

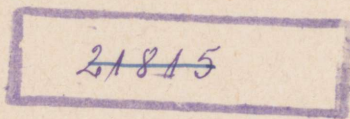
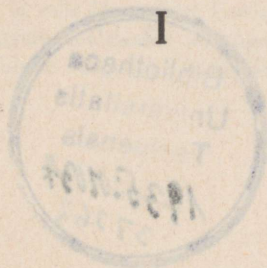
# VAIMSE HÜGIEENI ÜHING

I



TARTU  
1935

# VAIMSE HÜGIEENI ÜHING

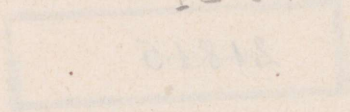


TARTU  
1935

Eraldine äratõmme ajakirjast „Eesti Arst“ 1935 nr. 7



A-9406



## Sisu.

	Lk.
<b>K. Toomingas</b> : Vaimuhügieeni ülesandeist Eestis . . . . .	1
<b>H. Viinapuu</b> : Vaimutervishoiu liikumise ajalugu ja arenemine välismaal	12
<b>T. Soans</b> : Vaimuhaiguste pärilikkusest . . . . .	18
<b>M. Bresowsky</b> : Vaimuhaigete sterilisatsioonist . . . . .	32
<b>M. Bresowsky</b> : Vaimuhaiguste teraapiast . . . . .	36
<b>N. Born</b> : Ravikasvatus ja selle ülesandeist Eestis . . . . .	41
<b>H. Viinapuu</b> : Vaimuhaigete hoolekande arendamisest Eestis . . . . .	50
<b>T. Soans</b> : Ülevaade Vaimse Hügieeni Ühingu 10-aastasest tegevusest	61

---

## Vaimuhügieeni ülesandeist Eestis.

Karl Toomingas.

Veel käesoleva sajandi alul olid tuntuimad psühhiaatrid arvamisel, et vaimuhaigete arv kultuurrahvail ei peaks näitama suurenemist. Interneerimist vajavate vaimuhaigete arvu kiiret tõusu, mida täheldati igal pool, seletati sotsiaalsete põhjusiga töövõimetute krooniliste vaimuhaigete väljasurumisega perekonnast ja seltskonnast ning vaimuhaigete hoolekande paranemisega, millest oli tingitud vajadus ikka uute vaimuhaiglate või vanade asutiste laiendamise järele.

Viimaseil aastakümneil ei püsita enam nii kindlalt eelpooltoodud vaatekohal; vastupidi, on avaldatud põhjendatud arvamust, et vaimuhaigete arv, kuigi mitte kiirelt, siiski järjekindlalt kasvab kultuurrahvail. Täpsad ja otsesed statistilised andmed puuduvad selle arvamuse põhjenduseks ja neid on ka raske saada, kuid kaudsed andmed räägivad väga veenvalt selle oletuse poolt. Kui mõnikümmend aastat tagasi Kraepelin arvas jätkuvat vaimuhaigete ravimiseks ja interneerimiseks vastavais asutisis kahest voodist 1000 elaniku kohta, siis nüüd on juba Skandinaavia riiges jõutud üle 3 voodi 1000 elaniku kohta (Norras 3,5 voodit *pro mille*), — ja sealjuures ei saa ütelda, et vaimuhaiglais oleks ruumi küllaldaselt. Interneerimist vajavate vaimuhaigete arvu alalisest suurenemisest kultuurrahvail, järeldatakse kaudselt vaimuhaigete absoluutse arvu tõusust neis mais.

Statistiliste uurimuste põhjal võib pidada kindlaks tehtuks, et vaimuhaigete arv Euroopa rahvail on jõudnud ligi 1% rahva üldarvust. On aga maakohti, kus vaimuhaigete loendusel on leitud nende arv palju kõrgemana. Ka meil, näi-

teks Tartumaal Avinurme vallas, on vaimuhaigeid leitud koguni 2% (s. o. 1 haige 50 elaniku kohta). Järelikult on võimalik vaimuhaigete arvu suurenemine selle ulatuseni ka mujal. Mitte ainult vaimuhaigete arvu suurenemine pole tõstnud esile küsimuse rahvaste vaimsest degeneratsioonist, vaid sama on ka järeltatud funktsionaalseist erkkonnahäireist: nagu närvinõrkusest, närvilisusest, mitmesuguseist neuroosist ja psühhopaatilist seisundeist. On üldine arvamus, et kasvab ka nende haiguslike nähtude arv, peetakse ju praegust sajandit närviliseks sajandiks. Kui võrt on põhjendatud arvamus funktsionaalsete erkkonnahäirete sagenemisest, ja sellest rahva vaimse degeneratsiooni järeldamine, selle juures ma siinkohal pikemalt ei peatu. Küll on aga see viimane arvamus ühes tõenäoliseks peetava vaimuhaigete arvu suurenemisega, loonud vastuvõtliku aluse uuele liikumisele, mis sissetooduna Põhja-Ameerikast, kiirelt laienes Euroopas pärast maailmasõda, ja mis on ülemaailmselt tuntud „vaimuhügieeni“ nimetuse all.

Teiselt poolt, psühhiaatria arenemine vaimuhaiguste põhjuste selgitamisel on ka loonud väga soodsa pinna vaimuhügieeni levimisele ja selle liikumise elujõuliseks muutmisele.

Psühhiaatria arenemine algas vaimuhaigete-hoolekandete tekkimisega, s. o. ajal, mil vaimuhaigeid hakati eraldama kurjategijaist, leeprahaigeist, vigaseist ja teistest töövõimetuist ühiskonnaliikmetest. Sel ajal ehitati vangitornidest, varjupaikadest, kongidest ja puuridest väljavõetud vaimuhaigeile spetsiaalsed asutised — vaimuhaiglad.

Aja jooksul kasvas teaduslik psühhiaatria üle tollest karitatiivse iseloomuga vaimuhaigete-hoolekandest, laiendades oma uurimuspõldu väljaspoole vaimuhaiglaid (arenes *psichiatria extra muros*). Tegeleti mitte ainult vaimuhaigusiga kitsamas mõttes, vaid uuriti igasuguseid psüühilisi ebanormaalseid nähte nii üksiku isiku kui ka ühiskonna elus; eeskätt asuti uurima psühhopataloogiliste nähtude põhjusti.

Vaimuhaigete-hoolekandest arenes sotsiaalne psühhiaatria.

Kuigi viimaseil aastakümneil vaimuhaigete-hoolekanne on jõudnud kultuuriliselt enamarenenud maades hea seisundini (on sisse seatud ajakohased vaimuhaigeteravilad, on tehtud ravimisvõimalused neis kergesti kättesaadavaiks, nagu osaliselt võib öelda ka meie vaimuhaigete-hoolekande kohta), siiski kliiniline psühhiaatria on senini üsna jõuetu suurema osa, kahjuks ühtlasi ka sotsiaalselt tähtsama osa vaimuhaigete ravimises. Vaimuhaigete kohtlemine ja nende eest hoolitsemine on muutunud humaanseks, kuid ravimisresultaadid *ad sanationem* on jäänud endisiks, kaasa arvamata mõnede eksogeensete psühhooside ravimine, kus kliiniline psühhiaatria on saavutanud häid tagajärgi. Psühhopatoloogiliste nähtude kausaalsete faktorite uurimine on suutnud veenda, et suurem osa psühhoose on konstitutsionaalseist põhjustist, s. o. on tingitud pärilikkusest. Psühhooside põhjuste tundmaõppimine tõstis ka esile nende vastu võitlemise. Sellest tõugatuna sotsiaalne psühhiaatria arenes vaimuhügieeni liikumiseks.

Vaimuhügieeni ülesandeks on aidata kõikide teaduslikult põhjendatud abinõudega alal hoida isiku ning rahva vaimset tervist ja võidelda isiku ning rahva vaimse degeneratsiooniga. Ühtlasi võtab vaimuhügieeni liikumine oma kaitse alla psüühiliselt haiged seltskonnaliikmed, hoolitseb nende ravimisvõimaluste paranemise eest ja aitab korraldada nende hoolekannet.

Isikuline vaimuhügieen põimub igal sammul ühiskonnalise vaimuhügieeniga. Kuigi pealiskaudsel vaatlusel paistab, et isikuline vaimuhügieen ei mahu ühiskonnalise vaimuhügieeni raamidesse, et siin isikuhavid seisavad ühiskonnahavide vastu, siis küsimuse lähemal juurdlemisel näeme, et neid mõlemaid on võimalik viia kooskõlla, ja neid tuleb ka kooskõlastada.

Meie erkkond, kus toimuvad hingelised protsessid ja reaktsioonid, on meelte kaudu alaliselt ümbruskonna mõju all. Alaliselt võivad ebasoovitavad mõjustised välisilmast tekitada takistusi meie erkkonna tegevusele ja tema tasakaalust välja viia. Seepärast kerkivad üles ka igal sammul vaimuhügieeni nõuded ühes vaimutervise ja -tasakaalu säilitamise tarvidusega. Kõikide vaimuhügieeni nõuete ja sihtide juures siinkohal peatumine viiks meid liiga kaugele, peatun vaid mõne tähtsama ala juures, millega tuleks eeskätt teotseta meie vaimutervishoiu liikumisel.

Üks suuremaid aladest vaimuhügieeni valdkonnas on lapse vaimutervishoid.

Senini on meie tervishoiulised nõuded lapseas piirdunud peamiselt kehalise kasvatusena. Vähe on tähelepanu juhitud lapse vaimsele, eeskätt iseloomu arenemisele. Uurimused sel alal tõendavad, et lapse iseloomu arenemine oleneb samal määral kui kehaline kasvamine väliseist teda ümbritsevaist tingimustest. Me tunneme kogu rea laste iseloomukujusid, mida tuleb võtta väliste tingimuste produktina, näit. üksik laps, hellitatud, põlatud laps jne. Väärkasvatuse tagajärjel tekivad lastel neurootilised nähud või seisundid, mis harilikult annavad end tunda ka pärastises elus. Paljud neurootilised või psühhaastilised seisundid on tingitud väärkasvatusest lapseas. Samuti ka paljud asotsiaalsed, resp. antisotsiaalsed iseloomud on väärkasvatuse vili. Raskelt kasvatatavust tingivaid iseloomujooni on võimalik kõrvaldada kasvatusviiside muutmisega. Eelöeldu põhjal on ka arusaadav, miks vaimuhügieeni liikumine pea kõigis mais on võtnud oma üheks tähtsamaks ülesandeks laste õige vaimse arenemise eest hoolitsemise. See on ka üks võimalus rahva neurotiseerumisele piiri panemiseks.

Vaimuhügieeni liikumine peaks lahendada aitama meil aga eeskätt kogu rea küsimusi lastehoolekandes. Meie lastehoolekande ja lastekaitse päevadel on käsitletud pea iga kord laste lahtise ja kinnise hoolekande positiivseid ja negatiiv-

seid külgi, puudutades sealjuures mööda minnes nii ühe kui teise hoolekande viisi toimet lapse vaimsesse arenemisse. Viimasel lastekaitsepäeval oli ette nähtud päevakorras erireferraat laste vaimsest arenemisest imikutekodudes. Järelikult laste vaimne arenemine on s u r u n u d end ikka päevakorda. Kogu rida küsimusi sel alal pole aga kaugeltki lahendatud ei meil ega ka välismail. Näiteks tooksin küsimused: millist mõju avaldab lapse iseloomu kujundamisse järjekindel lastekodudes kasvamine? Kas on olemas „lastekodulaps“ oma erilise iseloomuga? Vastust neile küsimusile pole ma leidnud vastavas teaduslikus kirjanduses. — Meie ajakirjanduses aastate jooksul ilmunud artiklis lastekodude tegevuse kohta on avaldatud palju küll häid, küll ka mahategevaid arvamusi lastekodude kasvandikkude kohta — kuid objektiivselt ja teaduslikult ei saa pidada neid tähtsaid küsimusi veel lahendatuks. Kuna siin on tegemist peamiselt laste vaimsesse arenemisse puutuva alaga, siis tohiks küll vaimuhügieeni alal teotsejad omalt poolt aktiivselt kaasa aidata, et need sotsiaalselt tähtsad küsimused leiaksid teadusliku lahenduse. Siin ei tohiks pedagoogel ja kasvatajail tekkida arvamine, et meie tahame tungida nende tegevusvaldkonda ja segada end asjusse, kus töötavad nii-kui-nii kasvatusteadlased. Lapse vaimses arenemises nii intelligentsi kui ka tunnete ning tahtelilma, s. o. iseloomu arenemises, tuleb sageli ette nähte, mis langevad välja loomuliku arenemise piiridest, kuuludes haiglaste nähtude valdkonda. Loomulikult, neid viimaseid hinnata ning teaduslikult käsitleda suudab psühhopaatoloogilise ettevalmistuse saanud isik, s. o. spetsialist-arst, kelle abist ei saa loobuda pedagoog-kasvataja. Laste kasvatuse alal, samuti ka lastehoolekande alal, peavad pedagoogid, hoolekandetegelased ja arstid töötama kõige lähemas kontaktis, et ühiselt leida õige tee lapse õigele vaimsele arenemisele.

Vaimuhügieeni liikumine jälgib lapse arenemist kuni ta täisealiseks saamiseni: koolis käimisel tuleb kogu rida vai-

mutervishoiu nõudeid silmas pidada, mille juures ma siinkohal pikemalt ei peatu. Samuti ka algkoolist lahkumise ajal, mis meil harilikult toimub sugulise valmimise ajajärgul. Puberteediaeg annab end selgesti tunda lapse hingeelus. On täheldatud rida hingelisi muutusi, vahel ka patoloogilise iseloomuga, mida lapsed avaldavad puberteedieas, seepärast on see aeg hingelise tervishoiu seisukohast väga tähtis. Umbes samal ajal valib noor endale ka elukutse. Õige ja iseloomule vastava elukutse valik on eriti suure tähtsusega isikuile, kes kuuluvad neuro- resp. psühhopaatilise konstitutsiooniga isiksuste hulka.

Edasi tuleks meil juhtida tähelepanu abielu vaimutervishoiule, millise küsimusega on meil ka vähe tegemist tehtud.

Maksvate seaduste järele võib ühe abielupoole parandamata vaimuhaigus, mis on väldanud üle ühe aasta, olla abielulahutuse põhjuseks. Tegelik elu on näidanud, et siin tuleb arvestada raskemate ja selgelt välja arenenud vaimuhaigusiga. Kõik defektiga paranenud, mööduvad ja perioodilised psühhosid langevad seaduse paragrahvi alt välja. Samuti ei saa vaimuhaiguse alla viia raskemaid psühhopaatilisi seisundeid, mis sageli teevad tervele abielupoolele üheselamise raske- maks kui dementse või apaatse nõrgameelse vaimuhaigega. Sellepärast on ka psühhiaatrite nõue — laiendada vaimuhaiguse mõistet abieluseaduses nõnda, et kõik hingeelulised defektid või haiguslikud seisundid, mis on teinud abielulise üheselamise võimatuks hingelise kontakti puudumise tõttu abieluliste vahel, ja mille möödumiseks puuduvad tõenäoliselt väljavaated, oleksid põhjuseks abielulahutusele. Samuti tuleks seaduses võimalus ette näha, et ka väljakujunenud krooniline alkoholism ja muude narkootiliste ainete krooniline tarvitamine, kui see mõjub purustavalt abielusse, annaks võimaluse abielu lahutada. Krooniline alkoholism (samuti ka hingelised haiglased defektid) ei mõju mitte üksi abielulisse ühiselusse purustavalt, vaid ta sageli ruineerib ka teise abielupoole vaimse tervise. Joodikute naised, pikaajalise kooselamise tõttu, muutuvad sageli raskeiks funktsionaalsete

häireiga närvihaigeiks, kes kui abitud ja töövõimetud langevad hoolekandelist abi vajavate isikute hulka. Eriti kannatavad lapsed niisuguseis disharmoneerivais perekonnis, kus leiame väärkasvatusest tingitud neurootilisi seisundeid ja erkkonna muude funktsionaalsete häireiga lapsi raskeltkasvatatavate ja antisotsiaalsete iseloomudega.

Vaimuhügieeni ülesanne on kõigiti kaasa aidata, et abielus ei tekiks hingeline dissonants abielupoolte vahel, ja kui see on ilmestunud, siis aidata seda kaotada, jalule seades hingelise kooskõla ja üksteisest arusaamise abieluliste vahel. Kus see aga ei õnnestu, siis parem juba soovitada abielupooltele lahku minna. Abielulahutus osutub paljudel juhtudel ainsaks võimalikuks abinõuks abielulise keerdsõlme lahendamiseks. Maksvas abieluseaduses on ka võimalus ette nähtud suurema raskuseta sel juhul abielu lahutada, abieluseaduse § 30 põhjal, s. o. poolte kokkuleppel. Hiljuti võis lugeda ajakirjanduses nõuet kustutada abieluseaduse § 30. Uues perekonnaseaduse eelnõus oligi see paragrahv välja jäetud. Vaimuhügieeni seisukohast tooks selle paragrahvi kustutamine normaalse korraliku abielu jaluleseadmiseks ainult kahju.

Nagu kokkuvõetult näeme, on vaimutervishoiul laialdased ja tõsised ülesanded abielu tervendamisel selleks, et hoida alal abielupoolte hingelist tervist ja luua laste vaimsele arenemisele terve ja vajalik õhkkond.

Kõige laialdasem tööväli vaimsel hügieenil on aga võitluses vaimuhaiguste levimisega.

