

Randolph M. Nesse

HEA PÕHJUS END HALVASTI TUNDA

Pilk evolutsioonilise psühhiaatria eesliinile



elav teadus

Originaali tiitel:

Randolph M. Nesse

Good reasons for bad feelings: insights from the frontier of evolutionary psychiatry

Copyright © 2019 by Randolph M. Nesse, MD

Tõlkija Triin Olvet

Toimetaja Katrin Kern

Teadustoimetajad Juhan Kaldre, Lauri Laanisto

Kujundaja Kaspar Ehlvest

Küljendaja Erje Hakman

Tõlge eesti keelde © Triin Olvet ja kirjastus Argo, 2020

Kõik õigused kaitstud

Kaanefoto: Axel Vandenhirtz / Pexels

www.argokirjastus.ee

ISBN 978-9949-688-21-0

Trükitud Tallinna Raamatutrükikojas

Patsientidele, kes on mulle nõnda palju õpetanud

Kuigi autor on teinud kõik endast sõltuva, et telefoninumbrid, interneti-aadressid ja muu kontaktinfo oleks avaldamise ajal tõene, ei võta kirjastaja ega autor vastutust vigade ega muudatuste eest, mis leiavad aset pärast avaldamist. Lisaks puudub kirjastajal kontroll autori, kolmandate isikute veebisaitide või nende sisu üle ja ta ei vastuta nende eest.

Kirjastaja ega autor ei anna lugejale professionaalset nõu ega osuta vastavaid teenuseid. Selles raamatus toodud ideed, protseduurid ja soovitused ei ole mõeldud asendama arvamuse küsimist arstilt. Kõik teie tervist puudutavad küsimused nõuavad meditsiinilist lähenemist. Autor ega kirjastaja ei vastuta ühegi kaotuse ega kahjustuse eest, mille põhjuseks võiks väidetavalt olla selles raamatus jagatud informatsioon või nõuanne.

SISUKORD

EESSÕNA	9
I MIKS VALITSEB PSÜÜHIKAHÄIRETES	
SELLINE SEGADUS?	5
1. Uus küsimus. <i>Miks on looduslik valik teinud meid psüühikahäirete ees nii kaitsetuks?</i>	15
2. Kas psüühikahäire on haigus? <i>Psühhiaatriline diagnoos on segane, sest ei erista sümptomeid haigustest ja eeldab vääralt, et igal haigusel on konkreetne põhjus</i>	31
3. Miks on vaim nii vastuvõtlik? <i>Kuus evolutsioonilist põhjust, mis selgitavad vastuvõtlikkust haigustele</i>	45
II TUNNETE TAGAMAAD	61
4. Hea põhjus end halvasti tunda. <i>Emotsioonid kujunesid toimetulekuks vastavas olukorras</i>	63
5. Ärevus ja suitsuandurid. <i>Suitsuanduri põhimõte ütleb, et kasutu ärevus võib olla normaalne</i>	87
6. Meeleolulangus ja loobumise kunst. <i>Meeleolu kohandab käitumist vastavalt olukorrale</i>	107
7. Halb tuju ilma hea põhjuseta: kui tujuregulaator rikki läheb. <i>Tujuregulaatori rikked põhjustavad tõsiseid haigusi</i>	139
III SOTSIAALSE ELU RÕÕMUD JA OHUD	169
8. Kuidas mõista inimest kui indiviidi. <i>Isiku emotsioonid ja teod omavad tähendust üksnes isikule ainuomase elu eesmärkide ja ettevõtmiste kontekstis</i>	171

