



Kõik,
mida ma
täna teen,
läheb hästi
korda.

KÜSIN JA TEAN

Psühhootilised häired



EESTI
PSÜHHOSOTSIAALSE
REHABILITATSIOONI
ÜHING



KÜSIN JA TEAN

Psühhootilised häired

Tartu 2011

Sarja „Küsin ja tean“ eesmärk on harida laiemat avalikkust psüühikahäirete olemusest ja muuta esmane info nüüdisaegse ravi võimalustest kättesaadavaks.

Sarjas plaanime avaldada järgmisi teatmikke:

- » psühhootiliste häirete,
- » meeleoluhäirete,
- » sõltuvusprobleemide ja
- » kehalise tervise hoidmise kohta.

Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing tänab kõiki, kes kogumiku valmimisele kaasa aitasid!

Autorid: dr Katrin Orav, Maarja Kraiss ja Eve Pilt ning otsija ja toetaja, kes puhtinimlikel põhjustel soovivad jääda anonüümseks

Toimetaja Tiina Soon

Kujundaja Rein Meresaar

Trükkija ja kujundaja Ecoprint AS / Marju Kuusk

e-trükkis: www.epry.ee; www.mhcenter.ee; www.sm.ee

© Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing 2011

Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing (EPRÜ) on avalikes huvides tegutsev vaimse tervise valdkonna eestkõneleja, mille eesmärk on aidata kaasa nii rahva vaimse tervise hoidmisele kui ka ravi-, rehabilitatsiooni- ja erihoolekandeteenuste arendamisele Eestis.

Käesolev infomaterjal on koostatud projekti „Psüühilise erivajadusega inimeste ja nende lähedaste sotsiaalse kaasatuse suurendamine tugi- ja eneseabigruppide abil – DUO projekt“ nr 1.3.0102.09-0041 raames koostöös Tallinna Vaimse Tervise Keskusega ja Euroopa Sotsiaalfondi toel.

SISUKORD

OTSIJA	4
TOETAJA	7
RAVIJA	10
HAIGUS	12
TOETUS	27
ÕIGUS	30
TAHTEST OLENEMATU LÄBIVAATUS JA RAVI	31
KASUTATUD KIRJANDUS	35



OTSIJA

Elu on omad keerdkäigud. Kogeme nii head kui ka halba. Ent negatiivsetelgi kogemustel on positiivne külg, sest läbi raskuste muutuvad meie väärtushinnangud ja me ise karastume. Ainult katsumusi kogenuina on võimalik tõeliselt nautida elu helgemat poolt.

Oma noores elus olen kogenud äärmuslikke emotsioone, mis on viinud mind abi saamiseks psühhiaatriahaiglasse. Tegelikult ei oleks tohtinud mul probleeme olla: gi; sündisin kuldlusikas suus, sileda väljanägemisega, ei olnud mul majandus- ega iluprobleeme.

Komistuskiviks osutus liigne tagasihoidlikkus ja sõnakuulelikkus, mis ei lasknud mul elu täie rinnaga elada. Hoidusin eemale pidudest, joomistest, tüdrukutest, narkootikumidest ja koerustükkidest. Tagantjärele mõistan, et olen paljust ilma jäänud, sest pole sarvi maha jooksnud, kuid see-eest on mul teistlaadsed kogemused. Olen jõudnud arusaamisele, et kõikidel sündmustel on oma põhjus ja tagajärg. Need põhjused võivad täita anuma, mis hakkab üle ajama.

Mäletan, kui ma veel päris noor olin, kuidas ma iga väikese asja peale solvusin ja pärast kibedalt patja nutsin. Valdavalt olid mul melanhoolsed mõtted. Mul puudus julgus esirinnas olla. "Eest, siit ma tulen!" ei olnud minu moto, pigem: "Vabandust, ma tegelikult ei tahtnud...". Kooliajal olin erak, ei võtnud millestki osa, pelgasin spordipäevi, häbenesin klassi ees esineda. Kodus aga olin pailaps: ei teinud lollusi, ei astunud üle vanemate käskudest-keeldudest, ei vaadanud plikasid, ei kakelnud... Üritasin olla liiga korralik. Olin pähe võtnud, et pean alati olema kriips ja kraps, õppima viitele, hoidma oma tervist, mitte mõtlema seksile jne. Allusin kõikidele käskudele ja võtsin kõiki piiranguid liiga tõsiselt.

Keskoolis süstiti huvi ilukirjanduse vastu. Sealst edasi tuli filosoofia. Mingi aja pärast ei tundunud filosoofiagi enam põnev ning ma hakkasin otsima elu mõtet religioonist ja müstikast. Haiglane huvi eksistentsiaalsete küsimuste vastu mulle saatuslikuks saigi. Otsisin meeleheitlikult õigustust oma "teooriatele" ja tõestust selle kohta, et minul on õigus ja kõik teised eksivad. Kasinusest sai pelgupaik. Üritasin loobuda võimalikult paljudest elu hüvedest. Surusin alla kõik oma loomulikud ihad ja tahtmised. Sisendasin endale jäärapäiselt, et mulle pole seda kõike üldse vaja...

Ajapikku probleemid süvenesid, kulmineerudes 21. eluaastal, kui leidsin tee Jeesuse Kristuse juurde. Tema kehastas otsitud täiust, seda lage, kuhu inimloomuse areng üldse välja jõuda võib. Minust pidi saama järgmine Messias. Vähemaga ma ei leppinud. Mingi aeg ma tõemeeli uskusin, et mina olen järgmine Jumalapoeg. Olin ju enda silmis vooruse etalon - puhas ja lõpmata hea. Olin otsustanud võtta enda kanda kogu maailma süü. Tundsin, et pean teiste pärast kannatama. Tegelikult polnud see kõik muu kui vaimuhaigus, mitte religioosne kogemus, nagu ma

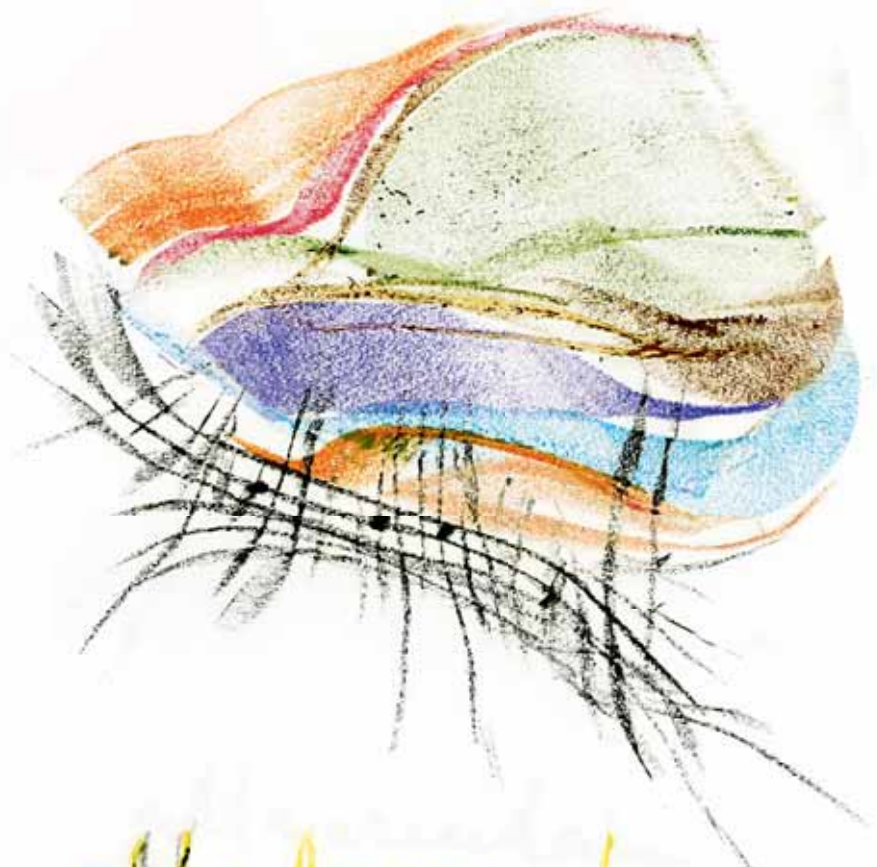
algul ekslikult arvasin. See oli hiiliv psühhoos, mis progresseerus sedavõrd, et ma lõpuks ei suutnud enam olla... Karikas oli pilgeni täis.

2004. aasta oli täielik piin. Iga päev oli minu jaoks katsumus. Mul tuli ennast ületada igal hommikul, kui kooli läksin. Tänaval tundus mulle, et kõik inimesed vaatavad mind etteheitleva pilguga. Olin ju mina määratud olema see Päästja, kes toob rahu ja lunastust. Kõik teadsid seda! Ainult mina puiklesin vastu ega tahtnud võtta vastutust... Hämmastav, mida kõike võib kokku fantaseerida! Mul olid ikka tõelised luulud: enamik reklaamplakateid käis minu pihta, telediktor naeris mu üle, reisijad bussis lugesid mu mõtteid, pargipingile maandunud valge tuvi oli märk Jumalalt jne. Olin veendunud ja tundsin, et minu mõtlemist takistab mingi jõud, et mind pannakse kõnelema vastu oma tahtmist, ning et vaimud mõjutavad mu energiat ja töötahet. See-eest õhtud veetsin kodus, tuimas ükskõiksuses, mõeldes välja üha uusi jaburdusi. Sellest väljatulemiseks oli aga vaja spetsialistide abi. Taastumine on olnud järk-järguline, sest kinnisideedest oli väga raske loobuda. Haiglaravi kõrval aitas mind tantsutrenni minek. Seal sain sirge selja, eneseväärkuse ja esinemisjulguse.

Ka olen hakanud aru saama, et elus pole kõik must ja valge. Kindlasti pole nii, et ainult mina olen hea ja kõik teised on halvad. Kes on üldse see, kes ütleb, mis on hea, mis halb, mis õige, mis vale?! Inimesed on ju erinevad. Neil kõigil on õigus korraldada oma elu parema äranägemise järgi. Tunnen heameelt selle üle, et maailmas on väga palju toredaid inimesi. Olen aru saanud, et äärmustesse laskumine on tulega mängimine. Raske on tabada piiri, millest üleastumine on ohtlik. Kõnd kuldsele keskteele on kõige ohutum, kuigi mitte kõige huvitavam.

