevaid tajumishäireid lasta patsiendil üksikasjalikult kirjeldada, seejuures jälgida tema emotsionaalset ja ratsionaalset suhtumist: on need elamused seotud ärevusega, hirmuga või hoopis meeldiva enesetundega; millega seostab ja kuidas seletab esinevaid meelepetteid. Välja selgitada tajumishäirete esinemissagedus, nende intensiivsus, kui ulatuslikult nad avaldavad mõju patsiendi käi-

tumisele ja töö- ning adaptatsioonivõimele.

Subjektiivse kirjelduse kõrval on vaja jälgida patsiendi käitumises esinevaid jooni, mis viitavad tajumishäirete esinemisele: kuulatav poos, millegi üksisilmi jälgimine, püüab-haarab midagi tekil, laual, pörandal või seinal, peidab end, varjab voodi all või kapi taga, kaitseb oma meelelundeid - suleb kõrvad, katab silmad, topib ninna troppe; manipuleerib olematute esemetega, suhtleb olematute isikutega, kõneleb nähtamatuga, tegeliku vestluse käigus heidab kuhugi kõrvale mingeid seosetuid repliike. Mõned haiged loevad kätteantud valgelt paberilehelt sõnu või tervet teksti, näevad seinal tapeedi- või krohvimustri asemel maale või kujusid, kõnelevad väljalülitatud telefoni kaudu mõne isikuga.

Eriti üksikasjalikult tuleb analüüsida, kui võrd patsiendi elamused kuuluvad meelepetete valdkonda ja kui võrd on tegemist reaalsete aistingute ja tajude luululise interpretatsiooniga. Näiteks patsiendi kaebus, et tema toidusse pannakse vaenlaste poolt mürgi, võib olla seotud nägemise meelepetetega (patsient näeb toidu pinnal või sees mingeid teri, helbeid, limatükke jne.), võivad olla tingitud haistmise meelepettetest (toidul on mingi erakorraline, vastik lõhn), maitsemise meelepetetest (toidu maitse on "rikutud"), aga võib ka olla lihtsalt luululine veendumus, ilma et selle aluseks oleks mingeid meelepetteid ("söömise järel ma muutun loiuks ja uniseks, mis see muud ikka on, kui mürgi tagajärg, mida vaenlased toidu sisse panevad" vms.).

c. Mõtlemine

Mõtlemine kui tegelikkuse üldistatud ja abstraktne tunnetamise vorm avaldub inimese sõnalistes väljendustes - kõnes ja kirjas. Otstarbekas on jälgida ja analüüsida mõtlemise vormilist külge (assotsiatsioonide kulgemise

tempot ja seoslikkust) ning mõtlemise sisulist külge (mil-lisel määral mõtted kajastavad tegelikkuse suhteid ja ole-must õigesti).

Mõtlemise vormilised omadused ilmnevad kõige reljeef-semalt sõnalisel kontaktis vaatlusalusega, tema intervju -eerimisel, aga ka kirjalikkudes eneseavaldustes. Tuleb jäl-gida, milline on patsiendi tempo kõnetustele ja küsimustele vastamisel, kas ta reageerib valmilt või pikema latentsiaja järel. Oluline on ka, kas patsient kõneleb spontaanselt või piirdub ainult kõnetustele-küsimustele reageerimisega. Kas kõne on aeglane või elav - seejuures on aga oluline tea-da patsiendile isikupärast kõnetempot ja soravust, et saaks muutusi õigesti hinnata. Kas vastused küsimustele on napid või sõnarohked, kas piirdub üksnes küsimusele kitsa vastuse andmisega või arendab ise teemat edasi. Kas esineb liigselt elav kõne, sõnarohkus ja kõnetulv, nii et on raske küsimusi või märkusi vahele poetada, kas kõneleb sosinal, vaikselt, tavalisel või valjul häälel. Jälgida, kas kõnetempo on ko-gu aeg ühtlane või esineb lainetusi, kas need on seoses küsimuste keerukusega või sisu suunitlusega (indiferentsed küsimused ja ebameeldivate teemade puudutamine). Kas kõnes esineb pause, mis ei ole seotud ei kõne teemaga ega väliste ärritustega.

Mõtlemise seoslikkuse hindamiseks tuleb jälgida nii vastuseid kõnetustele kui ka spontaanse kõne käiku. Kas vastused on sisuliselt seotud küsimusega või neist hoopis mööda. Kas esineb spontaanseid arusaamatuid hüppeid ja üle-minekuid ühelt mõttelt teisele. Kas ilmneb laialivalgu-vust, kaldumist kõrvalistele ning juhuslikkudele mõtetele primitiivsete assotsiatsioonide tasemel (kõlalised, juhus-likud ruumilised või sarnasuse seosed). Kas patsiendi kõ-nes esineb keerukaid, raskesti mõistetavaid, ilmselt mingi varjatud alltekstiga väljendusi, kas kasutab arusaamatuid originaalseid sõnamoodustusi. Jälgida vebigeratsiooni ja perseveratsiooni esinemist kõnes, stereotüüpiate esine-mist kirjas.

