

Ülemaailme vaimse
tervise päev 2014



Elu **skisofreeniaga**



SISUKORD

EESSÕNA.....3

G.Christodoulou;

L.Patt Franciosi

I OSA:

ELU SKISOFREENIAGA.....7

Mis on skisofreenia?.....7

Skisofreenia: Üsna samamoodi, nagu varemgi..... 8

J.Geller

Taastumislood.....10

Janet Meagher

Bill MacPhee

David Crepaz-Keay

II OSA:

TERVISEEDENDUS JA SKISOFREENIA

ENNETAMINE15

Terviseedendus ja skisofreenia.....15

N.Christodoulou, D.Bhugra

Skisofreenia ja sotsiaalne kaasamine.....19

J.Bowis

Valitsuse ja ühiskonna roll skisofreeniahaigete isikukeskses ravis ja hoolduses.....21

J.Mezzich

III OSA: SEKKUMISMEETMED

Varajane sekkumine skisofreeniasse....23

P.McGorry

Psühholoogilised sekkumismeetmed26

P.Garety, T.Edwards

Arvuti kasutamine ravimitele allumatute vaenulike „häälte“ puhul: tõhus lahendusmeetod.....29

J.Leff

Komorbiidsus ja skisofreenia: Fakte skisofreeniahaigete füüsilisest tervisest....31

H.Millar, M.Abou-Saleh

Hooldajate tähtsus edukas toimetulekus skisofreeniaga.....35

MVTL/Knowlton

Faktandmeid hooldajate kohta.....37

IV OSA:

TAASTUMINE ON VÕIMALIK

Tee skisofreeniast taastumisele.....38

Janet Paleo

Tervikliku hoolekande tähtsus skisofreeniahaigete puhul.....40

G.Ivbijaro, D.Goldberg, H.Parmentier, L.Kolkiewicz, M.Riba, R.Fradgley, A.Khan

V OSA:

AEG TEGUTSEDA

Elu skisofreeniaga, kuid tervena:taastumistee sillutamine.....45

Maailma Vaimse Tervise Liit

Elu väljaspool skisofreeniat – taastumine on võimalik.....51

William Anthony

Üleskutse tegutsemiseks.....53

VI OSA: TÄNUSÕNAD.....54

EESSÕNA

Elule skisofreeniaga, Maailma Vaimse Tervise Liidu 2014.aasta teemale, on võimalik läheneda mitmest vaatenurgast.

Nimetagem neist mõningaid.

Kes elavad koos skisofreeniaga? Eeskätt on need inimesed, kes selle haiguse all kannatavad. Pole tähtsust, kas nimetame seda haiguseks või häireks, skisofreeniaks või isiksuse terviklikkuse düsfunktsiooniks; kas me nimetame selle haiguse põdejaid patsientideks, vaimse tervise teenuse kasutajateks või tarbijateks. Tähtis on see, et nad kannatavad oma haiguse tõttu, ning meil, kes me sellest pääsenud oleme, on moraalne kohustus olla nendega solidaarsed ja neid aidata. Me ei tohiks unustada kaht asja: esiteks, et abistamist nõuavad meie ühiskondlikud rollid filantroopide, eestkostjate, nõuandjate ja kutseliste abistajatena, ning teiseks, et mitte keegi meist ega meie lähedastest pole vaimse tervise probleemide eest kaitstud. Skisofreeniadiagnoosiga inimesi aidates ja selles valdkonnas ennetustööd, ravi ja uuringuid edendades aitame iseennast.

On inimesi, ka erialainimeste seas, kes usuvad, et skisofreenia avardab inimeseksolemise kogemust ning võib isegi inimeste vaimse arenemisele kaasa aidata. Nad usuvad, et selle vaimse häirega inimesed on ajaloo kestel pannud aluse uutele religioonidele ja vaimsetele liikumistele, on leidnud uusi tunnetus- ja tajumisviise maailma mõistmiseks, ning arendanud uudseid filosoofilisi teooriaid. See on tõsi: kindlasti on nad ajaloo kestel selliseid asju teinud, kuid mitte suuremal määral kui selle haiguse või häire all mittekannatanud inimesed. See, mis neid teistest inimestest eristab, on vaimu- ja hingepiin – intensiivne ja pikaajaline, sageli lausa talumatuks muutuv valu. Hingepiinade intensiivsus ja püsivus moodustavad patsiendi enesehävitusliku potentsiaali. Sellele valule lisandub sotsiaalne tõrjutus, mille tekitajateks on skisofreeniahaigete häbimärgistamine ja institutsionaalsed ravimeetodid, mis mitmel pool maailma seniajani tooni annavad.

Seega moodustavad suurema osa „koos skisofreeniaga elavatest“ inimestest selle diagnoosiga patsiendid. Kuid on veel teisigi, kes

jagavad oma elu skisofreeniaga. Nendeks on hooldajarollis olevad pereliikmed. Ka neil tuleb selle haigusega koos elada, nad tunnevad skisofreeniat ja selle avaldumisvormi hästi, ning enamasti nad teavad, kuidas selle haigusega koos eksisteerida. Pereliikmetelt saadav abi ületab tavaliselt ka parimates haiglates ja kogukonna hooldekeskustes pakutava, eriti perekonnakeskse kultuuriga maades. Ent sellel on oma hind, milleks on skisofreenia mõju pereliikmetele ja hooldajatele. Skisofreenia koorem langeb ka nende õlgadele.

Ka kutselistel tuleb elada koos skisofreeniaga. Mõned meist peavad selle haigusega kokku puutuma kogu oma tööelu kestel. Me tunneme skisofreenia varajasi märke ja sümptomeid, selle mitmekesiseid ja muutlikke kliinilisi avaldumisvormi ning nendest tulenevaid raskusi haiguse tuvastamisel ja diagnoosimisel, haigusega seonduvaid riske ja raskusi, millega patsiendid ja nende pereliikmed kokku puutuvad, skisofreeniahaigete ühiskondlikku stigmatiseerimist, selle all kannatanute inetuid diskrimineerimisjuhtumeid, rehabilitatsiooni ja ühiskonda taasliikumise raskusi, ning probleeme sobiva ravi leidmisel. Me teame ka seda, et minevikus on skisofreeniahaigeid väga halvasti koheldud ja paljudes maailma riikides on olukord seniajani halb, ning et inimkonna ajaloos on olnud pimedaid aegu, mil selliseid patsiente väärkoheldi ja naeruvääristati. Lisaks sellele on teada, et peaaegu kõikjal maailmas on hulgaliselt ka neid patsiente, kes ei saa üldse mingit ravi. Õnneks jõudsid psühhofarmakoloogid 1950.aastatel uute tõhusate ravimite väljatöötamiseni, ning tasahaaval hakkas arenema kogukonnakeskne vaimse tervise liikumine. Need kaks arengut suurendasid skisofreeniaravi terapeutilist potentsiaali ning andsid tohutu panuse patsientide inimlikumasse kohtlemisse. Võimalikuks sai deinstitutionaliseerimine (s.t. kroonilised haiged elavad hooldeasutuste asemel kogukonnas), ning paljude patsientide puhul kohaldati tööalast rehabilitatsiooni. Tänapäeval on skisofreeniahaigete ravi isikukeskem, rohkem koostööle keskendunud ja tõhusam. Vaimset tervist, taastumist ja paranemist puudutavate positiivsete kontseptsioonide omaksvõtt ja praktiline kasutamine on avaldanud tugevat mõju nii kutseliste, kui ka laiemal avalikkuse

mõttelaadile. Väga positiivseks arenguks on olnud see, et patsiendid on saanud jõudu ja julgust oma häält kuuldavaks teha ning neil on võimalus oma tuleviku üle ise otsustada. Iseotsustamine ehk autonoomia on võtmesõnaks peaaegu kõikides vaimse tervise valdkonna kutse-eeetika alastes juhistes, ning kuigi riigiti esineb kultuurilistest eripäradest tingitud erinevusi, on üldiseks tendentsiks siiski selle põhimõtte üldkehtivaks tunnistamine.

Eestkostjad ja eestkosteorganisatsioonid, nende hulgas Maailma Vaimse Tervise Liit elavad samuti koos skisofreeniaga – sõna otseses mõttes. Nad püüavad patsiente mõista, näha nende vajadusi, olla nende kõrval. Võtmesõnaks on siinkohal EMPAATIA. Huvikaitseorganisatsioonidel on täita tähtis roll, milleks on patsiendihoolduse parendamine ja patsientide õiguste kaitsmine. Üks realistlikumaid huvikaitseorganisatsioonide ülesandeid on rõhutada poliitikutele ja avalikkusele, et psüühikahäiretega inimeste eest hoolitsemine on kulutõhus tegevus. Selline on keel, millest poliitikut aru saavad. Artikikogumikul „Elu skisofreeniaga“ on veel üks vaatenurk – see, mis puudutab skisofreenia mõju kogu rahvastikule ehk ÜHISKONNALE. Ka ühiskond peab elama koos skisofreeniaga.

Ühiskonna suhtumine skisofreeniahaigetesse ei ole alati heatahtlik olnud. Kui mõelda sellele, kuidas koheldi vaimsete häiretega patsiente, eriti skisofreeniahaigeid, keskajal, ning mõningates riikides praegugi, ei ole raske mõista, et hoolimata viimastel aastatel märgatavaks muutunud arengust on veel palju ära teha. Häbimärgistamine ja diskrimineerimine on mänginud olulist osa ühiskonna suhtumise kujundamisel vaimuhaigustesse, ning inimestesse, kes neid kogevad.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et inimesed, kes „elavad koos skisofreeniaga“ kuuluvad erinevatesse kategooriatesse: teenusetarbijate, hooldajate, kutseliste ja huvikaitsega tegelejate hulka ehk ühiskonda tervikuna. Nende rühmade dünaamiline koostöö ja sünergia on see, mis koos skisofreeniaga elatava elu elamisväärsaks muudavad.

Käesoleva kogemiku artiklid on valitud selliselt, et need kajastaksid nii haigusega kooselamise kogemusi, kui peamisi teaduslikke fakte. Me peame teadma, millest me räägime, ning need teadmised peavad olema tõendus põhised.

Taastumiskontseptsioon on tähtis, kuid sellel on omad piirid. See ei ole aseaine ravile, vaid see toimib koos raviga dünaamilises sünergias. Skisofreenia on tõsine, töövõimet hävitava potentsiaaliga haigus, mis mõjutab arvestatavat osa elanikkonnast. Maailma rahvastiku üldarvust mõjutab see haigus 0,7 –1 protsenti, arvestamata neid, kelle haigussümptomid kuuluvad skisofreeniliste häirete laiemasse spektrisse, ning neid, kelle igapäevast elu selle haigusega kokkupuutumine mõjutab. Hinnanguliselt elab maailmas 26 miljonit skisofreeniahaiget. Skisofreeniahaigete eluiga jääb teistest 15 –20 aasta võrra lühemaks (peamiselt kaasnevate füüsiliste haiguste ja suitsetamise tõttu); nad on 6 – 7 korda suurema tõenäosusega töötud, nende seas on palju kodutuid ning politsei vaatevälja sattunud inimesi; 5 – 10% neist lõpetavad oma elu enesetapuga. Maailma tervishoiuorganisatsiooni (MTO; i.k. WHO) andmetel on skisofreenia üks peamistest töövõimetust põhjustavatest tervisehäiretest.

Hoolimata nimetatud faktidest ei peaks skisofreenia tõsidus meis pessimismi tekitama. Kaasaegsed ravimeetodid, nii bioloogilised kui psühholoogilised, mida saadab ühiskondliku suhtumise muutumine vaimsetesse häiretesse, on viinud muljetavaldavate muutusteni, mis on lubanud paljudel inimestel elada koos skisofreeniaga positiivset ja toimekat elu. Paljud skisofreeniahaiged suudavad mõningatest haigussümptomitest hoolimata elada kogukonnas igapäevast, normaalset elu. Arvestatava panuse nendesse positiivsetesse arengutesse on andnud eneseabirühmad ja huvikaitseorganisatsioonid (nagu näiteks meie MVTL).

Skisofreeniat on mõnel korral iseloomustatud (näiteks Suurbritannia skisofreeniakomisjoni poolt) „hüljatud“ haigusena. Ilmselt on tegemist väikese liialdusega, kuid see rõhutab vajadust pöörata sellele vaimsele häirele ja selle all kannatajatele suuremat tähelepanu. Teemakohased uuringud, patsiendiesindusorganisatsioonid, vaimse tervise teenuste rahastamine (vähemalt samal tasemel, nagu rahastatakse füüsilise tervise teenuseid), skisofreeniahaigete ühiskonnaellu kaasamine, võimalused tööalaseks rehabilitatsiooniks, häbimärgistamise ja diskrimineerimise vähendamine, skisofreeniahaigete inimõiguste kaitsmine – need on ülesanded, millega tuleb

tegelda. Käesolev artiklikogumik on üheks MVTL poolseks panuseks sellesse töösse. Ma sooviksin tänada MVTL täitevkomiteed, meie ülemaailmse vaimse tervise päeva korralduskomiteed, (mida juhib Patt Franciosi), MTVL avaliku teavitustöö komiteed (ja selle juhti Gabriel Ivbijarot) ja meie töörühma liikmeid Deborah Maguiret ja Elena Bergerit. Sooviksin tänada Lundbecki ravimifirmat, kes on toetanud meie rahvahariduslikke eesmärke piiramatu stipendiumiga, ning Otsuka ravimifirmat helde annetuse eest. Minu tunnustus ja tänu ka projektile öla alla pannud ettevõttele F.Hoffmann-La Roche Ltd. piiramatu toetuse eest. Täna kõiki artiklikogumiku ilmumisele kaasa aidanud annetajaid ja kõiki erialaeksperte, kes selle eesmärgi täitmiseks oma teadmisi jagasid. Käesolev üllitis jätkab MVTL artiklikogumike traditsiooni, mis on kestnud mitmeid aastaid, ning on maailma vaimse tervise edendamisse oma panuse andnud.

Projekti haardeulatust on suurendanud artiklikogumiku tõlked. Materjali araabia keelde tõlkimise korraldamise eest soovin tänada Saudi-Araabia tervishoiuministeeriumi vaimse tervise osakonna juhatajat, tema ekstsellents dr. Abdulhameed Al-Habeebi ning dr. Abdullah Al-Khatamit, hiinakeelse tõlke eest Sanya Yau'd Hong-Kongi psühhiaatrilise rehabilitatsiooni liidust „Uus Elu,“ hindikeelse tõlke eest Agrawali neuropsühhiaatria keskuse juhatajaid dr. M.L Agrawali ja ja dr. Aruna Agrawali Indiast, ning venekeelse tõlke eest AstraZeneca Venemaa haruettevõtte töötajaid. Soovin tänada ka Hugh Schulzi, ning tema graafilise disaini-, veebiarenduse- ja kommunikatsiooniettevõtet Chicagost artiklikogumiku ja MVTL kodulehe disaini ning tehnilise toe eest.

Prof. George N. Christodoulou, Maailma Vaimse Tervise Liidu president.

See ei olnudki nii ammu, kui skisofreeniat peeti krooniliseks, progresseeruvaks haiguseks, mis tähendas, et skisofreeniahaiged pidid oma unistustest igaveseks loobuma. Täna ei tähenda skisofreeniadiagnoos automaatselt eluaegset „karistust.“ Järjest rohkem vaimse tervise teenuse

tarbijaid, teadlasi ja tervishoiuteenuste pakkujaid on seisukohal, et taastumine pole mitte ainult võimalik, vaid ka selle diagnoosiga patsientide loomulik õigus.

-Barrett, R.

„Turning the corner: Hope is about recovery and resilience.“ Schizophrenia Digest. 2003/kevadnr.: lk. 38 -39

Kallid sõbrad ja kolleegid:

Maailma Vaimse Tervise Liit on valinud oma 2014.aasta ülemaailmse vaimse tervise päeva kampaania teemaks „Elu skisofreeniaga,“ et heita valgust selle haiguse mõistmisel ja käsitlemisel toimunud muutustele. Maailma Vaimse Tervise Liit algatas ülemaailmse vaimse tervise päeva tähistamise 1992.aastal: tegemist on MVTLi suurima programmiga, mille eesmärgiks on tõmmata avalikkuse tähelepanu tähtsatele vaimse tervise teemadele. Ülemaailmset vaimse tervise päeva tähistatakse paljudes riikides 10.oktoobril avalikkuse teadlikkust suurendavate üritustega nii kohalikul, regionaalsel kui riiklikul tasandil. Sel aastal kasutame neid üritusi selleks, et anda inimestele teada muutustest tervishoiuspetsialistide arusaamades skisofreeniast. Maailma tervishoiuorganisatsiooni andmetel elab maailmas 26 miljonit skisofreeniahaiget, ning veel suuremat arvu inimesi mõjutab see haigus kaudsemalt. Skisofreenia kahjustab inimese heaolu, lühendab eluiga, ning on üks peamistest töövõimekadu põhjustavatest haigustest maailmas. Sageli jääb see haigus tähelepanuta või on seotud väärarusaamadega. Skisofreenia asetab raske koorma nii seda kogevatele inimestele kui nende pereliikmetele ja hooldajatele. Skisofreeniaga seostuv kõrge stigmatiseerimise tase lisab sellele veel täiendavaid raskusi.

Kuigi haigus on tõsine, on uued lähenemisviisid andnud paljude patsientide jaoks häid tulemusi. Huvikaitsega tegelevate ringkondade ees seisvaks väljakutseks on tekitada avalik surve riiklike vaimse tervise poliitikate muutmiseks kogu maailmas, ning teha seda selliselt, et arvestataks viimaste aastakümnete edusammudega teaduses, kliinilises praktikas ja ühiskonna suhtumises. Meie eesmärgiks on parandada inimeste teadmisi skisofreeniast ning pöörata tähelepanu meetoditele, mille abil saab pakkuda paremat hoolitsust.

Soovime pöörata tähelepanu ka skisofreeniahaigete pereliikmetele ja teistele hooldajatele; ning muidugi mõista ka taastumisvõimalustele.

Käesoleva kampaania käigus arutleme, kuidas inimesi harida, tõsta nende teadlikkust, vähendada stigmatiseerimist ja diskrimineerimist, ning edendada teenuseid ja huvikaitset, vähendamaks skisofreenia osakaalu maailma üldises haiguste koormas.

Me täname teid jätkuvate pingutuste eest vaimse tervise alase teadlikkuse tõstmisel oma kogukondades, mille üheks väljenduseks on osalemine Maailma Vaimse Tervise Liidu igaaastastes vaimse tervise päeva kampaaniates. Teie pingutused kohalikul tasandil on määrava tähtsusega selles, kuidas vaimse tervise probleemide all kannatavatesse inimestesse suhtutakse, ning selles, kui avarad on nende väljavaated ja võimalused igapäevases elus. Täname teid, et jätkate oma tööd maailma vaimse tervise parendamisel!

Dr. Patt Franciosi,

Ülemaailmse vaimse tervise päeva korraldusmeeskonna juht, MVTL juhatuse liige.

I PEATÜKK

ELU SKISOFREENIAGA

MIS ON SKISOFREENIA?

Skisofreenia on tõsine vaimne häire, mis mõjutab inimese mõtlemist ning tema tunde- ja tahteelu. Paljude haigete jaoks on raske eristada tegelikke ja kujutluslikke sündmusi, loogiliselt mõelda, enda tundeid väljendada või kohaselt käituda.

Skisofreeniasse haigestutakse enamasti nooruki- või varajases täiskasvanueas, ning selle haigusega inimesi on maailmas umbes 26 miljonit (1).

Skisofreeniahaiged kogevad mitmeid sümptomeid, mis mõjutavad nende reaalsustaju. Kuigi skisofreenia vastu pole hetkel kindlat raviviisi või ravimit, leidub siiski mitmeid ravimeetodeid, mis mõjuvad suuremale osale patsientidest tõhusalt. Mitte kõik skisofreeniadiagnoosiga inimesed ei jaga ühesuguseid sümptomeid (2). Selle vaimse häire definitsioon on küllaltki lai, hõlmates mitmeid erinevate sümptomite kombinatsioone, ning need võivad riigiti erineda. Skisofreeniadiagnoosi paneb tavaliselt psühhiaater, kuid skisofreenial on mitmeid sümptomeid, mida võiks tunda igaüks. Mõningatel inimestel algab skisofreenia „varajase psühhooi“ või „prodromaalse“ staadiumiga. Selle haigusjärgu peamisteks tunnusteks on:

- unehäired
- söögiisu häirumine
- ebatavaline käitumine
- tundeelu tuimus (lamenemine) või ebakohased reageeringud teiste suhtes
- raskesti jälgitav kõne
- ebaharilikud ideed ja nende üle juurdlemine
- ümbritsevast keskkonnast „vihjete“ ja „märkide“ leidmine – välistele asjadele erilise tähenduse andmine, nt. tunne, et telesaates räägitakse sinust.
- püsivad ebareaalsed tunded (tajud)
- muutused tajumeeltes: asju nähakse, kuuldakse, haistetakse jne. teistsugustena

Mõned inimesed võivad kogeda varajast psühhooi või läbida prodromaalse staadiumi, kuid skisofreeniat neil välja ei kujune. Teistel

areneb skisofreenia ilma varajase psühhooi või prodromaalse staadiumi tunnusteta, ning seega puudub ka võimalus varajaseks raviks, samas on ka neid, kes saavad küll varajast ravi, kuid skisofreenia areneb neil ikkagi välja. Skisofreeniasümptomeid liigitatakse sageli kolme kategooriasse: positiivseteks, negatiivseteks ja kognitiivseteks. Terminid „positiivsed“ ja „negatiivsed“ sümptomid võivad segadusse ajada. Üldiselt tähendavad positiivsed sümptomid seda, et on olemas midagi, mida ei peaks olema. Negatiivsed sümptomid tähistavad seda, mis peaks olema olema, kuid ei ole.

Skisofreenia võib esineda ükskõik kus, ning mõjutada kõiki meist. Siiski esineb kogukonniti erinevusi selle diagnoosiga inimeste arvus, sümptomites, diagnoosimiseetodites ja selles, kuidas skisofreeniahaigetesse suhtutakse. Suuri erinevusi esineb ka ravi kättesaadavuse osas. Maailma tervishoiuorganisatsiooni andmetel ei saa 50% maailma skisofreeniahaigetest adekvaatset ravi, ning neist omakorda elab 90% arengumaades. Skisofreenia on ravile alluv vaimne häire. Miljonite inimeste jaoks, kes selle haigusega elavad, leidub raviviise, mis aitavad sümptomeid vähendada ning tõsta nende võimekust kodus, koolis ja tööl toime tulla. Paljude haigete jaoks on vajalik pikaajaline ravimite tarvitamine, kuid abi on ka teistest ravivõimalustest ja teenustest, nagu vestlusteraapia, eneseabirühmad, tööalane rehabilitatsioon, kogukonnaprogrammid ja kogemusnõustamine. Skisofreeniahaigetel tuleks teha koostööd tervishoiuspetsialistide ja oma pereliikmetega, et luua isiklik, toimiv raviplaan.

Viited

1. Schizophrenia. Genf (Šveits): MTO: www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en
2. Kanada skisofreeniaühing. Schizophrenia Handbook. Basic Facts About Schizophrenia: Families Helping Families. Ontario (Kanada), 2002. , ptk 4., lk.27

SKISOFREENIA: ÜSNA SAMAMOODI, NAGU VAREMGI

Jeffrey Geller, MD., MPH

Teen pisut jultunud avalduse: Meie edusammud skisofreenia mõistmisel on viimase poole sajandi jooksul, tõsi, ühe olulise erandiga, olnud hämmastavalt väikesed. Skisofreenia on sümptomite kogum, mille psühhiaatria on nimetanud vaimseks häireks. Vastavalt Ameerika psühhiaatriaühingu poolt 2000.aastal välja antud „Vaimsete häirete diagnostika- ja statistika käsiraamatule“ (DSM IV-TR), mida on hiljem täiendatud ja parandatud, on skisofreenia diagnoosimise kriteeriumid järgmised: Kaks (või enam) loetletud sümptomitest, mis on esinenud kuuajalise perioodi kestel olulisel osal ajast: 1) pettekujutlused, 2) hallutsinatsioonid, 3) seosetu kõne, 4) täiesti organiseerimatu või katatooniline käitumine, 5) negatiivsed sümptomid, s.t. tundeelu tuimus, alogia (kõne vaesumine), või tahteaktiivsuse vähenemine (motivatsiooni nappus). Piisav on ka vaid ühe sümptomi ilmumine, kui selleks on veidrad pettekujutlused või hallutsinatsioonid, näiteks hääled, mis kommenteerivad inimese käitumist või mõtteid, või kaks või enam häält, mis omavahel vestlevad. Algava häire puhul on märkimisväärset osal ajast häiritud tähtsad eluvaldkonnad, näiteks töötamine, inimestevahelised suhted või enese eest hoolitsemine, mis on märgatavalt madalamal tasemel kui enne vaimse häire ilmnemist. On korduvalt täheldatud, et selline häiritus kestab vähemalt kuus kuud.

Kolmteist aastat pärast diagnostikakäsiraamatu koostamist ei ole skisofreenia diagnoosimise põhikriteeriumid muutunud. Käsiraamatu praegu kehtivas väljaandes (DSM 5) on skisofreenia diagnoosimiseks nõutavad endiselt vähemalt kaks sümptomit, ning skisofreenia alamtüübid on välja jäetud. Alamtüüpe defineeriti patsiendi vaatlemisel domineerinud sümptomi alusel, kuid neist oli vähe abi, sest patsientide sümptomid muutusid sageli ühest alamtüübist

teise, ning alamtüüpide tunnused kattusid osaliselt. Skisofreenia etioloogia jääb väljapoole meie haardeulatust. Kuigi me oleme „skisofrenogeense ema“ teooriast kaugemale jõudnud, on etioloogilised teooriad nii laiapiirilised, kui kujutlusvõime haarata suudab: haiguse põhjustajateks on peetud looteas põetud grippi või teisi sünnieelseid tegureid; kaasasündinud viga ensüümide tekkesüsteemis, mis põhjustab hootist või pidevat endogeense 6-hüdroksüdopamiini teket või dopamiini aktiivsust reguleerivate mehhanismide häirimist; vastsündinueas saadud ajuvigastusi; varajases lapseas saadud traumasid, aga ka rakusisest parasitset ainurakset *Toxoplasma glandii* ehk toksoplasmoosi nakatumist. Suur samm skisofreenia ravis astuti 1950.aastatel, kui kättesaadavaks muutus kloorpromasiin. Sellele järgnes terve seeria teisi ravimeid, kõik üsna probleemsete kõrvaltoimetega, millest paljud langesid ekstrapüramidaalsete kõrvaltoimete kategooriasse, nt. haloperidool, tiotikseen, perfenasiin, trifluoperasiin. Kolmkümmend viis aastat pärast kloorpromasiini juhatas uute antipsühhootiliste ravimite põlvkonna sisse klosapiin, millele järgnesid 1990.aastatel olansapiin, risperidoon ja kvetiapiin, ning 2000.aastate algul tsiprasidoon ja ja aripiprasool. Toimeuuringute põhjal kiideti neid algul kui tõhusaid ning vähesemate kõrvaltoimetega ravimeid, ent nende üldisesse kasutusse jõudmise järel ei väida enam keegi, et loodi midagi erakordset (klosapiin on siinkohal ainsaks erandiks). Viimase 10 aasta jooksul on kättesaadavaks muutunud kolmas antipsühhootikumide põlvkond, nt. lurasidoon ja paliperidoon. Kas nende puhul on tegemist „mulle ka!“-ravimitega, näitab aeg. Kõik nimetatud ravimid suruvad alla sümptomeid – mitte ükski neist ei ole suunatud skisofreenia põhjusele ega ravi seda täielikult välja. Seega kujutab skisofreenia endast rühma sümptomeid, mis võivad olla üks või mitu haigust, millel on täpselt määratlemata põhjus või põhjused, ning seda ravitakse küllusesarvetäie ravimitega, mis mõjuvad haiguse sümptomitele, kuid seda kõrvaltoimete hinnaga. Pole just kena pilt...