Ja ometi ma ei nuta. Ma ei kahetse ainsatki hetke oma senises elus. Vastupidi, ma olen isegi uhke enda üle. Minu jaoks oli see kõik üks vaimne teekond, mis tuli läbi käia. Pealegi tunnen, et olen saanud juurde ühe väärtusliku elukogemuse. Olen senisest nii vaimselt kui ka emotsionaalselt palju rikkam. Ma alles hakkasin taipama, mida minu haigus mulle andis. Põdenud läbi komplekse ja hirme, olen viimaks leidnud sisemise tasakaalu ja säärase enesekindluse, mis mind ennastki imestama paneb. Läbielatu on suurendanud minu empaatiavõimet ning andnud mulle erakordse võimaluse tunnetada oma kohta siinses maailmas ja aidanud püstitada eesmäärke. Oskan nüüd paremini vastu võtta elu poolt pakutavat ja oskan ka rohkem endast anda.

Selline oligi lühidalt minu lugu. Nüüd tean, et elu on elamiseks. Elada tuleb täna ja nautida iga hetke. Ükskõik kui raske ka ei oleks, tean, et elu on elamist väärt!



Ma laseu bergelt
Lahuti minerivikust
ja usaldan elu
kultuuri.

Rein 2010.

TOETAJA

Kärgpere. Nii meie perekonda moodsas eesti keeles nimetatakse. Olime naisega eelmisele kooselule joone alla tõmmanud ja alustasime nüüd uut kärgperena. Kummalgi oma kaks poega. Neli poissi mahtusid vanusevahemikku 9-12. Olulisi üheks pereks sulamise raskusi vähemalt mina ei mäleta. Meie nooremad pojad on ühevanused, sünnipäevadki kahenädalase vahega. Sestap hakkasid nad ka ühes klassis käima.

Algusest peale püüdsime naisega poistesse võrdselt suhtuda. Kui vähegi võimalik, veetsime vaba aega koos lastega, ka puhkusel reisisime koos poegadega. Ei olnud meie ühises peres kunagi teemaks laste õppima õhutamise. See oli kuidagi iseenesest mõistetav, et hariduseta elus edasi ei jõua. Samas jagus aega kõigil poistel ka huviringide ja spordi jaoks. Elame Tallinna lähedal. Kõik käe-jala juures, ka gümnaasium ja lasteaed. Väga mugav ja muretu. Pärast 9. klassi lõpetamist otsustas aga naise vanem poeg, et kui prooviks õige konkureerida Tallinna eliitkooli. Sisse sai.

Läks paar aastat mööda, kui minu vanem poeg kasuvenna eeskuju järgis. Veel aasta pärast läksid sama teed ka meie mõlema nooremad pojad. Kusjuures me kumbki naisega ei arvanud, et tingimata peab just Tallinnas gümnaasiumihariduse omandama. Puhas poiste endi initsiatiiv.

Ja siis ühtäkki tekkis 10. klassi teisel poolaastal minu nooremaga koolis probleeme: puudumised, õppeedukus hakkas alla käima, peod muutusid aina tähtsamaks, öised äraolekud. Naise noorem poeg, kellega nad saatuse tahtel olid samasse kooli sisse saanud ja nüüd ka samas klassis käisid, meenutas hiljem, et tegelikult juba kümnenda klassi sügisel pani ta tähele, et kasuvennaga ei ole justkui kõik korras. Õppeained, mida ta varem haaras lennult, valmistasid aina suuremaid raskusi. Kui varem tikkus tema raskemate õppeainete puhul minu noorema poja käest abi paluma, siis nüüd pöördus asi sujuvalt vastupidi. Siis, kümnendas klaasis, arvas naise noorem poeg, et lihtsalt õppeained lähevadki raskemaks ja sellest kasuvennal aeg-ajalt õppimisega rohkem vaeva.

Kümnes klass õnnestus minu nooremal läbi häda edukalt lõpetada. Viimasel veerandil algasid imelikud koolivahetamise jutud. Ükskord ütles ta mulle: "Isa, mis seal vahet on, kus koolis sa käid! Tulen ära oma vanasse kooli, jääb ka see varavalges linna kolistamine ära. Õhtul jälle hilja koju. Õppida ja muidu sõpradega väljas hängida polegi aega!"

Mina ajasin vastu: "Vaata, sa ise valisid selle tee. Ei mina ega keegi teine ole sind sundinud Tallinna kooli minema. Otse vastupidi. Aasta eest kevadel sai teie mõlema käest küsitud, kas olete kindlad oma valikus. Ise kinnitasid, et otsus on lõplik. Siis leppisime ka kokku, et alla ei anna. Üks kord annad alla, kogu aeg annad alla! Kui oled selle tee valinud, siis käid lõpuni!"

Suvi möödus varasematest oluliselt teisiti. Minu nooremal pojalt oli tekkinud ilmne tõmme alkoholi poole ja seni ainsana meie peres hakkas ta suitsetama. Kui oli ükskõik mille tähistamine, siis pani ta kangemale kraamile isuga pihta. Kodus mitte nii avalikult, aga sõpradega küll. Lisaks muutus käitumine oluliselt. Poiss, kellele varem olid kord ja puhtus väga tähtsad, tegi pea 180kraadise pöörde. Lisaks ülbitsemine venna ja noorema kasuvennaga. Meie naisega esialgu seda oma nahal ei tundnud. Aga ükskord suvel oli poeg kuidagi eriti imelik. Ajas mingit segast juttu, kõkutas kummaliselt naerda, siis viskas toas diivanile pikali ja lamas, silmad sõna otseses mõttes pahempidi. Mingit alkoholi lõhna tunda ei olnud. Poiss küll hingas, aga raputamise peale ei reageerinud. Helistasin perearstile ja seletasin olukorda. Praktiliselt perekonnatuttavaks kujunenud perearst kuulas mu jutu ära, pidas väikse pausi ja vastas: "Ma arvan, et ta on narkolaksu all. Minge, tehke linnas narkotest!"

See oli šokk! Olime naisega nagu puuga pähe saanud. Üks meie poegadest narkomaan!? Ei ole võimalik! Siis teaksid ju teised kolm ka sellest midagi. Nad on ju kogu aeg ninapidi koos. Keegi pole midagi rääkinud ega vihjanud. Ei, ei! Pigem on tal hilispuberteet. Seni oli ta meil ju vaata et kõige korralikum. Siis äkki kargas poiss diivanilt üles, pahvatas naerma ja ütles, et lähme muidugi narkotesti tegema, kui väga tahate ja pullitegemisest aru ei saa. Test jäi tegemata.

Suvi möödus veel mõningate käitumishälvetega. 11. klassi läks noorem poeg ikkagi koos kasuvennaga. Paraku jäigi kool lõpetamata. Aasta pärast vahetas kooli. Otsustas ametit õppima hakata. Paraku kordus ka ametikoolis sama stsenaarium: puudumised, õised hulkumised, ülbitsemine, apaatia kõige vastu, mis varem köitis ning millega usinasti ja väga edukalt oli tegelenud, nagu sport, breiktants. Vastu talve läks asi päris hulluks. Pidevad õised hulkumised. Kui poeg oli kodus, siis valdavalt magas. Kui ei maganud, siis käskis ennast rahule jätta, sest tal on vaja mõelda. Ta teab isegi, et õppimine on oluline ja küll ta kooli ära lõpetab. Lisaks kummalised, suuresti seostatud heietused, mis ümberringi tegelikult toimub. Ja küll tema juba teab, mida me mõtleme! Poja pilk oli muutunud kummaliselt ekslevaks ja silmadesse oli ilmunud kummaline läige.

Otsustasime teiste poiste ja naisega spetsialisti poole pöörduda. Pärast vestlust soovitas psühhiaater meile soojalt olukorra halvenemise korral haiglasse pöörduda. Ikka veel oli raske endale, just endale, tõde tunnistada. See ei ole hilispuberteet! Siin on psüühikaga midagi lahti! Viimseks piisaks karikas oli üks jaanuarialguse hommik, kui poeg oli kaotanud kõnevõime ja ei suutnud ise ennast riidesse panna ega hambaidki pesta.

Viisime mu noorema poja psühhoneuroloogiahaiglasse. Seal suutis ta vastata arstide küsimustele vaid aegluubis peanoogutusega, millega käis kaasas sama aeglane hääliitus: „Mmmhmm!“ Või samas stiilis pearaputusega, mida saatis: „Mmmkmm!“ Silmis ekslev, kummalise läikega pilk. Ta jäi kolmeks kuuks haiglasse. Diagnoos oli paranoidne skisofreenia. Põhjus aga suure tõenäosusega kanepi tar-

vitamine. Muude ainete tarvitamist poeg ise ei tunnistanud ja neid ka ei tuvastatud. Süstimisjälggi ka ei olnud.

Peas tuiskas miljon mõtet ja küsimust. Kuidas nii? Miks meie perest? Mis mina valesti olen teinud? Ma olen ju oma poegi ise sünnist saati kasvatanud. Putru keetnud, mähkmeid vahetanud, alati pere ja laste jaoks olnud. Ma ei ole ise kunagi mingeid narkootikume tarvitanud. Kõigile neljale sai omal ajal selgitatud, et üks tobedamaid väljendeid, mis kunagi öeldud kõlab: "Kõik tuleb ise järele proovida!" Ei tule!!! Sest rumal inimene õpib ainult oma vigadest. Tark õpib teiste omadest. Eriti sai omal ajal hoiatatud narkootikumide eest. Mis me oleme valesti teinud?

Esitasin hiljem ka tohtritele samu küsimusi. Väidetavalt ei olegi mina ega poja kasuema ega ka ema midagi otseselt valesti teinud. Lihtsalt osa inimesi kohe peab paljud asjad ise järele proovima. Kahjuks kuulub minu poeg selle osa inimeste hulka, kellel kanepi tarvitamine vallandab skisofreenia. Kanep ei põhjusta skisofreeniat. Paraku ei suuda tänapäeva metoodika riskirühma kuuluvaid inimesi välja selgitada. Alles kunagi pärast kanepi tarvitamist selgub, kas kanep võib vastunäidustatud olla või mitte. Kanepi negatiivsete mõjude peiteaeg võib olla väga pikk, öeldi mulle. Kanep on nagu vene rulett.

Esialgu edenes ravi usumatult hästi. Pärast haiglast väljakirjutamist oli ta jälle peaaegu endine. Et poja tegevus rohkem kontrolli all oleks, võtsin ta sügisel oma firmasse tööle. Kaks kuud pidas vastu. Siis ühel õhtul ei jõudnud ta koju ja oli paar nädalat kadunud. Kui välja ilmus, oli jälle täiesti sassis, lisaks ohtralt alkoholi tarvitanud. Uuesti haiglasse.