9. Süütunne ja lein: headuse ja armastuse hind. <i>Eelistatud partnerid saavad eeliseid, mis teevad võimalikuks kõlbluse</i>	191
10. Tunne iseennast – tänan, ei! <i>Allasurumine ja kognitiivsed nihked võivad olla kasulikud</i>	217
IV KONTROLLIMATUD TEOD JA RÄNGAD TÕVED	235
11. Halb seks võib olla hea – meie geenidele. <i>Seksuaalelu probleemid on levinud headel evolutsioonilistel põhjustel</i>	237
12. Ürgsed isud. <i>Dieedipidamine käivitab nälgjavastased kaitsemehhanismid ja muudab need anoreksiaks ja buliimiaks</i>	257
13. Halb põhjus end hästi tunda. <i>Mõnuained kaaperdavad õppimisvõime, et tekitada elavaid surnuid</i>	273
14. Tasakaalutu mõistus kohasuse kaljuserval. <i>Skisofreenia ja autismi geenid võivad püsida adaptiivsel maastikul esinevate kaljuservade tõttu</i>	285
EPILOOG. <i>Evolutsiooniline psühhiaatria: sild, mitte saar. Kuidas bioloogiat ja psühhiaatriat ühendades jõuda selgusele psüühikahäiretes</i>	305
LISALUGEMIST	313
TÄNUSÕNAD	315
MÄRKUSED	318
REGISTER	375

UUS KÜSIMUS

„Kui mul oleks tund aega ülesande lahendamiseks ja sellest lahendusest sõltuks mu elu, kulutaksin ma esimesed viiskümmend viis minutit õige küsimuse väljaselgitamisele, ja kui õige küsimus on viimaks teada, võin ma ülesande lahendada vähem kui viie minutiga.“

ALBERT EINSTEIN

Kui psühhiaatria resident koputas mu kabinetiuksele viis minutit enne seda, kui pidi algama meie kohtumine tema uue patsiendiga, teadsin ma, et nüüd on midagi juhtunud.

„Tahtsin lihtsalt hoiatada,“ ütles ta. „See patsient nõuab vastuseid.“

„Aga mida ta küsib?“

„Ta tahab teada, miks kõik arstid, kelle vastuvõtul ta käib, annavad talle erinevaid põhjendusi ja erinevaid soovitusi. Ta suhtub kogu sellesse hulluarsti-värki kaunis skeptiliselt. Ta ärkas hommikul kell viis, et osariigi teisest otsast kohale sõita ja tähtsa ülikooli tähtsatelt ninadelt vastuseid kuulda.“ Resident viitas kerge pilkega, kuid naeratades, minule ja meie mainekale ülikoolihaiglale.

Palusin ülevaadet juhtumist. Ta esitas kiire kokkuvõtte haigusloost.

„Tegu on 35-aastase abielus naisega, kolme kooliealise lapse emaga, kelle peamine kaebus on üha suurenev muretsemine peaaegu kõige

pärast, mis on kestnud terve aasta. Tervis, lapsed, rahaasjad, autojuhtimine, mis iganes. Tal keerab kõhus sageli ja üks-kaks korda kuus tabavad teda iiveldushood, kuid kehakaal ei ole langenud. Ta ütleb, et ärritub ja väsib kergesti ning tal on raske uinuda. Huvi igapäevaelu vastu on vähenenud, aga ta ei ole suitsiidne ja tal puuduvad teised depressiooni sümptomid. Perekonnas esineb ärevust, kuid mitte tugeval kujul. Perearst ei leidnud ühtki meditsiinilist põhjust. Minu arvates on tal üldistunud ärevushäire, kuid see võib olla ka düstüümia või somatisatsioonihäire. Mind huvitab väga, mida te arvate. Ja kuidas te tema küsimustele vastate.“

Kui me proua A-ga läbivaatustoas kohtusime, tervitas patsient meid sõbralikult. Minu küsimuse peale, kuidas me saame abiks olla, tekkis tema häälede siiski terav noot. „Ma eeldan, et noor arst juba rääkis teile minu probleemidest. Sõitsin põhja poolt viis tundi siia, et vastuseid kuulda.“

Püüdes olla empaatiline, laususin; „Ma saan aru, et teil on abi saamisega raskusi olnud.“ Ma oleksin nagu vajutanud ettemängimise nuppu.

