

Viktor Sergejev: varem raviti haigust või diagnoosi, praegu ravime inimest

Tänavu Põhja-Eesti Regionaalhaigla tiitliga *Grand Man* pärjatud psühhiaater Viktor Sergejev usub, et kui tavaliselt ravivad arstid sümptomeid, siis psühhiaatrias on oluline ravida inimest – leida temas säilinud terve pool ja seda arendada. Sageli ei ole selle saavutamine nii lihtne.

Eli Lilles – Med 24

Mida ise peate enda kõige olulisemaks saavutuseks, mis sellise tunnustuseni viis?

Arvan, et tegin omal ajal psühhiaatriat valides õige otsuse, olen sellele erialale truu olnud ning psühhiaatriaseemet igale poole, kuhu võimalik, ka puistanud. Psühhiaatria rikkus ja keerukus on selles, et üritad mõista inimest, aru saada võimalike vaevuste dünaamikast ning nende põhjuslikkusest isiksuse arenguloos, mis hõlmab inimese sotsiaalset, emotsionaalset ja intellektuaalset poolt, arusaamade, maailmakäsitluse, suhete jms mitmekesisuses ja vahel ka virvarris. Kui varem ikka klassikaliselt raviti haigust, sümptomeid, siis praegu ravime inimest.

Psühhiaatria on muutunud dünaamiliseks. See tähendab, et kui psühhooosi vaevuste all kannatav inimene on siirdunud omamoodi irreaalsusse, siis teda sellest seisundist välja tuues ravime teda nagu psühhooisihaget, üritades teda igati toetada ja tuua tagasi reaalsesse maailma, nn reaalsesse tavaellu. Kui psühhooosist välja tulnud inimesel tekib depressioon, siis tegeleme temaga aga nagu depressiooni all kannatava haigega. Loomulikult tuleb arvesse võtta individuaalsust, sotsiaalset tausta, toimetulekut, huvisid. Tekkinud haiguslikud seisundid on oma arengulooga, neid põhjustavad geneetilised, sotsiaalsed tegurid, suhetraumad, ajalooline ning ühiskondlik taustsüsteem, kuid loomulikult ka üldine kehaline tervis, tunded,



Viktor Sergejev

Foto: Põhja-Eesti Regionaalhaigla

lõppude lõpuks teadlik, eelteadlik ja alateadlik käitumise planeerimine, realiseerimine ja hilisem hinnang sellele.

Ma ei salga, et olen omal erialal väga entusiastlik olnud ning psühhiaatriaga aktiivselt tegelema alates arstiteaduskonna 1. kursusest. Võtsin aktiivselt osa psühhiaat-

riaringi tööst, lõin aktiivselt kaasa teadustöös Üliõpilaste Teadusliku Ühingu (ÜTÜ) raames ning tegutsesin õppetöö kõrvalt Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogiahaiglas. Psühhiaatriaringi raames valmis mul viis auhinnalist võistlustööd. Minu juhendajad olid dr Leelo Sild ja professor Jüri Saarma.

Võin oma elu kirjeldada kui võimatut missiooni reaalsuses – aga just selline on see olnud. Olen algatanud erinevaid uuendusi ja neid ellu viinud. Mingil hetkel saadi aru, et mul on mingid organisatoorsed võimed ning kui oli vaja midagi uut ja keerukamat alustada kohas, kuhu keegi minna ei tahtnud, siis helistati sageli mulle. Näiteks olles alles kolm kuud Seewaldis töötanud, anti mu käsutusse lagunenenud maja, kuhu tuli lühikese aja jooksul rajada narkoloogiaosakond. Sarnane lugu juhtus Jämejalas töötades, kui tekkis vajadus endine Taagepera sanatoorium psühhiaatriahaiglast ümber profileerida. Alustasin nullist ning kahe kuu pärast töötas haigla täistuuridel. Kõige keerukam ametikoht oli mul Iru hooldekodus direktori-peaarstina, seal oli 450 hoolealust, neist 250 voodihaiget. Ka see koht ei jäänud psühhiaatriast puutumata ning aasta pärast ametis olemist sain tollaselt Tallinna Linnavalitsuselt loa avada 30 kohaga psühhiaatriaosakond. Tegu oli esimese psühhiaatrilise hooldekodu osakonnaga Tallinnas, pealinnas. Tol ajal viidi rasked psüühiliselt haiged inimesed, kes vajasisid hooldust, keskustest, linnadest kaugele eemale maakohtadesse, saartele silma alt ära.