Kui väärkasvatus ja vaimuhügieeni vastased elutingimused tekitavad peamiselt mitmesuguseid erkkonna funktsionaalseid häireid, siis suurema osa vaimuhaiguste põhjused praeguse aja vaadete kohaselt, nagu juba kord ülal mainitud, on konstitutsionaalsed-pärilikud: õige kasvatus ega soodsad elutingimused ei suuda endogeense vaimuhaiguse lahtipuhkemist ära hoida selle haiguse päriliku algega koormatud isikul. Senini vähemalt oleme meie psühhiaatrid siin üsna abitud. Radikaalseks abinõuks on siin piir panna pärilik-haiguslik-

kude algete edasiandmiseks. Sel alal, nagu juba üldiselt teada, on mitmel maal astunud karme samme ja maksma pandud uutel põhimõtetel koostatud seadusi. Ma mainiksin siin paar aastat tagasi Saksamaal antud „pärikkude haiguste ärahoidmise seadust“, või nagu harilikult üteldakse „steriliseerimise seadust“. Pean aga kohe juurde lisama, et suurem osa tuntud psühhiaatreid hindavad skeptiliselt „steriliseerimise seadusi“. Viini pärikkusteadlane Bauer, näiteks, asus Saksa steriliseerimise seaduse suhtes eitavale seisukohale. Keegi ei eita, et nende seaduste mõte on ju õige, kuid teostamisviis on kahtlane ja ei usuta, et see annaks loodetavaid tagajärgi. Ühtlasi on pärikkude haiguste vastu võitlemine võtnud viimaseil aastail ka meil suuna, mis on asjale kahjuks. Meie hoolekande seadusele heidetakse mõnelt poolt ägedalt ette, et see soodustavat alaväärtusliku elemendi arenemist ning kasvamist. Nagu ma aru saan, mõeldakse selle all vaimuhaigete ja nõrgamõistusliste hoolekande korraldust. Õige ju on, et meie hoolekande seadus annab soodsad ja laialdased võimalused vaimuhaigete ja nõrgamõistusliste, samuti ka teiste defektsete isikute hoolekannet tõsta paremale järjele. Ei tule aga ka unustada, et korraldades vaimuhaige eest hoolekannet (näiteks tema interneerimise kujul) me sageli aitame tema perekonda palju suuremal määral kui haiget enast. Samuti ühe idioidi viibimine lasterikkas perekonnas on suureks takistuseks laste arenemisele, ja just tervete perekonnaliikmete pärast tuleb haige eraldada perekonnast. Kuid eriti tähtis on hästikorraldatud vaimuhaigete-hoolekanne vaimuhaiguste vastu võitlemises. Siinkohal tsiteerin ma prof. Rüdini sõnu. Rüdin on Saksamaa „pärikkude haiguste ärahoidmise seaduse“ isasid ja ka selle teostajaid. Ta kirjutab omas artiklis „Saksa rassi hügieeni seltsi ülesanded ja sihid“ järgmist: „Väga tähtis on alatine rõhutamine, et ei tohi halvaks pidada pärikkahaigeid ja -koormatuid. Meie põhimõte pole mitte, põlastusega rääkida pärikkahaigeist, vaid neile kaasa tunda ja õpetada, et ka nende eneste huvides on vaja neil loobuda järeletulijaist. Üldiselt peame meie

püüdma kasulikku välja tuua pärilikult kannatanuist parema ravimisega ja kooliharidusega ning elukutsele ettevalmistamisega — iseenesest mõista ilma et vähendaksime normaalsete edasiviimise võimalusi — nii palju kui iganes võimalik. Kokkuhoid, mis viib selleni, et meie haiged ja nõrgamõistuslised langevad välja alaliselt neid valvava ja uuriva arsti silma alt, on koguni vale ja rassihügieeni vaenulik. Kui me hoiame kokku valel kohal ja jätame haiged ilma alalisest arstilisest valvest ja hoolekandest, siis ei tea me enam, mis tegelikult meie rassiga toimub ja me matame nõnda rassihügieeni põhiluse-diagnostika.

Kui see sünniks ka parema kavatsuse kohaselt, oleks täiesti vale pärilikhaiged ja alaväärtuslised lasta lihtsalt hukkuda. See maksaks end raskesti kätte rassihügieeni programmi läbiviimisel.“

Juba enne R ü d i n'i on mitmed psühhiaatrid rõhutanud, et vaimuhaiguste vastu võitlemises on vajalik hästikorraldatud vaimuhaigete-hoolekanne. Selle tõenduseks võin tuua isiklikke täheldusi Tallinnas. Meie pealinnas on olnud 7 aasta jooksul umbes 200 lahtisel hoolekandel viibiiva naisvaimuhaige, -langetõbise ja -nõrgamõistuslise hulgas kahjuks üks sünnitus, mis juhtus nõrgamõistuslise-langetõbisega. Minu arvates, sel juhtumil rasedaks jäämine ja sünnitamine teostus haige ema teadmisel, kelle hoolitsemisel ta elas. Nagu teada, arvavad meil nii mitmedki, et rasedus mõjub parandavalt langetõvesse, ja mulle näis, et ka meie haige ema lootis oma tütre tervistumist rasedusest ja sünnitusest. Ema varjas oma tütre rasedust kuni viimase kuuni. Lisan juurde, et sündinud laps oli kidur ja elujõuetu, ning suri varsti pärast sündimist. Küll aga tuli hoolekande all olevail naishaigeil resp. meeshaigete naistel kolm korda rasedus ette. Kõik need rasedused katkestati emade tervislike, ühtlasi ka eugeenilisel põhjusil. Järelevalve abil on suudetud ära hoida sünnitusi hoolekandelist abi saavate vaimuhaigete, langetõbiste ja nõrgamõistusliste poolt, milline eesmärk ongi steriliseerimisoperatsioonel. Tuleb eriti alla rõhutada asjaolu, et kor-

raldatud vaimuhaigete-hoolekande abil avastame pärilikhaigusi levitavaid perekondi, resp. suguluskondi, milliste pesade likvideerimiseks osutub ka radikaalsete abinõude tarvitamine kasulikuks ning vajalikuks. Sellepärast vaimuhügieeni liikumine, nii välismail kui ka meil, on oma ülesandeks võtnud: aidata oma valitsusil ja riigil tõsta paremale järjele vaimuhaigete ja nõrgamõistusliste hoolekannet, seades abisaajad haiged võimalikult hästikorraldatud järelevalve alla, et sellega ühtlasi ka kõige kindlamalt võidelda vaimuhaigusi tekitavate pärilikalgete edasiandmise vastu: esimese ülesande täitmine tingib teisel alal tagajärgede saavutamise.

Meie vaimuhaigete-hoolekanne on teinud iseseisvuse aastail suuri edusamme, kuid meie rahva kiire kultuuriline tõus nõuab meie vaimuhaigete-hoolekandelt palju rohkem, kui seda senini oleme suutnud teostada. Meil on vaimuhaiglais ühes varjupaikadega umbes 1,5 voodit *pro mille* elaniku kohta vaimuhaigeile, millest loomulikult ei jätku. Sellest on ka tingitud, et pea kõik meie vaimuhaiglaid kannatavad, üks rohkem teine vähem, kroonilisest ülekoormatusest. See alaline ruumi puudus tekitab vaimuhaiglais õhkkonna, mis kuidagi ei või positiivselt mõjuda haigeisse, — ja mõned enne maailmasõda üle Venemaa eeskujulikeks osutunud vaimuhaiglaid on praegu olukorras, milles ei tahaks neid näidata võõrastele.

Ma ei too seda ette mitte etteheitena kellelegi hoolekandetegelasele või valitsusasutisile. Vaimuhaigete-hoolekandel nii kui hoolekandel üldse, pole kusagil, ka meie maal, tulnud käia kerget teed. Dr. J. L u i g a väitekirjast loeme, milliste raskusiga tuli võidelda vaimuhaigete-hoolekandest huvitatud isikuil, et sel alal meie maal midagi ära teha. Samasugune olukord kestab tänaseni. Tööväli näib siin ainult veel suuremana.

Vaimuhaigete-hoolekande korraldamiseks ja arendamiseks on vajalik aeg-ajalt uurida meie vaimuhaigete ja vaimuhaiglade olukordi, objektiivselt tuua päevavalgele nende raskused ja puudused ning aidata otsida abinõusid nende kõrvaldami-

seks. Samuti tuleb jälgida meie rahva vaimse seisundi arenemise suunda ja avastada selle degeneratsiooni avaldusvorme. Need sotsiaalse psühhiaatria teaduslikud ülesanded on vaimuhügieeni liikumine oma peale võtnud ja tahab sel ajal aktiivselt kaasa töötada.

Vaimuhaiguste vastu võitlemine nõuab meie minekut rahva sekka, haigete ja nende omaksete juurde. Meie tegevuse tagajärjed olenevad suurelt sellest, kuidas rahvas meie nõudeist aru saab. Vaimuhaiguste vastu võitlemine nõuab hädavajaliselt psühhiaatriliste teadmiste populariseerimist. Sel alal tuleks ära teha palju kasulikku.

Eeltoodud lühikeses ülevaates tõstsin esile tähtsamad ülesanded, millega tuleks tegeleda vaimuhügieeni liikumisel meil Eestis. Need ülesanded on küll niivõrt elulised ja tähtsad, et nad annavad vaimuhügieeni liikumisele kindla baasi ja ta tegevusele positiivse suuna.

---

## Vaimutervishoiu liikumise ajalugu ja arenemine välismail.

Hans Viinapuu.

Aastatuhandeid on räägitud tervishoiust ja mõistetud selle all ikka kehalist tervishoidu. Vaimutervishoiu küsimus aga on tema kõrval alles päris noor. Esmakordselt kasustasid avalikult seda mõistet möödunud sajandi viimaseil ja käesoleva sajandi esimesil aastail vaid üksikud arstid (Venes — S i k o r s k y, Ungaris — L e c h n e r ja O l à h, Prantsusmaal — T o u l o u s e, Saksamaal — S o m m e r), kuid ei leidnud mõistmist ja hindamist ning küsimus langes päevakor-  
rast ära.

Uuesti võttis vaimutervishoiu küsimuse üles Ameerikas C. W. B e e r s, kelle nimega on ja jääb alati seosesse selle liikumise algus. Üsikut selle distsipliini harusid (karskus-  
küsimus jt.) käsitleti küll juba varemini, kuid vaimutervis-  
hoiu kui tervikliku, teadlikult organiseeritud ja süstematiseeritud liikumise algust tähistatakse aastaga 1908, mil eelnime-  
tatud B e e r s'i algatusel asutati P.-Ameerika Ühendriiges esimene vaimutervishoiu ühing.

Väljapoole Ühendriikide piire levis liikumine alles peale maailmasõda. Kanadas asutati Vaimutervishoiu Natsionaalkomitee 1920. Euroopas esimene sellekohane ühing asutati Prantsusmaal 1920. a. Sellele järgnesid samasihiliste organisatsioonide asutamised: 1921 — Belgias, 1922 — Inglismaal, 1923 — Bulgaarias, 1924 — Taanis, Ungaris, Itaalias ja Tšehhoslovakkias, 1925 — Austrias ja Saksamaal ja mujal Euroopariiges kui ka väljaspool Euroopat.

Igalpool suhtuti liikumisse tõsiselt ja innuga ning seda asusid juhtima maa tunnustatumad eriteadlased.

Esimene ülemaailmaline vaimutervishoiu kongress oli Washingtonis 1930. a., s. o. 22 a. pärast esimese vaimutervishoiu ühingu asutamist ning 10 a. pärast esimese sarnase organisatsiooni asutamist väljaspool Ühendriike. Ja selle ajaga oli liikumine võtnud laialdase, kogu maailma haarava rahvusvahelise ulatuse. Selle ajaga oli moodustatud rahvuslikke vaimutervishoiu ühinguid 24 riigis ja kongressil oli üle 4000 saadiku 53 riigist kõigest maailmajagudest. Saadikute ettekandeist selgus, et vaimutervishoiu liikumise vastu tuntakse kõikjal suurt huvi ja sellega ühenduses on igal pool päevakorral laiaulatuslikke kavasad.

Kongressil töötati välja üldised sihtjooned ja moodustati töö ühtlustamiseks ning soodustamiseks „Rahvusvaheline Vaimutervishoiu Komitee“, mille peaülesandeks oleks karitatiivne, kasvatuslik, kirjanduslik ja teaduslik tegevus vaimutervise säilitamiseks ning haigustunute eest hoolitsemiseks. Nimetatud eesmärke tuleb saavutada: 1) neid taotlevate organisatsioonide ellukutsumisega, mis mureteksid vastavat materjali ja levitaksid teadmisi ning püüaksid viia läbi vaimutervishoiu vaatekohti kasvatuses ja võitluses ulakuse, kriminaalsuse, prostitutsiooni jm. vastu; 2) koostöö korraldamisega kõikide vaimutervishoiu sihte taotlevate organisatsioonide ja isikute vahel; 3) regionaalsete ja internatsionaalsete kongresside regulaarse kokkukutsumisega.

Teine ülemaailmaline vaimutervishoiu kongress otsustati kokku kutsuda Pariisi 1935. a.

Edasi vaatame kõnesoleva liikumise sisulist arenemist mitmesuguseis mais. Kõigepealt tema tekkimismaal — P. A. Ühendriiges. Nagu öeldud algatas liikumise C. W. Beers. Tema oli mitu aastat viibinud vaimuhaigena mitmes vaimuhaiglas. Peale tervistumist ta alustas võitlust olukorra parandamiseks vaimuhaiglais laiaulatusliku vaimutervishoiu mõtte nimel. Hüüdsõna „vaimutervishoid“ („Mental Hygiene“) ta võttis prof. Meye r'i äsjailmunud tööst. Võitnud oma mõtteile toetuse mitmelt nimekalt psühhiaatril, kes andsid liikumisele kindla sisu, ja mitmelt rahailma esitajalt,

kes seda toetasid aineliselt, B e e r s andis välja 1908. a. märtsis raamatu „A Mind That Found Itself“, mille üks osa sisaldas autori elu ja haiguskulu kirjeldust ja teine — tema mõtete propagandat.

Teos oli kirjutatud hästi ja huvitavalt ning äratas suurt tähelepanu. Propageeritud mõtete pooldajate hulk kasvas ja juba kahe kuu pärast peale raamatu ilmumist asutas B e e r s esimese vaimutervishoiu ühingu, mis sai lähtepunktiks kogu järgnevale liikumisele.

Järgmise (1909) aasta alul asutati Vaimutervishoiu Ameerika Natsionaalkomitee, mis rahaliste toetuste suurenedes laiendas oma tegevust tütarorganisatsioonide kaudu üksikuile osariigile.

Komitee töökava fikseeriti peajoontes järgnevana: hoolitsemine vaimutervise säilitamise eest, vaimu- ja närvihaiguste ning muude defektseisundite piiramine ja nende vältimine, vaimuhaigete ravimine ja hoolekande parandamine, nõrgamõistuslike ja langetõbiste valvamine ning nende töö korraldamine, selgituste levitamine vaimsete kõrvalekaldu miste tähtsuse kohta kasvatuses, majanduselus, kuritegevuses ja muis küsimusis. Eeltoodud ülesandeid teostatakse vaimuhaiguste põhjuste uurimise, teaduslike uurimuste saavutuste seadusandluses ja selgitustöös kasutamise, sotsiaalse hoolekande edendamise, laste- ja muude vaimutervishoiunõuandlate asutamise, arstilise ja hoolekande-personaali ettevalmistamise ning kõikide ametlike ja erahoolekande- ja heategevateorganisatsioonidega koostöö korraldamise kaudu.

Senini on Ühendriiges ka väga palju tegelikult ära tehtud. Asutisis on tunduvalt lahendatud ruumipuudust uute erihaiglate, sanatooriumide, haigla vastavate eriosakondade ja polikliinikute avamisega, ja korraldatud personaali kutse list ettevalmistust. On ühtlustatud psühhooside klassifikatsioon ning korraldatud vaimuhaiguste statistika, lahtine hoolekanne ja vastav hoolekande-personaal; on mõjustatud vaimuhaiged puutuvate seaduste uuendamist.

Edasi — hoolitsetakse oligofreenikute ja epileptikute eest, registreerides neid, avades neile erikoole või koolides eriklasse, korraldades ametite õppimist ja raskemil juhtumil haiglaravi. Uuritakse noorte kuritegevust ja asutatakse erilisi noortekohtuid; korraldatakse suuremate vanglate juures psühhiaatrilisi uurimispunkte.

Ühtaegu kõige eeltooduga korraldatakse suurejoonelist selgitustööd rahva hulgas ajakirjade, brošüüride, lendlehtede, koosolekute, konverentside jne. kaudu.

Lisaks olgu mõned huvitavad andmed uurimuste tagajärgede kohta: Ühendriikide avalikes koolis on umbes 400 000 last, kes vajavad abikooli; 150 000 iga-aastasest enesetapjast on umbes 50% ebanormaalseid; umbes  $\frac{1}{2}$  miljonist inimesest, kel igal aastal tegemist kohtu, vangla või parandusasutisiga, on umbes 60% kas vaimuhaigeid või psühhopaate.

Kuna komitee järjest laienev tegevus nõudis järjest ka suuremaid summe, B e e r s asutas 1928. a. sihtkapitali komiteele raha muretsemiseks. Ja selle kaudu kogutud põhikapital, mis ulatub peaaegu miljoni dollarini, kindlustab komiteele edaspidise tegevuse.

Huvi ja asjatundlikkusega juhtimine, õige suuna tabamine ja rahva elav huvi on Ühendriiges põhjustanud vaimutervishoiu liikumise suure edu ja tagavad selle arengu ka tulevikus.

P r a n t s u s m a a l asutas varemmainitud T o u l o u s e asjast huvitatud arstide ja poliitikute toetusel „Prantsuse Vaimutervishoiu Liiga“ (1920), mis võttis enesele ülesandeks uurida ja võtta tarvitusele vahendeid vaimuhaiguste vältimiseks ning vaimuhaigete paremaks ravimiseks ja edendada vaimutervishoidu isiklikus ja seltskondlikus elus, kasvatuses ja kutsetegevuses. T o u l o u s e peab tarvilikuks Liiga koostöö kõigi organisatsiooniga, mis tegelevad eugeenika ja profülaktikaga, kooliarstilise ja kutsevaliku nõuandmise alal ja noortekohtutes.

Kõigepealt ta saavutas seda, et avati avalik haigla vaimuhaigeile, nagu teistelegi haigeile. Seni vaimuhaigete eest hoolitseti ainult interneerimisega, kui nad old juba sattunud vastollu seadusega. Säärane haigla pidi aitama kaotada eelarvamusi psühhiaatrite ja vaimuhaigete vastu ning olema ühtlasi keskkohaks, kust juhitakse kogu vaimutervishoiu liikumist. Tema haigla arendas oma tegevust järgmisil aladel: 1) polikliiniline haigete läbivaatus ja ravimine; 2) sotsiaalne hoolekanne haigete eest, kes elasid vabaduses; 3) haiglaravi lahtises haiglas; 4) haiglaravi kinnises osakonnas raskemaile haigeile; 5) haigete visiteerimine kodus peale nende haiglast lahkumist; 6) laboratoorne keemiline, bioloogiline, füsioloogiline ja psühholoogiline uurimistöö; 7) personaali väljaõpetamine eelpoolnimetatud töödeks; 8) uurimistöö psühhiaatria ja psüühilise profülaksise alal.

