

objektiivseks kontrollimiseks ja mõõtmiseks, vähemalt mõningal määral. Neuroloog suudab üsna usaldusväärselt eristada füüsilisest haigusest tingitud vaevusi vaevustest, millel on psühholoogiline põhjus. Selle tulemusena seisab neuroloog psühhosomaatilise haiguse diagnoosiga silmitsi tihemini kui teised eriarstid ja niiviisi sai alguse ka minu huvi.

Kuni kolmandikul keskmise neuroloogiapraksise patsientidest esinevad neuroloogilised sümptomid, millel puudub seletus, ja neil puhkudel võib sageli kahtlustada emotsionaalset põhjust. Patsiendile on väga raske öelda, et tema füüsilisel haigusel võib olla psühholoogiline põhjus. Seda diagnoosi on keeruline mõista, ammugi siis nõustuda. Ka arstid võivad olla tõrksad seda välja ütlema, osaliselt kartusest pahan-dada patsiente, kuid teisalt kartusest, et neil on midagi kahe silma vahele jäänud. Patsiendid avastavad end sageli lõksust psühhiaatria ja üle-jäänud meditsiini vahelisel hallil alal, kus kumbki kogukond ei taha vastutust enda peale võtta. Need, kes on psühhosomaatilise diagnoosi juba saanud, võivad küsida ühe arsti arvamust teise järel, lootes saada oma kannatustele mõnd muud seletust ja kinnitust. Korduvalt normaal-sed analüüsitulemused hakkavad valmistama pettumust, nii mee-leheitlik on patsientide jaht lahenduse otsingul. Mõni tunneb end nurka-surutuna ja tunnistab end diagnoosimatuks patsiendiks, keda ei ole võimalik aidata, sest eelistab ükskõik mida muud psühholoogilisest tervisehäirest tingitud alandusele. Ühiskond on psühholoogiliste häirete suhtes eelarvamustest pungil, ja patsiendid teavad seda.

Arstikarjääri alguses olid mu enda seisukohad psühhosomaatiliste haiguste osas pisut teistsugused. Need patsiendid ei asunud samal pul-gal *tõelise* haiguse põdejatega. Minu huvi kasvas aeglaselt, alguses läbi sagineva kokkupuute, ja kiirenes, kui ma tundsin end uuel tööpostil nii, nagu oleks mind pea ees tundmatus kohas vette visatud.

Sarnaselt enamiku arstidega puutusin ka mina psühhosomaatilise haigusega esimest korda kokku tudengipõlves. Kui sa kohtud esimese

patsiendiga, kes on füüsiliselt haige, kuid kelle seisundit ei seleta ükski haigus, lükkad sa ta kõrvale. Sa oled ülikooli tulnud selleks, et õppida tundma haigusi ja temal pole sulle midagi õpetada. Siis saad diplomi kätte, asud tööle residendina ja töötad nagu teatavat laadi triaazi-süsteem. Sa seisad sageli eesliinil, püüdes panna diagnoosi ja seejärel annad selle vanemarstile heakskiitmiseks. Sa võtad esimesena ette patsiendi, kes paistab sulle kõige haigem. Inimene ooteruumis, kes kannatab kroonilise seletamatu valu käes, jääb sinu pingerea lõppu. Kui keegi teine pole suutnud tema valu põhjust välja selgitada, ei suuda seda tõenäoliselt ka sina. Sa liigitad haigusi mitte selle põhjal, kui suuri vaevusi see patsiendile valmistas, vaid omaenda arusaama põhjal selle kohta, mida kujutab endast tõsine haigus. Selles osas ei ole arst ja patsient alati ühel meelel.

Neuroloogiaõpingute alguses hakkas mu suhe psühhosomaatiliste häiretega soojenema. Sain üha teadlikumaks, et suurel hulgal inimestel, kes meie kliiniku uksest sisse astuvad, esineb sümptomeid, mis seostuvad tõenäolisemalt stressi kui mõne aju- või närvihaigusega, ent sarnaselt paljude kolleegidega tundsin endal ülesannet välistada neuroloogilise haiguse olemasolu. See tehtud, vabastasin end edasisest vastutusest. Residentuuri roteeruv olemus tähendas, et ma ei pruukinud patsienti pärast esimest vastuvõttu enam kunagi näha ja seetõttu oli selline hoiak kerge tekkima. *Head uudised, ajukasvajad me ei leidnud, teie peavalul ei ole tõsist põhjust.* Ja head aega.