Mõtlemise vormiliste külgede iseloomustamiseks pakuvad täiendavat materjali assotsiatsioonikatse ja teised sõnalised uurimistestid, nende resultaate tuleb hinnata ühes kompleksis kliinilise vaatluse andmetega.

Mõtlemise sisulises osas tuleb jälgida vähimaidki vihjeid patsiendi suulistest ja kirjalikkudes avaldustes, mis viitavad sund-, ülekaaluste või luulumõtete esinemisele. Igat tabatud vihjet tuleb üksikasjaliku intervjuu abil lähemalt analüüsida. Sageli on patsiendid oma sundmõtete suhtes vägagi avameelsed ja spontaanselt esitavad kaebusi nende esinemise kohta, kuna nad subjektiivselt kannatavad nende all. Luulu- ja ülekaaluste mõtete suhtes aga võib mõnigi patsient olla üpris kinnine, osal juhtudel ka sundmõtete suhtes. Seepärast peab eriti detailselt välja selgitama patsiendi käitumises esinenud asjaolude motiivid, kuna just neist hargnevad tihtipeale luulu- või ülekaaluste mõtete kirjeldused. Sundmõtete kohta on vaja täpsustada nende detailne sisu, millistes situatsioonides nad on tekkinud ja esinevad, kuivõrd mõjustavad patsiendi tegevust, mida ta teeb sundmõtete vältimiseks või peletamiseks, milline on subjektiivne suhtumine neisse mõtetesse, emotsionaalne reaktsioon. Luulumõtete ja ülekaaluste mõtete kohta tuleb välja selgitada nende täpne süžee, millal ja millest on alguse saanud, millised asjaolud on aidanud kinnitada luulu, kuivõrd on neil mõju patsiendi käitumisele (depressiivsete mõtete korral enesevigastuste või suitsiidikatsete olemasolu, suuruseluulu korral konfliktid oma uljaste plaanide realiseerimise ning varaliste võimaluste vahel, paranoilise luulu korral agressiivsed või passiivsed kaitseaktid vaenlaste suhtes). Hoolikalt tuleb analüüsida luulumõtete seost meelepetetega. Kuidas patsient ise hindab oma võimeid, omadusi, millised on tema plaanid ja kavad tulevikuks, kuidas suhtuvad teised inimesed temasse, kas esineb vaenulikkust, sihilikkust, mõjustamist, kas patsiendil on täita mingi eriline missioon elus ja ühiskonnas.

Mõtlemise sisuliste häirete suhtes on oluline teada saada patsiendi subjektiivne suhtumine oma mõtetesse: kas ta on veendunud, kas esineb aeg-ajalt kõhklusi või on tegemist oletustega. Vestluse käigus tuleb analüüsida, kuivõrd luululised ja ülekaalused mõtted on loogilise selgitusega korrigeeritavad (seejuures aga vältida vaidlust patsiendiga, püüda asjalikus toonis esitada fakte, mis võiksid kõnelda luulu vastu, ning jälgida, kuidas patsient selliseid fakte hindab). Kas sundmõtted alluvad sugestioonile, kas on suuteline ise tahtepingutusega ja tähelepanu kontsentreerimisega muudele mõtetele (näit. eksperimentaalse uurimise ülesannete lahendamisele) vältima sundmõtteid.

d. Intellekt

Intellekt kui võime tegelikkuse üldistatud tunnetamiseks ja adekvaatseks tegutsemiseks reaalsete tingimuste kohaselt avaldub kõige selgemini inimese adaptatsioonivõime tasemes elutingimustele, olustikule ja töötegevusele. Seepärast on intellekti taseme kohta kõige autentsemat materjali võimalik hankida üksikasjalikust eluanamneesist, võrreldes autoanamneesi ja teistelt isikutelt saadud andmeid.

Nõrgamõistuslikkust iseloomustavad vaimse arengu häired kas sünnist või varasest lapseeas peale, raskused õppimisel, kutse omandamisel ja tööalases ning sotsiaalses kohastumises. Tuleb aga silmas pidada, et raskused koolis ning tööalal võivad olla tingitud ka muude psüühiliste funktsioonide (eriti tahtefunktsiooni) häiretest, aga ka halvast sotsiaalsest miljööst kasvueas. Seepärast ei ole võimalik mõnest üksikust anamnestilisest faktist (näit. patsient on koolis korduvalt istuma jäänud, tegutseb lihtsal tööalal vms.) automaatselt järeldada, et tegemist on nõrgamõistuslikkusega. On vaja üksikasjalikult analüüsida patsiendi üldistus- ja abstraktsioonivõimet, elu mitmesuguste situatsioonide lahtimõtestamise taset, järelduste tegemise või-

met, aga samuti välja selgitada anamneesist ilmnevate adaptatsiooniraskuste subjektiivne motivatsioon.

Nõdrameelsust iseloomustab inimese mõtlemis- ja otsustusvõime taseme langus elu vältel, seepärast tuleb anamnestiliste andmete põhjal analüüsida, kas patsiendi elus on sellist alanemist toimunud. Milles ja millised kohastumisraskused on tekkinud, kas patsient on neid ise ka tunnetanud või on teised isikud neid täheldanud. Milline on oma elu, olustikuliste tingimuste, majandusliku külje ja sotsiaalsete suhete korraldamise ja juhtimise võime, millised muutused on toimunud tööalastes võimetes ja oskustes.

