



ELLE ELBERG

**PSORIAASI
PATOGENEESI
PSÜHHOSOTSIAALSEID
ASPEKTE**

TARTU 1992

TARTU ÜLIKOOL

Elle Elberg

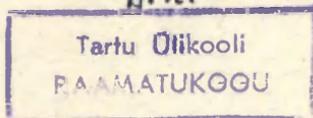


**PSORIAASI PATOGENEESI
PSÜHHOSOTSIAALSEID ASPEKTE**

Tartu 1992

Kinnitatud arstiteaduskonna nõukogus 18. detsembril 1990.

Arh.



12183

KUSTUTATUD

Elle Elberg.
PSORIAASI PATOGENEESI PSÜHHOSOTSIAALSEID ASPEKTE.
Tartu Ülikool.
EE2400 Tartu, Ülikooli 18.
Vastutav toimetaja H. Vahter.
Korrektor L. Jago.
3,02, 3,64, 3,75. T. 210. 500.
Hind rbl. 18.
TU trükkikoda. EE2400 Tartu, Tilgi 78.

© Elle Elberg, 1992

SISUKORD

SISSEJUHATUS	4
1. TEOREETILISED LÄHTEKOHAD	5
1.1. Haigus kui stress ja oht haigele	5
1.2. Haigus ja eneseregulatsioon	9
1.3. Arsti ja haige suhtlemise tähtsusest ravis	10
2. PSORIAASIHAIGE PSÜÜHILISTE OMADUSTE, HAI- GUSESSE SUHTUMISE JA TERVISTUMISE SEOSE UURIMISEST	11
2.1. Töö eesmärk ja hüpoteesid	11
2.2. Töö meetodika	12
2.2.1. Uurimisplaan	12
2.2.2. Uurimise kord	12
2.2.3. Uuritute iseloomustus	13
2.3. Tulemuste töötlemine	15
3. TULEMUSED JA ANALÜÜS	16
3.1. Tulemused	16
3.1.1. Keskmised väärtused	16
3.1.2. 2-mõõtmelised tabelid	20
3.1.3. Korrelatsiooniseosed ja sammregressioonanalüüs	23
3.1.4. Klaster-keskmiste meetod	28
3.2. Arutelu	28
KOKKUVÕTE JA JÄRELDUSED	36
KASUTATUD KIRJANDUS	37
LISAD	40
THE SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PSO- RIASIS. Summary	48

SISSEJUHATUS

On hästi teada, et haigus põhjustab inimesele palju kannatusi ja negatiivseid emotsioone. Kui suured on aga negatiivsed emotsioonid inimesel, kes põeb nahahaigust? Tavaliselt häbenetakse nähtavaid puudusi rohkem kui varjatavaid.

Kuivõrd sõltub hea raviefekt haigestunud isiku psüühilistest ja füüsilistest omadustest ning sotsiaalsetest tingimustest? Need on küsimused, millest on palju räägitud. Tavaliselt arvatakse, et haigele inimesele põhjustavad kannatusi peamiselt füüsilised faktorid, sotsiaalsetele faktoritele on aga vähe tähelepanu pööratud.

Käesoleva töö eesmärgiks on selgitada haiguse ja paranemise seost, kuidas haige isiksusomadused ja suhtumine võiksid mõjutada paranemist.

Tähelepanu keskmes on haiguse mõju psüühikale ja tagasitoime haiguse kulule ja ravi edukusele.

Samas on töö autoril olnud mõte püüda tuua selgust psoriaasi, ühe haigeid väga häiriva nahahaiguse, olemuse mõistmisse.

Psoriaasi peetakse geneetilise eelsoodumusega dermatoosiks, kus pärilikul foonil etendavad mitte vähem tähtsat osa haigust provotseerivad faktorid ning neuropsüühilised mõjustused.

Psoriaasi patogeneesi, kliinilise ravi ja profülaktika küsimustega on autor tegelnud pikemat aega. Töö arstina on dikteerinud hingekeha seoste uurimise vajaduse, mis viiski autori teist korda õppima, seekord Tartu Ülikooli sotsiaalpsühholoogiat.

Tänutundega meenutan meditsiinipsühholooge Anu Aluoja ja Kiira Järve, kellelt sain esimesi psühholoogia-alaseid nõuandeid. Täna professor Mihhail Kotikut, kelle teaduslikul juhendamisel töötasin stuudiumi vältel. Samas tahan tänada kõiki, kelle teadmistest on mul olnud võimalus osa saada nii loenguid kuulates kui konsulteerides. Täna oma perekonda, abikaasat ja lapsi, kelle heakskiitva suhtumise tõttu oli võimalik aega ülimalt ratsionaalselt kasutada.

1. TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

1.1. Haigus kui stress ja oht haigele

Mis on haigus? ENE (1970) annab järgmise definitsiooni: haigus on organismi elutegevuse häire, mille puhul normaalne talitus või talitluste omavaheline tasakaal on häiritud. Haigestumisel toimivad üheaegselt haigust põhjustav tegur ja organismi kaitsereaktsioonid. Haigus tekib juhul, kui organismi kohanemis- ja kaitsevõime ei ole küllaldane haiguse põhjuse kõrvaldamiseks.

Nüüdisaegse urbaniseerunud ja industriaalse ühiskonna liikmetesse toimivad aga pidevalt nii psüühilised kui ka sotsiaalsed mõjustused. Organismi regulatsioonimehhanismi häirumise põhjustavad need aga siis, kui nende toime tugevneb liiga kiiresti, kui need on lüga tugevad ja kestvad ning kui närvitalitus ei ole küllaldase adaptatsioonivõimega.

Organismi adaptatsioonivõimeid ületavaid psüühilisi ja sotsiaalseid stressoreid peavad paljud uurijad olulisteks riskifaktoriteks, kusjuures haigestumist soodustav toime sõltub nii psühhosotsiaalsete stressorite tugevusest kui ka uuritava reageerimisviisidest nendele (Valgma, 1984).

Emotsionaalsed üleelamised on paljude uurijate arvates üheks juhtivaks põhjuseks tänapäeva inimese psühhosomaatilistes haigustes (Судаков, 1984).

Kui emotsionaalne pinge kordub iga päev, siis võivad organismis toimuda muutused, mis täielikult ei taastu. Füsioloogilised muutused lähevad üle patoloogilisteks ja selle tulemusena areneb haigusprotsess.

Psühhoemotsionaalse stressi füsioloogiat ja patofüsioloogiat on põhjalikult käsitlenud Selye (1972, 1982) oma uurimistöodes. Organism reageerib igasugusele ärritusele kaht tüüpi reaktsiooniga — spetsiifilise ja mittespetsiifilisega. Spetsiifilised on need reaktsioonid, mis on iseloomulikud ühele konkreetsele haigusele, on selle haiguse diagnoosimise aluseks. Spetsiifilised tunnused on eri haiguste korral väga erinevad. Mittespetsiifilised reaktsioonid on aga igasuguste

haiguste ja kahjustuste korral sarnased, isegi ühetüübilised. Seda iga haigusprotsessi mittespetsiifilist külge uuris Selye eriti põhjalikult. Selle tulemusena sündis stressiteooria, mille järgi igasuguste ärritajate ja toimivate tegurite (stressorite) mõjul, sõltumata nende liigist, tekivad mittespetsiifilised muutused, mis ühinenult moodustavad stressi- ehk adaptatsiooni- (kohanemis-) sündroomi. Stressireaktsioon areneb protsessina, milles võib eristada mitut staadiumi.

Selye (Селье, 1980, 1982) jõudis järeldusele, et stressireaktsiooni aluseks on muutused süsteemis hüpofüüs – neerupealiste koor, mille hormoonid tagavad organismi kaitset ja kohanemist uute tingimustega. Peale hüpofüüsi-neerupealiste koore ja sümpatoadrenaliinsüsteemi võtavad stressireaktsioonist aktiivselt osa ka kilpnääre jt. sisenõrenäärmed.

Stressoriteks võivad olla mitmesugused välised tegurid, nagu mikroobid ja viirused, mürgid, kõrge ja madal temperatuur, trauma jne. Samuti võivad stressi esile kutsuda emotsiogeensed tegurid, mis mõjuvad inimese või looma emotsionaalsele sfäärile. Nende tegurite poolt esile kutsutud stress läbib samad staadiumid ja allub samadele üldistele seaduspärasustele kui füüsiliste põhjuste mõjul arenenud stress.

Emotsionaalse stressi edasise kulu määrab olukorra esialgne psühholoogiline hinnang. Seega on emotsionaalse stressi määravaks elemendiks situatsiooni intellektuaalne hinnang, ohu hindamine.

Üks ja seesama stiimul tekitab või ei tekita stressireaktsioone sõltuvalt sellest, milline on inimese hinnang sündmusele. On loomulik, et situatsiooni hinnang sõltub peamiselt isiksuse struktuurist, kõrgema närvitegevuse iseärasustest (Lunge, 1980).

Iga somaatiline haigus on haigestunud inimesele ühteaegu psüühiliseks traumaks, mis psühhogeensete mehhanismide vahendusel põhjustab psüühilise reaktsiooni, mille iseloom ja raskus sõltuvad mitmesugustest teguritest.

Oluline on haige isiksus: on ta tugeva või nõrga, inertse või liikuva, tasakaaluka või labiilse närvitegevustüübiga; enesekindel või sugereeritav; on tal kalduvust hüpohondriale või neurootilistele reaktsioonidele, on ta ratsionaalne või emotsionaalne isiksus. Reaktsioon oleneb ka sellest, millises olusituatsioonis tabab inimest haigus või vigastus, jääb ta haigeks mõne tähtsa töö või tegevuse ajal (näiteks kõrgkooli sisseastumiseksamite eel, tähtajalise töö täitmise ajal, puhkusel olles või koguni mõne ebameeldiva sündmuse ootel). Isiksuse põhiline sotsiaalne situatsioon on psüühilise reaktsiooni kujunemisel samuti määrav, näiteks kas inimene on ainus perekonna

toitja või ülalpeetav, on ta suure kollektiivi juht või tagasihoidliku isikliku vastutusega töötaja jne. Seejuures on tähtis, milliseks inimese ise oma rolli perekonnas, töökollektiivis ning ühiskonnas hindab, sest sellest tuleneb, kui raskelt ta elab üle haigusest tingitud eemalejäämist oma igapäevastest ülesannetest.

Psüühiline reaktsioon sõltub suurel määral ka haiguse iseloomust. Oluline on haiguse raskus (Wilkinson, Ebling, Rook, 1979). Väga tähtis on haiguse prognoos: kas on tegemist healoomulise ning kiiret paranemist lubava või püsivat invaliidsust põhjustava haigusega. Haige psüühiline reaktsioon sõltub eelkõige tema subjektiivselt hinnangust oma haiguse prognoosile, mis alati ei kattu objektiivse reaalsuse ja prognoosiga. Sageli sõltub psüühiline reaktsioon ka sotsiaalsest mainest. Meie üldsuses on näiteks naha- ja suguhaigustel ning vaimuhaigustel negatiivne maine. Neisse haigestunud inimese psüühiline reaktsioon on tunduvalt intensiivsem kui mõne teise haiguse puhul. Haiguse algperioodil kannatab haige mitmesuguste vaevuste all. Kuna ei ole veel selgusele jõutud, millega on tegemist, siis niisugune haige oletab tavaliselt kõige halvemat võimalust, mistõttu tema psüühiline reaktsioon kujuneb ka raskemaks (Saarma, 1980).

Enamik stressi uurijaid on seisukohal, et stressi kui termini definitsioon peaks sisaldama järgmisi komponente (Kimble, Carmezy, Zigler, 1980). Esiteks, esineb ülitugev segav faktor või ähvardus indiviidile. Teiseks, ähvarduse loomus on loodud isiku pertseptsiooni poolt nii, et puudub tasakaal keskkonna pool esitatavate nõuete ja indiviidi adekvaatse reageerimisvõime vahel. Kolmandaks, raskused, mis esinevad, on indiviidile eluliselt tähtsad.

Everly ja Rosenfeld (1981) iseloomustavad stressi järgmiselt.

1. Stress on reaktsioon olulisele ärritajale.
2. Stress on psüühofüsioloogiline reaktsioon ehk teisisõnu, stressireaktsioon sisaldab keerulises vastastikus mõjus nii psüühilise kui somaatilise komponendi.
3. Stressile on iseloomulikud paljud reaktsioonid, mis viivad psüühofüsioloogilisele erutusele.
4. Ärritaja muutub stressoriks kognitiivses interpretatsioonis, s.t. tähendus, mille inimene stressorile omistab, omab olulist tähtsust.
5. Paljudel inimestel põhjustab stressireaktsiooni krooniline esilekutsumine düsfunktsiooni või patoloogilise häire tekke lõpporganis.
6. Stressireaktsiooni puhul on rohkem käsitletud tema negatiivseid omadusi, kuid stressil on ka positiivne aspekt.

Positiivset stressi nimetatakse eustressiks, negatiivset stressi distressiks.