Belgias asuti peale „Belgia Vaimutervishoiu Liiga“ asutamist suure innuga korraldama hoolekandekohti linnades ja psühhiaatrilisi osakondi vanglate juurde. Viimased on neil kujunenud eeskujulisiks.

Venes on suurlinnades korraldatud õige suureulatuslikud instituudid ja polikliinikud ühes laboratooriumide ja vähegi mõeldavate osakondadega vaimutervishoiu üksikute harude jaoks. Moskvas on seesuguse instituudi päevane haigete läbikäik umbes 1000 (tuhat!) inimest. Need kasustavad instituuti nõu- ja abisaamiseks kõige mitmekesisemais raske- mais eluküsimusis ja konfliktis ja sellega sealsed arstid täidavad nagu endiste vaimulikkude aset. Eelnimetatud asutisiga töötavad käsikäes rajoonide psühhiaatrid, kes visiteerivad haigeid nende kodudes ning võtavad vastu ambulatooriumes. Haigete kodusel abistamisel on arstil abiks õed.

Kuna Venes pannakse erilist rõhku profülaksisele, on seal suuremas ulatuses kui mujal teostamist leidnud Robert Sommer'i avalikkude magamis- ja puhkeruumide idee. Suuremais linnades on kultuurihooned kõige mitmekesisemate kultuurselt ajaveetmise võimalusiga. Seal leiduvad ka

puhkeruumid, kus külastajad võivad välja puhata parimais tingimuses.

S a k s a „Vaimutervishoiu Ühingu“ ülesandeks on: korraldada ajakohaselt ning vaimutervishoiu nõudeile vastavalt kinnine kui ka lahtine vaimuhaigete ja psühhopaatide hoolekanne (tööravi, perekondlik hooldamine, lahtine hoolekanne, raviastutised, abistamisseltsid jne.); levitada vaimutervishoiulisi teadmisi laiemaisse rahvakihtidesse, eriti kutseliselt vaimutervishoiuga tegelevate hulka; õhutada tegelema vaimutervishoiuga kõigil sotsiaalse elu aladel väljaspool psühhiaatria piire. Saksamaal on saavutatud häid tagajärgi tööraviga, lahtise hoolekande korraldamisega ja mitmesuguste nõuandlate (joodikuile, psühhopaatseile lastele jne.) ja abistamisseltside ellukutsumisega. 1933. aastast peale teotseb Saksa Vaimutervishoiu Ühing ühinenult Saksa Rassihügieeni Ühinguga.

U n g a r i s, kus sihid ja ülesanded fikseeritud üldjoontes nagu ülalmainitud riigeski, on hästi arenenud lahtine hoolekanne, eriti aga — heterofamiliarsed kolooniad.

---

## Vaimuhaiguste pärilikkusest.

Teodor Soans.

Igapäevased täheldused näitavad sageli nii suurt ise-loomu ja temperamendi sarnasust, annete ja muude vaimsete iseärasuste samasust veresugulaste seas, et seda kuidagi ei saa panna vaid juhuse arvele. Et ka miljöötegurid ei või siin olla ainumõõduandvad, seda tõendavad eriti selgesti ühemunakaksikute uurimised. Näiteks kirjeldavad Popenoe ja Muller kahte kaksikõde, kelle ema suri varsti peale sünnitamist. 2 nädala vanuselt paigutati nad eraldi perekonda-  
desse, kus nad üles kasvasid täiesti lahus teineteisest ja hoo-  
pis erinevais sotsiaalseis tingimuis, samuti said nad täiesti erineva hariduse osaliseks ja töötasid hiljem erinevail kutse-  
aladel. Siiski leiti neil nüüd otse erakordset sarnasust ande-  
kuses, intelligentsitasernes ja ka muidu iseloomus. — Seesu-  
gused täheldused näitavad, et indiviidi vaimse füsiognoomia  
kujundamisel välistegurite kõrval mängivad kahtlemata veel  
suurt osa sisemised, immanentsed, isedus-alges peituvad jõud.  
Et need psüühilised alged on suurel määral pärandatavad,  
seda näitab kas või erakordse andekuse sagedus mõnedes su-  
gukondades. Üldtuntud on näiteks Bach'ide muusikaandekus  
õige mitmes generatsioonis. Ka on kogu rida uurijaid leid-  
nud paljude teiste vaimsete omaduste, nagu matemaatilise  
andekuse, temperamendi, mälu jne. erakordselt sagedast kor-  
dumist põlvest põlve. Need tõsiasiad ei luba enam kahelda  
vaimsete omaduste, õigemini algete pärilikkuses.

Pärilikkusuurimisel hingeelu alal on võidelda mõningate  
raskusiga. Sest peame tunnistama, et psühholoogias puudu-

vad õieti konkreetset elementaarsed bioloogilised ühikud. See, mida nimetame näit. hingeliseks omaduseks, pole enamasti muud kui kunstlik, abstraheritud mõiste, mis on vaid liigitamise tarviduse tulemus. Ka ei tea me igakord ligikaudugi eristada konstitutsionaalsete pärilikkude algete ja välis-tegurite osatähtsust psüühiliste omaduste kujundamisel. Sellega tuleb aga esialgselt leppida.

Analoogilise ebamäärasusega tuleb võidelda ka psühhiaatrilisel pärilikkusuurimisel, rajades oma töö Kraepelin'i antud vaimuhaiguste kliinilisele süstemaatikale. Sest ei vaielda mitte üksi nende haigusühikute omavahelise piiritluse pärast, vaid isegi nende reaalse olemasolu üle (Hochesündroomid, haigusühik-fantoom).

Siiski püsib tänapäeva psühhiaatria Kraepelin'i süstemaatikal kui paremini põhjendatud õpetusel. Ning tema antud haigusühikute avardamisel baseerub õpetus pärilikkus-ringidest (Bratz, 1909). Tähtsamad neist on: 1) shisofreenne, 2) maniakaal-depressiivne (tsüklotüümne), 3) epileptiline ja 4) päriliku nõdramõistuslikkuse ring.

Shisofreenia mängib domineerivat osa pärilikkude vaimuhaiguste seas. Seevaldis näiteks on shisofreenikuid ümmarguselt 75% kõigist haigeist. See arv ei vasta küll täiesti haigustumissagedusele, sest asutisis koguneb neid relatiivselt rohkem shisofreenia kroonilise kulu ja meil Eestis puudulikult arenenud lahtise hoolekande tõttu. Kuna teiste vaimuhaigete arv haiglais kujuneb seevastu suhteliselt madalamaks lühema haigusekestuse tõttu nii tervistumise kui ka suremuse kõrgema protsendi arvel. Nii on Seevaldis maniakaal-depressiivseid ainult 5,45% (paralüütikuid 7,1%).

Epileptikuid ja oligofreenikuid (kaasasündinud nõdramõistusega) on aga tõeliselt palju rohkem, kui neid leidub haiglas (Seevaldis epileptikuid 6,4%, oligofreenikuid 2,45%), sest siin interneeritakse neist vaid psühhoatilisi ja antisotsiaalseid; teised raskemad epileptikud ja oligofreensed on paigutatud varjupaikadesse. Kaugelt domineeriv osa neist aga elab väljaspool asutisi.

Saksamaal arvab Ostermann olevat epileptikuid umb.  $\frac{1}{5}$  vaimuhaigete koguarvust ja oligofreenseid isegi rohkem kui kõiki teisi vaimuhaigeid kokku. Verschuer arvab olevat Saksamaal (1929. a.) pärilikke vaimuhaigeid järgmiselt: 80 000 shisofreenikut, 20 000 maniakaal-depressiivset, 60 000 epileptikut, 60 000 raskelt ja 120 000 kergelt nõdramõistuslikku. Nii et nende suhe kujuneb järgmiselt: shfr. : m.-d. : epil. : oligofr. = 4 : 1 : 3 : 9 (3 : 6). Psühhiaatrilis-genealoogilised uurimused Tartumaal 1927.—1929. a. (E. Arst s. a. nr. 4) annavad aluse pärilikkude vaimuhaiguste tõenäolise arvu selgitamiseks. Tartumaal leiti vaimuhaigeid 1 : 125 elaniku kohta. Suhe — shfr. : m.-d. : epil. : oligofr. = 4 : 1 : 1,5 : 5,5. Üldistades andmed kogu Eesti kohta, saame ümmarguselt: shfr. — 2250, m.-d. — 550, epil. — 900, oligofr. — 3100, kokku 6800 vaimuhaiget. Tegelikult on aga Eestis kindlasti rohkem vaimuhaigeid, — umb. 1:100 elaniku kohta, üldarv umb. 11 200, neist pärilikult vaimuhaigeid umb. 8500 (peamiselt oligofreenikute arvel, keda kõige raskem tabada registreerimisel).

Kuna somatobioloogilises pärilikkusteaduses on ammu kindlaks tehtud teatud seaduspärasused ja kehaliste tunnuste suhtes on üldiselt tunnustatud Mendeli pärilikkusreeglite maksvus, on nende seaduste maksvuse ja rakendatavuse tõestamine vaimsel alal nõudnud suurt süstemaatilist tööd. Psühhiaatriline pärilikkusuurimine peamiselt Rüdini ja tema õpilaste poolt on nüüd vaieldamatult kindlaks teinud Mendeli seaduste maksvuse endogeensete vaimuhaiguste kohta ning ühes sellega ka ümber lükanud õpetuse polümorfismist vaimuhaiguste pärilikkuskulus. Siinkohal ei taha me aga käsitleda niipalju küsimust, mil viisil vaimuhaigused on pärilikud, vaid püüame peamiselt selgitada praktiliselt tähtsamat küsimust, mil määral vaimuhaigused on pärandatavad, kui suur on haigustumise oht vaimuhaigete lähemal sugulasil; teiste sõnadega — katsume näidata, millised on empiirilise pärilikkusprognosi uuemate uurimuste tulemused ülalnimetatud neljas pärilikkusringis. Ühtlasi tahame põhimõtteliselt puudutada küsimust, millised oleksid praktilised vastuabinõud võitluses pärilikkushaiguste vastu.

Tunnustatumaid vaimuhaiguste pärilikkuse uurijaid on Rüdini ja Hoffmann ning nende õpilased. Neist on Hans Luxenburger (Rüdini koolist, München) eriti viljakas olnud empiirilise pärilikkusprognosi selgitamisel.

Kasustame siinkohal tema koostatud tabelleid vaimuhaigete järglaste vaimuhaigustumisohu kohta nimetatud neljas pärlikkusringis (Zeitschr. f. psychische Hygiene Bd. 6, 1934).

Tab. 1. Shisofreenne pärlikkusring.

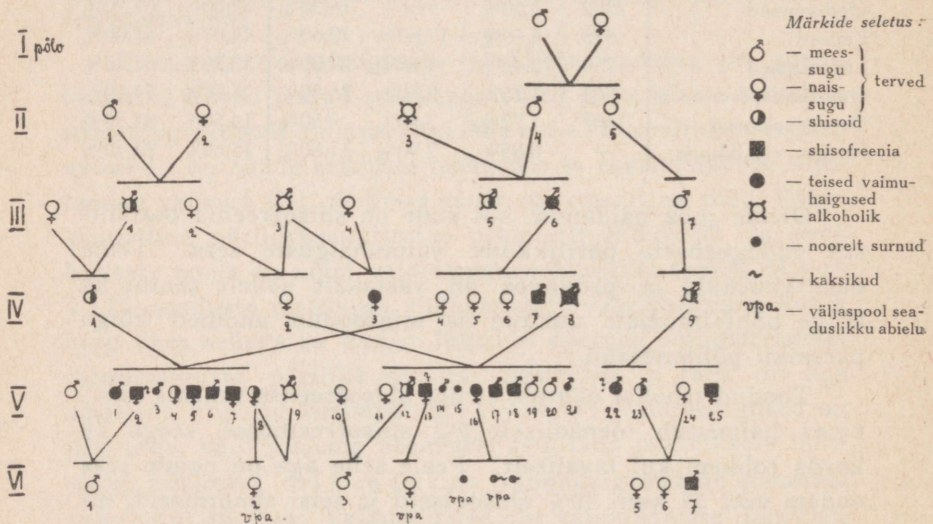
	Uuritud täisealiste koguarv (üle 30 a.)	Haigustumis- tõenäolisus shisofreeniasse	Shisoidsete psühhopaatide sagedus	Teissuguste abnormsete tüüpide sagedus	Kokku eugeeniliselt	
					Negatiivseid tüüpe	Isäärasita tüüpe
Õed-vennad . . . . .	2392	7,50%	9,66%	16,30%	32,80%	67,20%
Lapsed . . . . .	595	9,10%	17,60%	22,60%	44,00%	56,00%
Lapselapsed . . . . .	750	2,42%	4,65%	27,00%	33,30%	67,70%
Onu-tädilapsed . . . . .	665	1,75%	9,80%	16,30%	25,90%	74,10%
Õe-vennalapsed . . . . .	1407	1,72%	3,60%	9,50%	14,50%	85,50%
Keskml. elanikkond . . . . .	—	0,85%	2,90%	11,80%	15,60%	84,40%

Oleme juba näidanud, kui suur on shisofreenia osatähtsus endogeensete pärlikkude vaimuhaiguste seas. Tema pärlikkuskulg ja -prognos on vastavalt sellele senini ka kõige põhjalikumalt uuritud ja siintoodud andmed kõige paremini põhjendatud.

Toodud tabelist nähtub, et ühe shisofreense vanema lastest haigustub tõenäoliselt 9% shisofreeniasse, seega 10 korda rohkem kui tavaliselt. Peale selle aga on nende seas oodata veel 35 kuni 40% shisoidseid ja teisi abnormseid, nii et ligi pool lastest kujuneb alaväärtuslikuks. — Samuti kaunis halb on lapselaste ja onu-tädilaste kvaliteet, eriti, kui nende vanemad on shisoidsed; kaugemal sugulasil aga läheneb ta juba keskmisele tasemele. Mainitav on vaid shisofreenikute õdede-vennade suur haigustumissagedus shisofreeniasse kui ka shisoidsete kõrge % nende seas.

Senini oleme ignoreerinud shisofreeniku abielupartnerit. Kuna aga on teada, et shisofreenia vähemalt ühe põhigrupi pärlikkuskulg on retsessiivne ja oleneb rohkem kui ühest algepaarist, see tähendab, on tingitud polümeerselt, — siis on selge, et just partneri kvaliteedist on suurel määral

sõltuv järglaste saatus. Seetõttu on siis arusaadav, et shisofreenselt koormatu abiellumisel genotüüpiliselt tervega nende lastel shisofreenne alge enamasti ei manifesteeru. Sellevastu shisofreeniku ja isegi vaid shisofreenset alget kandva, näiliselt, s. o. fenotüüpiliselt terve, eriti aga shisoidse inimese paaritumine samasugusega, s. o. shisofreeniaga koormatuga (genotüüpiliselt haigega) annab väga halbu tagajärgi. Selle illustreerimiseks toome näitena joonise 1, mis võetud K. T o o m i n g a s'e tööst [Eesti Arst 5, 122, (1926)].



Joon. 1. Shisofreenia-suguluskond Re. — T.

1. Perekond T.: shisoidne mees (IV—1) abiellub naisega (IV—4), kes näiliselt terve, kuid kindlasti shisofreense alge kandjaks — [kaks venda shisofreensed (IV—7 ja 8)].

2. Perekond Re.: shisofreeniat põdenud mees (IV—8) abiellub shisofreenset alget kandva naisega (IV—2), (minu teada hiljemini ka vaimuhaigustunud shisofreeniasse).

Tagajärjed on mõlemal juhul, nagu näeme, masendavad. Seesuguseid hädaohtlikke kombinatsioone juhtub eriti ker-

gesti, kui abielluvad omavahel shisofreenset alget kandva sugulaskonna liikmed.

Kõige halvemad on tagajärjed kahe shisofreeniku paariumisel. Teoreetiliselt peaks nende lastest haigustuma shisofreeniasse 100%. Tegelikult aga seda ei juhtu. Nii leiame Falthauer'i järele nende laste seas shisofreenikuid vaid 53%, peale selle psühhopaate 29%. Need arvud näitavad, et shisofreenia manifesteerumisel ei ole ainumäärav shisofreenise alge (õigem algopaari) olemasolu teatud isikul. B. Schulz ja üksikasjalisemalt H. Luxenburger näitasid (Zeitschr. f. Psych. Hygiene Bd. 7, 1935), et shisofreenia manifesteerumistõenäolisus pole igakord ühesugune, vaid sealjuures võib täheldada võnkumisi, mis on sõltuvad nii endogeenseist — pärilikest kui ka eksogeenseist — välistegureist, mis soodustavad või pärsivad alge manifesteerumist. Teravmõtetliste kalkulatsioonide abil jõuab sealjuures H. Luxenburger otsusele, et shisofreenia manifestatsioonivõnkumisel mängivad välisfaktorid (paratüüpilised) tähtsamat osa kui sisemised (genotüüpiline miljöö). Need uurimised heidavad teatud valgust B. Schulz'i (1932. a.) avaldatud huvitavale leiule, et trauma või kehalise haiguse järel shisofreeniasse haigustunud patsientide õdede-vendade seas leidub vaid kuni 5,1% shisofreenikuid, kuna juhtudel, kus puudusid igasugused andmed välispõhjuste kohta, neid leidub kuni 10%.

