

(Tartu Ülikooli Vaimu- ja Närvihaigustekliinikust.)

**Maniakaal-depressiivse psühhoosi diagnoosist.**

Elmar Karu.

Psühhiaatria areng viimaste aastakümnete jooksul on lahutamatult seotud Kraepelin'i nimega. Tema poolt väljatöötatud haiguste jaotus, mis on praeguse psühhiaatria aluseks, ei ole tekkinud korraka, vaid on kujundatud aastakümnete hoolsa töö viljana. Oma õpperaamatu uute väljaannetega (esimene 1883, viimane ning üheksas 1927, lühikest aega enne tema surma) tuli ta — toetudes algul Kahlbaum'i õpetusele, et psühhiaatrias peame vahet tegema seisundipiltide ja haigusvormide vahel, — sellele samm-sammult ikka lähemale, kuni raamatu kaheksas väljaanne toob jaotuse juba enamvähem lõplikul kujul.

Olles innukas ja väga mitmekülgne uurija, kes töötas pikemat aega mitmesuguseis asutis, omas ta väga laialdasi kogemusi, mis võimaldas temal pilku heita vaimuhaiguste sügavamasse olemusse. Eriti suurt rõhku pani ta haiguste lõppseisundite uurimisele, kus ta eristas täielikult paranevaid ja mitte iialgi paranevaid haigusi kui täiesti erinevaid haigusvormi (Jaspers<sup>1</sup>). Kõiki uurimisel omandatud kogemusi kokku võttes koondas ta uuteks tervikuteks, haigusühikuteks, need haigusvormid, mis omavad sama põhjuse, sama psühhopatoloogilise pildi, sama kulu, sama lõpu ja patoloogilis-anatoomilise leiu, — seega haigused, mis kogu ulatuses ühtuvad, luues nii loomulikud ja tõelised haigusühikud. See-suguse haigusühikute väljatöötamisega ja haiguste jaotusega tõmmati vahe ka kahe suure päriliku haigusterühma, *dementia praecox*'i ja maniakaal-depressiivse psühhoosi vahel (Jaspers<sup>1</sup>, Luxenburger<sup>2</sup>, Gaupp<sup>3</sup>, Lange<sup>4</sup>).

2

Tartu Ülikooli  
Rahvastukogu  
ARHIIVKOGU

137389

Maniakaal-depressiivse psühhoosi nime all koondas Kraepelin ühte haigusühikusse kõik varem üksikult seisnud haiguspildid nagu maania, melankoolia, prantsuse autorite tsüklilised ja perioodilised vormid jne., nii siis haigusseisundid, millede iseloomulikuks tunnuseks olid erutus- või masendusseisundid, mis perioodiliselt või irregulaarsete vaheaegadega esile tulevad ja lühemat või pikemat aega kesta võivad. Sellele lisandab ta kardinaalse tunnusena, et kõikide nende haiguspiltide prognoos on hea ja nad ei jäta negatiivseid sümptomeid, eriti ei kannata intelligentsus. Prognoosi tumestab vaid asjaolu, et haigus võib korduda (Bornstein<sup>5</sup>). Hilisemate uurimusi on siia lisandunud veel konstitutsioonbioloogilised alused, eriti Kretschmer<sup>6</sup> õpetusega kehaehituse ja iseloomu vastastikuseist suhteist, mis on viinud välja nn. „mitmedimensioonilise diagnostikani“, milles ka haige kehaehitus leiab arvestamist (Gaupp<sup>3</sup>) ja konstitutsioonbioloogiliselt põhjalikumat diferentsimist võrreldes ülaltoodud Kraepelin'i summaarsema käsitlusviisiga (Kretschmer<sup>9</sup>).

Kraepelin'i poolt toodud haigusühikute väljakujundamisega algas ühtlasi ka rahulolematuse ja teatav võitluse nende haigusühikute ümber, osalt nende eitamisega, osalt seepärast, et kõiki üksikuid haigusvorme polnud võimalik selle järgi rühmitada, osalt soovist antud haigusühikuid jagada vähemaiks, seejuures aga teravamini piiratud ühikuks jne. (Gaupp<sup>3, 14</sup>). Ka Kraepelin<sup>7</sup> ise, kes kunagi polnud saavutatuga rahul ja seda alati uute kogemustega täiendas ja pidevalt ümber töötas, rõhutab, et tema poolt antud haiguste jaotus ei ole lõplik ja teda täiel määral ei rahulda, kuid see loob siiski esialgsed piirid suurte haigusrühmade vahele.

Kliiniku seisukohalt tähendas haigusühikute loomine ja nende üldine tarvituselevõtt suurt sammu edasi, sest sellega loodi olukord, mida praktiliselt kõige enam vajame, kus tarvitavad nimed ja jaotused meid haigele, kannatavale inimesele ja tema perekonnale vähemalt üldjoontes lubavad vas-

tata tegeluses igapäev üleskerkivaile olulisile küsimusile: mis saab haigest ja mis teda ootab, kas tervenemine või haigus ja surm lühema või pikema põdemise järel. Neile küsimusile vastamiseks peame diagnoosima, milleks aga vajame nimesid, mis enam on kui nimeandmised nähtavaile sümptomitekompleksidele, sisaldades juba ka prognoosi või ka indikatsiooni terapeutiliseks vahelesegamiseks (G a u p p<sup>8</sup>).

Neid nõudeid täidab K r a e p e l i n'i haigusühikuil põhjenev vaimuhaiguste jaotus üldjoontes hästi ja vaatamata kõige mitmekesisemale ja tugevale kriitikale on see süsteem senini püsima jäänud.

Ekslik oleks aga arvata, et loodud haigusühikute ja antud vaimuhaiguste üldjaotuse tarvitusele võtmisega kõik diagnostilised raskused ületatud oleksid. K r a e p e l i n<sup>7</sup> tähendab selle kohta oma raamatu viimases väljaandes, et alati leidub üksikuid haigusvorme, millede ühe või teise haiguse juurde arvamine tekitab raskusi.

Sagedasemad on seesugused diagnostilised raskused piirialalistel juhtudel või kiiresti mööduvate psühhoosiliste seisundite puhul, kus haiget saab jälgida vaid lühikest aega, need võivad aga ka esineda mitmeti maniakaal-depressiivse psühhoosi, skisofreenia jt. psühhooside korral, olles tingitud sellest, et meil ei õnnestu haigega luua kontakti või raport on puudulik. Raskusi tekib veel haiguste algusel ja kergemate haigestumiste puhul, kui sümptomeid on vähe või need ei ole küllaldaselt välja kujunenud, kus ülekaalus üldised, ebamäärased neurasteenilised kaebused, mis kiiresti muutuvad. Nende üldist laadi raskuste kõrval enam huvi pakkuv ja haiguse õige liigitamise suhtes põhimõttelisi kaalutlusi tekitav on mingi psühhoosi sümptomatoloogias või kulus mitmesuguste atüüpiliste sugemete esinemine. Tihti võib siis diagnoos osutada äärmiselt raskeks, nõuda pikka vaatlusaega ja mõnelgi juhul jääda üldse lõplikult määramata. Ka ei suuda sel korral meid aidata isiku päriliku koormuse selgitamine, kui ei ole tegemist dominantse haigusega (E r n s t<sup>10</sup>) ja selguse võib jätta toomata haige eluloo jälgimine kuni

haigestumiseni, kliinilise pildi uurimine nii risti- kui pikulõikes kui ka haige enese üksikasjalik kirjeldus oma elamuste kohta (G a u p p<sup>8</sup>).