Kuigi ükski neist faktidest ei kõla ülearu lootustandvalt, mõjutavad arusaamu skisofreeniast põhimõttelised muutused meie mõtlemises. Kui omal ajal peeti skisofreeniat enneaegseks raukusnõdrameelsuseks (*dementia praecox*) või sildistati „psühhiaatria vähktõveks,“ mis andis haiguse mõistmisele tagasikäigu, et mitte öelda viis selle unustusse, kust jõuti taas riiklike psühhiaatriahaiglate osakondadesse, siis nüüd nähakse skisofreeniat vaimse häirena, millega on võimalik ravimite ja muude teraapiavahendite toel toime tulla, ning jõuda haigusest taastumiseni. USA mõnuainete kuritarvitamise- ja vaimse tervise teenuste ameti (Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA) definitsiooni kohaselt on taastumine „muutuste protsess, mille käigus parandab isik oma tervist ja heaolu, suunab ise oma elu, ning püüab jõuda oma võimete ja võimaluste täieliku kasutamiseni.“ Skisofreeniadiagnoosiga inimene võib asuda taastumise teele. Samal ajal, kui psühhiaatria püüab mõista skisofreenia tekkepõhjuseid ning töötab selle raviviiside kallal, võivad skisofreeniapatsiendid anda oma panuse ühiskondlike hoiakute muutmisse, nende hulgas ka häbimärgistamisega seonduv. Mitte ammu aega tagasi võis tänaival ükski kõndiva, valjusti rääkiva ja kätega vehkleva inimese kohta arvata, et ta on hull. Nüüd ei teeks me seda enam märkamagi – küllap on tegemist tavalise linnakodanikuga, kes oma mobiiltelefoni *hands-free* režiimil kasutab.

MD., M.Ph. Jeffrey Geller,

Worcesteri taastusravikeskuse- ja haigla ravijuht;
Massachusettsi ülikooli meditsiiniteaduskonna
psühhiaatriaprofessor.

TAASTUMISLOOD: MITTE AINULT ELLU JÄÄDA, VAID KA EDUKALT TOIME TULLA

Janet Meagher, Austraalia taastujate esindaja

Ellujäämine

Ilmselt ei ole teile üllatav, et inimene, kes on üle elanud mitmeid vaimseid kriise, viibinud korduvalt psühhiaatriaigla akuutosakonnas, elanud saatusekaaslaste kampadega lagunenud hoonetes, olnud mõnda aega kodutu, langenud mitmete rünnakute – nii füüsiliste, seksuaalsete kui emotsionaalsete – ohvriks, või veetnud pikka aega psühhiaatrilistes hooldekodudes, on segaduses, traumeeritud, võõrandunud ja asotsiaalne. Taastumis- ja rehabilitatsioonivõimalustele avaldavad sellised kogemused tugevat mõju. Üksikisiku toimetuleku halvenemine ja allakäik on selgelt mõjutatud emotsionaalsetest traumadest ja isiksusele avaldunud kahjust, millest oli võimatu puutumatuks jääda. Vaadates isiku asemel inimest, võime näha, kuidas kiht-kihi haaval kooruvad lahti rängad üleelamised, traumad ja elukestvad mõjud, mida on avaldanud sündmused, kuhu ta on kistud, ning mille koosmõju tulemusel on arenenud vaimse tervise probleemid. Kirjeldatud traumad, mille tulemuseks on segadus, võõrandumine ja isolatsioon, ei saa kirjutada üksnes skisofreenia arvele. Tegemist on väliste tagajärgedega isiklikule elule, mis inimest mõjutasid, kuna tal ei olnud piisavalt õnne, et mitte haigestuda tõsisesse vaimuhaigusse. Need on elemendid, millega me saame tegelda; kõrvaldada need raviprotsessist, ning toetada skisofreeniasse haigestunud inimese tulevikuväljavaateid, et temagi saaks elada tähendusrikast elu. Sellise inimese kogemuse näitel oli skisofreenia (ja on potentsiaalselt ka praegu) väliste traumade koorma viimane kiht, mis loob omakorda uusi, talumatult raskeid koormaid. Need koormad võivad inimese täielikult enda alla matta. Skisofreeniahaigete isiklik kogemus veenab teisi selle haiguse all

kannatajaid, et see haigus moonutab meie inimlikkust, tekitab meis haavatavust, võtab meilt oskuse loota ja unistada, kustutab meis usalduse, kõrvaldab võime oma isiklikku suutlikkust ja mõtlemisioskust tajuda, muudab meid inimvaredeks, tühjadeks kestadeks ilma selgelt väljendunud emotsioonideta, kellel napib võimekust suhtlemiseks, kaasinimeste usaldamiseks ja neile lootmiseks. Inimesed, kes on läbi elanud erinevaid traumasid, mida ühendab skisofreeniakogemus, leiavad selles haigusetapis, et neist on saanud õnnetuse eksperdid – eksperdid, kelle asjatundlikkus on tekkinud kohutava ülesande täitmisel: tulla toime leinaga, mille põhjustajaks on mitmete inimlikkuse moodustavate elementide kaotus. Sellisteks kaotusteks võivad olla usaldusväarsuse ja ratsionaalsuse kaotus, suutmatus efektiivselt või selgelt ja järjepidevalt suhelda, mainekaotus, sõprade ja pereliikmete kaotus, haridus- ja töövõimalustest ilmajäämine, oma kodu ja vara kaotus, oma arengupotentsiaali või oma pere loomisvõimaluse kaotus. Või ka füüsilise vormi ja hea välimuse kadumine, halvenev tervis; tulevikuväljavaadete, ning sageli ka kogukondlike sidemete kadumine. „Me leiame end dehumaniseeriva muundumisprotsessi keskelt, kus inimesest saab haigus: „skisofreenik...“ Meie isiksus ja enesetunnetus jätkavad kängumist... sedamööda kuidas isiksus kahaneb, kasvab „haigus“ – suur kõikvõimas „see,“ mille kohta meile on õpetatud, et me oleme selle ees jõuetud... Meie minad, kes me kunagi olime, jäävad kuhugi kaugustesse, tuhmudes, nagu kellegi võõra unenägu. Tulevik näib sünge ja kõledana ega tööta midagi peale kannatuste. Olevik pressib ennast peale, lõputute hetkede järgnevust tähistab järgmine sigaret, ning siis veel üks ja veel üks. Nii paljudest meie kannatustest vaadati lihtsalt üle. Meie elude tausta suuremalt jaolt lihtsalt eirati. Spetsialistid, kes meiega töötasid, olid õppinud teadust füüsilistest objektidest, mitte inimestest.“

- Patricia Deegan, „Recovery and the Conspiracy of Hope“ (Taastumine ja lootuse vandenõu), „Vaimse

Tervise Liidu konverentsil Austraalias Brisbane'is 1996.

Skisofreeniahaige on mõistatus, sest juba tema ellujäämine teeb temast kangelase.

Paratamatuse sunnil peavad skisofreeniapatsiendid toime tulema isiklike kaotuste, traumade ja emotsionaalse stressiga, kuid nad lähevad oma eluga edasi, leides raskustest väljapääsuteid, nende pingutused aitavad neil oma elu juhtida, ning sageli leitakse sellel teel uusi sõpru ja toimetulekuvõimalusi. Eelkõige – nad jäävad ellu.

Kõik, kes on leidnud väljapääsutee isiksust haaranud segadusest ja valusatest kaotustest, mis saadavad on skisofreeniahaigete elu, on minu silmis kangelased. Pingutused ja sõakus, mida päev-päevahaaval elades ja ellu jäädes rakendatakse, iseloomustavad kangelase teekonda. Sellel teekonnal läheb tarvis ravispetsialisti või tugiisiku abi. Ma olen veendunud, et meie ülesandeks on mõista neid pingutusi, mida need inimesed teevad, elades päevast päeva, tundhaaval, püüdes alal hoida viimast elusädet, ning toita seda kusagil südamepõhjas peituvate salajaste jõuvarudega. Praegusel ajal, sellises isiklikus ruumis, on see täielik ime. Selle sädeme nõrk hõõgumine näitab, et inimese elutuli vajab kütust ja arusaamist sellest, mis on tema, tema kui kangelase jaoks võimalik.

„Ehk on mõni selle püha puu juurekestest veel elus ja toidab teda, et ta võiks lehte ja õide puhkeda, ning täita oma võra laulvate lindudega“ - Must Põder, põlisameeriklaste pealik.

Selle artikli autorina on mul olnud võimalus kasutada isiklike kogemusi ja arusaamu skisofreeniast omaenda elu näitel. Olen elanud koos skisofreeniaga alates kahekümnendate eluaastate esimesest poolest, ning jõudnud etappi, kus ma olen võimeline elama täisväärtuslikku elu koos allesjäänud sümptomitega, mis kuuluvad minu ellu, kuid ei oma olulist negatiivset mõju. Ma olen skisofreeniaga leppinud ega näe selles enam probleemi, mis vajab „ravi“ või kõrvaldamist. See on lihtsalt minu elu osa, millega tuleb tegelda, ning mis vajab jälgimist. Sellist suhtumist on raske praktiseerida ja omaks

võtta, kuid see annab elule mõõtnatult parema kvaliteedi ning võimaluse jõuda oma kasutamata potentsiaalini.

Selle hoiaku tulemusel on minust saanud inimene, kes elab täisväärtuslikku ja tänuväärset elu. Ma olen võimeline panustama vaimse tervise alastesse arengutesse valitsuse ja kohalike omavalitsuste tasemel, siseriiklikul ja rahvusvahelisel tasandil, ning tegema seda innu ja entusiasmiga. Selles töös püüan suunata tähelepanu kõigi nende tunnustamiseks ja respektierimiseks, kes elavad vaimse või emotsionaalse stressi tingimustes. Vaimse tervise alase töö eetika nõuab, et „meie asjus ei otsustataks midagi ilma meieta,“ et maailma tervishoiupoliitikat, ühiskondlikke hoiakuid ja teenuseid iseloomustaksid humaansus ja inimväärikuse austamine, ning ei leiduks kohta kahjutekitavatele väärarusaamadele. Lõppeesmärgiks on teenuse tarbija/kliendi/ellujääja sisuline ja tõeline kaasamine, inimõiguste tunnistamine ja nendest kinnipidamise edendamine kogu raviprotsessis, ning psühhosotsiaalsete ja erialaste arengute kujundamisel. Inimesi julgustades ja nende isiklikele võimetele toetudes saab palju head ära teha. Kui skisofreeniahaigel on olemas õiged võimalused, on ta võimeline enamaks kui ellujäämiseks – ta suudab oma eluga edukalt toime tulla.

Edukas toimetulek

Kui skisofreeniaga elav inimene soovib liikuda ellujäämistasandilt eduka toimetulekuni, tuleb meil välja selgitada, mis teda sellel teel takistab ja mis aitab. Kui minu elu saadab skisofreenia, tuleb mul leida tee edasi, et haiguse mõju minu elule oleks võimalikult vähene ning selle asetatud koorem kergeneks, et ma võiksin väliste traumade ja nende tagajärgedega tegelda ja neist üle saada. Edasiviivale teele asumine tähendab lootusrikka meelelaadi arendamist. Tänapäevaseid arusaamu oma lootuste ja unistuste teel edasilükkumisest nimetatakse taastumisteekonnaks.

„Taastumine ei tähenda valmistoodet ega lõppeesmärki. See ei tähenda seda, et inimene on „terveks ravitud“ ega ka ainult seda, et tema seisund on stabiliseerunud, ning ta elab kogukonnas. Taastumine tähendab inimese muutumist, mille käigus ta lepib oma võimete piiratuse ja väliste piirangutega, ning avastab uusi võimalusi. Taastumise paradoks seisneb selles, et leppides sellega, mida me teha või olla ei saa, hakkame avastama seda, mida me teha või olla saame. Seega on taastumine protsess. See on eluviis.

Taastumine on hoiak ja suhtumisviis alanud päeva väljakutsetesse. Taastumine ei ole sirgjooneline protsess, sellel on oma tõusud ja mõõnad, pimedamad ja päikselisemad ajad. Kuid eelkõige on taastumine pikaldane, sihipärane protsess, mille käigus liiva terahaaval läbi sõelutakse.“

-Patricia Deegan, „Recovery and the Conspiracy of Hope“ (Taastumine ja lootuse vandenõu),“ Vaimse Tervise Liidu konverentsil Austraalias Brisbane’is 1996.

Kui me vaatleme taastumisteedkonda või tegeleme skisofreenia mõjudega inimese elule, siis nõuab minu teekond, et...

- Ma mõistaksin sümptomite kontrollimise võimalikkust. Ma arvestan nendega, kuid vaatlen neid kõrvalt ning õpin viise nendega toimetulemiseks, et nad enam minu elu üle ei valitseks.
- Ma julgen endale loota täisväärtuslikku elu.
- Ma olen võimeline võtma riske ja oma tegudest õppima.
- Ma suudan arendada töösaid strateegiaid, mis aitavad mul üle olla oma sümptomitest ja kalduvustest korratusele.
- Ma suudan armastada ja olla armastatud, vaatamata oma diagnoosile või suhtlemisoskuse puudujääkidele.
- Ma võin suurendada oma osalust ühiskonnaelus, sest mul on häid mõtteid, ning ma võin anda oma väärtusliku panuse. Teised võiksid neid algatusi julgustada, et tugevdada minu enesekindlust ja eneseusku.
- Ma leian viise, kuidas ületada raskusi ja oma elus tavapäraseks saanud stressi. Oma edusammud panen kirja.

- Ma suudan elada iseseisvalt ning eluliste vajadustega toime tulla – vajadusel aegajalt kõrvalabi kasutades.
- Ma olen võimeline tööd tegema, ning ennast ise majandama.
- Ma olen võimeline läbielatud traumadest üle saama ja kogukonnaellu panustama.
- Ma võin unistada samasugustest ideaalidest ja võimalustest, nagu teisedki.

Tuge pakkuvate spetsialistide hoiakud on taastumisteedkonnal määrava tähtsusega. Kohase ja jõustava toe pakkumine on ainus asi, mis muudab inimese võimeliseks oma eduteekonda alustama. Tegemist on aeglase, kuid tulemusliku virgumisega, mida saab pidev toetus. Mina olen selle protsessi läbi teinud, ning ka teised skisofreeniakogemusega inimesed väärivad samasuguseid võimalusi, et elada täisväärtuslikku elu. Me väärime mitte ainult ellujäämist, vaid ka võimalusi eduks ja mõtestatud, tõiseks eluks.

Janet Meagher,

Taastujate esindaja,

Austraalia riikliku vaimse tervise komitee liige

(aastatel 2012 – 2013)

janetmeagher@tpg.com.au

ELU SKISOFREENIAGA

Bill MacPhee

Ma olen elanud koos skisofreeniaga alates aastast 1987, mil ma olin kahekümne neljane. Mind on haiglasse viidud kuuel korral, olen elanud kolmes erinevas rühmakodus, ning teinud enesetapukatse. Mul on esinenud sellised positiivsed sümptomid, nagu paranoia, pettekujutelmad, tunne, et ma suudan lugeda teiste inimeste mõtteid; hääled ja hallutsinatsioonid. Olen maadelnud negatiivsete sümptomite – motivatsiooni, energia- ja elurõõmupuudusega, mis on tuimestanud minu emotsioone, olen kogenud depressiooni. Skisofreenia on olnud minu elu kõige raskem katsumus.

Elu jätkub ka pärast vaimuhaigusse haigestumist

Täna pean ennast taastumiseksperdiks, ning minu arusaamade kohaselt on taastumine see, kui inimene tahab olla teistsugune kui ta on praegu. See definitsioon kehtib meie kõigi, mitte ainult vaimse häire või skisofreeniadiagnoosiga inimeste jaoks. Tänapäevaks olen ma abielus, kolme lapse isa, ning juhin väikest kirjastust (www.magpiemags.com). Osalen aktiivselt kogukonnaelus ning võtan sõna erinevates Põhja-Ameerika linnades ja asulates. Oli mul selleni kerge jõuda? Ei! See nõudis elamist päev korruga, ning järjekindlat rühkimist parema elukvaliteedi poole. Olen rääkinud sadade vaimsete häiretega inimestega, ning mis kõige tähtsam, selgitanud neile, et taastumine on nende võimalus. Inimesed peavad leidma ja kindlaks tegema oma võimalused, et teeotsale jõuda ja õiges suunas, parema elukvaliteedi poole liikuda. Üks asi, mis on tähtis nii asjaosaliste, pereliikmete kui hooldajate jaoks, on see, et te ei saa kellegi teise eest algatusotsuseid teha. Inimene soovib endale paremat elukvaliteeti, kuid pidage meeles, et te peate oskama eristada ambitsioonide puudumist ja madalat enesehinnangut. Kõigil, kel on esinenud vaimseid häireid, on aeg-ajalt olnud ka madal enesehinnang. Me oleme väga hapra hingega, kuid me ei tohiks ennast piitsutada, vaid püüdma taastada oma enesehinnangut, millega koos taastub ka usk endasse.

Ravimid, mida tarvitakse, aitavad mind. Selleks tulida läbida katsetuste ja eksituste tee, kuid praeguste ravimitega ei esine mul positiivseid skisofreeniasümptomeid. Siiski on see ainult pool võitu. Kui meie tervis on stabiliseerunud, tuleb meil asuda tegelema psühhosotsiaalsete teemadega, nagu sotsiaalsed oskused ja tugisüsteemi ülesehitamine. Me peame oma eraldatusest väljuma ja võtma oma elu ohjad enda kätte. Tunnistan, et seda on kergem öelda kui teha, kuid see on väga tähtis. See võib kõlada pisut lamedalt, kuid paljud inimesed vajavad endale elu. Mäletate veel ütlust: „Hangi endale elu?“ Just selle poole tulebki meil püüelda – me vajame elu, mida elada. Ehki teiste sõnadega – probleem on selles, et pahatihti jääme me oma eludega ummikusse. Mina näiteks vedelesin viis aastat diivanil, mõtlesin läbi erinevaid enesetapuviise ega tegelnud elamisega üldse. Olin omadega ummikus. Kuid ma teadsin, mis mind hirmutas. See oli mõte, et nendest viiest aastast võivad saada seitse ja kümme aastat. Ma olen harjunud ütlemas, et kui asjad ei muutu, jäävad nad samaks. Kui asjad ei muutu, jäävad nad samaks. Ma vihkasin oma samasugusust. Ma teadsin, et pean süütama endas sädeme. Ma vajasin elu. Sel ajal maadlesin ma enesehinnanguprobleemidega, ning ma mäletan hästi, mida õpetaja mulle seitsmendas klassis ütles: „Bill, kui sa ei õpi korralikult kirjutama, ei jõua sa elus mitte kuhugi.“ Minu käekirja võis nimetada varesejalgadeks. Seda meenutades ütlesin endale: „Ma tõestan veel, et ka mina suudan midagi.“ Võtsin ühendust oma piirkonna kirjaoskuseühinguga, ning rääkisin neile, et ma küll oskan lugeda ja kirjutada, kuid mu käekiri on väga halb, ning ma vajan juhendajat. See oli minu elu pöördepunktiks. Minu juhendaja innustas mind suhtlema ja sõpru leidma, ning küsis, kas ma ei tahaks skaudiliikumises abiks olla. Sestpeale leidsin uusi sõpru ja hakkasin kogukonnaelus aktiivsemalt kaasa lööma, millest sai minu elu järgmine pöördepunkt. Elu jätkub ka pärast vaimuhaigusse haigestumist. Viimased 20 aastat olen välja andnud ajakirja *ST Magazine* ning avaldanud oma mälestusteraamatu pealkirjaga „*To Cry a Dry Tear: Bill Mac Phee's journey of hope and recovery with scizophrenia*“ („Pisarateta nutt: Bill MacPhee lootuse- ja taastumisteekond skisofreeniahaigena“).

Bill MacPhee

MagPie Inc. asutaja ja tegevjuht,
bmacphee@magpiemags.com
www.mentalwellnesstoday.com

ELU SKISOFREENIAGA: KOGEMUSLUGU**Dr. David Crepaz-Keay****Elu skisofreenikuna. Esimesed 35 aastat**

Nüüdseks olen elanud skisofreeniadiagnoosiga kauem kui 35 aastat. Haigestusin teismelisena. See ei olnud esimene diagnoos, mis mulle pandi, kuid see jäi lõplikuks diagnoosiks. Kui ma seda esmakordselt kuulsin, mõtlesin, et mu elu on läbi. Õppisin siis eksamiteks, ning soovisin saada majandusteadlaseks. Mõtlesin, et mitte keegi ei tahaks palgata skisofreenikust majanduseksperti.

Ootused

Ma ei olnud ainus, kes nii mõtles. Asi, mis mind kõige rohkem hämmastas, oli see, kui madalad olid inimeste ootused, mis sellele diagnoosile järgnesid. Eriti märgatav oli see meditsiinitöötajate seas – kõik, mida nad nägid, oli silt – inimene, kes ma olin või oleks võinud olla, kadus. Kui piisav hulk inimesi, eriti spetsialistid, suhtuvad sinusse kui kadunud hinge, siis hakkad seda viimaks ka ise uskuma. Mul oli õnne, et inimesed, kes minu haiguskogemust tõepoolest mõistsid, siiski uskusid, et olen saavutusteks võimeline. Üks neist innustas mind kohalikus tugiorganisatsioonis kaasa lööma, et ma oma eluga edasi lähaks ja midagi enda heaks ära teeks, samas kui teised ootasid pigem, et minust saaks passiivne patsient.

Sõbrad ja suhted

Õnneks oli mul sõpru, kes uskusid minu vanasse minasse. Ma leidsin ka uusi sõpru, kellest paljud jagasid minuga psühhiaatrilise ravi kogemust. Inimesed, kes jagasid minu kogemust, kuid olid sellest hoolimata ellu jäänud ja edu saavutanud, inspireerisid mind, ning paljud neist on tänini minu head sõbrad. Mitte kõik minu sõbrad ei suutnud minuga läbi saada, ning oli aegu, mil ma tundsin end hüljatu ja üksikuna, kuid oli ka aegu, millal ma ainult tänu sõprade toele eluga edasi läksin.

Ravi ja tugiteenused

Hoiakud ja suhtumised raviskeemide osas olid sageli sellised, millest polnud vähimatki abi. Iseenesest peaks ju kõik olema lihtne: ravimid kas aitavad, või ei aita. Kui aitavad, on hästi. Inimestel peaks olema ligipääs parimale võimalikule. Kui see nii ei ole, pole keegi selles süüdi, ning ravimeid ja raviviise, mis ei tööta, ei tohiks inimestele peale suruda. Eneseabi- ja toimetulekurühmad ning kogemusnõustamine on viimastel aastatel aidanud paljusid inimesi. Nad aitasid ka mind, ning muutsid mind võimeliseks teisi aitama.

Töö

Minu töö on mulle alati tähtis olnud, nii enne seda, kui ma vaimse tervise valdkonnas töötama asusin, kui mõistagi ka praegu. Ma ei ole alati töövõimeline olnud, kuid minu parimad tööandjad on minu halbadel aegadel olnud väga toetavad ja mõistvad. Kuigi töö võib olla mõnikord stressirohke, olen alati arvanud, et töötu olla on veelgi halvem. Töö on andnud minu elule tähenduse ja eesmärgi, ning võimaluse inimestele endast anda.

Minu töö vaimse tervise valdkonnas on võimaldanud mul jagada oma haiguskogemust ning seeläbi teisi aidata. Ma olen kohanud inimesi, kelle elu on vaimsed häired tugevalt mõjutanud, kuid kes on sellest hoolimata suuri asju teinud. Koos oleme osa ülemaailmsest kogukonnast, ning meil on rohkem jõudu, et inimeste heaks midagi ära teha.

Tulevik

Esimest korda oma diagnoosi kuuldes mõtlesin, et elu on läbi. Nüüd, 35 aastat hiljem, mõtlen ma, et see on osa sellest, kes ma olen. Inimesed, kellest ma hoolin, inimesed, kes on minu jaoks tähtsad, ei näe minus diagnoosi, vaid inimest. Need on olnud huvitavad 35 aastat, ning ma loodan, et neid on veel palju ees.

Dr. David Crepaz-Keay

Jõustamise ja sotsiaalse kaasamise alase vaimse tervise fondi
(Empowerment and Social Inclusion Mental Health Foundation)
juhataja, Suurbritannia

II OSA

TERVISEEDENDUS JA SKISOFREENIA ENNETAMINE

TERVISEEDENDUS JA SKISOFREENIA

dr. Nikos Christodoulou,
prof. Dinesh Bhugra

Sissejuhatus

Maailma terviseorganisatsioon defineerib tervist „täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisundina, mitte ainult haiguse või puude puudumisena“ (1). See definitsioon tabab naelapea pihta kaht olulist punkti:

Esiteks rõhutab see, et vaimne tervis on inimese heaolu lahutamatu osa, nagu ka füüsiline tervis ja sotsiaalne heaolu. Keha ja vaimu lahutamatu mõisteti juba antiikajal: „*Mens sana in corpore sano*“ („Terves kehas terve vaim“) (2) ning: “τίς εὐδαίμων, ὁ τὸ μὲν σῶμα ὑγιής, τὴν δὲ ψυχὴν εὐπυροσ, τὴν δὲ φύσιν εὐπαιδευτος” – („Kes on õnnelik? See, kellel on terve keha, rikas hing ja mõistlik loomus“) (3).

Lisaks kaunile mõtteavaldustele ilukirjanduses (4;5) on see filosoofiline põhimõte viimastel aastatel jõuliselt esile tulnud, näiteks kampaania „Ei ole tervist ilma vaimse terviseta“ („No health without mental health“) raames, mida korraldas Maailma psühhiaatrite liit, ning teiste seas ka Suurbritannia kuninglik psühhiaatrite kolleegium ja Suurbritannia tervishoiuamet. Vaimse ja füüsilise tervise ühine edendamine on õige asi, eriti skisofreenia puhul, kui arvestada sellega kaasnevat füüsilisi haigusi. Möödunud aastatel on siiski täheldatud, et vaimsete häirete ennetamisele ja vaimse tervise edendamisele on pööratud vähem tähelepanu kui vaimsete häiretega inimeste füüsilise tervise vajadustele (6).

Teiseks paneb MTO definitsioon paika, et haiguste ennetamine on vajalik, kuid selleks tervise saavutamiseks ei piisa (7). Seda asjaolu ilmestab tõsiasi, et psühhiaatria on keskendunud pigem haigustele kui patsientide heaolule ja toimetulekule – tõepoolest, lisaks haiguste ennetamisele on vajalik ka terviseedendus. See saab veelgi selgemaks, kui kuulame, mida skisofreeniadiagnoosiga inimesed tegelikult tahavad: Nad tahavad oma eluga edasi minna, mis

tähendab tööd, sõpru, peavarju ja raha, ka siis, kui nende haigussümptomid täielikult ei taandu. Psühhiaatrite ees seisvaks väljakutseks on ravi kombineerimine haiguse ennetamisega, kuid sama tähtis on ka patsientidele nõu andmine ning nende abistamine vaimse tervise parendamisel. Kuulamine on ainult üks osa meedikute ja patsientide vahelisest suhtlusest; teiseks on selgete, kergesti mõistetavate sõnumite edastamine: Meie eesmärgiks on selles või tolles küsimuses teha just seda.

Loodetavasti oli see skisofreeniat puudutavale terviseedendusele selge ja informatiivne sissejuhatus. Käesolev artikkel on kirjutatud laiale lugejaskonnale, kelle seas on nii haiguse all kannatajad, nende hooldajad ja pereliikmed, kui ka tervishoiuspetsialistid.