Praktiliselt tähtsat ja samuti veel vähe uuritud küsimust käsitleb M. Bleuler (New York 1931). Nimelt püüab ta selgitada, missugused shisofreenia vormid on pärilikud. Leides oma materjalis shisofreenia puhul üldiselt sama pärilikku koormust nagu saksa pärilikkusuurijadki (Rüdin, Hoffmann, Luxenburger jt.), eraldab ta ühe shisofreenia grupi, kus näib täiesti puuduvat pärilikkus. Ta isoleerib seda gruppi järgmiselt: prepsühhootiliselt midagi tüüpiliselt shisofreenset ei leidu; algus on noores eas akuutse eksogeensele reaktsioonitüübile sarnase kliinilise pildiga; kaunis kiirelt väljaarenev raske dementsus; tuim ja ükskõikne olemus. Kuid vaatamata psüühilisele lagunemisele püsib tea-

tud afektiivne rapordivõime. Kehaliselt on nad rasvunud düsplastikud. — Võimalik, et selliste tähelduste kogumine ja laiaulatuslikum kontrollimine lubab meid tulevikus shisofreenia üldgrupist eraldada mõningad haigusühikud erilise kliinilise pildi kui ka pärilikkusprognosiga. Seepärast on uurimiste jätkamine selles suunas kahtlemata väga vajalik nagu üldse pärilikkusprognososi diferentsimine peaks saama üheks tähtsamaks edaspidiseks uurimisülesandeks.

Mis puutub shisofreensele pärilikkusringile lähedasisse parafreenseisse ja paranoilisisse psühhoosesse, samuti kõrgema ea paranoideisse haigusisse, siis pole nende suhtes pärilikkusprognososi küsimus veel niivõrt selgitatud, et neid siinkohal maksaks käsitleda pikemalt. Tahaksin vaid mainida, et ka preseniilsed depressiiv-paranoised vaimuhaigused minugi teadumuste järgi evivad suhteliselt sageli shisofreenseid järglasi, mis lubab oletada ka selle grupi genotüüpilist sugulust shisofreense pärilikkusringiga.

Kuigi ülaltoodust nähtub, et pole kaugeltki veel lõpetatud uurimised shisofreenia pärilikkusest ja pärilikkusprognosist, võime siiski juba nüüd anda mõningaid asjakohaseid juhiseid tõulise tervendamise suunas.

Kõigepealt tuleb tingimata täiesti hoiduda laste sigitamisest, vajaduse korral isegi ette võtta steriliseerimine:

- 1) shisofreenia põdejail või seda kord põdenuil;
- 2) fenotüüpiliselt terveil, kelle mõlemad vanemad on põdenud shisofreeniat;
- 3) ühemuna kaksikuil, kui teine neist on shisofreenik.

Peame siin rõhutama, et tegelikus elus just heade remisioonidega mitteinterneeritud shisofreenikud on eugeeniliselt hädaohtlikud, kuna ilmselt haiged jäävad enamasti auto maatselt kõrvale sigitamisest.

Muide peaks seaduslikult keelutama abiellumine mitte ainult vaimuhaigeil, vaid ka pärilikku vaimuhaigust, eriti shisofreeniat põdenuil.

Tuleb tunnistada ebasoovitavaks shisofreenikute õdede-vendade ja eriti laste abiellumine ning sigitamine ja seda kõige tungivamalt siis, kui nad on shisoidsed psühhoopaadid. Vähemalt tuleks neil tingimata valida genotüüpiliselt shisofreeniavaba partner.

Ebasoovitav on abiellumine ka siis, kui mõlemal partneril kaugemate sugulaste seas on shisofreenikuid. Veel enam tuleks seesuguseil aga hoiduda sugulastevahelisest abielust. Tõhusa selgitustööga tuleks selle eest hoolitseda, et paikades, kus shisofreenia juhtumid on eriti sagedad (nagu seda on minu teada Avinurme vald Tartumaal ja ka Hiiu-maa), sealsed elanikud otsiksid abielupartnereid võimalikult teisalt päritolevate seast.

Tab. 2. Maniakaal-depressiivne (tsüklotüümne) pärlikkuring.

	Uuritud täis-ealiste koguarv	Haigustumis-tõenäolisus man-depr. ps	Tsüklotüümsete psüh-hopaatide segedus	Teissuguste abnormsete tüüpide sagedus	Kokku eugeeniliselt	
					Negatiivseid tüüpe	Iscärasusita tüüpe
Õed-vennad . . .	263	13,5%	3,1%	6,8%	22,5%	77,5%
Lapsed . . . .	162	32,3%	17,3%	13,0%	60,5%	39,5%
Onu-tädilapsed . .	867	2,5%	1,0%	10,3%	14,0%	86,0%
Õe-vennalapsed . .	452	3,4%	2,0%	6,9%	11,5%	88,5%
Keskm. elanikkond	—	0,44%	0,8%	14,36%	15,6%	84,4%
Kahe m.-d vanema lapsed . . . . .	10	30,0%	50,0%	10,0%	90,0%	10,0%

Vähem põhjalikult on senini uuritud pärlikkust tsüklotüümnes ringis ning seetõttu on ka vähem eksaktsed meie teadmised tema pärlikkuskulu kohta. Üldiselt kaldutakse arvamusele, et siin mängivad tähtsamat osa dominantsete tegurid, mille poolt räägib suur haigustumisprotsent otseste järglaste, spets. laste juures. Teiselt poolt aga haigustub nii palju inimesi maniakaal-depressiivsesse psühhoosi, ilma et nende vanemad oleksid põdenud seda haigust (umbes 85%). Seepärast peab arvama, et siin on tegemist dominantsete faktorite kõrval ka retsessiivsete algepaaridega. Nagu shiso-

freenses ringis näeme siingi veel spetsiifilisi — tsükloidseid, hüpomaanilisi ja depressiivseid psühhopaate, kes paistavad olevat selle haiguse latentsete algete kandjad.

Mis puutub päri likkusprognosis tsüklotüümses ringis, siis nähtub ülaltoodud tabelist, et kahe man.-depressiivse vanema lastest vaimuhaigustub samasse haigusse 30%. Neile lisandub 50% tsüklotüümseid psühhopaate ja 10% teisi abnormseid. Kuigi leiame kokku 90% negatiivseid tüüpe, jääb siin just vaimuhaigete arv siiski kaugelt maha retsessiivselt päranduva shisofreenia omast (53%). Ühe vanema vaimuhaiguse korral on lastel väljavaated ainult veidi paremad: maniakaal-depressiivseid on oodata nende seas umbes niisama palju — 32,3%; küll aga on märksa vähem tsüklotüümseid psühhopaate — 17,3%. Laste haigustumisohu tõsidus ilmestub täielikumini, kui võrdleme teda elanikkonna keskmise haigustumissagedusega: ta on tavaliselt 80 korda suurem.

Tsüklotüümses ringis, nagu nägime, ei mängi kuigi suurt osa abi elu poole genotüüpiline kvaliteet, s. t. tema kuuluvus või mittekuuluvus samasse ringi. Igatahes on vahe sealjuures nii väike, et me siin pole õigustatud lootma terve partneri valikuga tõsta võivat järglaste eugeenilist kvaliteeti, nagu seda näitasime puht-retsessiivselt päranduvasse shisofreensesse ringi kuuluvate liikmete kohta.

Mis puutub teisisse sugulasisse, siis lapselaste kohta kahjuks puuduvad veel küllaldased andmed. Onu-tädija õe-vennalastel leiame hoopis vähemat haigustumisohu kui psühhootikute lastel, siiski näeme nende seas tavalisest veel 6 resp. 9 korda rohkem sellesse ringi kuuluvaid haigeid. Õdedel-vennadel aga torkab silma vaimuhaigete palju kõrgem protsent — 13,5%. Olgu veel mainitud, et psühhootikute vanemaisst man.-depressiivset psühhoosi põdenuid on relatiivselt vähe, nimelt 15%.

Ülaltoodud andmed ei suuda õieti veel meile anda küllalt selgeid direktiive praktilisel nõuandmisel tsüklotüümikute

suhtes. Sest on ju teada, et just nende seas tuleb eriti rohkesti kõrgeväärtuslikke ja andekaid inimesi. Valju individualiseerimise vajadus olgu seepärast siin eriti rõhutatud. Üldjoonis peaksid siiski leidma tunnustamist järgmised põhimõtted:

Laste sigitamisest tuleks tingimata hoiduda maniakaal-depressiivset psühhoosi põdejail ja põdenuil. Siin tuleks isegi pooldada sigitusvõimetuks tegemist (steriliseerimist), sest täieliku tervenemise võimalus üksikust haigusfaasist loob neile haigeile soodsama pinna (võrreldes näit. shisofreenikuiga) abielu sõlmimiseks ja laste soetamiseks. Sama nõue on maksev ka ühemunakaksikute kohta, kui teine neist on haige. Juhul, kui on tegemist erakordselt kõrgeväärtusliku man.-depressiivsega, pealegi kui ta on samaväärtuslisest vanaemaist võrsunud, võiks ehk siiski pooldada abiellumist (muidugi terve partneriga), et säilitada antud häid algeid.

Kahe maniakaal-depressiivse vanema lapsed, kui nad on vaimselt terved, tohiks idabielluda ja sigitada lapsi, sest tsüklotüümses ringis mõõduandev dominantne faktor lubab loota, et nende lapsed ei haigustu (vastandiks shisofreenikute omadele).

Mis puutub inimesisse, kelle õdede-vendade või kaugeimategi sugulaste seas on man.-depressiivseid, siis tuleb neil hoiduda laste sigitamisest ainult sel korral, kui nad ise on rasked tsükloidsed, hüpomaanilised või depressiivsed psühhoopaadid. Terveil aga ja ka kergeil psühhopaadel, eriti kui nad on väärtuslikud, andekad inimesed, on abiellumine kindlasti lubatav.

Siinkohal tsüklotüümse pärilikkusringi kohta toodud arvud on võetud saksa kirjandusest ja on küsitav, kuivõrt nad on kohaldatavad meie oludes. Sest nagu varemini juba üteldud, on eestlaste seas puhtakujuline maniakaal-depressiivne psühhoos harulduseks. Enamik neist haigeist muutub aastaga kas krooniliseks lamestunud maniaakideks või parandamatuiks, sisutuiks, tundelagedaiks melankoolikuiks, kui mitte

päris ilmseiks shisofreenikuiks. Ka pole Eestis sugugi veel uuritud man.-depr. ringi pärilikkust; seepärast on võimalik, et meil on maksvad ka teissugused pärilikkusreeglid ja prognostilised väljavaated.

Tab. 3. Epileptiline pärilikkusring.

	Haigustus- mistoenäoli- sus epilepsi- asse	Epileptoid- seid psühho- paate	Teisi ab- normseid tüüpe	Eugeeniliselt	
				negatiivseid	iseärasusita
Õed-vennad . . . . .	3%	19%	16%	38%	62%
Lapsed. . . . .	10%	Senini veel uurimata			—
Õe-vennalapsed . . .	0,5–1%	16%	12%	29%	71%
Keskmine elanikkond	0,3%	7%	9%	16%	84%

Siin on senised uurimistulemused veel puudulikumat kui senini käsitletuil. Kuid needki vähesed andmed loovad selge pildi pärilikkuse tähtsusest ja hädaohust epileptikuil. Sii ringi kuulub n. n. genuinse epilepsia tuumgrupp kõigis oma mitmekesisis avaldusvormes (nagu krambihood, *absence*'id, hämarolud, ebaolekud jne.), kuna kõik sümptomaatilise epilepsia erigrupid kui mittepärilikud siit ära langevad. Ka ses ringis näeme erilisi, n. n. epileptoidseid psühhopaate, — näiteks eksplosiiv-üleärritatavad, kergesti ja ülemäära vihastuvad; siis ka üliviisakad, pedantlikud jne., enamasti bigootsed, seejuures kaunis saamatud, väga jonnakad inimesed. Kuigi need isedustüübid pole veel hästi uuritud ega piiritletud, näitab nende sagedus epileptikute sugulaste seas siiski nende afiinsust selle ringiga.

Kuna me ei tunne epilepsia õiget põhjust, ei saa me ka fikseerida, milline õieti võiks olla tema pärilik alge; nimetagem seda siis „epileptiliseks reaktsioonivõimeks“ või „konvulsivse tolerantsi“ madaluseks või tehkem teda sõltuvaks endokriinsest valemist. Igatahes on Kahn'i järele võime reageerida epileptiformsete krampidega üldinimlik füsioloogiline omadus.

Senini pole sugugi veel selgitatud, milline on genuinse epilepsia pärilikkuskulg. Kindel tundub vaid olevat, et ta on pärilik.

Ka tema pä r i l i k k u s p r o g n o o s on alles vähe uuritud, nagu näitab ülaltoodud tabel. On kindlaks tehtud, et 10% lastest haigustub epilepsiasse. Epileptoidsete ja teiste psühhopaatide sageduse kohta lastel puuduvad aga andmed. Nende kõrge protsent teisel sugulasil aga näitab küllalt selgelt vastava ohu tõsidust epileptikute lastel.

Põhimõtteliselt tuleb siin kahtlemata pooldada abielu ja lastesigitamise keeldu epileptikuile. Järglaste muretsemine tuleb tunnistada ebasoovitavaks ka epileptikute õdedele-venedadele. Kuna epileptikute koguarv on väga suur ja enamik neist elab perekondades, siis on siin eriti tähtis laiaulatuslik selgitustöö langetõve pärilikkuse kohta.

Tab. 4. Pä r i l i k u n õ d r a m õ i s t u s l i k k u s e r i n g .

Õed-vennad	17%	nõdramõistuslikke
Lapsed	58%	„
Õe-vennalapsed	10%	„
Keskm. elanikkond	umb. 1%	„

Kaasasündinud nõdramõistuslikkus pole kaugeltki ühtlane haigusgrupp. Paljud haiged on vaimselt puudulikult arenenud puhtväliseil — eksogeenseil — põhjusil (intrauteriinne ehk sündimisel saadud peaaajutrauma, entsefaliit, luues jne.). Ka ilma välishäireta vähearenenuist ei näi kõik kuuluvat ühte pärilikkusgruppi. Kuna osal neist näib puuduvat pärilikkus, näeme teisel grupil õige suurt ja püsivat oligofreenikute arvu sugulaskondades. Nii näeme siin oligofreenikute l a s t e l nõdramõistuslikke kuni 58%, oligofreenikutepaari lastel — kogunisti kuni 90%. See asjaolu räägib peamiselt dominantse pärilikkusmooduse poolt. Need arvud ei vajagi kommentaare. Kuna nõdramõistuslikud oma puude tõttu pole kuigi vastuvõtlikud selgitustöö suhtes, ja neid on

relatiivselt palju ning kaugelt suurem osa neist elab vabalt ning on raskelt kontrollitavad, siis avaneb siin sunduslikule steriliseerimisele kõige laialdasem tegevuspõld, kusjuures aga tuleks hoolikalt uurida ja hinnata eraldi iga juhtu nii isiklikult kui ka genealoogiliselt.

Lõpuks puudutan mõne sõnaga vaimuhaiguste levimise vastu sihitud radikaalsema profülaktilise abinõu — sterilisatsiooni — küsimust.

Sterilisatsiooni näidustused on, nagu nägime, juba kaunis hästi selgitatud. Kuid praktilised kogemused näitavad, et sel viisil saavutatav efekt on rahva tõuparanduse seisukohalt siiski õige väike. Vaatleme kas või meil Seevaldis kogutud andmeid, mis, kuigi ühekülgsed ja arvult piiratud, siiski lubavad teha mõningaid järeldusi.

Käesoleval ajal Seevaldis viibival 371 naishaigel leidub nende vanemate seas 29, kes on põdenud vaimuhaigust ( $20 \times$  ema ja  $9 \times$  isa vaimuhaige olnud). Kuid ainult 4 korral on teada, et patsiendi vanem (ema) on olnud vaimuhaige enne patsiendi sündimist (iga kord hästi paranenud). Ainult neid oleks võinud tabada sigitusvõimetuks tegemise, s. o. steriliseerimise seadus ja selle tulemusena oleks praegune vaimuhaigete arv olnud väiksem vaid — 1% võrra.

Mis puutub patsientidesse endisse, siis on neist ainult 3—4 olnud vaimuhaiged enne abiellumist. Samuti vaid kolme kohta on teada, et nad peale vaimuhaigustumist on sünnitanud lapsi (peale selle on mõnel küll katkestatud rasedus). Nende laste saatusest puuduvad meil kahjuks andmed, kuid nende arv on igatahes väga väike.

Nagu näha, elu ise pidurdab suurel määral sündimust vaimuhaigete seas. Siiski pooldaksime erijuhtudel paranenud vaimuhaigete sigitusvõimetuks tegemist, kui sellega võimaldatakse neile interneerimise katkestamist ja elamist vabaduses. Suuremal määral aga võib pooldada steriliseerimist epileptikute ja raskemate nõdramõistuslikekude suhtes.

Üldiselt aga on mõjuvam ja paremaid tagajärgi andev laialdane selgitustöö vaimuhaiguste pärilikkuse kohta, asjatundlik abielunõuanne või tervisetunnistus ja eriti kavakindlalt arendatud lahtine hoolekanne. Olgu selle tõestuseks nimetatud, et Tallinna vaimuhaigete-nõuandla kontrolli all seisvate umb. 200 naisvaimuhaige seas on 7 a. jooksul juhtunud vaid üks sünnitus (epilepsia, ema kaasabil!). Sel viisil tabaksime ka ennem ja kõrvaldaksime tagajärjekälmalt laste sigitamisest latentseid shisofreenikuid, psühho- paate ja kergekujuliselt nõdramõistuslikke, keda ei suudaks tabada steriliseerimisseadus, kuid kellelt sigib kõige rohkem alaväärtuslikke.

---

## Vaimuhaigete sterilisatsioonist.

Maximilian Bresowsky.

Teiste riikide eeskujul on ka meil kavatsus anda seadusi, mis taotleavad pärilikkude haigete järelkasvu vältimist. Meil kavatsetakse lubada mitte ainult vabatahtlikku, vaid teatud juhtudel ka sunduslikku sterilisatsiooni. Et aga demokraatlikus riigis sunduslik steriliseerimine osutuks raskelt talutavaks kodanikuõiguste-kitsendamiseks, peab niisugune akt olema küllaldaselt põhjendatud.

Pärilikkude haigete järelkasvu piiramine on soovitav ja arusaadav, — see ei nõua mingisugust motivatsiooni. Sest kahtlemata oleks hea, kui oleks võimalik vältida inimeste sündimist, kes päriliku konstitutsiooni tõttu on enesele ja teistele koormaks, kes raskendavad oma sugulaste elu ning toovad riigile suuri väljaminekuid.