Maniakaal-depressiivse psühhoosi diagnoos on üldiselt lihtne, kui leiduvad ühesuunalised muutused meeleolus, mõttekäigus ja liigutustes, olgu siis kas erutuse või pärssimise suunas. Kui aga vaatleme suuremat haigematerjali, siis leiame sagedasti juhte, kus üles kerkivad mitmed põhimõttelist laadi küsimused nende diagnostilise liigitamise suhtes. Ühe suure takistusena peame alati kogema, et meil sümptomatoloogiliselt ei ole võimalik eristada psühogeenset seisundit autohtoonselt (Ritterhaus<sup>11</sup>). Meie näeme tihti, et mõlemad põhjused segunevad niivõrd, et K r e t s c h m e r'i<sup>9</sup> arvates peaks ainult „peamiselt endogeenseist“ või „peamiselt reaktiivseist“ depressioonidest rääkima. Kuid ka see lisandus ei too asjasse paremust, sest peamiselt endogeenne psühhoos tuleb võrdseks lugeda endogeensega ja peamiselt reaktiivne reaktiivsega ning seejuures jääb endiselt kehtima väide, et kaugelt suurem osa depressiivsetest reaktsioonidest ei oma kindlasti midagi ühist maniakaal-depressiivse psühhoosiga (B r a u n<sup>22</sup>). Ritterhaus'i arvates psühogeenne moment omab nende haigestumiste korral palju suuremat tähtsust, kui seda üldiselt arvatakse. Tema ja ka B l e u l e r'i<sup>12</sup> arvates on osa maniakaal-depressiivse psühhoosiga sarnaseid seisundeid, millede diferentsimine raske, tingitud kas psühogeenselt või paljudel juhtudel füüsilisist põhjustist, nagu parälüütiline ja seniilne protsess, *dementia praecox*, Basedow'i tõbi, südamehaigused, palavik, mürgistused jne. Kus seesugused põhjused võivad arvesse tulla, manitsevad nad maniakaal-depressiivse psühhoosi diagnoosimisega olla ettevaatlik, kuna K r e t s c h m e r'i<sup>9</sup> kogemusel just depressiivsete haigestumiste mitmedimensiooniline kausaalanalüüs ja kausaalne teraapia on tunduvalt vähendanud nende depressioonide arvu, mida loeme puht-endogeenselt tingituiks. Edasi ei ole tõmmatav täppis piir psühhootiliste seisundite ja tsüklotüümsete tujumuutuste vahel, eriti kui tegemist ühe

seda liiki haigestumisega (Schulz<sup>21</sup>, Ritterhaus<sup>11</sup>). Peale selle tuleb arvestada veel maniakaal-depressiivse psühhoosi olemuses peituvate iseärasusiga. Nimelt ei kulge maniakaal-depressiivne psühhoos alati ülaltähendatud tüüpiliste faasidena, vaid võivad esineda Weygand'ti poolt esimesena kirjeldatud segaseisundid, kus maniakaalse või depressiivse faasi üksikud komponendid esinevad mitmeti kombineeritult samaaegselt üksteise kõrval (Bornstein<sup>5</sup>, Lange<sup>3</sup>).

Segaseisundid võivad maniakaal-depressiivse psühhoosi kulus igal ajal nähtavale tulla. Peamiselt esinevad nad lühiajaliste ülemineku-seisundena faaside lõpul või vahetusel, mil nad ühtlasi kergemini diagnoositavad, kuid segaseisundid võivad iseseisvate faasidena ka haiguse algul või hiljem tüüpiliste faaside vahel asetseda. Kui meil niisugusel puhul tegemist on võõra haigega ja meie ei näe segaseisundi kulgemist seoses mõne tüüpilise faasiga, võib selle diagnoosimine tekitada raskusi ja põhjustada eksimusi, näit. vahetamist skisofreeniaga (Bleuler<sup>12</sup>).

Haiged, kelledega igapäevases tegeluses kokku puutume, ei ole iseseisvad, ühtlased tervikud, vaid nad põlvnevad oma vanemaist ja kaugemaist esivanemaist, kelledel samuti esines mitmesuguseid pärilikke vaimuhaigusi, milliseid üldiselt jaotame pärilikkusringidesse (Soans<sup>13</sup>, Kretschmer<sup>9</sup>). Põlvkondade jooksul vaimuhaiguste pärilikkusringid on algete kaudu suuremal või vähemal määral segunenud ja võivad nüüd manifesteerunud vaimuhaiguste puhul oma mõju avaldada, neisse kandes atüüpilisi jooni teistest pärilikkusringidest, kas üksikute sümptomeina, sümptomitekompleksidena või muutes psühhoosi avaldusvormi niivõrd, et peame sedastama sega- või kombineeritud psühhooside tekkimist. Segapsühhoosi korral kahe psühhoosi tunnused esinevad üheaegselt, kuna kombineeritud psühhoosi võime konstateerida siis, kui isikul esinevad kaks psühhoosi iseseisvate haigustena. Segapsühhoose, kui nende liigitamine täiesti

võimatu ühe või teise psühhoosi juurde, nimetab Kraulis<sup>17</sup> atüüpilisteks psühhoosideks.

Ka maniakaal-depressiivsele psühhoosile võivad seega lisanduda sümptomid teistest pärilikkusringidest. Neist diagnoosi mõttes suurimat tähtsust omab skisofreenne pärilikkusring, sest skisofreenia osutub kaugelt ulatusrikkamaks ja ümberhaaravamaks, aga vähem suletud haigustüübiks (W y r s c h<sup>24</sup>), mistõttu ka skisofreensed sümptomid mitmesugustes maniakaal-depressiivse psühhoosi faasides on sagedased. Seejuures võib täheldada, et mitte ainult kaks valmis endogeense päritoluga haigust ei esine koos, vaid mitmesuguste pärilikkuskvaliteetide kombinatsioonid loovad isiksusi, kes oma kehaehituses, oma iseloomu struktuuris, oma konstitutsiooni joontes juba tervetel päevadel võivad segunemist näidata ja puhkenud psühhoosi ajal haiglast kord ajaliselt eraldatult, kord samaaegselt segunenult ja ühendatult esile toovad (G a u p p<sup>14</sup>). Missuguseid võimalusi seesugusel skisofreense ja maniakaal-depressiivse psühhoosi pärilikkusringide segunemisel arvestada tuleb, võtab Bleuler<sup>12</sup> kokku järgmistesse punktidesse: tekib 1) maniakaal-depressiivne psühhoos, mis mobiliseerib skisoidseid mehhanisme, omades seejuures maniakaal-depressiivse psühhoosi hoo tähenduse, 2) mõlemate haiguste segunemine, millest kumbki haigus omab oma erilise ennustuse, 3) skisofreenia, mis mobiliseerib maniakaal-depressiivseid hooge, ja 4) skisofreenia, mille protsess avaldub kas melankoolses või maniakaalses hoos. Tema arvates need segunemised võivad teatava aja valmistada diagnostilisi raskusi, kuid diagnoos olevat korduvate haigestumiste puhul siiski määratav, eriti kui jälgida, kas ja kuidas kulgeb nõdrameelsuse areng.