Patsiendiga samastuda pole minu arvates just hädavajalik, kuid vahel õpetlik kogemus. Tinglikult olen end üritanud tudengina panna ka patsiendi rolli. Ülikooli esimesel kursusel otsustasime kolme kursusekaaslasega, kellega koos tahtsime saada psühhiaatriks, võtta ühekordselt sisse erinevaid psühhiaatrilisi ravimeid, et nende mõju omal nahal tunda. Esimesel päeval proovisime rahustit diasepaami, see tegi pisut loiuks, natukene tõntsiks. Järgmisel päeval võtsime tookord kõige levinumat psühhosirohtu aminosini ehk kloorpromasiini. Selle järel oli juba päris halb olla – pea oli uimane, silme ees virvendas, mõte ei liikunud, liigutused oli kohmakad. Läksime eksperimendiga edasi ja kolmandal päeval võtsime kaks

tabletti levomepromasiini. See jäi mulle eluks ajaks meelde – mul oli tunne, et iga tunni järel virutab keegi väga tugevasti uimastava nuiaga vastu pead ja nii kaks päeva järjest. Olin täiesti audis ega suutnud pea midagi korralikult teha. Meeletu nõrkus, uimasus, paha olla, iiveldus, silmade ees virvendas ...

1970.–1980ndatel valitses psühhofarmakonide suur vaimustus, sest haiglatesse tulid uued ravimid, aga nendel oli tollal ka omajagu kõrvaltoimeid. Mina aga mäletasin suurepäraselt esimese kursuse eksperimenti, isiklikku kogemust ning tänu sellele ei ole minu haiged olnud üleravitud ning olin ja olen siiani psühhotroopsete ainete, ravimite kasutamisel ettevaatlik ning suuri annuseid kasutan ainult, kui see on haige paranemiseks väga vältimatu. Samas ollakse meil nimelt antidepressantide kasutamisel aga sageli jälle liiga ettevaatlikud raviannuste suurendamisel ja sellega seoses ei saavuta me sageli seda positiivset ravitulemust, mida nende aineteiga on võimalik saavutada. Analoogete kogemuse kinnituse olen saanud ka Soomest.

Olen töötanud pea kõikides Eesti psühhiaatrikliinikutes, välja arvatud Narvas ja Ahtmel. Lisaks olen töötanud Soomes, kus juhatajaks ehk siis ülemarstiks olemine ei tähenda kabinetis istumist, vaid reaalselt kliinilist igapäevast tööd ja teiste kolleegide abistamist, juhendamist.

Loomulikult peame jääma oma rollidesse, aga ma pole kunagi rääkinud oma patsientidega kantslist. Üritan oma tööd teha ja olen teinud nii, et inimesed saaksid maksimaalselt aru oma tervislikust seisundist, raviotsusest ning võimaluse piires mõtleksid kaasa, oleksid raviotsuses minu teadlikud partnerid. Samas tuleb aga teatud juhtudel, eeskätt mitmete isiksusehäirete ja sõltuvushaiguste korral panna kindlad piirid inimesele tema käitumises, tinglikult näidata talle ennast psühhiaatrilises peegelpildis, mis võib esialgu

põhjustada pettumust, isegi solvumist, viha. Ei saa lõpmatuseni elada kahjuks illusioonides ja olla pahane kõikide teiste peale – keegi mind ei mõista, keegi mind ei taha ega armasta, kõik on mu hüljanud ning tõrjuvad mind, kogu maailm teeb mulle ainult liiga ja on nii paha. Paljudel sellistel juhtudel tulebki vaadata omad suhtlemise, käitumise ning tundemallid üle. Ilma selleta ei saavuta me muutust, paranemist.

Oluline teema minu erialal on loomulikult tunded. Pidev vihatunne, rahulolematus, sarkasm, küünilisus on äärmiselt traumeeriv, frustreeriv, regresseeriv tegur eeskätt selle konkreetse inimese enda jaoks. Siin ei ole alati ravimist abi ja lavale tulebki pikaajaline psühhoteeraapia.

Juba ülikooli esimesel kursusel oli Teie valik tehtud psühhiaatria kasuks. Kuidas see mõte sündis?

Arstiteadus oli tegelikult kolmas valik. Esimene nooruslik romantiline unistus oli saada sõjaväe hävituslenduriks. Pärast esimese tervisekontrolli komisjoni edukat läbimist kümnendas klassis emale rõõmusõnumit tuues keelas ta selle otsustavalt ära – mu ema oli represseeritud ja rahvuselt ingerlane ning karjäär hävituslendurina ei tulnud kõne alla. Olen talle siiani selle eest tänulik, ainuõige tegu!