Terviseedendus ja haiguse ennetamine skisofreenia puhul

Skisofreenia on üks elu muutvatest haigustest, kuid see ei tähenda, et ta peaks määrama inimese elusaatust. Nii nagu diabeedi, kõrgvererõhu, reumatoidartriidi või südamehaigustega inimestel, tuleb ka skisofreeniahaigetel oma haigust ravimite, elulaadi muutmise, psühhoteeraapiate või kõige kolme kombineerimisega ohjes hoida. Kuid haiguse kõrval on skisofreeniadiagnoosiga inimestel ka oma elu, mida elada ja nautida, ning see on kindlasti haigusest tähtsam. Esimesed sammud võivad olla üsna väikesed, kuid keskendumine inimese elu positiivsetele aspektidele taastab tema jõudu, ning juhib ta ülespoole viivale positiivsuse spiraalile. Keskendumine elu positiivsetele ja tervetele külgedele aitab taastada skisofreeniahaigete taasta eneseusaldust ja enesehinnangut, saada iseseisvamaks ja suutlikumaks. Viimaks suudavad nad ise oma elu juhtida, olla enam tavalise inimese kui patsiendi rollis, ning keskenduda haiguse asemel tervisele. Sellisel viisil aitavad nad kaasa enda psüühilise heaolu saavutamisele ning tulevad ebaõnne ja tagasilöökidega paremini toime (9). Kuigi selline lähenemisviis toob skisofreeniahaigetele suurt kasu, on selle juurde jäämine kergem sõnades kui tegudes. Raskus seisneb selles, et oma elu positiivsele aspektidele keskendumiseks peab inimene oma haigust kontrolli all hoidma. Haiguse ohjes hoidmist takistab aga asjaolu, et skisofreenia on üks neist

vähetest haigustest, mis mõjutavad inimese võimet tunnistada, et nad üldse haiged on. Selle mõistmise puudumine paneb inimesed uskuma, et nad ei vaja ravi, olgu tegu ravimite või muude raviviisidega, ning haigus maksab kätte ja tuleb aeglaselt, kuid kindlalt tagasi. See võib haige ja tema hooldajate ning meedikute vahel suuri pingeid tekitada. Seetõttu on skisofreeniadiagnoosiga inimeste jaoks väga tähtis meeles pidada, et lisaks oma isiklikele tugevustele ja voostruktele on neil ka haigus, mida tuleb taltsutada samamoodi, nagu kõiki teisi kroonilisi haigusi.

Üheaegselt keskendumisest haiguse ennetamisele ja terviseedendusele võib kasu olla mitmel viisil: Inimese üldise terviseseisundi parandamine võib viima vaimse häire ärahoidmiseni ja vastupidi. Nagu on selgunud depressiooniuuringu näitel (10), on kehva tervisega inimesed depressioonile vastuvõtlikumad, aga ka vastupidi: vaimse tervise parandamisel on suudetud ennetada kehalisi haigusi (11). Ennetus- ja edendustöö kooskasutusel on oma loogika: ühelt poolt on haiguse ärahoidmine parem kui selle ravimine, ning teisalt on inimese elukvaliteedi parendamine omaette eesmärgiks. Lisaks toetavad vaimsete häirete ennetamist ja vaimse tervise edendamist ka tõendid nende tõhususest ja kulutõhususest, mida peegeldab ka asjaolu, et ühtset ennetus- ja edendustööd toetavad ka Euroopa parlament (12) ja Maailma terviseorganisatsioon (13).

Terviseedendus võib olla skisofreenia puhul kõige olulisemaks sekkumismeetmeks

Mõned skisofreeniadiagnoosiga inimesed kogevad oma suutlikkuse ja toimetulekuvõime järk-järgulist kahanemist. Selle põhjuseks on mitmed tegurid, millest osa on omased skisofreeniale endale, näiteks organiseerimatus ja ja depressiivsus, kuid teised on seotud häbimärgistamise ja sotsiaalse tõrjutusega. Neile, kes seda kogevad, võib võimekuse alanemine mõjuda väga masendavalt, eriti seetõttu, et see on sageli püsijääv. Skisofreenia korralik ravimine tähendab seda, et mõned sümptomitest võivad kaduda, kuid see ei tähenda veel, et inimese elu paremaks läheb. Iseloomulikus näiteks on siinkohal skisofreeniaga kaasuv depressioon: Vanemast ajast leidub tõendeid, et depressioon võib olla skisofreeniat

ennustavaks teguriks. Tõepoolest, kliinilises praktikas tuleb sageli ette, et afektiivsete seisundite korral võib ennustada, et ravi on tulemuslikum. Kuigi uuemate uuringute tulemused lubavad oletada, et depressiooni ilmnemine võib anda parema haigusprognoosi, ei ole see hea haigele endale, sest depressioon seostub halvema toimetuleku (14), suuremate tagasilanguste arvu (15) ja üldise elukvaliteedi langusega (16). Ehk teisisõnu: skisofreenia ravimine võib sel juhul mõnevõrra kergem olla, kuid vaatamata sellele, kas ravi on edukas või mitte, kannatab inimene elukvaliteedi alanemise tõttu.

Seega, nagu ilmneb skisofreeniaga kaasuva depressiooni näitest, ei ole haiguse ravimine tõelise elukvaliteedi saavutamiseks piisav. Haiguse ärahoidmine (esmane ennetus) võib olla siinkohal väga atraktiivseks võimaluseks, sest haiguse varajastes staadiumides ei ole sümptomid ja võimete alanemine veel välja arenenud. Praktikas aga takerdub skisofreenia ennetamine enamjuhtudel haiguse teises või kolmandas staadiumis, s.t. siis, kui haigus on juba kanda kinnitanud, ning ilmnevad sümptomid ja/või võimete alanemine. Üks peamisi raskusi skisofreenia esimeses, ennetatavas staadiumis äratundmisel on just nimelt see, et skisofreeniat tuntakse tema sümptomitest, ning selle varajane märkamine pole kaugeltki lihtne. Sellele vaatamata võib tagasilanguste ja haiguste tagajärgede (teise ja kolmanda staadiumide) ennetamine olla väga kasulik, sest tagasilanguste ärahoidmine väldib ka edasist funktsionaalsuse halvenemist ning parendab järelkult elukvaliteeti. Kuigi ennetustegevuse kasulikkus võib nende puhul, kes on funktsionaalsuse alanemist juba kogenud, olla piiratud, on terviseedendusel endiselt tähtis roll. Patsientide elukvaliteedi parendamiseks on tarvis teistsugust lähenemist, milleks on nende tegurite jõustamine inimese elus, mis aitavad kaasa tema isiklike tugevuste leidmisele ja kasutamisele, vaatamata nende haiguse staadiumile või seisundile. Terviseedendust saab rakendada ammu enne seda, kui haigus endast märku annab, ning boonuseks avaldab see oma mõju ka haiguse esimese ja teise staadiumi ennetamisele. Suurepäraseks näiteks on varajane sekkumine psühhoosidesse, praktika, millel on suur potentsiaal mitte ainult tõsise haiguse ärahoidmine prodromaalsete sümptomitega noortel, vaid ka

nende üldise tervise seisundi ja elukvaliteedi pikamõjuline parendamine (17).

Ka nende puhul, kellel skisofreenia kunagi välja ei arene, võib avalikkusele suunatud vaimse tervise edendus üldise heaolu ja elukvaliteedi paranemisele kaasa aidata. Erinevaid psühhiaatrilisi haigusi põhjustavatest stressoritest ja võimalikest tagasilangustest teadlik olemine aitab inimest. Keskendudes lisaks haiguse ennetamisele ja ravile ka terviseedendusele, saavutame haigusele vaatamata inimese elukvaliteedi paranemise.

Väga tähtis kontseptuaalne punkt, mis selles lähenemisviisis sisaldub, on see, et vaimse tervise edendamisel koondatakse peatähelepanu mitte haigusele, vaid inimesele. Tõepoolest, isikukeskne meditsiin on saanud vaimse tervise edendamisel ja ennetustöös juhtivaks kontseptsiooniks (18). Keskendumine pigem inimesele kui haigusele, ning vaimse tervise edendamine nii tervete kui haigete seas, aitab meil hoiduda vaimsete häirete ja psühhiaatriaga seonduvast häbimärgistamisest. Skisofreeniale suunatud terviseedendus on oluline mitte ainult üksikisikutele, vaid kogu ühiskonnale. Leidub kindlaid tõendeid, et skisofreeniale suunatud terviseedendus- ja ennetusmeetmed on efektiivsed nii kliinilises plaanis kui kulutuste kokkuhoiu mõttes (19). Kuigi majanduslikud kaalutlused tuleks kliinilises keskkonnas määrgust välja jätta, ei pääse keegi tõdemusest, et kulutõhusus koos reinvesteeringuvõimalustega tähendab paremat vaimutervishoidu kõigi jaoks.

Kokkuvõtteks

Kokkuvõtvalt võib öelda, et terviseedendus on skisofreenia puhul tähtsaim sekkumisviis, kuna toob kõigile kasu (20), vaatamata nende haiguse staadiumile või seisundile, on rakendatav laiemale elanikkonnale, aitab kaasa elukvaliteedi parandamisele, mitte ainult haigusnähtude kõrvaldamisele, ning kulutõhusana on see kaudsemalt kasulik ka paljude teiste inimeste tervisele. Kõike seda arvestades tuleks vaimse tervise spetsialistidel vaimse tervise edendusse rõõmuga panustada. Paraku tuleb ette, et seda siiski ei tehta (21). Tarvis on rohkem pingutusi, eriti selle sõnumi viimisel vaimse tervise spetsialistideni, aga ka patsientide, nende hooldajate ja pereliikmeteni. Selle eesmärgi

täitmisel on tähtis osa ka Maailma Vaimse Tervise Liidul ning liidu poolt korraldataval ülemaailmsel vaimse tervise päeval.

Viited

1. MTO. Maailma terviseorganisatsiooni elukvaliteedihinnang (WHOQOL): seisukohavõtt. Soc Sci Med. 1995; 41: 1403 – 1409.
2. Juvenalius, „Saturae, Liber IV, Saturae X,“ lk.356
3. Thales, „Diogenes Laërtius“ (toim.R.D.Hicks), „Lives of Eminent Philosophers“ I, lk.37
4. Kalra, G., Natarajan, P., Bhugra, D. „Migration and physical illnesses (2011). Migration and mental health, lk. 299 – 312
5. Christodoulou, G.N., Kontaxakis, V.P., (toim.1994). „Topics in Preventive Psychiatry.“ Basel, Karger.
6. Herrman, H. The need for mental health promotion. Aust. N Z J Psychiatry. 2001; 35: 709 – 715.
7. MTO. Euroopa vaimse tervishoiu kava: Silmitsi väljakutsetega, leides lahendusi. Helsingi, Soome: Maailma tervishoiuorganisatsioon; 2005.
8. Ryff, C.D., Singer B. Psychosocial well being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. Psychother Psychosom. 1996; 65: 14 – 23.
9. Kalra, G., Christodoulou, G., Jenkins, R., Tsipas, V., Christodoulou, N., Letsits-Tosevski, D. jt. Mental health promotion: Guidance and strategies. Eur. Psychiatry. 2012; 27: 81 – 86.
10. Wood, A.M., Joseph, S. The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: a ten year cohort study. J. Affect. Disord. 2010; 122: 213 – 217.
11. Burton, N.W., Pakenham, K.I., Brown, W.J. Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the READY program. Psychol. Health Med. 2010; 15: 266 – 277.
12. Euroopa parlamendi resolutsioon vaimse tervise teemal, 19.02.2009. P6 TA[2009]0063. Loetav aadressil: <http://www.europarl.europa.eu>
13. MTO: Kokkuvõttev raport: Vaimsete häirete ennetamine efektiivsed sekkumisviisid ja poliitika. Genf: Maailma terviseorganisatsioon, 2004.
14. Resnick, S.G., Rosenheck, R.A., Lehman, A.F. An exploratory analysis of correlates of recovery. Psychiatr. Serv. 2004; 55(5): 540 – 547.
15. Tollefson, G.D., Andersen, S.W., Tran, P.V. The course of depressive symptoms in predicting relapse in schizophrenia: a double-blind, randomized comparison of olanzapine and risperidone. Biol. Psychiatry. 199; 46(3): 365 – 373.
16. Reine G., Lancon C., Di Tucci S., Sapin, C., Auquier, P. Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. Acta Psychiatr. Scand. 2003; 108(4): 297 – 303.
17. Christodoulou, G.N., Christodoulou, N.G., „Early Intervention in Psychiatry.“ Esmatrükk: Early Intervention in Psychiatry, 2007; 1: 5 – 6.
18. Christodoulou, N.G, Ramalho, R. (2012). The paradigm shift from a disease-centred to a person-centred preventive medicine. Ilmunod kogumikus: Manifeste pour une Médecine de la Personne (Isikukeskse meditsiini manifest). Prantsusmaa, 2012: 47 – 55.
19. Christodoulou, G.N., Christodoulou, N.G.

Financial crises: impact on mental health and suggested responses. *Psychoter Psychosom.* 2013; 82(5): 279 – 284.

20. Min, J.A., Lee, C.U., Lee, C. Mental Health Promotion and Illness Prevention: A Challenge for Psychiatrists. *Psychiatry Investig.* 2013; 10(4): 307 – 316.

21. Monshat, K., Herrman, H. What does 'mental health promotion' mean to psychiatry trainees? *Australas. Psychiatry.* 2010; 18:589

dr. Nikos Christodoulou

Nottinghami ülikooli meditsiinikooli abiprofessor,
Suurbritannia

Nikos.Christodoulou@nottingham.ac.uk

prof. Dinesh Bhugra

Londoni kuningliku kolledži psühhiaatriainstituudi vaimse tervise, kultuurilise mitmekesisuse, tervishoiuteenuste- ja rahvastikuuringute osakonna professor, Suurbritannia
dinesh.bhugra@kcl.ac.uk

SKISOFREENIA JA SOTSIAALNE KAASAMINE

John Bowis,

Maailma vaimse tervise liidu nõukogu liige

Kujutage endale ette, et olete käinud just oma üldarsti juures (i.k. general practitioner – esmatasandi arst Suurbritannias, tlk.), ta on pannud teile diagnoosi, ning teie astute pubisse või lähete tagasi tööle ja ütlete oma sõpradele või töökaaslastele: „Teate mis – ma sain just praegu teada, et mul on skisofreenia.“

Kas nad kogunevad kobarasse teie ümber, panevad teile käe õlale, teevad teile joogi välja, ütlevad, et „minu vanaemal oli ka see haigus,“ lohutavad teid sõnadega, et tänapäeval on head ravimid ning hoidku te sõpradega ühendust ja andke neile teada, kuidas teil läheb?

Või vakatavad nad hoopis, vaatavad kõrvale, ütlevad, et neile tuli midagi meelde ja nad peavad kohe ära minema, võtavad nurga taga telefoni ja helistavad oma naisele, andes teada, et teid ei tohi enam nende pere ligi ega kodu uksest sisse lasta? Või on hoopis nii, et te ei lähegi pubisse ega tagasi tööle, kus te võiksite oma sõprade ja töökaaslastega kohtuda, sest teil on hirm – hirm oma haiguse ja hirm nende võimaliku reaktsiooni pärast?

Skisofreenia on sõna, mis võib äratada hirmu ja halvaks panu, see on sõna, mis kutsub esile häbimärgistamise – häbimärgi, mis lüüakse teile otsaette kogu maailma jaoks ja kõrvetatakse teie hinge. Pole ime, et maailmas on käimas kampaaniad terminoloogia muutmiseks, kuigi ma ei ole üldse kindel, et näiteks „psühhoosile vastuvõtlikkuse sündroom“ (i.k. Psychosis Susceptibility Syndrome) oleks see destigmatiseeriv alternatiiv, mida me otsime. Ükskõik, kuidas me seda haigust nimetame, tuleb meil lõpetada selle demoniseerimine, kui me tahame selle haigusega elavate inimeste sotsiaalsel kaasamisel edu saavutada.

Esimesena eeldatakse, et te olete ohtlik. Meedia eelistab teie haigust portreeterida vägivaldsena, ning teid ennast tänaval kõndivaid inimesi ohustavana. Reaalsus on see, et vägivaldseid skisofreeniaepisoode esineb vähe, ning suurem osa neist on seotud enesevigastamisega.

Suurbritannias on diagnoositud umbes 250 000 skisofreeniajuhtu. Ajavahemikul 1997 – 2005 Suurbritannias aset leidnud 5189-st tapmisest või mõrvast sooritati vaid 510 ehk 10 protsenti inimeste poolt, kes olid viimase aasta jooksul kasutanud vaimse tervise teenuseid. Tõsiasi on see, et skisofreeniahaigena on teil 14 korda suurem tõenäosus sattuda ohvri kui vägivallatseja rolli. Või teise nurga alt vaadates: 99,97 protsenti skisofreeniadiagnoosiga inimestest ei ole viimase aasta jooksul tõsiselt vägivallateos süüdi mõistetud. Ning ometi näitas Suurbritannia riikliku terviseameti poolt 2011.aastal korraldatud küsitlus, et kui väitega „vaimuhaigus on haigus, nagu iga teinegi,“ nõustus 77% vastajatest, siis ainult 25% vastajatest nõustus väitega, et „enamus psühhiaatriaiglates viibinud naistest on lapsehoidjana usaldusväärsed.“

Teiseks oletuseks või eelduseks on see, et teid ei ole võimalik terve(ma)ks ravida, ning teid ei tohiks haiglast välja lasta. Tegelikult on see, et umbes 25% skisofreeniahaigetest paraneb täielikult, järgmised 25 – 35% paranevad suurel määral ning on võimelised peaaegu iseseisvalt toime tulema; 20% paranevad, kuid vajavad pidevat kõrvalabi, ning vaid 10 – 15% ei parane, ning jäävad pikemaks ajaks haiglasse (või hooldekodusse). Ülejäänud 10 – 15% surevad enneaegselt, peamiselt enesetapu läbi.

Olen kohtunud paljude inimestega, kes selle haigusega elavad. Mõned neist on viibinud haiglaravil, mõned elavad iseseisvalt kogukondades, mõned koos oma peredega, mõned osalevad koos minuga MTÜ-de juhtkondades, ning mõned neist teevad väga nõudlikku ja vastutusrikast tööd. Mõningatel neist on vähe sümptomeid, kuid on ka neid, kes on haigusnähtude võimuses. Sümptomid varieeruvad positiivsetest sümptomitest, nagu hallutsinatsioonid ja pettekujutlused negatiivseteni, nagu loidus ja motivatsioonipuudus või kognitiivne defitsiit, näiteks tähelepanuhäired. Neid ja teisi sümptomeid kirjeldatakse põhjalikult ajakirja „Backgrounder“ (Tustaavaja) temalehel, millega enamust teist peaks tuttavaks olema. Film „A Beautiful Mind“ („Kaunis meel“) andis ereda ettekujutuse elust koos hääldtega, tagasitõmbumisest, pereliikmete peataolekust ja viimasest lootuskiirest, mis kindlasti heitis valgust

meie kõikide eludele ja meile tuttavatele emotsioonidele.

Minu kogemuse ja mainitud filmi põhisõnumiks on see, et tegemist on haigusega, mida saab ravi ja hoolekande toel kontrollida ja ise juhtida, hoides uksed sotsiaalsele kaasamisele avatuina, mitte neid rumaluse, eelarvamuste ja häbimärgistamisega kinni lüües.

Sotsiaalne kaasamine on tühi sõnakõlks, kuni me seda lahti ei mõtesta. See ei ole ainult suhtlus või teavitustegevusega seonduvad teenused, kuigi see võib sisaldada ka neid mõlemat. See on eelkõige kuulamine, teise inimese austamine, ning usk tema hakkamasaamisse, kui takistused on eemaldatud ning teda on julgustatud.

Kaasamine tähendab avatud uksi nõaunnetele ja huvikaitsele, töötamise ja vabatahtliku töö võimaldamist, jõukohase vastutusemäära võtmist, meedia, kogukondade, tööandjate, ametiühingute, politseinike, tervishoiuspetsialistide, juhtide ja tervishoiupoliitika kujundajate harimist, et nad oma vanad eelarvamused ja oletused kõrvale heidaksid; see tähendab ka seaduste, regulatsioonide ja protseduuride läbivaatamist ja asjakohastamist; see tähendab kaasnevate haiguste ravimist; hüvitiste süsteemi ja eluaseme tagamist ja hoolitsust omasteholdajate eest – kõike seda, mis taastumisele ja stabiilsusele kaasa aitab.

Kaasamine tähendab ka seda, et me kõik küsiksime endalt: „Mis siis, kui see haigus tabab mind, minu last, minu abikaasat või elukaaslast – mida ma kardaksin, mida ma loodaksin, millist abi ma ootaksin, et toime tulla?“

John Bowis,

Maailma vaimse tervise liidu nõukogu liige,
endine Suurbritannia parlamendi liige ja endine
tervishoiuminister;

Euroopa Parlamendi liige ning keskkonna-, tervise- ja
toiduohutuse teemade eestkõneleja, Suurbritannia kuningliku
psühhiaatrite kolleegiumi (Royal College of Psychiatrists) auliige.

VALITSUSTE JA KODANIKUÜHISKONNA ROLL SKISOFREENIAHAIGETE ISIKUKESKSES RAVIS JA HOOLDUSES

Juan Mezzich, M.D, Ph.D

MVTL asepresident valitsusasjades

Isikukeskne hooldus on skisofreeniat ja teisi kroonilisi haigusi põdevatele inimeste jaoks paljutöötav lähenemisviis, sest siin on tervishoiuteenuste kontekstis tähelepanu keskmes inimene, mitte haigus, mida ta põeb.

Isikukeskne hooldus, kus rõhutatakse terviklikku tervisekäsitlust ja taastumisele orienteeritud lähenemist, on mitte ainult tõhus ja kestvaid tulemusi andev, vaid võib aidata kaasa ka patsientide ja nende hooldajate destigmatiseerimisele. Sellest vaatenurgast on tervishoid kõigi asjaosaliste, s.t. patsientide, pereliikmete, tervishoiuspetsialistide, valitsusväliste, riiklike ja rahvusvaheliste organisatsioonide vastutada.

Seda lähenemisviisi väljendab 2012.aastal vastu võetud krooniliste haigete isikukeskse hoolduse deklaratsioon, mis esitati Genfis, V isikukeskse meditsiini konverentsil (kus osales ka MVTL koos MTO, Patsientide esindusorganisatsioonide rahvusvahelise alliansi ja paljude teiste tervishoiuorganisatsioonidega). Deklaratsioon koostati Isikukeskse meditsiini rahvusvahelises kolledžis (International College of Person Centered Medicine), ning avaldati ajakirjas International Journal of Person Centered Medicine (Kd.2, lk.153 – 154, 2012). Koostajate loal avaldame selle siinkohal.

„21.sajand kerkib esile isikukeskse hoolduse sajandina, ning see väljavaade on eriti kutsuv just kroonilisi haigusi silmas pidades. Nagu Maailma terviseorganisatsioon ja ÜRO on hiljuti dokumenteerinud ja esildanud, on tarvis kõikide valitsuste ja ühiskonnarühmade kohest tegutsemist, võitlemaks väga paljude inimeste elu ja elukvaliteeti ohustavate krooniliste ja mittenakkuslike haigustega kasvava pealetungi. Me peame rõhutama, et selle massiivse krooniliste haiguste pealetungi tõrjumisel on määrava tähtsusega isikukeskse ravi ja hoolduse edendamine. Kroonilisi haigusi põdevaid inimesi ei ole võimalik tõhusalt hooldada, kui neid ei kaasata nende tervist puudutavate otsuste langetamisse.

Oleme veendunud, et neid julgeid lähenemisviise terviseedendusele ja haigustesse sekkumisele tuleb edasi arendada ning meie tervishoiusüsteemidesse lõimida. Mis kõige tähtsam, nende lähenemisviiside keskmes peavad olema patsiendi vajadused. Peame välja töötama ja kasutusele võtma sellised rahvatervishoiu meetmed ning kliinilised, meditsiinilised ja tehnoloogilised protseduurid, mille tuumaks on inimene tervikuna oma bioloogilises, psühholoogilises ja sotsiaal-kultuurilises raamistikus.

Umbes kolmandik maailma rahvastikust kannatab vähemalt ühe kroonilise haiguse all. 2008. aastal oli rohkem kui 60% surmadest põhjustatud südame-veresoonkonna haigustest, vähktõvest, diabeedist ja hingamiselundkonna haigustest. Veerandi nendesse haigustesse surnute arvust moodustasid alla 60 aasta vanused inimesed. Teistel kroonilistel haigustel, nagu vaimsed häired ning luu- ja lihaskonna haigused, on ebaproportsionaalselt suur haiguskoormus. Surmal ja invaliidistumisel on laastav mõju üksikisikutele, nende pereliikmetele ja ühiskondadele, ning sellega kaasnevad laiaulatuslikud mõjud majandusele. Efektiivsel lähenemisel kroonilistele ja mittenakkuslikele haigustele on järgmised neli põhikomponenti:

- 1) Riski- ja kaitsetegurite (seesmistest ja välistest; bioloogilistest; psühholoogilistest ja sotsiaalsetest) kindlakstegemine ja jälgimine.
- 2) Heaolu, sealjuures positiivsete tervisenäitajate (elujõud ja vastupidavus vaatamata raskustele ja ebaõnnele) ning haiguse (haigestumuse ja konkreetse haigusega seotud suremusnäitajate) jälgimine.
- 3) Terviseedenduse tulemuste jälgimine nii üksikisikute kui elanikkonna tasandil (terviseedenduse ressurside kasutamine; ennutuskavadest kinnipidamine; terviseedenduse- ja tervise säilitamisega seotud teadmiste taseme jälgimine, ning tähelepanu pööramine terviseedendusega seotud takistustele ja võimalustele).
- 4) Tervishoiusüsteemi reaktsioonid haigestumistele (tervisepoliitika- ja kavade; taristu, inimressursid ja ligipääs

peamistele tervishoiuteenustele, sh. ravimitele ja teistele raviviisidele).

Kunagi ei tohi unustada, et inimesi mõjutavad nii riskitegurid kui kaitsvad tegurid; et inimestes on nii elujõudu kui vastupidavust; kuid nad võivad ka haigestuda ja invaliidistuda; et inimesed valivad endale eesmärgid ja elustiili vastavalt oma väärtushinnangutele, ning neile tuleb pakkuda hooldust ja teenuseid, mis nende eesmärkidele, vajadustele ja väärtustele vastaksid. Kroonilised haigused, nendega võitlemisel pakutavad teenused, ning nende laiem majanduslik mõju puudutavad inimesi, kellest igapähe on oma isiklik lugu ja kordumatu vaade elule. See kujundab nende elustiili, millele annavad värvingu nende kogemused ja elukeskkond, kaasa arvatud haiguse kulgu ning sellega seonduvad riski- ja kaitsetegurid.

Efektiivne haiguste ennetus ja ravi peab silmas pidama ja edendama inimese heaolu, mitte kahanema ainult sümptomite leevendamiseks ja haiguste ning nende riskitegurite ärahoidmiseks, nagu sedastab ka MTO tervisedefinitsioon. Terviseedendusele tähelepanu pööramine on sama tähis kui raviskeemist kinnipidamise motiveerimine. Inimesi on kergem veenda nende heaolu aktiivse säilitamise vajaduses, kui püüda piirata nende ebatervislikke eluviise, mis võivad viia haiguse edasiarenemise ja krooniliseks muutumiseni.

Terviseedenduses ja haigustesse sekkumisel tuleb täiel määral arvestada patsiendi eesmärkide, väärtushinnangute, eluloo ja püüdlustega. Isikukeskse lähenemisviisi rakendamisel tuleb alati jääda empaatiliseks ja lugupidavaks, aidates kaasa patsiendi toimetulekule, jõuvarude taastumisele ja healole läbi ühiste arusaamade ja ühiste otsuste ravi ja tervise parandamise osas.