Siis kohtusin ma Brendaiga. Tol esimesel korral ja ka enamikul järgnenud kohtumistest oli ta teadvuseta olekus. Brenda oli toodud erakorralisse vastuvõttu pärast mitut krampihoogu. Valvearst oli ta üle vaadanud ja haiglasse vastu võtnud. Olime tema saabumise ajal osakonnas. Kõik tõmbusid ehmunult seina äärde, kui kandraam mööda koridori meie poole kihutas. Brenda oli vastuvõtuosakonnas stabiilne, kuid kui sanitar teda osakonda veeretask, algasid tal uued krampid. Sanitar ja õde hakkasid tema kandraamiga jooksma. Osakonnas pandi

Brendale kiiresti hapnikumask näole ja kaks õde püüdsid teda edutult küljele keerata. Kandraam peatus õepuldi juures ning kõik ülejäänud patsiendid ja nende pereliikmed ajasid kaelad õieli, et näha, mis toimub. Saabus õde, käes süstal diasepaamiga, ja ulatas selle mulle, et ma Brendat süstiksin. Püüdsin Brenda vehklevat käsivart kinni hoida, kuid see muudkui libises mu haardest välja.

Teine arst asus appi ja meil õnnestus käsivart kinni hoida, kuigi Brenda sõdis vastu. Süstisin aeglaselt ravimit. Astusime sammukese tagasi ja ootasime, et see mõjuma hakkaks, kuid midagi ei juhtunud. Tundsin kõikide pilke oma selga põletamas ja minu suureks kergenduseks hüüdis vanemarst, et keegi kutsuks anesthesioloogi. Ajaks, mil intensiivravi meeskond saabus, oli Brenda krampides viselnud kümme minutit; ainsat ravimit, mida võis talle osakonnas ohutult anda, oli talle antud kaks korda ja tulutult. Kogu osakond hingas kergendatult, kui me vaatasime, kuidas sanitar ja anesthesioloog Brenda kandraami ümber pöörasid ja temaga kiiresti eemaldusid.

Kui ma järgmisel päeval Brendat uuesti nägin, tundsin ta vaevu ära. Ta oli intensiivravipalatis, intubeeritud, kunstlikul hingamisel. Teine toru kulges läbi nina makku. Tema silmad olid plaastriga suletud ja juuksed kõvasti kuklasse kinnitatud. Krambid polnud ikka veel kontrolli all ja seetõttu viibis ta kunstlikus koomas. Iga kord, kui intensiivraviarst püüdis sedatsiooni lõpetada ja Brendat äratada, algasid krambid uuesti. Järgmise kahe päeva jooksul anti talle järjest suurenevate doosidena epilepsiaravimeid. Nende kahe päevaga muutus Brenda järjest raskemini äratuntavaks. Naise nahk muutus vahajaks ja kahvatuks, kõht paisus järsult, kuid krambid ei leevenenud.

Viimendal päeval seisime kõik Brenda voodi ümber ja vaatasime teda. Neuroloogia raviarst oli palutud juurde järgmiseks korraks, kui sedatsioon lõpetatakse. Kulus vaid kümme minutit, enne kui ilmnesid esimesed märgid Brenda ärkamisest. Ta kõhis vastu hingamistoru ja tema käed hakkasid haarama kõigest, mis käeulatusse sattus.

„Brenda, kuidas sa end tunned? Sa oled haiglas, aga sinuga on kõik hästi,“ pigistas õde Brenda kätt.

Brenda silmad pilkused lahti ja ta sikutas uuesti hingamistoru.

„Kas me võime selle ära võtta?“ küsis õde, aga intensiivraviarst ütles, et veel mitte.

Brenda vaatas õele silma, tundes silmapilkselt ära kõige lahkema inimese selles toas. Ta köhis ja mööda nagu hakkasid voolama pisarad.

„Sul olid krambid, aga nüüd on kõik korras.“

Brenda vasak jalg hakkas värisema.

„Krambid algavad uuesti. Kas manustame uuesti rahustit?“ küsis keegi.

„Ei,“ vastas raviarst.

Nüüdseks oli värin levinud teisele jalale ja tugevnenud. Brenda silmad, mis olid lahti ja erksad, hakkasid uuesti aeglaselt sulguma. Kui värin liikus läbi keha, hakkas tema taga piiksuma masin, mis tuvastas hapnikusisalduse vähenemise veres.

„Nüüd?“ küsis pinges hää, süstal täis ja süstivalmis.

„Need ei ole krambid,“ lausus arst.

Vahetati pilke.

„Võtke endotrahheaalne toru välja,“ lisas arst.

„Hapnikuga küllastatus langeb.“

„Jah, sest ta hoiab hinge kinni. Kohe hingab ta uuesti sisse.“

Brenda nagu läks punaseks, selg kaardus ja jäsemed vappusid tugevalt. Seisime ümber tema voodi ja hoidsime ka ise kaastundlikult hinge kinni.

„Need ei ole epileptilised krambid, need on pseudokrambid,“ lausus arst ja niipea kui ta oli seda öelnud, tõmbas Brenda meie üüratuks kergenduseks sügavalt hinge.

Poole tunni pärast oli Brenda ärkvel ja istus oma voodil, suured pisarad mööda põski alla voolamas. See oli viimane kord mul teda näha ja

ainus kord, mil ma nägin teda täielikus ärkvelolekus. Me ei vahetanud Brendaga sõnagi.