Siinse kliiniku haigematerjalis näeme tihti, et psühhoosid ei kulge tavalisel, klassilisel viisil, vaid omavad sümptomeid teistest pärilikkusringidest. Küllalt tihti maniakaal-depressiivse psühhoosi seisundipildid on koormatud skisofreensete sümptomidega. Samale tõigale on juhtinud tähelepanu G a u p p<sup>3</sup> Tübingeni, S c h o u<sup>16</sup> Taani ja Kraulis<sup>17</sup>

Läti haigematerjali kohta, kuna Schulz<sup>23</sup> maniakaal-depressiivse psühhoosi pärilikkus-bioloogilist uurimismaterjali käsitledes tarvilikuks peab selgesõnaliselt sellele viidata, et  $\frac{1}{4}$  uuritud juhtudest omasid skisofreenseid jooni. Wyrsch<sup>24</sup> oma töös kirjeldab kaht seesuguste segapsühhooside rühma, kus ühes skisofreense põhiseisundi kõrval iseseisvalt ja sidumatult eelmisega kulgevad maniakaalsed ja depressiivsed faasid ja teises tujufaasid ja tormilised katatoonised sümptomid esinevad üheskoos, tingivad üksteist vastastikku ja kaovad enamasti koos jälle.

Seesuguste skisofreenia pärilikkusringist tulevate atüüpileste tunnustega koormatud maniakaal-depressiivse psühhoosi juhtude diagnoosimine võib sageli, eriti haiguse algusel, osutada üsna keerukaks. Kui neid seisundeid saab jälgida pikemat aega, on diagnoos siiski juba haiguse algusest määratav. Kui aga skisofreensed sümptomid on esindatud tugevamalt või nad esinevad niisugusel kujul, et esialgu näib tõenäolikumana skisofreenia, on võimalik diagnoos selle psühhoosi kasuks, ning alles hilisemate korduvate faaside ajal võib selguda, et tõeliselt on tegemist maniakaal-depressiivse psühhoosiga. Raskusi suurendab ka see, et eriti järsku algavate psühhooside algusel on afektiivsete sümptomite esinemine palju tugevam kui korduvate haigestumiste puhul või aastaid väldanud haiguse korral seda näeme. See on täheldatav osalt aga ka maniakaal-depressiivsele psühhoosile lisanduvate skisofreensete sümptomite suhtes. Kui ilmseid skisofreenseid sümptomeid leidub mitmes või kõikides faasides, siis võib ka kaduvate, täielikult remiteerunud faaside järel diagnoos ikkagi jääda kahtlaseks, sest kliiniliselt eeltähendatuga on väga sarnane tüüpilist skisofreenia pilti omav, kuid perioodiliselt kulgev skisofreenia, mille puhul alles pika aja järel välja kujuneb nõdrameelsus (Leonhard<sup>15</sup>, Gaupp<sup>3, 14</sup>), olgugi et haige haigusperioodide järel korduvalt tervenese igasuguse sedastatava defektita ja täieliku haigusomega (*Krankheitseinsicht*) ja isiksustaseme languseta.

Näitena võiks olla siinses kliinikus neli korda ravimisel viibinud haige, kus iga haigestumise korral näeme tüüpilist skisofreenset pilti, mis aga umbes poole kuni ühe aastaga paraneb täielikult. Haige on praegu kodus, töötab ja tal ei ole märgata skisofreenset defekti.

Vastupidi näeme küllalt sagedasti skisofreeniat algavat tüüpilise maniakaalse (või ka depressiivse) seisundiga, mis-sugune ei oma mingisuguseid skisofreenia tunnuseid, võib korduvalt täiesti paraneda, kuid lõpuks kujuneb siiski välja tüüpiline skisofreenia pilt. Niisugune haiguse algul esinev maniakaalne seisund võib näiteks üle minna ka tüüpilisse depressiooni, kuid see omakorda enam ei parane, nagu manikaal-depressiivse psühhoosi puhul oodatav, vaid ta ajaga muutub, tulevad juurde võõrastavad luulumõtted, meelepatted, afektiivsed muutused ja kujuneb välja skisofreenia, mis mõnikord väga lühikese ajaga viib lõppseisundini.

Läbi uurides siinse kliiniku viimaste aastakümnete haigematerjali, et selgusele jõuda, kas ja kuidas need eelkirjeldatud diagnostilised raskused on kajastunud diagnoosides, selgus, et kliinik korduvalt on sunnitud olnud oma esialgset diagnoosi muutma, tõsi küll, enamasti maniakaalselt, väga harva depressiivselt seisundilt skisofreenia kasuks, mis nähtavasti olev skisofreenia iseloomulikust kulgemisest hüpoteena ehk nihetena (Kraepelin<sup>7</sup>, Luxemburger<sup>2</sup>). Kui seesugune nihe ei ole küllalt intensiivne, võivad tüüpilised skisofreenised tunnused jääda ilmsiks tulemata või esineda vähe väljakujunenult, mistõttu kliiniliselt manifesteerub sagedasti ainult maniakaalse seisundi pilt, või diagnoos jääb üldse lahtiseks ja alles hiljemal haigestumisel tuleb tüüpiline skisofreenne protsess ja nõdrameelsuse areng. See on asjade loomulik käik. Et seesugusel korral ka mõne päriliku manikaal-depressiivse psühhoosi alge mõjuletulekuga tegemist oleks, ei ole minu arvates üldiselt põhjust arvata, kuid üksikuil juhtudel, eriti kui selliseid hooge näeme korduvalt, ei saa ka seda eitada ja siis peame tõenäolikuks lugema sega- või kombineeritud psühhoosi.

Korduvalt on kliinik, vastupidi eeltoodule, pidanud esi-

algset diagnoosi taashaigestumiste korral muutma skisofreenialt maniakaal-depressiivse psühhoosi kasuks. Need viimati mainitud haiguskulud, üldsummas 23, ongi võetud käesolevas töös lähemale käsitlemisele, kuna just seda liiki diagnoosi muutmistes võiks eriti teravalt peegelduda maniakaal-depressiivse psühhoosi ja skisofreenia vahelise piiri ebakindlus. Sellest üldarvust langes tehnilistel põhjustel (haiguslood sõdades hävinenud, haiguslood sõdade ajal puudulikult peetud) välja 6 haiget, kuna järgmised 8 tuli kõrvale jätta seetõttu, et nende esialgne või muudetud diagnoos oli haigusloo andmeiga vähe põhjendatud, või haiguse edaspidine kulg kahekordse kliinikusviibimise järel on jäänud teadmata.

Ühel kaks korda kliinikus ravimisel olnud haigel algas haigus mitmepäevase kõrge palavikuga kuni 40° ja kohalekutsutud arst arvanud selle põhjuseks olevat ajukelmepõletiku. Haigusloo andmete ja haiguse alguse järgi jääb mulje, et siin võiks tegemist olla eksogeense reaktsiooniga. Seepärast ka see haige on jäetud kõrvale. Jääb järele 8 haiget, kelle juures lähemalt tuleks peatuda. Peale ühe on kõik need haiged 4—20 korda siinses kliinikus ravimisel viibinud ja nende jälgimine võimalik olnud vähemalt üle 10 aasta. Kuigi see aeg ei ole psühhiaatrias pikk ja mõne haige edaspidine haiguskulg võib veel muutuda, siis enamikul vaatlusaeg ulatub 20 aastani või ületab selle, mis nende haigete kohta võimaldab siiski juba teatava ettevaatusega seisukohta võtta.

Tähendatud haigeist omavad kaks säärase haiguskulu kui W y r s c h'i<sup>24</sup> poolt toodud segapsühhooside kirjelduse teises rühmas näeme, kus koos tujumuutusiga ilmsiks tulevad skisofreensed sümptomid ja eelmiste möödumisega jälle kaovad. Selle haiguspildi kui tuntud tüübi üksikasjalikum esiletoomine ei ole seetõttu enam tarvilik. Vaheaegadel haiged on praktiliselt terved.