Seega esitame Genfi V isikukeskse meditsiini konverentsil järgmised soovitusel:

- Krooniliste haiguste ennetamiseks ja kontrollimiseks peaksid riikide valitsused omaks võtma tervikliku isiku- ja

inimkeskse lähenemise, ning lõimima haiguste ravi terviseedendusega. Selle saavutamiseks tuleb valitsustel investeerida tervishoidu, mõistes, et inimeste tervisesse panustades panustatakse ka ühiskonna heaolule, majanduslikku õitsengusse ja turvalisusesse.

- Tervishoiusektoril on vastutus olla selles eestvedajaks, ning tagada tervishoiusüsteemi võimekus krooniliste haiguste kasvava koormaga toime tulla. Krooniliste haiguste ennetamisel, diagnoosimisel ja ravimisel tuleb tagada tervishoiuteenuste – esmatasandi ravi, erialaspetsialistide teenuste ja avalike (ühiskonnale suunatud) teenuste terviklikkus.
- Isiku- ja inimkesket lähenemist tuleb toetada kliinilise ravi ja avalike tervishoiuteenustega lähedase koostööga. Iga kroonilist haigust põdev inimene tuleb täielikult kaasata koostöösse, et saavutada vastastikune mõistmine ja teha selliste haiguste ennetamisel ja ravimisel ühiseid otsuseid.
- Tervishoiuorganisatsioonidel tuleb isiku- ja inimkeskse terviseedenduse- ja ravi saavutamiseks oma liikmetega tööd teha. Tagada tuleb tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimine.
- Krooniliste haiguste efektiivse kliinilise ravi ja avalike tervishoiu meetmete toetamisel on tähtis roll isikukesksel avalikul haridusel, erialaharidusel ja terviseuuringutel.
- Ning viimaks: krooniliste haiguste vastasesse võitlusesse tuleb haarata kogu kodanikuühiskond, kuna nende jõupingutuste tulemuslikkus sõltub suuresti iga üksikisiku ja ühiskonnarühmade pühendumusest .

Juan E. Mezzich, M.D, Ph.D

Mount Sinai Icahni meditsiinikooli
psühhiaatriaprofessor, New York, USA
juanmezzich@aol.com

III OSA

SEKKUMISMEETMED

VARAJANE SEKKUMINE SKISOFREENIASSE

Prof. **Patrick McGorry**, M.D, Ph.D

Viimastel aastakümnetel oleme näinud paradigma muutust viisis, kuidas me tõsistest vaimuhaigustest, eriti aga skisofreeniast, mõtleme. Veel üsna hiljuti peeti skisofreeniat kehva prognoosiga haiguseks, mille puhul on vähe lootust rohkemaks kui sümptomite ohjamine ravimite abil. Viimasel kahel aastakümnel läbi viidud uuringud on aga näidanud, et sellistel süngel ootustel pole alust, ning et varajane sekkumine võib skisofreenia kulgu muuta.

Üks peamisi põhjusi, miks skisofreeniat on peetud nii laastavakshaiguseks, peitub asjaolus, et enamasti ilmneb see hilises teismeeas või kahekümnendate eluaastate algul, mil noor inimene on lõpetamas oma haridusteed või sisenemas tööturule, loomas oma sotsiaalset võrgustikku ja romantilisi suhteid – ühesõnaga, alustamas oma iseseisvat täiskasvanuelu. Iga tõsisem haigus võib selle loomuliku arengutee järsult katkestada, ning just see katkestus, mitte niivõrd haigus oma sümptomitega, on selleks, mis noore inimese elu rängalt mõjutab. Uuringud on näidanud, et skisofreenia tekib harva äkitselt – tavaliselt kujuneb see välja pikema aja vältel, ning sümptomid ja võimete alanemine süvenevad järk-järgult. Puue, mida psühhootiliste haigustega, nagu skisofreenia, seostatakse, areneb välja mitme aasta jooksul pärast esimest haigusepisoodi.

Kuigi mõte, et skisofreenia kulgu saab varajase raviga muuta, enne kui haigusega seonduv puue süveneb, käidi välja juba möödunud sajandi algul, hakati haiguse varajasi staadiume tõsisemalt uurima alles 1990.aastatel. Esimesed uuringud, mis käsitlesid varajast sekkumist psühhosidesse, näitasid, et varajane ja kohane ravi andis noorte puhul keskpikas ja pikas perspektiivis

paremaid tulemusi. See töö viis avastuseni, et aeg, mille kestel haigust (veel) ei ravita, on pikaajalise tulemuse kujunemisel kõige määravam tegur, ning seda tulemust saab ravi alustamisega mõjutada, ehk lihtsamalt öeldes: varajane ja kohane ravi võimaldab noortele täielikumat taastumist ja vähendab kestva puude väljakujunemise tõenäosust. Esimest korda ajaloos olid praktiseerivad arstid ja teadlased võimelised tõestama, et skisofreenia ei ole lootusetu haigus, ning seda ei pea seostama vältimatu tervise halvenemise ja kestmajääva puudega.

Nende uuringute tulemused tekitasid maailmas elavat huvi, ning „varajase sekkumise“ liikumine oligi sündinud. Tõsiste vaimuhaiguste puhul, nagu skisofreenia, püütakse varajase sekkumisega ennetada haiguse väljakujunemist, ning kui see ei õnnestu, siis minimeerida sümptomeid ja haigusega seonduvat stressi, ning maksimeerida šansse parimaks võimalikuks taastumiseks, et ei kujuneks välja kestva puue. Praktikas tähendab see, et esmalt tuleb välja selgitada, kellel on risk haiguse välja kujunemiseks, ning seejärel valida sekkumisviis haiguse ärahoidmiseks. Praegusel hetkel ei ole me skisofreenia puhul võimelised seda tegema, sest selleks ei mõista me haiguse olemust ja tekkepõhjuseid piisavalt hästi. Et arstid saaksid välja töötada piisavalt täpsed ja spetsiifilised diagnostikatestid, läheb tarvis veel hulganisti uuringuid. Praeguse seisuga on uuringute tulemused lubanud siiski määratleda kriteeriumid, mille alusel otsustada, et sellel või teisel noorukil on suurem risk tõsise vaimse häire väljakujunemiseks. Vanuserühm, kellest me kõneleme, on 14 – 29 aastased, kuna tõsised vaimsed häired avalduvad esmakordselt just selles vanuses, ning siinkohal on tähtis otsida abi selliste stressisümptomite korral, nagu depressioon, ärevus ja kergemakujulised psühhootilised sümptomid.

Arusaam, et just see vanuserühm on tõsiste vaimsete häirete väljakujunemise riskigrupiks, on võimaldanud arstidel ja teadlastel välja arendada mitmeid raviviise, mis on suunatud

sümptomite ja haiguskoormuse leevendamisele, ning kestva puude ja tõsisema haiguse väljakujunemise takistamisele. Need raviviisid on kujundatud just noore inimese haiguse esimesi staadiume silmas pidades, ning haiguse algusjärgus sisaldavad need suure tõenäosusega nõustamist, harimist ja toetavat jälgimist. Kui sümptomid püsivad või süvenevad, võivad neile lisanduda kognitiiv-käitumuslik teraapia ja ravikuur antidepressantide või ärevust vähendavate ravimitega. Selle patsiendirühma puhul on katsetatud ka ravi väikestes annustes antipsühhootikumidega, kuid kõrgema kõrvaltoimete riski tõttu ei saa seda soovitada esimese valikuna. Noorte haavatavate inimeste puhul on varajane sekkumine eriti tähtis, sest kuigi paljudel neist ei pruugi skisofreeniat välja areneda, on nende meeleoluhäirete- ja ärevussümptomitel potentsiaali areneda tõsisemaks haiguseks, kui tõhusa raviga koheselt ei alustata.

Esimese psühhosiepisoodi läbi elanud noorte jaoks tähendab varajane sekkumine haigustunnuste kiiret äratundmist ning nii kiiresti, kui võimalik, kohase raviga alustamist. Esmaseks raviks kasutatakse väikestes annustes psühhosivastaseid ravimeid, et sümptomeid ja stressi kontrolli alla saada. Ent haigusest taastumine tähendab enam kui sümptomite kõrvaldamine: tõsise vaimse häirega noore jaoks tähendab see ka oma normaalse arengutee säilitamist või sellele naasmist – jõudmist tagasi tööle või kooli, sõbrasuhete nautimist ja täisväärtuslikku tähendusrikast elu, mis liigub iseseisva täiskasvanuelu suunas. Seega tähendab varajane sekkumine nende noorte inimeste puhul ka kompleksset ja järjepidevat hoolekandesüsteemi, mis on toeks neile ja nende pereliikmetele esimese 2 – 5 aasta jooksul pärast esimeste haigustunnuste ilmnemist, ajal, mil risk püsiva puude väljakujunemiseks on kõige suurem.

Kompleksne hooldus hõlmab väikest juhtumikorraldusmeeskonda, mis pakub ravimeid ja psühhoteraapiaid, aitamaks noorel oma haigust ja sümptomeid kontrolli all hoida,

ning seda täiendavad erinevad sekkumisviisid, mille põhieesmärgiks on noore sotsiaalse, haridusliku ja tööalase taastumise edendamine, eelistavalt spetsiaalsete, varajastele psühhosidele kujundatud teenuste raames. Need teenused pakuvad noorte arengutasemele vastavat, noortesõbralikku ja kaasavat keskkonda, kus noori toetab nende taastumisel multidistsiplinaarne, meditsiini- ja psühhosotsiaalvaldkonna, ning hariduse- ja kutseõppevaldkonna spetsialistidest koosnev meeskond. Sedalaadi ravi- ja hoolekandemeetmed on osutunud varajastes haigusstaadiumides noorte puhul väga tõhusateks, ning neid hindavad kõrgelt nii noored ise, kui nende pereliikmed; lisaks sellele on need meetodid ka kulutõhusad. Noorte vaimse tervise probleemide tähtsustamise kasv koos järjest kasvava nõudlusega noorte vajadustele vastavate vaimse tervise teenuste järele, on viinud mitmete sotsiaal- ja tervishoiuteenuste reformideni ja uute teenuste arendamiseni sellistes riikides, nagu Austraalia, Iirimaa, Suurbritannia, Taani, Kanada ja hiljuti ka Ameerika Ühendriigid. Nii näiteks lõi Austraalia föderaalvalitsus 2006.aastal noorte vaimse tervishoiu esmatasandi süsteemi, mille raames tegutseb praegu üle riigi 70 vaimse tervise keskust, ning 2016.aastaks lisandub neile veel 30 keskust. Üheksa nendest keskustest on spetsialiseerunud esmaste psühhoside ravile, mille metoodika on kujundatud meie Psühhoside varajase ennetamise ja sekkumise keskuses (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre – EPPIC) Melbourne'is.

Paljudele Austraalia kogukondade noortele on loodud tasuta ligipääs varajastele sekkumismeetmetele, ning tõenduspõhiste ja stigmatiseerimisest vabadele vaimse tervise teenustele. Nemad ja nende pereliikmed hääletavad jalgadega, nagu näitab järjest kasvav nõudlus selliste teenuste järele. Kuigi vaimse tervise teenuste reformi pikaajalisi tulemusi on veel vara hinnata, on praegused märgid väga positiivsed. Nimetatud lähenemisviisid, mis pakuvad algusest peale terviklikku hooldust, on teravas kontrastis

senini aktsepteeritava *status quo*'ga, mis liiga sageli ja erinevatel põhjustel seostub otsese hoolimatusega. Paljud selles valdkonnas töötavad teadlased ja arstid tunnevad koos üldsusega, et nad on piisavalt kaua pealt vaadanud, ning et noored ja nende pereliikmed väärivad aktiivset kaasamist ja tõenduspõhist hooldust, mis vastaks nende vajadustele.

Sarnased mõtteviisid on juba muutnud meie arusaamu vaimsest tervishoiust, suunates neid seniselt palliatiivselt (vaevusi leevendavalt, kuid põhjustega mitte tegelevalt) lähenemiselt ennetavale lähenemisele, mis pakub noorte, nende pereliikmete ja terve ühiskonna jaoks kindlamaid võimalusi heade tulemuste saavutamiseks.

Prof. **Patrick McGorry**, Austraalia Ordu ohvitser, M.D, Ph.D,
Suurbritannia kuningliku arstide kolleegiumi liige, Austraalia- ja
Uus-Meremaa kuningliku arstide kolleegiumi liige,
OYH uuringukeskuse tegevdirektor,
Melbourne'i ülikooli Vaimse tervise keskuse professor
pmcgorry@unimelb.edu.au

PSÜHHOLOOGILISED SEKKUMISMEETMED

Philippa A.Garety, Ph.D

Todd M.Edwards, Ph.D

Võtmesõnumid:

- Skisofreeniadiagnoosiga inimeste ja nende pereliikmete aitamisel on tähtis osa psühholoogilistel teraapiatel.
- Kognitiiv-käitumuslik teraapia on psühhoosi puhul efektiivne, ning see põhineb eeldusel, et inimese isiklikke kogemusi tuleb tõsiselt võtta, ning et teda saab oma mõtlemise ja käitumise üle kontrolli saavutamisel aidata.
- Skisofreeniahaigete pereliikmed on hoolduse eesliinil.
- Perekondade psühholoogiline harimine (patsiendiõpetus, i.k. psychoeducation) ehk perekonna sekkumine (Family Intervention) on skisofreenia ravimisel tõhusad. Paljud inimesed väärtustavad kõrgelt just rühmatööd, mille eesmärgiks on üksilduse ja häbimärgistamise vähendamine.

Psühholoogilised ravivõtted on skisofreeniadiagnoosiga inimeste ja nende pereliikmete aitamisel väga olulised. Toimetulek häirivate veendumuste ja ebatavaliste kogemustega võib olla raske, kui keegi inimesse ei usu. Vestlusest kogenud vaimse tervise töötajaga on sageli abi. Psühholoogiline ravi on üldine termin, mis kirjeldab vestlust terapeudiga oma tunnetest ja mõtetest ning sellest, kuidas need inimese toimetulekut ja heaolu mõjutavad.

Kognitiiv-käitumuslik teraapia ja kunstiteraapiad

Psühhooside puhul rakendatav kognitiiv-käitumuslik teraapia on psühholoogilise ravi vorm, mille kohta leidub arvukalt uuringutel põhinevaid tõendeid, et sellest on abi (1; 2; 3). Tõendite põhjal saab öelda, et kolmandik kuni kaks kolmandikku inimestest, kelle puhul seda teraapiat on kasutatud, on sellest ka abi saanud. Teraapia hõlmab neljasilmakohtumisi terapeudiga: kokku vähemalt 16 sessiooni poole aasta kuni aasta kestel. Keskendutakse probleemidele, mida

teenusekasutaja oluliseks peab, näiteks ärevus ja teatud olukordade vältimine, meeleolu alanemine ja loidus, unehäired, muretsemine, hääled, paranoidsed mured, traumaatilised kogemused või toimetulek pingega, mis võib viia haiguse ägenemiseni. Põhieesmärgi valib teenusekasutaja, ning sageli on selleks psühhootiliste sümptomitega seotud haiguskoormuse, nagu häälte ja painavate uskumustega (paranoilised ideede ja pettekujutlustega) toimetulek ning koostöö taastumisteele naasmise nimel (4). Sessioonid võivad sisaldada vestlust sellest, kuidas probleemid alguse said, arutlusi selle üle, mis inimesega juhtus, ning kuidas ta sellesse suhtus, tema ebatavaliste kogemuste mõistmispüüdu, ning uute mõtlemis- ja tegutsemisviiside otsimist probleemide lahendamiseks. Mõningate inimeste jaoks on abi päeviku pidamisest, kuhu sellised mõtted kirja panna; probleeme ühendavate sarnasuste leidmisest, oma uskumuste ja tõekspidamiste tundmaõppimisest, et aru saada, kuidas need tema elu mõjutavad, ning katsetustest, kas millegi uut moodi tegemine muudab nende elu paremaks või halvemaks. Teraapia põhineb eeldusel, et inimese isiklikke kogemusi tuleb tõsiselt võtta, ning et neist võib olla abi oma mõtete ja käitumise kontrollimisel.

Uuringutulemused on ka näidanud, et kunstiteraapiad, mis sisaldavad vähem vestlemist, ning kus kasutatakse muusikat, näitlemist või kujutavat kunsti, võivad kasu tuua, eriti inimestele, kelle sümptomite hulka kuulub sõpradest ja pereliikmetest eemaldumine ning huvikaotus asjade vastu, mis kunagi rõõmu valmistasid (2). Sedalaadi teraapiaid viiakse tavaliselt läbi rühmades, kuhu koondatakse sarnaste probleemidega inimesed.

Perekondade ja pereteraapia roll

Skisofreeniahaige pereliikmed on sageli hoolduse rindejoonel. Pikaajalise hooldaja rolli saavad mitmed koormad ja teiste pereliikmete mured, mis võivad viia emotsionaalse kurnatuse ja meeleheitliku abivajaduseni. Pereliikmed vajavad tuge, et oma haige lähedase eest paremini hoolitseda, ning skisofreeniaga seonduva stressiga toime tulla.

Skisofreeniadiagnoosiga isiku heaolu ja haiguse kulgu võib pereliikmete käitumine oluliselt mõjutada. See ei tähenda, et pereliikmed oleksid haiguse põhjustajaks, nagu esimeste perekonnauuringute põhjal ekslikult järeldati (5). Tõsi on aga see, et teatud liiki pereelu õhustik ja peresisesed suhted võivad skisofreeniast taastumist mõjutada. Väljendatud emotsioonid (i.e. expressed emotions – EE), mis sisaldavad kriitikat, vaenulikkust või ülehoolitsust, ennustavad üsna eksimatult skisofreenia edasist kulgu. Kui skisofreeniahaige pereliikmetel on kõrge väljendatud emotsioonide tase, on tagasilangused tõenäosemad kui peredes, kus selliseid emotsioone väljendatakse vähem (6). Pereliikmete ravisse kaasamine lubab vaimse tervise töötajatel tegelda probleeme teravdava suhtestressiga, toetada pereliikmeid psüühikahäirega lähedase hooldamisel, ning ligi pääseda pere oskustele, võimetele ja vahenditele, millest on patsiendile abi.

Perede psühholoogiline harimine (family psychoeducation – FE), või ka perekonnapõhine sekkumine (Family Intervention), nagu seda mõnel pool nimetatakse, on skisofreeniaravis tõhusaks osutunud, ning nüüdseks on sellest saanud tõenduspõhine praktika tagasilanguste ja hospitaliseerimiste vähendamisel (7). Perede psühholoogiline harimine või koolitamine kujutab endast kooslust erinevatest programmidest, mille eesmärkideks on haiguse kohta teadmiste andmine, ravimitarvitamise kontrollimine ja ravi planeerimine pereliikmete huvides, et nad tuleksid paremini toime haigestunud lähedase sümptomite ja mõjuga, mida haigus perele avaldab (8). Need programmid eeldavad esiteks, et pereliikmete tegevus mõjutab patsiendi toimetulekut haigusega ja tema ravi edukust, ning teiseks, et perekond vajab tõsise vaimse häirega pereliikme hooldamisel teavet ja tuge. Perede psühholoogilist koolitamist pakutakse järjest rohkem rühmatöö vormis, kus kogunevad erinevad perekonnad, et vähendada sotsiaalset eraldatust ja häbimärgistamist, ning noppida vastastikuse toetuse vilju (7).

Siinkohal esitame mõned näited perepõhistest sekkumisviisidest:

- Hinnake perekonna tegevusi ja nende suutlikkuse piire patsiendi aitamisel.

- Aidake lahendada peresisesid konflikte, reageerides tähelepanelikult pereliikmete emotsionaalsele stressile.
- Tegelge kaotusvalust põhjustatud tunnetega.
- Pakkuge selgesõnalist kriisiplaani ja professionaalset nõu.
- Aidake parendada pereliikmete suhtlemisoskusi.
- Julgustage pereliikmeid oma sotsiaalseid võrgustikke laiendama.
- Olge pereliikmete vajaduste rahuldamisel paindlikud.
- Kuigi rahvusvahelised teadusuuringud toetavad psühholoogiliste teraapiate kasutamist, on tähtis märkida, et sellistel teraapiatel võib olla erinevaid vorme. Neid tuleb mugandada vastavalt patsiendi ja tema pereliikmete vajadustele ning kultuurilisele taustale. Seetõttu vajab töömeeskond erialast väljaõpet ja oskusi, mida saadavad regulaarne toetus ja supervisioon.

Viited

1. Wykes, T., Steel, C., Everitt B., Tarrrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigour. *Schizophrenia Bulletin*, 2008; 34: lk.523-37.
2. Suurbritannia riiklik tervise- ja ravikvaliteedi instituut. (National Institute of Health and Clinical Excellence.) Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults. Kliiniline juhend nr. 82, uuendatud väljaanne, London: NICE, 2009.
3. Suurbritannia riiklik tervise- ja ravikvaliteedi instituut. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management guideline. Uuendatud trükk, London: NICE; 2014.
4. Freeman, D., Garety, P.A. (2006) Helping people with paranoid and suspicious thoughts: a cognitive behavioural approach. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2006; 12: lk.404-415
5. Keitner, G.I., Heru, A.M., Glick, I.D. Clinical manual of couples and family therapy. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2010.
6. Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., Wong, W. (2006). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006; 4;CD000088.
7. Jewell, T.C., Downing, D., McFarlane, W.R. Partnering with families: multiple family group psychoeducation for schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 2009; 65(8); lk.868–878.

8. Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., Dixon, L., Adams, C. Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2012; 38; lk. 101-121.
9. McFarlane, WR, Dixon, L, Lukens, E, Lucksted, A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2003;29; lk. 223–246.

Philippa Garety, Ph.D

Londoni kuningliku kolledži psühhiaatriainstituudi kliinilise psühholoogia professor,
ravijuht ja psühhoosiravi akadeemilise koostöörühma juht
Lõuna-Londoni kuninglikus tervishoiu koostööpartnerite kogus
ja Maudsley NHS sihtasutuse usaldusfondis;
Suurbritannia
philippa.garety@kcl.ac.uk

Todd M. Edwards, Ph.D

San Diego ülikooli professor ning paari-ja pereteraapia
programmi juht,
USA
tedwards@sandiego.edu

ARVUTI KASUTAMINE RAVILE ALLUMATUTE VAENULIKE „HÄÄLTE“ PUHUL: TÕHUS LAHENDUS

Prof. **Julian Leff**

1950.aastatel kasutusele võetud antipsühhootilise toimega ravimid viisid psühhootiliste haiguste ravis läbimurdeni. Kuid mitte kõik patsiendid ei saanud ravimist abi. Neljandikku patsientidest, kes kuulsid vaenulikke hääli, mis võisid üles kutsuda ka ennast või teisi vigastama, ravimid ei aidanud. Püsikindlad, mõtlemist, töötamist ja suhtlemist segavad „häälled“ halvendavad tõsiselt elukvaliteeti. Iga kümnes vaenulikke hääli kuulvatest patsientidest lõpetab oma elu enesetapuga. Briti psühholoogid on edasi arendanud psühhoside puhul rakendatavat kognitiiv-käitumusliku teraapiat, ning see on andnud tulemuseks häältest põhjustatud stressi vähenemise, kuid häälte tugevust või esinemissagedust see mõjutanud pole.

Kui selliste sümptomitega patsientidelt küsida, mis on nende haiguskoormuse juures kõige halvem, siis vastab suurem osa neist, et selleks on abitus. Väike osa neist on võimelised häältega dialoogi astuma, mis annab neile tunde, et nad siiski kontrollivad olukorda. Sõnalise suhtluse häältega teeb raskeks nende nähtamatus. Igapäevases elus tugine vesteldes kaasvestleja reaktsioonidele, sealhulgas silmsidemele, naeratustele ja noogutustele. Häälte puhul ühtki sellist võimalust mõistagi ei ole. Lisaks sellele on häälte jutu sisuks enamasti korduvad lühikesed fraasid, näiteks „löö endale vastu nägu,“ mis ei seostu sellega, mida patsient neile mõttes vastuseks ütleb. Mulle tundus, et kui anda nähtamatule häälele inimese kujutis, mis patsiendi vastustele reageerib, siis aitaks see patsientidel paremini dialoogi astuda.

Selle üle mõeldes tekkis mul idee, et lahendusena võiks kasutada avatari. Avatarid on arvutiga loodud kujutised, mida kasutatakse laialdaselt arvutimängudes, ning nendega on tuttavad isegi väikesed lapsed. Minul läks vaja midagi spetsiaalsemat – avatari, mille patsient saaks ise luua, just sellise näoga, mis võiks tema arvates häälele sobida, ning häält, mis oleks patsienti kiusava hääleaga võimalikult sarnane. Töötasin koos

kahe kõneteadlase, Mark Huckvale'i ja Geoffrey Williamsiga, kes arendasid selleks otstarbeks välja arvutiga ühendatud süsteemi. Väga oluline oli see, et terapeut saaks avatari sõnu kontrollida ning seeläbi nende vaenulikku sisu muuta. Selleks salvestasime terapeudi (antud juhul minu enda) häält lühikeste jutukatketena, ning seejärel muutis Mark Huckvale salvestises hääle iseloomulikke jooni, luues terve seeria hääli. Viimaks valis patsient nende seast välja oma tagakiusaja hääleaga kõige sarnasema. Sellega oli antud terapeudile võimalus rääkida patsiendiga valitud hääl, ning otsustada, mida see patsiendile ütleb.

Seejärel näidati patsiendile erinevaid nägusid, mida oli võimalik mitmel moel muuta: vahetada juuste ja silmade värvust, ninakuju, näo laiust jne., et patsient saaks anda oma tagakiusajale näo. Mõned patsiendid tundsid inimest, kelle häält nad kuulsid, teised ei osanud häält kellegagi seostada. Neil patsientidel paluti valida selline nägu, kellega vesteldes nad ennast mugavalt tunneksid, ning see variant sobis neile.

Teraapia koosnes kuuest poole tunnise seansist. Enne esimest seansi küsisime patsiendilt, mida hääl või häälled talle tavaliselt räägivad. Terapeut kirjutas selle üles, ning kandis need laused esimesel seansil patsiendi poolt valitud hääleaga ette. Patsienti hoiatati eelnevalt, et selline asi toimub, ning talle öeldi, et terapeut toetab neid avatari „võitlemisel.“ Praktikas nägi see välja nii, et terapeut istus kõrvalruumis, eraldi arvutiekraani taga, mis võimaldas tal valida, kas rääkida avatari, või enda tavalise hääleaga. Seega mängis terapeut vaheldumisi kaht osa: kiusliku avatari ja toetava terapeudi oma. Patsiendid terapeudi topeltrollist teadlikud ei olnud, ning vaid kaks patsienti kuueteistkümnest ei suutnud avatari neid tegelikult vaenava hääleaga seostada.

Kuu teraapiaseansi käigus muutis terapeut järkjärgult avatari loomust ja tema suhet patsiendiga, loobudes vähehaaval vaenulikest repliikidest, ning lubades patsiendil vestluse sisu kontrollida. Viimaks tõi avatar esile patsiendi häid omadusi, ning andis talle nõu, kuidas ta oma elu paremaks saaks muuta. Näiteks patsiendilt, kes kaebas üksilduse üle, küsiti, kas tal on mõni hobi, millega tegelda. Patsient vastas, et teda on alati huvitanud

purjetamine, kuid ta ei ole seda kunagi proovida saanud. „Avatar“ kostis selle peale vastuseks, et ta võiks mõne purjetamisklubiga liituda, ning patsient leidis, et see on hea mõte.

Kõik seansid salvestati, ning kanti MP3-mängijale, mis anti igale patsiendile päriseks. Neid julgustati salvestist kuulama iga kord, kui vaenulik hääl neid jälle kiusama tuleb või kui nad ennast halvasti tunnevad. Neile öeldi, et neil on nüüd terapeut omast taskust võtta.