Lootsime, et nüüd saab järje peale. Poiss hakkab regulaarselt ravimeid tarvitama, paraneb, lõpetab kooli, omandab ameti ja elab oma elu. Näiteid ju on, mille puhul sama diagnoosiga inimesed saavad elus suurepäraselt hakkama. Kaugel sellest. Iga kord, kui haiglast koju sai, hakkas ta paari kuu möödudes eelkõige ennast ja ka meid petma. See tähendas ravimite tarvitamise lõpetamist kohe, kui enesetunne paremaks läks. Nagu ta ükskord välja prahvatas: "Miks ma pean nende tablettidega oma tervist rikkuma? Mul ei ole mitte midagi viga!"

Iga režiimirikkumisega muutus ta aina agressiivsemaks. Oli selline juhus. Nautisime naisega aias suve alguse tuulevaikset ja sooja õhtut, kui poeg äkki minu juurde astus ja täiesti ootamatult rusikaga näkku löi, ise minu peale karjudes: „Sa ei lase mul elada!“ Kui teiste poegadega olime ta maha vaigistanud, siis vabandas ja lubas, et ei tee midagi sellist enam iialgi. Mingid häälled tema peas käskinud mind rünnata! Üks analoogiline juhus oli juba aasta varem olnud... Kui noorem poeg oli kodus, siis magasid kõik teised oma tubades lukustatud uste taga.

See haiglasse-koju-haiglasse kestis aastaid, kuni üks arst ütles, et tegelikult on mu poeg hooldekodu patsient. Palusin „tõlget“ ja küsisin ilma naljata: "Doktor, mida ma tegema pean?" Bürokratia kadalipp on nüüdseks läbitud. Olen eestkostja ja

poeg ongi hooldekodus. Ta on 26aastane, ahelsuitsetaja. Niipalju kui on suitsu, on ta valmis kõik järjest ära tõmbama. Teda külastades on poja esimene küsimus meile: "Kas suitsu tõite?" Suitsetamine tundub olevat elu mõte. Elementaarne hügieen on tüütu kohustus. Kaks aastat hooldekodus on möödas, esialgu paranemise märke ei ole. Iga kolme aasta tagant tehakse uus rehabilitatsiooniplaan. Jääb vaid loota, et meditsiin areneb ja mu poeg kunagi tõesti paraneb sedavõrd, et suudab iseseisvalt hakkama saada.

RAVIJA

Psüühikahäirete puhul ilmnevad erineva raskusastmega haigustunnused (sümptomid) pikema aja jooksul nii, et need hakkavad üha enam häirima inimese tava-pärasest elurütmi ja toimetulekut. Alati ei ole nende tunnuste piirid selged ja äratun-tavad: väsimus või depressioon, asjakohane ettevaatlikkus või üldistunud ärevus-häire, eraldumisvajadus või skisofreeniast tingitud isoleerumine, tagasihoidlikkus või sotsiaalärevus. Ka selgelt paranoiline jutt maffia jälitamisest ja röövkalale tun-gist saab teise varjundi, kui ilmub välja ravile suunatud mehe tütar ja teatab, et isa on tõepoolest allmaailma teravdatud huvi äratanud relvakolleksionäär.

Arstid diagnoosivad häireid arvestades kaebuste püsimise aega ja seda, kuidas need mõjutavad igapäevast toimetulekut. Psüühikahäired on sage probleem, igal neljandal inimesel võib elu jooksul esineda seisundeid, mida võib seletada ühe või teise psüühikahäirena. Psüühikahäireid on võimalik ravida ja elada tavalist elu.



Täna muutun üle kõik
head asjad ~~oma~~ elus
ja olen nende
eest tänuväärne

21.11.2010 Rein/Meerik.

HAIGUS

*Kuigi ümbrus on sama, elab igaüks meist erinevas maailmas.
Saksa filosoof Arthur Schopenhauer*

Psühhoos - reaalsustaju muutumine nii, et inimesel on raske eristada, mis on tõeline ja mis mitte. Psühhootiliste häirete alla kuuluvad äge psühhootiline häire, skisofreenia, skisoafektiivne häire, luululine häire ja skisotüüpne häire.

Skisofreenia - koondnimetus enamasti noores täiskasvanueas algavale, kroonilise kuluga, mitmesuguste tunnustega haigusseisundite grupile. Haigus on endiselt raske probleem nii teadlastele, arstidele kui ka haigestunu lähedastele. Nüüdisaegse käsitlusega sarnaste skisofreenia ja selle vormide kirjelduseni jõudis saksa arst Emil Kraepelin juba 1893. aastal. Kraepelin töötas aastail 1886-1891 ka Tartu Ülikooli psühhiaatrikliiniku juhatajana.

Tänapäeval püüavad arstid üha enam suurendada skisofreenia diagnoosimisel täpsust ja usaldusväärsust, kasutades selleks rahvusvahelisi diagnostilisi juhi-seid. Esmase psühhootilise haigestumise puhul ei diagnoosita skisofreeniat enne küllalt pikka, keskmiselt aastast jälgimisperiodi, seni räägitakse psühhootilisest häirest.

Ka tänapäeval tekitab skisofreenia hirmu ja väärarvamusi, sest seostub mitmete müütide, stereotüüpide ja eelarvamustega ning põhjustab sildistamist ja tõrjumist.

LEVIK

Skisofreenia esineb 1%-l elanikest. Kõige sagedamini haigestutakse 18-25aastast, meestel täheldatakse mõnevõrra varasemat algust. Enamasti põhjustab haigestumine suuri kannatusi patsientidele ja nende peredele.

PÕHJUSED

Üht konkreetset haiguse põhjust ei ole olemas. Uuringutes on selgunud uusi andmeid geneetiliste, bioloogiliste, sotsiaalsete ja psühholoogiliste riskitegurite kohta, samuti narkootiliste ainete kasutamise mõjudest. Tõsisemad häired ilmnevad mitme riskiteguri koosinemisel. Pereliikmed tunnevad tihti süüd, seostades haigestumist kasvatusvigadega, teadusuuringud on aga need oletused ümber lükanud.

Pärilikkus

Kahtlemata mõjutab pärilikkus häire avaldumise riski, kuid ei tähenda seda, et kõik haige lähisugulased kindlasti haigestuvad. Kui skisofreeniarisk elanike seas on umbes 1%, siis esimese astme lähisugulastel on haigestumiskahju risk ca 12%. Erimunarakaksikute risk on 16%, ühemunarakaksikutel aga kolm korda suurem. Ulatuslikus soomlaste uuringus oli ühemunarakaksiku haigestumiskahju risk (kui teine oli juba haigestunud) 46% ja erimunarakaksikute risk 9%. Kui uuriti geneetiliste ja keskkonnategurite suhtelist tähtsust kaksikute haigestumises, siis leiti, et 83% haigestumise põhjus oli geneetiliste tegurite koosmõju ja ülejäänud 17% puhul keskkonnategurid. Geenid ei põhjusta psüühikahäireid otseselt, vaid füsioloogiliste protsesside tõttu. Psüühhoos tekib geneetilise haavatavuse ja keskkonnategurite koostoimes. Aastatel 2010–2015 tehtava geeni- ja keskkonnauuringute kohta võib täpsemalt lugeda aadressil www.eu-gei.eu.

Keskkond

Keskkond kas soodustab või pidurdab geenide poolt määratud tunnuste väljakujunemist. Psüühhooside tekkeriskiga seostatakse mitut keskkonnategurit: rasedusaegsed tüsistused (hapnikuvaegus, foolhappe puudus), infektsioonhaigused, ema rasedusaegne stress, lapseea traumad (hülglamine ja kuritarvitamine), linnastumine, migratsioon, vähemusgruppi kuulumine, kanepi tarvitamine.

Leitud on, et kanepitarvitajatel esineb sagedamini psüühhoofilisi sümptomeid, samuti on selgunud, et psüühhoofilise häire diagnoosiga isikud tarvitavad kanepit rohkem. Kanepi kasutamine võib mõjutada psüühhoosihäire riski iga ja suurendada haigestumise riski, samuti halvendada ravi tulemuslikkust. Näiteks viieaastase jälgimisperioodi jooksul on täheldatud kanepit tarvitavate skisofreeniahaigete aju mahu suuremat vähenemist võrreldes nende haigetega, kes kanepit ei tarvita. Üks kannabinoididest, nimelt delta-9-tetrahydrokannabinool, võib põhjustada jäävaid muutusi kesknärvisüsteemis. Vähem on uuritud kanepitarvitamise lõpetamise kaugmõju. On leitud, et skisofreeniasse haigestunud on kanepi seos psüühhoosiga kompleksne: jätkuval kanepitarvitamisel on ilmne negatiivne mõju ja kanepitarvitamise lõpetamisel omakorda positiivne mõju, aga see avaldub selgelt alles kolmeaastase jälgimisperioodi käigus. Pideva kasutamise korral muutub haigus suurema tõenäosusega krooniliseks ja ilmneb rohkem negatiivseid sümptomeid. Põhjaliku ülevaate kanepitarvitamise ja selle negatiivse mõju kohta esitavad faktidele tuginedes valdkonna juhtivad uurijad David Castle ja Robin Murray raamatus „Marijuana and Madness“.

Aju anatoomilised ja funktsionaalsed muutused esinevad suurel osal skisofreeniahaigetel, osa muutustest võib olemas olla juba enne haigestumist, isegi looteas. Üha enam räägitakse skisofreeniast kui keskvärvisüsteemi varase arengu häirest, millega liitub aju küpsemise häire.



Funktsionaalsed muutused

- » Skisofreeniat võib mõista kui närvivõrgustiku “ühendamatus”: haigus ei avaldu mingis konkreetse ajupiirkonnas, vaid ilmneb pigem **eri piirkondade omavahelise ühenduvuse häirena**, avaldades mitme funktsiooni muutmistena (näiteks mõtlemine ja tajumine). Inimese aju on miljardeid närvirakke, mille jätked edastavad ja võtavad vastu informatsiooni teistelt närvirakkudelt. See on mahukas ja keerukas võrgustik, mille eri osade talitlust ja aktiivsust täpselt uuritakse.
- » **Virgatsaine** ehk **neurotransmitter** või **neuromediaator** on keemiline aine, mille abil närvirakk edastab keemilise sünapsi (närvirakkude ühenduskoha) kaudu impulsi teisele närvirakule. Retseptorid on närviraku ärrituse vastuvõtivateks osadeks. Tõenäoliselt on aju virgatsainete omavaheline tasakaal oluline tegur psühhootiliste häirete avaldumises. Üks vanemaid uuritud neuromediaatoreid on dopamiin, oluliseks peetakse ka serotoniini, noradrenaliini, glutamaati ja gammaaminovõihapet (GABA). Ravimid avaldavad toimet, reguleerides virgatsainete tasakaalu eri ajupiirkondades.