Vaatleme lähemalt, missugused väljavaated ja lootused on olemas säärase seaduse õigustamiseks vaimuhaigete suhtes, ja kas üldse on loota olukorra paranemist, kui nimetatud seadused on pandud kehtima.

Vaimuhaiguse pärilikkus on tuntud ainult väikese osa vaimuhaiguste juures, teistel on see kahtlane või raskelt selgitatav. Mõnedel juhtudel Mendel'i reeglid on rakendatavad, aga nad on maksvad ainult üldiselt, kuid mitte igal üksikjuhul. Nii näiteks haigel päriliku vaimuhaigusega, mille pärilikkus on tõenäoliselt 25%, võivad olla kõik terved või mitte ühtki tervet last. Aga enamasti meie teadmised on liiga väikesed, et oleks võimalik teatud juhul olemasolevat pärilikkusohtu kindlusega oletada või lugeda võimatuks. Kui tahetakse enam-vähem kindlasti vältida vaimuhaiguste koor-

must, siis peab kuni 30% kogu rahvast steriliseerima (G r o b e r). Tahame siin lühidalt läbi vaadata neid peatüüpe.

Näiteks shisofreenia, mida põdevad kroonikud, moodustavad umbes  $\frac{3}{4}$  kõigist asutisist asuvaist haigeist. Need vaimuhaiged põlvenevad enamasti ikka terveist vanemaist ja juhud, kus vanemate hulgas esineb vaimuhaigeid, tuleb ette äärmiselt harva. Shisofreenia on K a h n'i järele retsessiivselt päritav dihübriidne vaimuhaigus, s. t. et shisofreeniku õed-vennad omavad nähtavasti samasuure koormuse kui haige. Seepärast ainult haige steriliseerimine veel ei eemalda ohtu, vaid siis tuleks steriliseerida kogu sugukond. Meeshaigete steriliseerimisel ei ole praktilist tähtsust, kuna nad harilikult ei abiellu ega näita sugutungit. Seepärast ei saa loota, et shisofreenikute steriliseerimine võiks lähemas tulevikus märgatavalt vähendada vaimuhaigete arvu. Kui arvestada, et shisofreeniku koormus shisofreeniaga on umbes 6%, siis seda enam meie veendume, et shisofreenia piiramine haigete steriliseerimisega osutub ainult „vagaks sooviks“. Pealegi ei ole see haigus nosoloogiline ühik, sest osa shisofreenikuid langeb kahtlemata „eksogeense reaktsiooni“ mõiste alla, kus aga pärilikkuse suhtes ei saa mitte midagi ütelda.

Teiseks vaimuhaiguste grupiks on n.n. o r g a a n i l i s e d p s ü h h o o s i d. Siia kuuluvad vaimuhaiged moodustavad ainult väikese osa neist, kes langevad seltskondlikule hoolekandele. Nende kohta on võimalik ütelda, et need kui omandatud haigused ei ole pärilikud. Kui nad aga on konstitutsionaalsed (nagu *dementia senilis* ja *dem. arteriosclerotica*), siis nende steriliseerimine osutub harilikult üleliigseks.

Kolmandaks on m a n i a k a a l - d e p r e s s i i v n e p s ü h h o o s, mis ei ole nosoloogiline ühik. Siin leiame teiste seas ka perekondi, kus see psühhoos on dominantsest pärilik ning seesuguseil juhtudel oleks küll soovitatav haigeid steriliseerida; seda enam, et neil haigus ilmestub ainult hoogude viisi, ja vaheaegadel, mil nad on terved, võivad anda järeltulijaid (selles nad erinevad shisofreenikuist, kellel harilikult suguline tung on kadunud). Aga siin on olemas suuri raskusi:

mis tuleks teha, kui inimesel on elu vältel ainult üks haigus-  
hoog; või kui on olnud tsüklotüümne, s. o. kui tal on mani-  
kaal-depressiivseid võnkumisi kergemal kujul, nii et ta ei ole  
sunnitud katkestama oma igapäevast tööd. Kahtlemata nii-  
sugused tsüklotüümikud ja ka üksiku hoo all kannatanud  
kuuluvad maniakaal-depressiivsesse valdkonda, kuid siiski on  
küsitav, kas niisuguse inimese steriliseerimine on läbiviidav.  
Tuleb veel lisada, et harilikult on maniakaal-depressiivsed  
perekonnad vaimselt kõrgemal normaalsete perekondade kesk-  
misest tasemest. Kuna kroonilisi maniakaal-depressiivseid lei-  
dub vaimuhaigete-asutisises väga väikesel arvul, siis nende ära-  
jäämine ei osutuks riigile märgatavaks kergenduseks.

Neljandaks on epileptikud; neist kuuluksid sterili-  
seerimisele ainult genuiinsed. Peame aga mõnna, et genu-  
iitse epilepsia mõistet kitsendatakse niivõrt, et tulevikus  
isegi selle eksistents võib muutuda küsitavaks. Suur osa nii-  
suguseist epileptikuist langeksid konstitutsionaalsete neuro-  
või psühhopaatide mõiste alla; viimaste steriliseerimine aga  
ei ole kavatsetud. Neil põhjusil ei anna epileptikute sterili-  
satsioon mingisuguseid väljavaateid, et nende arv võiks tule-  
vikus tunduvalt väheneda.

Märksa paremaid lootusi on võimalik panna nõdra-  
mõistuslikkude steriliseerimisele, paraku aga pärili-  
kud nõdramõistuslikud (üldisest arvust ainult osa!) lange-  
vad debiilsuse mõiste alla, sest idioodid ja imbetsillid niikui-  
nii ei produtseeri lapsi. Debiilsuse korral aga jälle on raske  
otsustada sterilisatsiooni, sest seda on mittespetsialistil raske  
diagnoosida. Siin on kergenduseks see asjaolu, et päri-  
lik nõdramõistuslikkus on sedastatav juba koolis, mistõttu oleks  
sterilisatsioon võimalik otsustada ja läbi viia juba enne nende  
sugulist valmimist. Olgu veel tähendatud, et kirjandusand-  
meil nõdramõistuslikkude perekondades on harilikult palju  
rohkem lapsi kui keskmiselt normaalseis perekonnas. Seega  
oleks nõdramõistuslikud ainuke vaimuhaigete liik, kus on või-  
malik diagnoosida õigel ajal ja kus oleks võimalik sterilisee-  
rimisega saavutada teatud tagajärgi, nimelt seda, et nõdra-

mõistuslikkude arv väheneks ajajooksul tunduvalt. Siinjuures ei tohi unustada, et pärilikud nõdramõistuslikud on ainult osa üldisest nõdramõistuslikkude arvust. Üldiselt näib, et meil ei ole see küsimus nii aktuaalne kui teistes riikides, kus nõdramõistuslikkude protsent on palju suurem.

Meil projekteeritakse ka alkoholikute steriliseerimise küsimust. Siin on aga selle põhjendamine seotud raskusiga, samuti ka alkoholiku mõiste määramine selle seaduse mõttes. Alkoholism ei ole pärilik. Et alkoholikute lapsed oleksid alaväärtuslikud, on populaarne arvamine, aga väga küsitav, niisamuti kui vaade, et alkoholism iduplasma kahjustamise teel peab andma alaväärtuslikke järglasi, mis võiks küll olla võimalik, kuid mida senini pole tõestatud. Loomaeksperimentide tulemused pole siin kasustatavad. Oleks võimalik ütelda, et alkoholik peaks olema seaduse mõttes raske psühhopaat, seadus aga ei näe ette psühhopaatide steriliseerimist. Siin peaksime kõrvale jätma teised põhjendused (näiteks seda, et alkoholik ei suuda oma lapsi kasvatada, et ta võib koormaks olla oma perekonnale või seltskonnale jne.). Need mõtted on õiged, kuid need ei kuulu siia, neil pole tegemist pärilikkude haigete järelkasvu vältimisega.

Umbes sedasama on võimalik ütelda ka kurjategi ja te kohta. Kuritegevus ei ole pärilik, kuid pärilik on psühhopaatiline konstitutsioon, kui see üldse mängib osa.

Kokkuvõttes eelmisi asjaolusid, peaksime enesel selgitama, millal umbes võiksime oodata mingisugust resultaati. Peaks olema enesest mõistetav, et märgatav resultaat võiks ilmestuda alles pikema aja möödudes, ja võib-olla võiks seda loota ainult nõdramõistuslikkude suhtes. Teiste haiguste kohta aga ei saa oodata mitte midagi kindlat.

Kõigest eelöeldust võime järeldada, et selle seaduse algatajad on olnud suured idealistid ja õptimistid, kuid nad ei ole võtnud arvesse väikest tõenäolisust miskisuguse positiivse resultaadi saavutamiseks ja pole silmas pidanud, et märgata-vaid tagajärgi võiks loota alles paljude generatsioonide, s. t. aastakümnete või sajandite möödudes.

## Vaimuhaiguste teraapiast.

Maximilian Bresowsky.

Vaimuhaiguste teraapia püüab kõrvaldada neid vaimseid häireid, mis on tekkinud haigustumisega, s. t. püüab vaimuhaiguid viia endise seisundini. Selle võimalikkus oleneb haiguse iseloomust: orgaanilisel vaimuhaigeil peame arvestama parandamatute lõppseisundeiga; psühhopaatiliste reaktsioonide puhul niisuguseid tagajärgi ei ole, ja siin on väljavaadet psühhoteraapia abil heade tagajärgede saavutamiseks, harilikult on teoreetiliselt võimalik täielik ennistus. Kuid siin tuleb arvestada seda, et tervistumine siin ei tähenda absoluutset tervistumist, vaid ainult *status quo ante* saavutamist, s. t. et psühhopaatiline konstitutsioon ja iseloomud jäävad endiseks. Kuna vaimuhaiguste mitmekesiduse tõttu ei saa ütelda midagi üldist, peame käsitlema teraapiat gruppide viisi, kusjuures peame piirduma ainult põhimõtteiga.

Psühhopaatiliste reaktsioonide korral, kuhu kuuluvad n.n. neurasteenilised, hüsteerilised jne. seisundid, on peale akuutse afekti tagajärgede kõrvaldamist meie ülesandeks haige ümberkasvatamine. Seejuures tuleb tarvitada kas otsest või maskeeritud psühhoteraapiat ja peaksime kõrvaldama psühhoosi põhjustanud asjaolud (majanduslikud, perekondlikud jne. olukorrad), mis aga ei kuulu arsti kompetentsi. Kus see osutub võimatuks, peab õpetama haiget leppima olukorraga. Selleks otstarbeks on olemas mitmesugused „sanatooriumid“, kus praktiseeritakse hüdroterapeutilisi, füüsikalisi, dieteetilisi ja teisi maskeeritud psühhoterapeutilisi ravimeetodeid. Arst ei tohiks unustada, et kõik need protseduurid (elektrivannid, duššid jne.) mõjuvad ainult psüü-

hiliselt. Ravija arsti isiksus ja kuulsus harilikult mõjub rohkem kui kõik need protseduurid.

Juhud, kus on tegemist faasides ilmestuvate psühhoosidega, on teatavasti hea prognoosiga, ja ei saa eitada, et suur hulk sääraseid haigeid terveneks ka ravimiseta. Ravi seesuguseil korral on ainult sümptomaatiline; peamine ülesanne on siis haigete kaitsmine iseenda eest (enesetappe, toidust keeldumise jt. juhtudel) ja seltskonna kaitse, mille tõttu osutub tarvilikuks haigete interneerimine. Teatud juhtudel (mania) interneerimine ja ärritusist eemaldamine lühendab haiguskulgu. Seepärast on arsti vahelesegamine niisuguseil juhtudel, heale prognoosile vaatamata, tingimata tarvilik.

Orgaaniliste ja sümptomaatiliste psühhooside mitmekesisele struktuurile vastavalt on ka ravimeetodid väga mitmekesised, s. t. kas spetsiifilised või sümptomaatilised. Paljude juhtude kõrval, kus ravitulemus on hea, leidub ka niisuguseid, kus haige töövoime on häiritud või hävinud; või isegi neid, kes abitu seisundi tõttu jäädavalt vajavad kinnist asutist. Sama on võimalik ütelda ka shisofreenikute kohta; siin on meil tegemist inimesiga, kes haiguse tõttu on kaotanud võime elada iseseisvalt. Nende ravimine ei ole andnud kuni praeguseni kindlaid tulemusi. Nagu teada mitteravitavad shisofreenikud moodustavad enamuse vaimuhaiglate elanikest, tuues ühiskonnale suuri väljaminekuid. Niisugust ebasoodsat haiguse-lõppseisundit on senini peetud paratamatuks. Ja kuna polnud lootust nende parandamiseks, on neid senini püütud paigutada otstarbekohaselt kinnisesse asutis- sisse, kusjuures nende ravimisele ei ole pööratud tähelepanu, mis selle lootusetuse tõttu ei pane imestama. Tõesti, sest meile ei ole tuntud shisofreense protsessi olemus, ainult paljudel juhtudel eeldatakse miskisugust enesemürgistust. On tehtud arvutuid ravikatsesid kõikisuguste hormoone sisaldavate preparaadega, kuid kuni praeguseni pole saavutatud soovitud tulemusi. Aga teine mittespetsiifiline meetod on sageli andnud tähelepanuväärt tulemusi. Juba Bleuler soovitas shisofreenikute väljakirjutamist asutisist, mis on põhjenda-

tud sellega, et võrdlemisi tihti tõmbid, initsiatiivita ja näiliselt pärsitud haiged muutusid ning said uuesti inimesiks, sellesjärel kui nad olid lahkunud asutisest ja elanud mõnda aega teises kohas, perekonnas või võõraste juures. Niisugused kogemused põhjendasid arvamist, et kroonilised shisofreenikud omas enamuses ei tohiks elada jäädavalt või pikeemat aega kinnises asutises, ja et kogu rida antisotsiaalseid omapärasusi on asutiselust tingitud kunstproduktid. Tööteraapia asutis ja vabade vaimuhaigete ravimine väljaspool asutisi on andnud küllaldaselt tõendusid eelmisele väitele. Selle ravimeetodi kuulus algataja on dr. Simon Güterslohe's.

Meie ei tohi unustada, et on võimalik mõjuda paljudesse, isegi krooniliste shisofreenikute enamusse. Anti- ja asotsiaalsete kalduvuste vastu tuleb hakata võitlema õigel ajal ja seda võimalikult varakult. Need kalduvused on järgmised kolm:

1) Muretus oma tuleviku suhtes. Elukinnine asutis võtab teatavasti kõik need mured; lühikese ajaga harjub haige (ja tema omaksed) mõttega — loobuda tuleviku elumuredest, millega atrofeeruvad kõige tugevamad impulsid sotsiaalseks eluks. See juhtub mitte ainult shisofreenikuiga, vaid sageli ka teiste vaimuhaigeiga ja isegi terveiga, kui satuvad säärasesse olukorda. Täielik muretus toidu ja riietuse suhtes võtab harilikult inimeselt tema igapäevaste huvide enamuse ning sellega ühtlasi soodustatakse juba varem haigusliku protsessi kaudu tekkinud kalduvus tegevusetuseks.

2) Võimatus haigete sunniviisiliseks töölerakendamiseks. Alaline töötaolek osutub haigeile mürgiks; kui aga leidub võimalusi nende töölerakendamiseks, siis võime näha, et haigeil säilib sotsiaalseid kalduvusi ning ei teki n. n. kunstprodukte, mis takistaksid iseseisvat elu.

3) Vaimuhaigete mittekaristatavus. Kinnises asutis ei ole mingisuguseid karistusi. Nii õige kui

see ka ei oleks teoreetilisest seisukohast, praktiliselt see annab mitte harva soovimatuid tagajärgi. Pole kahtlust selles, et tunne ja arusaamine sellest, mis on lubatud ja mis keelatud, hoopis ei kao haigustumisega. Mõnesugused distsiplinaarmäärused annaksid sageli häid tulemusi. Paljud haiged, teades et neid ei saa karistada, harjuvad tarvitama vägivalda, purustavad asju, tarvitavad roppe väljendusi jne. Printsipiaalse karistamatuse vastu on ka dr. Simon.

On selge, et praeguseis olukorras eelnimetatud tingimused peavad jääma, ja et parandamine on võimalik ainult teises miljöös. Nüüd tuleb märkida, et akuutse perioodi lõpust saadik ilmestub mitte ainult defekt, aga ka mitte harva n. n. sekundaarne arenemine, s. t. elu kohanemine ja väljendamine normist kõrvalekaldunud suunas, kusjuures aga on võimalik arenemine, s. t. uute kogemuste kogumine ja elu kohandamine nende järele. Siin oleks äärmiselt tähtis haige vastav kasvatamine, ja eriti just siin peaks olema välditud ülalnimetatud halvad haiglaelust tingitud mõjustused. Kõigil niisuguseil juhtudel oleks õige teraapia: haiged välja võtta haiglast ning neid rakendada tööle, kui võimalik siis perekonnas, kui mitte, siis vastavate sissesedeidega varustatud asutisis. Niisuguseil elutingimusil näeme, et inimesed, kes haiguse läbi olid muutunud iseseisvusetuks, vastaval juhtimisel võivad teha kasulikku tööd, võivad elada lihtsaile tingimustele ja nõudeile vastavat elu.

Seesuguse olukorra saavutamiseks oleks tarvilik vaimuhaigete hoolekande reform; peaks olema sissesetatud n. n. lahtine psühhiaatriline ravimine. Peab looma kohti ja perekondi, kus on võimalik säärane ravi. Peab muutuma kogu seltskonna ja rahva suhtumine vaimuhaigeisse.

Spetsiaalne peatükk on joodikud, n. n. narkomaanid jne., niipalju kui siin ei ole tegemist lihtsate psühhopaatiliste konstitutsioonidega. Küsimus, missuguses mõttes peaks joodikuid pidama vaimuhaigeiks, on keeruline; siin peame rakkendama sotsiaalseid lähtepunkte. Alkoholismi olemusest selgub, et ravimine peab toimuma spetsiaalses asutises, sunni-

viisiliselt ja pikemat aega. Siin peaks olema kindlaksmääratud, kellel on õigus niisugust inimest pikemaks ajaks kinnisesse asutisse paigutada, ja kellel on õigus olla niisuguse ettepaneku algatajaks. Ainult vastavad seadused võiksid kõrvaldada või pehmedada neid raskusi. Peale selle tekitab raskusi ka küsimus, kes peaks kandma säärase pikaldase ravi kulud. Analoogsed tingimused oleks vajalikud ka n. n. narkomaanide ravi läbiviimiseks, kuid seal ei kesta ravi nii kaua.

