

Sisekaitseakadeemia

Justiitskolledž

Kärt Jusson

KS030

**PSÜÜHILISTE HÄIRETE ESINEMINE
VANGLAS**

Lõputöö

Juhendaja:

Jüri Ennet

Riiklikult tunnustatud

Kohtupsühhiaatria ekspert

Tallinn 2006

ANNOTATSIOON

KÄESOLEV LÕPUTÖÖ KOOSNEB 52 LEHEST NING ON KASUTATUD 15 ERINEVAT ALLIKAT.

LÕPUTÖÖS KÄSITLEVAKS PROBLEEMIKS ON PSÜÜHILISTE HÄIRETE ESINEMINE VANGLAS. AUTOR ON KORJANUD KOKKU EESTI TINGIMUSTES OLEVAD INFOKILLUD NING OTSINUD VIITEID ERI RIIKIDES JA ERINEVATES VASTAVASISULISTEST UURINGUTES VÄLJATOODUD HÄIRETE ESINEMISSAGEDUSELE.

KÄESOLEVAS TÖÖS AUTOR KESKENDUS PEAMISELT KOLMELE RÜHMALE SUUREST RAHVUSVAHELISEST HAIGUSTE JA NENDEGA SEOTUD TERVISEPROBLEEMIDE STATISTILISEST KLASSIFIKATSIOONIST. NENDEKS ON ISIKSUSEHÄIRED EHK PSÜHHOPAATIAD, SÕLTUVUSHÄIRED EHK PSÜHHOAKTIIVSETE AINETE TÄRVIKAMISEST TINGITUD HÄIRED NING SKISOFREENIA JA PSÜHHOOTILISED SEISUNDID.

ERINEVAID KODUMAISEID JA VÄLISMAISEID UURINGUID JA STATISTILISI ANDMEID VÕRRELDES NING VANGLAAMETNIKE ARVAMUSTE PÕHJAL ANTUD TEEMA KOHTA, ON AUTOR KOKKUVÕTTEKS ANDNUD KA SOOVTUSED PSÜÜHILISTE HÄIRETEGA KINNIPETAVATE KOHTLEMISE NING HÄIRETE TÕHUSAMA AVASTAMISE OSAS.

SISUKORD

| | |
|---|--------|
| ANNOTATSIOON | - 2 - |
| KASUTATUD LÜHENDID..... | - 4 - |
| SISSEJUHATUS | - 5 - |
| 1. VAIMNE TERVIS..... | 7 |
| 1.1. Vaimse tervise olemus | - 7 - |
| 2. PSÜÜHILISED HÄIRED JA NENDE TEKKE PÕHJUSED..... | - 9 - |
| 2.1 . Psüühikahäired ja nende klassifitseerimine | - 9 - |
| 2.2 . Depressioon..... | - 14 - |
| 2.3 . Ärevushäired | - 15 - |
| 2.4 . Skisofreenia..... | - 16 - |
| 2.4.1 Tekkepõhjused ja -mehhanismid | - 16 - |
| 2.4.2 Sümptomid ehk avaldumine..... | - 17 - |
| 2.4.3 Ravivõimalused ja ennetamine | - 19 - |
| 2.5 . Unehäired | - 20 - |
| 2.6 . Seksuaalhäired..... | - 21 - |
| 2.7 . Isiksusehäired..... | - 22 - |
| 2.7.1. Vanglateskkonnas enamesinevad isiksusehäired | - 23 - |
| 2.7.2. Kinnipeetavate isiksusehäirete dimensioonid | - 25 - |
| 2.7.3. Isiksusehäirete põhjusi | - 26 - |
| 2.7.4. Isiksusehäiretega inimeste suurenenud riskifaktorid ja ravi | - 27 - |
| 2.8. Enesetapp ja enesehävituslik käitumine..... | - 28 - |
| 2.9. Narkomaania ja alkoholism | - 29 - |
| 3. KOHTUPSÜHHIAATRILINE EKSPERTIIS..... | - 33 - |
| 3.1. Kohtupsühhiaatria | - 33 - |
| 3.2. Psühhiaatriaekspertiis ja kohtu poolt psühhiaatriahaiglasse paigutatud isiku psühhiaatriline ravi..... | - 33 - |
| 3.3. Psühhiaatriline sundravi | - 34 - |
| 4. UURIMUS | - 42 - |
| 4.1. Intervjuu | - 42 - |
| 4.2. Tulemused ja arutelu | - 45 - |
| 5. Ettepanekud..... | - 47 - |
| KOKKUVÕTE..... | - 49 - |
| RESÜMEE..... | - 50 - |
| KASUTATUD KIRJANDUS | - 51 - |

KASUTATUD LÜHENDID

| | |
|-----|---|
| NT | Näiteks |
| JMS | Ja muu selline |
| ST | See tähendab |
| NÕ | Nii-öelda |
| RHK | Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon |

SISSEJUHATUS

Käesoleva lõputöö eesmärk on pöörata vanglaametnike tähelepanu psüühiliste häiretega kinnipeetavatele ja anda praktilised soovitused, kuidas käituda, avastada ja suhelda isikutega, kellel ilmnevad vangistuses psüühilised häired. Lõputöö hüpoteesiks püstitas autor, et vanglaametnikud ei taha näha psüühilisi häireid kinnipeetavate juures.

Antud lõputöö juurest tuli muidugi arvestada asjaolu, et psüühiliste häirete esinemist pole Eestis uuritud ja erilist tähelepanu pööratud, siis oli ülesanne keerukam ja aeganõudev.

Meie ümber toimuvat võib näha ning sellest aru saada mitmel erineval moel. Isegi kõige tavapärasemaid asju nagu näiteks ilm, poliitika ja bensiini hinnatõus võivad erineva tausta ning kogemusega inimesed tajuda ja tõlgendada väga erinevalt. Käesolev lõputöö esimeses osas autor kirjeldab vaimse tervise olemust.

Lõputöö teises osas kirjeldab autor psüühilisi häireid ja nende tekke põhjusi. Inimesed erinevad üksteisest eeskätt oma vaimsete ja psühhomotoorsete võimete, isiksuse omaduste, tausta, iseloomujoonte jms poolest. Enamasti on erinevused väga väiksed, et neid esmapilgul kas ei märgata üldse või kui märgatakse, siis need ei häiri ega ka takista ei teisi ega inimest ennast. Kui aga kõrvalekalle normaalsuse piirist on suur võib mingil hetkel aga see muutuda vähemal või rohkemal määral häirivaks, kas inimesele enesele, teistele või mõlemale, st nii inimesele endale kui teistele. Samuti on kõrvalekaldel olemas oma kindel ülemine piir, mille ületamine võib muuta häire juba väga raskesti talutavaks või isegi ohtlikuks enesele kui ka teistele inimestele. Viimasel juhul kui isik muutub mingil moel ohtlikuks enesele ja ümbritsevatele inimestele tuleb kohaldada vastavat ravi (sundravi), kuna ta ei vastuta oma tegude eest.

Kõik inimeste psüühika juures avastatud häired on klassifitseeritud RHK-10 on rahvusvaheline haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistiline klassifikatsioon. Seda uurides leiame eest väga palju erinevaid häireid. Käesoleva lõputöö käsitletavate psüühiliste häirete valik osutus just selliseks tänu psühhiaater Jüri Enneti erialastele kogemustele selles valdkonnas.

Vanglates on enim esinevateks häireteks isiksusehäired ehk psühhopaatiad, sõltuvushäired ehk psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud häired ning skisofreenia. Isiksusehäired ja sõltuvushäired on kurja teinud praktiliselt kõigile inimestele, kuid skisofreeniast ehk psühhootilistest seisunditest sõltub eelkõige kuritegude puhul süüdivus ja süüdimatus ning sellest tulenev sundravi.

Lõputöö kolmandas osas käsitleb autor kohtupsühhiaatrilist ekspertiisi. Vanglateskeskkonnas just eeluurimise all olles nähakse üheks süüst vabanemise võimaluseks süüdimatuks tunnistamist. Aeg- ajalt tuleb kokku puutuda simulatsiooniga ja agravatsiooniga. Mõned kurjategijad otsivad kramplikult võimalusi vastutusest pääsemiseks, püüavad sel eesmärgil simuleerida psüühilisi häireid lootuses, et neid tunnistatakse vaimuhaigeteks ja nad sellega pääsevad karistuse kandmisest. Tegelikult on selline lootus naiivne ja petlik, sest kaasaegse psühhiaatria käsitluses on terve rida, millega on võimalik paljastada simulatsiooni õige kiiresti ja hinnata uuritava psüühilise seisundi faktilist taset. Ometi esineb ikkagi üksikuid kurjategijaid, kes taolisele teele lähevad. Samuti on autor eraldi alapeatükina välja toonud käsitletava valdkonna uurimist reguleerivad sätted psühhiaatrilise abi seadusest, mis seab piirid käesoleva töö koostamisele.

Neljäs osa toetub autor vanglaametnike arvamustele antud teema kohta ning käsitleb teema aktuaalsust. Viiendas osas esitab autor ettepanekud lõputöös püstitatud probleemidele.

1. VAIMNE TERVIS

1.1. Vaimse tervise olemus

Inimese psüühika on keeruline nähtus, mis hõlmab mitmeid omavahel seotud ja üksteist mõjutavaid protsesse, seisundeid ja võimeid. Pidevalt muutuva keskkonna tunnetamine ja sellega kohanemine on võimalik üksnes kõikide psüühiliste protsesside ja võimete kooskõlastatud talitluse korral. Psüühika põhilised komponendid on : tajumine, mõtlemine, intellekt, mälu, tahe, tundmused, instinktid ja teadvuse virgus. Ühelt poolt vaimu ja teiselt poolt hinge ilmingud. (Saarma 1977).

Millest vaimne tervis alguse saab ja missuguse protsessi kaudu saavutatakse täiskasvanule omane vaimne tervis? Lõputöö autori arvates saab vaimne tervis alguse inimese üldisest terviseseisundist. Kui inimene on terve füüsiliselt on ka riskitegurid vaimselt haigestuda tunduvalt väiksemad. Vaimset tervist mõjutavad ka elukvaliteet, toimetulek, kultuurikeskkond, ühiskondlikud protsessid ja hoiakud. Üldist vaimset tervist ei saa võtta üks ühele füüsilise tervisega, kuigi nad on tihedalt omavahel seotud, jääb vaimse tervise puhul rohkem märkamatuks kui füüsilise tervise puhul.

Üsna lihtsalt võime määratleda inimese füüsilise häire olemuse ja iseloomu, kuid hoopis keerulisem on tunda ära psüühiliste häirete olemasolu. Probleemideta tunneme ära isiku, kel on Downi sündroom või kaasasündinud füüsiline häire. Kuid kas me tunneksime, vaid pilgust isikule, ära psüühilise häire esinemise? Kahtlen selles, sest psüühiliste häirete diagnoosimine spetsialistide poolt võtab juba väga kaua aega. Tihti tuleb läbi viia pikad uuringud ja ekspertiisid, välja selgitamiseks psüühilise häire olemasolu. Psüühilistel häiretel on oma iseloom, ühe juhtumi korral võib kord mingil põhjusel ta avalduda intensiivsemalt ja teiselt juhul aga hoopis varjatult. Kord tundub, et sümptomid vastavad kindlale

häirele teine kord aga hoopis teisele. Seega niisama keeruline kui on meie aju ülesehitus on ka meie ajus toimuvad protsessid.

Ka võiks vaimset tervist võib käsitleda kui psüühilisi funktsioone säilitava jõuvaruna, mida me ühtaegu nii kasutame kui ka kogume, juhtides selle abil oma elu. Vaimse tervise olemuse mõistmine eeldab teadmisi sellest, mis on psüühika seisukohalt normaalne ja mis on ebanormaalne, missugune võiks olla ideaalne vaimne tervis, kuidas see mõjutab inimeste elu ja missugustest teguritest pidevalt muutuv vaimne tervis sõltub.