Teine soov oli üheteistkümnendas klassis juristiksaada, aga tookord ei võetud ülikooli õigusteaduskonda vastu, kui ei olnud kaheaastast tööstaaži või sõjaväes käidud. Kolmas valik oligi siis arstiteaduskond.

Mu entusiastlikud toanaabrid dr Toomas Väli ja dr Mati Järve teadsid esimesest päevast peale, et tahavad kirurgiks saada. See pani mind mõtlema, et peaks samuti valiku tegema. Kuna mu ema töötas Tarvastu psühhiaatrikliinikus meditsiiniõena, oli meil psühhiaatriat kodus omajagu. Oluline mõjutaja oli veel eriala valikul Kohtla-Järve psühhiaatriakeskuse rajaja ja hilisem

Tartu kliinilise psühhiaatria haigla peaarst dr Jüri Aaso. Jüri Aaso kutsus mind osalise koormusega tööle kõrgema närvitalituse laboratooriumi laborandiks, töötasin seal kogu ülikoolis õppimise aja professor Jüri Saarma juhendamise all. Mida rohkem teemas sees olin, seda enam kasvas huvi.

Kuidas on psühhiaatriavald-kond aastatega muutunud ja arenenud?

Ampluaa või teemad, millega psühhiaatrid tegelevad, on väga palju muutunud. Minu õpinguaastatel tegeleti põhiliselt psühhootiliste kriisidega, skisofreeniahaigetega, tookord maniakaal-depressiivse psühhooosi nime all oleva haigusega, mis praegu on nimetatud ümber bipolaarseks meeleoluhäireks, suitsiidikatsetega, mingil määral oli ka siis juba depressiivseid haigeid, nn neuroosihaigeid. Psühhiaatriakliinikutes oli palju krooniliste psühhootiliste all kannatavaid haigeid, kes olid statsionaaris palju kuid ja vahel palju aastaid, isegi aastakümneid.

Haiguste grupid, seisundid, millega praegu psühhiaatrias tegeldakse, mida ravitakse, on radikaalselt muutunud ja profiil oluliselt laiem. Ampluaasse kuuluvad näiteks väga erinevad ärevushäired, lai spekter depressiooniga seotud haigusi, kohanemisreaktsioonid, somatoformsed häired, isiksusehäiretega seonduvad probleemid, erinevad sõltuvushaigused, unehäired, söömishäired, orgaanilise ajukahjustuse seisundid, kognitsiooniprobleemid, dementsus, psühhogeriaatrilised probleemid ja haigused, nende varajane diagnostika ja ravi, laste ja noorukite psühhiaatria ja palju muud. Loomulikult kuuluvad meie ampluaasse psühhootilise registri erinevad haigused ning reaktsioonid, suitsidaalne käitumine jm. Omaette lai teema on väga mitmekesised psühhiaatriaga seotud hulgalised psühhoterapeutilised probleemid. Samas on haigusi, mis on minu ajal teiste spetsialistide pädevusse

liikunud. Näiteks kuulus kunagi psühhiaatriliste psühhosomaatiliste haiguste alla kopsuastma, mis nüüd õigustatult kuulub kopsuarstide pädevusse.

Peaaegu olulise aspektina ära mainima psühhiaatria tihedat koostööd ja seost somaatilise meditsiiniga. Konkreetselt meie psühhiaatriakliinikul on tihe koostöö paljude teiste Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) allüksuste ja spetsialistidega, kelle nõu ja konsultatsioonita ei suudaks me oma haigetele maksimaalset abi anda. Eriti kõrgelt hindan koostööd PERHi diagnostikakliiniku ja laboratooriumiga. Loomulikult oleme valmis ka kõigile teistele kliinikutele ja allüksustele oma konsultatsioone ja erialast nõu vastu pakkuma. See on suund ka tulevikus enam ja enam leida seoseid somaatilise ning vaimse haigestumise vahel. Psühhiaatria diagnostika ja osaliselt ka ravi on paljuski lähenenud oma olemuselt somaatilisele meditsiinile. Loomulikud on olulised neurofüsioloogilised meetodid, geneetika. Ei ole ühtegi kliinilist somaatilist eriala, kus ei oleks teatud juhtudel vaja lahendada ka psühhiaatrilisi probleeme. Näiteks alkohoolsete deliiriumide ravi on läänemaailmas siirdunud psühhiaatriakliinikust tavahaiglasse, intensiivraviosakonda. Paljude psühhootiliste seisundite ja ka kujuneva dementsuse taga on konkreetne somaatiline haiguslik seisund. See, et suured psühhiaatriakeskused kuuluvad nüüd Eestis suurte somaatiliste haiglate koosseisu, on väga edumeelne ja õige otsus.