Anatoomilised muutused

- » Ajuvatsakeste laienemine.
- » Hallaine hulga vähenemine otsmiku- ja oimusagarates, samuti on täheldatud valgeaine hulgalisi muutusi.

KULG

Kui võrrelda skisofreenia ja südamehaiguse diagnoosimist, siis skisofreenia kliiniline diagnoos põhineb iseloomulike sümptomite, nagu meeletute ja luulumõtete avaldumisel, samuti võib südameinfarkti põhjal kindlalt diagnoosida südamehaigust. Tegelik haigus aga on olemas ammu enne diagnoosimist. Skisofreenia kulus võib eristada mitut faasi:

1. riski faas - geneetilised, üsasisesed (viiruslikud), sünnitusega seotud riskid või hiljem ilmnevad riskid, näiteks kanepi tarvitamine (südameinfarkti analoogia põhjal on riskifaasile iseloomulik vere kolesteroolisisalduse tõus);
2. psühhoosieelne faas ehk prodromaalfaas - ilmneva võivad sotsiaalne isolatsioon, tagasilöögid kooli- või töölus, imelik või veider (kuid mitte psühhootiline) mõtlemine (südamehaiguse näitel stenokardilise valu ilmnemise periood);
3. psühhootiline faas - positiivse sümptomaatika (vt lk 16) ilmnemine (analoogia südamelihase infarkti tekkega);
4. krooniline faas - võib ilmneva mõningaid positiivseid sümptome, kuid esiplaanil on negatiivsed, näiteks tahtetus ja emotsionaalne tuimnemine (südamehaiguse puhul võrreldav südamepuudulikkuse või koormustaluvuse langusega).

Haigus algab ammu enne, kui seda märgatakse. Uue ravipraktika arendamise üks eesmärk ongi varane või ennetav sekkumine, ka juba psühhoosieelses faasis. Asjatundjate tuliste debattide põhiküsimus on leida, missugune meetodika oleks kõige riskivabam ja efektiivsem. Uuringutes on kasutatud antipsühhootikume, antidepressante ja psühhosotsiaalseid programme.

Järgnev loetelu annab ülevaate erinevatest mitterspetsiifilistest psühhoosieelse faasi võimalikest sümptomitest, mis võivad vabalt iseloomustada ka tavalist teismeliseiga või meeletuhäireid:

- » agressiivsus, tundlikkus, ärrituvus;
- » umbusklikkus, isoleerumine inimsuhetest;
- » veidrad mõtted ja teod, muutunud käitumine, enesehügieen või välimus;
- » keskendumis-, meeldejätmis- ja tähelepanuraskused;
- » kalduvus õnnetustesse sattuda või enesehävituselisele, suitsidaalsusele;
- » kehalised sümptomid, isu- ja kaalumuutused;
- » halb stressitaluvus;
- » raskused inimsuhetes, pereelus, koolis või tööl;
- » unehäired, ärevus;
- » psüühilise energia ja motivatsiooni puudus;
- » meeletu kõikumine, depressiivsus, võimetus naudingut tunda.

Haiguse kulg võib olla erinev, on näiteid spontaanselt või raviga täielikult või pea-aegu täielikult paranenutest, korduvate ägenemistega kulgevatest seisunditest

ning kroonilistest ja püsivate haigustunnustega juhtudest, mille puhul inimene vajab järjepidevat kõrvalist toetust. Skisofreenia ravi eesmärk on paranemine, mis tähendab sümptomite taandumist, iseseisvat toimetulekut igapäevaeluga, kaasa-
tust õppe- või tööprotsessi, rahuldustpakkuvaid lähisuhteid ning aktiivset vaba
aja sisustamist. See tähendab sisukat elu vaatamata sellele, kas häire veel esineb
või mitte.

Parema prognoosiga seostatakse:

1. naissugu, mida võib seostada ka hilisema haigestumiseaga, mistõttu isiksus ja toimetulekuoskused on haiguse alguseks välja kujunenud ning räägitud on ka östrogeeni kaitsvast rollist;
2. vanemas eas haigestumist;
3. head vaimset võimekust enne haigestumist, isiksuslikke ressursse;
4. meeleluuhäire avaldumist haigustunnuste ühe osana;
5. märkimisväärse kognitiivse kahjustuse puudumist;
6. haiguse ägedat algust ja kiiret reageerimist ravile;
7. varast ja head ravi, s.t mida pikem on ravimata psühhooosi kestus, seda halvem prognoos;
8. toimivat ravikoostööd;
9. toetavaid suhteid;
10. narkootikumidest hoidumist;
11. sobivaid rehabilitatsiooni- ja sotsiaalteenuseid.

SKISOFREENIA SÜMPTOMID

Skisofreenia sümptomid avalduvad mõtlemises, tajumises, tundeelus ja käitumises ning neid jagatakse tinglikult rühmadesse. Allpool on esitatud kolmene jaotus.

1. Positiivsed sümptomid, mille puhul reaalsele aistingutele on midagi lisandunud:
 - » meelepettelised tajuelamused - kõige tüüpilisemad on kuulmistaju häired ehk „hääled“, mis kommenteerivad, ähvardavad, vaidlevad, harvem ka kiidavad, aga võib esineda ka haistmis-, maitsemis-, kehatunde- või nägemismeelepetteid;
 - » luulumõtted või -süsteemid (luul on kindel veendumus, mis ei ole vaidlustatav) tagakiusamisest, jälitamisest, mõtete lugemisest, telepaatilisest mõjutatusest, äärmuslik religioosus, mõtete kajamine, mõttelevi, mõtlemise vormilised häired (seosetus, kõrvalekaldumine, üksikasjalikkus või laialivalgusus, uussõnad, mõtlemise tempo muutused).

2. Negatiivsed sümptomid, mis väljendavad defitsiiti, millegi puudumist:
 - » emotsionaalne tuimenemine, väljendusrikkuse vähenemine, võimetus kogeda tundeid, suhtlemisoskuste kadumine, enesestõmbumine, aktiivsest elust eemaldumine, kõne- ja mõttevaegus, motivatsioonitus, apaatia, jõuetus.
3. Desorganiseeritus ja kognitiivsed sümptomid:
 - » tähelepanuhäired, mõtlemishäired, keskendumisraskused (võimetus valida info hulgast olulisi fakte, raskused otsustamisel ja planeerimisel, imelik käitumine), tunnuslikuks peetakse just töömälu (informatsiooni lühiajalise meespidamise ja kohese kasutamise) defitsiiti, mida ilmneb 2/3 haigestunutest.

Lisaks eelnevatele tunnustele võib haigestunud olla probleeme masenduse, pauruse, ärevuse, paanikahoogude, sundmõtete või häiritud unerütmiga.

SKISOFREENIA VORMID

1. Paranoilisele skisofreeniale on iseloomulik luululine mõtlemine ja tihti ka kuulmismeelepetete esinemine.
2. Hebefreense skisofreenia puhul on esikohal ebatavaline emotsionaalne reaktiivsus või tuimenemine, seosetu mõtlemine ja ebakohane kõne või käitumine.
3. Katatoonse skisofreenia ilminguteks on käitumise ja liigutustega seotud sümptomid alates aktiivsuse vähenemisest, tardumusest, jäikusest, sundasenditest ja negativismist kuni äärmusliku rahutuseni. Nimetatud vormi esinemissagedus on vähenenud.
4. Nn residuaalne skisofreenia on haiguse hilisstaadium, kui valdavaks on negatiivsed sümptomid, nagu enesestõmbumine, passiivsus, ükskõiksus, tuimenemine, hajevil või ebaloogiline mõtlemine.

KAASUVAD PROBLEEMID

Skisofreeniaga kaasub sageli teisi psüühikahäireid, kehalisi haigusi ja sotsiaalseid probleeme.

1. Meeleolulangus võib olla reaktsioon raskele ja pikaajalisele haigusele, samuti võivad mõned ravimid või elukorraldus meeleolu halvendada. Depressiooni esinemine võib inimese elukvaliteeti rohkem halvendada kui meelepetted ja luul. Depressiooni äratundmine aitab leida sobivaid abivõimalusi ja vähendada enesetapuriski. Depressioonikahtluse korral on oluline teavitada psühhiaatrit või perearsti, kes täpsustab põhjused ja annab ravisoovitused (psühhoterapia ja ravimid).