Anamnestiliste andmete kõrval aitavad vaatlusaluse isiku intellektuaalset taset uurida mitmesugused konkreet-
sed uurimisvõtted, esmajoonelises spetsiaalses intellektites-
tid. Igapäevases praktilises tegevuses võib haigete psüh-
hopatoloogilise uurimise raamides kasutada intellekti tase-
me üldjooneliseks hindamiseks ka mõningaid lihtsamaid võt-
teid, mille tulemuste hindamine toimub kliinilise materja-
li valgusel. Mõned sellised ülesanded on alljärgnevalt ni-
metatud.

Mõistete valdamine: lasta patsiendil seletada, mida tähendavad sõnad mööbel, juurvili, ausus, patriotism jne., kasutades mitmesuguseid konkreetseid ja abstraktseid mõis-
teid.

Mõistete võrdlemine: lasta selgitada, mille poolest erinevad laud ja tool, uks ja aken, järv ja jõgi, kinkimine ja laenamine, vale ja eksitus jne.

Arvutustehete valdamine: kontrollida kõike nelja te-
het ühe- ja kahekohaliste arvudega, kontrollida patsiendi
võimet tuletada ise vajalik tehe ($x + 15 = 28$, kui suur
on x ? jne.).

Piltlikkude väljendite sisu mõistmine: mis tähendab
"kuldne süda", "süda langes saapasäärde", "elab oma käe
peal" jne.

Vanasõnade allegooria mõistmine: kuidas tuleb aru
saada vanasõnust "Nälga on kõige parem kokk", "Parem pool

muna kui tühi koor", "Tasem sõidad, kaugemale jõuad" jne.

Orienteerumisvõime ühiskondlik-poliitilise elu sündmustes ja arusaamine nende põhjuslikest seostest.

Täiendavaid andmeid intellektuaalse taseme analüüsimiseks pakuvad ka piltide grupeerimise test, arvutustest, mõningal määral ka assotsiatsioonikatse. Võib kasutada ka erinevat värvi ja erineva kujuga klotside süstematiseerimise ülesannet, üksikosadest tervikliku geomeetrilise kujundi või pildi kokkuseadmise katset jt. võtteid, mis ise-loomustavad mõtlemise taset.

Otstarbekas on intervjuu käigus jälgida patsiendi võimet mõista huumorit, tabada koomilist elementi väljendustes ja kirjeldustes: eriti nõrgamõistuslikkuse korral on see võime puudulikult arenenud või puudub täiesti.

Tuleb tähelepanu juhtida mõningatele detailidele ja nüanssidele, mis aitavad diferentsida nõrgamõistuslikkust nõdrameelsusest. Arvutustehete puhul on nõrgamõistuslik paremini suuteline lahendama ülesandeid, mis on seotud konkreetsete asjadega (näit. liitma õunu, lahutama tikke jne.), vähem aga suudab opereerida puhaste arvudega. Nõdrameelsuse korral on paremini säilunud koolis omandatud automaatsed arvutustehted, raskusi esineb aga konkreetsest situatsioonist arvutustehete tuletamisega ($5 \times 16 = 80$ lahendab õigesti, samal ajal aga ühe kg leiva hinnast (16 kop.) välja arvutada 5 kg hind on seotud suurte raskustega). Allegooriliste väljenduste ja vanasõnade lahtimõtestamine on oligofreenikule raske, ta käsitab neid enamasti sõnasõnalises tähenduses ja sageli kitsalt oma isiklikkude kogemustega seostades. Dementsel haigel on säilunud küll selliste väljenduste üldkehtiva tähenduse formaalne teadmine, kuid teiste sõnadega väljendamine ja analoogiate leidmine ei õnnestu.

Mälufunktsiooni uurimisel on otstarbekas diferentseeritult jälgida omandamisvõimet, omandatud kogemuse säilumist ning reproduktsioonivõimet. Varasema kogemuse säilumise ja reproduktsiooni tase ilmneb kõige reljeefsemalt anamneesi kogumise käigus, eriti kui võrrelda autoanamneesi andmeid objektiivsete materjalidega. Hinnata tuleb, kas patsient on võimeline oma elu kohta andma kronoloogiliselt ja faktiliselt täpset anamneesi, kuivõrd ta on suuteline reprodutseerima oluliste elusündmuste detaile, milline on anamneesi pidevus, andmete täpsus ajas, kuivõrd suudab sündmusi seostada samaaegsete ajalooliste sündmustega või paralleelsete sündmustega oma perekonnavalus. Kuivõrd käepärane on talletatud materjal, kas meenuvad asjaolud ja faktid kergesti või peab tuletama kaudsete seoste abil; kuivõrd kindel on reproduktsioon - kas korduval intervjuudel annab kattuvaid või lahkuminevaid kirjeldusi. Mälufunktsiooni seisundist annab teatud pildi ka põhiliste koolis omandatud teadmiste kontrollimine. Sageli - raskemate mäluhäirete ilmnemisel - on otstarbekas uurida, kas patsient teab oma vanemate nimesid, vendade-õdede nimesid ja vanuselist järjekorda, oma abikaasa personaalandmeid ja põhilisi eludaatumeid, oma laste nimesid ja vanuselist järjekorda.