Loomkatsetes põhjustab stress somaatilisi häireid neil ja ainult neil juhtudel, kui loom katkestab aktiivsed katsed ületada ekstreemalset situatsiooni. See on siis, kui aktiivne käitumine on blokeeritud eksperimendi tingimuste poolt või kui loom on õpitud abituse seisundis (Аршавский, Ротенберг, 1978). Heckhausen (1986) viitab, et mida stabiilsemad (vähem muutuvad) ja samaaegselt globaalsed on põhjused, mille subjekt omistab oma tegevuse resultaadile, seda tugevam ja üldisem on kujunev abitus.

Aršavski ja Rotenberg (Аршавский, Ротенберг, 1978) järeldasid, et tervise säilitamisel stressi tingimustes on määravaks faktoriks väljapääsu otsingu aktiivsus (поисковая активность). Selle termini all mõeldakse aktiivsust, mis on suunatud situatsiooni muutmisele (või oma suhtumise muutmisele).

Vastupidine seisund, väljapääsu otsingutest loobumine, on aga mittespetsiifiliseks tingimuseks, mis soodustab kõige erinevamaid haigusi, määrab ülemineku stressist distressi ja kõrgenenud vastupana faasi vahetumise kurnatuse faasiga (Rotenberg, 1989).

Haiguse kui ohufaktori mõju haigele võib avalduda mitut moodi, sageli aga põhjustab see hirmutunde. Hirmutunne on seotud ohu vältimise vajadusega, olles seega organismi kaitsereaktsiooniks (Hardi, 1981). Näiteks suure vapustuse mõju inimesele on tuntav mitte üksnes mõju momendil, vaid ka mitu nädalat hiljem. Ei ole sellist psüühilist ega somaatilist haigust, mille korral inimene ei kogeks hirmu- ega ärevustunnet. Hirmu avaldumise vorm sõltub isiksuse iseärasustest.

Psüühilistele faktoritele on omistatud dermatooside, eriti psoriaasi puhul erilist tähelepanu. Rohkesti on kirjeldatud tähelepanekuid, mis viitavad psüühilise trauma ja vaimse ülepinge mõjule psoriaasi tekkel ja retsidiveerumisel. Juba Eulenberg (1878) ütleb oma närvihaiguste õpikus, et psoriaas on seotud neuropaatilise dispositsiooni, hüsteeria ja neurasteeniaga, et vaimse töö ja pingutuse puhul haigus ägeneb. Aktuaalne on aga ka seisukoht, et psüühilise tasakaalu häired on psoriaasi tagajärjeks, mitte põhjuseks. On leitud, et psoriaas põhjustab lõõbe tõttu tugevalt depressiivset käitumist, hirmu ja alaväärsuskompleksi (Zetti, 1981). Järeldatakse, et psüühiline trauma võimendab haigust. On avaldatud arvamust, et psoriaasilõõbe intensiivsus ja haiguse ägenemine langeb kokku psüühiliste ärritajate sagedusega. Mayr (1927) avaldab, et psoriaas tuleb tihti ette üleasustatud piirkonnas, kus patsiendil on nahahaiguse tõt-

tu hingeline tasakaal häiritud, ta kardab ja ootab uut ägenemist ning tal on labiiline psüühiline käitumine.

1.2. Haigus ja eneseregulatsioon

Kuidas avaldab haigus mõju eneseregulatsioonile? Haigust võime käsitleda ka kui protsessi, mis on seotud haige emotsioonidega. Emotsioone tõlgendatakse kui objektiivse tegelikkuse peegeldamise vormi. Nad annavad peegeldatavale sisule värvi. Emotsioonidele omistatakse psüühilise talitluse sisemise regulatsiooni roll (Симонов, 1981).

Psühholoogia sõnastik (1983) nimetab emotsioonideks psüühilisi protsesse, mis on seotud instinktide, vajaduste ja motiividega ja mis vahetu läbielamise kaudu (rahulolu, rõõm, hirm jne.) peegeldavad indiviidis toimivate nähtuste ja situatsioonide tähtsust tema elutegevusele.

Juba 1920. aastatel märkis Ameerika füsioloog Cannon, et keerulistes situatsioonides tekivad inimesel emotsionaalsed reaktsioonid, mis väljenduvad endokriinsete, vegetatiivsete, liigutus- jt. funktsioonide muutustes. Viimased omakorda põhjustavad organismi energeetilise mobilisatsiooni, viies organismi intensiivse jõukaotuse valmiduse seisundisse, mis eelneb raskuste ning ohtude ületamise kõrvaldamisele teel eesmärgile (Котик, 1987).

Lazarus (Лазарус, 1965) väidab, et ohusituatsioonis mobiliseerib inimene kaitse, mille eesmärgiks on ohu ennetamine, kõrvaldamine või vähendamine. Ohu korral aktiveerub kogu psüühika. Haigus aga on haige jaoks oht. Ja haiguse korral on üheks olulisemaks tegevuseks ravimine, et saavutada tervis kui tegevuse resultaat.

Kotik (Котик, 1987) märgib, et kui inimesel tekib tegevusvajadus teatud ülesande täitmiseks, siis ettekujutus sellest ülesandest vastandatakse ettekujutusega sellest, kuidas sarnaseid ülesandeid lahendati varem (koos lahenduse usaldatavusega, ohtudega, mis olid seotud lahenduse tagajärgedega, mis tekkisid ebaedu korral jne.). Sellise vastandamise alusel tekib ettekujutus ülesande tähtsusest — erutatavusest, ärevusest (значимость — тревожность). Mida suurema tähtsusega on see aga indiviidile, seda kõrgem on emotsiooni tase ja järelikult ka energeetiline mobilisatsioon, mis omakorda soodustab ülesande edukat lahendamist.

Kotiku (Котик, 1987) esitatud eneseregulatsiooni skeemis on närvisüsteemi aktivatsioon ja organismi energeetiline mobilisatsioon faktoriteks, mis soodustavad tegevuse edukat ja ohutut sooritamist,

ülesannete lahendamist ning tekivad tahtele allumatult. Inimesele piisab ainult tegevuse tähtsuse, ohu tunnetamisest, kui tema organismis tekib oodatava raskuse ja ohu kõrvaldamise valmidus. Bernstein (Бернштейн, 1962) toob esile vajaduse, et organism ise hakkab võitlema tema jaoks tähtsate resultaaside saavutamise eest ja aktiivselt kõrvaldama takistusi. Kotik (1987) peab subjekti eduka tegevuse tähtsaimaks tingimuseks ülesande tähtsuse — erutavuse tunnetamist. Samas ta märgib, et kui tegevuse eesmärk ja motiivid määravad inimese pingutuste üldise suuna, siis tegevuse olulisus (значимость) ja ebamäärasuse aste (степень неопределенности) määravad energia jaotuvuse ja informatsioonikoormuse.

Arvestades eelnevat võib järeldada, et mistahes haiguse korral sõltuvad ravi tulemused teadmistest ravi efekti ja paranemise usaldatavuse kohta ning ravi tähtsuse väärtustamisest isiku enda poolt.

1.3. Arsti ja haige suhtlemise tähtsusest ravis

Mistahes haiguse paremaks raviks on vaja tunda haige individuaalseid iseärasusi, selleks on aga somaatilise sümptomatoloogia kõrval vaja uurida haige psüühikat. Vaid igakülgete uuringute korral saaksime haigele määrata täiusliku ravi ning tagada rehabilitatsiooni.

Niisiis on igas töös kõige tähtsam resultaat. Ka arsti töös, s.o. haigete ravimisel peaks saama parima resultaadi (haige paranemise).

Arsti töö on tihedalt seotud isiksuse probleemiga — nii arsti kui haige isiksusomadused on olulised. Peale arsti ja haige vastastikuse mõju etendab olulist osa terve hulk faktoreid, mis kas soodustavad või häirivad paranemist (siia kuulub näiteks raviasutuses valitsev kord ning atmosfäär ning kogu meditsiinipersonali ravi-, profülaktiline ja üldinimlik tegevus (Харди, 1981). Suhtlemisel haigega on oluline arvestada, kas on tegemist täiskasvanu, lapse või vanuriga. Samuti on tähtis, missuguse haigusega on tegemist. Hardi (Харди, 1981) eristab nelja ravistaadiumi — 1) meditsiinieelne; 2) ambulatoorne; 3) statsionaarne; 4) haiglajärgne ravi ehk üldtugevdava ravi staadium — ning märgib, et 2.–4. etapp täiendavad orgaaniliselt üksteist ega ole mingil määral üksteisele allutatud. Ja kõigis neis staadiumides on olulise tähtsusega arsti ja haige suhtlemine. Arsti ja haige vahelised suhted on väga efektiivselt ja tähtsaks psühholoogiliseks faktoriks. Arstil peaksid haige kohta olema põhjalikud teadmised ja ettekujutus haiguse tekkest ja arengust.

Arsti töös eristatakse kolme olulist etappi: 1) haige kaebuste kuulamine; 2) uurimine ja diagnoosimine; 3) ravi soovitamine ja ravimisprotsess.

Arsti oskusel haiget kuulata on väga suur tähtsus haige ja arsti vahelise kontakti kujunemisel. Arst peab kuulama haiget tähelepanelikult, teda mõistma, talle kaasa tundma. Tavaliselt haiged kaebavad: "Isegi ei kuulanud ära" või "Isegi ei uurinud!"

Arsti poolt kaasaegse teadusliku meditsiini tasemel kujundatud ettekujutust haigusest nimetab Hardi jatrogeenseks ettekujutuseks. Vastandiks arsti loodud objektiivsele ettekujutusele on haige subjektiivne ettekujutus, mille ta ise loob, kuidas ta ise kujutab ette kaebusi, haigust ja selle kulgu. Seda haige ettekujutust nimetatakse haiguse autogeenseks ettekujutuseks. Koos arstiga uurib haige ennast ka ise. Muljete ja kogemuse põhjal tekib tal ettekujutus oma haigusest. Hardi (Харди, 1981) väidab, et tõeline diagnoos on kõik see, mille käes kannatab haige, millepärast ta palub ja ootab abi.

Kuulus ungari arst Balint on öelnud suurte isiklike kogemuste alusel: "Arst on ise ravim". Alati omistatakse suurt tähtsust arsti enda isiksusele, mis on tema raviomaduste aluseks.

Järelikult peaks arst ravima mitte ainult haigust, vaid ka haiget, s.o. tundma huvi mitte ainult füüsiliste, vaid ka psüühiliste ja sotsiaalsete faktorite vastu.

2. PSORIAASIHAIGE PSÜÜHILISTE OMADUSTE, HAIGUSESSE SUHTUMISE JA TERVISTUMISE SEOSE UURIMISEST

Töö eesmärk ja hüpoteesid

Töö eesmärk oli selgitada psoriaasahaiguse ja paranemise seost (haige psüühiliste omaduste ja haigusesse suhtumise mõju ravi kulle). Seega selgitada, kuidas mõjusid haigusest paranemisele:

- 1) haige isiksusomadused,
- 2) haiguse raskusaste, kestus,
- 3) haige suhtumine oma haigusesse ja ravisse.

Töö hüpoteesid

1. Haige inimese erutuvus on seotud nii psüühiliste, sotsiaalsete kui ka füüsiliste parameetritega.

2. Ravi efekt sõltub haiguse raskusastmest ja sellest, kuidas inimene suhtub ravisse.

2.2. Töö metoodika

2.2.1. Uurimisplaan

Käesolevas töös kogutud andmed:

- 1) iseloomustavad haiget kui isikut (eluloolised andmed, MMPI test, Saul Rosenzweigi PA test);
- 2) annavad ülevaate haiguse raskusest (objektiivsed andmed haiguse kliinilise vormi, üldise kestuse, üldise tervisliku seisundi kohta);
- 3) iseloomustavad haige suhtumist haigusesse ja tema kannatusi seoses haigusega (küsimustik I, II; sõna-assotsiatsioonitest);
- 4) iseloomustavad ravi (ravi aeg, arsti integraalne hinnang ravi kohta).

2.2.2. Uurimise kord

Individaalsel vestlusel psoriaasihaigega omaette ruumis toimus küsitlus kindla skeemi kohaselt, kus selgitati:

objektiivsed andmed haige isiku kohta (vanus, sugu, elukutse, elukoht, haridus, haiguse üldine kestus, pärilikkus);

haige subjektiivne arvamus nii oma tervisliku seisundi kui ka võimalike ärritavate faktorite kohta (naha sügelemine, psüühiline ülepinge ja negatiivsed emotsioonid, lööbe häiriv mõju, kontakt toksiliste keemiliste ainetega).

Objektiivse kliinilise uurimisega määrati haiguse raskusaste (diagnoosi variandid) ja hinnati haige üldist tervislikku seisundit, arvestades kehakaalu-pikkuse suhet, alkoholi tarvitamise sagedust ja suitsetamist, teiste krooniliste põletikuliste haiguste samaaegset esinemist ja laboratoorseid andmeid. Individaalse uurimise tulemus protokolliti reiterkaardile.