Samal päeval hiljem, kui ma olin tagasi haigla kohvikus koos teiste residentidega, rääkisin neile Brendast. „Teate seda naist, kes oli peaaegu terve nädala intensiivravis narkoosis? Tal polegi epilepsiat. Tal pole üleüldse midagi viga!“

Alles mitu aastat hiljem taipasin ma Brendat ähvardanud ohu täit suurst. Veelgi rohkem võttis mul aega, et tõeliselt mõista, kuidas ma talle oma sõnadega liiga tegin. Järgnenud õpingute ajal hakkasin psühhosomaatilisi häireid paremini mõistma. Kuid enne täieõiguslikuks arstiks saamist oli mul vaja lõpetada residentuur.

2004. aastal asusin esimest korda tööle iseseisva arstina ja koos sellega toimus suurim muutus minu meditsiinilises praksises. Olin siiani arvanud, et tean, mis on vastutus, kuid kui lõplik otsus jäi ainuüksi minu langetada, siis mõistsin, et tegelikult ei teadnud ma seda sugugi. Otsustamise vastutus on sootuks teistsugune, kui sul pole mitte kedagi, kes sulle ütleks, kas sa tegid õigesti või valesti. Seda ütleb vaid patsiendi seisundi paranemine või halvenemine.

Valitud eriala tuli samuti kasuks, kuigi esialgu ma ei mõistnud täiel määral, millele ma olin käe andnud. Õppisin kaht eriala, neuroloogiat ja kliinilist neurofüsioloogiat. Neuroloogia õpetas mind ravima närvisüsteemi haigustega patsiente ning kliiniline neurofüsioloogia uurima närve ja aju. Minu esimene arstikoht jäi nende kahe eriala vahele ja selle peamine eesmärk oli uurida epilepsiat põdevaid inimesi, kelle tervis standardse ravi tulemusel ei paranenud. Sai selgeks, et ligikaudu 70 protsenti inimestest, kes saabusid minu juurde halvasti kontrollitavate krampidega, ei allunud epilepsiaravile, sest neil ei olnudki epilepsiat. Nende krambid esinesid puhtakujuliselt psühholoogilistel põhjustel.

Järsku saabus minu vastuvõtule arvukalt patsiente, kelle haiguse oleks pidanud klassifitseerima pigem psühholoogiliseks kui neurolooo-

giliseks. Igal minu juurde jõudnud inimesel oli oma lugu ja liigagi sageli sisaldas see teekonda läbi haiglasüsteemi, mis ei andnud neile rahuldavat vastust, mis nendega lahti on. Üksikud said ravi ja üksikud paranesid. Nägin aastatepikkuseid kannatusi ja mulle sai selgeks, et ma ei saa enam patsientidele teatada, et teatud haigused on välistatud, ja lugeda sellega oma töö tehtuks. Kui ma üldse kunagi kedagi terveks ravida tahan, pean käituma ennetavalt. Esimest korda taipasin selgelt, kui tõsine on see tervisehäire, kuidas inimesed paranemise nimel pingutavad ja kui haruharva see neil õnnestub.

Noist ammustest aegadest peale olen kohanud palju inimesi, kelle kurbus on nõnda valdav, et nad ei suuda seda tunnet taluda. Selle asemele arenevad neil välja füüsilised vaevused. Täiesti loogikavastaselt otsustab inimese teadvustamata mina vaevelda krampide käes või jääda ratastooli, selle asemel et tunnistada valitsevat ängi. Töötades inimestega, kes jätkavad võitlemist hoolimata raskustest ja hinnangutest, millega maailm neid kostitab, olen väga palju teada saanud. Mind on rabanud psühhosomaatilise haiguse tulemusel tekkivate vaevuste ulatus. Alguses võitlesin mõnikord oma kahtlusega patsientide suhtes, seades kahtluse alla nende arusaamad ja motiivid. Mõni nende ihuhäda oli sedavõrd dramaatiline, et mul polnud alati kerge uskuda selle teadvustamata loomust. Olen osa saanud patsientide heitlusest, tunnistamiseks psüühika võimu keha üle. Olen tundnud nende kurvastust, kui süsteem neid alt veab, ja nende viha selle vastu, kuidas neid tajutakse. Selles raamatus jutustan teile lugusid vapratest inimestest, kellega olen kokku puutunud. Olen oma patsientide identiteeti väga hoolikalt kaitsnud. Kõik nimed ja isikuandmed on täielikult muudetud, kuid lugude olulised koostisosad on jäänud puutumata. Loodan edasi anda seda, mida patsiendid on mulle õpetanud. Ehk ei tunne tulevased patsiendid – inimesed nagu teie ja mina, meie sõbrad, pereliikmed ja kolleegid – end siis nõnda suures segaduses ja üksinda.

Enne kui ma alustan, pean pisut selgitama terminoloogiat. Siiani olen lihtsuse huvides kasutanud sõna *psühhosomaatiline* igasuguste