Kõige elementaarsemast ja enim levinud stressist saab alguse paljud erinevaid ja tunduvalt tõsisemad psüühilised häired. Stress on valdavalt ühiskonna tekitatud psüühiline häire. Eestlaste vaimne tervis muutub üha viletsamaks ning arstiabi ei jätku piisavalt.

Eesti tervishoiu poolt koostatud uuringud näitavad, et stressi käes kannatavaid inimesi on Eestis kuni 87% elanikkonnast. Kõige halvemas olukorras on aga lapsed, kelle psüühika- ja käitumishäired aasta-aastalt sagedanevad.

(Postimees online. Psüühiliste häiretega inimestele napib abi.

http://www.postimees.ee/141204/online_uudised/152602.php 16.03.2006).

2. PSÜÜHILISED HÄIRED JA NENDE TEKKE PÕHJUSED

2.1. Psüühikahäired ja nende klassifitseerimine

Psüühikahäirete meditsiinilise käsitlemise ja meditsiiniliste sekkumiste aluseks on Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (RHK-10), milles klassifitseerimise alusena kasutatakse mõistet psüühikahäire, aga mitte psüühikahaigus ennekõike seepärast, et enamus psüühilistest haigustest ei ole tänapäeval määratletavad ajuhaigustena (skisofreenia) või ei sõltu niivõrd ajupatoloogiast, kuivõrd omandatud psühholoogilistest mehhanismidest (sotsiaalsoobia).

Erandi moodustavad selles mõttes ainult orgaanilised ja psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühikahäired ning ka vaimne alaareng, kus lisaks sündroomile (häirele) on võimalik määrata ka põhjuslik tegur.

Psüühikahäire viitab teatud raskuse ja eripäraga hälvete esinemisele aju psüühilistes funktsioonides, mis põhjustavad subjektiivseid vaevusi (hirmutunne) või halvendavad muul viisil kohanemist reaalsusega (hallutsinatsioonid). Suvaline muutus psüühilises funktsioonis ei ole veel käsitletav häirena. Mõiste psüühikahäire väljendab seega eelkõige aju funktsionaalset seisundit ja ei viita alati konkreetsetele põhjustele ega ka võimalike haiguslike muutuste iseloomule ajus. Tulenevalt sellest kattub mõiste häire olulisel määral mõistega sündroom.

Võib pidada tõsiasjaks, et psüühilisi häireid esines juba ürginimestel. Palavikuga kaasnevaid teadvusehäireid elavate meeletute ja mõttesegadustega, ajuvigastuse tagajärjel tekkinud nõdrameelsust rasketest emotsionaalsetest vapustustest tingitud hirmu- või kurvameelsuse seisundeid ja muidki vaimse tegevuse kõrvalekaldumisi võis kindlasti kohata juba eelajaloolisel inimesel. (Paavel 2000/ 2001).

RHK-10-s on iga psüühikahäire tähistatud tähe F ja kuni neljakohalise numbriga (koodiga). Häired on jaotatud kümnesse suuremasse gruppi ja koodi esimene

number osutab vastavale häirete grupile. Järgnevas tabelis on psüühikahäiretest toodud ülevaade ühist gruppide alusel.

Tabel 1. Psüühiliste häirete klassid.

| Häirete klass | | Näiteid |
|---------------|--|--|
| F0 | Orgaanilised psüühikahäired | dementsus, delirium, orgaaniline isiksushäire jt |
| F1 | Psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühikahäired | intoksikatsioon, kuritavitamine, sõltuvus jt |
| F2 | Psühhootilised häired | skisofreenia, püsivad luululised häired, äge mööduv psühhootiline episood |
| F3 | Meeleoluhäired | episoodiline või korduv depressioon, tsüklotüümia |
| F4 | Ärevushäired, dissotsiatiiivsed häired, somatoformsed häired | foobiad, paanika-, kohanemis- jms häired, äge stressreaktsioon, somatisatsioonihäire, hüphondria |
| F5 | Söömishäired, unehäired, seksuaaldüsfunksioonid | <i>anorexia ja bulimia nervosa</i> , insomnia, hüpersomnia, somnambulism, alanenud libiido, rahulduseta sugühe |
| F6 | Isiksushäired, muud käitumishäired | nt paranoidsus, düssotsiaalsus, ebastabiilsus, patoloogiline hasartmängurlus, kleptomaania |
| F7 | Vaimne alaareng | kerge, mõõdukas, raske ja sügav vaimne alaareng (käitumishäireta või käitumishäirega) |
| F8 | Psüühilise arengu spetsiifilised häired | kõne ja keele spetsiifilised arenguhäired, õpivilumuste spetsiifilised häired (lugemishäire, arvutamisvilumuste häire), pervasiivsed arenguhäired (autism) |
| F9 | Psüühikahäired lapse- ja noorukieas | hüperkineetiline häire, käitumishäire, tundealuhäired (lahutamiskartus, rivaalsushäire), suhtlemishäired (valikuline mutism, kiindumishäire) |

Allikas: *Psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekanne Eestis 2000/ 2001.*

Orgaaniliste psüühikahäirete ühiseks aluseks on kindlalt diagnoositav peaajuhaigus (nt entsefaliit), -kahjustus (aju traumast või ajuhaigusest) või muu häire, mille tagajärjeks on aju düsfunktsioon. Näiteks Alzheimeri tõbi on progresseeruv ajuhaigus, mille korral tekib närvirakkude hävimine ja kognitiivsete funktsioonide halvenemine kuni dementsuseni välja.

Psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühikahäire korral on häired põhjustatud sõltuvust tekitava aine tarvitamisest (alkohol, kannabinoidid, opiaadid, kokaiin, amfetamiin, hallutsinogeenid jms). Kui kõrvale jätta sõltuvussündroom ja võõrutussündroom, siis enamus sündroome on sarnased orgaanilistele psüühikahäiretele. (Paavel 2000/2001).

Mitteorgaaniline psüühikahäire laiemas kontekstis tähistab seda, et haiguse patoloogia aju funktsioneerimise tasandil ei ole veel täpselt teada, kas (nt skisofreenia) on tingitud psühholoogilistest mehhanismidest või on häire nii bioloogiliste kui ka psühholoogiliste tegurite koosmõju tulemus.

Psühhoatiliste häirete (nt skisofreenia, püsivad luululised häired, äge mööduv psühhoatiline episood, skisoafektiivne häire) korral on tegemist inimese võimetusega eristada reaalsust subjektiivsetest elamustest (nt luulu, hallutsinatsioonide ja muude raskete hälvete tõttu), mistõttu häiritud reaalustaju alusel luuakse uus, ebareaalne maailm. Tüüpilisemad psühhoatilised sümptomid on hallutsinatsioonid, luulumõtted, katatoonne rahutus või stuupor; vahel on ka väljendunud illusoorseid meeletundeid või muud psühhoatilise tähendusega tunnetusprotsessi häired. (Paavel 2000/2001).

Meeleoluhäirete (bipolaarne häire, episoodiline või korduv depressioon, tsüklotüümia, düstüümia) korral on põhiliseks tunnuseks meeleolu muutus, kas alanemise (depressiooni) või tõusu (mania) suunas koos sellega kaasnevad aktiivsuse üldise taseme muutusega.

Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e. somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid sisaldavad söomishäireid (anoreksia ja bulimia nervosa), unehäireid (nt insomnia) ja seksuaaldüsfunksioone.

Täiskasvanu isiksus- ja käitumishäirete alla kuuluvad kliinilise tähendusega seisundid ja väärkohastumuslikud käitumismustrid, mis on püsivad ning väljendavad inimese iseloomulikku elustiili ja enese ning teistega suhtlemise viisi.

Vaimne alaareng on seotud sünnipäraselt madala kognitiivse funktsiooni (eelkõige intellekti) tasemega. Psühholoogilise arengu häirete e. psüühilise arengu spetsiifiliste häirete korral on tegemist teatud kindlate funktsioonide madala taseme (nt spetsiifiline lugemishäire) või eripäraga (nt autism või aspergeri sündroom).

Lapse või nooruki muud käitumis- ja tundeeluhäired hõlmab häireid, mis algavad lapse või noorukieas ja sageli ka mööduvad või transformeeruvad muudeks psüühikahäireteks hilisemas eas. Nt lahtamiskartus lapseeas, mis kas möödub või selle alusel kujuneb välja sõltuvat tüüpi isiksushäire.

(Paavel 2000/ 2001).

Lõputöö autori arvates, üldise meeleolu all mõistetakse suhteliselt püsivat ja valdavat emotsionaalset seisundit, mille häirumisel on sageli tegemist mitmesuguste depressiivsete ilmingutega. Nii meeleolu, kui ka afekt võivad olla ühesuguse iseloomuga ja neid saab kirjeldada näiteks mõistetega: masendus, ärevil, kartlik, ärritunud, süüdlaslik, lootusetu ja meeleheitlik aga ka väljenditega: lootusrikas ja optimistlik, eufooriline või ekspansiivne. Meeleluuhäired on ühed levinumad ja väliselt kõige paremini märgatavad häired inimeste juures. Kõik saab alguse stressist ja lõppeb depressiooni ja düstüümiaga.

Täpset riiklikku statistikat psüühikahäirete esinemise ja leviku ning psüühilise erivajadusega inimeste ja nende arvu kohta Eestis (nagu ka paljudes teistes

riikides) ei peeta. Üldise tausta kujundamisel saab seepärast tugineda erinevates allikates leiduvatele, vähem või rohkem täpsetele ja ka tuletatud andmetele. Järgnevas tabelis on toodud üks võimalik vastavasisuline valik.

Tabel 2. Psüühikahäirete esinemise ja leviku ning psüühilise erivajadustega inimeste ja nende arvu kohta Eestis.

| Näitaja | Arv |
|---|--|
| Psühhiaatri poole pöördunud inimeste arv | ~ 35 000 |
| Esmaseid skisofreeniasse haigestumise juhte aastas | 400-500 |
| Psüühika- ja käitumishäirete alusel esmakordselt vaeguriks tunnistatud isikuid aastas | 900-1100 |
| | I grupp 100-200 II grupp 600-700 III grupp 200-300 |
| Psüühika ja käitumishäiretega vaegureid kokku | ~ 6 500 |
| | I grupp ~ 600 II grupp ~ 5 000 III grupp ~1 000 |
| Suunatud ööpäevaringsele hooldamisele hooldekodusse aastas | 150-250 |

Allikas: Psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekanne Eestis 2000/2001.

Tabelis toodud arvud esmajuhtude kohta (read 1-3; juhtumeid üldse, haigestumine skisofreeniasse, vaeguriks tunnistamine) võib lugeda suhteliselt täpseteks kuna nende osas kogutakse ja süstematiseeritakse teatud riiklikku andmestikku. Psüühika- ja käitumishäiretega vaegurite koguarv (rida 4) on tuletatud riikliku pensionikindlustuse üldisest statistikast, mistõttu see on kindlasti ligikaudne. Hooldekodusse ööpäevaringsele hooldamisele suunatute arv (rida 5) tugineb

riiklikule hoolekandestatistikale, aga arvestades senist hooldamisele suunamise praktikat tuleks seda võtta lihtsalt orientiirina.

2.2. Depressioon

Depressioon ehk haiguslik kurvameelsus muudab inimese psüühikat tervikuna, hälbeid esineb kõikides psüühilistes funktsioonides. Haigusliku kurvameelsuse põhi sümptomideks on meeleolu alanemine depressiivse sisuga mõtted ja kujutlused, teotahte alanemine.