---

## Ravikasvatus ja selle ülesandeist Eestis.

Nikolai Born.

On tõsiasi, et osale lastest ei mõju või mõjuvad puudulikult harilikud kasvatus- ja õpetusmeetodid, milliseid tarvatakse normaalses pedagoogikas. Niisugustele raskelt kasvatavaile ja arenevaile lastele on vajalikud eri kasvatamis- ja õpetamisviisid, missugused on kohandatud lapse arenemisvõimeile ja tema vaimseile iseärasusile.

Ravikasvatuse ülesandeks ongi säärase laste kasvatamine ja õpetamine, et neil soodustada niisuguse vaimse koetise tekkimist, mis annaks võimaluse olla ühiskonnale kasulikuks liikmeks või vähemalt ära hoida neid muutumast asotsiaalseiks või antisotsiaalseiks.

Laiemas ulatuses ravikasvatus tegeleb mitte ainult vaimselt anormaalsete laste õpetamise ja kasvatamisega, vaid ka meeltepuuete või häirete all kannatavate laste õpetamisega, kes tarvitavad eri õpetamismeetodeid, nagu pimedad, kurtummad jne.

A. Homburger'i järele ravikasvatuse alla kuuluvad järgmised anormaalsete liigitused:

A. Nõ dramõ istuslikud: a) debiilsed, b) imbetiilsed, c) idioodid.

B. Meeltepuudeiga: a) pimedad, b) kurtummad, c) kurtummad-pimedad, d) halva nägemisega, e) halva kuulmisega.

C. Anormaalsete iseloomualged: psühhopaatilised isiksused.

D. K o m b i n a t s i o o n i d: a) nõrgaandelised (oligofreensed) psühhopaadid, b) meeltepuudega psühhopaadid, c) nõrgaandelised (oligofreensed) meeltepuudega.

Nagu tabelist selgub, ravikasvatus teeb tegemist defektiivsete lastega mitmest valdkonnast. Loomulik, et igal anormaalsuse liigil on omad erinevad kasvatus- ja õpetamis-põhimõtted. Teadliku ravikasvatuse algtingimuseks on enne kasvatustööle asumist igakülgne kasvandiku ja teda ümbritseva keskkonna (miljöö) tundmaõppimine, mitte ainult pedagoogilisest, vaid ka psühhopatoloogilisest küljest.

Praeguse aja vaated peavad tähtsaks isiksuse väljaarene-  
mise kaht tegurit: algeid ja keskkonda. Alged on niiöelda arengu võimalused, millised on lapsel sündides ja võivad välja areneda, aga ka hoopiski mitte välja kujuneda, sõltuvalt välistegurite mõjust. Sellepärast iga ravipedagoogi püüdeks on asetada kasvandikku säärasesse keskkonda, et temal võimalikult soodustada positiivsete algete väljakujunemist, seejuures aga negatiivsete algete väljaarene-  
miseks luua võimalikult ebasoodus pind.

Ravikasvatuse alguseks võiks lugeda möödunud sajandi esimest poolt, kuigi mõni erihar, nagu kurtummade õpetamisviisid olid juba ennem tuttavad. Esimene kurtummade õppeasutis asutati Prantsusmaal 1770. a. Abbé de l'Épée poolt, Saksamaal 8 aastat hiljem Leipzigin Samuel Heinicke poolt, kes esimesena hakkas kurtumme õpetama artikulasiooni meetodiga Hollandi arsti Ammon'i õhutusel. Tema ajani õpetati kurtumme väljendama omi mõtteid ainult märkide abil (kiri, miimika, käsi).

Olgugi et juba 16. sajandi alul kirjeldati endeemilist kretinismi kui haigust Theophrastus Paracelsu'se poolt, kes väitis, et ühes kretinismiga areneb nõdramõistuslikkus. Kuid see teadmine ei leidnud praktilist käsitlust. Põhjuseks võis olla, et tol ajal vaimselt anormaalsetele vaadati enamasti kui kurjast vaimust vaevatud inimesile ja seetõttu nende kasvatuse võimalusile ei mõeldud.

Esimene, kellelt on säilinud kirjeldused nõdramõistusliku kasvatamisest, oli prantsuse arst *I t a r d*. 1801. a. tema leidis *Aveyron'i* metsades metsistunud olekus inimese-idioodi, keda ta kuue aasta jooksul püüdis kasvatada. Tagajärjed olid küll väikesed, kuid see leidis jälle tegijaid.

Esimene ravikasvatus-õpetusasutis avati *Salzburgis* 1816. a. *G. G u g g e n m o o s'i* poolt, kes oli elukutselt kooliõpetaja. 1828. a. avatakse ka Prantsusmaal esimene nõdramõistusskoolide-hoolekandekool *Bicêtre'is F e r r u s* poolt. Varsti asutatakse (1839) ka teine sarnane kool *V o i s i n'i* poolt. *V o i s i n'i* järeltulija *S e g u i n* pani aluse ravipedagoogika süsteemile „*Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés*“ 1848. a. *S e g u i n* rändas välja Ameerikasse, kus ta teotses samal alal. Palju sensatsioonilisem ravikasvatuskulg oli Šveitsis. 1836. a. asutas dr. *Joh. Jacob G u g g e n b ü h l* *Interlakeni* läheduses *Abendbergi* asutise, seades enesele sihiks kretiinide päästmise. Tema arvates oli nõdramõistus ja kretinism samased. Tema väitis, et kretiine võib parandada kasvatusega ja saada neist kõlblikke inimesi. Asutise kuulsus levis pea üle Euroopa ja sai kohaks, kus jagati õpetust, näidati ravikasvatuse hiilgavaid tagajärgi ja virgutati järeletegemisele. Pea aga esialgne entusiasm vaibus, muutudes pettumuseks, kuna järeletegijad ei saavutanud sääraseid hiilgavaid tagajärgi. Süüdistati *G u g g e n b ü h l'i* selles, et ta rohkem lubas kui suutis, tembeldati teda isega šarlataniks. *G u g g e n b ü h l* suri mahajäetuna 1863. a. *Montreux's*. Asutis suleti samal aastal.

*G u g g e n b ü h l'i* ja *S e g u i n'i* võiks lugeda ravikasvatuse vaimseiks isadeks, sest nende mõjustusil hakati mitte ainult Euroopas, vaid ka Ameerikas aru saama nõdramõistusskoolide kasvatuse võimalusist. Edaspidine elu näitas, et ei ole *S e g u i n* ega *G u g g e n b ü h l* andnud mingisugust universaalmeetodit nõdramõistusskoolide kasvatuses, vaid ravipedagoogika areng jätkus 19. sajandi teisel poolel, otsides uusi teid ja rikastudes praktiliste teadumusiga, kujunedes empiiriliseks teadusalaks.

Kui esialgu õpetati ainult nõdramõistuslikke, siis aasta 30—40 eest aga pöörati juba tähelepanu psühhopaatide kasvatusel võimalusile, mis tegelikus elus on veelgi suurema tähtsusega. Sellega haarab ravikasvatus praegu õige laias ulatuses erikasvatust vajavaid ja omab sellega ühiskondlikus elus võrratu suure tähtsuse.

Kui idioodid ja imbetsiilsed juba väliselt nooremas eas oma iseärasuste tõttu paistavad silma hilisemaks jäänud arenguga motoorses ja psüühilises sfäärides, samuti oma üldise käitumisega tõmbavad enesele tähelepanu, siis debiilikud normaalseist lastest silmatorkavalt ei erine ja harilikus perekonnas vaadatakse neile kui laiskadele lastele. Sunnitakse neid koolis käima, mõni ehk lõpetab keskkooli ja isegi ülikooli. Niisugune inimene ei oska aga pärastises elus oma teadmisi midagi tagajärjekalt iseseisvalt ette võtta. Niisugust inimest oleks muidugi otstarbekohasem juba varakult juhtida tegevusele, mis vastab tema võimeile, saades temast praktiliselt täisväärtusega kodaniku.

Nõdramõistuslikes raskemaid debiilikuid ja imbetsiilseid tuleks õpetada vastavais abikooles ja asutisis. Õppekava seesuguseis kooles peab koostama hoopis erinevail põhimõtteil, kuid mitte olla ainult lühendatud algkooli õppekavaks. Põhimõtteks peaks olema anda rohkem lihtsaid, tegelikus elus tarvisminevaid teadmisi ja oskusi. Õpetus peab toimuma võimalikult suure näitlikkusega, et kõiki õpetavaid aineid kägatsutavaks teha. Tuleb ka tähelepanu pöörata sageli tahaäänud kõne ja motoorse sfääri arendamisele.

On suudetud abikoolide ja asutiste abiga muuta isegi imbetsiilseid teatava määrani töö- ja teenistusvõimelisiks (poole tööjõuga), lihtsamais oludes nagu põllu- ja aiatöö, aga ka nagu Giese näitas ühetoonilisiks töödeks masinate juures.

Idioote tuleks lugeda praktiliselt arenemisvõimetuiks, kuigi pideva ja järjekindla õpetamisega saavutatakse mõningaid tagajärgi. Perekond ei ole koht idioodi hoidmiseks, iseäranis veel teiste laste olemasolul, ta on perekonnale liiga

suureks hingeliseks koormaks, seepärast tuleks neid paigutada vastavasse varjupaikadesse.

Hoopis teistelt põhimõtteilt lähtub psühhopaatide kasvatatus. Ei ole küllaldane rikastada psühhopaaati ainult teadmisi ja arendada tema mõttetegevust. Peatähelepanu peab siin juhtima kasvatusesele selle sõna otseses mõttes. Ei ole ühtki psühhopaaati, kes ei vajaks erikasvatust, olgu ta varustatud tähelepanu äratavate või keskmiste vaimuandega; ta võib olla arenenud ja haritud, kuid oma iseloomult seista õige madalal ja seetõttu osutada oma võimisile vaatamata ühiskonnale kasutuks, tihti isegi kahjulikuks. Niisuguseid psühhopaatilise konstitutsiooniga raskelt kasvatatavaid lapsi tuleks võimalikult varakult ümbritseda keskkonnaga, milline osutuks tema arenemisele ja kasvatusesele eriti soodsaks.

Toimub kasvatus algus nooremas eas ja vastavalt ravikasvatuse põhimõttele ja nõudeile, siis võime julged olla, et saame ka rohkemal määral positiivseid tulemusi. Raskemaks või hoopis võimatuks muutub aga ravikasvatustöö juhtudel, kus teatavad kompleksid väärkasvatuse tagajärjel on juba tihestatud. Eriti soodsail eeltingimusil võib leppida kasvatuses oma perekonnas, mingil tingimusel ei tohiks asi aga nii kaugemale minna, et last lasta paljusid koduseid kasvatajaid läbi proovida, kes igauks tema peal proovinud oma meetodeid. Lõpuks laps on omandanud kogemusi oma abinõude mõjust kasvatajaisse, on kõigutanud kasvatajate autoriteetust jne., loomulik, et niisuguse lapsega edaspidi kasvatustöö edukus on küsitav. Seepärast esimesel ebaõnnestumisel kodusel kasvatusel laps tuleks paigutada vastavasse asutisse või kooli.

Psühhopaatiliste laste kasvatuses on peatähelepanu suunatud abinõudele, milledega võib kuidagi kaasa mõjuda iseloomu kujunemisele soovitud suunas. Psühhopaatidel, kellel puuduvad vaimsed alused teatava ala arenemiseks (näiteks: hea ja kurja mõiste mitte-väljakujunemisel) katsutakse sisse kasvatada asestruktuuri.

Kuna psühhopaatilise konstitutsiooni avaldused on nii mitmekesised ja nii erinevad, siis eriteadlase (eripsühhiaatri) abi on siin hädavajalik. On tarvis eraldada muid vaimseid anormaalsusi, on tarvis selgitada, milline kasvatusviis oleks kohane, on tarvis otsustada, kas kasvatus peaks toimuma asutises või perekonnas jne.

Ei saa lõpuks jätta mainimata, et just psühhopaatide kasvatuses on vajalikud eriti vilunud ja head ravipedagoogid, kes ka vaimseilt omadusilt oleksid sobivad seesugusele elukutsele.

Eestis nagu paljudes teistes maades ravikasvatuses esimesi samme astuti kurtumade õpetamise alal. Esimene kurtumade kool asutati eraõppeasutisena Väändras 1886. a. Peale Väändra kooli asutati hiljem veel koole Põlvasse ja Pühale (Saaremaal), mis on praegu likvideeritud. Väändra kurtumade kool jätkab tegevust Porkunis (Virumaal) ja riikliku asutisena annab õpetust 115 lapsele.

Esimene nõdramõistuslike kasvatuasutis „Nain“ asutati umbes 34 aastat tagasi Liivimaa idiootide ja langetõbiste hooldamise seltsi poolt Pärnu-Jakobi lähedal, tollaegse kirikuõpetaja S c h u l z'i õhutusel. Asutis on teetsenud viimasel ajal riiklikul toetusel, annab kasvatust üle 50 nõdramõistuslikule. Teine niisugune asutis asutati Udrikus, Tapa lähedal, 1923. a. Andis omal ajal õpetust kuni 100 nõdramõistuslikule, kavatseti isegi laiendada kuni 300 hoolealusele, kahjuks mõnesuguseil kaalutlusil 1929. a. asutis likvideeriti. Praegu töötab nõdramõistuslike õpetamise alal veel abikool Tallinnas umbes 50 lapsele.

Raskelt kasvatatavaile lastele, s. o. peamiselt psühhopaatidele on kaks asutist, mõlemad Hariduse- ja Sotsiaalministeeriumi ülalpidamisel, Koloveres, Läänemaal 60 poisile ja Saksis, Virumaal 50 tütarlapsele. Peale nende teotsevad veel kaks abikooli, üks Tallinnas umbes 30 õpilasele, ja teine Tartus.

Kurikalduvusiga noortel on Kohtuministeeriumi valdamisel Harku kolonii 135 poisile ja on õieti karistus- ja kas-

vatusasutis kokku. Seaduse vastu eksinute paigutamine sinna toimub kohtuotsusel, mille pärast leiame seal vaimselt anormaalsete hulgas ka terveid. Pimedaille Tartus teotseb töökoda-kool 70 hoolealusele.

Nagu ülalpool nägime on meil ravikasvatuse alal nii mõndagi tehtud, kuid seda ei saa veel vaimse tervishoiu seisukohalt lugeda küllaldaseks, kuna paljud anormaalsetest lastest jäävad ikka veel saatuse hoolde enese kui ka ühiskonna õnnetuseks. Vaimse tervishoiu vaatekohalt tuleks aga kasvatada ja õpetada iga last, kes vähegi on selleks võimeline, vähendades sellega asotsiaalset ja antisotsiaalset elementi ühiskonnas.

Ei ole loomulik seisund, kus nõdramõistuslikke lapsi lastakse harilikus koolis käia lihtsalt selleks, et koolis käimise kohustust täita, selleasemel et neile õpetada praktilisi oskusi. Hoopis suurem on ülekohus heita raskelt distsipliinile alluvaid koolist välja ja jätta nad saatuse hooleks, sest sellega meie tõukame neid asotsiaalsuse teedele. Niisuguseile lastele on abi ja tugi just eriti hädavajalik. Tuleks ka neile võimaldada õpetust ja kasvatust vastavalt nende võimeile ja iseärasusile. Lõpuks ühiskonnale tuleb see ka odavam, sest elust väljatõugatud ja saatuse hooleks jäetud lapsed muutudes asotsiaalseiks, tulevad ikkagi ühiskonna üleval pidada, olgu see vanglais, varjupaikades, kodudes jne. Et vältida pettumust ja ebaõnnestumist ravikasvatustöös, on vajalik, et enne ravikasvatustööle asumist kasvandiku vaataks läbi eriarst, kes teeks kindlaks kasvandiku vaimse struktuuri ja seisundi, uuriks senise kasvatuse ebaõnnestumise põhjusi ja otsustaks, kus oleks edaspidine kasvatustöö edukam. Eriteadlasel arstil tuleks kõige sagedamini kindlaks teha ja vastata järgmistele küsimustele: 1) Kas kasvandikul on või areneb tema juures psühhoos? 2) Kas ta on nõdramõistuslik ja kas defekt on nii suur, et teeb tema arenemiskõlbmatuks? 3) Missuguseks ametiks näib kasvandik, vaatamata nõdramõistusele, kohane? 4) Kas on psühhopaadil vaimseid kõrvalekaldumisi,

mis teevad võimalikuks või jälle võimatuks kasvatustöö ja millest need on tingitud (alge, keskkond)? 5) Kuidas ja mil teel võib kasvataja mõjustada iseloomu iseärasusi?

Samuti on tarvilik pidev psühhiaatriline järelevalve kasvandikkude üle nende edasijõudmises, kasvatusraskuste korral selgitaks põhjusi ja annaks nõu ja juhatust ravipedagoogidele. Psüühilise haigustumise korral aga hoolitseks kasvatusaluse eest, seisundile vastavalt. Koostöö pedagoogi ja arsti vahel täiendab üksteist ja võimaldab saavutada paremaid tagajärgi ravikasvatuses. Ei ole arst kasvataja (muidugi, kui tal seks ei ole kaasasündinud omadusi), ei ole ka ravipedagoog arst. Võib olla oleks siin ideaaliks ühes isikus mõlemate alade kokkusulamine.

Oleks vist ülearune rõhutada, et ravipedagoog peaks seisma oma ülesannete kõrgusel ja omama selleks kohaseid vaimseid omadusi. Kui seda nõuame igalt pedagoogilt, siis seda enam ravipedagoogilt.

Mida tuleks ravikasvatuse alal Eestis teha? Siin olgu ette toodud mõningaid üldisi sihtjooni:

1) Kõigile arenemisvõimelisile nõdramõistuslikele (rasked debiilsed, imbetsiilsed) tuleks võimaldada eriõpetust vastavais asutis, abikoolides, lasteaedades. Eestis on üldse 3000 (V a l m a) kuni 4000—5000 (T o m i n g a s) nõdramõistuslikku. Neist õpetustvajajaid erikoolides võiks arvata vähemalt 400-le. Praegustes oludes aga õpetust on võimalik anda umbes 100 lapsele.