Järgnevalt paluti haigel vastata pärast instruktsiooni küsimustikule I (vt. lisa 1.), et selgitada haige suhtumist haigusesse (kui tugevasti segab teda naha sügelemine, kuivõrd häirib nahalööve rannas või saunas käimist, kuivõrd ta kannatab sellepärast, et inimesed kardavad nakatuda tema haigusesse, kui tugevasti erutab teda mõte, et haigus võib korduda järglastel jne.), ja küsimustikule II (vt. lisa 2), et täiendavalt hinnata haige erutuvust ja loodetava raviefekti tähtsust, haiglaravi tähtsust ning haiguse retsidiivi ohu tähtsust tema jaoks (subjektiivse eelistuse hinnangu määramise ekspressmeetod, Котик, Емельянов, 1986).

Järgnevatel päevadel küsitleti haigeid nende enesetunde ja tervisliku seisundi üle, kontrolliti naha paranemist ning tehti MMPI test vastavalt instruksioonile. Kõik haiged vastasid meelsasti küsimustele.

Testi skoorimisel, kasutades testi võtit, määras katsekorraldaja toorpunktide arvu igal MMPI skaalal, lisas vajalikud korrelatsiooniskaalal saadud punktid ja teisendas tulemused standardskaalale ning märkis profiililehel ära isiksuse profiili MMPI järgi (Березин, Мирошников, Рожанец, 1976). MMPI interpreteerimisel arvestati skaalade tõuse ja omavahelisi suhteid ning kogu profiili kuju.

Kõigil uuritutel tehti sõna-assotsiatsioonitest (vt. lisa 3.). 50 sõnast olid 10 emotsioogeensed (ebameeldiv, nakkav, rand, inetu, peegel, saun, ravimid, sügelema, lõõve, haigestuma). Määrati assotsiatsioonireaktsiooni aeg ning vastussõna tüüp: optimistlik, pessimistlik, ebaadekvaatne vastus (Postman, Brunner, 1948; Котик 1981; Toim, 1981).

Saul Rosenzweigi PA test tehti 24 isikul frustratsioonile reageeringute hindamiseks vastavalt juhendile (Toim, 1987).

Arvestati veel haiglaravi aega (kuni 1 kuu, 1–1,5 kuud, 1,5–2 kuud) ja raviefekti subjektiiv-integraalset hinnangut arsti poolt (halb, rahuldav, hea).

2.2.3. Uuritute iseloomustus

Uuritavad olid Tartu Nahahaiguste Kliinikus ravil olnud psoriaasihaiged, 40 isikut (mehi 15, naisi 25), vanuses 17–56 aastat, 8-klassilise haridusega 9, keskharidusega 23 ja kõrgharidusega 8 isikut. Teenistujana töötas 15 (37,5 %) ja töölisena 25 (62,5 %). Elukoha järgi oli linnast 15 ja maalt 25 isikut. Psoriaatiline lõõve esines sagedamini üle kogu keha, üksikute kolletena oli vaid 17,5 %-l haigetest (vt. tabel 1).

Tabel 1

Psoriaasi kliiniliste vormide esinemissagedus

Kliiniline vorm	Haigusjuhte	%
<i>Psoriasis vulgaris localisata</i>	7	17,5
<i>Psoriasis vulgaris disseminata</i>	18	45
<i>Psoriasis vulgaris generalisata</i>	15	37,5
	40	100

Individuaalse vestluse-küsitluse andmeil avaldas katmata kehaosadel esinev teistele inimestele nähtav lööve häirivat mõju enamikule, 95 %-le uuritud haigetest (vt. tabel 2).

Tabel 2

Haigele häirivalt mõjuvate faktorite esinemissagedus

Häirivate faktorite nimetamine	Sagedus	%
Lööve	38	95
Sügelemine	34	85
Psüühiline ülepinge ja negatiivsed emotsioonid	35	87

Toksiliste keemiliste ainetega (bensiin, taimekaitsemürgid, värvid, määrded) kontakti mainisid 20 % uuritutest (8 isikut). Umbes kolmandik haigetest (35 %, 14 isikut) nimetas psoriaasi esinemist lähedastel sugulastel. Isiklike kliiniliste vestluste-vaatluste alusel saab järeldada, et psoriaasi päriliku eelsoodumuse esinemine on haigetele (eriti neile, kes on iseseisvalt tutvunud sellekohase meditsiinikirjandusega) sageli tugevaks negatiivseks emotsiooniks, mis pärsib isegi tahet end ravida. Samuti on haigele ebameeldiv teadmine haiguse kroonilisuse kohta. Käesolevas uurimuses osalenud haigetest oli haigus kestnud alla 1 aasta vaid 12,5 %-l (vt. tabel 3).

Tabel 3

Psoriaasi üldine kestus

Psoriaasi üldine kestus	Sagedus	%
Kuni 1 a.	5	12,5
2 a. - 5 a.	8	20
6 a. - 10 a.	14	35
üle 11 a.	13	32,5
	40	100

Kehamassi stabiilsus on üks homöostaasi parameetreid ning toitumus on organismi üldseisundi hindamisel tähtis sümptom (liigne toitumine võib aga olla seotud ülemäärase stressiga). Broca indeksi alusel oli uurimisgrupis ülekaalulisi isikuid 25 % (vt. tabel 4).

Tabel 4

Kehakaalu varieeruvus (Broca valemi järgi)

Kehakaal	Sagedus	%
Normkaal (kaal = pikkus - 100)	20	50
Ülekaal kuni 10 kg	10	25
Ülekaal 11-20 kg ja rohkem	10	25
	40	100

Tabel 5

Uuritute üldine tervislik seisund

Üldine tervislik seisund	Sagedus	%
Hea (normkaal, ei suitseta, ei tarvita alkoholi)	9	22,5
Häiritud (normkaal, kroonilised põletikud)	5	12,5
Tugevalt häiritud I (normkaal + suitsetamine ja alkoholi liigtarvitamine)	16	40
Tugevalt häiritud II (ülekaal 11 kg ja rohkem)	8	20
Väga tugevalt häiritud (ülekaal 11 kg ja rohkem + suitsetamine, alkoholi liigtarvitamine ja kroonilised põletikud)	2	5
	40	100

Üldise tervisliku seisundi hindamisel võeti arvesse kehakaalu, kroonilisi intoksikatsioone ning krooniliste põletike esinemist (vt. tabel 5).

2.3. Tulemuste töötlemine

Tulemusi töödeldi TÜ statistikasektoris. Keskmiste arvutamine, 2-mõõtmeline analüüs ja korrelatsioonanalüüs toimus paketiiga "Stella".

Sammregressioonanalüüsil ja klaster-keskmiste meetodil töötati paketiiga BMDP.

3. TULEMUSED JA ANALÜÜS

3.1. Tulemused

3.1.1. Keskmised väärtused

MMPI standardskaala, keskmise profiili väärtused (40 uuritu kohta) on esitatud tabelis 6 ja joonisel 10.

Tabel 6

MMPI standardskaala keskmine profiil

Skaala	Keskvaartus	95 % usalduspiirid
L	4,7	3,8 5,7
F	12,6	9,8 15,4
K	12,1	10,7 13,6
1. Hs	15,2	13,7 16,6
2. D	27,0	25,2 28,8
3. Hy	22,3	20,5 24,1
4. Pd	25,7	23,7 27,6
6. Pa	14,0	12,3 15,8
7. Pt	32,5	30,4 34,6
8. Sc	36,3	32,8 39,7
9. Ma	21,6	20,0 23,1
0 Si	22,8	19,6 26,1

MMPI testi analüüsil hinnati isiksuse profiili 47,5 %-l uuritustest normi piires olevaks, 52,5 %-l uuritustest ilmnis aga sotsiaalse adaptatsiooni häire, mitteküllaldane side sotsiaalse ümbrusega ja ärevus (vt. tabel 7), kusjuures ühel meeshaigel oli tüüpiline depressiooni-skaala.

Tabel 7

MMPI testi hinnang

MMPI testi hinnang	Sagedus	%
Norm	19	47,5
Mööduv adaptatsioonihäire (tipud 70-80 piires)	11	27,5
Tugev adaptatsioonihäire (tipud üle 80)	10	25
	40	100

Taylori ärevusskaala (vt. tabel 8) alusel on punktide keskvärtus 24,45 (maksimum 39 ja miinimum 10, 95 %, usalduspiirid 22-27).

Tabel 8

Taylori skaala punktide jaotumus

	9-12	13-16	17-20	21-24	25-28	29-32	33-35	36-39
Sagedus	3	3	8	6	9	4	4	3
%	7,5	7,5	20	15	22,5	10	10	7,5

Sõna-assotsiatsioonitesti hindamisel leiti reaktsioonaja pikene mine emotsiogeensetele sõnadele: 4,4 s (95 % usalduspiirid 3,2-5,5). Reaktsiooniaeg neutraalsetele sõnadele oli aga 3,3 (95 % usalduspiirid 2,5-4,1). Emotsiogeensete sõnade keskmise reaktsioonaja suhe neutraalsete sõnade keskmisesse reaktsioonijasse oli 1,5 (95 % usalduspiirid 1,4-1,7). Suhte maksimaalne keskvärtus 2,7 ja minimaalne 1,0. Suhte keskvärtus 2,0 kuni 2,7 oli 6 isikul 38-st.

Rosenzweigi PA testi tulemused (uuritavaid 24 isikut) on esitatud tabelis 9.

Tabel 9

Rosenzweigi PA testi tulemused

Psoriaasihaigetel	\bar{x}	95 % usalduspiirid	
Ekstrapunitiivsus <i>E</i>	51,4 %	44,9	57,8
Intrapunitiivsus <i>I</i>	17,3 %	13,9	20,7
Impunitiivsus <i>M</i>	31,2	25,5	36,9
Takistuse domineerimine <i>TD</i>	27,3 %	23,6	30,9
Ego-kaitsereaktsioonid <i>ER</i>	32,7 %	49,2	56,1
Lahendust nõudev reaktsioon <i>LR</i>	20,0 %	16,4	23,7

Haige üldist erutatust peegeldab tema poolt oma haigusele antud hinnang. Väga tugevasti või tugevasti väljendunuks hindas oma haigust 45 % küsitletutest (vt. tabel 10).

Raviefekti (vt. tabel 11) on kõrgelt hinnanud pooled uuritutest, ohtu uuesti haigestuda aga tunnetanud 62,5 % haigetest.

Uuritute hinnangut haiguse poolt põhjustatud negatiivsetele emotsioonidele kajastab tabel 12.

Haiglaravil kestusega kuni 1 kuu olid olnud pooled, 1-1,5 kuud 15 (37,5 %) ja 1,5-2 kuud 5 (12,5 %) isikut. Raviefekti integraalne hinnang arsti poolt: halb 16-l, keskmine 17-l ja hea 7-l uuritul.

Tabel 10

Haige hinnang oma haigusele

Oma haigust hindab	Sagedus	%
Väga tugevalt väljendunuks	6	15
Tugevalt väljendunuks	16	40
Keskmiselt väljendunuks	13	32,5
Vähe väljendunuks	3	7,5
Väga vähe väljendunuks	2	5,0
	40	100

Tabel 11

Raviefekti, haiglaravi ja retsidiiviohu hinnang

Hinnang	Väga madal		Madal		Keskmine		Kõrge		Väga kõrge	
	Sagedus	%	Sagedus	%	Sagedus	%	Sagedus	%	Sagedus	%
Raviefekti hinnang	-	-	3	7,5	17	42,5	19	47,5	1	2,5
Haiglaravi hinnang	1	2,5	10	25	22	55	3	7,5	4	10
Retsidiiviohu hinnang	2	5	1	2,5	12	30	19	47,5	6	15

Tabel 12

Haigete subjektiivne hinnang haiguse poolt põhjustatud negatiivsetele emotsioonidele

Haige negatiivsed emotsioonid, mis on seotud tema haigusega	Häiriva mõju intensiivsus									
	Väga tugev		Tugev		Keskmine		Nõrk		Väga nõrk	
	Sagedus	%	Sagedus	%	Sagedus	%	Sagedus	%	Sagedus	%
Kannatab oma haiguse tõttu üldises mõttes	11	27,5	12	30,0	11	27,5	3	7,5	3	7,5

Tabel 12 (järg)

Haige negatiivsed emotsioonid, mis on seotud tema haigusega	Häiriva mõju intensiivsus									
	Väga tugev		Tugev		Keskmine		Nõrk		Väga nõrk	
	Sagedus	%	Sagedus	%	Sagedus	%	Sagedus	%	Sagedus	%
Naha sügelemine segab	2	5,0	6	15,0	14	35,0	10	25,0	8	20,0
Nahalööve häirib suhtlemisel	7	17,5	12	30,0	8	20,0	7	17,5	6	15,0
Nahalööbe tõttu häiritud perekonnaelu	0	0	2	5,0	5	12,5	13	32,0	20	50,0
Raskused perekonna loomisel	4	10,0	10	25,0	7	17,5	4	10,0	15	37,5
Nahalööve häirib rannas või saunas käimist	20	50,0	8	20,0	5	12,5	1	2,5	6	15,0
Muud ebameeldivused, mis seotud haigusega (arsti juures käimine, ravimite ostmine)	1	2,5	6	15,0	16	40,0	8	20,0	9	22,5
Raskused rüüete valikul (et kataksid löövet)	6	15,0	7	17,5	13	32,5	6	15,0	8	20,0
Häirib teiste inimeste kartus nakatuda tema haigusesse	1	2,5	10	25,0	7	17,5	10	25,0	12	30,0
Hirm, et haigus võib korduda järglastel	18	45,0	10	25,0	7	17,5	1	2,5	4	10,0

Tabel 12 (järg)

Haige negatiivsed emotsioonid, mis on seotud tema haigusega	Häiriva mõju intensiivsus									
	Väga tugev		Tugev		Keskmine		Nõrk		Väga nõrk	
	Sagedus	%	Sagedus	%	Sagedus	%	Sagedus	%	Sagedus	%
Erutab teiste arvamusi, kuna käib ravil naha- ja suguhaiguste dispanseris	2	5,0	7	17,5	7	17,5	11	27,5	13	32,5
Kardab ise haigestuda naha- või suguhaigustesse, olles ravil naha- ja suguhaiguste kliinikus	4	10,0	5	12,5	9	22,5	9	22,5	13	32,5

3.1.2. 2-möötmelised tabelid

Haige negatiivsete emotsioonide subjektiivse hinnangu tugevuse ja nahalööbe ning sügelemise seos on esitatud tabelis 13 ja 14, ja seos murega, et haigus võib korduda järglastel, tabelis 15.