Alanenud meeleoluga käsikäes kujunevad depressiivse haige mõtted ja kujutlused samuti negatiivseteks. Üksijäämise tunne ja rõhutatult minakeskne maailmapilt kajastub ka negatiivsetes mõtetes. Depressiivne inimene peab oma oskusi, teadmisi, võimeid, suutlikust, oma välimust, kehaehitust, kehalisi võimeid, oma esinemislaadi ja liikumisharjumusi halvemaks kui teisel inimestel. Osal juhtudest on alaväärsustunne ja –mõtted nii üldhõlmavad, et inimene peab end sünnist saati nurjatuks, degenerandiks või vördjaks. (Saarma 1995).

Depressiooni üheks keskseks sümptomiks on tahteaktiivsuse alanemine. See ilmneb indiviiditi ja faasit erineva intensiivsusega. Põhiline on psüühilise toonuse ja tegutsemisinnu alanemine. Tahtejõudu pärsib ka negatiivne enesehinnang. Nõrgeneb enesekindlus, suureneb kõhkclus isegi vähetähtsate otsuste tegemisel. Töö ei paku rahuldust, häirib kartus midagi valesti teha ning inimese liigutused on aeglased. (Saarma 1995).

Depressiooni korral ilmneb mitmesuguseid hälbeid elutegevuse avaldustes. Liialdamata võib väita, et kõikidel depressiivsetel haigetel esineb ikka ka kehalisi vaevusi. Näiteks: söögiisu langus, sugutungli nõrgenemine, peavalud, peauimasus, kohinad kõrvus, sädemed või võrgud silme ees, pigistus kurgus, jne.

Depressiooni ravi peaks alguse saama eeskätt inimese enda tahtes. Tuleb tagada uuesti hingeline tasakaal. Olulisel kohal on töö- ja puhkerežiimi jaotusel, kehalisel liikumisel, suguelul, alkoholi mitte liigtarvitamisel ning ravimitega mitte liialdamisel. (Saarma 1995).

2.3. Ärevushäired

Paanikahoog on järsku algav tugeva hirmu ja ebamugavustunde periood, millega sageli kaasnevad ka teised sümptomid nagu hingamisraskused jne. Kui paanikahood hakkavad sageli korduma siis on need juba paanikahäired. Paanikahäired jagunevad omakorda foobiateks. Foobiad on hirmud ja kartused mingite situatsioonide, kohtade ja seisundite osas, kus inimene on.

Stressiga seotud ärevushäired:

- 1) Kohanemishäire
- 2) Äge stressreaktsioon
- 3) Posttraumaatiline stresshäire

Stressiga mitteseotud ärevushäired:

- 1) Foobsed ärevushäired: agorafobia (paanikahäireta, paanikahäirega), sotsiaalfoobia, lihtfoobia.
- 2) Paanikahäire
- 3) Generaliseerunud ärevushäire
- 4) Depressiooni sümptomitega segatüüpi ärevushäire
- 5) Obsessiiv-kompulsiivne häire

Ärevuse psüühilised sümptomid: rahutus, võimetus lõõgastuda, pingetunne, kergesti ehmumine tühistel põhjustel, muretsemise või ärevuse tõttu esinevad keskendumise raskused või pea läheb mõtetest tühjaks, kõrgenenud erutuvus ja ärrituvus, hirm kaotada kontroll enese üle või "minna hulluks" või "peast segi", surmahirm ning tunne, et välised objektid on ebareaalsed.

Ärevushäirete ravi: psühhoterapia valik sõltub ärevushäirest, kuid selle meetodi rakendamine on alati näidustatud ärevushäirete ravis. Psühhofarmakoteraapia: ärevushäirete korral leiavad kasutamist ja antidepressandid (eriti serotoniini tagasihaarde inhibiitorid) ja anksiolüütikumid. Anksiolüütikumid omavad sümptomaatilist toimet, mistõttu nende kasutamine peab olema põhjendatud ja võimalikult lühiajaline. Püsivate ärevushäirete korral on näidustatud antidepressantide kasutamine.

(RHK-10, Ärevushäired.

<http://www.kliinikum.ee/psyhhiaatriakliinik/Programm/ravi/RHK/ver1998/F2.htm>
19.04.2006).

2.4. Skisofreenia

2.4.1 Tekkepõhjused ja -mehhanismid

Skisofreenia täpset põhjust ei teata. Ligikaudu 10%-l skisofreenia all kannatajatest on ka üks vanematest skisofreenik. Järelikult võiks haigus olla pärilik. Seoses skisofreeniaga on leitud väikeseid muutusi teatud ajupiirkondades, kuid selliseid anatoomilisi muutusi on leitud ka meeleoluhäirete korral, tervetel inimestel ja normaalse vananemise korral, seega peetakse neid muutusi mittespetsiifilisteks ehk paljudele haigustele iseloomulikeks. Üheks haigust vallandavaks teguriks peetakse stressi, mis kaasub äkilistele sündmustele, nagu õnnetused, ootamatu lähedase surm või elukoha vahetus. Pikaajaline stress, nagu pinged peres võivad samuti haiguse esile kutsuda. (Künnapuu 2004).

Meeste ja naiste skisofreenial on palju erinevaid jooni. Naistel avaldub skisofreenia raskemaid vorme harvemini, mis naisi kaitseb, ei ole lõplikult selge (põhjuseks peetakse naissuguhormooni kaitsvat toimet ja meeste halvemat stressitaluvust). Väidetavalt on skisofreeniasse haigestumine vähenemas, kuid kindlad tõendid selle kohta puuduvad (põhjusi tuuakse mitmeid, sealhulgas ravimi kvaliteedi tõus, varasem diagnoosimine ja parem meditsiiniteenistus üldse).

2.4.2 Sümptomid ehk avaldumine

Sümptomid jaotatakse positiivseteks sümptomiteks - mis on inimese jaoks tavatud kogemused, ja negatiivsed sümptomid - mis on vähemal või rohkemal määral normaalse käitumise puudumine. Positiivsed sümptomid: inimesele võib tunduda, et mõtteid pannakse pähe või võetakse ära kontrollimatu välise jõu poolt. Kehale võib tunduda justkui ta alluks välisele kontrollile, nagu mingi nukk või robot. Kogu isiksusele võib tunduda justkui ta oleks võõra jõu või mõju all. See on hirmutav kogemus, mida inimene püüab tõlgendada vastavalt oma teadmiste ja haridusele.

Hallutsinatsioon tähendab, et kuulmise, maitsmise, haistmise, puudutuse ja nägemise kaudu kogetakse midagi, mida ei ole tegelikult olemas. Häälte kuulmine on sagedasim hallutsinatsioon skisofreenia korral. Hääli kuuldakse ka teiste psüühikahäirete korral, kuid skisofreenia korral räägitakse inimese kohta või inimesele.

Luulumõtted on sageli valed ning kasutud uskumused, mida teised antud kultuuritaustaga seotud inimesed ei usu. Inimesel võib olla paranoiline luul - mõtted jälitamisest, tagakiusamisest jne.; võib esineda suurusluul - "Ma olen Jumala käsilane maa peal!" või "Ma olen maailma rikkaim inimene!". Luulud võivad tekkida halva meeleolu ajendil, võivad alguse saada hallutsinatsioonide seletamisest iseendale või kogetud aistingu baasil. (Saarma 1981).

Kuigi spetsiifilisi sümptomeid ei ole, peetakse otstarbekaks jaotada ülalesitatud sümptomid rühmadesse, millel on eriline tähendus diagnoosi püstitamisel ja mis tihti esinevad koos:

(a) mõtete kajamine, sisendamine, äravõtmine või levimine;

(b) luulumõtted kontrollist, mõjustusest või hõivatusest, mis selgesti hõlmavad keha või jäsemete liigutusi, mõtteid, tegevusi või aistinguid; luuline tajumine;

(c) kuulmishallutsinatsioonid, mis kommenteerivad pidevalt patsiendi käitumist või vaidlevad omavahel tema üle, või mõnest kehaosast tulevate hallutsinatoorseste häälte muud vormid;

(d) muud püsivad luulumõtted, mis on patsiendi kultuurile ebakohased ja täiesti ebareaalsed, nagu religioosse või poliitilise identiteedi või üliinimliku jõu ja võimete kohta (nt. on võime kontrollida ilmastikku või olla ühenduses teiste maailmade esindajatega);

(e) ükskõik millise modaalsusega püsivad hallutsinatsioonid, kui nendega kaasnevad kas kiiresti mööduvad või osaliselt väljakujunenud kindla afektiivse sisuta luulumõtted või püsivad ülekaalukad mõtted, või kui nad esinevad iga päev nädalate või kuude vältel;

(f) mõttekäigu tõkestused või seosetus, mis avaldub atakilises ja seosetus kõnes või neologismides;

(g) katatoonne käitumine, nagu rahutus, tardumine mingisse asendisse või vahajas paindlikkus, negativism, mutismstuupor;

(h) negatiivsed sümptomid, nagu selgelt väljendunud apaatia, kõnevaegus, emotsionaalsete reaktsioonide tuimenemine või inadekvaatsus, millest sugeneb tavaliselt sotsiaalne isoleerumine ja sotsiaalse aktiivsuse alanemine. Diagnoosimisel tuleb arvestada, et need nähud võivad olla tingitud ka depressioonist või neuroleptikumide kasutamisest.

(i) käitumise mõningate aspektide kvaliteedi olulised ja püsivad muutused, mis manifesteeruvad huvide kadumise, sihituse, tegevusetuse, enesesse sulgumise ja sotsiaalse isoleerumisena. (RHK-10, Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired.

<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/Programm/ravi/RHK/ver1998/F2.htm>
26.04.2006).

2.4.3 Ravivõimalused ja ennetamine

Kui inimene esmakordselt haigestub, siis harilikult teda ravitakse haiglas, et oleks võimalus täpselt hinnata seisundit ja olla kindel diagnoosis. Kahjuks skisofreenia all kannatajad alati ei tunnista endale, et nad on haiged ja keelduvad ravist, kuigi nad seda hädasti vajaksid. Seega näeb Eestis vastuvõetud psühhaatriaseadus ette, et kui inimene oma häire tõttu on muutunud ohtlikuks endale või teistele, siis rakendatakse tema puhul tahtest olenematut haiglaravi.

Kuna peavigastused, alkohol ja uimastid võivad kaasa aidata psühhooside tekkele - seega nende vältimine vähendab skisofreeniariski.

2.5. Unehäired

Unehäired sisaldavad palju, tausta poolest vägagi erinevaid magamisega seostuvaid või une ajal ilmnevaid häireid. Üks enim levinud unehäire on unetus. Unetus tähendab võimetus magada. Unetus on häireseisund, kus peamiseks vaevuseks on uinumisraskus või poole une pealt ärkamine. Unetu inimene ei saa unest kosutust, vaid kannatab väsimuse all, mis võib põhjustada kliiniliselt olulist kahju mitmes tähtsas tegevusvaldkonnas.

Unetus on väga tavaline sümptom nii ärevushäirete kui ka meeleoluhäiretega seoses. Ärevushäirete ja kergete depressioonide puhul avaldub unetus sageli uinumisraskusena ja une katkendlikkusena.

Primaarsed unehäired on kas uinumis- või unehäired. Meile tuntud on kindlasti unetus ja liigunisuus. Samuti unehäirete alla kuuluvad ka lapsena meid piiranud unepaanika, unesräakimine, uneskäimine ja paranoilised unenäod.

(Medicina 2000).

Lõputöö autori arvates on unehäirete põhjusteks tihti just psüühilised, neuroloogilised või ainevahetuslikud häired. Samuti tekitavad unehäireid mitmesugused ravimid ja nende väärarvitus, alkohol, võõrutussümptomid ning hingamishäired. Ka isiklikud probleemid ja kurnatus põhjustavad unehäireid. Sageli unehäirete all kannatavad inimesed ei tunnista häireid. Alles siis, kui probleem on süvenenud.