Jälgida patsiendi võimet reprodutseerida viimase kuu, nädala, viimaste päevade, tänase päeva sündmusi, kohtumisi jne. Kuivõrd on meeles viimati loetud raamatu sisu, viimaste lehtede või päevauudiste tähtsamad faktid, arstiga peetud viimase vestluse temaatika jne. Kas teab arstide, õdede, kaashaigete nimesid. Hoolikalt tähele panna, kas esineb reproduktsioonis lünki, täpsustada nende ajalist ulatust. Kas ilmneb konfabulatsioonid. Kas mäletab paremini varasemaid või hilisemaid elusündmusi.

Iseloomulik on ka see, kas patsient on ise tunnetanud oma mälufunktsiooni nõrgenemist ja nimelt millises lülis (õppimisvõime või reproduktsioonivõime osas), kas

pidevalt või episoodiliselt, kas mäluhäired on seotud mingite kindlate teguritega (väsimus, ülepinge, erutus vms.). Kas omaksed või kaaslased on täheldanud patsiendi mälu halvenemist, milles see väljendub. Kuivõrd mälu funktsiooni häired on mõjustanud töövõimet, toimetulekut igapäevases elus, millised raskused või pahandused on neist süngenud (kaotanud esemeid, unustanud arveid maksmata, jäi kohtumisele ilmutamata, jättis tähtsajalise ülesande täitmata vms.).

Patsiendi omandamisvõime uurimiseks käesoleval ajal on otstarbekas kasutada mälu eksperimentaalse uurimise võtteid: õppimistesti ja operatiivmälu testi. Tuleb aga silmas pidada, et nende testide andmeid võib järeldesteks kasutada ainult siis, kui resultaadid mitmekordsel uurimisel langevad ühesugusesse diapasooni.

Reprodutseerimisvõime kohta annab mõningaid andmeid ka korrutustest - kuivõrd on säilinud ja reprodutseeritavad varem omandatud elementaarsed arvulised seosed.

f. Tahteelu

Tahteelu uurimisel ja hindamisel on otstarbekas eraldi vaadelda tahteaktiivsuse põhinihood ja tahtelises tegevuses ilmnevat püsivust ning järjekindlust.

Tahteaktiivsuse nivoo muutuste kohta ilmnevad andmed anamnestilisest materjalist, kas patsiendi subjektiivsetest kirjeldustest või tema omaste ja kaaslaste tähelepanekutest: kas on tekkinud aktiivsuse langust, suurenemist või on esinenud märgatavaid kõikumisi nii ühes kui teises suunas. Välja selgitada tuleb täheldatud muutuste üksikasjalik kirjeldus, samuti ka võimalikud asjaolud, millega tahteaktiivsuse muutused on seotud (somaatilise haiguse korral loodus ja passiivsus, ülepingutuste ja erutuste korral kas kärsitus või passiivsus jne.).

Objektiivsel jälgimisel - niihästi intervjuude väl-

tel kui ka kliinilise vaatluse käigus - tuleb tähelepanu pöörata käitumise joontele, mis iseloomustavad patsiendi tahteaktiivsuse taset: kehahoid, motoorika elavuse tase, liigutuste kiirus, spontaansus tegevuses, initsiatiiv, huvi ümbruse ning kaaslaste vastu, osavõtt mängudest, isetegevusest, vestlustest, tööst. Kas täidab ainult korraldusi, kas tegutseb spontaanselt, kas eelistab lamada või loiult istuda. Tegevuse käigus vaadelda, kas ilmneb initsiatiivi kerkivate probleemide lahendamisel, tegevuse ümberlülitamisel jne. Kas ilmneb liigset rabelemist, kärsitust, rahutust. Milline on rahutuse iseloom - kas avaldub rudimentaarse tegevusvormide kujul või sihitutes ja sisututes liigutustes.

Tahtefunktsioonide sihipärasus ja püsivus ilmneb nii anamnestilistest andmetest kui ka objektiivsel vaatlusel ning kliinilisel jälgimisel. Jälgida tuleb niihästi elementaarse motoorika sihipärasust ja koordinatsiooni kui ka tegevuse käigus avalduvat püsivust ja sihikindlust. Elementaarseid liigutusi vaadelda söömisel, esemete käsitlemisel, riietumisel, töötegevuse juures - kuivõrd need on sihipärased ja otstarbekad ning koordineeritud. Kas esineb tarbetuid stereotüüpiaid, kas esineb ambitendentsi elemente või episoodilisi liigutuste katkemisi. Jälgida ka keerukamaid käitumisvorme, kas nendes avaldub sihipärasus, kas viib alustatud tegevuse lõpule või jätab loiult pooleli või hoopis hüpleb ühelt tegevuselt teisele ilma ühtki lõpule viimata.

Enesestmõistetavalt tuleb patsiendilt välja selgitada tema subjektiivne hinnang oma tahtefunktsioonide kohta. Millised on kaebused ja tähelepanekud oma energia taseme ja püsivuse suhtes, millised asjaolud mõjustavad tahtefunktsioone (sisemised või välised, reaalsed või meelepettelised ja luululised), milline on patsiendi motivatsioon ühe või teise käitumisvormi suhtes.