Varem oli psühhiaatrias põhirõhk haiglaravil ning haiglas viibimise aeg oli väga pikk. Näiteks võis skisofreenia ägenemise korral raviperiood kesta haigla tingimustes 4–6 kuuni. Praegu on suund võetud sellele, et patsient saaks haiglast välja nii kiiresti kui võimalik ja põhiline oleks ambulatoorne, polikliiniline ravi ja rehabilitatsioon, psühhoterapia. Polikliinilist psühhiaatrilist tööd tehakse eri tasanditel ja väga oluline roll on kindlasti

ka selles meie perearstidel. Meie käsutuses on praegu kõik tuntud tänapäevased mujal läänemaades kasutusel olevad psühhiaatrilised ravimid.

Medikamentoosse ravi kõrval on väga oluline psühhoterapeutiline suund, ka statsionaari tingimustes. Psühhiaatrias on ka rehabilitatsioonilüli liikvele läinud ja ilmselt on siin võimalik üht-teist veelgi parandada. Klubimajad, vaimse tervise tugikeskused, nn toetatud elamine jms. Psühhiaatrilises töös on võrreldes muude erialadega aga siiski suhteliselt oluline nn inimlik tegur, empaatia, toetus, usaldus, terapeutiline liin, tihe koostöö pereliikmetega. Veel ei ole meil soovitud ulatuses toimivat koostööd näiteks tööandjatega, nagu see on meie põhjanaabritel.

Üldises plaanis on muutunud suhted, tööjaotus, ka psühhiaatrilises töörühmas. Varem oli arst maa peal ja jumal taevas. Praegu on arst üks tiimi liige ning meeskonnatöö on psühhiaatrias eriti tähtis. Arsti roll on suunda näidata, määrata medikamidid ja diagnostika, kuid väga olulist rolli ja tähtsat ülesannet täidavad ravimeeskonnas kliinilised psühholoogid, tegelusterapeutid ja loomulikult meie meditsiiniõed.

Kas ja kuidas on suhtumine psühhiaatriasse ühiskonnas muutunud?

Psühhiaatria haigla või psühhiaatri kabineti lävepakk on aastakümneid küllaltki kõrge olnud. Julgen öelda, et tänapäeval on see muidugi olemas, aga suhteliselt madal. Inimesed on aru saanud, et psühhiaatri juures ei käida ainult psühhooosi ravimas või enesetapumõtetega. Probleemide ring, millega tegeleme, on väga lai ja mitmekesine. Meie kaasaegne elu lihtsalt dikteerib paljudel juhtudel sageli taolise konsultatsiooni vajaduse. Väga laialt on levinud siin erinevad ärevushäired, läbipõlemine, kohanemisreaktsioonid, unehäired, ületöötamine jms.

Läbi aegade on minu jaoks huvitavaks teemaks olnud somatisatsioon-

nihäire, seos somaatiliste haiguste ja depressiooni vahel. Võrreldes varasema ajaga pööratakse sellele rohkem tähelepanu. Sageli tuleb ärevuse foonil mõelda, kas tegu pole mingi kehalise haigusega. Pikka aega arvati, et raskete somaatiliste haiguste (peajuinfarkt, südameinfarkt, diabeet, kesknärvisüsteemi haigused, millega kaasnevad kehalised puude sümptomid, jt) foonil on depressioon vältimatu. Selline reaktsioon on tõesti igati mõistetav, nn normaalne, paratamatu, aga kui depressioon kestab pikka aega, muutub ta omaette haiguseks, mis halvendab oluliselt patsiendi rehabilitatsiooni, paranemist, ravi efektiivsust. Statistika näitab, et suremus südameinfarkti järel, kui sellele lisandub pikaajaline depressioon, on seitse korda suurem kui populatsioonis, kellel depressiooni ei teki või see välja ravitakse.