2.6. Seksuaalhäired

Seksuaalfunktsioonihäired on seotud seksuaalsoovi, erutumise, organismi ja valusündroomiga. Seksuaalhäiretele on iseloomulikud korduvad ja tugevad seksuaalselt erutuvad fantaasiad, seksuaalsed soovid või vastav käitumine. Tavaliselt ebaharilikud fantaasiad (objektid, tegevused). Seksuaalhäiretega inimestest vanglas saavad tavaliselt teiste kinnipeetavate poolt seksuaalselt kasutatavad objektid.

Vanglates kõige enam esinevate seksuaalsuunitluse häiretele ehk parafiliatele on tüüpiline see, et seksuaalne huvi on suunatud ebaharilikele objektidele. Niisuguse häirega isikul on seksuaalseks erutuseks ja orgasmi saamiseks vaja kontakti teatud esemete või seksuaalobjektidega või nendega seotud kujutlusi.

Tihti väljendub seksuaalsuunitluse häire soovina riietuda vastassugupooleks. Selle ka transvestismiks nimetatud suunitlushäire korral paneb heteroseksuaalne mees või naine selga vastassoo riided, et nautida ajutiselt vastassoo liikmeks olemist. Ümber riietumine ei põhjusta seksuaalset erutust. Transvestismi korral ei kaasne soovi oma sugu kirurgiliste või hormonaalsete vahenditega jäävalt muuta. Sageli saab vastassoo esindajaks riietumise soov alguse juba lapsepõlves.

(Medicina 2000)

Lõputöö autori arvates on seksuaalhäirete alla kannataval isikul tegeliku soo ja soorolliga kaasnevaga ning teistest erineva seksuaalsuunitlusega pidev ebamugavustunne seoses oma eripäraga. Seksuaalset sättemust ennast küll ei loeta häireks ja sellepärast on ka homoseksuaalsus uusimatest haiguste klassifikatsioonidest välja jäetud. Homoseksuaalsetel esineb samu psüühikahäireid, kui heteroseksuaalsetel, kuigi mõnel homoseksuaalil on oma seksuaalse sättemuse suhtes kohanemiskrasi, mis võivad soodustada kohanemishäire või depressiooni teket. Eriti raske on kohaneda teistsuguse

sooidentiteediga isikutel vanglas. Keeruline oleks selline olukord vanglas, kui kinnipeetav sooviks oma sugu muuta või siis, kui ta on seda juba teinud.

Endine mees naistevanglas või endine naine meestevanglas tekitaks tõenäoliselt palju ärevust kinnipeetavate hulgas. Senini pole sellist situatsiooni küll Eestis olnud aga muutuv ühiskond toob probleemi meile lähemale. Seni on olnud üks juhtum, kui meessoost kinnipeetav kandis vastas sugupoole riideid. Tema turvalisuse huvides lahendas vangla selle probleemi lihtsalt tema eraldi hoidmisega.

2.7. Isiksusehäired

Isiksusehäirete hulka kuuluvad sügavad ja püsivad käitumismustrid, mille väljendused on mitmesugustes isiklikes ja sotsiaalsetes olukordades ühetaoliselt jäigid. Tegemist on äärmuslike või oluliste kõrvalekalletega kultuuri keskmise inimese tajumise, mõtlemise, tunnete ja eriti suhete laadist. Mustrid on tavaliselt püsivad ja hõlmavad mitmesuguseid käitumise ning psühholoogilise toimimise valdkondi. Nad tekitavad tihti mõnesugust hingevalu või häirivad sotsiaalset tegutsemist, kuigi see alati ei pruugi nii olla. Isiksusehäired on arenguseisundid, mis ilmnevad lapse või noorukieas ja püsivad täiskasvanuna, nad ei ole mõne muu psüühilise haiguse ega ajuhaiguse tagajärjeks. Diagnoosi alusel peaks olema võimalikult palju informatsiooni. (Medicina 2000)

Eestis on Sotsiaalministeeriumi 2003 a andmetel psühhiaatri poolt täiskasvanu isiksus- ja käitumishäirete osas ambulatoorselt konsulteeritud 1554 täisealist inimest, neist esmakordseid haigusjuhte 400-l ehk umbes 93 haigusjuhtu 100 000 elaniku kohta.(Sotsiaalministeerium. Eesti tervisenäitajate andmeesitlussüsteem. <http://www.sm.ee/est/pages/index.html> 20.03.2006)

2.7.1. Vanglateskkonnas enamesinevad isiksusehäired

- Piirialane isiksusehäire

Tunnistati ametlikult häireks aastal 1980. Piirialasele isiksusele on omased ebastabiilsus suhetes, tujus ja mina-pildis. Kõigil nende erinevate sümptomite juures on piirialase isiksusehäire puhul leitud põhitunnuseks ebastabiilsed ja intensiivsed interpersonaalsed suhted. Piirialane isiksusehäire saab alguse täiseas ning esineb 1-2%-l, rohkem omasem naistele kui meestele. Piirialase isiksusehäire patsientide depressioon erineb, sarnaselt histrioonilise, nartsistliku, sõltuva, vältiva ja paranoilise isiksusehäirega, unipolaarsest meeleoluhäirest- nende puhul ilmnevad vähemmärgatavad sellised sümptomid nagu somaatilised sümptomid, süü, abitus ja igavus.

Piirialase isiksusehäire objektiteoreetikute Heinz Kohut'i ja Otto Kernbergi psühhoanalüütilisest teoriast lähtuva objektisuste teooria järgi muretseb piirialane endast viisil, kuidas lapsed ühenduvad (või võtavad omadusi, väärtusi üle) oluliste inimeste väärtuste ja kujutlustega, nagu nt nende vanemad.

- Histroiline isiksusehäire:

Häire varasem nimetus oli hüsteeria, mis viitas inimesele, kes olid üleni dramaatilised ja tähelepanuotsijad. Histroilised inimesed tunnevad tihti end halvasti, kui nad ei ole teiste tähelepanu keskpunktis. Nad püüavad võita teiste tähelepanu, olles elavad, dramaatilised, võluvad või flirtivad. Neile on omane hoogne žestikuleerimine ja eputav käitumine, liigne tunnete väljendamine, mõjutatavus, enesekesksus, oma soovide rahuldamine ja hoolimatus teiste inimeste vastu, nad solvuvad kergesti ja otsivad pidevat tähelepanu, kiitust ja põnevust. Isiksusehäiret esineb 2-3% ja enam omane naistele kui meestele. Esinemissagedus suureneb eraldatud ja lahutatud inimeste hulgas ja seostub samuti kõrgemate depressiooni tasemetega ja madalama füüsilise tervisega. Histroonilist häiret on vähe uuritud. Psühhoanalüütiliselt väidetakse olevat sõltuv vanemate võrgutava käitumisega lapseas, eriti tütaridel isa poolt. (RHK – 10

rahvusvaheline haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistiline klassifikatsioon.

<http://www.kliinikum.ee/psyhhiaatrikliinik/Programm/ravi/RHK/ver1998/F5.htm>

04.04.2006)

- Düsotsiaalne isiksus:

Düsotsiaalsele isiksusele on omane sotsiaalsete kohustuste eiramine ja hoolimatus teiste tunnete suhtes. Selle inimese käitumise ja ühiskonnas kehtivate sotsiaalsete normide vahel on silmatorkava vastuolu. Negatiivsed kogemused, nagu näiteks karistused, käitumisviisi eriti ei mõjuta. Ebaõnnestumise taluvus on madal, nagu ka agressiivse ja vägivaldse tegutsemise lävi. Inimene kaldub teisi süüdistama või oma käitumist igati õigustama, millest tal tekivad ühiskonnas konfliktid. Düsotsiaalset isiksushäiret või selle tunnuseid on varem nimetatud psühhopaatiaks või sotsiopaatiaks.

1. Ebaõnnestunud kohanemine sotsiaalsete normidega ja sellega kaasnevad seaduserikkumised korduvate vangistamiseni viivate tegude näol.
2. Valelikkus mis avaldub korduva valetamisena, vale nime all esinemisena või teiste petmisena omakasupüüdlikel eesmärkidel.
3. Ärrituvus ja agressiivsus, mis avaldub korduvate kakluste või kallaletungidena.
4. Ükskõiksus enda ja teiste turvalisuse suhtes
5. Kahetsustunde puudumine, mis avaldub hoolimatusena teistele põhjustatud kahju suhtes või ratsionaliseerimisena.

- Emotsionaalselt ebastabiilne isiksus:

Emotsionaalselt ebastabiilsele isiksusele on iseloomulik kalduvus tegeleda hetkeimpulsi ajal, tagajärgedele mõtlemata. Meeleolu muutub ettearvamatult. Tundepuhangud vallanduvad kergesti ja sageli ei suuda inimene neid valitseda. Tal on kalduvus konfliktidesse sattuda ja tülitseada, eriti siis, kui tema impulsiivset

käitumist takistatakse või teda rahustada püütakse. Ebastabiilse isiksusehäirega isikutel on tüüpiline, et nad oma pingeid välja elavad ja need teiste inimeste peale suunavad. Iseloomulikud on ka häired minapildis, eesmärkide ja isiklike plaanide seadmises, kirglikud ja ebapüsivad inimsuhted ning kalduvus enesehävituslikeks tegudeks, nagu enesetapukavatsused ja –katsed. Suur osa emotsionaalsesse hooletusse jäetud lastest kannatavad täiskasvanuna emotsionaalse ebastabiilsuse all.

Kohanemishäirete korral tekivad umbes kolme kuu jooksul pärast stressiteguri toimet kliinilise tähtsusega kannatused, enamasti ärevus, depressioon, käitumishäired või tegevusvõime häired. (RHK – 10 rahvusvaheline haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistiline klassifikatsioon. <http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/Programm/ravi/RHK/ver1998/F5.htm> 04.04.2006)

Teesklushäired- need psüühikahäired, millele on iseloomulik füüsiliste või psüühiliste leidude teadlik tekitamine või teesklemine. Inimese põhieesmärk ja soov on haige rolli omandamine, kuid häirega ei kaasne vahetu välise kasu saamise eesmärk, nagu haiguse stimuleerimise korral. Nt valeandmeid andev patsient püüab korduvalt pääseda haiglaravile (Münchhauseni sündroom).

2.7.2. Kinnipeetavate isiksusehäirete dimensioonid

Uurimuse osalejateks olid 105 Saksamaa Halle erinevate vanglate kinnipeetavad (60,6% raske kehavigastuse tekitamise eest, 45,2 % varguste ja omastamise eest, 37,7% röövimiste ja väljapressimiste eest, 28,8% seksuaalkurjategijad ja 17,3 % mõrva sooritanud). Keskmine vanus 33,6 aastat. Võrdlusgrupiks oli 80 mittekriminaalset Halle residentit.

Kokkuvõtvalt saab välja tuua kolm erinevat tüüpi kinnipeetavaid:

- (1) Tüüpi 1 iseloomustavad psühhopaatsed iseloomujooned, kes ilmsid, et on vaenulikud ning agressiivsed vägivaldsed süüdimõistetud.
- (2) Tüüpi 2 iseloomustavad põhiliselt meelekindlus, sotsiaalne ja hedonistlik käitumine, need kurjategijad, kes alustasid oma karjääri hiljem võrreldes kurjategijatega, kes asetusid ülejäänud kahte isiksusehäirete dimensiooni. Sellised iseloomujooned võivad arvesse tulla kui kriminaalset retsidivismi kaitsvad.
- (3) Tüüpi 3 iseloomustab kalduvus saada korduvalt karistatud/vangistatud, kui ülejäänud kaks tüüpi, kuigi nende kuriteod on ennekõike mittevägivaldsed. (Ullrich 2004).