„Ma pole mitte üksnes abist ilma jäänud, vaid iga asjatundja, kellega ma räägin, annab mulle erinevaid selgitusi. Alustasin kirikuõpetajast. Ta on kena inimene ja tundis mulle kaasa, aga peamiselt soovitas ta palvetada ja võtta vastu see, mis Jumalal minu jaoks varuks on. Püüdsin küll, aga minu usk ei ole vist piisavalt tugev. Seejärel rääkisin perearstiga. Tema ei teinud ühtki analüüsi, lihtsalt ütles, et see on mul närvidest. Ta väitis, et muretsemist vähendavad tabletid tekitavad sõltuvust, ja kirjutas seepärast välja maotabletid, aga neist polnud abi.

Perearst saatis mind terapeudi juurde, kes tahtis mind näha kaks korda nädalas, aga seda ma ei saanud endale lubada. Ta ei rääkinud kuigi palju, ja kui üldse suu lahti tegi, siis küsis muudkui minu lapsepõlve kohta ja tegi vihjeid, nagu mul oleks isaga olnud mingi seksuaalne värk, mida kindlasti ei olnud! Kui ma ütlesin, et enesetunne läheb halvemaks, arvas tema, et ma väldin oma mälestustega silmitsi seismist. Lõpetasin tema juures käimise, aga ta saadab endiselt arveid vastuvõtu eest, kuhu ma ei läinud.

Tundsind end ikka kohutavalt halvasti ja leidsin telefoniraamatust psühhiaatri, kes elas piisavalt kaugel, et inimesed teada ei saaks. Tema

ütles, et minu probleem tekib pärilikust hälbest ajus ja ma pean võtma rohtu, et taastada keemiline tasakaal. Aga ka tema ei teinud ühtki vereanalüüsi, ja kui ma lugesin nende tablettide kohta, siis sain teada, et need võivad viia enesetapuni. Seepeale otsustasin, et pean tulema kohale siia ülikoolihaiglasse, et targemaks saada. Ma ainult muretsen kogu aeg ega saa peaaegu üldse süüa ja magada ja mu mehel on kõrini, et ma muudkui räägin temaga kogu aeg meie lastest, ja seepärast ma loodan, et teil on mulle mõned vastused varuks.“

„Pole ime, et te olete endast väljas,“ laususin. „Neli erinevat selgitust ja soovitusel neljalt erinevalt asjatundjalt! Ja võib juhtuda, et meil on veel variante varuks. Kas ma võin esitada paar lisaküsimust, et välja mõelda parim plaan?“

Ta andis hea meelega lisainfot. Ta rääkis, et on alati olnud paras muretseja ning et tema ema oli sageli närviline. Teda polnud kunagi ahistatud, kuid isa kritiseeris teda sageli. Lapseeas oli tema pere sunnitud iga paari aasta järel kolima ja seepärast tundis ta end teiste koolilaste seas alati võõrana.

Patsiendi abielu oli stabiilne, kuid ta tülitseis mehega tihtipeale, eriti tolle sagedaste ärireiside tõttu ja ka selle üle, mida võtta ette nende vanima poja aktiivsus- ja tähelepanuhäirega. Ta jõi sageli „paar klaasi“ veini, et hõlpsamini uinuda. Ärevus muutus hullemaks kaks aastat tagasi, umbes sel ajal, kui noorim poeg läks lasteaeda ja ta ise püüdis kehakaalu kaotada. Ilma pausi tegemata lisis ta: „Aga sellel kõigel pole minu murega midagi pistmist. Ma tulin siia selleks, et saada selgust, kas see on neuroos, ajuhaigus, stress või mis iganes.“

Alustasin selgitusi sellest, et tema sümptomid on tekkinud pärilike kalduvuste, nooruses läbielatu, praeguse olukorra ja joomise kombinatsiooni tulemusel. Proua A kortsutas kulmu. Kui ma jätkasin selletusega, et ärevus võib olla kasulik, kuid enamikul inimestel jätkub seda rohkem kui tarvis, sest ebapiisav ärevus võib kaasa tuua katastroofi, tema ilme mahenes ja ta ütles: „See kõlab loogiliselt.“ Kui ma ütlesin talle, et on olemas mitmesuguseid ohutuid ja tõhusaid ravimeetodeid ning tõenäoliselt saab teda aidata üks oivaline kognitiivse käitumise terapeut tema kodukandis, kadus temast pinget ja ta lausus: „Vahest läks see sõit asja ette.“ Hiljem, minu kabinetist välja astudes, vaatas ta mulle

siiski üksisilmi otsa ja pillas märkuse, mis mul siiani kõrvus kõlab: „Kogu teie valdkonnas valitseb üks suur segadus. Te ise ikka teate seda, eks ole?“