Kergelt debiilsed suuremalt jaolt on võimelised lõpetama sundusliku algkooli. Sundima edasiõppimiseks üldhariduslikes kooles seesuguseid lapsi oleks väärsamm. Neid tuleks ette valmistada tegelikule elule, õpetades mõnda ametit või oskust. Selleks tuleks teha lastevanemate seas selgitustööd.

Kergelt debiilsete arvu Eestis pole täpsalt võimalik ära määrata andmete puudusel. Võrreldes Saksamaa oludega, kus Z i e h e n'i järele loetakse oligofreenikuid 1% rahvaarvust, tuleks kergelt debiilsete arvu meil lugeda 6000—8000.

2) Psühhopaatide kasvatusesele ja hooldamisele tuleks erilist rõhku panna, ja neid võimalikult nooremas eas ravikasvatuse alla võtta. Selleks peaksid lastevanemad ja õpetajad esimeste psühhopaatiliste konstitutsiooni avalduste ilmsikstulekul või ka kahtluse korral pöörama vastavate asutiste ja isikute tähelepanu niisuguseile lastele. Kahtlust selleks annab raskelt kasvatatavus, iseloomu-iesärasused jne.

Psühhopaatide üle tuleks seada psühhiaatri juhtimisel sisse hoolekanne, anda nõu ning juhatust lastevanemaile ja teistele asjast puudutatuile ja korraldada kasvandikkude üle pidevat psühhiaatrilist järelevalvet. Tarviduse järele laps tuleks jätta kas oma perekonda või raskemal juhul paigutada vastavasse abikooli või kasvatusasutisse, milleks korraldada kinniseid asutisi, linnades päevaseid kodusid-koole, lasteaedu, abikoole.

Kuigi psühhopaatide arvu ei ole võimalik kindlaks määrata, siiski kahest kasvatusasutisest (Kolovere, Saksi) ja abikoolist on vähe.

Harku kolonii, tema praegusel kujul, ei vasta ravipedagoogika kõigile nõudeile, mispärast tuleks teda reorganiseerida. Noori seadusevastu-eksijaid tuleks jaotada eriliikidesse vastavalt nende vaimsele struktuurile ja kasvatustöö peab toimuma vastavalt ravikasvatuse nõudeile. Kolonii arst peaks olema tingimata psühhiaater.

3) Kõigile pimedatele ja kurtummadele tuleks võimaldada õpetuse saamist, laiendades tarviduse korral olemasolevaid asutisi ja koole. Samuti tuleks võimaldada eriõpetust halvastinägijaile ja -kuuljaile.

4) Tuleb hoolitseda eriti kõrge spetsiaalse kvalifikatsiooniga kasvatajate koostise ja nende kohal hoidmise eest, korraldades nende majanduslikku heaolu.

## Vaimuhaigete hoolekande arendamisest Eestis.

Hans Viinapuu.

„Vaimuhaigete hoolekanne on teataval määral maa kultuuri baromeetriks“, ütleb prof. W e y g a n d t. Ja tõepoolest — koos kultuuri edenemisega on arenenud ka vaimuhaigete hoolekanne — nii vajaduselt kui ulatuselt.

Kui alles möödunud sajandi alul koheldi vaimuhaigeid võrdselt hädaohtlike kude roimareiga, aheldades neid seinakülge või sulgedes puuridesse, siis peeti neid sajandi teisel poolel juba haigeiks inimesiks, keda püüti ravida, eraldades neid hädaohtlikeks peetavaina eriasutisisesse.

Ühiskondliku elu järjest keerulisemaks muutumisega, suurenes ühtlasi inimeste arv, kes ühiskonda enam ei sobinud mitmesuguste vaimsete kõrvalekaldumiste pärast ja keda oli vaja eraldada. See asjaolu sundis laiendama ja ehitama vastavaid asutisi, mis kujunes omakorda väga kulukaks ja otsima teid odavamalt läbi saamiseks.

Samal ajal aga hakkasid üksikud psühhiaatrid avaldama mõtteid haigete pikaajalise eraldamise vastu, pidades seda haige vaimsele seisundile kahjulikuks, ja üksikud kaugemale-nägijad neist hakkasid siin-seal katsetama haigete elu korraldamisega väljaspool asutisi — perekonnis. Tagajärjed osutusid igati headeks: asutiste koormus ja kulud vähenesid ja haigete töövõime ning vaimne seisund paranes tunduvalt paremini kui pikaajalisel kinnises asutises viibimisel.

Maailmasõda oma vapustusiga halvas vaimuhaigete hoolekande arenemise tükiks ajaks, kuid peale sõda tekkinud terav majanduslik kitsikus tõi kõik probleemid seda tungivamalt uuesti päevakorrale. Ja praegu maksab kultuurmais

üldiselt tunnustatud õigekspidamine: Vaimuhaigeid tuleb rävda hästi intensiivselt ja peale akuutse haigusjärgu ning haiglaravi hädavajalikkuse möödumist saata võimalikult ruttu tagasi oma endisse ümbrusse ja endise tegevuse juurde.

Ja mitte ükski küsimusega tegelevaist autoriteedest ei väsi rõhutamast halba mõju, mis pikaajaline kinnises asutises viibimine avaldab inimesesse, sest üksluine haiglaelu ja töötaolek hävitab pikapeale haige isiku, tema huvi enese saatuse ja töö vastu ning võõrutab tema igapäevasest elust, tööst ja inimesist, ühesõnaga — muudab tema täielikuks invaliidiks. Elamine harjunud ümbruses, perekonnas ja töö juures, selle vastu, toob tema lähemale inimesile ja elule ning teeb tema töövõimeliseks, kas või osaliseltki, ja seega ühiskonnale kasulikuks.

Kui varem oli eesmärgiks muretseda võimalikult kõigile haigustunuile asutisse paigutamise võimalusi, siis püütakse nüüd teha kõik, et soodustada haigele tagasipööramist tema endisse ellu, ja nende eest edaspidine hoolitsemine on sel puhul suunatud kinniste asutiste asemel väljapoole selliste piire — perekondlikule (võõras perekonnas) ja lahtisele (omas perekonnas) hoolekandele.

Kuna niisugune hoolekande kuju on osutunud mitte ainult kasulikumaks haige tervisele, vaid ka palju odavamaks, on ta eriti arenenud neis mais (Saksa, Ungari, Jaapani, Vene), kus eriti raske majanduslik olukord sunnib otsima teid hoolekande odavamalt korraldamiseks ja kus hästi arenenud teaduslik psühhiaatria ning hea seltskondlik korraldus (Saksa) seda soodustab.

Jaapanis näiteks on asutisis ruumi suhteliselt 5—6 korda meist vähem, kuid neil on perekondi, kus hooldamisel kuni 30 vaimuhaiget. Saksa maal on hoolekanne korraldatud ringkondade viisi. Eeskujuks on Erlangeni ringkond, kus lahtine ja perekondlik hooldamine korraldatakse haigla kaudu ja kujutab sellega lahutamatu terviku („Erlangeni süs-

teem“). Selle korralduse organiseerijaiks on saksa lahtise hoolekande tuntud eestvõitlejad Kolbe ja Falthauer. Harvemini esineb teine viis („Wendenburgi ehk Gelsenkircheni süsteem“), kus lahtine hoolekanne moodustab teraviku üldise hoolekande korraldusega ja juhitakse hoolekande asutiste poolt eriarstide kaudu ja abil. Igal juhul tuleb hooldamine perekonnas ja lahtisel hoolekandel mitu korda odavam hooldamisest asutises.

Saksamaal hoolekande korraldus haarab peale vaimuhaigete ka vähemal määral vaimselt kõrvalekaldunuid (mitmesuguste nõuandlate kaudu).

P. A. Ühendriiges arendatakse lahtist hoolekannet samail põhimõtteil. Ühe nende vastava aruande järgi tuleb neil haige ülalpidamine väljaspool asutist keskmiselt 10 korda odavam ülalpidamisest haiglas. Nemed esitasid veel uue huvitava küsimuse, kui palju teenivad lahtisele hoolekandele paigutatud haiged. Ja ühe enne kriisiaegse aasta aruandest leiame, et väljaspool asutisi hooldatavad haiged teenisid isiku kohta aastas \$ 480 (ülalpidamine haiglas maksis samal ajal keskmiselt 380 \$ aastas).

Kõige omapärasem ja vanem on „Gheel'i koloonia“ Belgias, kus perekondliku hoolekandega tegeletud palju sajaneid. Praegu on seal umbes 100-voodelise haigla ümber koonduvad perekondlikule hooldamisele arstilise järelevalve all umbes 3000 haiget.

Peale nende tuleks mainida Ungarit, kus korraldatud perekondlik hooldamine on hästi arenenud ja mahutab umbes 30% kõigist haigeist.

Meil on vaimuhaigete hoolekande korraldamisel viimase 10 a. jooksul tehtud suuri edusamme: on suurendatud tunduvalt asutisse paigutamise võimalusi, on lahendatud ravitasu küsimus, võttes selle riigi kanda õige laias ulatuses jne. Meie haiglad (Ülikooli kliinik, Seevald, Jämejala, Pilguse) võtavad enam-vähem normaalsel koormusel vastu kokku umbes 1000 haiget ja omavalitsuste poolt ülalpeetavad varjupaigad kokku kuni 600 hoolealust. Peale selle on viimaseil aastail paiguta-

tud rohkesti haigeid perekondadesse. Olukorda lähemalt süvenedes leiame aga, et küsimus pole kaugeltki veel lahenenud. Ühest küljest valitseb meil veel tung asutisisesse („tõbi“, mida põetud igalpool mujal enne lahtise hoolekande arenemist), kuhu paigutatakse ka neid, kellega heal tahtmisel oleks võidud ka koduski läbi saada. Teisest küljest aga puuduvad võimalused vastaval määral neid asutisist välja saata, sest perekondlikule hooldamisele pole praegu võimalik paigutada küllaldaselt määral haigeid, kuna inimesed kardavad vaimuhaigeid, isegi lähemaid sugulasi, enese juurde võtta, ei oska nendega ümber käia, suhtuvad neisse teatud eelarvamusiga, kardavad kaunis tülikat asjatalitust asutisisesse tagasi toimetamisel, kui see vajalik, jne. Muidugi mõjub kaasa see asjaolu, et asutises on kulud enamal jaol juhtel riigi kanda.

Survet avaldada haigete asutisist väljavõtmiseks praeguses olukorras ka ei saa, sest väljas puudub vastav arstiline nõuanne ja järelevalve, mistõttu saabki praegu perekonda paigutada ainult seesuguseid hoolealuseid, kellega saab läbi ilma niisuguse korralduseta. Ja kuigi haiglad mahutavad praegu üle paarisaja haige rohkem normaalsest olukorrast on selmoel tekkinud kõigis asutisises terav ruumipuudus, nii et on raskusi haigete vastuvõtmisega ning paigutamiselega neile kohasesse asutisisesse. Nii on haiglad sunnitud pidama varjupaiga kohaseid haigeid, samuti neid, kes võiksid väga hästi olla perekonnas, kui lahtine hoolekanne oleks korraldatud.

Seega nõuab meie olukord paratamatult ruumipuuduse lahendamist ja paigutamisevõimaluste loomist vastavalt haige seisundile. Tuleb vaid otsustada, kas seda teha asutisises ruumide juurdeehitamise või haigete hoolekande korraldamise teel väljaspool asutisi.

Asutiste laiendamine on väga kulukas ja mujal saadud teadumusil ka põhjendamatu. Seepärast peaksime ka meie asuma mujal heade tagajärgedega kasustatud ja teaduslikult põhjendatud teele: korraldama vaimuhaigete hoolekannet väljaspool asutisi — perekonnas.

Kuidas seda aga teha, nii et see vastaks kujult ja korralduselt perekondliku ja lahtise hoolekande tõelisele mõistele ja sisule (sest ainult nii korraldatult ta suudab mahutada maksimaalse hulga haigeid minimaalsete kuludega), sellele küsimusele püüan leida kostuse, arvestades meie olukorraga, mujal saadud teadumuste ja üldiselt maksvate õigekspidamisiga.

Nagu varem mainitud, on haigete perekonnisse paigutamisel raskusi seltskonna poolt. Teisest küljest aga on raskusi ka haigete eneste poolt. Nad on paranenud ikka teatud defektiga, on teatud määrani kaotanud kontakti ümbrusega ning kohanemine valmistab neile sagedasti suuri raskusi. Ja seetõttu vajavad nad veel kaua, tihti kogu eluaja, teatud tuge. Vaimuhaigete hoolekande korraldamisel väljaspool asutisi ongi tarvis kõrvaldada need raskused. On haigele vaja muretseda sobiv koht, olla talle abiks nõu ja jõuga sisseseadmisel, kas teenistuskohale või hoolealusena; on vaja kontrollida tema olukorda ja muretseda talle uus koht, kui käesolev osutub millegi tõttu ebakohaseks; on vaja muretseda asutisse paigutamise võimalusi, kui see osutub jälle tarvilikuks; on vaja hoolitseda temast maha jäänud perekonnaliikmete ja varanduse eest jne. Edasi on vaja selgitada rahvale vaimuhaigussisse puutuvaid küsimusi ja õpetada neid haigeid mõistma ning nendega ümber käima.

Kõige selle teostamiseks on vaja luua vastav organ, mis peaks koosnema hoolekande arstist, kellel abiks, arvestades hooldamisel olevate haigete arvuga, hoolekandeõed, põetajad jne. Nende ülesandeks jääb hoolitseda haigete eest väljaspool asutisi, samuti nagu asutises seda teevad asutise arst, õed, põetajad. Lahtise hoolekande personaali võimete kohta seatakse vaid harilikult palju suuremad nõudmised. Arst, kes juhib kogu tegevust, peab olema ilmtingimata psühhiaater, kel küllaldaselt kogemusi, et igas olukorras kohapeal orienteeruda, kellel palju huvi ja armastust asja vastu ning küllaldaselt iseloomuomadusi selleks tööks, sest „hoolekandearsti isikust oleneb, kas lahtine hoolekanne edeneb või hääbub“,

nagu ütleb varemmainitud Falthauser. Hoolekandearst peaks olema ka korraldajaks ning ühendavaks lüliks kõikide ametkondade ja eraorganisatsioonide vahel, kes otseselt või kaudselt tegelevad vaimselt kõrvalekaldunute eest hoolitsemisega, nagu: haiglad, varjupaigad, riigi ja omavalitsuste ter- vishoiu ja hoolekande osakonnad, kohtud, politsei, vaimulikud, usuühingud, haigekassad, vangide, joodikute, noorte jt. abistamise ja hooldamise seltsid, päästearmeed jne. Tema ülesandeks on ka lahtise hoolekande abipersonaali väljaõpetamine, samuti nõuande teostamine haigete juures kodus ning nõuandlaid, milliseid tuleks avada rahvarikkamais kohis (Saksamaal näit. nõutakse üks tund nõuannet nädalas vastavais nõuandlaid iga 100 000 elaniku kohta).

Nõuandjana perekonnas ja punktis seisab hoolekande arst tihedas kontaktis rahvaga ja selletõttu on temal kõige kohasem teostada perekondade uurimist, millel väga suur tähtsus teaduslikus psühhiaatrias pärilikkuse küsimuse selgitamisel.

Rääkides haigete hooldamisest väljaspool asutisi, mõtlen selle all paigutamist esimeses järjekorras enese perekonda, sest tuttava ümbruse ja tööga kohaneb inimene kõige kiiremini. Nimetatud võimaluse ebakohaseks osutumisel aga (ümbrus pole kohane haigele, see ei tunnusta omaste autoriteeti, oma perekond puudub üldse jne.) tuleks paigutada võõrasse perekonda. See tee on muidugi kulukam ja nõuab hoolsamat kontrollimist. Siinkohal ei saa ka jätta soovitamata paigutamist 10—15-ne kaupa võõrasse perekonda, nn. pisikodusse. See viis on levinud eriti Ungaris ja ka Saksamaal.

Peale eeltoodu tahaksin eriti rõhutada töökolooniate asutamise otstarbekohasust. Seal võiksid töötajad haiged, kes millegi tõttu ei sobi perekonda, teha väärtusi loovat tööd. Töökoloonia peaks asuma haigla läheduses või omama sellega vähemalt hea raudteeühenduse, sest haigla peaks olema koloonia saaduste tarvitajaks. Ka oleks sel puhul kergendatud haigete ümberpaigutamine haiglast kolooniasse ja ümberpöörduvalt, mis tingimata nõutav.

Töökolooniat vaimuhaigeile ei pea aga mitte ära vahe-  
tama töömaja mittevaimuhaigeile, milline asutis aga  
on küll hädavajalik anti- ja asotsiaalsete isikute sunniviisili-  
seks paigutamiseks.

Kulukuse järgi riigile oleks kõikide hooldamisviiside  
suhe autori arvutusel järgmine: haigla: varjupaik: pisikodu:  
perekond: töökoloonia = 1:  $\frac{3}{4}$ — $\frac{1}{2}$ :  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ :  $\frac{1}{2}$ —0:  $\frac{1}{3}$ —0.

Lõpuks — lähemalt eeltoodud põhimõtete tegelikust ellu-  
viimisest. Vaimuhaigete hoolekanne tuleks ka meil korral-  
dada rajoonide viisi, moodustades need vastavalt meil ole-  
masolevaile vaimuhaiglaile sel moel, et haigla ühes varjupai-  
kade, kolooniate ja lahtise hoolekande korraldusega peaks  
rahuldama vastava rajooni nõuded. Selline korraldus või-  
maldab tiheda koostöö asutiste ja lahtise hoolekande vahel,  
jääb ära kulukas haigete transportimine ristamisi (nagu  
praegu — Haapsalust ja Narvast Jämejalale ja Petserist See-  
valdi) ning haigete omakseil oleks haigete külastamine seotud  
vähemate kulude ja raskusiga, mille tõttu säiliks lähem  
kontakt haige ja tema kodu vahel. Rajoonid võiksid, arves-  
tades haiglate suuruse ja raudteeühendusega olla järgmised:  
1) Põhja- ja Eesti: haigla — „Seevald“ umbes 670 voodiga:  
siia kuuluks Viru-, Harju-, Lääne- ja Järvamaa kokku ümar-  
guselt 500 000 elaniku ja 2000 hoolealusega. 2) Lääne-  
Eesti: haigla „Jämejala“ umbes 250 voodiga ja varjupai-  
gad — Sindi ja Võisiku; siia kuuluks Viljandi-, Pärnu- ja  
Valgamaa ümarguselt 210 000 elaniku ja 900 hoolealusega.  
3) Ida- ja Eesti: haigla — Ülikooli kliinik umbes 100 voodiga  
ja varjupaijad — Tartu Kodu, Kavastu ja Erastvere; siia  
kuuluks Tartu-, Võru- ja Petserimaa ümarguselt 320 000 ela-  
niku ja 1400 hoolealusega. 4) Saaremaa: haigla — Pil-  
guse umbes 60—70 voodiga Saaremaa jaoks, kus ümarguselt  
60 000 elanikku ja 200 hoolealust.