Meie haigeist on üks olnud kliinikus neli korda, millal iga kord maniakaalsele seisundile kaasusid kuulmis- või nägemishallutsinatsioonid ja paranoilised luulumõtted. Viimase 10 a. jooksul haige ei ole enam ravimisel olnud. T e i n e haige, kehaehituselt pükniline segatüüp, kelle sugukonnas esineb ka nõrgamõistuslikke ja epileptikuid.

on 1916. a. saadik siinses kliinikus ravimisel olnud 6 korda. Esimene kord diagnoos: *stat. catatonicus*, teine — *dementia secundaria*, kolmas ja neljas — *hebephrenia*. Alates 1925. a. diagnoos on *psychosis maniaco-depressiva*. Nagu diagnoosid näitavad, on selle haigega olnud raskusi. Viimaste kliinikusviibimiste ajal korduvalt võrdlemisi järsku üksteise järel maniakaalsed ja eriti tuimad, üksluised depressiivsed faasid, mis omavad sarnasust katatoonsete seisundeiga. Nende meeleolu muutuste kõrval on olnud sedastatavad kuulmishallutsinatsioonid ka vastastikuse kõne näol ja ta oli arvamusel, et suudab lugeda teiste mõtteid jne. Alates 1938. a. oktoobrist viibib haige Jämejala vaimuhaiglas, kus tema seisund sarnaneb eelkirjeldatuga. Ta on perioodiliselt masendatud või ettevõtlik, edev, jutukas, püüdes enesele tõmmata tähelepanu. Selle kõrval tihti imelik, naeratab omaette, vaikib, segane. Hallutsinatsioonid viimasel ajal eitab. Haiguse vaheaegadel terve, töötab, õngitseb, on huvitatud ümbrusest, igasugused dementsuse tunnused puuduvad, omab täieliku haigusime.

Teise, suurima rühma moodustavad haiguskulud, mis üksteisega väga sarnased, ja võiks ütelda, et nad moodustavad nagu omaette eritüübi. Haiguse algul esineb mõnikord ebamääraste kaebusiga lühike, kerge erutusseisund või lühiajaline ebaolek, mis möödub. Siis järgneb tavaliselt tugeva-kujuline haigestumine, millal haige satub kliinikusse. Esimene selline hoog kliinikus omab üldiselt maniakaalse seisundi ilme, kuid selle kõrval leidub kohe ka rida imelikke luulumõtteid ja esinevad võrdlemisi komplitseeritud ja elavad, lühiajalised kuulmis-, nägemis- või ka haptilised hallutsinatsioonid. Järgmise haigushoo vältel meelepatted esinevad nõrgemalt, jäävad sageli tagaplaanile või puuduvad juba täiesti, kuna hilisemate haigestumiste korral neid ei ole võimalik olnud sedastada ja haigus kulgeb osalt tüüpiliste, tihti aga ka väikesi erinevusi ilmutavate maniakaalsete või depressiivsete faasidena. Enamasti kõikides maniakaalsetes faasides esineb tugev grimasseerimine. Toon siinkohal haiguskulu iseloomustamiseks kokkuvõttes kahe seda tüüpi haige haiguslugudest, kuna teiste kohta ruumi säästmiseks piirdun ülaltoodud lühikeste märkustega.

Haige G. H., naine, sünd. 1905, esimest korda kliinikus 14. V — 26. IX 26. Anamneesist nähtub, et ta olnud varemalt alati püsimat.

muutliku tujuga, siseteadlik, heasüdamlik inimene. Võtnud sageli ette kõiksuguseid toiminguid, kuid loobunud neist ruttu. 1922 põdenud tüüfust. Kartnud tol ajal, et teda mürgistatakse. Vanemad surnud tüüfusse. 1924. a. opteerunud Venemaalt Eestisse. Sugu-konnas vaimuhaigusi ei teata olevat. Kehaehitus: pikka kasvu, sale, korrapärane, tugev. Nägu piklik, ovaalne, rasvpadjand vähe arenenud. Kehaehituse tüübilt lähedaim Kretschmer'i atleetilisele tüübile.

1. maist alates märgati tema olemuses muutust, ta söi vähe, oli rahutu, magas halvasti, kuni 3—4 p. tagasi hakkas rääkima segast juttu: ta pidavat surema, ta saavat olema kui Kristus. Tema keha olevat surnud, nüüd elavat temas ainult hing, kes tema seest praegu kõnelevat. Ütleb 2. V, et „maine“ olevat temas surnud, ainult „taevaline“ elavat. Korduvalt rääkinud: „Ma kuulen Jumala häält, tema on minus.“ Ta olevat enneolemata õnnelik. Ka muidu olnud aru saada, et p-dil olnud kuulmishallutsinatsioonid. Liigitused teatraalsed. Kodu omakseid löönud. Kliinikus algul arwab, et omab erilisi hingelisi jõude — ta võivat omi mõtteid üle kanda. Tal olevat ka juba korduvalt õnnestunud mõtete ülekandmise ja hüpnooti teel üht teist pats. mõjustada. Pats., kes hommikul oli erutatud ja palju rääkis, lamab keskpäeval sunnitud asendis voodis ja ei vasta küsimustele. Väevalt on arst voodist eemaldunud, kui ta end voodist välja viskab, üles tõuseb ja ütleb: „Ma usun, et ma inimeste eest surema pean, minuga on ime sündinud.“ Peab end apostliks, seda teadvat keegi härra B. G. „Tal on tugev mõttejõud ja ta on minu peale oma mõttejõuga mõjunud, seepärast ma olen nii närviline.“ Pats. on üldiselt rahutu, täiesti orinteerunud. 16. V rahulikum, vastab küsimustele, võtab osalt oma väljendusi tagasi. Väidab, tal olevat olnud „imelikud elamused“, näit. imestavat ta oma hiljutise veendumuse üle, et tema ja ta tädi kohe surema peavad ja et ta samal ajal end nii elurõõmsana ja õnnelikuna tundnud, nagu oleks kahe inimese surm kõige ilusam asi. Järgmistel päevadel umbes samasugune, käitumiselt silmatorkav, negatiivistlik, ei vasta küsimustele, augusti keskel hakkab aeglaselt paranema ja lahkub peaaegu tervena kliinikust. Kliiniku diagnoos: *Dementia praecox*.

Teist korda kliinikus 9. IX 32 — 3. III 33. Vahepeal on olnud mitmel pool teenistuses, kuid ei püsinud hästi töö juures, ei saanud ennast kontsentreerida. 1928 on olnud välismaal, käinud muuseumis ka Pariisis. Juba 3 k. enne kliiniku tulekut märgati, et ta hästi ei maganud, kurtanud, et ta on oma mõtetest piinatud, et tal lasub nagu kivi südamesel, hakkas sellest ajast ka halvasti sööma. Tuli oma tädi juurest ära, üteldes muuseumis „midagi on õhus, ma tunnen midagi“, ja arvas, et mõned inimesed temale halba tahavad teha, oli rahutu, rää-

kis mõttetusi. 8 päeva eest lamanud ühes äris põrandal ja ei rääkinud, tuli ise koju, oksendas ja heitis voodisse, millest peale enamasti lamab. Paari päeva eest söimas järsku öösel korterikaaslast, hiljem märatses, rääkis segaselt. Öösel lamas voodis, ei maganud, loopis asju, eriti pesu, aknast välja. Kui tema juurde kutsutud arst tuppast astus, leidis ta p-di toast alasti.