Ma polnud seda kunagi endale nõnda selgelt tunnistanud. Psühhiaatritelt eeldatakse, et nad aitavad patsientidel tunnistada asju, millest need püüavad mööda vaadata, kuid proua A avas minu ees uue ukse. Kõigi haiguslugude puhul, millest jutustan, olen muutnud üksikasju nii, et patsiendid poleks äratuntavad sõprade, sugulaste ega isegi iseenda silmis, ent kui proua A seda raamatut loeb ja oma kolmekümne aasta taguse visiidi ära tunneb, on tal arvatavasti hea meel teada saada, et tema terane tähelepanek sundis mind pead liiva alt välja võtma ja andis tõuke minu teekonnale sellest segadusest välja pääsemise nimel.

PSÜHHIAATER LÄHETUSES

Nagu sõjaajakirjanik sõjapiirkonnas olin ka mina oma esimestel aastatel psühhiaatria õppejõuna lähetatud kliiniku „isikkooseisu“, sisehaiguste professorite, residentide ja haiglaõdede sekka. Paljudel haiglapatsientidel esineb vaimseid probleeme ja seetõttu oli minu abi seal väga oodatud. Ühtlasi lootsid nad, et minu kohalolek muudab residentide tähelepanelikumaks patsientide emotsionaalse seisundi suhtes. Nii see teatud määral ka juhtus, kuid mulle endale avaldas see sootuks tugevamat mõju. Kui ma nägin ja kogesin emotsionaalset pingutust, mis kaasnes katkematu vooluna saabuvate patsientide ravimisega, hakkasin hindama oskust kaitsta oma psüühikat paksu naha kasvatamise abil.

Sisehaiguste arstid palusid mul sageli vestelda murelike patsientidega, kes olid käinud psühhiaatri vastuvõtul ja vandunud, et ei lähe „enam mitte kunagi“ sinna tagasi. Mõned kurtsid, et veetsid mitu tulutut kuud terapeudiga, kes ei öelnud neile suurt midagi. Teised kaebasid, et kohtusid arstiga vaid paariks minutiks ja seejärel saadeti nad minema, kaasas retsept ravimile, millega kaasnesid kõrvaltoimed. Paar haiget rääkis, kuidas kannatlik ja hooliv terapeut oli nende elu muutnud, ning mõned kirjeldasid tihedat koostööd arstiga, mis kestis

kuid, kuni nad viimaks leidsid toimiva ravimi. Siiski ei rääkinud enamik häid tulemusi saanud patsiente oma ravist kunagi kellelegi ning nende juurde, kellel läks hästi, kutsuti mind haruharva, mistõttu kohtusingi paljude skeptikutega. Kuulasin neid aasta aasta järel igal nädalal tundide kaupa, kuid olin sedavõrd meelekindlalt pühendunud nende veenmisele abi vastu võtma, et ei kuulnud nende kollektiivset hädakisa enne, kui proua A selle kokku võttis: psühhiaatria valdkonnas valitseb üks suur segadus.

See ei tähenda, nagu oleks psühhiaatriline ravi ebatõhus. Kui ma rääkisin teistele arstitudengitele oma erialavalikust, manas nii mõnigi neist ette kaastundliku näo ja ütles midagi sarnast: „Keegi peab ju ometi hoolitsema ka nende patsientide eest, keda ei saa aidata.“ Selline valearusaam on samavõrra alusetu kui levinud. Peaaegu kõigi psühhiaatriliste probleemide puhul on võimalik pakkuda abi ning märkimisväärselt sageli on ravi tulemus püsiv paranemine. Paanikahäire ja foobiatega patsiendid saavad terveks nii suure tõenäosusega, et nende ravimine oleks igav, kui see ei pakuks rahuldustunnet nägemisest, kuidas nad tagasi täisväärtusliku ellu pöörduvad.