Teraapia mõju hinnati teaduslikus eksperimendis, milles osalesid avatariteraapiat saanud patsientide kõrval need, kes said tavalist ravi – psühhoosivastaseid ravimeid koos regulaarsete visiitidega psühhiaatri juurde. Tulemused olid kaugelt paremad, kui me loota julgesime. Lõviosa patsientidest tunnistas, et hääled on muutunud vaiksemaks, neid kuuleb harvem, ning nad ei ole enam nii pahatahtlikud. Patsiendid tundsid, et neil on häälte üle senisest suurem kontroll. Üks neist täheldas, et hääled räägivad varasemast tunduvalt vähem, sest nad teavad, et neile ei jääda vastust võlgu. Täheldati ka patsientide depressiooni ja enesetapumõtete vähenemist. Kõige toredam ja samas kõige ootamatum oli aga see, et kolm patsienti vabanesid kiuslikest häälest täielikult: kaks neist lakkasid hääli kuulmast kahe seansi järel, ning üks pärast viiendat seanssi. Esimene neist oli hääli kuulnud kuueteistkümne, teine kolmeteistkümne ja kolmas kolme ja poole aasta kestel.

Tuleb märkida, et mitte kõik patsiendid ei jõudnud nii heade tulemusteni. Kaks patsienti kuulevad mitmeid hääli korraga, kes kõnelevad nii valjusti, et nad ei suutnud avatarile keskenduda. Oli ka neid, keda nende hääl ähvardas, et kui nad teraapiaga jätkavad, juhtub nende või nende pereliikmetega midagi halba. Seega ei ole avatariteraapia mitte kõigi häältekuuljate puhul kohane. Siiski olid katse tulemused piisavalt muljetavaldavad, et õigustada edasisi uuringuid. Nüüdseks on need saanud ka rahastuse, ja asi areneb. Kavas on veel kolm aastat katseid ja uuringuid. Kui esimese katse head tulemused kinnitust leiavad, arendatakse välja kaasaskantav digitaliseeritud süsteem, ning antakse tootmisse, et see saaks kättesaadavaks kõigile abivajajaile.

-Professor **Julian Leff**,
Londoni kuningliku kolledži psühhiaatriainstituudi
emeritprofessor, Suurbritannia

SKISOFREENIA JA KOMORBIIDSUS: FAKTE SKISOFREENIAHAIGETE FÜÜSILISEST TERVISEST

Dr. **Helen L. Millar**
Prof. **Mohammed Abou Saleh**

Praeguseks on psühhiaatrid ja teised meedikud sellest, et skisofreeniahaigetel on võrreldes teiste elanikkonna rühmadega kõrgem morbiidsusrisk ja suremus, juba küllalt hästi teadlikud. Tähelepanu ja ravita jäänud füüsilised haigused võivad skisofreeniahaigete oodatavat eluiga kuni 20 aasta võrra vähendada. Kaks kolmandikku skisofreeniahaigete enneaegsetest surmadest on põhjustatud füüsilistest haigustest, millest omakorda annavad suurima osa südame-veresoonkonna haigused (SVH).

Skisofreeniadiagnoosiga inimesel on kaks korda suurem tõenäosus surra SVH tõttu kui teistel elanikkonna rühmadel.

SVH suurenenud riski annavad oma panuse erinevad muudetavad riskitegurid. Olgu öeldud, et summaarne haigestumisrisk on märgatavalt suurem kui üksikud riskitegurid kokkuliidetuina, seega võib rääkida kumulatiivsest efektist. Seetõttu tuntakse skisofreeniahaigete füüsilise tervise suhtes üha enam muret, eriti mis puudutab südame-veresoonkonna haigusi. Skisofreeniahaiged on suurema tõenäosusega ülekaalulised ja suitsetajad, põevad diabeeti, kõrgvererõhutõbe ja düslipideemiat (liigkõrge kolesteroolisisaldus veres). Seda riskitegurite rühma, mille moodustavad kahjustunud glükoositaluvus, rasvumine, kõrge vererõhk ja düslipideemia, on nimetatud metaboolseks- ehk ainevahetussündroomiks.

Ainevahetussündroomi esineb tõsise vaimse häirega inimeste seas 2 – 3 sagedamini kui elanikkonnas üldiselt. Ainevahetussündroomi surrogaatmarkeriteks on üldine rasvumus, mida on kerge tuvastada vööümbermõõdu alusel, koos vähemalt kahe kõrvalekaldega järgmistes parameetrites: madal HDL-ga (kõrge tihedusega lipoproteiiniga) kolesteroolitase, kõrge triglütseriidi tase, kõrge vererõhk ja kõrge veresuhkru tase. (Ainevahetussündroomi definitsioon, IDF 2005).

Selle kõrval, et skisofreeniahaigetel esineb sagedamini südame-veresoonkonna haigusi ja ainevahetussündroomi, esineb neil sagedamini ka teisi füüsilisi haigusi, nagu nakkushaigused, kasvaja, ning alkoholi- ja uimastite tarvitamisest tingitud meditsiinilised komplikatsioonid, millel on ka tavalisest tugevam mõju. Seega on äärmiselt

oluline füüsilised haigused varakult ära tunda, ning asuda neid kohe ravima.

Füüsiliste terviseprobleemide riskiallikad

Kuigi skisofreeniahaigete kehvadesse tervisenäitajatesse annavad oma panuse paljud riskitegurid, nii muudetavad kui muutmatus, on nende suurenenud suremuse põhjuseks siiski enamasti muudetavad riskitegurid: paljud neist seostuvad elustiilivalikutega, mida on võimalik muuta.

Muutumatuteks riskiteguriteks on teie pärilikkus, iga ja sugu. Leidub järjest rohkem tõendeid, et skisofreenia ning diabeedini viiva glükoositalumatuse vahel on geneetiline side. Muudetavaid riskitegureid aga on võimalik mõjutada, ning sel viisil sihtrühma tervist parandada.

Nüüdseks on välja selgitatud, et vaimse tervise häirega inimeste ligipääs tervishoiuteenustele on teistega võrreldes halvem, ning selle põhjusteks on kehv töö regulaarsete tervisekontrollide tagamisel, sitgmatiseerimine, ning perearstide puudulikud teadmised ja vähene tähelepanelikkus.

Patsiendi vaatenurgast

„Näib nii, et kui sulle on juba kord pandud psüühikahäire diagnoos, võetakse kõiki su kehalist tervist puudutavaid kaebusi sinu diagnoosi osana. Kui selline lähtekoht on juba võetud, on väga raske kedagi selles ümber veenda.“ Mõelge sellele tundmatuks jääda soovinud psüühikahäirega inimese kommentaarile, mis pärineb aastast 2013. Lisaks sellele otsivad skisofreeniahaiged oma füüsilistele haigustele väiksema tõenäosusega meditsiinilist ravi, mis tähendab haiguse diagnoosimisega hilinemist ja ravi alustamisega viivitamist. See omakorda tähendab ka kehvemat haigusprognosi ning lühemat oodatavat eluiga. On üldiselt teada, et skisofreeniadiagnoosiga inimesed kalduvad sööma rohkem toite, mis sisaldavad ohtralt küllastunud rasvu ja rafineeritud suhkrut, kuid vähese puu- ja juurviljade osakaalu tõttu toiduvalikus vähe kiudaineid ja vitamiine.

Vaimse heaolu puudumisel on takistatud ka füüsilise aktiivsus: põhjusteks on siinkohal motivatsiooninappus, elu üldine korrastamatus, ning mõnikord ka rahaliste vahendite nappus.

Skisofreeniahaigete seas on ka suurem kirklike suitsetajate ning alkoholi- ja uimastitarvitajate osakaal, mis tähendab sellise inimese jaoks halvemaid vaimseid, füüsilisi ja sotsiaalseid väljavaateid, ning suuremat tagasilanguste-,

kodutuse-, töötuse-, peresidemete purunemise- ja kuritegelikule teele sattumise ohtu.

Skisofreeniahaigete ravi alustalaks on psühhoosivastased ravimid. Praeguseks on nende ravimite valik oluliselt laiem kui veel kümnekonna aasta eest. Teise põlvkonna antipsühhootikumid, mida nimetatakse „atüüpilisteks,“ annavad tõhusamaid tulemusi, kusjuures vähemate (liikumishäireid põhjustavate) kõrvalmõjudega. Eesmärgiks on vaimse ja füüsilise heaolu optimeerimine, kuid mõningate psühhoosivastaste ravimitega kaasneb suurem südame-veresoonkonna haiguste ja ainevahetushäirete risk, muuhulgas südame isheemiatõbi, kehakaalu tõus, kõrvalekalded lipiidide tasakaalust, ning II tüüpi diabeet.

Tõsise vaimse tervise häirega patsientide füüsilise tervisemonitooringu mõõtmisparameetrid

	lähteolukord	6 nädalat	3 kuud	Vähemalt aasta, ja/või kauem
Isiklikud ja pereliikmete haiguslood	x			
Suistamine, liikumis- ja toitumisharjumused	x	x	x	x
kehakaal	x	x	x	x
vööümbermõõt	x	x	x	x
vererõhk	x	x	x	x
Veresuhkrusisaldus (tühja kõhuga)	x	x1	x	x
Lipiidide profiil (tühja kõhuga)	x	x1	x	x
EKG	x			
Prolaktiin	x2		x3	x3
Hammaste ja suuõõne tervis	x			x

1. Veresuhkru ja lipiidide taseme hindamist algetapis soovitatakse Euroopas, kuid mitte USA-s.
2. Kui võimalik on saada teisi referentsväärtusi, või kui prolaktiinitaseme mõõtmine on liialt kulukas, piirduakse reproduktiivsüsteemi kõrvalekalletest teatamisega.
3. Mõõdetakse ainult juhul, kui ravimite kõrvaltoimed või ravimiannuste muutmine on põhjastanud seksuaalfunktsiooni häireid.

-Maailma psühhiaatrite liidu soovitus: De Hert jt., *World Psy.* 2011

Meie koostöö skisofreeniadiagnoosiga inimeste füüsilise tervise parandamisel

Hea uudis on see, et tervishoiutöötajad, skisofreeniadiagnoosiga inimesed, ning nende hooldajad ja pereliikmed on selle haigusega inimeste terviseriskidest teadlikumad kui varem. Me oleme nüüd paremal positsioonil, et terviseprotsesside ja elustiilijuhiste vormis tuge ja

nõuandeid pakkuda. Skisofreeniahaiged on informeeritumad, ning neil on võimalus osaleda elustiiliprogrammides, mis aitab neil oma füüsilise tervise eest suuremat vastutust võtta ning õigemaid otsuseid teha.

Skisofreeniahaigete ravi ja hooldus peab olema isikukeskne ja koostööle orienteeritud, patsiendi vajadusi ja eelistusi arvestav, et nad saaksid oma vaimse ja füüsilise tervise osas teadlikke otsuseid langetada. Tõhusalt suheldes, tõendus põhiseid teadmisi pakkudes ning proaktiivset lähenemist kasutades ei peaks jääma ühtki põhjust, miks skisofreeniahaiged ei võiks elada pikka ja tervet elu.

Skisofreeniahaigete terviseprotsessid on nende südame-veresoonkonna haiguste ja ainevahetushäirete riskide ning üldise terviseseisundi hindamisel äärmiselt olulised. Maailma psühhiaatrite liidu soovitus on esitatud kõrvalasetsevas tabelis.

Elustiilijuhised füüsiliste terviseprobleemide ennetamiseks

Lihtsatel, elustiili muutmist soovitavatel nõuannetel võib pikaajalisele terviseseisundile ja oodatavale elueale olla väga suur mõju.

Südameveresoonkonda kaitsev toiduvalik:

- Vähendage rasvaste toitude tarbimist
- Suurendage kala osakaalu toiduvalikus
- Sööge rohkem puu- ja juurvilju: vähemalt viis portsjonit päevas
- Vähendage töödeldud toidu osakaalu
- Tarbige võimalikult vähe magustatud jooke

Nõuanne: Tutvuge põhjalikumalt tervisliku toitumisega, õppige toitu valmistama, ostke tervislikke toidukaupu.

Füüsiline aktiivsus:

- Pool tundi mõõdukat liikumist vähemalt viiel korral nädalas, nt. tempokas pooltunnine jalutuskäik viiel päeval nädalas.
- Muutke oma elustiili, et selles oleks rohkem liikumist: jalutuskäike, treppidest kõndimist, jalgrattasõitu jm.
- Seadke paika eesmärgid, ning pange oma edusammud kirja.

Nõuanne: Spordiklubiga liitumine pole tingimata vajalik, küll aga oma pikaajaliste halbade harjumuste muutmine. Liikuge rohkem!

Kehakaalu kontrolli all hoidmine

- Jagage nõuandeid, kuidas soovitud kehakaaluni jõuda ja seda säilitada

Soovitus: Seadke kaalulangetamisel ja -säilitamisel realistlikke eesmärke.

Alkoholarbimine

- Mehed peaksid piirduma 3-4 alkoholiühikuga päevas (mitte rohkem kui 21 ühikut nädalas)
- Naised peaksid piirduma 1-2 alkoholiühikuga päevas (mitte rohkem kui 14 ühikut nädalas)

Nõuanne: Vältige pummeldamist – ärge ületage soovituslikke piiranguid!

Suitsetamisest loobumine

- Andke kõigile patsientidele nõu suitsetamisest loobuda
- Pakkuge toetust ja nõuandeid, kaasa arvatud farmakoteraapia ja psühholoogilised loobumisvõtted

Nõuanne: Parimaks nõuandeks on: Loobu suitsetamisest!

Seksuaaltervis

- Seksuaalterviselane harimine, vähendamaks riskikäitumist, mis võib viia suguhaigustesse nakatumiseni

Nõuanne: Kasutage alati turvalisi praktikaid. Vajalik on regulaarne ravimite revideerimine ja vajadusel teise vastu vahetamine. Kui skisofreeniahaige saab psühhoosivastaseid ravimeid, on ravimi toime korrapärane jälgimine enesestmõistetavalt oluline. Psühhiaatritel on psühhoosivastase ravimi määramisel ja võimalike kõrvaltoimete jälgimisel otsustava spetsialisti roll. Vajadusel tuleb määrata „väiksema riskiga“ ravim. On elementaarne, et psühhiaatrid teeksid väljakirjutatud ravimi toime mõistmisel ja võimalike kõrvaltoimete minimeerimisel perearsti, patsiendi ja tema pereliikmetega koostööd. Väga tähtis on leida ravim, mille kõrvaltoimed ei ületaks kasulikke toimeefekte, ning mis vastaks patsiendi vajadustele.

Ravimite valikud tuleb enne kindla ravimi määramist patsiendi ja tema hooldajaga läbi

arutada. Patsient tuleb otsustamisprotsessi kaasata nii ravimi määramisel kui selle väljavahetamisel. Eriti tähtis on see juhtudel, kus alternatiivse ravimiga võib kaasneda rasvumis- või diabeedirisk. Ravimi väljavahetamisel tuleb kaaluda kõiki patsiendi vaimse ja füüsilise heaolu aspekte, ning seda tema ja ta pereliikmetega põhjalikult ja avameelselt arutada.

Kokkuvõtteks

Töös skisofreeniadiagnosiga inimeste füüsilise tervise parandamisel ja komorbiidsuse vähendamisel seisab meedikute ees siiani suuri väljakutseid. Isikukeskne terviklik hooldus- ja ravimudel koos psühholoogiaalase harimisega aitab patsientidel teha oma elustiili juhtimisel ja raviplaani haldamisel teadlikumaid valikuid. See lubab patsiendil ja tema pereliikmetel haiguse ravis ja füüsilise tervise jälgimisel tähtsat rolli mängida. Ülemaailmse vaimse tervise liidu poolt läbi viidud tervise säilitamise teemaline uuring näitas, kui tähtsaks peavad haigete hooldajad üldist heaolu: 99% vastanutest leidis, et ravi eesmärgiks peab olema nii vaimse kui füüsilise heaolu taastamine ja säilitamine.

Kuigi käsitletud valdkonnas võib märgatada üldist teadlikkuse taseme tõusu, vajavad nii tervishoiuspetsialistid ja patsiendid, kui nende pereliikmed ja hooldajad tulemuste parendamiseks ja oodatava eluea pikendamiseks rohkem teadmisi. Isikukeskse lähenemise kasutamine pakub selleks häid võimalusi. Lihtsad elustiilimuutused koos regulaarse tervisekontrolli ja ravimite toime jälgimisega võivad optimeerida ravitulemusi, ning parendada skisofreeniahaigete üldist elukvaliteeti.

Viited

1. Maailma psühhiaatrite liidu haridusmoodul, Marc de Hert (World Psychiatry 2011;10: lk.52-77) .
2. Maailma psühhiaatrite liidu haridusmoodul, Marc de Hert (World Psychiatry 2011;10: lk.138-151) .
3. NICE: lipiidide tasememuutuste kiire määramise juhised: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11982/40675/40675.pdf>
4. [http://www.rethink.org/media/534440/good_health_guide_for_email1\(1\).pdf](http://www.rethink.org/media/534440/good_health_guide_for_email1(1).pdf)
5. The physical health challenges in patients with severe mental illness: cardiovascular and metabolic risks: Deakin jt. Journal of Psychopharmacology, kd. 24 8 (Lisa 1), august 2010, 1-8. doi: 10.1177/1359786810374863
6. Keeping Care Complete Survey (Tervisesäilitamise alane uuring): MVTL: wfmh.org.
7. Lancet 2005 ; 366:1640–1649. Loetav võrguadressil: www.idf.org Alberti, K.G. jt..
8. Rethink : Lethal Discrimination. Sept 2013
9. Wilson, P.W.F jt.. Circulation. 1998;97:lk.1837–

1847.

Dr. **Helen L Millar**, M.B.Ch.B., kuningliku psühhiaatrite kolleegiumi liige, Carseview' vaimse tervise keskuse psühhiaater-konsultant, Šotimaa, Suurbritannia

Mohammed Abou-Saleh, Londoni St.George'i ülikooli professor, Suurbritannia

HOOLDAJATE TÄHTSUS EDUKAS TOIMETULEKUS SKISOFREENIAGA

MVTL/Knowlton

„Vaimse tervise teenuse osutajatel on kohustus omastehoolajate ees tunnustada väärtuslikku rolli, mida nad täidavad, ning tagada, et nad oleksid teadlikud neile kättesaadavatest toetusvõimalustest. See ei pea alati tähendama praktilist tuge, vaid ka emotsionaalset toetust, mis võib hooldaja tervisele ja heaolule suurt mõju avaldada.“ – Stephen Dalton, Suurbritannia terviseameti vaimse tervise töövõrgustike liidu tegevjuhataja (ImRoc, 2013).

Skisofreenia on krooniline, vaegust tekitav vaimne häire, mis kahjustab inimese võimet selgelt mõelda, oma emotsioone kontrollida, otsuseid langetada, suhelda, ning kujutlusi tegelikkusest eristada. Skisofreenia puudutab maailmas umbes 24 miljonit inimest, neist suurem osa vanuses 15 – 35 (MTO, 2011) ning maailma terviseorganisatsioon on skisofreenia hinnanud kümne haiguse hulka, mille pärast kaotatakse töövõime tõttu kõige enam tööaastaid (MTO, 2004). Kuna skisofreenia kujuneb välja hilises teismeeas või varajases täiskasvanueas, avaldab see laastavat mõju inimese haridusteele, töövõimalustele ja võimele luua või koos hoida perekonda ning sotsiaalseid suhteid (Bevan, 2013; Lieberman, 2001). Siiski tuleb enamuse skisofreeniahaigetest õige ravimi, isiklike vajaduste järgi kohandatud hoolduskava ning tugiteenuste abil oma sümptomitega toime, on võimelised oma toimetulekuspektrit laiendama, ning tagasilangusi vähendama (Duckworth, 2011).

Viimastel aastakümnetel on vaimse häirega inimeste hoolduspõhimõtted põhjalikult muutunud. Pikaajalisele haiglaravile eelistatakse nüüd kogukonnapõhist hooldust ja ennetustööd, ning vastutus hooldamise eest on nihkunud haiglatelt mitteformaalsetele hooldajatele, nagu lähisugulased jt (Schulze ja Rossler, 2005). Skisofreeniahaigete esmased hooldajad on tõenäoliselt nende pereliikmed. Maailma vaimse tervise liidu poolt korraldatud uuringust, mille valimisse kuulus 982 omastehoolajat Austraaliast, Kanadast, Saksamaalt, Prantsusmaalt, Itaaliast, Hispaaniast, USA-st ja Suurbritanniast, ning mis viidi läbi 2005.aasta novembrist 2006. juunini,

selgus, et omastehoolajad kulutavad oma sugulase eest hoolitsemisele rohkem kui 10 tundi nädalas (MVTL, 2013). Sageli võtavad omastehoolajad end töölt vabaks, või loobuvad üldse oma tööst, et pereliikmele tuge ja abi pakkuda (Mangalore ja Knapp, 2007). Skisofreeniahaige hooldamine nõuab aega, energiat ja rahalisi ning emotsionaalseid ressursse (MacCourt, 2013). Lisaks igapäevaelu tegevustele jälgivad omastehoolajad haige sümptomeid, tegelevad tema problemaatilise käitumise tagajärgedega, keeruliste olukordade ja kriisidega, pakuvad seltsi, ning emotsionaalset ja rahalist tuge (MacCourt, 2013). Kahjuks on omastehoolajatel ka keskmisest kõrgem koormus ja stressitase, ning neil esineb teistest rohkem ärevust, depressiooni ja eluga rahulolematust (MacCourt, 2013; Schulze ja Rossler, 2005).

Omastehoolajad täidavad oma haigeid sugulasi toetades ja nende huve kaitstes, aga ka taastumisele kaasa aidates selgelt eristuvat ja tähtsat rolli (MacCourt, 2013). Seetõttu on tähtis nende inimeste koormat kergendada, neid toetada ja harida (Awad ja Voruganti, 2008). Aastate kestel on välja arendatud mitmeid perekonnapõhiseid sekkumisviise, et aidata skisofreeniahaigetel ja nende pereliikmetel haiguse kohta teadmisi saada ja probleeme lahendada (The Royal Society of Medicine Press, 2000). Harimine suurendab hooldaja teadmisi skisofreeniast, kuid toetav perenõustamine ületab haigusala teabe piire, ning pakub hooldajale tööriistu strateegiate arendamiseks, mis aitavad vaimse häirega inimese hooldamise koormat kanda (MacLeod, 2011). Perenõustamistel osalenud skisofreeniahaigetel esineb vähem tagasilangusi, nad satuvad harvem haiglasse, ning viibivad seal lühemat aega (Giron, 2010). Kohase koolituse ja toetuse abil suudavad hooldajad stressiallikaid tuvastada, ning kriisiolukordades varakult sekkuda, et tõsisemid vahejuhtumeid, nagu enesetapukatsed, kaklused, uimastite või alkoholi kuritarvitamine, hulkurlus või riskikäitumine ära hoida (Giron, 2010). Perepõhistel sekkumisviisidel on oluline osa negatiivsete sümptomite vähendamisel; nende abil on võimalik tõsta skisofreeniahaigete motiveeritust, soovi ühiskonnaelus kaasa lüüa ja inimestega suhelda, ning innustada ja julgustada neid tööd leidma (Giron, 2010). Selles osas on

perepõhistel sekkumisviiside mõju kahekordne: esiteks loovad need toetavama ja tegudele innustava pereõhustiku, mis aitab negatiivseid sümptomeid vähendada, ning teiseks keskkonna, mis võib vähendada positiivsete sümptomite intensiivsust, kuna omastehooldajad õpivad haige pereliikme stressiallikaid ära tundma, ning saavad teda nendega toimetulemisel paremini aidata (Giron, 2010). Kahe aasta kestel läbi viidud randomiseeritud kontrollitud uuringu käigus jagati 50 skisofreeniadiagnosiga inimest kahte rühma: pool nendest osalesid perenõustamistel (sekkumiserühm) ja teine pool (kontrollrühm) mitte. Perenõustamistel osalenud rühmas esines tagasilangusi ainult 12% rühma liikmetest, samas kui kontrollrühmas oli see näitaja 40%. Sekkumiserühmas oli ka rohkem neid, kelle toimetulekuvõime paranes (56% kontrollrühma 28% vastu). Huvitaval kombel ei esinenud sekkumiserühma patsientide seas ühtki tõsisemat vahejuhtumit ega haigusepisoodi, samas kui kontrollrühma liikmete seas oli sellise kogemusega inimesi 32% (Giron, 2010).

„Suhtlemine armastatud lähedasega võib olla väga valus, kui tema käitumist juhib mingi salapärase seosmine mehhanism, mis on rikki läinud. Kuid toetuse ja koolituste abil on võimalik hooldajatele õpetada, kuidas tagasilanguse varajasi märke ära tunda, ning aidata oma lähedastel vältida olukordi, mis võivad sellise arengu käivitada.“ (Lõik NY Timesi veergudel ilmunud süvitsiminevast tervisearuandest –A.D.A.M., 2008).

Omastehooldajatel on võimalik varakult sekkuda, enne kui potentsiaalse haigusepisoodi sümptomid süveneda jõuavad, olukord eskaleerub, ning skisofreeniahaige hospitaliseerimist vajab (Giron, 2010). Varajane sekkumine tähendab info pakkumist, selle hindamist ja võimalikult varajast raviga alustamist – kohe, kui ilmnevad esimesed psühhootilised sümptomid, ning enne, kui ravita jäänud psühhos on võib komplikatsioone anda (Lieberman, 2001). Omastehooldajate roll on väga tähtis ja austustvääriv, kuid see muudab nad ka väga haavatavateks: vaimse häirega pereliikme eest hoolitsemisega kaasnevad isiklikud kannatused, süütunne, abitus, hirm, ärevus ja viha (MVTL, 2009). Arvestades, et psühhootiliste episoodide sagedus ja intensiivsus on

ennustamatud, esitab selliste tingimustega toimetulek hooldajatele täiendavaid väljakutseid (MacCourt, 2013). Suuremal osal omastehooldajatest on infojagamisest, koolitustest, juhendamisest ja moraalsest toest abi (Mac Court, 2013). Kui omastehooldajatelt küsiti, mida nad oma hooldajarolli täitmisel kõige enam vajavad, andsid nad järgmisi vastuseid (MacCourt, 2013):

- Teadmist, et inimene, keda nad hooldavad, on saanud asjakohast hoolitsust ja teenuseid, ning et ta on olnud võimeline saavutama mõistliku elukvaliteedi.
- Et tervishoiuteenuste pakkujad tunnustaksid nende rolli ja suhteid hooldajatena, ning et nad kaasataks sisuliselt ravi planeerimisse ja hindamisse.
- Teadmisi, oskusteavet, toetust ja teenuseid tunnustatud vaimse tervise teenuse pakkujatele, mis aitaks neil vaimse häirega inimese eest võimalikult hästi hoolt kanda.
- Toetust ja abi pereliikmetelt, et säästa oma tervist.

Omastehooldajate ees seisvad väljakutsed ja nende vajadused muutuvad haiguse arenedes, kuid palju sõltub ka hooldaja iseloomuomadustest, nende sotsiaalsest võrgustikust ja isiklikest ressurssidest (MacCourt, 2013). Hooldajatele osutatud õigeaegselt ja asjakohaselt abist saavad kasu ka nende hoolealused, kuna hooldaja tervis ja heaolu või selle puudumine mõjutavad hooldatavat otseselt.

Skisofreenia on vaegusi tekitav haigus, mis mõjutab nii haigestunu, kui ka tema eest hoolitsevate inimeste elu. Omastehooldajad täidavad asendamatu rolli nii vaimse häirega inimese toetamisel ja huvide kaitsmisel, kui ka nende taastumisele kaasa aidates. Asjakohaste teadmiste, koolituste ja toe abil saavad hooldajad välja arendada strateegiad, mis aitavad neil skisofreeniahaige eest hoolitsemise koormaga toime tulla. Omastehooldajate õigeaegne ja kohane toetamine annab neile jõudu ja suutlikkust enne haigusepisoodi sümptomite süvenemist ja olukorra võimendumist sekkuda, ning seeläbi oma hoolealuste elukvaliteeti parandada.