Kliinilise materjali kõrval aitab tahtefunktsioone ja motoorikat uurida ka hoolikas jälgimine eksperimentaal-

se uurimise käigus: motoorse refleksi testi andmed iseloomustavad motoorika kiirust ja täpsust ning püsivust, patsiendi suhtumine sõnaliste testide teostamisse (tema valmisolek, aktiivsuse tase koostööteostamisel testide käigus) näitavad samuti nii aktiivsuse üldnivood kui ka püsivuse astet.

g. Tundeelu

Tundeelu seisundi jälgimisel ja analüüsimisel on otsustavaks käsitleda eraldi ühelt poolt põhimeeleolu ja teiselt poolt emotsionaalse reaktiivsuse taset.

Põhimeeleolu seisund ilmneb patsiendi subjektiivsest kirjeldusest ja omaste ning kaaslaste tähelepanekutest. Kuid tuleb silmas pidada, et mõõduka intensiivsusega depressioon ja ärevus võivad jääda kõrvalseisjatele märkamata. Mõnikord ei avalda ka patsient ise neid meeleolumuutusi, kas seetõttu et ta neid ei oska õigesti hinnata või ei pea milgi põhjusel vajalikuks oma meeleolu varjundeist arstile kõnelda. Seepärast on alati vaja hoolikalt jälgida patsiendi miimikat, pantomiimikat, kehahoidu, liigutuste iseloomu ja sõnalisi avaldusi neis ilmneva meeleolu suhtes. Kas patsient istub passiivselt konutades, kas ta on nukra ilmega, nutab, kas ta liigub ringi ahastades, kas ta on ülemeelikus ja vallatlevas meeleolus, naljatleb ja naerab igal võimalusel ja ka ebasobivates situatsioonides. Kas on ilmes ja käitumises täheldatavad ärevus, hirm, paanika. Kõikide selliste väliste avalduskujude kohta tuleb patsienti intervjuuerida, välja selgitada asjaolud, mis põhjustavad vastavat meeleolu (kas välised sündmused, teised inimesed oma käitumisega või ütlustega, meelepettelised elamused või luululine interpretatsioon). Kas patsient on mures oma tervise pärast, millest see on põhjustatud; kas esineb suitseedimõtteid, soov surra, kas esineb kartus surma ees, surmahirm. Iseloomulikku materjali meeleolu kohta annab ka

see, kui patsienti intervjueerida domineerivate kujutluste, mõtete ja mälestuste suhtes - kas need on nukra, rõõmsa või äreva emotsionaalse tooniga. Kas esineb vastutahetelist nuttu või naeru ilma vastava sisemise emotsioonita.

Emotsionaalse reaktiivsuse seisund avaldub eeskätt suhtlemises kaaslastega ja ümbruse tingimustega. Kliinilises jälgimises tuleb tähele panna, kas patsient on suhtlemises tasakaalukas, tuim või kergesti ägestuv, erutuv ja vihahoogudesse sattuv. Kas kaldub kergesti naerutujju, ülemeelikusse vallatlemisse. Kas tujumuutused on spontaansed või seotud väliste sündmustega. Kas suudab oma emotsionaalseid reaktsioone pidurdada või mitte, kas tahab seda või ei pea vajalikuks. Kas kaldub kergesti agres-siivsusele, kas spontaanselt või provotseerivate asjaolude toimel. Intervjuu käigus tuleb jälgida patsiendi emotsionaalset kaasaelamist käsitletavatele teemadele: kas ilme, kõnetoon, hoiak, vegetatiivsed funktsioonid (näo verevarustus, pulsisagedus) reageerivad meeldivate ja raskete elusündmuste meenutamisel, kas reaktsioonid on sisuliselt adekvaatsed või esineb väärustusi (naerab ema surmast jutustades jne.) või ambivalentsi (nutt-naer vaheldumisi, lõbusus ja vihasööst läbisegi jne.). Jälgida ka, kas avaldub häbelikkust, piinlikkust, kahetsust ebameeldivate sündmuste ja tegude meenutamisel; kas kaldub jõhkruisele ja hoolimatusele, kas ilmneb tuim ükskõiksus. Emotsionaalset reaktiivsust on otstarbekas jälgida ka eksperimentaalsete uuringute käigus - kuidas patsient reageerib ülesannete lahendamisel õnnestumistele ja vigadele (kas ükskõiksest, adekvaatselt, üliintensiivselt).

h. Kihud

Psühhopaatoloogilise uurimise raamides on küllalt oluline välja selgitada ka kihude ja instinktide tase ning avalduskujud ja neis haiguse käigus tekkinud muutused.