2.7.3. Isiksusehäirete põhjusi

Enamike isiksusehäirete puhul mängib olulist rolli isikliku tausta (ajaloo) ja bioloogia suhte kombinatsioon.

- Geenide olulisust (samas mitte ainus!) tuuakse ära järgmiste häirete juures:
 - 1) Skisotüüpne, skisoidne ja paranoiline isiksusehäire, mis kõik esinevad sagedamini skisofreeniahäire taustaga perekonniti.
 - 2) Obsessiiv-kompulsiivne häire.
- Perekonniti esinevad antisotsiaalse isiksusehäire esinemine suurendab arengutingimusi, kuid lapsepõlve trauma(d) omavad samuti märkimisväärset mõju. Nt alkohoolikust vanemate lastel, kellel on kuritarvitav või kaootiline kodune elu, on samuti suurenenud risk antisotsiaalse isiku väljakujunemisele
- Piirialase isiksusehäire puhul on täheldatud suurimat seostumist lapsepõlve kuritarvitamisega, eriti seksuaalse kuritarvitamisega noores eas kui võrrelda sama aspekti teiste isiksusehäiretega.
- Nartsistliku, histrioonilise, vältiva ja sõltuva isiksusehäire põhjusi on seni veel vähe uuritud ning seega pole need selged. (RHK – 10 rahvusvaheline haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistiline klassifikatsioon.

<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/Programm/ravi/RHK/ver1998/F5.htm> 04.04.2006)

2.7.4. Isiksusehäiretega inimeste suurenenud riskifaktorid ja ravi

- 1) Sotsiaalne isolatsioon
- 2) Suitsiid
- 3) Ainete kuritarvitamine
- 4) Depressioon, ärevus ja söömishäired
- 5) Ennast-hävitav käitumine
- 6) Vägivaldsus ja mõrvad
- 7) Vangistus

Enamuste isiksusehäirete puhul kasutatakse raviks kombinatsiooni teraapiast ja ravimitest.

Psühhoteraapia

- 1) Psühhodünaamiline psühhoteraapia.
- 2) Kognitiiv-käitumuslik teraapia.
- 3) Dialektiline käitumisteraapia.

Medikamentoosne ravi

Ravimid, mis võivad osutada ravi ajaks tuge:

- 1) Antidepressiandid.
- 2) Krambivastased ravimid.
- 3) Antipsühhootikumid.
- 4) Teised ravimid.

(RHK – 10 rahvusvaheline haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistiline klassifikatsioon.

<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/Programm/ravi/RHK/ver1998/F5.htm> 04.04.2006)

Isiksusehäiretega inimesega koos vangistuses olla võib osutada väga keeruliseks, eriti kuna nad ise ei teadvusta enda osa selles. Raviprotsess võib olla konarlik, aeglane ja vaearikas. On raske olla patsient ja mitte võtta isiklikult enda ümber olevate inimeste mittemõistmist ja valestitõlgendamist. Lähedaste puhul on oluline püüda olla toetav, kuid kindlasti mitte seda oma heaolu arvelt.

2.8. Enesetapp ja enesehävituslik käitumine

Enesehävituslikkusena käsitletakse tendentsi või käitumist, mis sisaldab enese vigastamist või elu ohustava riski võtmist. Otsene enesehävitus võib ilmneda enesetapumõtetena, enesetapukatsetena või enesetapuna. Kaudse enesehävituse korral puudub inimesel endal otsene tahtlus ja teadlikus enese vigastamises või surma eesmärk. See ilmneb riskeeriva käitumisena nt liikluses, narkootikumide tarvitamisel jne. Enesetapu mõtted on ühiskonnas väga sagedased aga veel sagedasemad vangistuses.

Kui kogu elanikkonnast kolmandik on mõelnud kord elu jooksul enesetapule, siis vangistuses viibivale isikule tulevad enesevigastamisi ja enesetapumõtted sagedamini pähe. Ühtset enesetapu riskitegurit pole võimalik välja tuua. Igal enesetapul on oma ajalugu ehk enesetapuprotsess. Aga soodustavate teguritena võiks välja tuua: haigused, sotsiaalse toetusringi puudumine (eriti vangistuses lööb see välja), kaotussituatsioon, suitsiidivahendite kättesaadavus. Pole võimalik teha mingisugust statistikat, et ennustada hiljem iga üksiku patsiendi enesetapu riski. Psüühiliste häiretega isikute seas on enesetapu riski siiski suurem, kui täiesti tervete inimeste seas. (Medicina 2000).

Enesetapu ennetamist alustatakse riskitegurite hindamisest ja nende likvideerimisest isiku juures. Näiteks tervishoiu kaudu saame mõjutada enesetapuvahendite kättesaadavust. Suur osa enesetappudest pannakse toime ravimite üleannustamise teel. Rääkides vanglas olevatest võimalikest enesetapu

vahenditest on kindlasti üheks levinumaks enesevigastamine. Kasutatakse erinevaid lõike ja terariistu. Kuna vanglas viibides on palju aega on ka aega välja mõelda viise, kuidas enesetappu teostada. Muidugi kerkib siin esile hoopis enesevigastuse motiiv, mis eesmärgil end vigastatakse või elu kallale kiputakse. Vanglas on saanud üheks põhiliseks motiiviks loomulikult tähelepanu võitmine. Ähvardusi enesetapu sooritamise osas võetakse vanglas tõsiselt ja seega on sageli see üheks võimaluseks kinnipeetavatele töötajatega manipuleerides oma tahtmist saavutada.

Toon näite oma praktikast. Tegime läbiotsimist ühe kinnipeetava toast. Võttes tal ära keelatud esemed ta mainis meile, et ärge tehke nii, ma ju hakkan nüüd end jälle löikuma. Kuidas nüüd meie, kui vanglaametnikud peaksime reageerima tema sõnadele? Üldjuhul isik kuulub eri järelevalve alla aga kuna ta pidevalt ähvardab, siis ei võeta seda enam nii tõsiselt, sest ta kasutab seda oma tahtmise saamiseks.

2.9. Narkomaania ja alkoholism

Nii narkomaania kui ka alkoholism kuuluvad psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühikahäireteks. Narkomaania tekib tavaliselt uimastite manustamise tagajärjel vaatamata sellele, kas tarvitamine on juhuslik või süstemaatiline. Põhiliselt kulgeb protsess järgmiselt: algne eufooria - küllaltki lühiajaline (omane näiteks oopiumile) tajumusjärg - tekib aeglaselt ja on ajutine. Maks suudab ja jõuab veel uimasti lammutada ning soodustada väljumist. Psüühilist ja füüsilist laadi sõltuvus - seda iseloomustavad klassikalised ärajätunähud. Ärajätunähud - tekivad 12-48 tundi pärast uimastite tarvitamise katkestamist.

Äge intoksikatsioon:

Mööduv seisund, mis järgneb alkoholi või muu aine manustamisele ja avaldub häiritud või muutunud somaatilistes, psühholoogilistes või käitumuslikes funktsioonides ja reaktsioonides. See diagnoos on põhidiagnoos juhul, kui intoksikatsioon tekib ilma eelneva alkoholi või muu aine pideva tarvitamiseta.

(RHK-10,Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika ja käitumishäired.

<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/Programm/ravi/RHK/ver1998/F1.htm>

25.04.2006)

Kuritarvitamine:

Tarvitamise viis, mis kahjustab tervist. Kahjustus võib olla somaatiline (nt. hepatiit, mis on tingitud ainete enesele manustamisest süstetena) või psüühiline (nt. suurest joomisest tingitud episoodilised depressiivsed häired).

Sõltuvus:

Somaatiliste, käitumuslike ja kognitiivsete avalduste kompleks, mille korral aine või ainete tarvitamine saavutab patsiendi käitumises prioriteedi käitumisavalduste suhtes, mis on kunagi olnud suurema väärtusega. Sõltuvussündroomi olulisim iseloomujoon on tung (sageli tugev, vastupandamatu) psühhoaktiivset ainet (mis võib, aga ei pruugi olla arsti poolt ordineeritud), alkoholi või tubakat tarvitada. Võib juhtuda, et tagasipöördumisel aine tarvitamise juurde pärast kainusperioodi kujunevad sõltuvussündroomi nähud kiiremini kui mittesõltuvatel isikutel.

Sõltuvussündroomi tähtsaimaks omaduseks on psühhoaktiivse aine tarvitamine või tung ainet tarvitada. Aine tarvitamisvajaduse subjektiivne teadvustamine ilmneb eelkõige seoses püüdlustega lõpetada või kontrollida aine tarvitamist. See diagnostiline tähelepanek välistab näiteks kirurgilised patsiendid, kellele on valu vaigistamiseks ordineeritud opiaate ning kellel võivad avalduda opiaatide võõrutusnähud, kuid kellel sellele vaatamata ei teki tungi aine tarvitamist jätkata. (RHK-10,Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika ja käitumishäired.

<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/Programm/ravi/RHK/ver1998/F1.htm>

25.04.2006)

Võõrutusseisund:

Võõrutusseisund on mitmesuguse raskusastmega sümptomite kogum, mis tekib aine absoluutsel või suhtelisel ärajätmisel juhul, kui ainet on tarvitatud regulaarselt ja tavaliselt kaua ja/või suurtes annustes. Võõrutusseisundi kujunemine ja kulg on ajaliselt piiratud ja sõltub vahetult enne abstinentsi tarvitatud aine tüübist ja kogusest. Võõrutusseisund võib olla tüsistunud krampidega.

Võõrutusseisund deliiriumiga:

See on seisund, mil võõrutusnähud on tüsistunud deliiriumiga. Enne puhkemist võivad ilmned võõrutusseisundile iseloomulikud krambid. Klassikaline sümptomite triaad on teadvuse hägunesimine ja segasus, elavad hallutsinatsioonid ja illusioonid, mis võivad pärineda kõikidest meeleorganitest, ning silmatorkav treemor. Sageli esinevad ka luulumõtted, agiteeritus, insomniat, une-ärkveloleku rütmi häired ja vegetatiivse närvisüsteemi hüperaktiivsus.

Psühhoosiline häire

Häire, mis tekib tavaliselt aine tarvitamise ajal või vahetult selle järel ning millele on iseloomulikud elavad hallutsinatsioonid (tüüpiliselt kuulmishallutsinatsioonid, kuid sageli enamas kui ühes meeleorganis), identifitseerimishäired, luulumõtted (sageli paranoilised), psühhomotoorsed häired (rahutus või stuupor), patoloogiline afekt, mis võib ulatuda intensiivsest hirmust ekstaasini. Teadvus on üldiselt selge, kuid kohati võib olla kergelt hägunesunud ja sellega ei kaasne rasket segasusseisundit. Tavaliselt taanduvad sümptomid osaliselt ühe kuu ja täielikult kuue kuu jooksul. (RHK-10, Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika ja käitumishäired.

<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/Programm/ravi/RHK/ver1998/F1.htm>
(25.04.2006)

Nagu me teame, narkokuritegude osakaal kasvab iga aastaga üha enam. Seega on vanglatesse ka üha rohkem narkomaane ja narkootikumidega seotuid isikuid siginenud. Kahjuks peame tõdema, et vanglad ei jää mõnuainetest puutumatuks.

Üheti me saame küll ühest probleemist lahti, nimelt eraldame narkokurjategijad ühiskonnast, et nende hälbiv käitumine ei muudaks meie ühiskonda kodanikele ohtlikuks. Teisalt neid vanglasse isoleerides kõrvaldame probleemi, kuid tekitame seega vanglas probleemi.