Viited

A.D.A.M., 2008. „Schizophrenia In-Depth Report“ (Skisofreenia süvaraport). Veebiadressilt:

<http://www.nytimes.com/health/guides/disease/schizophrenia/print.html>; juunis 2014

Awad, A. G., L. N. Voruganti. „The burden of schizophrenia on caregivers: a review.” *Pharmacoeconomics* 2008;26(2): lk. 149-162.

Bevan, S., J. Gulliford, K. Steadman, T. Taskila, R. Thomas ja A. Moise, 2013. „Working with Schizophrenia: Pathways to Employment, Recovery & Inclusion,” veebiadressilt: http://www.theworkfoundation.com/downloadpublication/report/330_working_with_schizophrenia.pdf, aprillis 2014

Duckworth, K. I., Gottesman, C., Schulz. T. N. A.o. M. I. (NAMI). 2011.

Giron, M., Fernandez-Yanez, A., Mana-Alvarenga S., Molina-Habas, A., Nolasco, A., Gomez-Beneyto, M. „Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study.” *Psychol Med* 2010;40(1): lk. 73-84.

ImROC, 2013. „What can mental health services do to support carers?” Veebiadressilt: <http://www.imroc.org/what-can-mental-healthservices-do-to-support-carers/>, juunis 2014

Lieberman, J. A., Perkins, D., Belger, A., Chakos, M., Jarskog, F., Boteva, K., Gilmore, J. „The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches.” *Biol Psychiatry* 2001;50(11): lk. 884-897

Kanada vaimse tervise komisjon ja komitee. (Committee and Mental Health Commission of Canada), 2013.

Macleod, S. H., Elliott, L., Brown, R. „What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature.” *Int J Nurs Stud* 2011;48(1): lk. 100-120.

Mangalore, R., Knapp. M. „Cost of schizophrenia in England.” *J. Ment. Health Policy Econ* 2007;10(1): lk. 23-41.

Schulze, B., Rossler, W. „Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005.” *Curr. Opin. Psychiatry* 2005;18(6): lk. 684-691.

Suurbritannia kuninglik meditsiiniajakirjanduse ühing (The Royal Society of Medicine Press), 2000. „Effective HealthCare: Psychosocial interventions for schizophrenia.” Veebilehelt <http://www.york.ac.uk/inst/crd/EHC/ehc63.pdf>, aprillis 2014

Maailma vaimse tervise liit, 2009. „Caring for the caregiver: Why your mental health matters when you are caring for others”, veebilehelt http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/WFMH_GIAS_CaringForTheCaregiver.pdf, aprillis 2014.
Maailma vaimse tervise liit, 2013. „Keeping Care Complete Fact Sheet: International Findings,” veebilehelt <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/12/International-Findings-Fact-Sheet.pdf>, aprillis 2014.

Maailma terviseorganisatsioon, 2004. „The Global Burden of Disease,” veebilehelt http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/, aprillis 2014

Maailma terviseorganisatsioon, 2011. „What is schizophrenia?”, veebilehelt http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/, jaanuaris 2014.

• NÕUANDEID SKISOFREENIADIAGNOOSIGA INIMESE AITAMISEKS:

Allikas: eHealthMD

- Pea meeles, et skisofreenia on haigus, nagu iga teinegi. Ära tunne end häbistatuna, kui keegi su pereliikmetest seda haigust põeb.
- Ära tunne süüdi ennast, ega otsi teisi süüdlasi. Skisofreenias pole keegi süüdi. Aktsepteerimine on tähtis.
- Vii ennast oma pereliikme haigussümptomitega kurssi.
- Jälgi märke, nagu muutused magamisharjumustes või sotsiaalne võõrandumine, kuna sellised muutused võivad viidata tagasilangusele (haiguse ägenemisele).
- Loo oma hoolealusele kindel päevarutiin.
- Aita tal ravimite võtmist meeles pidada.
- Anna talle teada, et ta ei ole oma haigusega üksik. Hoia suhtluskanalid avatuina.
- Püüa oma ärevust või stressi mitte näidata. Väldi jämedat või otsest kriitikat.
- Tunnusta saavutatud eesmärkide eest, kuid ära ole oma kiituses võlts või ülevoolav.
- Haige inimese eest hoolitsemine võib olla nii emotsionaalselt kui füüsiliselt kurnav. Võta aega ka enda jaoks.
- Kui kodus hooldamine pole enam võimalik, aruta arstiga alternatiivseid hooldusvõimalusi. Loe lisa: <http://ehealthmd.com/content/how-can-familyhelp#ixzz33VihVuIE>

IV OSA: TAASTUMINE ON VÕIMALIK

TEE SKISOFREENIAST TAASTUMISELE

Janet Paleo

Skisofreenia. Juba see sõna ise võib tekitada inimestes hirmu või soovi eemale tõmbuda. Kui seda sinu kohta öeldakse, võivad seda saatvateks reaktsioonideks olla jahmatus, viha ja hirm. Ma tean, millest ma räägin – olen saanud skisofreeniadiagnoosi.

See ei olnud hea aeg minu elus. Mind viidi tõsise kliinilise depressiooni seisundis haiglasse, ning aasta hiljem, kui ma ikka veel haiglas viibisin, muudeti see skisofreeniaks suure S-tähega. Minu skooriks on üheksa erinevat diagnoosi. S-tähega diagnoos hirmutas mind neist kõige enam.

Ma olin skisofreeniahaigetest kuulnud. Nad olid midagi kontrollimatute koletiste sarnast, ning nüüd olin ma üks nendest. Olin alati püüdnud olla hea tüdruk. Ma ei rääkinud teiste saladusi edasi, kui olin laps. Ma ei teinud teistele haiget, isegi kui nemad mulle haiget tegid. Ma olin kohanud oma elus palju koletisi, kuid ma ei olnud kunagi mõelnud, et üks selline võiks elada ka minu sees.

Ma langesin meeleheitesse, ega suutnud enda ümber näha midagi peale sünguse, mis viis mind varjusurmalaadsesse seisundisse. Samal ajal aegus minu tervisekindlustus, minu tütar paigutati elama kasuperre, ning ettevõtte, kus hoiti minu jaoks töökohta, sulges uksed. Maja, mida ma koos kaaslastega üürinud olin, ei olnud mulle enam jõukohane elupaik, sest minu haigusest kuuldes otsustasid minu kaasüürnikud välja kolida.

Minu maailm muutus kaoseks. Minu pea täitsid hääled; mind jälitasid viirastuslikud variolendid, keda ainult mina nägin. Minu nahal roomasid nähtamatud putukad. Mäletan enda põgenemist fantaasiamaailma, kus tegutsesid kuuldamatud ja nähtamatud. Olin maailma ära eksinud ja hulkusin sihitult, ainsaks mõtteks soov surra.

Ma ei räägi seda kõike mitte hirmutamiseks, vaid selleks, et te mu kogemust paremini mõistaksite. Arstid suhtusid minusse kui lootusetusse haigesse, ning seda tegid ka enamus minu pereliikmetest ja

sõpradest. Sellisena andis suur S end minu sees tunda. Ei olnud lootust, tulevikku, ega isegi mitte põhjust, miks hingata. Kõige enam mõtlesin selle üle, miks Jumal mind niimoodi vihkab.

Sel ajal ei kuulnud ma kordagi sõna „taastumine“ või üldse midagi paranemisvõimalustest. Viibisin psühhiaatriaiglas kaks aastat. Valetasin selleks, et välja pääseda. Ma võtsin oma tütre, läksin tagasi koduosariiki, ning püüdsin end kõigi ja kõige eest peita. Selle aja kestel sattusin haiglasse enam kui viiekümnel korral. Ma vihkasin oma elu ja kõike sellega seotut. Oli vaid üks asi, mida ma vihkasin rohkem kui elu, ning see olin mina ise.

Üks psühhiaater palus minult kord, et kirjeldaksin enda sees pesitsevat valu. Kus valukolle asub? Kuidas see ennast tunda annab? Kuidas ma saaksin seda kõikehaaravat, läbitungivat piina, mis minus elas, üldse kellelegi kirjeldada? Sellele ei olnud leevendust, ei olnud hingetõmbehetki, välja arvatud pelgupaik, mis asus minu enda peas. Mõned nimetavad seda psühhoosiks, mina nimetan seda kergenduseks.

Läbi erinevate sündmuste, mille vahelt vilkusid esimesed lootuskiired, leidsin viimaks tee taastumisele. Kui aus olla, siis see oli pikk tee, täis lõõgiauke ja aegu, mil edasiminekuks tuli mitu sammu tagasi astuda. Ma leidsin vahendid ja oskused, millega enda minevik neutraliseerida. Mitte miski ei suuda mind minevikukogemusi unustama panna, kuid meenutustel pole enam minu üle jõudu. Olen leidnud oma elule eesmärgi. Ma mõistsin, milline jõud minus peitus, et suutsin kõigest sellest läbi tulla ja ellu jääda. Mõistsin, et Jumal ei hüljanud mind, vaid valmistas mind ette eluks, mida ma praegu elan. Pidin läbi käima kõigest neist hädadest ja viletsusest, et saada selleks, kes ma täna olen. Nagu teemanteid, suruti ka mind pikaks ajaks suure surve alla, et saada tulemuseks kõva, erksalt sätendav kristall.

Ei olnud rohtu, mida mulle poleks antud. Ei olnud teraapiat, mida minu peal poleks proovitud. Minu kogemusi suudab lõpuni mõista vaid see, kes on läbi teinud isikliku põrgu. Minu tee taastumisele algas kohtumisest ühe sellise inimesega, ning tema mõistvusest. Taastumine tähendas minu jaoks õppimist nende inimeste kogemusest, kes olid ise skisofreeniat põdenud, ning suutnud selle järel

elamisväärset elu jätkata. Taastumine tähendas inimesi, kes nägid minus potentsiaali, ning kes julgesid minusse panustada. Taastumine tähendas uut lootust ja tulevikku. Kui me keskendume neile elementidele, siis usun ma, et oleme võimelised maailma muutma. Taastumine on võimalik. Ma tean seda. Olen ise selle elavaks tõendiks.

Tänaseks on minu elu sisukas, täis lootusi ja unistusi. Töötan täisajaga Texase kogukonnakeskuste nõukogus taastumispõhiste teenuste juhina; istun maailma vaimse tervise liidu nõukogus, olen organisatsiooni International Prosumer asutaja (i.k. prosumer – aktiivne tarbija, kes on kaasatud toote või teenuse kujundamisse ka loomisprotsessi, tlk.); ning kolmepäevase taastumiskoolituse, mis kannab nime „Keskendu elule koos Anna Greyga,“ programmi autor. Mul on kodu San Antonios ja korter Austinis. Ma reisin kõikjal maailmas, ning saan esinemiskutseid seminaridele ja konverentsidele. Viiekümne seitsme aasta vanusena ujun ma delfiinidega võidu. Olen vaimse tervise kiirabi (Mental Health First Aid) ning rahvusvahelise kogemusnõustajate tugiliidu (International Peer Support) instruktore. Osalen osariigi seadusandlike kogude töös, ning hindan seadusi enne nende vastuvõtmist ja jõustumist. Olen toimekam kui paljud minust poole nooremad inimesed. Ma armastan oma elu. Mis veel tähtsam – viimaks armastan ka ennast. Ma ei pea enam ennast valu eest kaitsma. Kui ma ütlen „taastumine,“ siis mõistan selle all täisväärtusliku elu elamist.

Käes on aeg teha taastumine kõigile kättesaadavaks. Igaüks väärib seda võimalust.

Janet Paleo,

Texase osariigi kogukonnakeskuste nõukogu taastumispõhiste teenuste juht, USA
Maailma vaimse tervise liidu juhatuse liige,
jpaleo2002@gmail.com

TERVIKLIKU HOOLEKANDE TÄHTSUS SKISOFREENIAHAIGETE PUHUL

Gabriel Ivbijaro, sir David Goldberg, Henk Parmentier, Lucja Kolkiewicz, Michelle Riba, Richard Fradgley ja Anwar Ali Khan

2014.aasta ülemaailmne vaimse tervise päev, mille teemaks on „Elu skisofreeniaga,“ annab meile võimaluse mõelda selle üle, mida skisofreeniahaigete jaoks on tehtud ja tehakse – nii üksikisikute ja perekondade, kui ka organisatsioonide ja valitsuste tasandil.

Liiga kaua, ning seda ilmselt mõistmise vähesuse tõttu, tähendas skisofreeniadiagnoosi saamine vältimatut vaimse seisundi halvenemist (1;2). Juba esimesed, enne neuroleptikumide kasutuselevõttu läbi viidud pikaajalised uuringud (3) näitasid, et selline vaade on liialt pessimistlik: kolmandik uuritud patsientidest jõudis märgatava paranemiseni, kuigi 46% sellest 1925.aastal Rootsis korraldatud uuringu sihtrühmast olid jätkuvalt „sügavalt halvas seisundis“ (i.k. profoundly deteriorated). Neuroleptikumide kasutuselevõtu järel on pikaajalised uuringud näidanud veelgi paremaid tulemusi, kus täielikult paranenud patsientide osakaal on jäänud 17 ja 35% vahele. Maailma terviseorganisatsiooni rahvusvahelisest skisofreeniauuringu nähtub, et arenenud riikides oli see näitaja nimetatud näitajatega võrreldav (36,8%), arengumaades aga tunduvalt suurem: 62,7 % (4). Selle järgnenud jätku-uuringus vaadeldi psühhootiliste häiretega inimesi 14 riigis, ning leiti, et 25 aastat pärast diagnoosi saamist hinnati paranenuks 48,1% skisofreeniadiagnoosi saanutest ja 56,2% „teiste psühhootiliste häirete“ diagnoosiga inimestest, kusjuures 42,8 protsendil skisofreeniadiagnoosiga isikutest ja 49,5 protsendil „teiste psühhootiliste häiretega“ isikutest polnud uuringule eelnenud kahe aasta kestel psühhosiinähte esinenud (5).

Nendest andmetest tuleb rääkida, sest need annavad skisofreeniadiagnoosiga inimestele ja nende pereliikmetele lootust. Lisaks annavad need võimaluse võidelda stigmatiseerimise ja madala enesehinnaguga, mida on toitnud vääruskumus, et skisofreeniaga kaasneb vältimatu isiksuse allakäik.

1950.aastatele järgnes deinstitutionaliseerimise periood, kus pearõhk asetati erinevatele tööalase rehabilitatsiooni vormidele, eeskätt töö leidmisele tööstusettevõtetes, aga ka põllumajanduses ja teistes töödvaldkondades: kõik selle nimel, et võimaldada skisofreeniadiagnoosiga inimesel ühiskonnas toime tulla. Vajadus patsientidele elupaika leida viis erinevate majutusüksuste loomiseni, mis kahtlemata kergendas skisofreeniaga elamise koormat. Näiteks 1980.aastatel Suurbritannias algatatud hooldusprogrammi meetod (Care Program Approach) viis individuaalsete ravi-ja hoolekandepaanide koostamiseni, millele lisandus elukohajärgne regulaarne hooldus (või järelevi) kogukonna psühhiaatriaõe (community psychiatric nurse – CPN) juures. Voodikohtade arvu järjepidev vähenemine Suurbritannia psühhiaatriaiglates viis viimaks keskmise ravil viibitud aja lühenemiseni, kuid ka korduvpatsientide arvu suurenemiseni. Kogukondades (tavakeskonnas) elavad skisofreeniapatsiendid on registreeritud üld,- mitte eriarstide juures, ning see on parandanud ka üldarstide teadmisi. Kaasaegse kogukonnapõhise vaimse tervise teenuse osutajad ei näe oma klientides enam lootusetuid juhtumeid, nagu see oli vaimuhaigete varjupaikade ajastul, ning praegused kõrgemad paranemisenäitajad võib kirjutada nii kogukonnapõhiste teenuste kui kaasaegsete ravimite arvele.

Vaatamata nendele edusammudele näitas MTO mhGAP programm, et paljudel skisofreeniahaigetel mitmel pool maailmas puudub võimalus tervishoiuteenuste saamiseks, või on need võimalused napid, ning nende toimetulekunäitajad on kehvad (6). Nii üllatav, kui see ka pole, ei puuduta see ainult keskmise jõukusega ja vaeseid riike. Uuringud on näidanud, et USA-s pole 40% skisofreeniadiagnoosiga inimestest vaimse tervise alaseid teenuseid saanud (7). Taastumine ei ole võimalik, kui teenuste kättesaadavus ja kvaliteet ei parane.

Tervisenäitajad on paranenud kogu maailmas, ning inimesed elavad kauem nii rikastes, keskmise jõukusega kui vaestes riikides. Paraku võib vaimse tervise häiretega inimeste, eriti skisofreeniahaigete, oodatav eluiga jääda üldisest keskmisest kuni 20 aasta võrra lühemaks. Sellega ei

saa leppida, ning sellel ei tohi lasta jätkuda (8). Seega vajab skisofreeniahaigete ravi ja hoolekanne jätkuvalt arendamist ja paremaks muutmist.

Skisofreeniapatsientide terviklik ravi ja hooldus

Meditsiinipraktikas tähendab terviklik (holistlik) kontseptsioon, et inimese ravimisel arvestatakse füüsiliste vajaduste kõrval ka tema psühholoogilisi ja sotsiaalseid vajadusi, ning inimest nähakse tervikuna. Selle kõrval on positiivsemat suhtumist haigusprognosidesse arendanud ka vaimse tervise teenuste tarbijate liikumine, ning terviklik ravi ja hooldus võikski olla edasiste arengute võtmeks. Terviklik hoolekanne mõiste ületab tavapärase meditsiiniabi mudeli piire, kus teenuseid pakuvad vaid vaimse tervise spetsialistid ja hoolekande esmatasandi töötajad, ning teenuse osutajatena nähakse ka toetatud elukohateenuse majutusüksuste töötajaid ja mitteametlikke hooldajaid, kelle hulka võivad kuuluda sugulased, pereliikmed, sõbrad ja naabrid.

Et taastumine on võimalik, tuleb terviklik hoolekanne kujundada selliseks, et see arvestaks kõiki vaimset tervist mõjutavaid sotsiaalseid tegureid, nende hulgas vaesust, eluaset, elamistingimusi, töötust ja ebaturvalisi suhtevoõrgustikke; et see pakuks tuge naistele ja lapsevanematele nende vanemarollis, ning tagaks kogu maailmas ligipääsu esmatasandi tervishoiuteenustele, mis oleks lõimitud sotsiaalhoolekande- ja teiste tervishoiuteenustega (9).

Tervislike eluviiside edendamiseks ja üldiste tervisenäitajate parandamiseks on läbi viidud mitmeid kampaaniaid, muuhulgas hiljutine ÜRO aastatuhande eesmärkide programm (UN Millennium Goals programme) (10). Kahjuks ei ole paljud skisofreeniahaiged neis välja toodud tervisehüvesid nautida saanud. Inglismaal on tööga hõivatud ainult 5 – 15% skisofreeniahaigetest, ning teades, et skisofreenia on eelkõige noori inimesi tabav haigus, illustreerib see statistikanäit seda, kui paljud skisofreeniahaiged jäävad vaesuslõksu, kust neil on raske välja rabeleda ja oma eluga edasi minna. Inimeste toetamine töö leidmisel ja säilitamisel on üks tervisemeetmete tähtsamaid eesmärgi, mis aitab ühtlasi kaasa nii haigusest

taastumisele kui vaimsete häiretega seonduva stigmatiseerimise vähenemisele (11).

Taastumise ja tervikliku hoolekande edendamisevõimalused

Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni kontseptsioon on viinud kliendi valikutega arvestamiseni, ning tema tugevuste hindamise ja suutlikkuse kasvatamiseni. Juba enne seda mõisteti, et raske haiguse järel tuleb uuesti saavutada inimese toimetulek igapäevaeluga, sealhulgas enesehoolduse, ühistranspordi kasutamise, kutsealaste oskuste ja suhtlemisoskuse vallas. See valmistab ette pinnase vaimse tervise teenuste tarbijate liikumisele, mis omakorda viis taastumise kontseptsiooni loomiseni (12; 13; 14).

Patsiendid, ehk tarbijad ja teenusekasutajad ning nende pereliikmed viisid taastumise idee järgmisele tasandile, kirjeldades selgelt, kuidas taastumine peaks välja nägema. Paljudes riikides andis taastumislükkumine raamistiku toetusmeetmetele ja ennetustööga seotud teenustele. Taastumise definitsioonis lepiti 2004.aastal kokku USA mõnuainete kuritarvitamise ja vaimse tervise teenuste ameti vaimse tervise teenuste keskuse korraldatud kohtumisel, kus see sõnastati järgmiselt:

„Vaimsest häirest taastumine on paranemis- ja muutumise teekond, mis lubab vaimse häirega inimesel elada tähendusrikast elu tema enda poolt valitud elukeskkonnas, püüdes avada oma võimete täit potentsiaali“ (15). See on definitsioon, millele me kõik alla kirjutaksime, olenemata meie isiklikust või erialasest taustast. Skisofreeniaga elamine ja taastumise toetamine on võimalikud ainult tervikliku hoolekandemeetodi ja täieliku mõistmise korral. Inimeste tegeliku arenguvõime avamine nõuab head juhtimistööd koos stigmatiseerimisvastase kampaaniaga, et edendada sotsiaalset kaasamist, varajasi sekkumismeetmeid ja tugevat ennetustööd, tõendus põhiseid praktikaid, ning võrdse tähelepanu pööramist nii vaimsele kui füüsilisele tervisele, vältimaks enneaegset suremust.

MTO ülemaailne vaimse tervise arengukava 2013 – 2026 annab meile kõigile võimaluse vaimse tervise küsimused uuesti tähelepanu keskmesse tuua. Me

teame, et igal mandril leidub hea praktika saarekesi, kuid erandite asemel peaks neist saama norm.

Ameerika ühendriikides propageeritakse patsiendikeskseid ravikodusid (Patient-Centered Medical Home – PCMH) kui vahendeid, mis parandavad ligipääsu esmatasandi hooldusele, edendavad ennetava mõjuga teenuseid, aitavad krooniliste haigustega paremini toime tulla, ning vähendavad akuutosakondadesse sattumist ja haiglaravi vajadust. Kuna nimetatud mudel töötab kõige paremini kõrge integreeritusega meditsiinisüsteemides, pakub see tänu laiapõhjalistele teenustele, meetodite paljususele ning terviklikule, patsiendikesksele hoolduskäsitlusele võimalusi kõikidele patsientidele – nii aktiivsetele kui vähemaktiivsetele teenusetarbijatele. Kasutatakse selliseid teavitustöö- ja jälgimismeetodeid, nagu nutitelefoni võimalustel põhinevad teenused, kodukülastused, omastehooldajate mõeldud tugiteenused ja koolitused, patsientide haiglaravijärgsete hoolekandetoimikute pidamine, ning lihtsustatud juurdepääs erakorralisele meditsiiniabile ja selle jälgimine (17).

Kaks näidet tervikliku hoolekande tööst saab tuua Ida-Londoni näitel. Esimeseks on tihe koostöö Londoni Tower Hamlets linnaosa (18) (London Borough of Tower Hamlets) ja Ida-Londoni riikliku terviseameti sihtasutuse (East London National Health Service Foundation Trust) vahel, mis näitab, kuidas vaimse häirega täiskasvanutele pakutavat toetatud elamise teenust nende taastumise ja sotsiaalse kaasamise toetamiseks võimalikult hästi ära kasutada. Projekt sai alguse 2009.aastal, kui kohalik linnaosavalitsus ja kohalik vaimse tervise teenuse pakkuja mõistsid, et pikaajaliste vaimse tervise probleemidega inimestele, eriti skisofreeniahaigetele, tuleb pakkuda paremat majutustuge. Moodustati meeskond, kes kasutas vaimse tervise probleemidega inimeste majutus- ja ümberasustamisvajaduste haldamiseks süsteemset lähenemisviisi, ning pakkus toetatud eluasemeteenust laias spektris, alates registreeritud hooldusest, ning lõpetades kõrge, keskmise ja madala toetustasemega majutusega. Meeskond tagas vaimse tervise häiretega inimestele neile kohase ja nende vajadusi

arvestava eluaseme ning üldjoontes visandatud hoolduskava, mis keskendus selgelt rehabilitatsioonile ja taastumisele.

Suurt tähelepanu pöörati registreeritud hooldusel ja toetatud eluasemeteenust saavate teenusekasutajate kogemustele ja teenuste kvaliteedile, ning individuaalsete majutuslepingute koostamisel ja majutuse planeerimisel vaadati uuesti läbi ka nende hoolduskavad. Linnaosavalitsus suurendas vaimse tervise häirega inimeste jaoks tavaliste üürikorterite kättesaadavust, et toetada nende sotsiaalset kaasamist. Eluaseme taskukohasuse kindlustamiseks kaasati hinnaläbirääkimistesse hea ettevalmistusega kinnisvaramaaklereid, kes hoolitsesid selle eest, et üür ei käiks teenuse kasutajale üle jõu, ning vastaks kohaliku kinnisvaraturu hindadele.

Selle projekti toel on paljud vaimse tervise probleemidega inimesed saanud elada samasugust elu, nagu teisedki: iseseisvalt, töö- ja puhkamisvõimalustega, sotsiaalsete suhetega, materiaalistest ja kultuurilistest hüvedest osa saades. Samuti on see lisanud väärtust teenuserahastajate panusele ning toonud tehtud kulutusi tagasi. Viie aastaga, mis projekti algusest on möödunud, on toetatud eluaseme teenuse saajate eluasemele tehtavad kulutused tõusnud 15%. Nüüdseks on üürihindade tõus peatunud, kuid eluasemete valik ja kvaliteet on paranenud. Sellest projektist saadud peamiseks õppetunniks on see, et oluliste muutuste saavutamiseks on tarvis tervishoiu- ja sotsiaaltöötajate tihedat koostööd, mis teeb võimalikuks abivajajale sobiva eluaseme leidmise. See eeldab erinevate ametkondade ja organisatsioonide, ning projekti juhtide vahelist usaldust.

Teiseks näiteks on projekt Ida-Londonist Waltham Forestist, mis sai alguse 2011. aastal, kui Londoni riiklik terviseamet seda algatust 150 000 £ suuruse stipendiumiga toetas (19). Selles esmatasandi hoolduse projektis katsetati „navigaatorite“ rolliga. Tegemist on inimestega, kes pole arstid ega medõed, kuid on saanud koolituse kohalikus kogukonnas pakutavate teenuste ja kogukonna ressursside tundmises. Nad rakendavad eeliseid, mida laiemate tervist mõjutavate tegurite, muuhulgas esimese ja teise tasandi meditsiiniabi kasutamine, vaimse tervise häiretega inimestele pakub. Nende ülesanneteks on toe pakkumine sobiva ravimi leidmisel, kliendi abistamine sotsiaalsetesse võrgustikesse lülitumisel ning avalike teenuste ja ressursside kasutamisel, nagu raamatukogud, sportimisvõimalused ja vabatahtlikuga tööga tegelevad ühingud, aga ka

inimeste veenmine regulaarsete tervisekontrollide vajalikkuses. Kõige sellega käib kaasas inimeste eneseväärikuse taastamine ja destigmatiseerimine. Praeguseks on 185 patsienti seitsmeteistkümnest üldarsti praksisest saanud tuge neljalt navigaatorilt, ning projekti esialgsel hindamise tulemused on igati head. Projektis osalenud olid oma eluga rohkem rahul, vajasisid senisest vähem haiglaravi ja osalesid aktiivsemalt ühiskonnaelus – asusid uuesti tööle või õppima, külastasid kohalikke raamatukogusid jne.