Toitumisininstinkti osas on vaja hinnata anamnestiliste andmete alusel ja patsiendi kliinilisel jälgimisel, mil-line on söögiisu intensiivsus: kas esineb selle kõrgene - mist (bulimia) või alanemist, isutust (anoreksia). Silmas tuleb aga pidada, et psüühilistel haigetel võib toidust keeldumine sageli olla põhjustatud mitte isu kadumisest, vaid meelepettelistest elamustest (vastiku lõhna või maitse tõttu) ja luulust ("ma ei ole väärt, et süüa", patsient arvab, et teda tahetakse mürgitada jne.). Seepärast on toidust keeldumise korral vaja intervjuu käigus üksikasjalikult välja selgitada motivatsioon, alles selle alusel on võimalik hinnata söögiisu taset. Jälgida ja uurida tuleb ka, kas ei esine patsiendil toitumisininstinkti vääramist: kas ta sööb mingeid erilisi aineid (paberit, liiva, puutükke, faecet). Kas isumuutused on difuussed või valikulised teatud ainete või teatud situatsioonide suhtes.

Enesekaitseinstinkti osas tuleb jälgida, kas see avaldub liialdatud kartlikkusena, muretsemisena oma tervise pärast, pingutatud hoidumisena külmetuste, nakkuste ja vigastuste eest - või ilmneb hoopis selle instinkti avalduskujude pidurdus (valutunde alanemine, ükskõiksus ohtlike situatsioonide suhtes). Erilist hoolikust on vaja enesekaitseinstinkti vääramist analüüsimisel kalduvuse esinemisel enesevigastusteks ja enesetapmisele.

Uurimisinstinkti avalduskujude puhul jälgida, kas domineerib passiivne või aktiivne orienteerumisrefleks, kas on täheldatav ülielav ja pidevalt objektilt objektile liikuv uurimisrefleks või on tegemist hoopis selle refleksipuudumisega ning patsiendi täieliku tuimusega ümbritsevate isikute, tegevuse ja enda situatsiooni suhtes.

Erilist tähelepanu nõuab seksuaalkihu seisundi uurimine. Autoanamneesist ja abikaasa andmetest tuleb välja selgitada seksuaalkihu intensiivsuse tase, selle avalduskujude laad, hälvete ja vääramist esinemine, haiguse käigus täheldatud muutused. Oluline on välja selgitada patsiendi subjektiivne hinnang oma seksuaaltungi ja seksu-

aalelu korralduse suhtes, kas esineb mingeid probleeme ja milliseid. Milliste asjaoludega seostab patsient ise oma häireid seksuaalfunktsioonides, eriti kas arvab need juhtuvat onanismist või mingeist muudest asjaoludest. Kliinilisel jälgimisel tuleb pöörata tähelepanu patsiendi suhtlemise laadile vastassoost isikutega, kuidas mõjuvad sellised kontaktid patsiendi käitumisele, kontaktivõimele ning aktiivsusele, kas ilmneb väljendustes või käitumises seksuaalse agressiivsuse tundemärke; kas täheldatakse niibuse või rõvetsemise jooni. Sageli võib haige kirjalikkudes avaldustes või joonistes ilmsiks tulla seksuaalinstinkti mõningaid külgi, mida muudes käitumisvormides ega ka intervjuus ei tabata.

D. PSÜHHIAATRILISE DIAGNOSTIKA METODOLOOGIAST

Psühhopatoloogilise uurimise resultaadi võetakse kontsentreeritult kokku diagnoosi kujul. Kogutud anamnestiliste ja uurimisandmete analüüsimisel ja neist diagnoosi tuletamisel on otstarbekas silmas pidada mõningaid psühhiaatrilisi diagnostika metodoloogilisi põhiprintsiipe.

Kõige esimese sammuna tuleb kogu ammutatud materjalist, esmajoones psüühilise staatuse andmeist, välja noppida kõik psühhopatoloogilised sümptomid. See pole alati kuigi kerge ülesanne, eriti väheste vilumustega arstile. Elimineerida psüühilise tegevuse komplekssest ja mitmepalgelisest konglomeraadist erinevaid kõrvalekaldumisi - see nõuab peent analüüsi ning tähelepanelikku hindamist. Just niisuguseks analüüsiks annab kõige parema võimaluse see, kui psüühilise staatuse määramisel ja hindamisel kasutatakse kindlat skeemi. Siis on võimalik üksikute psüühiliste funktsioo-

nide kaupa detailselt analüüsida, kas ja milliseid kõrvalkaldumisi esineb patsiendil.

Oluline on silmas pidada, et mitmete psüühiliste haiguste korral võib mõne psüühilise funktsiooni osas esineda raskesti märgatavaid alanemise nähte: tahteaktiivsuse langust, emotsionaalset tuimenemist, mälu käepärasuse või omandamisvõime nõrgenemist jms. Nende nn. negatiivsete sümptomide äratundmine ja õige hindamine eeldab patsiendi premorbiidse isiksuse põhjalikku tundmist ja tema psüühilise staatuse väga hoolikat määramist. Diagnostilise ja diferentsiaaldiagnostilise väärtuse poolest on negatiivsed sümptoomid sageli aga veel olulisemad kui nn. positiivsed sümptoomid: meelepetted, sund- ja luulumõtted, katatoonsed motoorikahäired jt. Seepärast on oluline kliinilist kogemust arendada ja analüüsivõimet teravdada eriti just negatiivsete sümptomide valdkonnas.