Kliinikus algul sõnakuulelik, ajuti tuim, öösel rahutu, alasti, siis järsku ei vasta esitatud küsimustele või lihtsalt põhjusega „sõimab“. Kliinikusse tulnud seepärast, et „ma pidavat peast põrunud olema“. Kodus märatsenud seepärast, et „pidin seda tegema“, olnud niisugune tunne. On hiljem mootoriliselt väga liikuv, rahutu, jookseb aias, teotseb kogu aeg, kisendab, vastab küsimustele aeglaselt, tal olevat väga palju ütelda, kuid ei saavat vastata. Märatseb, sülitab, personaali vastu häbemata, personaali ja kaashaigete suhtes agressiivne. Täiesti orienteerunud. Sondiga mõni kord söödetud. 21. IX. Seletab, et kliiniku vanema õe silmadest tulevat elekter tema peale, kuid mitte alati. Rääkis oma sõbrannale, et tundvat elektrikiiri õlgadel, mis teda põletavat, ja ta pidavat oma õlgasid tihti liigutama. Ei lase end õel ega põetajail puudutada, sest neis olevat elekter. 26. IX. Vahetevahel käitumiselt imelik, lamab mõnikord põrandal. 30. IX. Seletab muuseas, et elekter olevat igal pool, toidus, ka tundvat ta elektri mõju seljal ja ka teiste silmis. Tal olevat igal öösel tunne, nagu sünniks ta uuesti, sest temaga käidavat, kui ta korratu oli, ümber nagu väikese lapsega. Pats. on üldiselt tuim, lamab päevad läbi voodis, kuid võib järsku üles hüpata, jookseb, naerab põhjusega, viskab toidu põrandale ja mõne aja pärast lamab jälle lohakalt voodis. Arvatavasti hallutsineerib aeg-ajalt. Sagedasti agressiivne. 10. X paiku muutub üldse väga rahutuks, kergesti ärritatav kaashaigete poolt. Peab jaoskonnanaisarsti oma õeks, grimasseerib ja žestikuleerib ägedalt. Nov. algusel muutub väga kurjaks, häbematuks ja üleolevaks personaali vastu. Novembris, detsembris vaheldumisi kord vaikne, teeb vähe tööd, siis äkki kuri, nõudlik, häbematu, tujukas, vahel ei pea riided seljas, agressiivne vanemate jt. vastu, sest need elektriseerivat teda silmadega. Jaanuaris aeglane rahunemine, võtab kaalus juurde ja lahkub paranenult kliinikust. Kliiniku diagnoos: *Schizophrenia*.

1935. a. viibib lühikest aega ravimisel Tallinnas Hirsch'i sanatooriumis, kuhu paigutatakse sugulaste poolt, kuna ta muutunud umbusklikuks, rahutuks, kippunud ära. Rahutuse tõttu üle viidud Seevaldi vaimuhaiglasse, kus viibib 12. VIII — 20. XII 35. Pats. seal rahutu, püsimatu, sõimab, lööb teisi, mõtteavaldus hüppeline, ei vasta küsimustele sisuliselt. Vahepeal rahuneb vähe. Rahulik jaoskonnas, kuhu pats. üle viiakse, muutub kiiresti uuesti rahutuks ja paigutatakse

rahatute jaoskonda. Käitumine tüüpiline maaniale. Avaldab mõnikord põhjendamatu kehalisi kaebusi. Rahuneb aeglaselt, on mõni aeg hüpomaniakaalne ja lahkub tervena. Haigla diagnoos: *Status maniacalis*.

Uuesti siinses kliinikus 5. V — 7. IX 38. Anamneesist nähtub, et pats. Seevaldist lahkumise järel on olnud 2 a. täiesti terve, siis 1937. a. sügisel ja 1938. a. aprillis olnud lühemat aega (2—3 näd.) depressiivne. Kõrgenenud meeleolus on pats. alates 30. IV. Maganud vähe.

Kliinikus kõrgenenud meeleolus, mõttekäik kiirenenud, liikuv, jutukas, vahel väljakutsuv. Aeg-ajalt kaashaigete suhtes agressiivne, pealetükkiv, jäme. Meelepetted ei ole sedastatavad. Räägib, karjub vahetpidamatult, uni väga halb, sööb rahuldavalt. Vahepeal ärritus aeglaselt veidi raugeb, kuid lööb uuesti mõneks ajaks lõkkel, kui haigel keelatakse ükski aias jalutamine. Rahuneb uuesti, on algul opositsioonis kliiniku korraga, muutub aegamööda rahulikumaks, loeb, käib sugulastega linnas. Alates 25. VIII depressiivne. Viiakse selles seisundis paranematult omaste poolt koju. Kliiniku diagnoos: *Mania*.

7. X 38 tuleb ise kliinikusse tagasi, sest ta tundnud, et ei suuda töötada, nutab, kurdab elutüdimust. Paraneb aeglaselt ja lahkub 5. XI 38 tervena kliinikust. Kliiniku diagnoos: Depressiivne seisund.

L. E., sünd. 9. XII 16. Kehaehituselt pikka kasvu, kõhn, rasvkude vähe arenenud, nagu munakujuline, atleetiline tüüp (K r e t s c h m e r'i j.). Vaikne, üksindustarmastaja tütarlaps. Sugukonnas vaimuhaigusi eitatakse. Üks isa vennapoeg alkoholik.

Esimest korda kliinikus 2. IX — 3. X 31. 30. VIII 31 haigestus esimest korda. Enne seda olnud mõni päev jutukam. Sel päeval muutus rahutuks, läks kodunt ära külla, ei maganud, rääkis rohkem kui harilikult. 1. IX kuulis autosid ukse ees, nägi toas arste, tahtis end ära kägistada, lõi emale rusikaga.

2. IX kliinikus: orienteerunud, räägib, et kliinikusse tulles olnud autos rahutu, kuulnud kodus tohtrite häält, on väga ärritatud, liikuv, kaashaigetes näeb oma sugulasi, neil näeb ninade asemel kartuleid, lõunasöögi ajal kuuleb ema häält. 3. IX. On rahutu, ärritatud, tunneb, et rinnus olevat elektritrat, kuuleb oma isa ja ema häält. Edasi on p-t motoorselt rahutu, tegev, meeleolu tavaline, küll aga teotseb ja räägib palju, kunstlikult söödetud, grimasseerib tugevasti. 9.—12. IX kuuleb venna, ema ja teisi häält, kes omavahel ja temaga räägivad. Rinnus kaebab endiselt elektritraati. Seletab, et juba juunikuus tundnud raskust hingamisel, arvanud, et tal olevat tiisikus. Elekter olevat igal pool sees, katsub imestunult omi käsi, ütleb siis „küll ma seda vigurit tean, valguse kiirtega antakse seda edasi. Teised haiged tee-

vad minuga seda vigurit“. Katsub järsku kõri, ütleb kõrisõlme olevat jälle suure, lisab veel, et elektriga saab mõtteid edasi anda, ja on arvamusel, et ka tema mõtted on nii edasi antud. Paraneb aegamööda, täielik haigusoime, lahkub kliinikust peaaegu tervena. Kliiniku diagnoos: *Schizophrenia*.

Uuesti kliinikus 29. VIII — 19. IX 32. Viimasel ajal enne kliinikusse toomist söönud ja maganud halvasti, olnud seltskonnas silmatorkav. Kliinikus teotseb kogu aeg, naerab palju, ei pea hästi riideid seljas, on aeg-ajalt kuri, sõimab põhjuseta, sööb halvasti, liigutustes järsk, grimasseerib, vihastub väga kergesti. Üldiselt sel korral maania pilt, kuid mitte päris tüüpiline. Kliiniku diagnoos: *Schizophrenia*.

Kolmas kord kliinikus 28. VI — 14. VII 37. Vahepeal olnud mõne kuu tagant kodus hooti haige, millal on elav, ei tee tööd, hulgu ringi, jutukas, mõnikord ka suurusmõtted. Sel ajal ikka riiakas.