Tabel 13

Haige kannatuse seos naha sügelemise häiriva mõjuga

Kannatab oma haiguse tõttu	Naha sügelemise häiriv mõju							
	Tugev		Keskmine		Nõrk		Kokku	
	Sagedus	%	Sagedus	%	Sagedus	%	Sagedus	%
Tugevalt	8	20	9	22,5	6	15	23	57,5
Keskmiselt	0	0	4	10	7	17,5	11	27,5
Nõrgalt	0	0	1	2,5	5	12,5	6	15
Kokku	8	20	14	35	18	45	40	100

Tabel 14

Haige kannatuse seos nahalööbe häiriva mõjuga
suhtlemisel

Kannatab oma haiguse tõttu	Nahalööbe häiriv mõju suhtlemisel							
	Tugev		Keskmine		Nõrk		Kokku	
	Sage- dus	%	Sage- dus	%	Sage- dus	%	Sage- dus	%
Tugevalt	17	42,5	3	7,5	3	7,5	23	57,5
Keskmiselt	2	5	5	12,5	4	10	11	27,5
Nõrgalt	0	0	0	0	6	15	6	15
Kokku	19	47,5	8	20	13	22,5	40	100

Tabel 15

Haige kannatuse seos mure ja hirmuga,
et haigus võib korduda järglastel

Kannatab oma haiguse tõttu	Mure ja hirm, et haigus võib korduda järglastel							
	Tugev		Keskmine		Nõrk		Kokku	
	Sage- dus	%	Sage- dus	%	Sage- dus	%	Sage- dus	%
Tugevalt	19	47,5	2	5	2	5	23	57,5
Keskmiselt	7	17,5	4	10	0	0	11	27,5
Nõrgalt	2	5	1	2,5	3	7,5	6	15
Kokku	28	70	7	17,5	5	12,5	40	100

Arsti integraalne hinnang ravi kohta oli 40 % uuritute puhul halb, kusjuures 32,5 % nendest haigetest kannatas tugevalt või keskmiselt oma haiguse pärast (vt. tabel 16).

Sõna-assotsiatsioonitestis oli pessimistlike vastussõnu 38 ja optimistlike 33 uuritul. Pessimistlike sõnade arv ühe uuritu kohta oli 0 kuni 8 (vt. tabel 17) ja optimistlike sõnade arv 0 kuni 7 (vt. tabel 18). Haiguse tõttu tugevamalt kannatavatest inimestest (23 isikut) andsid pessimistlike vastussõnu 21.

Tabel 16

Ravi integraalne hinnang arsti poolt
ja uuritu kannatused oma haiguse tõttu

Uuritu kannatu- sed hai- tõttu	Ravi integraalne hinnang arsti poolt							
	Halb		Keskmine		Hea		Kokku	
	Sage- dus	%	Sage- dus	%	Sage- dus	%	Sage- dus	%
Väga tugevad	7	17,5	3	7,5	1	2,5	11	27,5
Tugevad	2	5	7	17,5	3	7,5	12	30
Keskmisel	4	10	6	15	1	2,5	11	27,5
Nõrgad	1	2,5	1	2,5	1	2,5	3	7,5
Väga nõrgad	2	5	0	0	1	2,5	3	7,5
Kokku	16	40	17	42,5	7	17,5	40	100

Tabel 17

Sõna-assotsiatsioonitesti pessimistlike vastussõnade
seos haige negatiivsete emotsioonidega

Kannatab haiguse tõttu	Pessimistlike sõnade arv							Kokku pessimistlike sõnu esitanud isikute arv
	0	1	2	3	4	5	6	
Tugevalt	2	4	3	5	4	3	2	21
Keskmiselt	0	3	1	3	3	0	1	11
Nõrgalt	0	2	1	0	1	2	0	6
Kokku	2	9	5	8	8	5	3	38

Tabel 18

Sõna-assotsiatsioonitesti optimistlike vastussõnade
seos haige negatiivsete emotsioonidega

Kannatab haiguse tõttu	Optimistlike sõnade arv							Kokku optimistlike sõnu esitanud isikute arv	
	0	1	2	3	4	5	6		7
Tugevalt	3	6	8	3	1	0	1	1	20
Keskmiselt	2	1	1	3	3	1	0	0	9
Nõrgalt	2	1	1	1	1	0	0	0	4
Kokku	7	8	10	7	5	0	1	1	33

3.1.3. Korrelatsiooniseosed ja sammregressioonanalüüs

Haige negatiivsete emotsioonidega seotud faktorite korrelatsiooniseosed (koos korrelatsioonikoefitsiendiga) on esitatud joonisel 1, nende tunnuste korrelatsiooniseosed, mis avaldavad mõju üldisele erutuvusele, on joonisel 2. Raviefekti mõjutavate faktorite korrelatsiooniseosed on joonisel 3 ja ravi tähtsuse väärtustamisele mõju avaldavad seosed joonisel 4.

Sammregressioonanalüüsil oli 31. tunnuse (üldised kannatused oma haiguse pärast) regressioonikoefitsient

$$y = -0,378 + 0,495 X_{33} + 0,398 X_{32} + 0,167 X_{36} + 0,135 X_{35} + 0,127 X_{40} + 0,124 X_{41} + 0,121 X_{34} + 0,092 X_{39} + 0,069 X_{38}.$$

Tõenäosusega 0,99 osutusid kõige tugevamateks faktorid 33 ja 32 (s.o. oma haiguse pärast kannatavad need isikud kõige rohkem, keda suhtlemisel häirib nahalööve ja keda segab naha sügelemine).

Sammregressioonanalüüsil oli 43. tunnuse (üldine erutuvus oma haiguse tõttu) regressioonikoefitsient

$$y = 2,456 - 0,751 X_5 + 0,438 X_{33} + 0,164 X_{36} + 0,126 X_{38} + 0,102 X_{40} + 0,008 X_{32}.$$

Tõenäosusega 0,99 osutusid kõige määravamateks tunnusteks 5 ja 33 (s.o. üldine erutuvus haiguse tõttu on suurem maaelanikel ja neil isikutel, keda lööve rohkem häirib).

Sammregressioonanalüüsil oli 52. tunnuse (hea raviefekt) regressioonikoefitsient

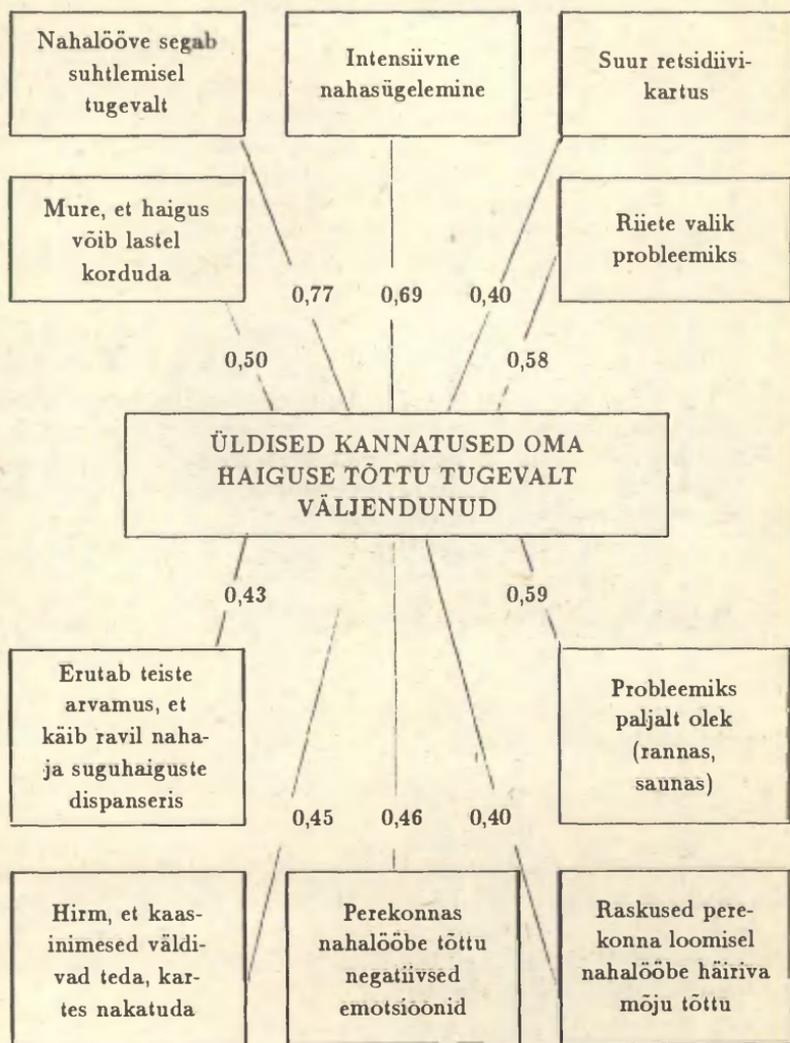
$$y = 2,743 - 0,374 X_{51} + 0,028 X_{58} - 0,028 X_3 - 0,124 X_8 - 0,425 X_{13}.$$

Tõenäosusega 0,99 osutusid kõige tugevamateks faktoriteks 51, 58 ja 3 (s.o. hea raviefekt esineb neil, kelle haigus ei ole muutunud krooniliseks, kes otsivad lahendust konfliktis, ja samuti noorematel isikutel).

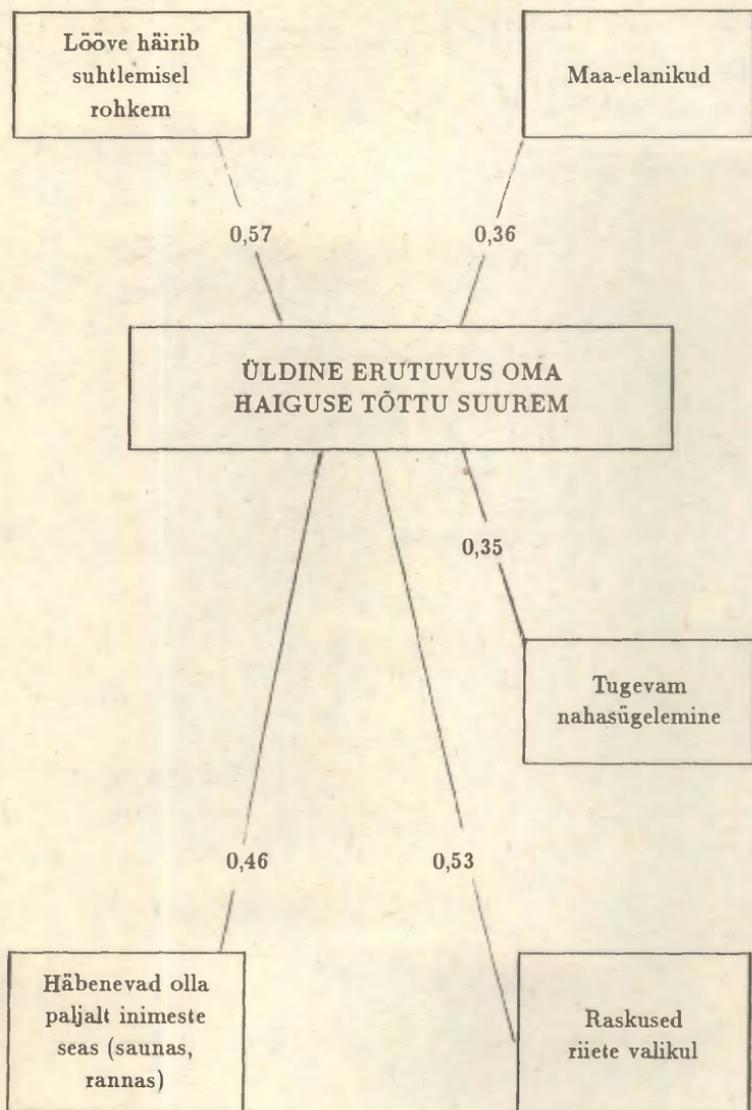
Sammregressioonanalüüsil oli 44. tunnuse (ravi tähtsuse väärtustamine) regressioonikoefitsient