Edasi tuleb kõikide väljaselgitatud sümptomide hulgast elimineerida juhtiv(ad) või domineeriv(ad) sümptom(id), analüüsida nende omavahelisi suhteid ja sellest sünteesida patsiendi psüühilist tegevust käesoleval ajal iseloomustav psühhopatoloogiline sündroom. Sündroomil on oluline tähendus diagnostilisest aspektist, ühtlasi aga aitab see tungida ka haiguse patogeneetilisse olemusse.

Psühhopatoloogiliste sündroomide arv on suur, iga sündroom võib veel esineda mitmesugustes variantides, plenevalt lisasümptomide struktuurist. Diagnostilises arutluses on otstarbekas esimese sammuna hinnata, millises psüühilise tegevuse valdkonnas on sedastatavad põhilised kõrvalkaldumised, milles seisneb antud juhul psühhopatoloogilise sündroomi tuum. Kõige jämedamates joontes tuleb diferentseerida, kas on tegemist intellektuaal-mnestiliste funktsioonide, tunnetuslikkude protsesside (taju-mine, mõtlemine) või emotsionaal-tahteliste funktsioonide domineeriva häirega. Intellektuaal-mnestiliste funktsioo-

nide häirete valdaval esinemisel psühhopatoloogilises pildis tuleb mõelda kõigepealt kesknärvisüsteemi orgaanilistele kahjustustele ning edasised diferentsiaaldiagnostilised otsingud ja kaalutlused suunata sellesse valdkonda. Kui kliinilises pildis domineerivad emotsionaal-tahtefunktsioonide hälbepildid, tuleb diferentsiaaldiagnostiliselt kaalutleda esmajoones neurooside ja psühhopaatiavõimalust, aga ühtlasi silmas pidada ka funktsionaalsete või orgaaniliste psühhoside algstaadiumi. Kui aga juhtivaiks on tunnetusprotsesside häired, tulevad kaalumisele funktsionaalsed endo- ja eksogeensed psühhosid.

Diagnostilise ja diferentsiaaldiagnostilise analüüsi järgmiseks sammuks on psühhopatoloogilise sümptomatoloogia hindamine selle dünaamika, lähtudes anamneesi materjalidest. Esmajoones tuleb hinnata, kas kõrvalekaldumised psüühilises tegevuses on sedastatavad olnud juba lapse- või koolieast peale või on need tekkinud hilisemas eas. Kui tegemist on varasest east esinenud kõrvalekaldumistega, millel puudub eriline dünaamika, siis tuleb mõelda kas oligofreeniale (kui juhtivaks on intellektuaal-mnestiliste funktsioonide puudulikkus) või siis psühhopaatiale (kui domineerivad emotsionaal-tahtesfääri hälbepildid). Kui aga tegemist on psüühiliste häirete tekkimisega mingist teatud eluetapist alates, kusjuures haigustunnustel on märgatav dünaamika ajas, tuleb mõelda haigusprotsessi esinemisele - neuroosile või psühhosile, olenedes juhtivast sündroomist. Haiguse dünaamika üksikasjalik analüüs annab olulist täiendavat materjali diagnostiliseks ja diferentsiaaldiagnostiliseks arutluseks. Vaja on analüüsida haiguse üldist kulgu: kas kõrvalekaldumised psüühilises tegevuses on tekkimisest alates pidevalt süvenenud (nn. püsikululine haigusprotsess, mis on iseloomulik progresseeruvatele orgaanilistele kahjustustele, aga ka mõnele skisofreenia vormile jt.). Kas haiguse kulus saab märgata nihkeid, mille vahetel võib protsess kas peatuda või isegi anda osalisi remissioone (nn. nihkekululine protsess, mis esineb mõnedel endogeensetel psühhosidel, eriti skisofreenial), või

on tegemist haigusega, mis esineb aeg-ajalt ilmuvate hoo-
gudena, mille vaheajal inimene on terve (nn. hooikululise
protsessi intermissioonis), mis on iseloomulik maniakaal-
depressiivsele psüühosile ja mõnele reaktiivsetele psü-
hoosidele).

Haiguse dünaamika analüüsimisel on oluline välja sel-
gitada ka seda, kas tegemist on ainult samade psüühiliste
kõrvalekaldumiste intensiivsuse muutustega (nagu see on ise-
loomulik dementsusega kulgevate haiguste, aga ka psühhopaa-
tia korral) või on sedastatavad sündroomide struktuuri muu-
tused mõnede sümptoomide taandumisega ja uute juurdetuleku-
ga (seda esineb mitmete endogeensete psüühoside kulus).
Oluline on muidugi arvesse võtta ka kulu tempot: kas psühho-
patoloogilised sümptoomid on välja kujunenud lühikese ajaga
(ägedad, alaägedad protsessid) või pikkamööda (krooniliselt
kulgevad protsessid).