Kliinikus on algul sarkastiline, terav, kuid varsti muutub rahulikuks, töötab hästi, mõtteid avaldab keeruliselt ja omapäraselt. Häält viimastel aastatel pole kuulnud, ainult kord enne kliinikusse tulekut peol suhtumismõtted. Lahkub kliinikust tervena. Kliiniku diagnoos: *Stat. maniac.* (Skisofreenia?).

Neljas kord kliinikus 2. VII 40— 4. II 41. 28. V peale kodustega tülitsema hakanud, kodust ära jooksnud, ka võõrastega tüli olnud ja tegelikuks muutunud. Kliinikus kõrgenenud meeleolus, väga jutukas, rahutu, tegutsev, vahel kuri, sõimab roppude sõnadega, ehib end, grimasseerib. Rahuneb aeglaselt. On heasüdamlik, lahkub tervena kliinikust. Diagnoos: *Mania*.

See haigusjuht sarnaneb pea täiesti eelmisega, vahest selle vahega, et skisofreensed sümptomid siin esimese hoo ajal kestavad pikemat aega ja ei jäta diagnoosis kahtlust. Need sümptomid kaovad selle hooga, edaspidi on haigel sedastatavad ainult maniakaalsed seisundid, kuigi diagnoosi kohe veel muudetud ei ole.

Nagu avaldatud haiguslugudest nähtub, leidub neil haigeil haiguse algul esimeste hoogude ajal rida sümptomeid, mis ilmselt räägivad skisofreenia poolt ja seda diagnoosi õigustavad. Eriti olulised on ses mõttes kaebused kehalisest mõjustamisest elektriga ja tunne nende mõtete mõjustamisest kellegi isiku poolt või elektrilisel teel, samuti ka hulgalised kuulmishallutsinatsioonid, tihti vastastikuse kõne näol. Just neid sümptomeid peab K. Schneider<sup>19</sup> rea teiste kõrval see-

sugusteks, millede esinemine lubab positiivselt diagnoosida skisofreeniat, kuigi S c h r ö d e r<sup>20</sup> hallutsinatsioonide küsimuses vastastikuse kõne näol on vastupidisel arvamusel. Ka teistel sama rühma haigeil leidub rida sääraseid sümptomeid. Sümptomatoloogia järgi peaks neil haigeil seega esialgselt tegemist olema skisofreeniaga, nagu nendel ka diagnoositud. Et aga haigus hiljem kulgeb teisiti, tüüpilised skisofreensed tunnused kaovad ja kujuneb mõningate iseärasustega mania-kaal-depressiivse psühhoosi pilt ja kulg, siis ei saaks eitada võimalust, et siin on tegemist tõeliste kombineeritud psühhoosidega (võrdl. K a h n<sup>25</sup>), kus kaks endogeenset psühhoosi ühel ja samal haigel ajalisel täiesti eraldatult ja sümptomatoloogiliselt küllalt teravasti piiritletult teineteise kõrval asuvad. Teiselt poolt oleks võimalik, et siin juba algusest peale on tegemist maniakaal-depressiivse psühhoosiga, mis aga vastavalt disponeeritud isikutel mobiliseeris skisoidseid mehhanisme ja põhjustas skisofreense värvindiga maniakaalse seisundi, mis algul võõriti diagnoositud. Seesugusel korral on meil tegemist segapsühhoosiga, mille juures ei ole tarvilik mõlemaid komponente mõelda teineteisest ajalisel eraldatuina, mis tundub konstruktiivsena, seda enam, et skisofreenseid sümptomeid disponeeritud isikuil maniakaal-depressiivse psühhoosi faasides tihti leida võime. Kombineeritud psühhoosi arvestamisel tuleks mõelda, et skisofreenia, mis haiguse algul oli ilmne ja vahepeal katkes, on perioodilist tüüpi ja võiks seega hiljem jälle nähtavale tulla, kui mitte oletada väga haruldast täielikku spontaanremissiooni, mida B r e s o w s k y (tsit. S c h u l z<sup>21</sup>) arvates meie kliinikus esineb umbes 1% haigeist. Kuni senini neil haigeil uut skisofreenset atakki ei ole esinenud, seepärast ei julgeks ma seesugust kombineeritud psühhoosi selle suhteliselt väikese materjali põhjal tõestatuks pidada.

Täiesti erinev on alljärgnev haiguskuul, kus tegemist haigega, kes kliinikus ravimisel olnud üle 20 korra, neist enamik Tartus. Tal esinevad atüüpilised väga lühikesed haigushood, mis põhjust on andnud algul diagnoosida skisofreeniat.

Hiljem haiguse samasuguselt kordudes on sellest diagnoosist loobutud. Haiguskulg lühidalt on järgmine:

E. S., sünd. 12. IX 1898, sepp, keskmist kasvu, pikerguse, ovaalse, kahvatu näoga, lõuapärad vähesel määral väljaulatuvad, kõhn. pünilised jooned puuduvad, vastab Kretschmer'i asteenilisele tüübile. Sugukonnas vaimuhaigusi ei teata olevat.

Anamnestilistel andmetel on viibinud 1917. a. ligi 2 kuud Peterburis vaimuhaigena kliinikus. Diagnoos ei ole teada. Siinses kliinikus esimest korda 17. XI — 16. XII 18, olles lühikest aega enne seda põdenud grippi, mille järel muutunud unustajaks, imelikuks, vahel esinenud kerged ärritusseisundid. Kliinikus oli kergelt ärritatud. Lahkus tervena. Kliiniku diagnoos: *Amentia. Psych. toxica.*

Uuesti kliinikus 20. II — 7. III 22. Kliinikust lahkudes 1918. a. p-ti enam päris terveks ei olevat peetud, „ta uskus kergesti kõiki, naeris iga tühja asja pärast“. Teenis sõjaväes kogu sõjaaja. Tagasi tulles hakkas töötama iseseisva sepana. Ühe nädala eest hakkas ajama segast juttu, unetu, vähe söönud, vahel nutnud või naernud, vist on nägemishallutsinatsioon (või illusioone) olnud.

21. II. Haige vastab küsimustele, ta on orienteerunud, meeleolu ükskõikne, vahel ilma arusaadava põhjusega vihane, tõuseb järsku üles, hakkab valjusti hingama, sülitab siis paar korda, käib kiiresti edasi-tagasi ja läheb jälle voodi. Vahel hakkab lühikeseks ajaks voodis värisema. 24. II. Käitumine muutlik, vahel lamab voodis, ei reageeri küsimustele või pöörab küsijale vihaseks selja. Vahel vastab rahulikult. Mõnikord hüppab äkki üles, ronib aknale, väris- tab seal ruutusid. Sööb üldiselt rahuldavalt. 27. II. Pats. paraneb, on tekkinud haigusoieme, ütleb ise, „olin vist hulluks läinud“. 7. III. Paranenuna koju lastud. Kliiniku diagnoos: *Dementia praecox.*

1923. a. lühikest aega Seevaldis, diagnoos — *mania*, ja mais 1924 siinses kliinikus, kus on diagnoositud *dementia praecox.*

19. XI — 24. XI 25 uuesti kliinikus. Vahepeal kodus terve olnud, töötanud. 14. XI vigastanud tugevasti käe, samal päeval olnud kokkupõrge ühe kliendiga töötasu pärast. 15. XI tarvitanud alkoholi ja samast päevast tundnud rahutust, arvanud ise, et jälle haigus algab, ja tahtnud kohe sõita Tartu. Istunud rongile, kuid nähtavasti ilma piletita. Ta on kusagil jaamas rongilt maha võetud ja toodi tapiga kliinikusse. On teel olnud väga rahutu, lõhkunud.