Naine, keda agorafobia takistas terve aasta oma haagiselamust väljumast, sõitis paar kuud pärast ravi külla oma õele, kes elas tunni aja tee kaugusel. Puusepp, kes tuli vastuvõtule nii raske sotsiaalse ärevusega, et ei suutnud koos töökaaslastega lõunat süüa, naasis aasta hiljem ütleva, kui suurt rõõmu ta tunneb oma uuest tööst, mille tõttu tuleb tal teha esitlusi terves osariigis. Isegi mõned ränga haigusega patsiendid leiavad suurt kergendust. Eelmisel nädalal tuli mulle nagu välg selgest taevast e-kiri patsiendilt, kes käis minu vastuvõtul kakskümmend viis aastat tagasi ning nüüd tänas mind kogu südamest, öeldes, et tema ränga obsessiiv-kompulsiivse häire ravi muutis ja väga tõenäoliselt ka päästis tema elu.

Suur hulk raamatuid annab psühhiaatria pihta turmtuld. See ei ole üks nende seast. Jah, hiiglasuurtelt farmaatsiafirmadelt pärinevad hiiglasuured rahasummad on psühhiaatriasse toonud rohkem korrupsiooni kui mõnda teise meditsiiniharusse. Ravimitööstuse rahastatud reklaamid ning professionaalne „haridus“ toetavad kasumit maksimeerivat lihtsakoelist vaatenurka, et kõik emotsionaalsed häired

on ajuhaigused, mis vajavad medikamentidega ravimist. Mulle tuttavatest psühhiaatritest valdav osa on siiski hoolivad ja kaastundlikud arstid, kes töötavad kõvasti, et aidata oma patsiente ükskõik millise meetodiga, mis tulemusi annab. Mäletan üht psühhiaatria residentit, kes saabus iga päev tööle kell kuus hommikul, et tema patsiendid, kes enamasti vaevlesid alkoholismi küüsis, jõuaksid õigel ajal tööle; ta istus oma kabinetis veel kell seitse õhtul. Üks teine psühhiaatrist sõber võttis vastu kõige raskemaid, piirialase isiksushäirega patsiente, kuigi teadis, et see tähendab kesköiseid suitsiidiähhvardustega täidetud telefonikõnesid. Paljud psühhiaatrid ravivad sügavalt depressiivseid või psühhootilisi patsiente, teades, et mõned neist sooritavad enesetapu ja süüdlase otsingul pööratakse pilk arsti poole. Enamik meist lamab mõnikord öösiti ärkvel, muretsedes kriitilises seisundis patsiendi pärast ja mõeldes, kuidas saaks teda aidata. Enamik patsiente siiski paraneb ja nende aitamise keerukus muudab psühhiaatria praktiseerimise ülimalt suurt rahuldust pakkuvaks tööks.

Psüühikahäirete mõistmise proovikivi ei paku paraku aga üleüldse mingisugust rahuldust. Pärast alustamist psühhiaatria õpetamisega olin ma mitu aastat järjest vihane ja segaduses. Valdkond näis kahanevat hüüdlauseks „psüühikahäire on ajuhaigus“. See fraas on oivaline viis ravimeid müüa, stigmat vähendada ja annetusi koguda, kuid kaine mõtlemise jooksutab see kokku. Mõnikord on see küll korrektne, kuid jätab välja väärtuslikud vaatenurgad, mis pärinevad biheiviorismist, psühhoanalüüsist, kognitiivsest teraapiast, peredünaamikast, rahvatervisest ja sotsiaalpsühholoogiast. Psühhiaatria praktiseerimine ainult ühe tahu alusel on sama hea nagu elamine keskaegsete linnamüüride vahel. Püüd mõista eri vaatenurki võrdub suure hulga müüri ümbritsetud linnade külastamisega. Et näha kogu psüühikahäirete maastikku, on tarvis vaadet linnulennult ja läbi eriliste prillide, mis näitavad muutusi nii evolutsioonilisel kui ka ajaloolisel ajateljel.

MIS PÕHJUSTAB PSÜÜHIKAHÄIREID?