3. KOHTUPSÜHHIAATRILINE EKSPERTIIS

3.1. Kohtupsühhiaatria

Kohtupsühhiaatria on psühhiaatria eriharu, mille ülesandeks on psüühiliste häirete uurimine õiguslikust aspektist ja vajalike menetluste väljatöötamine õigusteaduse ja psühhiaatria kokkupuute aladel. Psüühiliste häirete tõttu tekib inimesel moonutatud pilti inimestevahelistest suhetest, kaaslaste suhtumisest temasse ning tema kohast kollektiivis. See võib viia tegudeni, mis otseselt kuuluvad juriidiliste organite pädevusse. Seega on kohtupsühhiaatria praktiliseks ülesanneteks haldus-, uurimis- ja kohtuorganite, samuti kinnipidamiskohtade administratsiooni abistamine inimese vaimse tervise hindamisel, psüühiliste kõrvalekaldumistega isikute tegude üle otsustamisel ja seaduste rakendamisel.

Inimese psüühiline seisund, temal esinenud või esinevad psüühilise tegevuse häired tehakse kindlaks kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi teel. Kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi ülesandeks on aidata uurimis- ja kohtuorganeid objektiivse tõe väljaselgitamisel.

Psüühilise tegevuse häired võivad tekkida igal ajal ja igas situatsioonis. Nii võib psüühiline haigus alata ka siis, kui inimene viibib eeluurimise all. Seadus, arvestades sellist võimalust, näeb ette konkreetsed menetlused niisuguse inimese suhtes. (Saarma 1970).

3.2. Psühhiaatriaekspertiis ja kohtu poolt psühhiaatriahaiglasse paigutatud isiku psühhiaatriline ravi.

Kohtupsühhiaatrilise abi seadus §15 lõige 2 sätestab, et kohtuniku loal või kohtumääruse alusel võib vabaduses viibiva kahtlustatava, süüdistatava või

kohtualuse paigutada haigla psühhiaatriaosakonda kohtupsühhiaatriaekspertiisi tegemiseks.

Psühhiaatrilise abi seadus § 5 lõige 1 arst on psüühikahäirete diagnoosimisel ja psühhiaatrilise abi andmisel sõltumatu ning juhindub arstiteadustest, arstieetikast, seadustest ja muudest õigusaktidest. Lõige 2 psühhiaatrilist ravi ja diagnoosi puudutav teave on isiku eraelu saladus ja selle edastamine väljapoole raviprotsessi on lubatud ainult isikul enda või tema seadusliku esindaja kirjalikul nõusolekul, samuti juurdlusorgani, politsei, prokuratuuri või kohtu seadusest tuleneva nõude alusel. Lõige 3 psüühikahäiretega isiku raviarst ei ole kohustatud andma kellelegi ütlusi isiku eraelu kohta, mida ta sai teada oma tööülesannete tõttu.

(Psühhiaatrilise abi seadus, 26.01.2006 (RT I 2006, 7, 42) 4.02.2006,
<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=992425> 10.05.2006)

Kuna psühhiaatrilist abi osutatakse, lähtudes seaduslikkuse ja humaansuse printsiibist ning järgides inim- ja kodanikuõigusi, siis antud teema käsitlemisel autoril puuduvad õigused diagnooside ja psühhiaatrilist abi saanud kinnipeetavate uurimiseks.

3.3. Psühhiaatriline sundravi

Karistusseadustik § 86. Psühhiaatriline sundravi

(1) Kui isik on pannud õigusvastase teo toime süüdimatus seisundis või kui ta on pärast kohtuotsuse tegemist, kuid enne karistuse äraandmist jäänud vaimuhaigeks, nõdrameelseks või kui tal on tekkinud muu raske psüühikahäire, samuti kui tal on eeluurimise või kohtus asja arutamise ajal tuvastatud nimetatud seisundid, mis ei võimalda kindlaks teha tema vaimset seisundit õigusvastase teo toimepanemise ajal ning ta on oma teo ja vaimse seisundi tõttu ohtlik endale ja ühiskonnale ning vajab ravi, määrab kohus talle psühhiaatrilise sundravi.

(2) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud ravi annab sellekohase loaga psühhiaatriaasutus.

(3) Psühhiaatrilist sundravi kohaldatakse kuni isiku tervenemiseni või isiku ohtlikkuse äralangemiseni. Ravi lõpetamise määrab kohus.

(4) Kui pärast psühhiaatrilist sundravi kohaldatakse isiku suhtes karistust, arvatakse raviaeg karistusaja hulka. Ühele ravipäevale vastab üks päev vangistust. (Karistusseadustik 6. 06. 2001. - RT I 2001, 61, 364, jõustunud 1. 09. 2002.)

Seega on isikute kohta kellel psüühilised häired on tekkinud pärast kuriteo toimepanekut, kuid enne kohtuotsuse tegemist, erisäte. Nende isikute täiesti erinev juriidiline staatus on seaduses selgesti väljendatud. Et isikul kuriteo ajal psüühilisi häireid ei esinenud oli ta sel ajal süüdivusseisundis. Kas ka pärast kuritegu psüühiliselt haigestunud isik kuulub karistamisele või mitte? Karistusseadustik annab nii meditsiinilise kui ka juriidilised kriteeriumid: kui vaimuhaiguse tagajärjel ei ole isik võimeline endale oma tegudest aru andma või neid juhtima, siis ta karistamisele ei kuulu.

Karistamisele mittekuulumise meditsiiniline kriteerium on ainult üks: vaimuhaigus, mis on tekkinud pärast kuriteo toimepanekut ja enne kohtuotsuse tegemist. Seejuures ei piiritle seadus, kas on tegemist kroonilise vaimuhaigusega või ajutise psüühikahäirega, mõlemad juhud mahuvad selle kriteeriumi raamidesse.

Süüdimatusseisundi juriidilised kriteeriumid fikseerivad, et isik ei ole võimeline endale oma teost aru andma või seda juhtima konkreetse ühiskonnaohtliku teo korral, isik ei saanud aru sellest teost, millega seoses süüdivuse probleem kerkis.

Karistusseadustik § 34. Süüdivus

Isik ei ole süüdiv, kui ta teo toimepanemise ajal ei olnud võimeline aru saama oma teo keelatusest või oma käitumist vastavalt sellele arusaamisele juhtima seoses:

- 1) vaimuhaigusega;
- 2) ajutise raske psüühikahäirega;
- 3) nõrgamõistuslikkusega;
- 4) nõdrameelsusega või
- 5) muu raske psüühikahäirega. (Karistusseadustik 6. 06. 2001.- RT I 2001, 61, 364, jõustunud 1. 09. 2002.)

Kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi ülesandeks on aidata uurimis- ja kohtuorganeid objektiivse tõe väljaselgitamisel. Kui üheks vanglast pääseteeks nähakse just süüdimatuks tunnistamist, afektiseisundi tõestamist. Eelnimetatud seisundis toimepandud kuriteo koosseis muutub, kuna inimene ei ole antud seisundis võimeline vastutama oma tegude ees. Seega tuleb isikul läbida kohtupsühhiaatriline ekspertiis. (Saarma 1970).

Tabel 3. Kohtupsühhiaatriaekspertiisi protsentuaalne jaotus Moskva kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi näitel aastatel 1997-1999.

| Psüühilise häire nimetus | Kriminaalselt agressiivselt käituv süüalune kohtupsühhiaatriaekspertiisis | Kohtupsühhiaatrilisse ekspertiisi suunatud süüalune |
|------------------------------|---|---|
| Psüühiliselt terved | 27,9 | 33,0 |
| Osalise psüühilise häirega | 42,6 | 15,8 |
| Isiksusehäire (psühhopaatia) | 17,0 | 8,5 |
| Alkoholism ja narkomaania | 2,5 | 8,5 |
| Vaimne alaareng | 0,9 | 19,7 |

| | | |
|-----------------------|-----|-----|
| Skisofreenia | 8,0 | 4,1 |
| Muu | 1,1 | 2,9 |
| Diagnoosi ei selgunud | 0 | 7,5 |

*Allikas: министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственный научный центр Социальной и судебной психиатрии
Им.В.П.Серебского 2003*

Ülal toodud tabel kajastab 3 aasta vältel kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi läbinud kriminaalselt käituvate isikute protsentuaalne jaotus. Nagu näha on suurel osal isikutel osaline psüühiline häire (42,6% ; 15,8%). Üheks levinuimaks häireks on isiksusehäired, nende sagedus (17% ; 8,5%). Käesolevas tabelis on üllatavalt suur ka kohtupsühhiaatrilisse ekspertiisi suunatud süüaluse osas avastatud alaarengu protsent (19,7 %). Skisofreenia esinemissagedus on oluline välja tuua, kuna skisofreeniast ennekõike sõltub süüdivus ja süüdimatus. Antud juhul on selleks (8,0% ; 4,1%). 7,5% juhtudest ei õnnestunud diagnoosi välja selgitada.

Kohtupsühhiaatrilises praktikas tuleb aeg- ajalt kokku puutuda nähtustega, mida üldpsühhiaatrias tavaliselt ei esine: simulatsiooniga ja agravatsiooniga. Mõned kurjategijad, otsides kramplikult võimalusi vastutusest pääsemiseks, püüavad sel eesmärgil simuleerida psüühilisi häireid lootuses, et neid tunnistatakse vaimuhaigeteks ja nad sellega pääsevad karistuse kandmisest. Tegelikult on selline lootus naiivne ja petlik, sest kaasaegse psühhiaatria käsitluses on terve rida, millega on võimalik paljastada simulatsiooni õige kiiresti ja hinnata uuritava psüühilise seisundi faktilist taset. Ometi esineb ikkagi üksikuid kurjategijaid, kes taolisele teele lähevad.

Tabel 4. Moskva kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi käigus süüdimatuks tunnistatud aastatel 1997-1999.

| Aastad | Kriminaalselt agressiivselt käituv süüalune kohtupsühhiaatriaekspertiisis | Kohtupsühhiaatrilisse ekspertiisi suunatud süüalune |
|--------|---|---|
| 1997 | 21,4 | 8,9 |
| 1998 | 21,4 | 8,7 |
| 1999 | 21,4 | 8,4 |

*Allikas: министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственный научный центр Социальной и судебной психиатрии
Им.В.П.Серебского 2003*

Ülal toodud tabel kajastab aastatel 1997-1999 Moskva kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi käigus süüdimatuks tunnistatud isikuid. Kriminaalselt agressiivselt käituvaid süüaluseid on 3 aasta jooksul võrdselt 21,4 % ekspertiisi läbinuist. Ning suunatud ekspertiisi läbinuist on siis vastavalt (8,9%; 8,7%; 8,4%).

Tabel 5. Moskva kohtupsühhiaatriaekspertiisi käigus süüdimatuks tunnistatud isikute häirete protsentuaalne jaotus aastatel 1997-1999

| Psüühilise häire nimetus | Kriminaalselt agressiivselt käituv süüalune kohtupsühhiaatriaekspertiisis | Kohtupsühhiaatriaekspertiisi suunatud süüalune |
|------------------------------|---|--|
| Skisofreenia | 94,3 | 92,6 |
| Psüühiliselt terve | 25,9 | 12,4 |
| Isiksusehäire (psühhopaatia) | 13,5 | 1,1 |
| Alkoholism ja narkomaania | 27,3 | 2,7 |

*Allikas: министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственный научный центр Социальной и судебной психиатрии
Им.В.П.Серебского 2003*

Ülal toodud tabel kajastab aastatel 1997- 1999 kriminaalselt agressiivselt käituva süüaluse kohtupsühhiaatriaekspertiisi ning kohtupsühhiaatriaekspertiisi suunatud süüaluse süüdimatuks ja süüdivaks tunnistamiste protsentuaalne jaotus järgnevate häirete alusel: skisofreenia, isiksusehäire (psühhopaatia) ning alkoholism ja narkomaania. Kõige enam tunnistatakse süüdimatuks skisofreenia juhtude puhul (94, 3% ; 92,6%). Käesoleva ekspertiisis on süüdivaks tunnistatud (25, 9% ; 12,4%) juhtudest. Isiksusehäirete esinemise osas on süüdimatuks tunnistatud (13,5% ; 1,1%) ning alkoholismi ja narkomaania tõttu süüdimatuks tunnistatud (27,3 % ; 2,7%) juhtudest.