Kliinikus algul väga rahutu, grimasseerib tugevasti, laulab mono- toonsel viisil arusaamatute sõnadega. Vahel sõimab valjusti, tõu- kab teisi haigeid, ei pea riideid seljas, vahel agressiivne. Küsimus- tele vastab harva. Üldjoontes orienteeritud, tuju nähtavalt ükskõikne. 22. XI järsku seisund paranenud, ütleb küll, et rahutus on veel sees

ja endine enesetunne tagasi ei ole, kuid palub end rahulikkude jaoks konda üle viia. Paranenult koju. Diagnoos: Skisofreenne reaktsioon.

Samasugused lühikeseajalised kliinikus viibimised leiavad aset veel juulis ja augustis 1926, mais ja juunis 1927 ja aprillis 1928. Haiguspilt kõikidel juhtudel sarnane eelkirjeldatuga. Haigus möödub tavaliselt järsku, seejärel paar päeva veidi kärsitu ja lahkub kliinikust paranenult või tervelt. Kahel esimesel korral diagnoos — *dementia praecox*, teistel — skisofreenne reaktsioon? Viimane diagnoos nähtavasti tingitud sellest, et haigus alanud mõne tüli, alkoholi tarvitamise jne. järel.

Hiljem on p-t viibinud kliinikus aprillis 1929, märtsis 1931, mais 1932, juulis ja septembris 1935, juulis ja augustis 1936, mais ja juulis 1938, juulis, augustis ja septembris 1939. Kõikidel puhkudel on haigushood üksteisega täiesti sarnased: haige tuleb äärmiselt rahunutuna kliinikusse, ta ei maga, sööb halvasti, on kuri, tammub kogu aeg edasi-tagasi, laulab veidra, monotoonse häälega läbi nina, enamasti ropusisulisi laule, teeb äärmiselt veidraid grimasse, küsimustele enamasti ei vasta, või kui vastab, siis selgub, et ta üldjoontes orienteeritud. Tuju ei ole eriti kõrgeenenud, sageli on mulje, nagu oleks p-dil hirm. Alles viimasel ajal avaldab haige, et haiguse ajal tal meeoleolu olevat kõrgeenenud. Hoogude vaheaegadel terve olnud ja töötanud. Viimaste hoogude lõpul mõni päev rõhutatud meeoleolu ja kergelt pärsitud. 1929. a. alates diagnoos — *mania*.

Skisofreenia diagnoosiks haiguse algul on põhjust andnud nähtavasti mitmesugused kaalutlused. Nii ei olnud haiguse algul haige märgatavalt kõrgeenenud meeoleolu, lamades tihti ükskõiksena voodis. Ta hüppas küll aeg-ajalt järsku üles ja teotses lühikest aega, oli aga siis jälle tegevuseta, grimasseerib tugevasti ja näib mõnikord hirmununa. Siia juurde tuleb arvata anamneesi väljendusi, millest selgub, nagu oleks p-dil olnud hallutsinatsioonid ja et haiguse vaheaegadel teda enam täiesti terveks ei peetud. Nende kõrval oleks veel nimetada haiguse kiiret paranemist ja tema agressiivsust, mis raskendas haige üksikasjalikku jälgimist. Diagnoosi raskustele kiiresti paranevate haiguste puhul on viidanud G a u p p <sup>3</sup>. Alles korduvate kliinikus viibimiste järel selgub tema sõnast, et tal haiguse ajal olnud kõrgeenenud meeoleolu, kuigi tegelikult see märgatav polnud. Samuti nähtub haiguskulust, et hood alati täielikult paranevad. Nende asjaolude tõttu

muudetakse diagnoos maaniaks. Kuigi ka hilisemad haigestumised ei ole täiesti tüüpilised maaniale, eriti meeolu on tihti enam-vähem ükskõikne. Seetõttu näitavad faasid sarnasust segaseisundiga, mida tuntakse „kartliku maania“.

Sellel haigel senini on esinenud ainult maniakaalsed faasid, mis algavad võrdlemisi järsku. Haige märkab muutust tavaliselt kohe ja ta on korduvalt ise kliinikusse tulnud. Eruetus kestab enamasti nädal ja möödub siis järsku, mil haigel tekib täielik haigusoime. Viimasel ajal järgneb lühiajaline kerge masendus nõrga pärssimisega. Seesuguste lühikeste faaside esinemine ei kuulu tavalisse maniakaal-depressiivse psühhoosi pilti ja tavaliseks faasi kestuseks Kraepelin<sup>7</sup>, Lange<sup>4</sup>, Bleuler<sup>12</sup> jt. loevad 3—6 kuud, sageli aga, eriti mittepüknilise kehaehitusega isikuil, veel tunduvalt kauem (Mauz<sup>8</sup>). Bleuler<sup>12</sup> täiesti erandina on mõnel haigel näinud hoogusid mööduvat ühe kuni kahe nädalaga. Peale selle on meie haigel täheldatav, et kaks (või kolm) ühesugust faasi omavad kalduvuse esineda koos umbes ühekuulise vaheajaga. Enamik haigestumisi langeb tal varakevadele või suvele, misjuures nähtavaks saab Slater'i<sup>18</sup> poolt esiletõstatud isiklik rütm ühes kalduvusega haigestuda samal aastaajal. Ka teistel haigetel, kellest siin juttu, kuigi nad ei ole tüüpilised maniakaal-depressiivsele psühhoosile, langeb enamik haigestumisi varakevadele, teine vähem tõus on varasügisel.

Nagu nähtub kokkuvõetud kirjanduse andmeist ja ka kliiniku haigematerjalist, leidub üksikuid skisofreenseid sümptomeid või jooni maniakaal-depressiivse psühhoosi puhul küllalt sagedasti, kuigi need ei kuulu haiguse tavalisse pilti. Üksikutel juhtudel võivad need sümptomid olla välja kujunenud niivõrd, et nad annavad seisundipildile oma varjundi või kuju, muutes diagnoosi ühes või teises suunas kahtlaseks ja tehes võimatuks selge piiri määramise kahe suure endogeense psühhoosi vahel (Wyrsch<sup>24</sup>). Kas meil niisugusel korral arvestada tuleb kombineeritud või sega- ehk atüüpilise psühhoosiga Kraulis'e mõttes, või kas ainult üksikute

skisofreensete sümptomite mobiliseerimisega maniakaal-depressiivse psühhoosi ajal, oleneb muidugi vastava juhu sümptomatoloogiast ja osalt ka sümptomite hinnangust.

Segapsühhooside pärilikkuse uurimisel ei ole nende pärilikkuskulgu seni veel täpselt selgitatud, nagu on lõplikult selgitamata endogeensete psühhooside pärilikkuskulgu üldse. Küsimusele, kas kõikide atüüpiliste psühhooside kohta ütelda võime, et nad on skisofreenia ja tsüklofreenia segunemine, vastates näitab Kraulis oma ja teiste (Minkowska, Leonhard, Wyrsh) uurimuste najal, et üksikuis perekondades atüüpilised psühhoosid ka seesugustena 7 generatsiooni vältel on muutumatult pärilikud, kuna ühel teisel juhul see kindlakstehtav on kuni 1750. aastani. Seega oleks võimalik, et meil segapsühhooside korral esineb ka pärilikult mitmesuguseid eri tüüpi haigusi.