Meie jaoks on suur väljakutse, kuidas somaatilisi haigusi ravida. Kui raske kehalise haiguse foonil olevat kaasuvat depressiooni ei ravita, ei parane haige ka somaatiliselt. Depressioon omamoodi halvab meie immuunsüsteemi. Keha ja vaim on ikkagi üks tervik. Meditsiin koosneb kolmest vaalast: klassikalistest prekliinilistest baasteadmistest, kliinilisest praktikast ning ravimise kunstist. On unustatud, et meditsiin, ravimine on ka kunst. Juhised on väga olulised, aga neisse ei tohi alati ka kinni jääda ja need ei tohi takistada improviseerivat kliinilist mõtlemist, arvestades igati loomulikult patsiendi turvalisust raviprotsessis. Iga inimene on kordumatu ja ravi peab sageli olema teatud määral kordumatu, individuaalne.

Olete alates 1993. aastast töötanud nii Soomes kui ka Eestis. Mis Teid ikka veel sinna viib?

Soome tööle minek 1992. aastal oli suur väljakutse. Elasime eelmise ühiskonna teadmistega, meil polnud piisavalt teadmisi psühhoteraapiast, psühhoanalüüsist, nüüdisaegsetest ravimeetoditest. Esimesel aastal töötasin Tampere Ülikooli psühhiaatrikliinikus kriminaalosalakonna juhatajana ning mul avanes võimalus käia töö kõrvalt psühhiaatriaalsel täienduskoolitusel. Minu jaoks oli näiteks serotoninisündroom tookord uudne, samuti luululise häire psühhoterautiline ravi, intervallravi, meeskonnatöö jm. Sel ajal töömehe koju palju väärtuslikku uut kogemust, mida olen alati meeleldi jaganud oma kolleegide ja õpilastega.

Eesti arste töötas Soomes vähe, aga arvan, et me lõime just siis mulje, arvamuse Eesti arstkonnast. Selleks pidime olema töökad ja väga kiiresti omandama kõik selle, mida valdasid Soome tohtrid. Koormused olid küllaltki suured ning elamistingimused tagasihoidlikud. Töömehe aga Eestist kaasa haiguste kliinilise pildi eeskujuliku tundmise, mitmed diagnostikavõtted, mida kohapeal ei teatud, range töödistsipliini, töökuse.

Olen oma elus teinud laevaarsatina kaks pikemat merereisi, üks neist viis Süüriasse ja teine Nigeeriasse. Tagasi tultes on ka kogenud meremehed tüdinud ja väsinud, vandunud isegi, et enam merele ei lähe, kuid kahe nädala möödudes on samad mehed laeval ja merereis algab uuesti. Nii on ka mul sama suhe Soomega. See on mingi tõmme.

Sealne töö on väljakutse, iga kord töötan erinevas tööloigus. Viimati töötasin vanurite kliiniku juhatajana, seekord lähen hübriidkliinikusse. Näen, et organisatoorselt võiks selline vältimatu psühhiaatrilise abi kliinik, kus on kokku pandud vastuvõtutuba, meie polikliinik ja päevaosakond, tekkida ka Eestisse. Kliinik töötab väga efektiivselt – kaugelt üle poole, kui mitte enam patsientidest, kes poleks sealt abi saanud, oleks vastasel juhul pidanud olema haiglaravil.

Kõige selle kõrval tegelete liiksaks ka kohtupsühhiaatriliste ekspertiisi valdkonnaga?

Hakkasin kohtupsühhiaatrilise ekspertiise tegema nõukogude ajal, sest neid tegi komisjon, kus pidi olema administratiivsete ülesannetega arst, mina olin tollal peaarsti asetäitja.

Arvan, et Eestis tehakse kohtupsühhiaatrilise ekspertiise natukene liigagi palju. Soomes tööd alustades tegin aasta jooksul kolm ekspertiisi, Eestis tehakse kolm ekspertiisi ehk töö kõrvalt nädalaga. Kogu Soomes tehti sel 1992. aastal 93 kohtupsühhiaatrilist ekspertiisi. Soomes on ekspertiis ääretult põhjalik, seda tehakse ainult statsionaaris ning kõige erandlikumate juhtumite puhul. Selline ekspertiis on loomulikult väga kallis. Kui Eestis on inimene käinud psühhiaatri juures või olnud psühhiaatriaiglas, siis tõendist ei piisa ning ta saadetakse tavaliselt ambulatoorsele kohtupsühhiaatrilisele ekspertiisile. Loomulikult eeldab töö eksperdina head kliinilist kogemust ja vastavat vilumust, mis tekib aastatega.