Simulatsioon on haigusnähtude teadlik näitlemine isiku poolt, kellel mingeid taolisi häireid tegelikult ei ole, kes on praktiliselt terve. Psüühiliste häirete simuleerimisel võib kohata väga mitmesuguseid variante. Mõni simulant on varakult tutvunud psühhiaatrilise kirjandusega ja sealt endale välja valinud mõne haiguse, mille tunnuseid ta siis püüab hoolikalt näidelda. Ekspertiisi käigus paljastatakse simulatsioon enamjaolt õige kiiresti ja simulant loobub oma näitekunsti demonstreerimisest. (Saarma 1970).

Agravatsioon on veidi keerukam nähtus: sel puhul isikul tegelikult mingeid haigusnähte isegi esineb, kuid ta teadlikult ja tahtlikult suurendab neid, laseb neid paista raskematena, kui nad on. Sellisel juhul on ekspertiisi korras vaja üksikasjalikult välja selgitada, milline on haigusnähtude tegelik ulatus ja mis on teadlikult suurendatud. Agravatsiooni ekspertiisi korral tuleb silmas pidada seda, et kogu haiguskulgu ei hinnataks kui simulatsiooni. (Saarma 1970).

Afekt on lühiajaline tormiliselt kulgev väljapoole (teistele) nähtav emotsionaalne reaktsioon, mis mõjutab inimest tervikuna. Afekt võib aga ei pruugi olla kooskõlas isiku antava emotsiooni kirjeldusega.

Afektiivne reaktsioon võib olla erineva iseloomuga:

- positiivne afekt - normaalse afektiivse reaktsioonina rõõmu, heameele, õnnestumise väljendumine.
- negatiivne afekt - normaalse afektiivse reaktsioonina viha, kurbuse, ärevuse väljendumine.

Afektiivse reaktsiooni häired:

- apaatia - emotsionaalsed reaktsioonid puuduvad.
- hüpopaatia - emotsionaalne reaktsioon on tuimenenud.
- afektlabiilsus - reaktsioon pole stiimuliga kooskõlas, emotsionaalne reaktsioon vallandub väga kergelt ja muutub kiiresti.
- ambivalentsus - kahe või enama vastandliku emotsiooni koosesinemine vastuseks ühele stiimulile.

(Wikeedia, Afekt, <http://et.wikipedia.org/wiki/Afekt> 25.04.2006)

Afekt ehk äkitselt tekkinud kõva hingelise ärrituse seisund võimalik erinevate kriminaalse mehhanismide agressiivsuse ärgitaja. Füsioloogiline afekt kui vahetult afekti reaktsioon vastuseks ühekordsele psühhotraumeeriva või frustratsiooni mõjul paigaldatud kindlaks tehtud kuriteo käitumise mehhanismi raamides agressiivsuse näol, toimepandud emotsionaalse erutuse tagajärjel.

Füsioloogiline afekt on rohkem täheldatud psüühiliselt tervetel inimestel või süüdistavatel või orgaaniliselt aju kahjustatustega palju harvem kui psühhopaatilistel isikutel. Eripäraste süüdistavate isikute struktuuri olemuseks on

agressiivsuse madal tase sellepärast, et iseloomujooned mis on ühendatud raskendatava vahendamise ja vähene kontroll tekitavad agressiivse olukorra.

Rohkem, kui 50 % selliseid afekti seisundeid tekib kergelt alkoholi joobes olles, mitte ainult psühholoogilise agressiivsuse mehhanismi näol, mis ei arene ainult tekkinud emotsionaalse erutuse puhul, kuid ka alkoholi joobe puhul. Selle puhul säilivad ka fenomenoloogilised klassikalise füsioloogilise afekti seisundi tunnused nagu (kolmefaasiline dünaamika, kohakuti teadvuse kitsenemine või katkendlikkus vastuvõtmine, postafekti seisundi jõuetus asteenia) kui ka psühholoogiliste mehhanismide vastuvõtmise häired .

Kumulatiivne afekt ja emotsionaalne erutus või kumulatiivse geneesi pingelisus, suunavad tähelepanu mõju teadvuse ja käitumise süüdistava kriminaalses situatsioonis, diagnoositakse psühholoogilise agressiivsuse mehhanismi kui emotsionaalse pinge maha laadimise, mille osalised komponendid on psühholoogiline stress, harvem esineb kui enda sisekonflikti armukadeduse näol. Emotsionaalne pingelisus kasvab pikaajalise psüühikat traumeerivas keskkonnas. Ligikaudu 40 % kumulatiivses afektides süüdistavatel tekib raskes alkoholi joobe seisundis. - suuremas osa juhtudel alkoholi tarvitamisel on üheks variantideks leevendada emotsionaalset stressi.

(министерство здравоохранения Российской Федерации Государственный научный центр Социальной и судебной психиатрии Им.В.П.Серебского 2003).

4. UURIMUS

4.1. Intervjuu

Esialgelt oli plaanis teha uurimustöö Seewaldi arhiivis kohtupsühhiaatria ekspertaktidega ning küsitleda vanglate psühhiaatreid ja psühholooge. Kuna ekspertaktidele lõputöö autorit ligi ei lastud ning vanglate psühhiaatrite ja psühholoogidega koostööd polnud piisav saavutamaks kavandatud tulemusi. Selleks, et veidi iseloomustada oma lõputööd intervjuerisin 6 vangla töötajat, kes andisid oma arvamuse minu poolt esitatud küsimustele.

1) Kui palju Teie arvates on vanglates psüühiliste häiretega kinnipeetavaid?

Valvur 1: Minu arvates umbes pooltel kinnipeetavatel esineb psüühilisi häireid. Kel rohkem ja kel vähem.

*Valvur 2 (Töötas varem Keskvangla psühhiaatria osakonnas valvurina) :
Psühhiaatria osakonda määrati vaid need, kes põdesid skisofreeniat. Skisofreeniat põdevaid on siiski väga vähe kinnipeetavate hulgas. Arvan, et üldiselt kuskil 10% Eestis olevatest kinnipeetavatest vajaksid eriarstide (psühhiaatrite) abi.*

II astme vanglaametnik: Ausalt öeldes 100%. Kes juba vanglasse satub, sel suure tõenäosusega ka psüühilised häired esinevad. Kuid kuskil 30% neist vajaksid psühhiaatrilist ravi.

II astme vanglaametnik: Konkreetselt selliseid kinnipeetavaid, kes psühhiaatrilist eriabi vajavad on minu arvates 5%. (selline psühhiaatriline häire, mis selgelt silma paistab).

Praktikant 1: Mina pakuks, et umbes 10% võiks olla psüühilise häirega kinnipeetavaid, ehk siis ligikaudu 400. Samas mingil määral on nad kõik psüühiliselt haiged, sest normaalsed inimesed ei sooritagi kuritegusid.

Praktikant 2: Kui vanglasse esmakordselt tulin siis tundusid küll kõik psüühiliste häiretega. Mõnel suurem ja mõnel väiksem häire. Tihti arvasin, et miks ilmsete psüühiliste häiretega kinnipeetav küll vanglas on. Aga nüüd olen arvamusel, et 10% võiks küll kogu vanglasüsteemi peale neid olla.

2) Kas olek mõeldav rajada Eestisse eraldi vangla psüühiliste häiretega kinnipeetavate jaoks? Põhjendage oma vastust!

Valvur 1: Arvan, et eraldi vanglat küll vaja ei ole. Kui rajatakse eraldi vangla tunduvalt paremate elamistingimustega ja tõenäoliselt ka leebema režiimiga, siis hakkab rohkem simulante tekkima. Kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi sõel peab tunduva tihedam olema.

Valvur 2(Töötas varem Keskvangla psühhiaatria osakonnas valvurina) : Eraldi vanglat poleks vaja rajada, sest neid, kes pidevat psühhiaatrilist ravi vajavad on siiski vähe. Majanduslikult poleks see otstarbekas.

II astme vanglaametnik 1: Minu meelest kogu vanglasüsteem vajaks välja vahetamist. Mõne lääne vangla eeskujul võiks kõik kinnipeetavat paigutada iseloomu, häire, kuriteo jne järgi seksioonidesse. Näiteks: narkomaanid on narkomaanide seksioonis. Juhul, kui narkomaan peaks oma sõltuvusest vabanema. Liigub ta edasi teise seksiooni. Nii oleksid kinnipeetavad ja nende häired eraldi. See oluline sellepärast, et mõned väiksema häirega kinnipeetavad ei oleks keskkonnas, mis soodustaks neil häire süvenemist või sootuks terve kinnipeetava haigestumist. Eestis on väga raske selliseid muudatusi läbi viia. Loodan, et kui uus vanglate haigla rajatakse, siis seal rohkem kohti psüühiliste häiretega kinnipeetavate jaoks tehakse.

II astme vanglaametnik 2: Eraldi vangla läheks liiga kulukaks, kuid eraldi sektioonid võiks küll vanglate juurde rajada. Oluline on eraldi hoida erineva astme häiretega kinnipeetavad.

Praktikant 1: Loomulikult võiks neil olla eraldi vangla. Kui meil on Eestis 100 kinnipeetavaga noortevangla, 200 kinnipeetavaga naistevangla, siis ei oleks ju raske ja utoopiline teha 400-le kinnipeetavale spetsiaalset vanglat, kus neile saab pöörata kõrgendatud tähelepanu. Loomulikult peaks sealses vanglas olema valvuritel eri väljaõpe. Nad peaksid olema saanud väga palju psühholoogia alaseid teadmisi, et toime tulla rasketes ja kriitilistes olukordades.

Praktikant 2: Majanduslikult mõeldes on ju targem hoida terveid ja haigeid koos, kuid arvan, et teoreetiliselt oleks vaja Eestil eraldi vanglat psüühiliste häiretega kinnipeetavate jaoks. Arvan, et kui hoia eraldi noored vanadest ja mehe naistest, siis oleks eraldihoidmise printsiibist lähtuvalt ka õige hoida eraldi terved haigetest.

3) Mis Te arvate, kas senine tähelepanu vangla töötajate poolt psüühiliste häiretega kinnipeetavate osas on piisav?

Valvur 1: Arvan, et tähelepanu puudub. Kedagi töötajatest ei huvita otseselt kinnipeetava psüühika. Üldjuhul nähakse probleemi, kuid ei tegeleta sellega. Kõik sõltub suhtumisest.

Valvur 2(töötas varem Keskvangla psühhiaatria osakonnas valvurina): Töötajad kardavad kinnipeetavaid, kes on üldisest massist erinevad. Ei osata midagi teha. Probleemidesse ei süveneta, jäetakse psühhiaatrite ja psühholoogide pädevusse. Mis aga on vale, kuna meie suhtleme kinnipeetavatega iga päev ja eraldame tõelised abivajajad üldise massi hulgast ära.

II astme vanglaametnik 1 : Minu meelest võetakse haigeid tervetega võrdselt ei kohaldata haigete osas eri soodustusi ega tingimusi. Seega ka eri tähelepanu neile ei osutata.

II astme vanglaametnik 2 : Leian, et nii mõnegi vangla töötaja psüühika on rohkem häiritud, kui kinnipeetavate oma. Seega ei saa üks ebaterve teist haiget „parandada”. Üldiselt kardetakse laskuda kinnipeetavatega lähedamatesse suhetesse, mis aga on vajalik avastamiseks isiku juures häireid või muutusi psüühikas, et edasi anda teave psühhiaatritele ja psühholoogidele.