2. Suitsetamine, vähene aktiivsus ja kaalu tõstavad haigestumise riski südame- ja veresoone- ning kopsuhaigustesse. Umbes 2/3 hooldekodu elanikest suitsetab. Suur osa neist soovib suitsetamist lõpetada ning uuringud on näidanud, et skisofreeniahaiged suudavad seda teha sama edukalt kui teised suitsetajad (reaalselt suitsetamise lõpetanute ja tagasilanguste osakaal on sarnased). Lõpetamine ei ole kerge, soovitatavad on nõustamisteenused, kognitiiv-käitumuslik psühhoteraapia, nikotiini asendusravi (plaastrid ja närimiskummid) või antidepressantide rühma kuuluv ravim bupropioon. Raviarst peab teadma patsiendi suitsetamisharjumusi või kavatsust lõpetada, sest suitsetamine võib mõjutada mõne psühhiaatrilise ravimi ainevahetust.
3. Ravikoostöös on oluline silmas pidada olulisi kehalise tervise näitajaid: vööümbermõõt, kehakaal, kehamassi indeks (näitab inimese kaalu ja pikkuse suhet, kehamassiindeksi leidmiseks jagatakse kehakaal kilogrammides pikkuse ruuduga meetrites), vererõhk, vere glükoosi- ja kolesteroolitase haiguse ja pikaajalise raviga seotud ainevahetushäirete ja suhkruhaiguse ennetamiseks.
4. Hormonaalsete ja seksuaalsete probleemide või ravimite kõrvaltoimete hindamiseks on oluline jälgida menstruaaltsükli, täpsustada kaebusi ja jälgida vajadusel hormonaalseid vereanalüüse (prolaktiin, kilpnäärmehormoonid, mõnikord suguhormoonid). Mõne kaebuse puhul on väga oluline günekoloogi ja psühhiaatri koostöö. Mehi tuleb informeerida meestearsti poolt pakutavast meditsiinilisest abist.
5. Eri uurijate andmetel tarvitavad keskmiselt pool skisofreeniahaigeist alkoholi või narkootikume. See raskendab ravikoostööd, suurendab ravimite kõrvaltoimete riski ja soodustab haiguse ägenemisi. 2011. aasta seisuga puudub Eestis nii täiskasvanute kui ka laste ja noorukite jaoks terviklik sõltuvusravi- ja rehabilitatsioonivõrgustik. Abi saamise võimalused erinevad piirkonniti. Suhteliselt hästi toimivad eneseabigrupid alkoholisõltuvusega inimeste jaoks (Anonüümsed Alkohoolikud), narkosõltlastele on rajatud päevakeskusi ja üksikuid rehabilitatsioonikeskusi ning algatatud asendusravi programme, aga raskemal juhul võib olla vajalik ööpäevaringne hooldusteenus.
6. Haigetel on suurem risk sattuda õnnetustesse, saada mürgistusi ja haigestuda viirushaigustesse. Kaasuvaid kehalisi probleeme tihti ei märgata, ei teadvustata ja ei otsita abi, ka psühhiaatrilise abi süsteem ei taga kaasuvate terviseriskide käsitlemist, nagu ülekaal, suhkurtõbi, vigastused jne. Samuti võib psüühikahäire esinemine mõjutada raviotsuseid muus meditsiinivaldkonnas, näiteks peetakse kehalisi kaebusi meelepetteks, välditakse keerulisemaid protseduure, psühhiaatriapatsientide muu meditsiiniabi korraldamisel ei toimu koostööd kehalise tervise spetsialistide ja psühhiaatrite vahel. Hooldekodu elanike meditsiinilisel teenindamisel on neid peetud perspektiivituteks ja osutatav abi võib jääda ebapiisavaks. Psüühikahäirega inimesi on haiglatest välja kirjutatud uuringuid lõpuni viimata, sest nende käitumine on teisi häirinud. Mõlema teema puhul oleks abi psüühikahäirega inimese huvide eest seisva ja tema raviprotsessi või uuringute käiku jälgiva tugiisiku olemasolust. See eeldab hooldekodu või kohaliku omavalitsuse aktiivset sekkumist. Korraldamist vajab hoolekandeesutuste elanike esmatasandi arstiabi, kui piirkondliku perearsti

nimistusse registreerimine ei õnnestu. Samuti eeldab hoolekandeesutuste patsientide psühhiaatriline teenindamine sotsiaal- ja tervisevaldkonna spetsialistide koostööd.

7. Hambahaiguste sage esinemine võib olla tingitud suuhügieeni probleemidest või suukuivust põhjustavatest ravimitest. Suukuivuse puhul võib esineda valu ja ebamugavust, limaskesta või igemepõletikku, hulgiaraariest, huulte ja suunurkade põletikku ning mõranemist. Hambaravi on kallis, samuti võib olla tõsiseks takistuseks kartus hambaarsti ees.
8. Kui haigel on pere ja lapsed, siis on haiguse ägenemisel või haiglaravi puhul peale sugulaste vastutus ka kohalikul omavalitsusel, kes peab kindlustama laste eest hoolitsemise, kooliskäimise, vajadusel ka psühholoogilise kriisiabi ja nõustamise. Praktika selliste juhtumite puhul erineb regiooniti ning vajab eri ametkondade koostööd ja lisavahendeid.

Skisoafektiivne häire paikneb oma olemuselt skisofreenia ja meeleoluhäirete vahel. Häire koosneb raskest meeleoluhäire perioodist, kus esikohal on depressioon, mania või mõlemad korraga, ning millega kaasnevad tüüpilised skisofreeniasümpptomid, nagu meelepettek ja luulumõtted. Sageli tuntakse skisoafektiivne häire ära alles pärast mitut ägenemisperioodi.

Skisoafektiivset häiret esineb skisofreeniast harvem, kinnitamata andmetel haigestub ca 0,5% elanikest. Häire esineb rohkem naistel kui meestel ning häire depressiivne alatüüp on täiskasvanutel sagedasem. Haigestumisiga jääb keskmiselt 16nda ja 30nda eluaasta vahele. Tekkepõhjused on ebaselged, räägitakse taas nii geneetilistest kui ka keskkonnateguritest. Häire täpne diagnoosimine eeldab pikemaajalist asjatundlikku koostööd pere ja psühhiaatrilise ravimeeskonna vahel. Häire äratundmine on tähtis, sest raviplaanis tuleb ühendada nii psühhootiliste kui ka meeleoluhäirete ravipõhimõtted. Häire kulg võib olla erinev, ravivajadus on pikaajaline.



RAVI

Ravile pöördumine

Arsti poole pööratakse põhiliselt lähedaste initsiatiivil, sest haigestunu ise ei pruugi oma reaalsustaju muutumisest aru saada ja võib keelduda igasugustest soovitustest arstiabi otsida. Kui teil või teie lähedasel ilmneb psühhiaatrilisi probleeme, võib nõu küsida perearstilt, kes saab seisundi järgi öelda, millist abi inimele vajab. Kui inimene psühhooši tõttu ei ole nõus oma toast või kodust väljuma, tuleks perearst koju kutsuda. Teavet saab ka nõustajatelt, koolipsühholoogidelt, terviseportaalidest ning usaldustelefoni, kriisiabi või ohvriabi töötajatelt.

Hingehädadega kaasnevad ka kehalised probleemid, seepärast võib hoopis eriarst (neuroloog, kardioloog, endokrinoloog, sisearst, erakorralise meditsiini osakonna valvearst jne) olla psühhiaatri vastuvõtule suunajaks. Mõned patsiendid on kahjukssattunud kanõidade ja selgeltnägijate jutule. Teenusepakkujaid, kes lubavad psühhooši puhul inimese ravimiteta terveks teha, ei tohiks tõsiselt võtta. Vajalik on üks spetsialist või meeskond, kes hakkab korraldama kogu edasist psühhiaatrilist ravikuuri ja vajalikke sotsiaalteenuseid. Kui inimesel juba on diagnoositud psüühikahäire, siis sõltub edasine ravi ja toetus seisundi raskusest ja kohapealsetest võimalustest.

Eestis on võimalus ilma saatekirjata pöörduda kas psühhiaatriaigla valvearsti poole, kui inimene vajab psühhiaatri abi erakorraliselt, või plaaniliselt haiglate, polikliinikute või erapraksise psühhiaatri konsultatsioonile. Enne tuleb telefonitsi või kohapeal kokku leppida vastuvõtuaeg. Ööpäevaringne valveteenistus asub suuremates linnades psühhiaatrikliinikute juures. Erapraksises on võimalik tasuta teenust kasutades registreeruda ka psühholoogi või psühhoterapeudi konsultatsioonile, haigekassa rahastatava raviteenuse puhul peab psühholoogi vastuvõtule või psühhoterapiasse pöördumiseks olema arsti saatekiri.

Hingelise kriisi korral esineb sageli probleeme ka alkoholi või narkootikumidega. Sõltuvusprobleemidega inimeste esmaabi Tallinnas on koondatud Wismari haiglasse, mujal Eestis tuleb pöörduda psühhiaatri poole või sõltuvushäirete ravi keskusesse (A-Kliinik Tartus jt). Vältimatut abi ja esmaabi saab tasuta, ambulatoorse abi osas erinevad võimalused piirkonniti ja asutuste lõikes.

Psüühikahäirete ravi tulemuslikkus sõltub mitmest asjaolust: ravile pöördumise ajast, ravimeetodite asjakohasest valikust, koostöösuhetest, ravimite kombineerimisest psühhoterapiaga jne. Reeglina on ravi pikaajaline, s.t mitu aastat kestev protsess, millesse on enamasti hädavajalik kaasata ka pereliikmed.

Raske ja pikaajalise psüühikahäire puhul võib esineda töövõimekaotust ja tekkida vajadus kasutada erinevaid sotsiaalsüsteemi poolt pakutavaid teenuseid, nende võimaluste osas oskavad infot anda arstid, sotsiaaltöötajad või pensioniameti klienditeenindajad.

Pühhoosi ravisekkumised

Skisofreenia raviks kasutatakse nii **ravimeid kui ka psühhoteraapiat**, esmatähtis on arsti või ravimeeskonna, kuhu psühhiaatri kõrval kuuluvad psühholoog, meditsiiniõde, võibolla ka sotsiaaltöötaja, koostöö haigestunu ja tema perekonnaga. Ravi korraldatakse, arvestades patsiendi seisundit ja haiguse faasi, kas haiglas või ambulatoorselt.

Ravimid, mida nimetatakse **antipsühhootikumideks**, hakkavad toimet avaldama järk-järgult paari kuu jooksul, mõned haigusilmingud võivad püsida ka kauem, mistõttu võib inimene haiglast koju saada enne, kui haigusnähud täielikult taanduvad.

Antipsühhootikumid jaotatakse tüüpilisteks ja atüüpilisteks.

Tüüpilised antipsühhootikumid toimivad põhiliselt eespool kirjeldatud nn positiivsetele sümptomitele (vt lk 16).

- » Haloperidool
- » Kloorpromasiin
- » Flufenasiin
- » Flupentiksool
- » Perfernasiin
- » Pimosiid
- » Sulpiriid
- » Tsüklopentiksool

Nende puhul võib ilmned mitmeid kõrvalmõjusid: lihasjäikus, käteväärin, lihaste kramplikud kokkutõmbed, tahtmatud liigutused või aeglustumine ja isegi tardumus ning tuleb ette suukuivust, hormonaalseid häireid, seksuaalse huvi vähenemist ja unisust.

Atüüpilised antipsühhootikumid on teine grupp ravimeid, mis leevendavad mõtlemise ja tajumise häireid (positiivsed sümptomid, vt lk 16), parandavad meeleolu ja suurendavad haige aktiivsust, teisisõnu avaldavad mõju depressiivsusele ja leevendavad ka skisofreenia negatiivseid (vt lk 17) sümptomeid.

- » Amisulpriid
- » Aripiprasool
- » Klosapiin
- » Olansapiin
- » Kvetiapiin
- » Risperidoon
- » Sertindool
- » Tsiprasidoon
- » Zotepiin

Kõrvaltoimeid esineb ka atüüpilistel ravimitel, näiteks võib tuua isumuutust, kaalutõusu ja hormonaalseid kõrvaltoimeid (rinnanäärmete suurenemine, valulikkus piimaeritusena ja naistel menstruatsioonihäired), samuti võib esineda seksuaalse huvi ja seksuaalfunktsiooni häireid. Haigetel on kõrgeenenud suhkruhaiguse risk. Kõigist kõrvaltoimetest tuleb teavitada oma arsti, kes siis muudab annust, vahetab ravimit või soovib ravimeid või teisi võtteid kõrvaltoimete leevendamiseks.