$$y = 8,255 - 0,092 X_{54} + 0,320 X_{38} + 0,238 X_{45}.$$

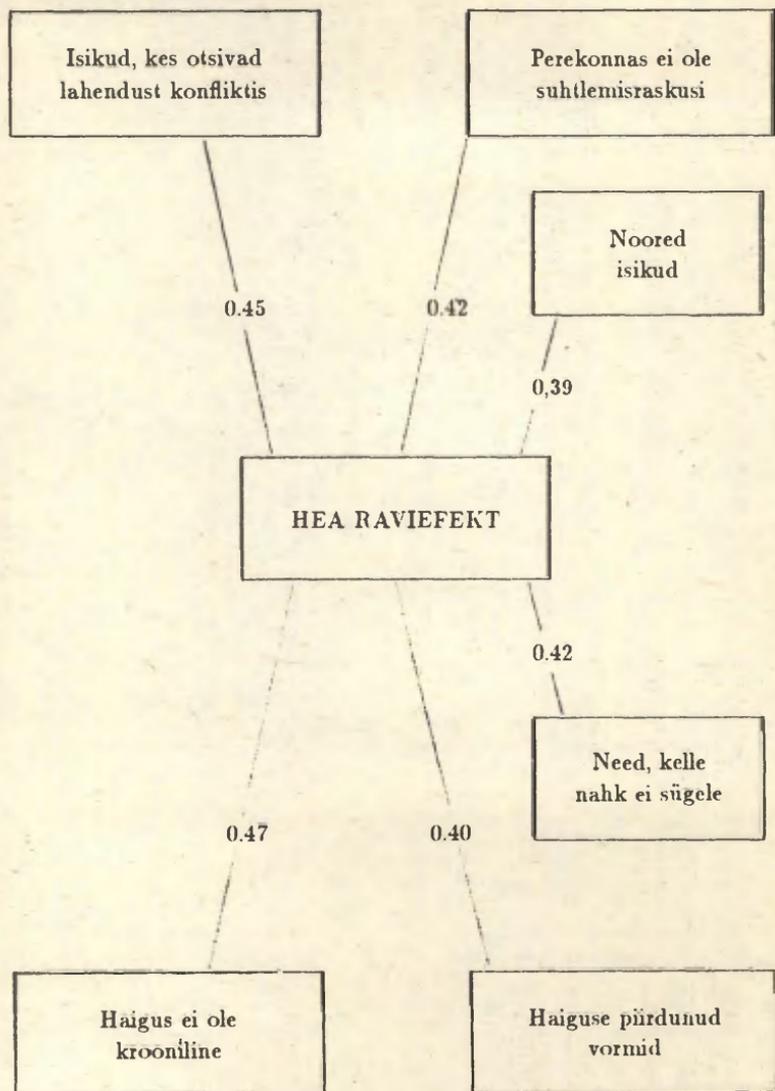
Tõenäosusega 0,99 oli kõige määravam 54. tunnus (s.o. ravi tähtsuse väärtustamine oli kõrgem madalama eneseagressiooniga isikutel).



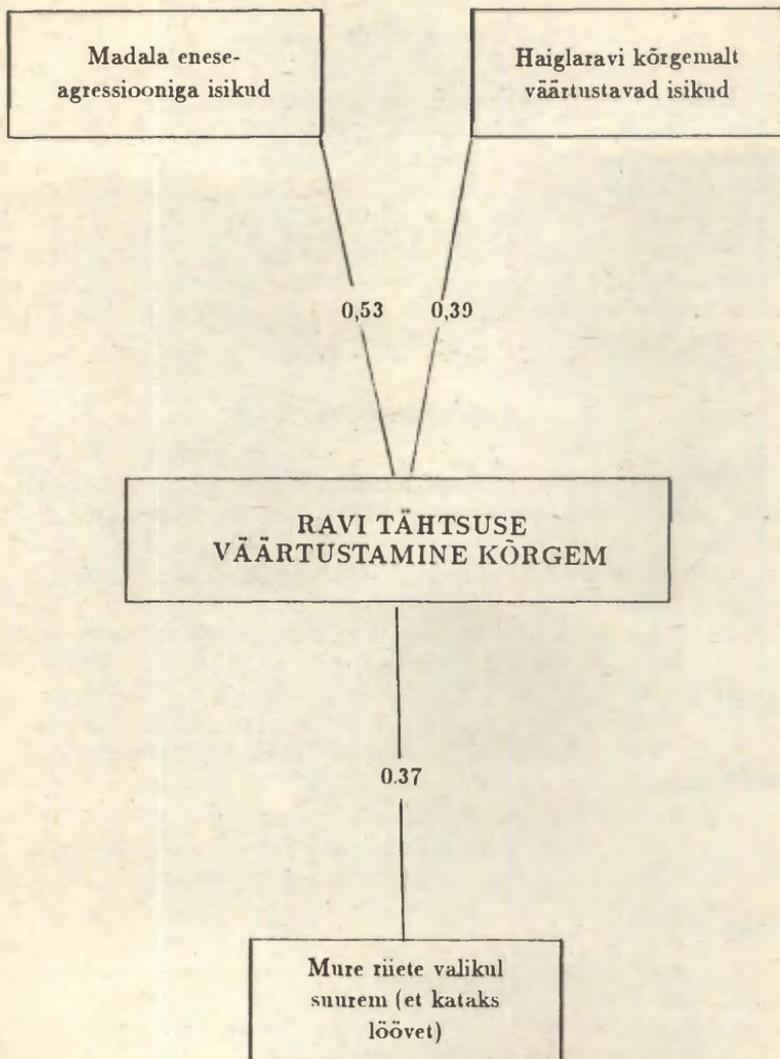
Jn. 1. Haige kannatusi mõjutavate faktorite korrelatsiooniseosed ($\beta = 0,99$)



Jn. 2. Üldisele erutuvusele mõju avaldavate faktorite korrelatsiooniseosed ($\beta = 0,99$)



Jn. 3. Raviefekti mõjutavate faktorite korrelatsiooniseosed ($\beta = 0.99$)



Jn. 4. Ravi tähtsuse väärtustamisele mõju avaldavate faktorite korrelatsioonised ($\beta = 0.99$)

3.1.4. Klaster-keskmiste meetod

Klaster-keskmiste meetodil ($K=3$) analüüsiti MMPI testi standardskaala väärtusi (L, F, K, Hs, D, Hy, Pd, Mf, Pa, Pt, Sc, Ma, Si) 40 uuritul. 1. klastrisse paigutus 9, 2. klastrisse 14 ja 3. klastrisse 17 uuritut. Iga klasteri MMPI skaala keskvärtused on esitatud tabelis 19 ja iga klasteri MMPI keskmine profiil joonisel 7, 8, 9.

1. klastris on tunnused üldkeskmisest suuremad, 2. klaster keskmise lähedased ja 3. klaster keskmisest natuke väiksemad. Klasterite tsentrite paigutuse plaan on antud joonisel 5. Klasterite 1, 2, 3 profiilid on esitatud joonisel 6.

3.2. Arutelu

MMPI testi analüüsil ilmnis uuritud psoriaasihaigetel sagedamini 2. ja 8. skaala (depressioon, skisoidsus) tõus (arvuliselt 22-l ja 17-l uuritul 40-st). Ka meie poolt (Elberg, Aluoja, 1988) varem uuritud psoriaasihaigetel (40 naisisikut) oli sagedamini tõusnud 2. ja 8. skaala.

Kliinilisel MMPI testi hinnangul märgiti tugevat adaptatsioonihäiret (tipud standardskaalal üle 80) 10 uuritul (25 %). Klasteranalüüsil ($k = 3$) paigutus 1. klastrisse (tunnused üldkeskmisest suuremad) 9 uuritut, kusjuures 8 isikut olid mõlemal analüüsil samad. Seega nii kliinilisel MMPI testi analüüsil kui ka klasteranalüüsil ilmnis tulemuste kokkulangevus.

Kui vaadata MMPI standardskaala keskmist profiili (1. klaster) siis on 2. ja 4. skaala (depressiooni- ja asotsiaalse psühhopaatia skaala) tõus üle 70 ja 6. ning 8. skaala (paranoidsuse ja skisoidsuse skaala) tõus üle 80.

Kas täheldatud isiksustruktuuri muutused on seotud haigusega, peaks selgitama järgnev MMPI testi analüüs kogu andmepangaga. Saadud tulemusi peaks kasutama haige individualiseeritud ravis. Seniini töö teostajale teadaolevatel andmetel Eestis nahahaiguste korral mujal analoogseid uuringuid läbi viidud ei ole.

Taylori äravuskaala punktide keskvärtus 24,5 ($\beta = 7,7$) psoriaasihaigetel ei erine oluliselt Moskva normväärtustest (meestel $\bar{x} = 12,89$, $\sigma = 6,38$ ja naistel $\bar{x} = 20,81$, $\sigma = 6,46$).

Nimekas USA uurija Farber koos kaastöölistega (1987) on seisukohal, et psoriaasi korral on olulise tähtsusega psühhoneuroloogiline patogenees. Ka meie varasemate tööde andmeil (Эльберг,

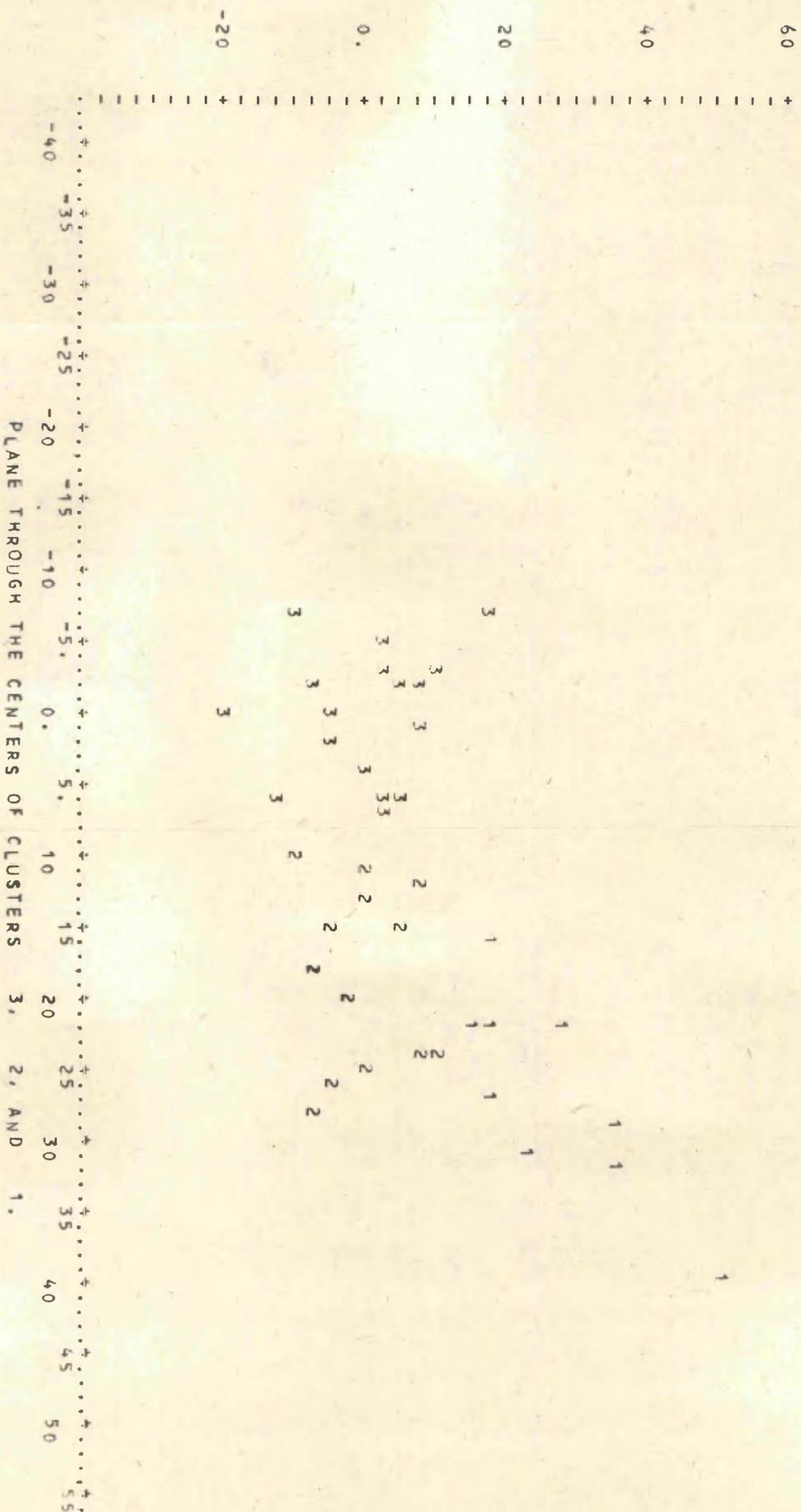
Tabel 19. Klastrite 1, 2 ja 3 MMPI skaala tunnuste (16 - L, 17 - F, 18 - K, 19 - Hs, 20 - D, 21 - Hy, 22 - Pd, 23 - Mf, 24 - Pa, 25 - Pt, 26 - Sc, 27 - Ma ja 28 - Si skaala) keskmised.