Praktikant 1: Kindlasti mitte. Hetkeolukord on selline, et vanglatöötajad ei teadvustagi endale, et mõned kinnipeetavad võivad olla psüühiliselt haiged. Nad küll näevad, et kinnipeetav võib käituda imelikult, kuid nad pigem ignoreerivad seda kui selle jaoks midagi ette võtavad. Lisatähelepanu psüühiliselt haigetele kinnipeetavatele tähendab lisatööd valvuritele. Kuna nad selle eest aga mingeid eritasusid ei saa, siis pole mingit motivatsiooni.

Praktikant 2: Meie, kes oleme otse koolipingist tulnud tõenäoliselt kasutame koolist omandatud teadmisi rohkem ja seega ka oleme veidi rohkem süvenenud kinnipeetavate psüühikasse. Aga ülejäänud vangla töötajad on teisiti meelestatud. See, mis pole meie ametijuhendis kirjas, mille eest palka ei maksta, pole ka meie töö. Ja sellepärast käiakse vanglas tööle vaid oma tööd tegemas. Nähakse seda, mida tahetakse näha.

4.2. Tulemused ja arutelu

Eestis ei tehta mingisugust statistikat kinnipeetavate vaimse tervise osas. Kui juba tavakodanike psüühilise seisundi välja selgitamine on väga keeruline, siis mingit aimu saada kinnipeetavate vaimse tervise olukorrast on peaaegu, et võimatu, sest kõik, mis toimub vanglas jääb ka vanglamüüride vahele. Inimeste tervisega seotud

küsimused on väga delikaatsed, mistõttu ei tohi kõrvalised isikud pääseda ligi inimeste tervist puudutavatele andmetele. Kuigi palju räägitakse vangistusest kui ühest psüühika häirete riskifaktorist, kuid millegi pärast on see teema ikkagi jäänud soigu.

Enne käesoleva lõputöö kirjutamist olin ma arvamusel, et probleem psüühiliste häirete osas on kinnipidamisasutustes olemas, kuid sellega ei tegeleta. Nüüd, kui olen oma lõputööga lõpusirgel ja küsinud vanglaametnike arvamust sel teemal, siis olen endiselt arvamusel, et töötajad ei taha näha probleemi ega ka oska tegeleda sellega. Intervjuust 6 vanglaametnikuga selgub, et nende meelest on kogu vanglasüsteemi peale keskel läbi ühe väikse vangla ehk 200-400 kinnipeetava jagu psüühiliste häiretega isikuid. Mis ka autori enda arvates on vägagi reaalne.

Soome näitel eraldi vangla rajamine psüühiliste häiretega kinnipeetavate jaoks, vanglaametnike avamuse kohaselt oleks mõeldav, kuid samas oleks selle rajamine ja ülalpidamine liiga kulukas. Seda enam, et Eestis kavatakse luua uusi vanglaid ja ka uus vanglate haigla. Just viimase asutuse peale pannakse lootused, et ehk sinna rajatakse rohkem kohti psüühiliste häiretega kinnipeetavate jaoks.

Viimane esitatud küsimus oli seotud vanglaametnike suhtumisega psüühiliste häiretega kinnipeetavatesse. Praegu on seis vanglates keeruline, kuna töötajad tunnevad ise, et nad pole antud teemas pädevad. Nad ei oska, ega taha tegeleda kinnipeetavatega, kel esinevad psüühilised häired. Samas nad tunnistavad, et vanglas on palju vaimselt ebaterveid, kuid nad kas ignoreerivad neid või tihti lihtsalt naerdakse nõ lollikeste üle.

5. ETTEPANEKUD

Ettepanekuid otseselt käesolevas lõputöös kajastatud probleemidele on suhteliselt keeruline tuua. Aga siiski lähtudes ka intervjueeritavate arvamusest leian, et tuleks teha muutusi vanglaametnike koolitamise osas. Rohkem tuleks rõhku panna psühholoogilistele ja psühhiaatrilistele teadmistele. Oma kogemusest võin öelda, et praeguses õppekavas napib neid aineid. Esiteks neid probleeme kajastavad ained on üliõpilastele huvipakkumamad, kui nt majandusalased ained. Teiseks loengu teemad ja materjalid on huvitavad ja võimaldavad üliõpilastel neil teemadel kaasa rääkida. Samuti oma lõputöö teema valik kujunes ka selliseks tänu kohtupsühhiaatria loengutele, mis äratasid huvi inimeste psüühika osas.

Ühe variandina näeks veel täiendavaid seminare ja koolitusi vanglatöötajatele. Vanglaametnikud tunnistasid, et nad ei oska käituda psüühiliste häiretega kinnipeetavatega või lausa ignoreerivad probleemi. Teadmatus ja oskamatus mingis uues situatsioonis hirmutab inimesi niivõrd, et kardetakse üldse psüühiliste häiretega inimestega lähedamasse kontakti astuda.

Ühe muutusena antud valdkonnas näeksin minagi ette just eeskätt psüühiliste häiretega kinnipeetavate eraldi hoidmist tervetest. Kuidas see Eesti mõistes välja näeks? Leian, et rohkem tuleks rõhku panna kinnipeetavate iseloomu ja eripära välja selgitamisele. Nagu üks intervjueeritavatest väitis erinevate seksioonide rajamisest nii arvan minagi, et tuleks nõnda kinnipeetavad eraldada. Tulemus peaks olema nii kinnipeetavatele, kui ka vanglaametnikele rahuldav. Seeläbi näitaksime vanglaametnikele ära kinnipeetavate erisused. Eri seksioonides töötavad vanglaametnikud teavad, millised on kinnipeetavate häired, iseloom jms. Tulemusena näeksin, et vangla oleks turvalisem nii töötajatele kui ka kinnipeetavatele ning, et vangla ei soodustaks psüühiliste häirete teket ega ka süvenemist. Vangla keskkond muutuks arvestavamaks.

Arvan, et vanglates töötavad psühhiaatrid võiksid teha statistikat, mis kajastaks täpselt hetkeseisu Eesti vanglates. Statistika, milles on konkreetselt välja toodud diagnoosid ja psühhiaatrilist abi vajavate isikute arv. Antud töös kasutasin Moskva kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi statistiliste andmete kogu. Leian, et eesti mastaabis oleks ka mõeldav selline vastavasisuline uuring teha, kus on välja toodud süüdimatuks tunnistatute ja üldise psüühilise seisundi olukord.

KOKKUVÕTE

Käesoleva lõputöö eesmärgiks oli saada ülevaade psüühiliste häirete esinemisest vanglas. Autor keskendus peamiselt kolmele rühmale suurest rahvusvahelisest haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistilisest klassifikatsioonist. Nendeks on isiksusehäired ehk psühhopaatiad, sõltuvushäired ehk psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud häired ning skisofreenia ja psühhoatilised seisundid. Kuna isiksusehäired ja sõltuvushäired on üldse kõige levinumad psüühilised häired inimeste seas ning käesolev lõputöö käsitles vangistuses olevaid inimesi, siis autor pidas oluliseks käsitleda skisofreeniat, kuna skisofreeniast ehk psühhoatilistest seisunditest sõltub eelkõige kuritegude puhul süüdivus ja süüdimatus.

Käesolevas lõputöö teoreetilises osas autor analüüsis ja ilmetas tööd oma mõtete ja kogemustega vanglatööst ning tõi statistilisi andmeid eestlaste tervisenäitajate osas, millest võib seada enesele orientiiri psüühiliste häirete esinemisest ka vanglas. Kuigi ei saa näitajaid üks ühele võrrelda vanglaga, sest statistika siiski ei sisalda vanglas olevate isikute tervisenäitajaid.

Kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi osas kirjeldas autor mõisteid süüdimatus, süüdivus, simulatsioon, agravatsioon ja afekt. Nii nagu karistamisele mittekuulumise meditsiiniline kriteerium on ainult üks: vaimuhaigus, mis on tekkinud pärast kuriteo toimepanekut ja enne kohtuotsuse tegemist on seda ka karistusseadustikust lähtuvalt. Seejuures ei piiritle seadus, kas on tegemist kroonilise vaimuhaigusega või ajutise psüühikahäirega, mõlemad juhud mahuvad selle kriteeriumi raamidesse.

Intervjuude tulemusena sai autor veel kord kinnitust oma lõputöö alguses esitatud hüpoteesile. Vanglaametnike arvamuste järel esitas autor ka ettepanekud lahendamaks püstitatud probleemi.

RESÜMEE

Diese Abschlussarbeit besteht aus 52 Seiten und es sind 15 verschiedene Quellen benutzt. Die Arbeit ist auf Estnisch geschrieben.

Das Thema der Abschlussarbeit sind die psychischen Störungen die im Gefängnis vorkommen können. Der Autor hat die in Estland vorkommenden Infostücke gesammelt und hat auf die Häufigkeit der vergleichbaren Störungen in den Studien von anderen Staaten hingewiesen.

Das Ziel der Abschlussarbeit war einen Überblick von den psychischen Störungen im Gefängnis zu bekommen. Der Autor hat sich hauptsächlich auf drei Gruppen von der Internationalen Statistik der Krankheitsklassifikation konzentriert. Diese sind Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeit von Gebrauch verschiedener Stoffe und Schizophrenie aber auch verschiedene psychotische Zustände. Aber weil Persönlichkeitsstörungen und Suchtstörungen am häufigsten unter Menschen verbreitet sind und die Abschlussarbeit von Menschen in Gefangenschaft handelt, hat der Autor es für wichtig empfunden sich mit Schizophrenie zu beschäftigen, weil es von Schizophrenie oder der psychischen Verfassung der Verbrecher abhängig ist ob er zurechnungsfähig ist oder nicht.

Im theoretischen Teil analysierte der Autor die Arbeit mit seinen eigenen Gedanken und Beispielen aus der Gefängnisarbeit. Er brachte statistische Angaben von der psychischen Gesundheit der Esten und brachte Beispiele aus den Studien der Moskauer Gerichtspolizei. In der Arbeit behandelt der Autor auch das Thema der Gesetze und Vorschriften die die Untersuchungen regulieren, wie das Gesetz der Psychiatrischen Hilfe und das Strafgesetz.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. Medicina 2000, Psühhiaatria
2. Ullrich, S. 2004, Dimensions of personality disorders in offenders: Criminal Behaviour and Mental Health, 14; 202-213
3. Saarma, J. 1970, Kohtupsühhiaatria, Tallinn: Valgus
4. Paavel, V. 2000/ 2001, Psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekanne Eestis. Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium.
5. Künnapuu, H. 2004, Skisofreenia ja psühhootilised häired, Tallinn: Trükkal
6. Saarma, J. 1977, Vaimne tervis, Tallinn: Valgus
7. Saarma, J. 1995, Depressioon, Tallinn: Valgus
8. министерство здравоохранения Российской федерации Государственный научный центр Социальной и судебной психиатрии Им.В.П.Серебского 2003
9. Karistusseadustik 6. 06. 2001.- RT I 2001, 61, 364

Artiklid

10. Postimees online. Psüühiliste häiretega inimestele napib abi.
http://www.postimees.ee/141204/online_uudised/152602.php
16.03.2006

Interneti leheküljed

11. RHK-10, ärevushäired
<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/Programm/ravi/RHK/ver1998/F2.htm>
19.04.2006

12. RHK-10, Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired.
<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/Programm/ravi/RHK/ver1998/F2.htm>

26.04.2006

13. RHK-10, Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired.

<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/Programm/ravi/RHK/ver1998/F1.htm>

25.04.2006

14. Wikeedia, Afekt, <http://et.wikipedia.org/wiki/Afekt>

25.04.2006

15. (Psühhaatrilise abi seadus, 26.01.2006 (RT I 2006, 7, 42) 4.02.2006,

<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=992425> 10.05.2006).