KUURI PIKKUS

Ravimeid tuleb hea enesetunde kindlustamiseks ja psühhoosi kordumise vältimiseks tarvitada **pikka aega**: pärast esmast psühhoosi kaks aastat, korduvate psühhooside esinemisel viis aastat ning kroonilise skisofreenia kuluvariandi puhul võib ravivajadus olla eluaegne. Pikaajalise raviga on raske kohaneda, eriti siis, kui tavapärase enesetunne ja toimetulek on taastunud. Ravi poolelijätmine lõpeb tavaliselt haiguse ägenemisega. Ravimite kõrval on psühhoosiravis oluline ja teaduslikult põhjendatud individuaalse kognitiivkäitumusliku teraapia ning pere- ja kunstiteraapia kasutamine.

Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatrikliiniku esmaste psühhootiliste häirete integratiivravi osakonnas ongi ravi korraldatud meeskonnatöö põhimõttel: mitme valdkonna spetsialistidest – psühhiaater, psühholoog, meditsiiniõde – koosnev meeskond teeb patsiendi ja perega ravikoostööd mitu aastat. Eialgu toimuvad kohtumised igal nädalal, hiljem aga kord kuus. Sellise ravimudeli puhul võetakse enamasti ravimeid vastavalt arsti soovitusel järjepidevalt ja pikaajaliselt, pere saab abi haigestumisega seotud kriisi ületamisel, suur osa paranenud või stabiilses seisundis inimestest suudab minna kooli või tööle.

Tulemuslikuks meetodiks peetakse ka nn kognitiivset remediatsiooni, mis tähendab kindlaid harjutusprogramme tähelepanu, töömälu, keskendumis- ja otsustusvõime treenimiseks. Psühhoosi ravi edukuses on varasel sekkumisel ja esmastel ravikogemustel otsustav tähtsus edasisele paranemisele. Iga uue ägenemise ravi on keerukam.

Kaasuva depressiooni raviks võib arst soovitada **antidepressante**, mis leevendavad hingevalu ja mitmeid kehalisi sümptomeid, näiteks valu, isutust ja unehäireid, taastades närvisüsteemi teatud osade loomuliku talitluse. Nende toime avaldub tasapisi. Enamasti pole paranemist märgata enne 2-4 nädala möödumist ning esimese kümne päeva tüüpilisteks ilminguteks võivad olla hoopis erineva raskusega kõrvaltoimed (peavalu, ärevus, rahutus, iiveldus vms), mis taanduvad ravimiga harjumisel või arsti soovitatud ajutise lisaravimi kasutamisel. Pikaajaline meeleolu parandav ravi on enamasti hästi talutav.

Rahusteid (diazepam, bromazepam, alprazolam) ja **uinuteid** (zolpideem, zopikloon) kasutatakse psühhoosiravis ainult kindlal näidustusel ja lühikest aega. Rahustite pikaajaline tarvitamine on mitmel põhjusel ohtlik: kõrvaltoimed (mäluprobleemid,

tasakaaluhäired, pidurdatus) ja sõltuvusrisk. Rahustisõltuvust võib võrrelda alkoholismiga.

Teistest ravimirühmadest võib kombineeritud raviskeemides leida **meeleolustabilisaatoreid** (valproehape, karbamazepin, liitium, topiramaat, lamotrigiin) ja **korrektooreid** kõrvaltoimete leevendamiseks (triheksüfenidüül ehk cyclodol).

Ravimid on väga kallid, kuid Eestis kehtib psühhoosi- või skisofreeniadiagnoside puhul antipsühhootikumidele ja osale antidepressantidest (fluoxetine, amitriptylin) 100%line soodustus, mis tähendab, et ravikindlustust omav isik maksab retsepti alusel väljastatava ravimi eest omaosaluse alusmäära summas 1,27 eurot. Ühe retseptiga väljastatakse tavapäraselt kaheks kuuks arvestatud ravimi kogus. Kui täielikult kompenseeritavad antidepressandid välja arvata, siis enamiku antidepressantide puhul kehtib kindlustatutele 50%line soodustus, s.t haigekassa hüvitab 50% üle 3,19 euro ulatuvast summast, kuid mitte rohkem kui 12,79 eurot ühe retsepti kohta. Kuuajalise antidepressandiravi maksumus varieerub 50%lise soodustuse puhul vahemikus 4–45 eurot. Eestis on patsientide raviks võimalik kasutada kõiki nüüdisaegseid ravimeid ning antipsühhootikumide soodustus kindlustab ravivõimaluse kõigile.

Apteegis on saadaval nii originaal- ehk patentravimeid kui ka geneerilisi ravimeid. Geneeriline ravim on patentravimi koopia, mis sisaldab toimeainet samas annuses kui patentravim, ning mis on patentravimiga võrdne ka ohutuse, toimetugevuse ja -kvaliteedi poolest. Geneerilised ravimid on odavamad, sest nende tootjail pole vaja katta uue ravimi väljatöötamiskulusid. Kui patendikaitse on lõppemas, saavad ülejäänud tootjad taotlema luba geneeriliste ravimite müügiks.

Kui ravim ei mõju

1. Liiga väike annus

Ravimit võetakse ettenähtud koguses. Kui raha säästes, sõbra soovitusel või tunde järgi võtate ainult mingi osa määratud annusest, siis ei pruugi ravim toimida. Tehke oma arstiga sisulist koostööd sobiva annuse leidmisel.

2. Raviskeemi eiramine

Antipsühhootikume, meeleolustabilisaatoreid ja/või antidepressante tarvitage raviskeemi järgi iga päev kindlal kellaajal. Need pole rohud, mida võtta ainult siis, kui närv on must või enesetunne halb. Raviannuse muutmiseks tuleb nõu pidada arstiga.

3. Ravimeid ei ole võetud küllalt kaua

Minimaalne kuuri pikkus esmase psühhoosi puhul on kaks aastat, korduvate psühhooside puhul viis aastat ning krooniliste psühhootiliste kaebuste ilmnemi-

ne nõuab pidevat ravi. Kui arst on depressiooni tõttu soovitanud antidepressante, siis neid peab tarvitama vähemalt poole aasta jooksul pärast seda, kui olete end juba paremini tundma hakanud.

4. Esialgu valitud ravim ei toimi

Nii antipsühhootikumid kui ka antidepressandid jagunevad keemilise koostise järgi klassidesse. Iga klass mõjutab konkreetseid närvirakke ja omab toimet teatud häire sümptomitele. Kui patsient ei reageeri ühele ravimile, annab see arstile olulist teavet haigustunnuste keemilise tausta osas, mille põhjal saab valida uue ravimi. Paraku on mõnikord raske hinnata, mis klassi ravimit kõigepealt välja kirjutada. Kõige tihedam peabki olema koostöö arstiga ravi alguses, et leida sobiv ravim, annus ja raviskeem.

5. Psühholoogilised põhjused

Ravim ei muuda suhteid ega tee olematuks läbielatut, traumeeriv olukord nüüd või minevikus vajab käsitlemist psühhoteerapias. Küsige arstilt infot psühhoteerapia võimaluste kohta.