C A S E	WEIGHT	DISTANCE	VARIABLE	MINIMUM	CENTER	MAXIMUM	ST. DEV.
2	1.0000	20.9010	16 X(16)	0.0000	4.5556	12.0000	4.2164
4	1.0000	20.3105	17 X(17)	10.0000	24.1111	43.0000	10.1599
6	1.0000	18.8228	18 X(18)	4.0000	24.2222	25.0000	6.1599
17	1.0000	13.1304	19 X(19)	14.0000	19.0000	28.0000	4.8218
27	1.0000	15.6867	20 X(20)	18.0000	30.5555	38.0000	6.5596
30	1.0000	34.6709	21 X(21)	14.0000	26.2222	39.0000	8.4673
39	1.0000	21.7630	22 X(22)	25.0000	31.8889	41.0000	5.3955
11	1.0000	16.7188	23 X(23)	16.0000	21.6667	40.0000	4.9746
19	1.0000	22.3598	24 X(24)	31.0000	39.5555	45.0000	5.7687
			25 X(25)	41.0000	52.2222	68.0000	8.2277
			26 X(26)	21.0000	25.6667	31.0000	3.5000
			27 X(27)	32.0000	36.4444	41.0000	3.3953
			28 X(28)				
AVERAGE DISTANCE		20.4840					

C A S E	WEIGHT	DISTANCE	VARIABLE	MINIMUM	CENTER	MAXIMUM	ST. DEV.
8	1.0000	13.8025	16 X(16)	2.0000	4.2857	8.0000	1.5402
10	1.0000	12.3031	17 X(17)	3.0000	10.5714	19.0000	4.7184
13	1.0000	11.1135	18 X(18)	7.0000	11.1429	17.0000	3.5487
14	1.0000	15.0122	19 X(19)	8.0000	14.3571	23.0000	3.5338
18	1.0000	16.1580	20 X(20)	21.0000	28.6429	34.0000	3.6291
20	1.0000	12.9591	21 X(21)	14.0000	21.8571	30.0000	4.1668
21	1.0000	17.5726	22 X(22)	18.0000	24.0714	34.0000	5.1510
22	1.0000	15.2857	23 X(23)	27.0000	33.6571	43.0000	5.0208
29	1.0000	13.7611	24 X(24)	10.0000	12.8571	17.0000	1.2773
31	1.0000	18.4722	25 X(25)	29.0000	34.0000	37.0000	2.7735
35	1.0000	12.5730	26 X(26)	27.0000	34.5000	49.0000	6.1111
36	1.0000	17.6860	27 X(27)	27.0000	19.5714	45.0000	3.5020
33	1.0000	15.7823	28 X(28)	28.0000	19.4286	51.0000	3.7791
38	1.0000	17.2070					
AVERAGE DISTANCE		14.9777					

C A S E	WEIGHT	DISTANCE	VARIABLE	MINIMUM	CENTER	MAXIMUM	ST. DEV.
5	1.0000	9.4439	16 X(16)	1.0000	5.1176	9.0000	2.6893
15	1.0000	16.6076	17 X(17)	0.0000	8.1765	15.0000	3.1783
17	1.0000	12.1904	18 X(18)	8.0000	13.9412	21.0000	3.9917
26	1.0000	12.1199	19 X(19)	8.0000	13.7647	22.0000	3.6147
28	1.0000	11.3680	20 X(20)	17.0000	23.8823	32.0000	5.0559
33	1.0000	23.0186	21 X(21)	13.0000	19.9412	31.0000	3.7492
37	1.0000	15.9222	22 X(22)	21.0000	31.1176	39.0000	5.4724
40	1.0000	13.3549	23 X(23)	24.0000	17.9412	18.0000	3.5086
41	1.0000	18.0667	24 X(24)	21.0000	17.9412	36.0000	5.5388
44	1.0000	14.1612	25 X(25)	20.0000	29.3294	36.0000	3.9941
45	1.0000	11.3841	26 X(26)	27.0000	21.0588	28.0000	5.1636
47	1.0000	20.5056	27 X(27)	9.0000	25.3529	35.0000	6.4802
52	1.0000	27.7967	28 X(28)				
AVERAGE DISTANCE		16.3508					

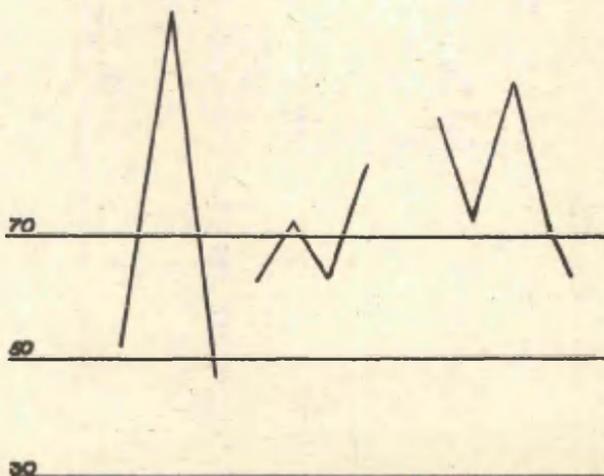
REPORT ON CASES WITH POSITIVE WEIGHT



Jn. 5. Klastrie tsentrnie paigutuse plaan.

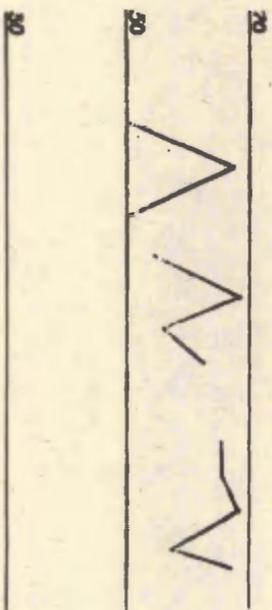
Jn. 7. MMPI standardskaala keskmine profiil (1. klaster)

L F K 1 2 3 4 6 7 8 9 0



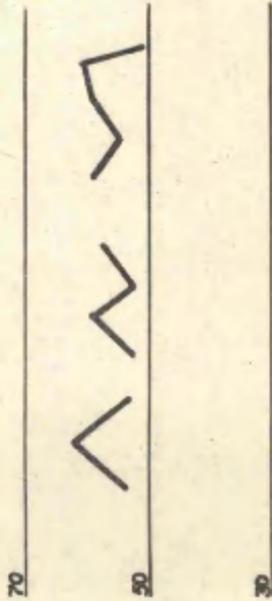
Jn. 8. MMPI standardskaala keskmine profiil (2. klaster)

L F K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0



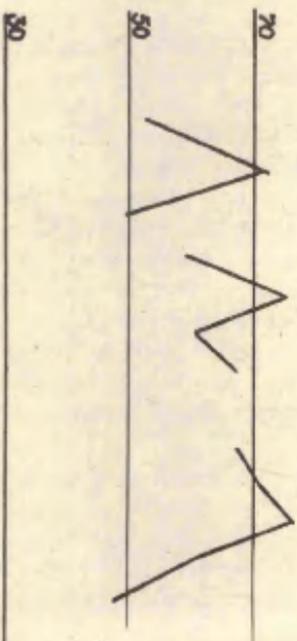
**Jn. 9. MMPJ standardskaala keskmine
profiil (3. klaster)**

L F K 1 2 3 4 6 7 8 9 0



Jn. 10. MMPI standard skaala keskmine profiil

L F K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0



Тамсе, Рева, 1986; Elberg, Vahter, 1987) täheldati Lipmani skaalaga uurituil üldise neurootilisuse faktori sagedast esinemist (52 %-l uuritud psoriaasahaigetest).

Võrreldes Rosenzweigi PA testi tulemusi Toimi poolt (1987) antud TÕ psühholoogide grupi ja ameerika normidega, on psoriaasahaigetel kõrgem ekstra- ja madalam intrapunitiivsus. Kõrgem ekstrapunitiivsus viitab, et agressioon on suunatud väljapoole, ebaõnnestumiste puhul süüdistatakse teisi.

Ego-kaitsereaktsioonid on uuritutel kõrgemad kui TÕ psühholoogide grupil ja Rosenzweigi katseisikutel, lahendust nõudev reaktsioon aga sama (20 %) nagu ameeriklastel, olles madalam TÕ psühholoogide grupi tulemustest.

Lahendust nõudev reaktsioon (taotletakse frustreriva situatsiooniga seotud probleemi lahendamist kas mõne teise isiku poolt või püütakse parandada olukorda) peaks aitama saavutada head raviefekti. Neil uurituil, kes otsivad lahendust konfliktis, osutuski seos hea raviefektiga oluliseks ($\beta = 0,99$, $r = 0,45$).

Sõna-assotsiatsioonitesti reaktsioonaja pikenedamine (üle 2 s) viitab kompleksi olemasolule (Toim, 1983). Psoriaasahaigete uurimisel ilmnes, et emotsioogensetele sõnadele on reaktsiooniaeg pikem kui neutraalsetele.

Pessimistlikke vastussõnu saadi enamusel (38 isikul), neist 16-l 4-6 pessimistlikku vastust (50 sõna kohta). Optimistlikke vastuseid andis samuti enamus (33 isikut), kusjuures 4-7 optimistlikku vastust (50 sõna kohta) andis 8 isikut. Mitteadekvaatseid vastuseid andis 5 isikut (12,5 %).

Stiimulile vastamata jätmist või vastusena stiimulsõna kordamist peetakse samuti kompleksi indikaatoriks (Toim, 1983). Elbergi (1988) kursusetöö andmetel on psoriaasahaigete vastused emotsioogensetele sõnadele 29,8 %-l pessimistlikud, 21,0 %-l optimistlikud ja 49,2 %-l neutraalsed, kusjuures neutraalsetele sõnadele on vastus enamasti (94,3 %) neutraalne.

Luria ja Leontjevi (Лурья, Леонтьев, 1926) andmetel on assotsiatsioonireaktsiooni aeg tähendusega sõnadele pikem kui neutraalsetele. Seda erinevust seletavad nad sellega, et tavalistele sõnadele reageeritakse organismi dünaamilise tasakaalu tingimustes. Afektiivsete ärritajate toimel aga tasakaal häirub ja organism ei ole võimeline (keskkonna signaalidele) adekvaatseelt reageerima. Afektiivsete ärritajate (tähendusega sõnade) mõjul innerveeritakse siseorganeid, häirub organismi normaalne reageering ja seetõttu pikeneb assotsiatsiooniaeg ning esineb motoorne reaktsioon afektiivsetele sõnadele.

Ka Postman ja Bruner (1948) leidsid, et tähendusega (emotsio-geensed) sõnad põhjustasid katsealustel pikema reaktsiooniaja kui neutraalsed sõnad, mida nad seletasid 'stuvõtumehhanismi selektiivsusega, isäranis kaitsemehhanismiga (organismi püüdlusega eemale hoida stiimulitest, mis kannavad kahjulikku informatsiooni).

Montonen (1983) märgib, e. Jungi järgi seisab hämmastavate ja äraolevate reaktsioonide põhjus selles, et stiimulsõna puudutab mingit konflikti katseisiku elus ja sellega seoses emotsionaalseid häireid (komplekse).

Küsimustiku andmete statistilisel analüüsil selgus (töenäosusega 0,99), et haiguse pärast kannatavad kõige rohkem need isikud, keda häirib nahalööve ja keda segab sügelemine (vt. joonis 1). Kuid peale nimetatud sotsiaalse ja füüsilise faktori avaldab mõju veel hulk sotsiaalset laadi mõjureid, nagu mure, et haigus võib korduda järglastel, et kaasinimesed väldivad teda nakatumise kartuses ja seetõttu on probleemiks ka riiete valik (et varjata löövet), häirib paljalt olek teiste inimeste seas, samuti avaldavad mõju probleemid, mis seotud perekonnaeluga ja haiguse kordumise kartus (tavaliselt on haiged haiguse sagedase kordumise võimalusest teadlikud).

Haige üldisele erutuvusele avaldavad kõige tugevamat mõju (töenäosusega 0,99) 2 faktorit: üldine erutuvus on suurem maa-elanikel ja neil, keda lööve rohkem häirib (vt. joonis 2).

Statistilisel analüüsil (töenäosusega 0,99) selgus, et hea raviefekt esineb neil isikul, kelle haigus ei ole muutunud krooniliseks, kes otsivad lahendust konfliktis (siin peaks arvama, et need inimesed tahavad end teadlikult ravida ja peavad lugu ka tervislikest eluviisidest, tervislikust toitumisest jne., ei oota passiivselt abi ainult ravimitest) ja noorematel isikutel.

KOKKUVÕTE JA JÄRELDUSED

Käesoleva töö eesmärgiks oli selgitada psoriaasahaiguse ja paranemise seost (haige psüühiliste omaduste ja haigusesse suhtumise mõju ravi kulule).