Seejuures peaks paaril kohal, kus ühendus teise rajooni  
haiglagaga eriti soodus, tegema kõrvalkaldumisi administra-  
tiivseist piirest. Nii peaks kuuluma Järvamaast Türi ja Paide  
ühes ümbruskonnaga Lääne rajooni ja Valga linn ühes lähema

ümbrusega ja kogu maa-ala väikesest Emajõest ida poole — Ida rajooni. See vähendaks Põhja rajooni ja suurendaks Ida rajooni hoolealuste hulka mõnekümne võrra.

Ida rajoonis on haiglas võrdlemisi vähe ruumi, seepärast peab varjupaikades mahutavus jääma suuremaks ja Erastvere varjupaik peaks saama seesuguse sisemise korralduse, et ta võiks pidada ka rahutuid haigeid. Lääne rajoonis aga, kus haigevoodeid suhteliselt teistest rohkem, tuleks korraldada — Jämejalal eriosakond langetõbiseile, keda tülikas hoida segamini teiste haigeiga ja laialipillatult mitmes asutises, ja Sindis — eriosakond ühes vastava kooriga nõdramõistuslikele lastele, keda praegu pole tõepoolest kuhugi paigutada.

Kuna maavalitsused on kaotatud, peaksid nende poolt ülalpeetud varjupaigad minema riigi kätte, mis võimaldaks ühtlase ja kooskõlastatud töökorralduse.

Kellele peaks alluma lahtise hoolekande tegelik juht — hoolekande-arst? Silmas pidades, et asutised ja lahtine hoolekanne peavad asja huvides ilmtingimata töötama tihedas kontaktis, oleks otstarbekohane, et ta alluks haigla juhatajale, kes niimoodi oleks kogu rajooni vaimuhaigete hoolekande üldjuhiks. Kui haigla juhataja ei peaks pooldama lahtise hoolekande mõtet või peaks olema muil põhjusi ebakohane juhtima tervet organisatsiooni, hoolekande-arst võiks alluda otseselt Tervishoiu- ja Hoolekandevalitsusele. Saaremaal, kus haigeid üldsummas vähe, peaks haigla juhataja ka hoolekande-arsti kohuseid täitma. Siinkohal võiks veel nimetada võimalust, et haigla juhataja üldjuhiks olles võiks hoolekande-arst olla ta teiseks abiks (esim. haigla jaoks). Oleks arvatavasti otstarbekohane, kui hoolekande-arst oleks ühtlasi rajooni varjupaikade ja kolooniate inspektoriks.

Igal pool, kus hoolekanne korraldatud väljaspool asutisi, hoiatatakse bürokratismi eest. Peaks meil sellest küljest tekkima raskusi mõtte teostamiseks, võiks tulla kõnesse selle teostamine mõne eraorganisatsiooni, näiteks Vaimuhügieeni Ühingu kaudu (analog. tbk. vastu võitlemisele).

Kartuste kõrvaldamiseks, nagu tähendaks eeltoodud mõtete teostamine hoolekande kulude suurenemist, toon mõningaid kalkulatsioone, mis tõendavad vastupidist. Otsustades Jämejala haigeskonna järgi, võiksime haiglaist kokku paigutada lahtisele hoolekandele umbes 250 haiget. Varjupaikadest — umbkaudselt samase hulga; nii et kokku — 500 hoolealust. Viimasel aastal läks ühe haige ülalpidamine maksuma kuus keskmiselt ning ümmarguselt: haiglais — 30 kr. (arvestamata ehituse kulusid ja amortisatsiooni), varjupaikes — 18 kr., ja perekonnis — 11 kr. Et põhjust mitte anda aluse tagi vastuvaidlusiks, arvestan igalt lahtisele hoolekandele paigutatud haigelt vähemkulutust kuus minimaalse summa — 7 kr., s. o. varjupaiga ja lahtise hoolekande kulu vahe. See teeks kuus vähemkulutust kokku  $7 \text{ kr.} \times 500 = 3500 \text{ kr.}$

Kulud lahtise hoolekande korraldamiseks. Kõikide kõnesolnud haigete, ühes praegu perekonnis viibivaiga üle maa laiali olles, vajab nende hoolekanne vähemalt 3-me arsti ja 6 hoolekande-õde. Arvestades kuupalgaks ühes päeva- ja söidurahadega arstile 300 kr. ja õele — 120 kr., saame kulusumma nende palkadeks kuus ( $300 \times 3 + 120 \times 6$ ) 1620 kr. Kui arvame juurde muudeks kuludeks 380 kr., saame ümmarguselt 2000 kr. Võrreldes seda summa vähemkulutuse summaga, saame kokkuhoiud kuus 1500 kr.

Ja hoolekandesummade aasta-eelarves moodustaks see küllalt suure summa ( $1500 \text{ kr.} \times 12 = 18000 \text{ kr.}$ ) selleks, et tema kokkuhoiule mõelda tõsiselt.

Rõhutan aga siinkohal veel eriti, et vähemkulutuse summa on arvestatud minimaalsena. Peale selle on niisugune suure hoolealuste hulga lahtisele hoolekandele paigutades võimalik sulgeda mõned varjupaigad, mis veelgi suurendab kokkuhoiu summat.

Juurde tuleks veel arvata kokkuhoiu suurenemine selle tõttu, et korraldatud lahtise hoolekande olemas olles, läheb korda üldse vältida mõningate haigete asutisse paigutamist, ning et ka haiged ise teevad väljas mingil määral kasulikku

tööd. Samuti langeb ära tarvidus panna summe juurdehituste alla. Ka tuleks sel puhul praegu perekonnis viibivate ülalpidamine kindlasti odavam, mida võib järeldada huvitavast täheldusest, et möödunud aastal oli perekonnas hooldamisel oleva haige eest keskmine kuutasu kogu riigi kohta ümmarguselt 11 kr., Jämejala haigla kaudu paigutatud hoolealuste eest aga ümmarguselt 4 kr.

Hinnata ei saa muidugi seda tulu, mis peitub kasus haige tervisele.

Täies ulatuses areneb lahtine hoolekanne välja muidugi alles mõne aastaga ja seepärast tuleb alata väikese personaaliga — alul ainult arstiga. Kui kardetakse ettevõtet seotud olevat mingi riisikoga, võiks algust teha ühe rajooniga.

Edasi oleks kohane tuua mõningaid kalkulatsioone ka töökolooniate kohta, mis meil üldse puuduvad. Selleks toon näitena andmeid Jämejala haigla juures olevast põllumajapidamisest, mis oma loomult sarnaneb väga soovitatud töökolooniale. Jämejatal on põldu 62,5 h. ja heinamaad — 34,2 h. puhast ülejääki 1934/34 majandusaasta lõpuks oli üle 2500 kr. Ja Seevaldi haigla tarvitab aastas ümmarguselt 20 000 kr. eest põllumajapidamise saadusi, mida võiks anda kaks Jämejala taolist põllumajapidamist, töötades kokku 30—40 haigega. Niisuguste kolooniate olemas olles saaks eelnimetatud summa teatud mõttes ka kokku hoitud, kuna ta jääb hoolekande asutiste, niiöelda „sisemisse ringkäiku“.

#### K o k k u v õ t e.

Ruumipuuduse tõttu vaimuhaiglais ja korralduse puudumisel haigete eest hoolitsemiseks väljaspool asutisi on meil tekkinud olukord, kus puuduvad võimalused haigete otstarbekohaseks paigutamiseks nende seisundile vastavalt, või paigutamiseks üldse.

Olukorra lahendamiseks tuleks teaduslikul, sotsiaalsel ja majanduslikul kaalutlusel korraldada väljaspool asutisi hoolekanne ja nõuanne, mis soodustaks haigete kiiremat lahkumist haiglaist ning asutada töökolooniaid ja pisikodusid.

Siin kohal ei saa jätta mainimata, et lahtise hoolekande arengule aitaks kaasa ka asutisid ülalpidamise kulude väikeses ulatuses omavalitsuste või omaste kanda jätmine. Esikohale aga seda vahendit siiski tõsta ei saa, sest kus tegemist vaimuhaigeiga, seal ainult sundimisega kaugele ei jõuta.

Seaduses peaks aga lahtise hoolekande teostamise võimalused fikseeritama.

Lõpetada tahaksin Falthause'i sõnadega: „Lahtine hoolekanne edeneb, edeneb kõikide majanduslike ja muude takistuste kiuste, edeneb sellepärast, et ta on absoluutne vajadus, on vaimselt kõrvalekaldunute hoolekande loomulik areng; ja loomulikud arengud ei lase ennast takistada...“ ja „Kes tänapäev ei tunnusta lahtise hoolekande majanduslikku hädavajalikkust ja otstarbekohasust, see ei tunne teda, see ei tea temast midagi...“

---

## Arstiliste organisatsioonide tegevus.

### Ülevaade Vaimse Hügieeni Ühingu 10-aastasest tegevusest.

Vaimse Hügieeni Ühing rajati 23. veebruaril 1925, mil pidasid esimese koosoleku põhikirja lõplikuks koostamiseks järgmised asutajad: kadunud dr. J. Luiga, dr. A. Mõttus, dr. N. Sarv, dr. K. Sibul ja prl. A. Norak.

Põhikiri registreeriti 7. aprillil 1925, millega Ühing alustas ka ametlikult oma tegevust. Ühingu nimetuseks oli alul „Ergu- ja Vaimuhaigete Hoolekande Selts“. Hiljem — 1931. aastal — muudeti ta „Vaimse Hügieeni Ühinguks“, ühes sellega muudeti ja avardati ka Ühingu põhikiri ja tegevusring. Ühingu asupaigaks oli alul vaid Tallinn. 1928. a. asutati aga veel osakond Viljandis ja tema tegevusväli laienes veelgi üksikute liikmete aktiivsuse tõttu, näiteks Tartus. 1927. a. avas Ühing Tallinnas nõuandla vaimu- ja erguhaigetele. Suurema edukuse kindlustamiseks on Ühing alati püüdnud töötada kontaktis teiste analoogilisi eesmärke taotlevate organisatsioonidega, võttes muuseas permanentselt osa Tallinna Töömaja hoolekogust 2 esindajaga.

Ühingu liikmete arv on kõikunud 50 ümber ja on käesoleval ajal 57, neist 7 eluaegset ja 1 auliige.

Niisugune oli üldjoontes Ühingu tegevuse väline raamistik.

Mis puutub Ühingu tegevuse sisusse, siis on ta suunatud — nagu ütleb juba Ühingu nimetus — rahva vaimutervise säilitamisele ja tõstmisele teadliku ja kavakindla võitluse teel vaimu- ja närvihaiguste ning vaimse degeneratsiooni vastu. Ühingu põhikirjas on seks näidatud kaks teed: üks — profülaktiline, teine — sümptomaatiline. Seega on Ühing püüdnud (põhikiri § 1) 1) aidata kaasa võimaluse piires sotsiaalsete ja muude pahede kaotamiseks, mis soodustavad vaimuhaigete tekkimist ja levimist; 2) olla abiks neile haigetele ravimise ja hoolekande võimaldamiseks nii haigete kodus kui ka vastavais asutis.

Nende ülesannete teostamiseks on Ühing mõndagi ära teinud: on asutatud neljaliikmeline teaduslik komisjon, kelle ülesandeks on uurida vaimuhaigete tekkimise põhjusi, nende vältimise võimalusi ja

teid, selgitada ravimismeetodeid ja ratsionaalsemat hoolekande teostamise moodust jne. Olgu tähendatud, et nimetatud komisjoni algatusel ilmuvad ka Eesti Arsti kõnesolevas numbris tööd, mis käsitlevad vaimutervishoidu puutuvaid küsimusi. Seesuguseid eriväljandeid ilmub edaspidigi vähemalt kord aastas. Mainitav on veel, et Ühingu nimekamate (eluaegsete) liikmete prof. A. Rammul'i ja prof. M. Bresowsky algatusel ja juhtimisel teostati (1925—1928) kogu Tartu maa ja linna vaimuhaigete ja nende sugukondade registreerimine. Sel väga põhjalikul statistilisel ja genealoogilisel uurimistööl on kahtlemata suur nii praktiline kui ka teoreetiline tähtsus vaimuhaiguste pärilikkuse ja levimise selgitamiseks meie rahva seas.

Teoreetilise töö kõrval omab vähemalt samasuguse tähtsuse vastavate teadmiste ja kogemuste levitamine rahva seas — selgitustöö. Seks on Ühingu korraldanud peale väiksemate referaatide kitsamas ringis veel suuremaulatuslikke avalikke loenguid tuntud teadlaste osavõtul: nii prof. M. Bresowsky loeng 1928. a., prof. Gelb'i kaks loengut ja prof. Neureiter'i kolm loengut möödunud aastal. Peale selle veel mõned avalikud kõne- ja vaidluskoosolekud arstide ja seltskonnaesindajate osavõtul (1931 ja 1932).

Vaatamata Ühingu piiratud ainelisile ressursele on ta suutnud endale hankida vähesel määral ka teaduslikku kirjandust; püsivalt aboneerib Ühingu ajakirja „Zeitschrift für Psychische Hygiene“. Ka on Ühingul olnud võimalus loterii ja annetuste abil teostada väikesel viisil karitatiivset tegevust, muretsedes Seevaldi ja Jämejala vaimuhaiglaile raadioaparaadid ühes seadeldisiga (vastavad kulutused olid ümmarguselt 600 ja 225 krooni). Ühingu 1927. a. surnud asutaja liikme, vaimutervishoiu liikumise energilisema algataja ja tõhusama eestvõitleja dr. med. Juhan Luiga mälestust otsustas Ühingu jäädvustada, luues sellekohase fondi, kuhu senini on kogutud ligi 200 kr.

Ühingu tegevus ei piirdu ainult ülaltooduga: tema tõhusamaks eluavaldukseks ja tööväljaks on 1927. a. avatud „Vaimu- ja erguhaigete nõuandla“. Selle nõuandla tegevuse juures peatume veidi pikemalt. Nõuandla asub linnamajas (Lai t. 40), mis linnavalitsuselt ühes kütte ja valgustusega on antud Ühingule tasuta tarvitada. Nõuandlas töötavad: juhataja-arst dr. med. K. Toomingas (kindla palgata), halastajaõde L. Rebane (palgaga 80 kr. kuus) ja teenija (10 kr. kuus). Nõuandla on avatud 5 korda nädalas kella 4—5 (ja kauem), kusjuures juhataja-arsti vastuvõtt on 3 korda nädalas. Nõuandla töötab kontaktis Haridus- ja Sotsiaalministeeriumiga. Tema eesmärgiks on nn. lahtise hoolekande teostamine. Peale selle aga veel vaimuhaigete ja epileptikute ravimine ja rahaline abistamine, milleks ta saab ministeeriumilt iga aasta fikseeritud summa

(1934. aastal 3600 kr.). Sellest summast määratakse perioodilist või ühekordset toetust nõuandla hoolekogu otsusel puudustkannatavaile vaimuhaigeile ja epileptikuile, kes suudavad iseseisvalt elada väljaspool asutisi. Samuti antakse toetust ja abi Seevaldist lahkunud paranenud haigeile, et aidata neid jälle jalule ja tööle. Viimaks maksetakse nõuandla poolt välja riiklikke toetussummasid perekondlikul hoolekandel viibivaile haigeile. — Kõigi nende haigete kohta teostati nõuandla poolt süstemaatilist kontrolli; neile anti tarbekorral tasuta arstiabi (ka kodus) ja arstimeid; vajaduse korral anti neile abi ka natuuras, võimaldati igasuguste analüüside tegemist, saadeti eriarstide juurde ja paigutati hädakorral haiglassegi.

Nõuandla tegevuse kestel 27. IX 1927 kuni 31. XII 1934 oli nõuandlal alalisi hoolealuseid 375, neist lahkus surma läbi 25 ja muudel põhjusil 166, jäi 31. XII 1934 — 184 hoolealust. Nõuandlas käis nimetatud ajavahemikul 7407 haiget. Hoolealuseid visiteeris kodus arst 173 juhul ja õde 7087 juhul; seega koduseid visiite kokku 7260. Nõuandlal oli kuni 1934. a. lõpuni tulusid umb. 43 850 kr., kulusid umb. 42 650 kr.; üldläbikäik oli seega 86 500 krooni. Kuludest läks umb. 80% haigete heaks, nii et administratsioonikulud olid suhteliselt väga väikesed. Nõuandla tähtsus seisab peale otsese abi, mille osaliseks saanud haiged ja nende omaksed, veel selles, et ta võimaldab pidada perekonnis 50—75 vaimuhaiget, kes muidu paratamatult oleksid pidanud asuma niigi ülekoormatud vaimuhaiglais ja varjupaikades.

Vaimutervishoiu liikumine on võrdlemisi noor, eriti Euroopas, kust asuti tema süstemaatilisele organiseerimisele alles hiljuti, näiteks Prantsusmaal 1920. a., Inglismaal 1922. a. ja Saksamaal isegi 1925. a. Seepärast oleme meiegi õigustatud tagasi vaatama teatud rahuldustundega sellele iseenesest ju lühikesele tegevusvältusele. Olgugi et me sel esimesel aastakümnel pole suutnud veel palju saavutada, oleme siiski kindlad, et meie ühing jõudsasti kasvab ja tema tegevus paisub suuremaks ja viljakamaks. Seks õigustab meid meie püüete õilsus.

T. Soans.

---

A-9406

i

E. K.-Ü. „Postimehe“ trükk, Tartus 1935.