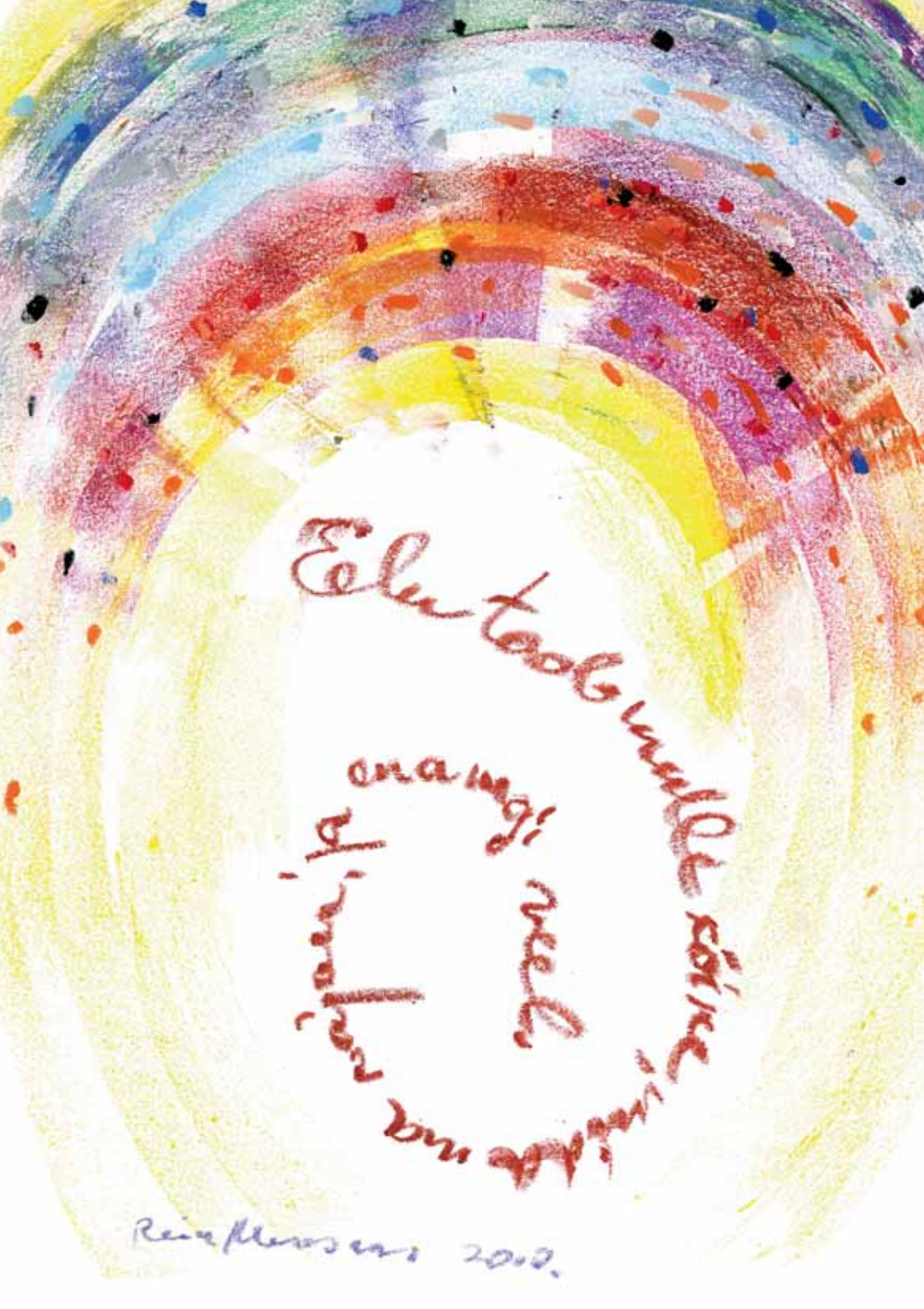
Nõuandeid ravimite tarvitamisel

1. Urige põhjalikult teavet määratud ravimi või ravimite kohta oma arstilt ning lugege läbi ravimikarbis olev infoleht, jätke meelde lisaks tootjafirma nimele ravimi toimeaine. Eespool on ka selguse mõttes loetletud toimeaineid.
2. Pidage arstiga nõu võimalike kõrvalnähtude ja koostoimete üle teiste ravimite ja ainetega, näiteks alkohol ja sigaretid.
3. Veenduge, et arst on ravimi välja kirjutanud alles pärast põhjalikku uurimist, diagnostikat ja kaalumist.
4. Ärge nõudke, et ravitoime avalduks kohe, kui piinav haigus ka poleks. Ravimid ei ole narkootikumid, millega enesetunne hetkega muutub.
5. Kui ravim kutsub esile kõrvalnähte, tuleb sellest kohe arstile teatada. Neist võib vabaneeda doosi muutes või teisele ravimile ümber lülitudes. On tähtis, et soovitatav ravitulemus saavutatakse võimalikult väheste kõrvalnähtude hinnaga.
6. Olge teadlik ja koostöövalmis. Ravimid ei anna elu mõtet, aga lasevad elada ja end paremini tunda selle otsimiseks ja märkamiseks.



Kuidas perekond saaks aidata?

1. Aidake oma lähedast ravile minemisel ja ravisoovituste järgimisel, jälgige taktitundeliselt raviskeemist kinnipidamist.
2. Aidake tekitada ja säilitada korrapärast päeva- ja unerütmi.
3. Õppige tundma (lugege, küsige arstilt või oma haigestunud lähedaselt, osalege perekoolitustel) häire ägenemise varajasi märke, nii et suudate neid ära tunda ja asjakohaselt tegutseda.
4. Koostage perega ühiselt plaan kriisiolukordade lahendamiseks.
5. Püüdke säilitada sallivust ja mõistmist.
6. Paranemine on enamiku haiguste korral järk-järguline protsess, ärge koormake oma lähedast üle plaanide ja nõudmistega teemal „siis, kui terveks saad...“.
7. Pere jaoks on tähtis elurütmi säilitamine ja pereliikmete vajaduste märkamine ka haigusest tingitud kriisis.
8. Õppige märkama ja tunnustama positiivseid muutusi kritiseerimiskalduvuse asemel.
9. Uurige välja, mis on aktiivne kuulamine ja kasutage seda oma haigestunud lähedasega suhtlemisel.
10. Õppige mõistma ja sobival moel väljendama viha ning katsetage konstruktiivseid probleemilahendusviise.



Elu taog malle söice
ena ngi nee
di na
na

Rein Messers 2010.

TOETUS

Mis on erihoolekandeteenused

Erihoolekandeteenuste eesmärk on inimese iseseisva toimetuleku arendamine ja tegevuse juhendamine. Inimene peaks maksimaalselt ise panustama oma igapäevaelu toiminguisse ning teda juhendatakse ja aidatakse tema vajaduste järgi.

Erihoolekandeteenused on:

- » igapäevaelu toetamise teenus,
- » töötamise toetamise teenus,
- » toetatud elamise teenus,
- » kogukonnas elamise teenus,
- » ööpäevaringne erihooldusteenus.

Kellel on õigus erihoolekandeteenustele

Erihoolekandeteenused on mõeldud raske ja pikaajalise psüühikahäirega inimesele. Psüühikahäire all peetakse silmas nii vaimset alaarengut kui ka vaimuhaigust.

Erihoolekandeteenused ei ole mõeldud vanaduspensioniiikka jõudnud dementsuse diagnoosiga inimesele, kellel ei ole dementsuse diagnoosile lisaks muud psüühikahäiret, ja inimestele, kelle psüühikahäire on tekkinud alkoholi- või narkootikumisõltuvuse tõttu.

Kuhu pöörduda?

Teenustele suunamist ja osutamist korraldab Sotsiaalkindlustusamet <http://www.ensib.ee/erihooletanne/>.

Teenuse taotlemiseks vajalikud dokumendid

Kui inimene soovib taotleda mõnda erihoolekandeteenust, peab ta esitama Sotsiaalkindlustusametile **taotluse erihoolekandeteenusele suunamiseks**. Abisaamiseks võib pöörduda ameti juhtumikorraldaja poole. Taotluse võib esitada inimene ise või tema seaduslik esindaja. Taotlusse on inimesel õigus märkida endale sobiv teenuseosutaja, kelle juures teenust saada soovitakse.

Teenuse saamiseks peab olema kas

- a) psühhiaatri suunamiskiri, kui soovitakse igapäevaelu toetamise teenust või
- b) rehabilitatsiooniplaan soovitusel kasutada konkreetset erihoolekandeteenust parima toimetuleku tagamiseks, kusjuures rehabilitatsiooniplaan on vajalik kõikide erihoolekandeteenuse puhul, v.a igapäevaelu toetamise teenus ja kohtumääruse alusel osutatav ööpäevaringne erihooledusteenus või
- c) kohtumäärus, kui isik suunatakse tahtevastaselts ööpäevaringsele erihooledusteenusele.

Kes erihoolekandeteenuseid pakuvad

Erihoolekandeteenuseid võivad pakuda vastava tegevusloaga asutused. Tegevusloaga on kinnituseks, et asutuses töötab asjakohase hariduse või väljaõppega personal ning hoone vastab tuleohutus- ja tervisekaitse nõuetele. Kehtiva tegevusloaga asutuste loetelu on aadressil <http://www.ensib.ee/halduslepingud-hoolekande-teenuse-osutamiseks-3/>.

Kust saab täiendavat infot?

Sotsiaalkindlustusametis töötavate juhtumikorraldajate ülesanne on informeerida inimest teenusele saamise võimalustest (sh protsess, vajaminevad dokumendid) ning toetada inimest teenusele suunamise protsessis. Juhtumikorraldajate töö eesmärk on toetada inimest kogu erihoolekandeteenuse kasutamise seotud asjaajamises. Juhtumikorraldajate kontaktandmed on aadressil <http://www.ensib.ee/juhtumikorraldajate-kontaktandmed-2/>

Pöörduda võib ka kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja poole, kes selgitab, mida peab sobiva teenuse saamiseks tegema. Sotsiaaltöötaja osutab vajadusel inimesele sotsiaalnoustamisteenust ja/või koostab juhtumiplaani.

Iga erihoolekandeteenuse sisu on täpsemalt kirjeldatud sotsiaalhoolekande seaduse 3. peatüki 4. jaos. Täpsemalt saab erihoolekandeteenuste kohta lugeda <http://www.sm.ee/sinule/puudega-inimesele/sotsiaalteenused-puudega-inimesele/erihoolekanne.html>



Ja kukaan täin ei saa
kukaan läbi / päästä
kukaan

2010.

Sul on õigus

- » informatsioonile oma psüühikahäire ja kasutatavate ravi- ning diagnostikameetodite kohta või sellest keeldumisest¹;
- » teadvale nõusolekule² ja õigus nõusoleku tagasivõtmisele mõistliku aja jooksul³;
- » õigus raviarsti nõusolekul tutvuda oma ravidokumentidega⁴;
- » vabatahtlikule ravile, v.a seaduses sätestatud erijuhtumid⁵;
- » valida teenuseosutajat ja õigus teisele arvamusele⁶;
- » nõuda, et teenuseosutaja hoiab sulle osutatud teenust kolmandate isikute eest saladuses⁷;
- » keelduda osalemisest õppeprotsessis⁸;
- » oma riitele, kui need vastavad hügieeninõuetele;
- » teada teenuseosutaja juures sätestatud kaebuste esitamise protseduuri ja tervishoiuteenuseosutaja juhatuse ja/või teenuse kvaliteediga tegeleva üksuse kontakte;
- » pöörduda tervishoiuteenuse osutamise suhtes tekkinud kaebusega tervishoiutöötajate tegevuse peale tervishoiuteenuse osutaja juhtkonna, haigekassa piirkondliku osakonna, Terviseameti või maavanema poole⁹.

Sul on kohustus

- » anda tervishoiuteenuse osutajale oma tervisehäiresse puutuvat infot ja aidata kaasa oma raviprotsessile¹⁰;
- » maksta ettenähtud tasu¹¹.

¹ VÕS § 766 lg 1 ja lg 5, psühhiaatrilise abi seaduse § 4 p 2

² Inimõiguste ja biomeditsiini konventsiooni artikkel 5, <https://www.riigiteataja.ee/akt/78570>

³ VÕS § 766 lg 3

⁴ välja arvatud juhul, kui see võib osutada kahjulikuks tema vaimsele tervisele või teiste isikute julgeolekule

⁵ VÕS § 766 lg 3, psühhiaatrilise abi seaduse § 3 lg 1

⁶ ravikindlustuse seaduse § 40, Sotsiaalministri määrus nr 111, Eesti Haigekassa poolt kindlustatud isikult teisele arvamuse eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmise tingimused ja kord, jõustunud 01.10.2002, <https://www.riigiteataja.ee/akt/201933>

⁷ VÕS § 768

⁸ VÕS § 765

⁹ Sotsiaalministri 15.12.2004.a määrus nr 128 "Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded" lg 4, <https://www.riigiteataja.ee/akt/13252905>

¹⁰ VÕS § 764

¹¹ VÕS § 761

TAHTEST OLENEMATU LÄBIVAATUS JA RAVI

Tahtest olenematu psühhiaatiline läbivaatus

psühhiaater võib sind sinu tahtest olenemata läbi vaadata, kui:

1. sinu käitumine viitab tugevalt psüühikahäirele;
2. ilmneb, et sinu seisund kujutab taolise häire ilmnemise ohtu;
3. pole sobivaid, vähem piiravaid meetmeid selle otsuse tegemiseks.