Haige isiksusomadusi aitas avada MMPI testi kliiniline ja klasteranalüüs, sõna-assotsiatsioonitest ja Rosenzweigi PA test.

MMPI testi kliinilisel ja klasteranalüüsil täheldati (kokkulangevalt) ühel neljandikul uuritutest märgatavat adaptatsioonihäiret.

Rosenzweigi PA testi andmetel on psoriaasahaigetel kõrgem ekstra- ja madalam intrapunitiivsus ning ego-kaitsereaktsioonid on kõrgemad kui Rosenzweigil ja T \ddot{U} psühholoogide grupil, lahendust nõudev reaktsioon on aga sama sage (20 %) nagu ameeriklastel. Neil uurituil, kes otsivad lahendust konfliktis, osutus seos hea raviefektiga oluliseks ($\beta = 0,99$, $r = 0,45$). Sõna-assotsiatsioonitesti tulemused näitavad, et reaktsiooniaeg emotsioogensetele sõnadele on pikem kui neutraalsetele. Stiimulile vastamata jätmist või vastusena stiimulsõna kordamist oli 12,5 %-l uuritutest. Emotsioogensetele sõnadele vastas umbes üks kolmandik (29,8 %) pessimistlike sõnadega.

Haige suhtumist haigusesse kajastavad järgmised andmed: haiguse pärast kannatavad kõige rohkem need inimesed, keda häirib nahalööve ja keda segab naha sügelemine ($\beta = 0,99$), mõju avaldavad veel mure, et haigus võib korduda järglastel, et kaasinimesed väldivad teda nakatumise kartuses ja seetõttu on probleemiks riiete valik (et varjaks löövet), häirib paljalt olek (rannas, saunas), haiguse retsidiivi kartus jt. Haige üldine erutuvus on seotud lööbe häiriva mõjuga ja on maa-elanikel suurem ($\beta = 0,99$).

Hea raviefekt on seotud objektiivsete kliiniliste andmetega, olles parem noorematel isikutel ja neil, kellel haigus on kestnud lühemat aega, samas aga ilmnes oluline seos ($\beta = 0,99$) lahendust nõudva reaktsiooniga konfliktises situatsioonis (Rosenzweigi PA testi tulemusel).

Järeldused

1. Käesolevas töös selgitati välja füüsilised ja sotsiaalsed faktorid, mis mõjustavad inimese kannatusi (millest sõltub erutus). Sotsiaalsed faktorid avaldavad inimesele tugevamat mõju kui füüsilised.

Haiguse pärast kannatavad rohkem ja üldine erutuvus on suurem neil isikutel, keda nahalööve rohkem häirib.

2. Raviefekt sõltub haiguse kliinilisest vormist ja isiku suhtumisest ravisele. Hea raviefekt on neil, kelle haigus ei ole muutunud krooniliseks ja kes otsivad lahendust haigusest paranemiseks.

3. Peale medikamentoosse ravi on arstil vaja tegelda sotsiaalse faktori mõju leevendamisega, kuna sotsiaalset laadi kannatused osutusid väga mõjuvaks.

4. Uuritutel esineva adaptatsioonihäire olemus vajab edasist selgitamist.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. Elberg E., Vahter H. Social and Psychological Aspects of Psoriasis: Psoriasis // Proceedings of the Third symposium of Dermatologists of Socialist Countries on Psoriasis. Moscow, 1987. P. 64-65.
2. Elberg E., Aluoja A. MMPI test psoriaasihagetel. Psühhoogeensed ja psühhosomaatilised häired. Tartu, 1988. Lk. 295-296.
3. Eulenberg tsiteeritud (vt. Zetti A.)
4. Everly G.S., Rosenfeld R. The Nature and Treatment of the Stress Response. New York, London: Plenum Press, 1981. P. 5-222.
5. ENE. 1970. 2 kd. Lk. 494.
6. Farber E.M., Rensch M.K., Karasok B.J., Nickoloff B.J. The Psychoneural Pathogenesis of Psoriasis: Psoriasis // Proceedings of the Third Symposium of Dermatologists of Socialist Countries on Psoriasis. Moscow, 1987. P. 68-69.
7. Kimble G.A., Carmezy N., Zigler E. Principles of General Psychology: A Casebook of Psychopathology, 5th Edition. New York, 1980. P. 424-425.
8. Lunge A. Emotsioonide psühholoogia. Tallinn, 1980. Lk. 83-88.
9. Mayr tsiteeritud (vt. Zetti A.)
10. Saarma J. Kliiniline psühhiaatria. Tallinn. 1980. Lk. 165-170.
11. Postman L., Bruner J.S. Perception and Stress // Psychological Review. 1948. Vol. 55. P. 314-324.
12. Toim K. Isiksuse psühhodiagnostika. Tartu, 1983. Lk. 14-30.
13. Toim K. Sõna-assotsiatsioonitesti kasutamise juhend. Tartu, 1987. Lk. 3-14.
14. Toim K. Eesti assotsiatsiooninormid Kent-Rosanoffi stiimulitele. Tartu, 1987. Lk. 3-5.
15. Toim K. Saul Rosenzweigi PA testi juhend. Tartu, 1987. Lk. 3-15.
16. Zetti A. Die Ätiologie der Psoriasis unter besonderer Berücksichtigung der psychosomatischen Medizin. Ein Medizingeschichtlicher Überblick. München, 1981. S. 52-73.
17. Valgma K. Müokardi infarkt. Tallinn, 1984. Lk. 49-53.

18. Wilkinson D.S., Elbing F.J.C., Rook A. Textbook of Dermatology. Oxford, 1979. P. 1315-1320.
19. Аршавский В.В., Ротенберг В.С. Различные типы поведенческих реакций и эмоциональных состояний и их влияние на патофизиологические и клинические синдромы // Успехи физиологических наук. 1978. Вып. 3. С. 49-72.
20. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многочисленного исследования личности. Москва, 1976. С. 3-168.
21. Бернштейн Н.А. Новые линии в развитии физиологии и их соотношения с кибернетикой // Вопросы философии. 1962. Вып. 8. С. 78-87.
22. Кеннон Ф. Физиология эмоции. Ленинград, 1927.
23. Котик М.А. О применении ассоциативного эксперимента для оценки значимости событий // Уч. зап. Тарт. ун-та. 1981. Вып. 569. С. 3-17.
24. Котик М.А. Емельянов А.М. Экспресс-метод оценки субъективных предпочтений при принятии решения // Уч. зап. Тарт. ун-та. 1986. Вып. 753. С. 140-160.
25. Котик М.А. Психология и безопасность. Таллинн, 1987. С. 146-207.
26. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс. Ленинград, 1970. С. 178-208.
27. Лурия А.Р., Леонтьев А.Н. Исследование объективных симптомов аффективных реакций // Проблемы современной психологии. Москва, 1926. С. 47-98.
28. Психологический словарь (Под ред. В.В. Давыдова, А.В. Запорожца, Б.В. Ломова и др.). Москва, 1984. С. 411.
29. Ротенберг В.С. Проблемы воспитания в свете психосоматической парадигмы // Вопросы психологии. 1989. Вып. 6. С. 22-28.
30. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. Москва, 1980. С. 25-38.
31. Селье Г. Стресс без дистресса. Москва, 1982. С. 13-45.
32. Симонов П.В. Теория, отражение и психофизиология эмоций. Москва, 1970.
33. Симонов П.В. Эмоциональный мозг. Москва, 1981. С. 80.
34. Судаков К.В. Эмоциональный стресс как фактор эволюций. Вестник академии медицинских наук СССР. Москва, 1984. Вып. 6. С. 40-47.
35. Харди И. Врач, сестра, больной (психология работы с больными). Будапешт, 1981. С. 5-286.
36. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. Москва, 1986. С. 112-130.

37. Эльберг Э.К., Тамсе Р.В.-А., Рева К.У. О роли психоэмоциональных и социальных факторов в патогенезе псориаза // XIV республиканская научно-практическая конференция. Тарту, 1986. С. 16-17.

MUUD ALLIKAD

1. Montonen R. Mõistete võrdlemise ja assotsiatsioonitesti kasutamisest psühhoneuroloogiahaiglas. Diplomitöö. Tartu, 1983. Lk. 4-20. (Käsikiri loogika ja psühholoogia kateedris.)
2. Эльберг Э. О влиянии фактора опасности на больного. О применении ассоциативного эксперимента для оценки значимости тревожности заболевания. Курсовая работа. Тарту, 1988. С. 1-10. (Кäsikiri dermatoloogia-veneroloogia kateedris.)

KÜSIMUSTIK I

Vastates küsimustele palun märkige ära õige vastusevariant.

1. Mil viisil (kui tugevasti) Teie kannatate üleüldises mõttes oma haiguse tõttu?
 1. väga tugevasti
 2. tugevasti
 3. keskmiselt
 4. nõrgalt
 5. väga nõrgalt
2. Mil määral (kui tugevasti) segab Teid naha sügelemine?
 1. väga tugevasti
 2. tugevasti
 3. keskmiselt
 4. nõrgalt
 5. väga nõrgalt
3. Kuivõrd segavad nahal esinevad haigusnähud Teid suhtlemisel?
 1. väga tugevasti
 2. tugevasti
 3. keskmiselt
 4. vähe
 5. väga vähe
4. Kui tugevad suhtlemisraskused esinevad perekonnas nahalööbe tõttu?
 1. väga tugevad
 2. tugevad
 3. keskmised
 4. vähesed
 5. väga vähesed
5. Kas nahalööve on põhjustanud Teil (või võiks põhjustada) raskusi perekonna loomisel?
 1. väga tugevaid
 2. tugevaid
 3. keskmisi
 4. väheseid
 5. väga väheseid
6. Kuivõrd häirib nahalööve rannas või saunas käimist?
 1. väga tugevasti
 2. tugevasti
 3. keskmiselt
 4. vähe
 5. väga vähe

7. Kuivõrd tugevasti on väljendunud lisaraskused, mis ilmnevad seoses haigusega (arsti juures käimine, ravimite ostmine)?
1. väga tugevasti
 2. tugevasti
 3. keskmiselt
 4. vähe
 5. väga vähe
8. Kuivõrd suured on lisaraskused riiete valikul (et riided kataksid löövet)?
1. väga tugevad
 2. tugevad
 3. keskmised
 4. vähesed
 5. väga vähesed
9. Kuivõrd Te kannatate selle käes, et inimesed kardavad nakatuda Teie lööbesse?
1. väga tugevasti
 2. tugevasti
 3. keskmiselt
 4. vähe
 5. väga vähe
10. Kui tugevasti erutab Teid mõte, et haigus võib korduda järglastel?
1. väga tugevasti
 2. tugevasti
 3. keskmiselt
 4. vähe
 5. väga vähe
11. Kui tugevasti erutab Teid see, mis teised arvavad selle kohta, et Te käite ravil naha- ja suguhaiguste dispanseris?
1. väga tugevasti
 2. tugevasti
 3. keskmiselt
 4. vähe
 5. väga vähe
12. Mil määral Te ise kardate haigestuda naha- ja suguhaigustesse, olla ravil naha- ja suguhaiguste statsionaaris?
1. väga tugevasti
 2. tugevasti
 3. keskmiselt
 4. vähe
 5. väga vähe

KÜSIMUSTIK II

Palun hinnake oma haigust vastavalt küsimustikule, märkides ära ühe vastusevariandi.

1. Kas hindate oma haigust
 1. väga tugevasti väljendunuks
 2. tugevasti väljendunuks
 3. keskmiselt väljendunuks
 4. vähe väljendunuks
 5. väga vähe väljendunuks
2. Milline on loodetav raviefekt (tervenemine)?
 1. väga hea
 2. hea
 3. keskmine
 4. halb
 5. väga halb
3. Kui sageli realiseerub loodetav raviefekt?
 1. enamasti
 2. sageli
 3. ei sageli ega harva
 4. harva
 5. väga harva
4. Kui suurel määral aitab haiglaravi Teil vabaneda haigusest nüü, et haigus ei häiriks Teid suhtlemisel sõprade ringis ja perekonnas?
 1. väga suurel määral
 2. suurel määral
 3. keskmiselt
 4. vähe
 5. väga vähe
5. Kui sageli on võimalik, et haigus Teid pärast haiglaravi ei häiri suhtlemisel sõprade ringis ja perekonnas?
 1. väga sageli
 2. sageli
 3. ei sageli ega harva
 4. harva
 5. väga harva
6. Kui võrd suureks hindate ohtu uuesti haigestuda pärast tervenemist?
 1. väga suureks
 2. suureks
 3. keskmiseks
 4. väheseks
 5. väga väheseks

7. Kas haigus Teie arvates võib tulevikus korduda?

1. väga sageli
2. sageli
3. ei sageli ega harva
4. harva
5. väga harva

SÕNA-ASSOTSIATSIOONITEST

Nimi	Kuupäev
Vanus	
Elukutse	Haridus
<hr/>	
1. Põld	26. Male
2. Mets	27. Ookean
3. Taevas	28. Ravimid
4. Ebameeldiv	29. Jõgi
5. Vihik	30. Põhi
6. Raamat	31. Sügelemine
7. Lõoke	32. Koer
8. Nakkav	33. Vesi
9. Kana	34. Lõõve
10. Kass	35. Laud
11. Kell	36. Lõng
12. Rand	37. Haigestuma
13. Päike	38. Kivi
14. Lind	39. Lumi
15. Pliiats	40. Tüdruk
16. Inetu	41. Loom
17. Maja	42. Kool
18. Tänav	43. Mäestik
19. Aed	44. Rohi
20. Peegel	45. Lühike
21. Väljak	46. Klaver
22. Poiss	47. Sein
23. Paber	48. Lääs
24. Saun	49. Külml
25. Auto	50. Buss

SÕNA-ASSOTSIATSIOONITESTI
VASTUSTE LEHT

Nimi	Kuupäev
Vanus	Haridus
Elukutse	
1.	26.
2.	27.
3.	28.
4.	29.
5.	30.
6.	31.
7.	32.
8.	33.
9.	34.
10.	35.
11.	36.
12.	37.
13.	38.
14.	39.
15.	40.
16.	41.
17.	42.
18.	43.
19.	44.
20.	45.
21.	46.
22.	47.
23.	48.
24.	49.
25.	50.