Nagu kuus pimedat meest, kellest igaüks katsub elevandi eri kehaosa, rõhutavad ka eri lähenemisviisid psüühikahäiretele vaid üht laadi põhjust ja sellele vastavat ravimoodust. Arstid, kes peavad põhjuseks pärilikke tegureid ja häireid ajutegevuses, soovivad patsiendile ravimeid. Terapeudid, kes süüdistavad lapsepõlves läbielatud ja vaimseid konflikte, soovivad psühhoteraapiat. Need, kes keskenduvad õppimisele, soovivad käitumisteraapiat. Need, kes keskenduvad moonunenud mõtteviisile, soovivad kognitiivset teraapiat. Religioosse suunitlusega terapeudid soovivad mediteerimist ja palvetamist. Ja terapeudid, kelle arvates tekib enamik probleeme peredünaamikast, soovivad tavaliselt – nagu võibki arvata – pereteraapiat.

Psühhiaater George Engel tõdes 1977. aastal selle probleemi olemasolu ja pakkus välja integreeritud biopsühhosotsiaalse mudeli.¹ Sestpeale kõlab igal aastal taas üleskutse selliseks integratsiooniks sel õnnetul põhjusel, et psühhiaatria fragmenteerumine on üksnes suurenenud. Psüühikahäirete ebaselget olemust ignoreeritakse ja neid püütakse pressida ühe või teise skeemi Prokrustese süngi. Õpetlaste komisjonid nõuavad integreerimist, kuid komiteed, mis otsustavad grantide jagamise ja tenuuri üle, toetavad üksnes neid projekte, mis mahuvad kitsa teadusharu raamesse.

Hiljutised plaanid diagnostiline süsteem üle vaadata tekitasid suurema sidususe lootusi, kuid tulemuseks olid tugevnenud vastuolud ja suurenenud segadus. Väljapaistev psühhiaater Allen Frances juhtis komiteed, mis kirjutas psüühikahäireid defineeriva teose „Psüühikahäirete diagnostiline ja statistiline käsiraamat“ ehk DSM-i* eelmise väljaande. Tema viimase raamatu pealkiri väljendab autori rahulolematust DSM-i täiendatud väljaandega: „Normaalsuse päästmine: insaideri mäss kontrolli alt väljunud psühhiaatrilise diagnoosi, DSM-5, ravimitööstuse ja tavaelu medikaliseerimise vastu“.**

* American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4. väljaanne. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.

** Frances, A. *Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: William Morrow; 2013.

Diagnoosivaidlused on sedavõrd tigidad, et valguvad juba ajalehtede juhtkirjadesse. Viimase hoobi andis USA riiklik vaimse tervise instituut NIMH, kui hülgas DSM-i ametlikud psüühikahäirete diagnoosid.² Nii palju siis konsensuse saavutamisest üldise diagnostilise süsteemi osas!

Aju psüühikahäireid põhjustavate kõrvalekallete otsingud on andnud veel ühe lootuskiire segaduse vähendamiseks. Arstiteaduskonna sisseastumisvestlusel 1969. aastal teatasin, vahest mitte kuigi targalt, et kavatsen saada psühhiaatriks. „Miks te seda tahate?“ küsis intervjuerija. „Varsti leitakse üles, mis ajus psüühikahäireid põhjustab, ja see kõik muutub üheks osaks neuroloogiast.“ Kui see ennustus ainult oleks täide läinud! Neli aastakümnet uuringuid tuhandete taibukate teadlaste osavõtul ja miljardite dollarite toetusel pole ikkagi suutnud ajust leida ühegi suurema psüühikahäire spetsiifilist põhjust, välja arvatud Alzheimeri ja Huntingtoni töbi, mille puhul esinevad aju kõrvalekalded on juba ammu tuntud. Ülejäänud psüühikahäirete puhul pole meil endiselt ainsamatki laborianalüüsi ega kuvamismeetodit, mille alusel võiks panna kindla diagnoosi.