Waltham Forest planeerib oma teenust laiendada ka teistesse Ida-Londoni piirkondadesse. Edu tagamiseks järgitakse projektis tervet rida põhimõtteid, nende hulgas individuaalse hoolduskava koostamine, esmatasandi- ja erialameditsiini ning sotsiaalhoolekande integreerimine, andmete jagamine hästikorraldatud IT-süsteemi kaudu, ning hoolitsemine selle eest, et patsient ja tema pereliikmed püsiksid tähelepanu keskmes. Waltham Forest jagab hea meelega oma kogemusi nendega, kes sooviksid selle algatuse kohta rohkem teada.

Madala ja keskmise sissetulekuga riigid

Kõrge sissetulekuga riikidest toodud näiteid ei saa niisama hõlpsalt üle kanda ülejäänud maailmale, kus vaimsele tervisele tehtavad kulutused on vaid murdosa sellest, mida tehakse Suurbritannias ja USA-s. Meditsiini instituudi (Institute of Medicine) poolt 2001. aastal koostatud ettekandest selgub, et 1990. aastal ei saanud madala ja keskmise sissetulekuga riikides kaks kolmandikku skisofreeniahaigetest mitte mingisugust ravi (20). Patel toob põhjusena välja, et kuna nendes riikides on vaid üks kvalifitseeritud vaimse tervise spetsialist poole miljoni kuni miljoni elaniku kohta, ei saa suurem osa nende riikide skisofreeniahaigetest kas üldse mingit abi, või saavad seda vähesel määral. Hoolimata nappidest ressurssidest on nüüdseks järjest enam tõendamist leidnud, et psühhosivastased ravimid, ning kogukonnapõhised ja perekesksed sekkumismeetodid on skisofreeniahaigete puhul tõhusad ja tulemuslikud, ning et lõviosa vajaminevatest teenustest võib jätta mittespetsialiseerunud tervishoiutöötajate pädevusse (21).

Kuuekümneme riigi psühhiaatrite seas läbiviidud uuring, mille käsitlusteemaks oli ravi- ja hooldusteenuste lünkade vähendamine, kinnitas, et vajatakse nii mittespetsialiseerunud teenusepakujate abi, kui ka vaimsete häiretega

inimeste endi aktiivset kaasamist (22). Ühe sedalaadi sekkumismeetodi pilootprojekt, milles osales 256 psühhootiliste häiretega inimest, näitas puudest tingitud piirangute ja vaevuste vähenemist kõigi programmis osalenute seas (23). Järgmise näite võib tuua Indiast, kus kolmes maapiirkonnas pakuti üldharidusega tervishoiutöötaja poolt (koos spetsialistide supervisiooniga) teenust, mis koosnes viiest komponendist: psühholoogiline harimine, raviskeemist kinnipidamise jälgimine, rehabilitatsioon, suunamine kogukonnas pakutavatele teenustele ning terviseedendus (24).

Skisofreeniahaigete terviklikumaks raviks ja hoolduseks võidakse erinevates riikides ja kultuurides kasutada erinevaid vahendeid, kuid kõik nad sisaldavad individuaalseid ravi- ja taastumiskavasid ning lähedast suhet koolitatud hooldajatega.

Viited

1. Kraepelin, E. (1919) „Dementia praecox and paraphrenia.“ Barclay RM, korduustrükk: Edinburgh: E and S Livingstone.
2. Bleuler, E. (1911) „Dementia Praecox on the Group of Schizophrenias.“ Vienna.
3. Jonsson S.A., Jonsson H. (1992) Outcome in untreated schizophrenia in the pre-neuroleptic era. *Acta Psychiatrica Scand*, 85, lk. 313-320.
4. Jablensky, A. Course and Outcome of Schizophrenia and their prediction: peatükk Gelder M., Andreasen N., Lopez-Ibor J., Geddes J.R. koost.raamatust „New Oxford Textbook of Psychiatry.“ Oxford: OUP 2009, lk. 568 – 578.
5. Harrison G., Hopper K., Craig, T. jt. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow up study. *British Journal of Psychiatry* 2001, 178; lk. 506-517.
6. MTO (2008) mhGAP. Tegevusprogramm vaimse tervise alaste lünkade täitmiseks (Mental Health Gap Action Programme). „Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders.“ MTO, Genf.
7. Mojtabai, R., Fochtmann, L., Chang, S-W., Kotov, R., Craig, T.J., Bromet E. Unmet need for mental health care in schizophrenia: an overview of literature and new data from a first admission study. *Schizophrenia Bulletin*. 2009; 35(4): lk.679-695.
8. Thornicroft, G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *British Journal of Psychiatry*. 2011; 199: lk. 441-442.
9. MTO/Wonca (2008) „Vaimse tervise teenuste integreerimine esmatasandi meditsiiniabiga: ülemaailmsed väljavaated“ (Integrating mental health into primary care: a global perspective). MTO, Genf.
10. ÜRO Uue aastatuhande arengueesmärgid (Millennium Development Goals). „Meie, inimesed: ÜRO roll 21.sajandil“ („We, the Peoples: The Role of the United Nations in the 21st Century“, 2000), mis viis ÜRO aastatuhande deklaratsiooni (Millennium Declaration) resolutsiooni 55/2 koostamiseni, kohandatud üldassamblee poolt 8.09.2000.
11. Skisofreeniakomisjon (The Schizophrenia Commission), 2012. The abandoned illness: a report from the Schizophrenia Commission London: Rethink Mental Illness.
12. Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. (1990)

„Psychiatric Rehabilitation.“ Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.

13. Liberman, R.P. (2008) „Recovery From Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation.“ Washington DC: American Psychiatric Publishing.

14. Frese, F.J. III, Knight, E.L., Saks, E. Recovery from schizophrenia: with views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. Schizophrenia Bulletin. 2009: 35(2): lk. 370-380.

15. Riiklik kokkulepe vaimsest häirest taastumise definitsiooni asjus, USA (National Consensus Statement on Mental Health Recovery definition, SAMHSA). <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/sma05-4129>. (külastatud 20.03.2012)

16. Maailma terviseorganisatsioon. Vaimse tervise tegevuskava 2013-2020. www.who.int/mentalhealth/mhGAP...global_mental_health_action_plan_2013. /en

17. Schwenk, T: The Patient-Centered Medical Home. One Size Does Not Fit All. JAMA, veebruar 26, 2014, kd. 311, Nr. 8, lk. 802-803.

18. Toetatud majutusteenus Londonis Tower Hamletsi linnaosas (http://www.towerhamletscg.nhs.uk/Get_Involved/Tower%20Hamlets%20Mental%20Health%20Strategy%20Full%20Version.pdf)

19. Esmatasandi hoolduse projekt Londonis Waltham Foresti linnaosas: (<http://www.walthamforestccg.nhs.uk/Downloads/Newsandpublications/POLICIES/Better%20Mental%20Health%20strategy%20FINAL.pdf>). Washingtoni meditsiiniinstituudi ettekanne (Institute of Medicine report, Washington DC). (<http://www.nap.edu/catalog/10111.html>)

20. Washingtoni meditsiiniinstituudi ettekanne. (Institute of Medicine report, Washington DC). (<http://www.nap.edu/catalog/10111.html>)

21. Patel, V., Farooq, S., Thara, R. What is the best approach to treating schizophrenia in developing countries? PLoS medicine. 4 (6) (lk. 159), 2007.

22. Patel, V., Maj, M., Flisher, A.J., De Silva, M.J., jt. Reducing the treatment gap for mental disorders: A WPA survey. World Psychiatry. 9 (3) (lk. 169-176), 2010.

23. Chatterjee, S., Pillai, A., Jain, S., Cohen, A., Patel, V. Outcomes of people with psychotic disorders in a community-based rehabilitation programme in rural India. British Journal of Psychiatry. 195 (5) (lk. 433-439), 2009.

24. Balaji, M., Chatterjee, S., Koschorke, M., Rangaswamy, T., Chavan, A., Dabholkar, H., Dakshin, L., Kumar, P., John, S., Thornicroft, G., Patel, V. The development of a lay health worker delivered collaborative community based intervention for people with schizophrenia in India. BMC health services research. 12 (lk. 42), 2012.

Tänuõnad

Oleme tänulikud kõigile inimestele kogu maailmast, kes skisofreeniahaigetele jätkuvalt lootust pakuvad: teenusekasutajatele, nende peredele ja sõpradele ning vaimse tervise valdkonna professionaalidele.

Vaimse häirega inimeste eraldatus, häbimärgistamine ja madal enesehinnang on ikka veel probleemiks, seetõttu kutsume teid üles liituma Maailma vaimse tervise liiduga, et neile väljakutsetele koos vastu astuda.

Oleme tänulikud Londoni Tower Hamletsi linnaosavalitsusele, Ida-Londoni terviseameti sihtasutusele, Waltham Foresti vaimse tervise keskuse meeskonnale ning Navigaatori projekti meeskonnale jagatud näidete ja kogemuste eest.

Täname teid:

Professor Gabriel Ivbijaro MBE, MBBS, FRCGP, FWACPsych, M.Med.Sci., Maailma vaimse tervise liidu president, Lissaboni NOVA ülikooli külalisprofessor, Londoni Wood Streeti meditsiinikeskuse ravijuht, Wonca Tööpartei vaimse tervise töörühma endine esimees, e-mail: gabriel.ivbijaro@gmail.com
Professor sir David Goldberg, KBE, FKC, FMedSci, FRCP, kuningliku kolleegiumi liige ja emeritprofessor
E-mail: d.goldberg@iop.kcl.ac.uk

Professor Michelle Riba M.D., M.S., DFAPA, FAPM, Michigani ülikooli psühhiaatria õppetooli integreeritud meditsiiniliste ja psühhiaatriliste teenuste professor ja assotsieerunud juhataja, endine Ameerika psühhiaatrite liidu president, e-mail: mriba@umich.edu

Dr. Lucja Kolkiewicz MBBS, MRCPsych., Suurbritannia riikliku terviseameti Ida-Londoni sihtasutuse taastumis- ja heaoluasuuna liitunud ravijuht, Suurbritannia E-mail: lucja.kolkiewicz@eastlondon.nhs.uk

Dr. Henk Parmentier, M.D., peaarst Croydoni Out of Hours of Virgin Care, Lõuna-Londoni ja East Hubi vaimse tervise uuringuvõrgustiku (Mental Health Research Network – MHRN), esmatasandi teenuste juht; Vaimse tervise esmatasandi teenuste ja teavitustöö fondi (Primary Care Mental Health & Education – PRIMHE) kuraator, e-mail: henk.parmentier@gmail.com

Richard Fradgley, B.A., M.A., MPA, DipSW, Suurbritannia terviseameti kliinilise koostöörühma asejuhataja vaimse tervise alse koostöö alal, Tower Hamlets London, Suurbritannia E-mail: Richard.Fradgley@towerhamletscg.nhs.uk

Dr. Anwar Ali Khan B.Sc., MBBS, DRCOG, DCH (London), DCCH (Edinburgh), FRCGP, Waltham Foresti CCG ravijuht, Põhja- ja Kesk-Londoni üldarstide eriväljaõppe koolitusjuht, üldarstide kuningliku kolleegiumi eesistuja Põhja- ja Ida-Londonis, Churchilli meditsiinikeskuse peaarst ja koolitaja, Chingford, Suurbritannia

E-mail: anwar.khan@nhs.net

V OSA: AEG TEGUTSEDA

ELADES SKISOFREENIAGA, KUID TERVENA: TAASTUMISTEE SILLUTAMINE

M.T. Yasamy, A. Cross, E. McDaniel, S. Saxena

Taust

Skisofreeniadiagnosiga inimesed võivad paraneda (1,2). Teenusekasutajad, nende pereliikmed, kogukonnad ning tervise- ja sotsiaalteenuste pakkujad vajavad selle võimaluse tunnustamist ning realistliku lootuse säilitamist ravi ja hoolduse ajal (1; 3). Reaalses maailmas tähendab see suurele osale selle haiguse põdejatest, eriti neile, kelle psühhosotsiaalne tugi on nõrk, pikka ja vaevalist teekonda. Üheks äärmuseks skisofreeniadiagnosiga inimeste puhul on nende kiire ja täielik paranemine; teiseks kestvad vaegused. Nende kahe äärmuse vahele on hall ala, kuhu jääb enamus selle haiguse põdejaist.

Me teeme lühikese ülevaate erinevatest nõuetest, mille täitmine tagab skisofreeniahaigete puhul paremad tulemused, ning käsitleme kindlaid mõtteviisi muutusi ja sekkumisviise, mis aitavad kaasa skisofreeniahaigete võimele ja võimalustele tervena elada. „Tervena elatud“ või „tervislik elu“ viitab siinkohal MTO definitsioonile, mis käsitleb tervist vaimse, füüsilise ja sotsiaalse heaoluna. Kõikide nende vastastikusel seoses olevate terviseaspektide juures on läbivaks põhimõtteks skisofreeniahaigete inimõiguste austamine.

Füüsiline tervis

Enneagne suremus

Skisofreenia ja teiste tõsiste vaimsete häiretega inimeste puhul on täheldatud nende kehva füüsilist tervist ja enneagset suremust. Sellist eristumist füüsiliste tervise näitajate poolest on õigustatult käsitletud olukorrana, mis on vastuolus rahvusvahelistes konventsioonides sätestatud „õigusega tervisele“ (4; 5). Tõsiste vaimsete häiretega inimeste füüsilise tervise probleeme ignoreeritakse sageli mitte ainult nende endi, vaid

ka neid ümbritsevate inimeste ja tervishoiusüsteemi poolt.

Tõsiste vaimsete häiretega, nende hulgas skisofreeniadiagnosiga inimeste seas on ebaproportsionaalselt kõrged suremusnäitajad (6;7), ning seda sageli just füüsiliste haiguste tõttu, nagu südame-veresoonkonna haigused, ainevahetushaigused ja hingamisteede haigused (8). Kõrged suremusnäitajad tähendavad, et vaimsete häiretega patsientide oodatav eluiga on keskmisest 10 – 25 aasta võrra lühem (4;5; 9-11). Skisofreeniahaigete suremusnäitajad on üldisest keskmisest 2 – 2,5 korda kõrgemad (9, 12).

Füüsilise tervise seisukord

On tõendeid, et skisofreeniahaigete seas on kõrgem südame-veresoonkonna haiguste ning obsteetriliste probleemide (naiste puhul) esinemissagedus. Tõendeid on ka selle kohta, et elanikkonna keskmiste näitajatega võrreldes esineb nende seas rohkem ülekaalulisust, diabeeti, hüperlipideemiat, hamba- ja suuõõneprobleeme, kahjustunud kopsufunktsiooni, osteoporoosi, teisenenud valutundlikkust, seksuaalfunktsioonihäireid ja polüdüpsiat (liigjanusust), aga ka nakatumist sellistesse haigustesse, nagu HIV, hepatiit ja tuberkuloos (13). Need erinevad tegurid annavadki tulemuseks enneagse suremuse kõrged näitajad. Skisofreenia ja teiste tõsiste vaimsete häiretega inimeste enneagset suremust põhjustavate tegurite seosed ja osakaalud on näidatud joonisel 1.

Ebatervislik elulaad ja riskitegurid

Skisofreeniahaigete seas on elanikkonna keskmisega võrreldes 2-6 korda rohkem tugeva suitsetamissootuvusega inimesi: erinevates piirkondades on nende osakaaluks 50 – 80% (14). Isegi teiste vaimsete häiretega inimestega võrreldes on skisofreeniahaigete seas suitsetajaid 2-3 korda rohkem (15). Eriti kõrget suitsetajate arvu on täheldatud psühhiaatria haiglates ravil viibivate patsientide seas (16).

Skisofreeniapatsientidel on sageli kõrgem risk ka ülekaalulisuseks või rasvumiseks: hinnaguliselt jääb selle riski esinemissageduse määr 45 ja 55 % vahele (12; 14; 17). Nad on ka keskmisest vähem

füüsiliselt aktiivsed ning nende seas on vähem heas füüsilises vormis olevaid inimesi, mis võib tuleneda nende piiratud võimest füüsiliseks aktiivsuseks, ülekaalulisusest või rasvumisest, suitsetamisest, ning ka psühhoosivastaste ravimite kõrvalmõjudest (18).

Tervishoiu- ja hoolekandesüsteemide mõju

Haiglasse või hooldekodusse paigutamine röövib enamasti teenusekasutajalt võimaluse vabaks liikumiseks ja iseseisvateks otsustusteks, mis on füüsiliseks aktiivsuseks vajalikud. Paljudes ravi- ja hooleasutustes pole toitlustamine tasakaalustatud ja/või üksikisikute vajadustele kohaldatud, ning sageli võtavad sealsed asukad kaalus juurde või koguni rasvuvad. Lisaks sellele suurendavad paljud psühhoosivastased ravimid söögiisu, ning kui seda mõju järjekindlalt ei jälgita, võib see otseselt või kaudselt kaasa aidata muutustele ainevahetuses, mis viivad diabeedi, hüperlipideemia ja kõrgvererõhutõve tekkeni (19). Diabeedi ja kõrgvererõhutõve esinemissagedus skisofreeniapatsientide hulgas on vastavalt 10 – 15 ja 19 – 58 % (14).

Skisofreenia ja teiste tõsiste vaimsete haigustega kaasnev kõrgeenenud füüsiliste haiguste tekkerisk osutab tugevnenud vajadusele põhjalikuks ja regulaarseks tervisekontrolliks. Paradoksaalselt aga saavad vaimse tervise häiretega inimesed füüsilise tervise probleemide osas teistega võrreldes vähem meditsiiniabi (20).

Hea füüsiline tervis on väga tähtis elukvaliteedi aspekt, ning sealjuures on teada, et skisofreenia ja teiste tõsiste vaimsete haigustega inimeste seas esineb füüsilisi haigusi sagedamini kui ülejäänud elanikkonnas (21). Vaimse ja füüsilise meditsiiniabi alase koostöö edendamine tõsiste vaimsete häiretega inimeste ravi ja hoolduse parandamisel võtmetähtsusega. Füüsilised haigusseisundid jäävad pahatihti psühhiaatrilise diagnoosi varju, ning hilinevad diagnoos muudab ravimeetmed vähem tõhusateks või koguni võimatuteks (22).

Vaimse ja sotsiaalse tervise probleemid

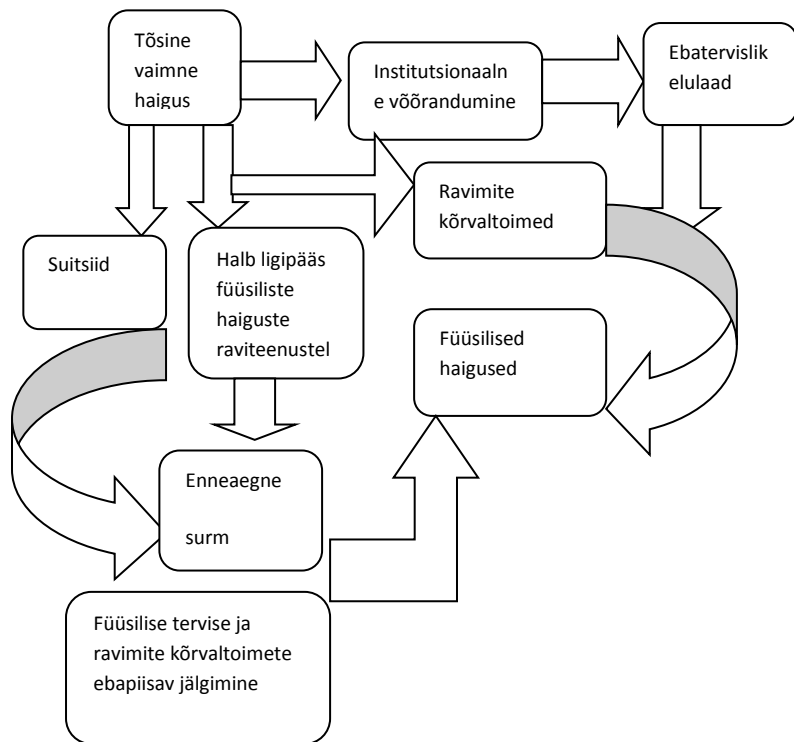
Levinud, kuid väga kahjutoov viga on määratleda skisofreeniapatsientide olemust ainult nende kliinilise diagnoosi järgi. Tuleb sageli ette, et

avalikkuses, kuid isegi hooldajate ja teenusepakkujate seas kasutatakse skisofreeniadiagnoosiga inimeste kohta ebakohast mõistet „skisofreenik.“ See termin jätab kõrvale isiku sotsiaalse ja inimliku poole, ning näeb temas ainult diagnoosi. Skisofreeniadiagnoosiga inimesed kogevad diskrimineerimist ja oma õiguste rikkumisi nii ravi-, hoolekande- ja ametiasutustes kui väljaspool neid. Igapäevaelus puutuvad nad kokku tõsiste probleemidega hariduse-, töö- ja eluasemevaldkonnas. Nagu eelpool mainitud, võib isegi tervishoiuteenustele ligipääs nende jaoks keerulisem olla.

Tõsise vaimse häirega inimesed kannatavad lisaks põhidiagnoosile sageli ka lisanduvate vaimsete häirete – depressiooni ja sõltuvushäire all. Elukestva suitsiidikalduvusega inimesi on tõsise vaimse häirega inimeste seas 5%, mida on tunduvalt rohkem kui elanikkonnas keskmiselt (23; 24). Et skisofreeniapatsientide seas on keskmisest enam alkoholi- ja uimastisõltlasi, esineb nende puhul ka rohkem vägivaldsust ning neil on keskmisest suurem tõenäosus vägivallateo ohvriks langeda (24). Tõsiste vaimsete haiguste, sealjuures skisofreeniaga inimeste seas on ka keskmisest rohkem kodutuid, töötuid ja vaesuses elavaid inimesi (25; 26)

Sekkumismeetmed

Paljudes riikides on tehtud pingutusi skisofreeniapatsientide füüsilise tervise parandamiseks, ning julgustatud sotsiaal- ja haridussektorit pakkuma tõsiste vaimsete häiretega inimestele paremini kättesaadavaid teenuseid. Ravimeetmed ei peaks piirduma farmakoteraapiaga. Järjest tähtsamaks on muutunud mittefarmakoloogilised psühhosotsiaalsed sekkumismeetmed, mis peaksid moodustama kindla osa vaimse häire ohjamisest. Psühhosotsiaalsed sekkumismeetmed on osutunud tõhusaks ka psühhoosivastaste ravimite mõningate kõrvalmõjude ennetamisel. Rühmateraapiate, kognitiiv-käitumusliku teraapia ja toitumisharjumuste meta-analüüs on näidanud, et neil sekkumismeetmetel on olnud püsiv mõju psühhoosivastastest ravimitest tingitud kehakaalu tõusu piiramisel (27).



Joonis 1.

Mõtteineks

Üldine puude tõsidus peegeldab puudega isiku võimete ja omaduste ning ühiskonna omaduste koosmõju. Skisofreeniapatsientide puuet ja kaasnevaid füüsilisi haigusi ei põhjusta pelgalt patoloogilised kõrvalekalded ajutalitluses. Halb füüsilise tervis ja enneaegne suremus on ka skisofreeniapatsientide ja ühiskonna vaheliste, sotsiaalselt ja funktsionaalselt vildakate suhete tulemus. Skisofreeniapatsiendid ei ela teistest vähem mitte seetõttu, et skisofreenia oleks letaalse kuluga haigus, vaid põhjusteks on diskrimineerimine, raskendatud ligipääs tervishoiuteenustele, terviseriskide ja füüsiliste haiguste tekkeriskide jälgimata jätmine, ning pereliikmete ja ühiskonna vähene tugi. Toeta jäänud skisofreeniapatsiendi võime ise enda eest hoolitseda kahaneb kiiresti olematuks.

Kuidas edasi?

Oleme aastakümneid õigustatult rõhutanud, et „ei ole tervist ilma vaimse terviseta.“ See on populaarne loosung, ning kehtib siiani. Ent sedamööda, mida vaimsete terviste teenuste valik on suurenenud, on kasvanud ka meie mure erinevates maailma riikides osutatavate teenuste kvaliteedi pärast. Aeg on küps uueks loosungiks: „Ei ole vaimset tervist ilma füüsilise terviseta“ (31). Selle loosungi mõistmine ja elluviimine nõuab

pingutust kõikidelt vaimse tervise valdkonnaga tegelejatel.

Meie teadmised tõsiste vaimsete haigustega inimeste suremusnäitajatest keskmise jõukustasemega ja vaestes riikides on väga piiratud. 2007.aasta vaimse tervise ülevaates pärines 86% uuringuandmetest tööstusriikidest (32). Kõrge sissetulekuga riikide elanikud on

terviseteadlikumad, seal on kättesaadavad paremad teenused, ravi- ja hoolekandeesutuste järelevalve on paremal tasemel, ning vaimse tervise häiretega inimeste füüsilist tervist jälgitakse regulaarsemalt. Madala ja keskmise sissetulekuga riikides, kus ressursid on vähesed, ravi- ja hoolekandeesutuste juhtimine kehvel tasemel ning nende vahendid napivad, ning ligipääs vaimse- ja füüsilise tervise teenustele raskem, on vaimse tervise häiretega inimeste suremusnäitajad ilmselt kõrgemad. MTO on alustanud värske andmete kogumist, ning peagi oleme sealsete oludega paremini kursis.

Käimas on ka paljud MTO programmid, mille eesmärgiks on tõsiste vaimsete häiretega, sealhulgas skisofreeniaga inimeste, taastumise hõlbustamine.

2013. aasta ülemaailmsel vaimse tervise assambleel vastu võetud MTO Vaimse tervise arengukava (33) sisaldab visioone ja plaane kõikide vaimse tervise teenuse aspektide osas. Ülemaailmseks tegevuskavas rõhutatakse, et vaimse häirega inimesel on õigus peamisteks tervishoiu- ja sotsiaalteenusteks, ilma, et need põhjustaksid tema vaesumist, ning nimetatud teenused peavad olema sellised, mis viivad inimese tervise taastumiseni ja parima võimaliku terviseseisundi saavutamiseni. MTO edendab vaimse tervise alaseid ettevõtmisi kogu maailmas juhendite abil, mis ei põhine mitte ainult teaduslikult tõendatud andmetele, vaid peavad silmas ka teenusekasutajate inimõigusi. Seeõttu pööratakse taastumisele kui kättesaadavate vaimse tervise teenuste parimale võimalikule tulemile erilist tähelepanu (33).

MTO tegevusprogramm lünkade täitmiseks vaimse tervise teenustes (The Mental Health Gap Action

Programme of WHO) (34) ning selle juurde kuuluv sekkumismeetmete juhend (Intervention Guide – IG) (35) on näited MTO uuest lähenemisviisist, mis rõhutab lisaks farmakoteraapiale ka psühhosotsiaalsete sekkumismeetmete tähtsust, ning vajadust pöörata võrdset tähelepanu nii teenusekasutajate vaimsele kui füüsilisele tervisele. Praegu on käsil tegevusprogrammi läbivaatamine, ning 2015.aastaks on oodata uut versiooni. Uuendatud versioon varustab meid juhendite ja nõuannetega, mis peaksid kindlustama, et terviklik tervise- ja hoolekandeteenuste käsitus ja selle rakendamine tekitaks võimalikult vähe kahju, ning annaks võimalikult palju kasu.

MTO kvaliteediõiguste projekt (The Quality Rights Project of WHO) ja selle juurde kuuluv kontrollnimekiri annavad hea võimaluse vaimse häiretega inimestele pakutavate teenuste kvaliteedikontrolliks (36).

On terve rida meetmeid, mida erinevad sidusrühmad võiksid kasutada, või mida nende puhul rakendada. Alljärgnevalt mõned näited:

Skisofreeniadiagnoosiga inimesed: Enese eest hoolitsemise ja enda eest seismise harjutamine; oma õiguste nõudmine, sealhulgas õigus kõiki tervise aspekte arvestavatele tervishoiuteenustele. Osalemine otsuste langetamisel ning vaimse tervise programmide rakendamisel.