PSORIAASI ÜLDINE ISELOOMUSTUS HAIGEL
nimi, vanus

KUUPÄEV

1. Kaebused:

1. naha sügelemine
2. naha valutlikkus
3. lõõbe esinemine
4. psüühilise ülepinge
5. liigeste kahjustused
6.

2. Suguõsas esineb:

1. psoriaas (emal, isal, õel, vennal, türel, pojal)
2. ekseem
3. neurodermiit
4.

3. Psoriaasi üldine kestus:

1. Psoriaasi dissemineerimine: aastat.
2. Lõõbe dissemineerimine: aastat.
3. Kõhjulikud harjumused:

1. suitsetamine
2. alkohol
3.

4. Patsiendi pikkus

1. Fokaalinfektsioonide esinemine cm, kehakaal kg
2.
3.

5. Tonsilliit

1. epidermoomikoos
2. kaaries
3. sooleparasitidid
4. teised kroonilised infektsioonid

8. Lõõbe morfoloogiline iseloomustus:

1. *Psoriasis vulgaris papulosa (punctata, guttata)*
 2. *Psoriasis vulgaris nummularis*
 3. *Psoriasis vulgaris diffusa*
- Erivormid: 4. *Psoriasis vulgaris palmarum et plantarum*
5. *Psoriasis vulgaris unguium*
6. *Arthropathia psoriatica*
7.
8. *Psoriasis vulgaris eczematoides*
9. *Psoriasis vulgaris verrucosa*
10. *Psoriasis vulgaris pustulosa*
11. *Psoriasis vulgaris intertriginoides*
12. *Psoriasis vulgaris follicularis*

9. Psoriaasilõõbe levik:

1. lokaliseeritud psoriaas
2. tonaalne psoriaas
3. dissemineerunud
4. generaliseerunud
5. erütodermiatooline
6. psoriaatiline erütodermia

10. Psoriaasi staadium:

1. progresseeruv
2. stasionaarne
3. regressiooni
4. progresseeruv-taandarenev

11. Psoriaasi sesoonsus:

1. sügis-talvine
2. kevad-süvine
3. mittesooonne
4. mitte kindla sesoonsusega

DIAGNOOS:

KAASUVAD HAIGUSED:

THE SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PSORIASIS

Elle Elberg

Summary

The aim of the present paper is to explain the influence of the psoriatic patient's psychological characteristics and the influence of his attitude towards psoriasis on the medical treatment of the disease.

In exploring the psychological characteristics of the psoriatic patients the clinical and cluster analyses of the MMPI test, the word-association test and Rosenzweig PA test were applied.

According to the clinical and cluster analyses of the MMPI test remarkable adaptation disturbances were found in 1/4 of the studied patients.

In studying the results of Rosenzweig PA test, a correlation was observed between the patients' readiness to seek positive solutions in conflict situations and the success of medical treatment (correlation coefficient ($r = 0.45$; $\beta = 0.99$)).

In the persons studied by the author the aggressiveness towards the environment occurred more often than it had been observed by Rosenzweig, on the other hand, the aggressiveness directed at the patient himself was more rare than in the persons studied by Rosenzweig. However, seeking solutions in a frustrating situation occurred with about the same frequency as in the experiments by Rosenzweig.

The results of the word-association test show that the reactions to emotional words were longer than the reactions to neutral words. Leaving the stimuli unanswered or repeating them as their own responses occurred in 12.5 % of the persons studied. About 1/3 of the persons (29.8 %) responded to the emotional stimuli with pessimistic words.

The attitude of the patients towards his disease can be illustrated with the following: the persons who are disturbed by the skin eruptions and itching suffer more than the rest ($\beta = 0.99$), the other factors causing sufferings are fear that the disease can recur on their children, the possibility that the others could be avoiding them for fear of the disease and this, in turn, may trigger the problem of the choice of clothes (Fig. 1).

The general agitation of the patient is in connexion with the

disturbing impact of the eruption and it is greater among the rural population ($\beta = 0.99$) (Fig. 2).

The effect of the medical treatment depends on the objective clinical data and is better in younger patients and those, whose disease has not become chronic (Fig. 3).

Conclusions:

1. Social factors cause greater sufferings to the individual than do the physical sufferings. The persons who are more anxious about their skin eruption suffer more and their general agitation is greater.

2. The success of the medical treatment depends on the clinical diagnosis and the attitude of the person towards the treatment. Treatment is successful in the cases in which the disease has not become chronic and in which the patients themselves actively try to recover from their disease.

3. Besides using drugs, it is necessary for the physician to try to alleviate the impact of social factors as the social sufferings have proved to be of great influence.

4. The study of the adaptation disturbances needs to be continued.

Fig. 1. The correlation of factors influencing the sufferings of a patients ($\beta = 0.99$)

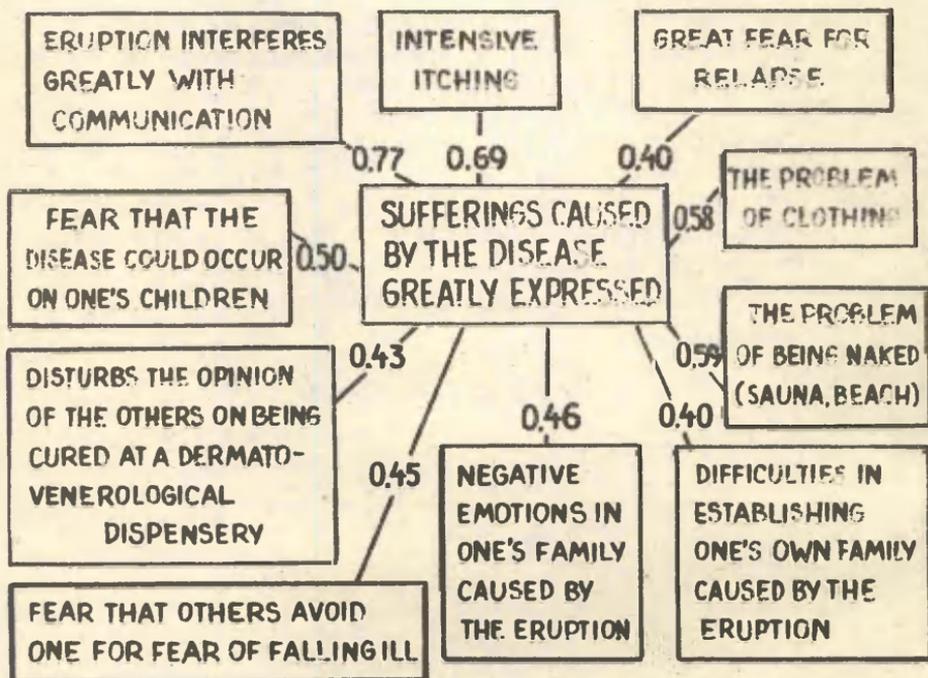


Fig. 2. The correlation of factors influencing the general agitation ($\beta = 0.99$)

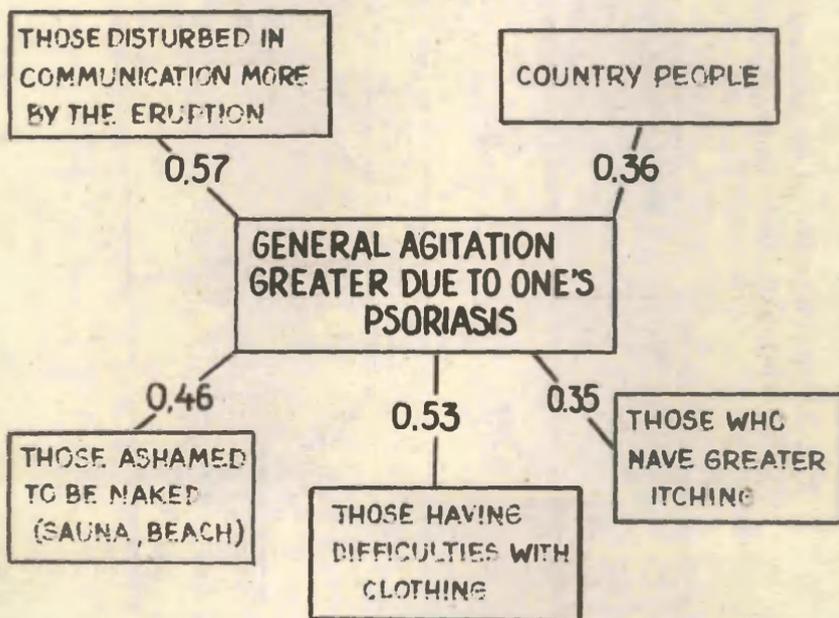
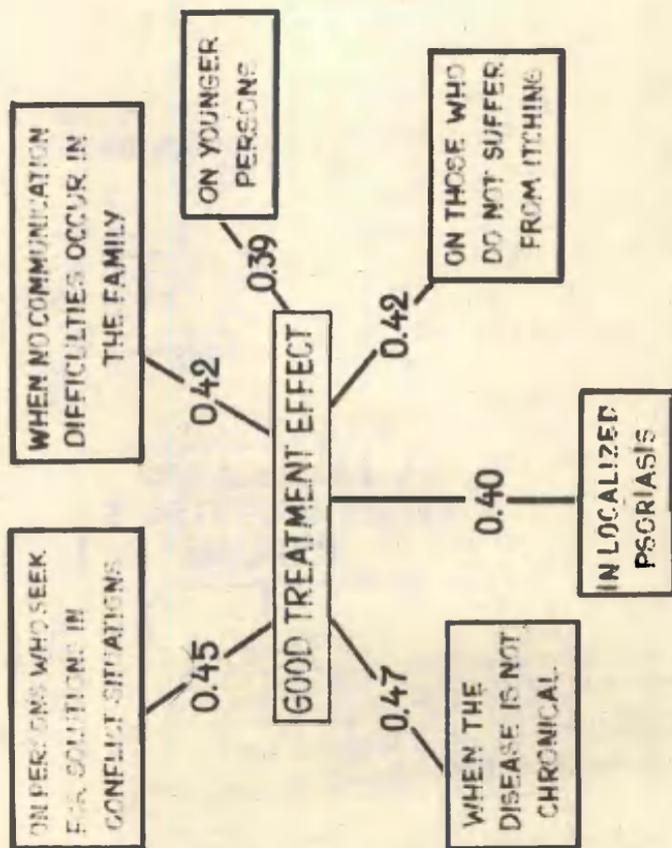


Fig. 3. The correlation of factors influencing the effect of treatment ($\beta = 0.99$)

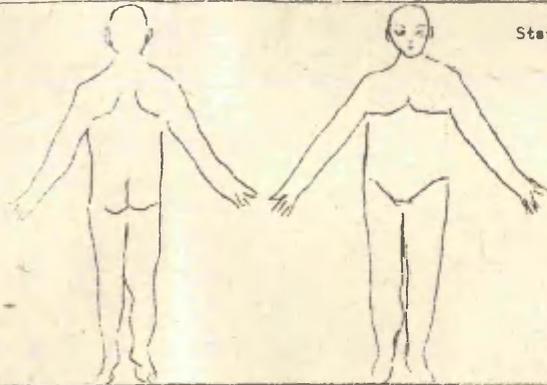


Biopsia kuupäev

Metoodika

Biopsia koht

haigekolle
näiliselt terve nahk



Status localis

	Määratud ilmus	Ilmus	Retseidiivid	Remissioonid	R a v i			Fokaal- inf.ravi	AKK	ATEK
					ambulaatorne	stataion.	sanatoorne			
Külastuste kontrollitabel										
Üldravi	dieet sedatiivne, desensibiliseeriv, vitamiinravi + pyrogenal, + humisool, +				+ kortikosteroidid + griseofulviin +					
Lokaalne ravi	indiferentsed salvid kortikosterooidsalvid									
Füsiot.	UVK vannid									

0.05

Hind Rbl. 18.-

MONTE PLEKREMPLE