Eriti vastutusrikas etapp diagnostikas ja diferentsi-
aaldiagnostikas on haiguse k a u s a a l s e t e s e o s t e
väljaselgitamine. Väga paljudel, praktiliselt enami-
kul psüühiliste haiguste juhtudel esineb haiguse anamneesis
kas mitmesuguseid ekso- või endogeenseid kahjustusi ja hai-
gusi või vähemalt psühhotraumasid, kas ägedaid või krooni-
lisi konfliktseid situatsioone (neid esineb lõppeks ju iga
inimese elukäigus). Selliste anamnestiliste andmete hin-
damisel tuleb hoolikalt vältida loogilist viga "post hoc,
ergo propter hoc". Mingi somaatilise haiguse või kahjustu-
se või psüühilise trauma ajaline kokkulangemine psüühilis-
te häirete ilmnemisega ei pruugi sugugi tähendada nende-
vahelist põhjuslikku seost. Siin tuleb silmas pidada vä-
ga mitmesuguseid võimalusi. Ühelt poolt võivad ekso- või
endogeensed kahjustused olla tõepoolest otsesteks põhjus-
teks psüühilistele häiretele. Niisugusel korral kajastub
see muidugi ka psühhopatoloogilise sündroomi struktuuris
ja iseloomus. Näiteks ajukolju trauma järel arenevad
teadvusehäired ja sellele järgnevalt ilmnevad intellektu-
aal-mnestiliste funktsioonide kahjustused lubavad trauma
ja psüühilise haiguse vahel sedastada kausaalset seost.

Psühhotrauma järel tekkinud depressiivse sündroomi korral, mille temaatikas on juhtival kohal traumeeriva situatsiooni motiivid, on alust diagnoosida reaktiivset depressiooni. Seega mitte ainult ajaline, vaid ka sisuline seos endo- või eksogeense faktori ja psühhopatoloogilise sündroomi vahel on eelduseks nendevahelise põhjusliku seose tunnustamisele.

Teine võimalus on see, et endo- või eksogeenne kahjustus on avaldanud ainult provotseeriva faktori toimet psüühilise haiguse tekkimisel. Sellisel korral on olemas küll ajaline ühtelangemine, kuid kujunenud psühhopatoloogiline sündroom on sellise iseloomuga ja struktuuriga, et see kuidagi ei ole sisuliselt seostatav antud kahjustava faktoriga. Kui psüühilise trauma järel hakkavad patsiendil ilmne-ma intellektuaal-mnestiliste funktsioonide alanemise nähud ja kujuneb dementsuse sündroom, siis seda ei saa kausaal - sesse seosesse viia psühhotraumaga, küll aga võib viimane olla faktoriks, mis reljeefsemalt aitas välja tuua haigus-nähte.

Kolmas võimalus on see, et mingi endo- või eksogeenne kahjustav faktor mõjub organismile perioodil, kui psüühiline hälve on juba tekkinud, kuid selle tunnused on veel üs-na tagasihoidlikud. Kahjustuse toimel muutuvad haiguse sümptomid intensiivsemateks, haiguse kulg kiireneb ja kõrvalseisjatele jääb tihti mulje, et alles nüüd tekkiski psüühiline haigus. Selliseid pseudoseoseid võib leida õi-ge paljude haigete kohta nende omastelt või kaaslastelt kogutud anamneesis. Seepärast on alati väga hoolikalt va-ja selgitada patsiendi psüühilise tegevuse seisund mitte ainult teatud kahjustuse järel, vaid ka sellele eelneval perioodil, seejuures täpselt analüüsida, kas ei olnud juba siis tegemist mingite muutustega.

Somaatilise seisundi uurimise andmed, vajaduse korral detailsete parakliiniliste uurimistega täiendatult ning somaatiliste haiguste anamneesi valguses hinnatuna, anna-vad pidepunkte orgaaniliste ja sümptomaatiliste psühho-

side diagnoosimiseks. Ja lõpuks ei tohi unustada ka sellist võimalust, et ühel patsiendil võib kombineeruda kaks (või isegi enam) erinevat haigust psüühiliste häiretega.

Õigele ja täpsele diagnoosile saab jõuda teed pidi, mis viib sümptomatoloogia detailselt analüüsilt sündroomi ja selle dünaamika sünteesile ajalistes ja kausaalsetes seostes.

S I S U K O R D

	lk.
Annotatsioon	1
A. Haige psühhopatoloogilise uurimise ülesanded	4
B. Psühhopatoloogilise uurimise meetodid	6
1. Psüühika uurimise kliinilised meetodid	7
a. Objektiivsete andmete kogumine	8
b. Psühhiaatriline intervjuu	13
c. Psüühilise seisundi kliiniline jälgimine ..	22
2. Psüühika uurimise parakliinilised meetodid ...	26
a. Õppimistest	29
b. Operatiivmälu test	31
c. Assotsiatsioonikatse	34
d. Piltide grupeerimise katse	37
e. Korrutustest	39
f. Korrektuurtest	41
g. Motoorse refleksi test	42
h. Komplekstestid	46
i. Somaatilised parakliinilised uurimisvõtted	54
C. Psühhopatoloogilise uurimise sisu	55
1. Anamnees	55
a. Perekonna anamnees	56
b. Eluanamnees	57
c. Haiguse anamnees	62
2. Psüühiline staatus	63
a. Teadvuse seisund	64
b. Tajumine	66
c. Mõtlemine	67
d. Intellekt	70
e. Mälu	73
f. Tahteelu	74
g. Tundeelu	76
h. Kihud	77
Psühhiaatrilise diagnostika metodoloogiast	79

Hind 20 kop.

A
31064

5619731

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00561973 1