Tahtest olenematu haiglasse paigutamine ja ravi

tahtest olenematut haiglasse paigutamist ja ravi kohaldatakse patsiendile, kes on otsustusvõimeline ja keeldub ravist või patsiendile, kes pole otsustusvõimeline ja vaidleb haiglasse paigutamise või ravi vastu, kui patsiendil esinevad koos järgmised asjaolud:

- » raske psüühikahäire, mis piirab tema võimet oma käitumisest aru saada või seda juhtida;
- » haiglaravita jätmisel ohustab ta psüühikahäire tõttu iseenda või teiste elu, tervist või julgeolekut;
- » muu psühhiaatiline abi ei ole küllaldane.

Tahtest olenematu ravi korraldus

- » Kui valvearst tuvastab haiglasse vastuvõtmisel, et sul esinevad korraga eelmises punktis toodud kolm asjaolu, siis teavitab ta kohe otsusest tahtest olenematu ravi kohaldamise kohta.
- » Võimalusel teavitab ta tahtest olenematu ravi otsusest 12 tunni jooksul ka sinu lähedasi ja/või seaduslikku esindajat.
- » Hiljemalt 24 tunni jooksul ravi algusest annab sinu terviseseisundi kohta seisuks kohti ka teine psühhiaater. Kui tahtest olenematu ravi on ikkagi vajalik, siis koostab psühhiaater vastava arvamuse esialgse õiguskaitse korras tahtest olenematu ravi kohaldamise vajaduse kohta, mis saadetakse koos teenuseosutaja avaldusega maakotusse.
- » Tahtest olenematu ravi, kestvusega üle 48 tunni, võib toimuda ainult kohtu loal kohtumääruse alusel.

- » Nelja päeva jooksul alates haiglasse vastuvõtmisest tuleb kohtunik sinuga vestlema ja teeb kohtumääruuses oma otsuse tahtest olenematu ravi vajalikkuse kohta. Tal on õigus pikendada esialgse õiguskaitsse korras määratud tahtest olenematut ravi kuni 14 päevani.
- » Esialgse õiguskaitsse kohaldamise menetluses võid sa ise määrata endale esindaja. Sinu taotlusel määrab kohus esialgse õiguskaitsse menetluses tahtest olenematu ravi pikendamisel riigi õigusabi korras esindaja.
- » Raviarst hindab regulaarselt sinu seisundit ja sõltuvalt terviseseisundi muutumisest koostab arvamuse tahtest olenematu ravi lõpetamise või pikendamise kohta.
- » Kui ka 14 päeva möödumisel ei näita sinu tervis paranemise märke ja endiselt esinevad korraga kolm eelmainitud asjaolu, teavitab haigla kohalikku omavalitsust, kes teeb kohtule avalduse sinu kinnisesse asutusse paigutamiseks.
- » Tahtest olenematu raviga viibimise ajal ei tohi sinuga teha kliinilisi katseid või katsetada uusi ravimeid ega ravimeetodeid.
- » Tahtest olenematu ravi ajal kasutatakse sinu suhtes võimalikult vähe piiravaid meetodeid, mis tagavad sinu ja teiste isikute turvalisuse.
- » Tervishoiuteenuste osutaja peab oma tegevuskohas teatavaks tegema sinu õiguse pöörduda tervishoiuteenuse osutamise suhtes tekkinud kaebusega tervishoiutöötajate tegevuse peale tervishoiuteenuse osutaja juhtkonna, haigekassa piirkondliku osakonna, Terviseameti või maavanema poole, ning nende kontaktandmed.

Tahtest olenematu ravi käigus rakendatavad piirangud

- » Tahtest olenematu ravi käigus ei või sa haiglast lahkuda ja pead alluma rakendatavale ravirežiimile ja sellest tulenevatele piirangutele. Piirangud on kehtestatud haigla sisekorraeskirjades sätestatud ravirežiimidega.
- » Ravirežiimi määrab ravi- või valvearst. Režiime, osakonna sisekorda ning sellega kaasnevaid õigusi ja piiranguid tutvustab osakonna õde.
- » Piirangud reguleerivad isiklike riiete ja esemete omamist, helistamist, suitsetamist, suhtlemist.
- » Tahtest olenematu ravi korral on osakonnast väljumine lubatud ainult arsti määratud haiglatöötaja saatel.
- » Tahtest olenematu ravi alustamisel hoiule võetud esemed tagastatakse ravirežiimi muutumisel või haiglast lahkumisel.
- » Teenuseosutaja võib sinu suhtes kasutada füüsilisi, mehaanilisi või keemilisi ohjeldusmeetmeid, kui on tekkinud otsene oht enesevigastuseks või vägivaldaks teiste isikute suhtes ja muud vahendid ohu kõrvaldamiseks ei ole osutunud küllaldaseks.

Õigused tahtest olenematu ravi käigus

Sul on õigus

- » olla kaasatud raviplaani koostamisse sõltuvalt sinu otsustusvõime olemasolust, teadvale nõusolekule või sellest keeldumisele elekterkrampravi rakendamise puhul või nende meetodite rakendamisest keeldumisele, v.a sel juhul, kui selleks esinevad elulised näidustused;
- » vestelda raviarstiga, et seletada oma käitumise põhjuseid, kui sinu suhtes on kasutatud ohjeldusmeetmeid ning raviarst selgitab omakorda ohjeldamise põhjuseid;
- » nõuda, et sinu suhtes kasutataks võimalikult vähem piiravaid meetodeid;
- » nõuda, et kohus kuulab sind isiklikult ära;
- » kohtuda oma seadusliku ja/või riigi õigusabi korras määratud või lepingulise esindajaga raviarsti poolt määratud aja vältel;
- » esindajale, kui kohus otsustab esialgse õiguskaitse tähtaja pikendamist ning ka siis, kui soovid vaidlustada sinu suhtes tehtud esialgse õiguskaitse kohaldamise määrust või kinnisesse asutusse paigutamise määrust;
- » sõltumatule ekspertiisile, kui kohus otsustab jätkata sinu tahtest olenematut ravi pärast esialgse õiguskaitse rakendamise tähtaja möödumist;
- » saada koopia nii esialgse õiguskaitse rakendamise kui ka kinnisesse asutusse paigutamise kohtumäärusest või kohtu otsusel kohtumääruse otsustavast osast, kinnitades kohtumääruse kättesaamist oma allkirjaga. Sul on õigus kohtult nõuda kogu kohtumääruse teksti kättesaamist;
- » esitada määruskaebus ringkonnakohtule kümne päeva jooksul kohtumääruse kättesaamisest sama maakohtu kaudu, kes kohtumääruse tegi;
- » nõuda riigiõigusabi korras määratud advokaadilt määruskaebuse koostamist ja esitamist;
- » saada informatsiooni raviasutuses sätestatud kaebuste lahendamise korra ja nende asutuste kontaktandmed, kelle poole pöörduda kaebuste lahendamiseks;
- » pöörduda Terviseameti järelevalve osakonna poole sinu suhtes rakendatud tahtest olenematu ravi kontrollimiseks;
- » pöörduda raviasutuse juhtkonna ja/või õiguskantsleri poole, kui teenuseosutaja rikub tahtest olenematu ravi kohaldamise käigus hea halduse tava või rakendab sinu sotsiaalsest kuuluvusest või muudest asjaoludest tulenevaid alusetuid piiranguid;
- » saada nõu ja infot Eesti Patsientide Esindusühingult.

Kuhu vajadusel pöörduda

- » **Terviseameti järelevalveosakonna kontaktandmed:**
Terviseamet, Hiiu 42, 11619 Tallinn;
www.terviseamet.ee
- » **Õiguskantsleri kontaktandmed:**
Õiguskantsleri kantselei, Kohtu 8, 15193 Tallinn;
www.oiguskantsler.ee
- » **Tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjoni kontaktandmed:**
Sotsiaalministeerium, Gonsiori 29, 15027 Tallinn;
anne.poll@sm.ee
- » **Eesti Patsientide Esindusühingu kontaktandmed:**
Eesti Patsientide Esindusühing, Kaupmehe 14, 10114 Tallinn

KASUTATUD KIRJANDUS

Fact Sheet. Schizophrenia. National Institutes of Health. 2010.
[http://report.nih.gov/NIHfactsheets/Pdfs/Schizophrenia\(NIMH\).pdf](http://report.nih.gov/NIHfactsheets/Pdfs/Schizophrenia(NIMH).pdf)

C. Henquet, M. Di Forti, P. Morrison, R. Kuepper, R. M. Murray, Gene-Environment Interplay Between Cannabis and Psychosis. Schizophrenia Bulletin 2008, vol. 34 no. 6 pp. 1111-1121.

M. A. R. Hodge, D. Siciliano, P. Withey, B. Moss, G. Moore, G. Judd, E. A. Shores, A. Harris, A Randomized Controlled Trial of Cognitive Remediation in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 2010, vol. 36 no. 2 pp. 419-427.

Learning about schizophrenia: Rays of hope. A reference manual for families & caregivers. Third revised edition. Schizophrenia Society of Canada, 2003.
http://www.schizophrenia.ca/Rays_of_Hope.pdf

B. Lumby, Guide Schizophrenia Patients to Better Physical Health. The Nurse Practitioner 2007. vol 32, no 7.

J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, Psühhiaatria. Medicina. Tallinn, 2007.

A. G. Pinto, S. Alberich, S. Barbeito, M. Gutierrez, P. Vega, B. Ibanez, M. K. Haidar, E. Vieta, C. Arango, Cannabis and First-Episode Psychosis: Different Long-term Outcomes Depending on Continued or Discontinued Use. Schizophrenia Bulletin 2011, vol. 37 no. 3 pp. 631-639.

S. Pridmore, Download of Psychiatry, 2006.
<http://eprints.utas.edu.au/287/>

Schizophrenia: Public Attitudes, Personal Needs; Views from People Living with Schizophrenia, Caregivers, and the General Public Analysis and Recommendations. The National Alliance on Mental Illness, 2008.

Schizophrenia: The Journey to Recovery. A Consumer and Family Guide to Assessment and Treatment. Canadian Psychiatric Association, Schizophrenia Society of Canada, 2007.

Schizophrenia. Understanding NICE guidance. Information for people who use NHS services. Information about NICE clinical guideline 82. National Institute for Clinical Excellence guidance. London, 2009.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43611/43611.pdf>

Schizophrenia. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health National Institute of Mental Health NIH Publication No. 09-3517, 2009.

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia/schizophrenia-booklet-2009.pdf>

Skisofreenia bioloogilise ravi juhis. Tallinn, 2003.

<http://www.psy.ee/>

M. Stefan, M. Travis, R. M. Murray, An Atlas of Schizophrenia. Second Edition. The Parthenon Publishing Group, 2002.