See asjaolu valmistab ühtviisi üllatust ja pettumust. Bipolaarse häirega inimeste ja autistide ajud peavad mingil moel ülejäänute ajudest erinema. Kuid ajukuvad ja lahkamisaruanded on tuvastanud üksnes tibatillukesi erinevusi. Need on olemas, kuid väikesed ja ebajärjekindlad. Raske on öelda, milline neist on haiguse põhjus ja milline tagajärg. Ükski ei anna ligilähedaseltki alust sedalaadi kindlaks diagnoosiks, mille sarnaseid radioloogid panevad kopsupõletiku või patoloogid vähi korral.

Samuti on kokku varisenud lootus geneetikapõhisele diagnoosimeetodile. Skisofreenia, bipolaarse häire või autismi põdemine sõltub peaaegu täielikult inimese geenidest, mistõttu sajandivahetusel arvas enamik meist, kes me olime hõivatud psühhiaatria teadustöödega, et konkreetset geneetilised süüdlased leitakse peagi. Paraku on järgnenud uuringud näidanud, et nende haiguste puhul ei eksisteeri tugevat mõju avaldavaid sagedasi geenivariatsioone.³ Peaaegu kõik spetsiifilised variatsioonid suurendavad haigestumisrisiki ühe protsendi võrra või vähem.⁴ See on psühhiaatria ajaloo kõige tähtsam ja ühtlasi kõige heidutavam avastus. Mida see tähendab ja mida me peaksime järgmiseks tegema, on suur küsimärk.

Juhtivad psühhiaatriateadlased väärivad kiitust selle eest, et nad tunnistasid oma läbikukkumist ja vajadust uute meetodite järele. Mitu nende seast avaldas ajakirjas *Science* hiljuti artikli, kus seisis kirjas nõnda: „Skisofreenia ravis pole viimase viiekümne aasta jooksul tehtud suurt läbimurret ja depressiooni ravis pole tehtud suurt läbimurret viimase kahekümne aasta kestel. [---] Selline nõrritav edu puudumine sunnib meid aju keerukusega tõsiselt tegelema hakkama. [---] See nõuab uut vaatenurka.“⁵ Hiljutise bioloogilise psühhiaatria ühingu (Society of Biological Psychiatry) koosoleku ettekannete teema oli „Paradigma nihked psühhiaatriliste häirete ravis“. 2011. aastal lausus riikliku vaimse tervise instituudi NIMH direktor Thomas Insel: „Mida me viis aastakümnet ka teinud pole, see ei tööta. [---] Kui ma vaatan numbreid – suitsiidide arvu, puuete hulka, suremusnäitajaid –, on need röögatud ega liigu kuidagi paremuse poole. Võib-olla peaksime muutma kogu lähenemisi.“⁶

Psühhiaatrid suhtuvad patsientide elus esinevatesse kriisidesse kui võimalusse võtta ette suur muutus. Kas sedasama võiks öelda ka psühhiaatria kohta?⁷

TULEVIKU OTSIMINE EVOLUTSIOONILISEST MINEVIKUST

Loodusloomuuseum asus meie arstikeskusest vaid ühe kvartali jagu lõuna pool. Lükanud lahti raske raudukse kahe suure lõviskulptuuri vahel, sisenete näitusesaali, kohta, mida ma tundsin hästi ajast, mil tõin oma lapsi siia dinosauruste kivistisi vaatama. Kuid seekord oli mind kutsutud sisenema uksest, mis kandis silti „AINULT TÖÖTAJATELE“, ja ühinema uurimisrühmaga, mis tuli igal nädalal kokku, et arutada loomade käitumist. Esimese tunni jooksul sai mulle selgeks, et nende meetod erines täielikult kõigest, mida olin varem õppinud. Selle asemel et tunda huvi üksnes aju mehhanismide vastu, huvitusid nad ka sellest, kuidas looduslik valik aju kujundab ja kuidas käitumine mõjutab kohasust (*fitness*). Kohasuse termini abil kirjeldavad bioloogid seda, kui palju on isendil järeltulijaid, kes jõuavad täiskasvanuikka, et ise paljuneda. Mõnel isendil on rohkem järeltulijaid kui teistel, mistõttu nende geneetilised variatsioonid muutuvad tulevastes sugupõlves