Perekonnad: Skisofreeniapatsiendiga kooselavate pereliikmete toetamine ja nende suutlikkuse suurendamine.

Kogukonnad ja ühiskond: Skisofreeniadiagnoosiga inimeste võimustamine v. võimestamine (empowering), lõpu tegemine stigmatiseerimisele ja diskrimineerimisele, nende õiguste austamine, võimaluste loomine nende kaasamiseks majanduslikesse ja ühiskondlikesse tegevustesse, sealjuures sotsiaalselt ja kultuuriliselt asjakohased võimalused toetatud töötamiseks. Perekondade füüsilise, sotsiaalse ja vaimse tervise vajaduste täitmine. Töö kohalike agentuuridega, leidmaks isiku vajadustele ja oskustele vastavaid töö- ja haridusvõimalusi.

Tervishoiusektor: Kindlate meetmete rakendamine, nagu näiteks institutsionaliseerimise vähendamine ja viimaks lõpetamine. Kvaliteetsete füüsilise tervise teenuste pakkumine, riskitegurite ning ravimite kõrvaltoimete regulaarne jälgimine. Võitlemine ebatervislike eluviisidega; skisofreeniapatsientide seas enim levinud krooniliste füüsiliste haiguste tuvastamine ja ravi. Suitsetamisest loobumise strateegiate rakendamine, ning suitsuvabade teenusekeskkondade loomine ja edendamine. Koordineeritud koostöö teenusekasutajatega, aga ka sotsiaal-, haridus-, majutus- tööhõive- ja teiste sektoritega.

Sotsiaaltöösektor: Skisofreeniadiagnoosiga patsientide toetamine ja võimestamine hariduse, töökoha ja eluaseme omandamisel; koordineeritud koostöö tervishoiu- jt. sektoritega.

Esitame siinkohal kaks näidet teenustest, mis lõimivad erinevaid terviseaspekte:

Näide 1. Fountain House (USA) (28)

Fountain House, ülemaailmse haardega kogukonnamudel, mille algatus sündis USA-s, on välja arendanud kogukonnapõhise ja taastumisele orienteeritud teenustekeskonna, kus ollakse väga tähelepanelikud teenusekasutaja üldise heaolu ja füüsilise tervise suhtes. Nende tegevusraportid näitavad teenusekasutajate kõrget edukustaset ja rahulolu, „muutes väljakujunenud suhtumisi“ ning „sütitades lootust.“ Pakutavad programmid on laiapõhjalised, hõlmates heaolu, haridust, tööhõivet ja majutust. Nende tegevuskavasid ja saavutusi kajastavatest ettekannetest nähtub, et teenusekasutajate füüsilisele tervisele pööratakse suurt tähelepanu. Heaks näiteks selle sageli eiratud vajaduse täitmisest on nende Sidneys asuva Baeri keskuse tervisekodu (Health Home).

Näide 2. Ahelatest vabastamise algatus Mogadishus (29;30)

Somaalias ette võetud „ahelatest vabastamise algatus“ on heaks näiteks kogukonnale orienteeritud teenusemudelist väheste ressurssidega riigis. MTO Vahemerepiirkonna idaosa allorganisatsioon alustas selle programmiga esmalt Mogadishus, ning laienes seejärel ka

mujale. Programm on jagatud kolmeks faasiks: Esimeses, ahelatevabade haiglate faasis, vabastatakse patsiendid ahelatest või köidikute, ning haiglad muudetakse patsiendisõbralikeks ja inimlikeks keskkondadeks, kus kehtivad ainult vältimatud piirangud. Teine faas, ahelatevabad kodud, näeb ette mobiilsete töörühmade moodustamise ja kodude külastamise, aheldatud või köidikutesse kinnitatud vaimse häirega pereliikmete vabastamise, perekonna psühholoogilist harimise, ning pereliikmetele pakutavad koolitused realistliku, taastumisele orienteeritud suhtumise kujundamiseks. Kolmandas, ahelatevabade keskkondade faasis, tegeldakse vaimsete häiretega inimesi puudutavate „nähtamatute“ stigmatiseerivate ja piiravate ahelate eemaldamisega, austades nende õigusi ligipääsuks kõikidele võimalustele, mis on teistel inimestel, toetades endisi ja praegusi vaimse tervise teenuse kasutajaid, ning mobiliseerides kogukondi neile töö- ja eluasemevõimalusi pakkuma. Programm, millele eelnes tulemustele orienteeritud juhtimispõhimõtete kasutuselevõtt, parendas olukorda psühhiaatrilises eestkostes, ning suurendas kodukülastuste ja ambulatoorsete vastuvõttude käigus teenuseid saavate inimeste arvu. Üha enam endisi psühhiaatriaiglate patsiente elab ja töötab nüüd kogukondades, kus ollakse tõsiselt vaimsete häiretega inimeste õigustest senisest rohkem teadlikud. Töörühmad alustasid tööd ka teenusekasutajate toitumise parendamiseks, ning varustasid neid võimalustega füüsiliste haiguste, muuhulgas tuberkuloosi, raviks.

Tänuõnad

Sooviksime tänada dr. G.Thornicrofti ja dr.J.Eatonit tehnilise tagasiside eest infolehele, mis andis tuge selle artikli kirjutamiseks.

Artikli autorite hulka kuuluvad M.T. Yasami ja S.Saxena on MTO töötajad, kes avaldasid käesolevas publikatsioonis oma isiklike seisukohti, mis ei pruugi kõiges kattuda Maailma terviseorganisatsiooni otsuste, poliitika ja vaadetega.

Viited

1.Bellack, A.S. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts, and implications. Schizophrenia

bulletin. 2006;32(3): lk. 432-42.

2. Sklar, M., Groessl, E.J., O'Connell, M., Davidson. L., Aarons, G.A. Instruments for measuring mental health recovery: a systematic review. Clinical psychology review. 2013;33(8): lk. 1082-95.

4. RAISE project Overview. National Institute of Mental Health; leitav aadressil: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/index.shtml>. 16.07.2014.

4.Thornicroft, G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2011;199(6): lk.441-442.

5.Thornicroft, G. „Premature death among people with mental illness.“ BMJ. 2013; lk.346.

6.Cuijpers, P., Smit, F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. Journal of affective disorders. 2002;72(3): lk.227-36.

7.De Hert, M., Correll, C.U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., jt. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry. 2011;10(1): lk.52-77.

8.Lawrence, D., Hancock, K.J., Kisely, S. „The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers.“ BMJ. 2013; 346:f2539.

9.Saha, S., Chant, D., McGrath, J. A. Systematic review of mortality in schizophrenia - Is the differential mortality gap worsening over time? Arch Gen Psychiat. 2007;64(10): lk.1123-1131.

10. D.Svensden, Patricia Singer, Mary Ellen Foti, ja B. Mauer. Morbidity and mortality in people with serious mental illness. Alexandria, VA, USA: Osariigi vaimse tervise programmijuhtide riikliku liidu (National Association of State Mental Health Program Directors – NASMHPD) ravijuhtide nõukogu (Medical Directors Council), 2006.

11.Larsen, J.I., Andersen, U.A., Becker, T., Bickel, G.G., Borks, B., Cordes, J. jt. Cultural diversity in physical diseases among patients with mental illnesses. Aust Nz J Psychiat. 2013;47(3): lk.250-258.

12.De Hert, M., Dekker, J.M., Wood, D., Kahl, K.G., Holt, R.I., Moller, H.J. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists. 2009;24(6): lk. 412-424.

13.Scott, D., Happell, B. The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. Issues in mental health nursing. 2011;32(9): lk.589-597.

14.Correll, C.U. Acute and long-term adverse effects of antipsychotics. CNS spectrums. 2007;12(12, Lisa 21): lk. 10-14.

15.de Leon, J., Diaz, F.J. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. Schizophr Res. 2005;76(2-3):lk. 135-157.

16.Stockings, E.A., Bowman, J.A., Prochaska. J.J., Baker, A.L., Clancy, R., Knight, J., jt. The impact of a smoke-free psychiatric hospitalization on patient smoking outcomes: a systematic review. The Australian and New Zealand journal of psychiatry.

2014;48(7): lk. 617-633.

17. Shin, J.K., Barron, C.T., Chiu, Y.L., Jang, S.H., Touhid, S., Bang, H. Weight changes and characteristics of patients associated with weight gain during inpatient psychiatric treatment. *Issues in mental health nursing*. 2012;33(8): lk. 505-512.

18. Vancampfort, D., Probst, M., Scheewe, T., De Herdt, A., Sweers, K., Knapen, J., jt. Relationships between physical fitness, physical activity, smoking and metabolic and mental health parameters in people with schizophrenia. *Psychiat Res*. 2013;207(1-2): lk.25-32.

19. Cerimele, J.M., Katon, W.J. Associations between health risk behaviors and symptoms of schizophrenia and bipolar disorder: a systematic review. *Gen Hosp Psychiat*. 2013;35(1): lk.16-22.

20. Mitchell, A.J., Lord, O. Do deficits in cardiac care influence high mortality rates in schizophrenia? A systematic review and pooled analysis. *J Psychopharmacol*. 2010;24(4.kaasaanne): lk.69-80.

21. Maj, M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. *World Psychiatry*. 2009;8(1):1-2.

22. MTO. „Suuremad vajadused, piiratud juurdepääs.“ (Greater needs, limited access). B MTO [Internet]. 2009; 87(4). Leitav aadressil: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/09-030409/en/>. 16.07.2014.

23. Hor, K., Taylor, M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol*. 2010;24(4.kaasaanne): lk. 81-90.

24. Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J.R., Grann, M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*. 2009;6(8):e1000120.

25. Maniglio, R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2009;119(3): lk. 180-191.

26. Eriksson, A., Romelsjö, A., Stenbacka, M., Tengstrom, A. Early risk factors for criminal offending in schizophrenia: a 35-year longitudinal cohort study. *Soc Psych Psych Epid*. 2011;46(9): lk. 925-932.

27. Alvarez-Jimenez, M., Hetrick, S.E., Gonzalez-Blanch, C., Gleeson, J.F., McGorry, P.D. Nonpharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2008;193(2): lk.101-107.

28. Wellness. Fountain House; leitav võrguaadressilt: <http://www.fountainhouse.org/content/wellness>. 16.07.2014.

29. MTO. „Vaimse tervised teenused avavad hullumajade ukseid. Lutikad, uimastid ja suitsetamine: lugusid rahvatervisest.“ (Mental health unlocking the asylum doors. Bugs, drugs and smoke: stories by public health), Maailma terviseorganisatsioon; 2011. lk. 18.

30. MTO. Aheldamisvabad algatused (Chain Free Initiatives). Lietav võrguaadressil: <http://www.emro.who.int/mentalhealth/chain-free-initiative/>. 16.07.2014.

31. No mental health without physical health. *Lancet*. 2011;377(9766): lk. 611-.

32. Leucht, S., Burkard, T., Henderson, J., Maj, M., Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2007;116(5): lk. 317-333.

33. MTO. Vaimset teise tegevuskava aastateks 2013 – 2020 (Mental health action plan 2013 – 2020). Genf, Šveits, 2013.

34. MTO. Tegevusprogramm vaimse tervise teenuste alaste lünkade täitmiseks. Vaimsete-, neuroloogiliste- ja

sõltuvushäirete alaste ravi- ja hoolekandeteenuste parendamine. (MhGAP Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders), Maailma terviseorganisatsioon, 2008.

35. MTO. Eelneva dokumendi juurde kuuluv (vt. viide 34) sekkumismeetmete juhend: mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Maailma terviseorganisatsioon, 2010.

36. MTO. MTO kvaliteediõiguste töövahend teenuste kvaliteedi ja inimõiguste täitmise hindamiseks ja parendamiseks vaimse tervise- ja sotsiaalhoolekandeesutustes. (WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities), Maailma terviseorganisatsioon, 2012. p.338.

**Maailma terviseorganisatsioon,
Vaimse tervise- ja mõnuainete kuritarvitamise osakond
yasamym@who.int**

ELU VÄLJASPOOL SKISOFREENIAT – TAASTUMINE ON VÕIMALIK

William A. Anthony, Ph.D.

Kahekümnendal sajandil valitses vaimse tervise valdkonnas dogma, et skisofreeniadiagnosiga inimesi ootab ees eluaegne vaimse tervise seisundi halvenemine. Põhimõtteliselt nähti skisofreeniat elukestva vaimse allakäiguna. Käibel oli müüt, et enamiku skisofreeniapatsientide terviseseisund „halveneb koos skisofreeniaga,“ kontrastiks praeguseks hästi teadaoleva faktiga, et skisofreeniast on võimalik paraneda, ning elada elu „väljaspool skisofreeniat.“ Praeguseks on skisofreeniast taastumise definitsioone palju, üks esimesi nendest kõlas järgmiselt: „*Taastumine tähendab elule uue tähenduse ja eesmärgi andmist sedamööda, kuidas skisofreenia hädaseisundist välja kasvatakse*“ (Anthony, 1993). Kui 20. sajandi diagnostikud uskusid, et skisofreenia kõige sagedasemaks tagajärjeks on „*akuutsed ägenemised koos seisundi progresseeruva halvenemisega haigusepisoodide vahel,*“ (Ameerika psühhiaatrite ühing, 1987), annavad viimaste kvantitatiivsete ja kvalitatiivsete uuringute tulemused põhjust teisiti arvata (Anthony, Ashcraft, 2010). Kahekümenda sajandi lõpuaastatel leidsid aset kaks tähtsat arengut, mis viisid mõistmiseni, et taastumine on võimalik. Üheks teguriks olid psühhiaatriliste diagnoosidega, sealhulgas skisofreeniadiagnosiga inimeste kirjutised. 1980. aastatel anti välja esimesed isiklike taastumiskogemustega inimeste lood, ning sestpeale on neid ilmunud järjepidevalt (nt. Deegan, 1988; Leete, 1989; Mead ja Copeland, 2000). Tavaliseks on saanud ka inimeste taastumiskogemuste kvalitatiivsed uuringud (nt. Jacobson, 2001; Jenkins jt., 2007; Spaniol jt., 2003). Teiseks taastumise faktilist baasi toetanud arenguks olid pikaajalised jätku-uuringud skisofreeniadiagnosiga inimestest, mida viidi läbi mitmel pool maailmas. Harding ja tema kolleegid võtsid mitmete pikaajaliste uuringute tulemused kokku, ning leidsid, et tõsiste vaimsete haiguste, sealjuures skisofreenia progresseeruv kulg ei ole norm (Harding, 1994; 2003). Nende kahe arengu tulemusena on nüüdseks olemas nii isiklikud kui empiirilised tõendid selle kohta, et skisofreeniadiagnosiga inimese paranemine ja isiksuslik areng on võimalikud. Skisofreeniaga inimesi ei defineerita enam nende diagnoosi ja sümptomite alusel, vaid pigem nende pikaajalise edu põhjal ja sotsiaalsete, tööd, õppimist, ning inimsuhteid puudutavate rollide kaudu. Skisofreeniadiagnosiga inimesed võivad diagnoosi

saamise järel elada täisväärtuslikku, mitte masendunud ja piiratud elu. Uued arusaamad taastumisest on kahekümne sajandil käivitanud vaimse tervise valdkonnas revolutsiooni. See on visionäärne revolutsioon, mis muudab uskumusi selle kohta, mida skisofreeniadiagnosiga inimeste puhul võimalikuks peetakse. Möödunud sajandil valitses arvamus, et skisofreeniapatsiendid peavad taluma pikaajalist tõsise puude koormat, ning oma vaimse tervise jätkuvat halvenemist. Uued empiirilised ja kogemuslikud tõendid näitavad, et see arvamus oli eksklik. Empiirilisi ja kogemusi tõendeid selle kohta, et skisofreeniast taastumine on võimalik palju suurema arvu inimeste puhul, kui algul arvatud, koguneb jätkuvalt. Veel enam, on selgunud, et paljutki sellest, mida me kirjutasime skisofreenia kroonilise iseloomu arvele, tulenes hoopis sellest, kuidas ühiskond ja vaimse tervishoiusüsteem skisofreeniadiagnosiga inimesi kohtlesid, mitte haigusest endast. Kui kunagi anti skisofreeniapatsientidele vähe lootust millekski muuks kui süvenev puue ja tervise halvenemine, siis nüüdseks on olemas uuringutulemustega kinnitatud usk elu võimalikusse väljaspool skisofreeniat. Ettekujutused taastumisvõimalustest muutuvad sedamööda, kuidas me muudame oma suhtumist skisofreeniadiagnosiga inimestesse.

Viited

1. Ameerika psühhiaatrite ühing (American Psychiatric Association), 1987. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3. trükk.). Washington, DC.
2. Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), lk. 11-23.
3. Anthony, W. A.; Ashcraft, L. (2010). Ptk. The recovery movement. B. L. Levini, K. H. Hennessy ja J. Petrita (toim.) raamatust: „Mental Health Services: A Public Health Perspective“ (lk. 465-479). Oxford: Oxford University Press.
4. Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), lk. 11-19.
5. Harding, C. M. (1994). Ptk. An examination of the complexities in the measurement of recovery in severe psychiatric disorders. R. J. Ancilli, D. Holliday ja G. W. MacEwani (toim.) raamatust: „Schizophrenia: Exploring the spectrum of psychosis“ (lk. 153-169), Chichester: J. Wiley & Sons.
6. Harding, C. M. (2003). Ptk. Changes in schizophrenia across time: Paradoxes, patterns, and predictors. C. Cohen (toim.) raamatust: „Schizophrenia into later life“ (lk. 19-41), Washington, DC: APA Press.
7. Jacobson, N. (2001). Experiencing recovery: A dimensional analysis of consumers' recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), lk. 248-256.
8. Jenkins, J. H., Strauss, M. E., Carpenter,

- E. A., Miller, D., Floersch, J., Sajatovic, M. (2007). Subjective experience of recovery from schizophrenia-related disorders and atypical antipsychotics. *International Journal of Social Psychiatry*, 51, lk. 211-227.
9. Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), lk. 197-200.
10. Mead, S., & Copeland, M. E. (2000). What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36(3), lk. 315-328.
11. Spaniol, L., Gagne, C., Koehler, M. (2003). Ptk. The recovery framework in rehabilitation and mental health D. Moxley ja J. R. Finchi (toim) raamatus „Sourcebook of Rehabilitation and Mental Health Practice“ (lk. 37-50): Kluwer Academic/Plenum Publishers.

William A. Anthony, Ph. D, Bostoni ülikooli emeriitprofessor

ELU SKISOFREENIAGA: ÜLESKUTSE TEGUTSEMISEKS

2014. aasta ülemaailmse vaimse tervise päeva teemaks on elu skisofreeniaga, sest me tahame tuua lootust kõigile skisofreeniast mõjutatud inimestele üle kogu maailma. Neid on 26 miljonit, ning see arv kahekordistub, kui neile lisada pereliikmed ja hooldajad.

Skisofreenia on haigus, mis tekib tavaliselt varajases täiskasvanueas ning võib mõjutada inimese heaolu, muutudes mõningate inimeste jaoks raskemaks nende täispotentsiaalini jõudmise. Kuid me teame ka, et umbes pooled või rohkemgi skisofreeniaga inimestest jõuavad viimaks heade tulemusteni, kui nad saavad asjakohast abi. Taastumine on teekond, ning selles pole midagi võimatut. Seda illustreerivad kogemuslood, mida meil on selle aasta vaimse tervise päeva materjalides olnud au jagada. Kindlustamiseks olukorda, et inimestel oleks võimalik jõuda taastumiseni, kutsume ülemaailmset vaimse tervise kogukonda, valitsusi, annetajaid, multilateraalseid agentuure ja kõiki teisi vaimse tervise valdkonnas tegutsejaid, nii kutselisi teenusepakkujaid kui teenusetarbijaid üles tegema kõike, mida nad suudavad, et toetada skisofreeniasümptomitega inimesi ja nende perekondi; seda enam, et ÜRO käsitleb skisofreeniahaigete kaitset, ravi ja hoolekannet fundamentaalse inimõigusena. Peamiseks takistuseks taastumise teel on ühiskonna hoiakud ning vaimsete haiguste ja skisofreeniaga seonduv stigmatiseerimine. Me kutsume kõiki kodanikke üles eelarvamustest loobuma, ning pakkuma oma naabrile vajadusel abi. Eluase, haridus, vabaajategevused, perekonnaelu ja sõprus ei ole paljude skisofreeniaga inimeste jaoks sugugi mitte enesestmõistetavad. Me kutsume teenusepakkujaid üles, et ligipääs asjadele, mida kõik peavad normaalse elu enesestmõistetavateks osadeks, oleks skisofreeniaga inimestele tagatud samamoodi, nagu kõikidele teistele. Haiguse varajane tuvastamine ja ligipääs headele vaimse ja füüsiliste tervise teenustele on väga tähtsad, nagu ka spetsialistide, perearstide, skisofreeniahaigete ja nende pereliikmete vaheline koostöö, mis kuulub lahutamatu parimate sekkumismeetmete juurde.

Poliitikakujundajad ja poliitikud peavad hea seisma sobivate poliitikate ja seaduste eest, mis tagaksid füüsilise ja vaimse tervishoiu pariteetsuse.

Inimeste vaimse tervise säilitamisel ning vaimse tervise probleemidest taastumisel võib suurt rolli mängida vaimsus (i.k. „spirituality“ ilmselt on mõeldud vaimseid praktikaid ja religiooni, tlk.), ning seetõttu tuleks seda (neid) soodustada. Tähtis osa on ka MTÜ-del, kelle ülesandeks peaks olema abivajavate skisofreeniaga inimeste kogukonnast ülesleidmine, ning sotsiaalsete tugivõrgustike ja sidemete loomine.

Positiivsete muutuste elluviimiseks tuleb kursis olla kõrgetasemeliste teadusuuringute tulemustega, et me saaksime kasutada tõeliselt tõenduspõhiseid meetodeid. Me vajame tõhusaid, vähemate kõrvaltoimetega ravimeid, ligipääsu psühholoogilistele ja sotsiaalsetele teraapiatele, suitsetamist loobumise strateegiaid, liikumis- ja sportimisvõimalusi – ehk teisisõnu, kõike seda, mis toetab tervislikku elustiili ning aitab skisofreeniast taastuda.

Ülemaailmne vaimse tervise päev on Maailma vaimse tervise liidu poolt korraldatavate ürituste lipulaev. Maailma vaimse tervise liit (WFMH) on maailma vanim vaimse tervise valdkonna huvikaitseorganisatsioon, mis seisab hea selle eest, et meie kõikide vaimne tervis oleks parem, ning võitleb inimeste edu ja arengut piirava stigmatiseerimise vastu.

Ülemaailmset vaimse tervise päeva tähistatakse paljude üritustega üle kogu maailma 10.oktoobril. Need sündmused toovad vaimse tervise teema meie kõigi teadvusse, ning liidavad meid omavahel. Jagage oma ettevõtmisi meiega! Saatke meile fotosid, ürituste kavasid ja kokkuvõtteid oma tegemistest aadressil wmhday@wfmh.com, et me võiksime üksteise saavutustest rõõmu tunda, üksteiselt õppida ja üksteist toetada.

VI OSA:TÄNUSÖNAD

Tähistades 2014.aasta ülemaailmset vaimse tervise päeva, austame ühtlasi erilisi, skisofreeniaga elavaid inimesi. Me peaksime korraks peatuma ja mõtlema seda haigust kogevate inimeste valule, võitlusele ja tugevusele, mis aitab neil haigusest üle saada ja jõuda oma eluga punkti, kus nad võivad end õnnelikuna tunda.

Me täname kõiki neid inimesi, kes on rääkinud oma haiguskogemusest, ning loodame, et see julgustab ka teisi oma taastumisloost kõnelema. Skisofreenia on haigus, mis on jälitanud inimkonda läbi terve ajaloo, kuid seda mõistetakse tänini võõriti, ning selle ravis on alles hiljuti võetud omaks isikukeskne ja taastumisele suunatud lähenemine.

2014. aasta kampaania annab teile infot sellest, mis on skisofreenia, ning kuidas varajased sekkumismeedmed ning terviklik ravi ja hoolekanne on skisofreeniaga elavatele inimestele mõjunud; ennetus- ja teavitustöö rollist ja sotsiaalsest kaasamisest ning toob teieni mõned kogemuslood, mis aitavad mõista, kuidas inimesed oma haigusega toime on tulnud ja taastumiseni jõudnud.

Igal aastal, kui me uue kogumiku jaoks materjale otsima hakkame, avastame ennast töötamas suurepärase oma ala professionaalidega, kes tahavad ja saavad kampaaniasse panustada. Meie siiras tänu kõigile selleaastase artiklikogumiku autoreile; aitäh teile: Jeffrey Geller, Janet Meagher, Bill MacPhee, David Crepaz-Keay, Dinesh Bhugra, Nikos Christodoulou, John Bowis, Juan Mezzich, Patrick McGorry, Todd Edwards, Philippa Garety, Julian Leff, Mohammed Abou-Saleh, Helen Millar, Janet Paleo, Gabriel Ivbijaro, sir David Goldberg, Henk Parmentier, Lucja Kolkiewicz, Michelle Riba, R.Fradgley, A.Khan, William Anthony ning ettevõtte Hill and Knowlton Strategies meeskond Ühendkuningriikidest.

Projekti juhtimise ja koordineerimise eest täname: dr. L Patt Franciosit, dr. Gabriel Ivbijarot, Elena Bergerit ja Deborah Maguiret.

Koos artiklite autoritega soovime tänada professionaalse küljenduse ja veebidisaini eest Hugh Schulzet ja tema meeskonda ettevõttest C/Change, Inc., kes on Maaailma vaimse tervise liitu mitmel moel toetanud ja inspireerinud. Täname neid nende jätkuva panuse eest meie uue imago ja uue veebilehekülje eest, ning abi eest 2014. aasta ülemaailmse vaimse tervise päeva kogumiku koostamisel ja avaldamisel.

Sel aastal on meil olnud võimalik kogumikku ka mitmesse keelde tõlkida. Tänu lahketele annetajatele ja nende abile oleme saanud

kogumiku tõlkida mitmesse keelde (trükkimineku ajaks). Me täname:

araabiakeelse tõlke eest – Tema Ekstsellentsi, Saudi-Araabia tervishoiuministeeriumi vaimse tervise osakonna juhatajat dr. Abdulhameed Al-Habeebi, ning dr. Abdullah Al-Khathamit.

hindikeelse tõlke eest – Agrawali neuropsühhiaatria keskuse juhatajaid dr. M.L. Agrawali ja dr. Aruna Agrawali Indiast

venekeelse tõlke eest - AstraZeneca Venemaa haruettevõtet

hiinakeelse tõlke eest – Psühhiaatrilise rehabilitatsiooni ühingut „Uus Elu“ Hong Kongist.

Ülemaailmse vaimse tervise kampaanias on kasutatud ka üksikisikute annetusi, ning me täname siinkohal 2014. aasta kampaaniasse panustanud:

Larry Ciminot,

George Christodoulout,

L. Patt Franciosit,

Gabriel Ivbijarot ja Lucja Kolkiewiczit,

Deborah Wani

Ning viimaks soovib MVTL tänada oma sponsoreid, kelle rahvaharidusele suunatud stipendiumid selle programmi üldse võimalikuks tegid:



c : change



World Federation for Mental Health
PO BOX 807Occoquan, VA 22125 USA,
www.wfmh.org

TÄNUSÕNAD

Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühingu nimel tänan koostööpartnereid, kelle abil ja toel ilmub juba kolmandat aastat järjest temaatiline artiklitekogumik. Sel aastal on see austusavaldus inimestele, kes elavad skisofreeniaga.

Küllli Mäe

EPRÜ juhatuse liige

Täname:

EV Sotsiaalministeerium

Hasartmängumaksu Nõukogu

Eesti Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsioon

Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing

DUO koolitus- ja tugikeskus

Tõlge eesti keelde: OÜ Dictum est



Eesti
Psühhosotsiaalse
Rehabilitatsiooni
Ühing