Mitmed viimase aja autorid on endogeensete vaimuhaiguste pärilikkuse uurimisel korduvalt sedastanud ja kinnitanud ka vanemate uurimuste tulemusi, et maniakaal-depressiivset psühhoosi põdejate järglasil peale maniakaal-depressiivse psühhoosi esineb tunduv hulk skisofreeniat, kuna vastupidi skisofreenseil vanemil maniakaal-depressiivsed järglased leiduvad täiesti erandlikult (Schulz<sup>23</sup>). Samuti on juhitud tähelepanu sellele, et mõlemate psühhooside puhul laste kui ka õde-vendade haigestumistõenäolikkused on väga lähedased ja kõiguvad keskmise vea piirides. Kui siia juurde arvata veel nende psühhooside sagedane segunemine, siis on arusaadav, et on tõusetunud küsimus, kas maniakaal-depressiivne psühhoos ja skisofreenia pole ühe geeni mitmesugused fenotüüpilised väljendused (Wyrsh<sup>17</sup>, Kraulis<sup>24</sup>). Senini kogutud uurimismaterjali põhjal pole see väide veel tõestamist ega ka ümberlukkamist leidnud.

Kretschmer'i<sup>6</sup> uurimuste tulemusena teame, et kehaehituse ja iseloomu vahel ühelt poolt ja kehaehituse ning meelelaadi vahel teiselt poolt on valitsemas tihedad vastastikused olenevused. Kretschmer oma uurimustes lähtus vaimu-

haigeist ja ta sedastas seejuures veel, et maniakaal-depressiivse psühhoosi ja püknilise kehaehituse ning skisofreenia, ning atleedilise, düsplastilise ja asteenilise kehaehitustüübi vahel teiselt poolt valitsevad tihedad sidemed. Korduvate ja hulgaliste järeleuurimistega on K r e t s c h m e r'i väiteid osa autoreid kinnitanud, osa mitte, igatahes näib olevat kindel, et maniakaal-depressiivse psühhoosi valdkonnas (K o l l e, tsit. L a n g e<sup>4</sup>) leidub tunduvalt enam puhtaid püknikuid kui skisofreenikute hulgas ja rahvastikus üldiselt.

Meie kitsamasse vaatlusalusesse rühma arvatud haigeid kehaehituslikust küljest täheldades leiame nende hulgas ühe tüüpilise pükniku ja ühe püknilise segatüübi, teised on lähedased K r e t s c h m e r'i atleedilise tüübile, välja arvatud E. S., kes enam-vähem selge asteenik. Seega näib ka see väike materjal, mis küll ei ole tüüpiline maniakaal-depressiivsele psühhoosile, siiski tõendavat tihedamat sidet maniakaal-depressiivse psühhoosi ja püknilise kehaehitustüübi vahel, sest püknikud meie haigematerjalis ei ole sagedased.

Antud lühikesest ülevaatest maniakaal-depressiivse psühhoosi diagnoosi kohta näeme, et siin võivad üles kerkida nii psühhiaatriale üldist laadi kui ka vaimuhaiguste süstemaatikas esinevate lahtiste probleemidega, mitmekesiste haigusühikute vastastikuse segunemisega ja nende haiguste geneesiga seotud raskused. Peab üldiselt tähendama, et nende diagnostiliste ebastabiilsuste tähtsus praegusel ajal ei ole enam nii suur kui varemalt, mil puudusid endogeensete psühhooside ravivõimalused ja prognoos oli meie teaduslike võimete katsekivi (G a u p p<sup>14</sup>). Aktiivsete ravimeetodite kasutamisele tulekuga prognoosi küsimus on osa oma akuutsusest kaotanud, sest nagu näeme ravitulemusist, on skisofreenia puhul insuliin- ja kardiatsoolravi tarvitusele võtmisega võimaldunud (759 haige ravitulemuste kokkuvõtte järgi) 67% haigusjuhte soodsalt mõjustada<sup>26</sup>, kuna maniakaal-depressiivse psühhoosi ravimisel samade meetoditega saavutatud on kuni 100% paranemist (K ü p p e r s<sup>27</sup> jt.). Ka steriliseerimise seaduste seisukohalt segapsühhooside tähtsus on väike,

kuna mõlemad haigused kui endogeensed psühhoosid kuuluvad nende seaduste alla.

Teadusliku uurimise, eriti maniakaal-depressiivse psühhoosi empiirilise pärilikkusproгноosi ja pärilikkuskulu selgitamiseks läbi viidud uurimuste seisukohalt on kahe suure pärilikkusringi vahelise piiri puudulikkus siin esinevate sega- ja kombineeritud psühhooside tõttu palju suurema tähtsusega, sest siin tuleb uurijal sageli haigus arvata enam-vähem vägi-valdselt ühte neist kahest ringist (Schulz<sup>28</sup>), mis uurimustulemusi oluliselt muuta võib, arvestades, et väljakujunenud maniakaal-depressiivne psühhoos on skisofreeniaga võrreldes tunduvalt harvemini esinev haigus. Seejuures on oluline, et nende uurimuste puhul tuleb tingimata diagnoosida haige enese haiguspildi järgi, arvesse võtmata leidusid sugukonnas jne. (Schulz<sup>23</sup>).

Edaspidise kliinilise, pärilikkusbioloogilise ja konstitutsioonbioloogilise uurimistöö ülesandeks jääb süvendada kahe suure pärilikkusringi — maniakaal-depressiivse psühhoosi ja skisofreenia — sümptomite, kulu, põhjuste ja pärilikkusviisi tundmist, et selle kaudu lahendada mitmesuunalised vaieldavad piiriküsimused nende psühhooside vahel.

### Kirjandus.

1. Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. 1920. — 2. Luxenburger, H.: Die Schizophrenie und ihr Erbkreis. Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Lk. 769. 1939. — 3. Gaupp, R.: Z. Neur. 165, 47, (1939). — 4. Lange, J.: Die endogenen und reaktiven Gemütskrankungen und die manisch-depressive Konstitution. Bumke's Handbuch der Geisteskrankheiten. Band VI. Spez. Teil II. — 5. Bornstein, M.: Z. Neur. 5, 145, (1911). — 6. Kretschmer, E.: Körperbau und Charakter. 1936. — 7. Kraepelin, E. ja Lange, J.: Psychiatrie. IX. Auflage. 1927. — 8. Gaupp, R. ja Mauz, F.: Z. Neur. 101, 1, (1926). — 9. Kretschmer, E.: Ztschr. f. psych. Hygiene 10, 109, (1937). — 10. Ernst, K.: Allgem. Ztschr. f. Psychiatr. 112, 89, (1939). — 11. Ritterhaus, Prof.: Allgem. Ztschr. f. Psychiatr. 115, 257, (1940). — 12. Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 1930. — 13. Soans, T.: Eesti Arst 14, 522,

- (1935). — 14. Gaupp, R.: Arch. f. Psychiatr. 76, 73. — 15. Leonhard, K.: Allgem. Ztschr. f. Psychiatr. 112, 391, (1939). — 16. Schou: Monatsschr. f. Psychiatr. 102, 327, (1940). — 17. Kraulis, W.: Allgem. Ztschr. f. Psychiatr.: 113, 32, (1939). — 18. Slater, E.: Z. Neur. 162, 794, (1938). — 19. Schneider, K.: tsit. Luxemburger (2). — 20. Schröder, P.: Allgem. Ztschr. f. Psychiatr. 105, 88, (1936). — 21. Schulz, B.: Ztschr. f. psych. Hygiene. 10, 39, (1937). — 22. Braun, E.: tsit. Röhl ja Entres: Z. Neur. 156, 169, (1936). — 23. Schulz, B.: Z. Neur. 169, 311, (1940). — 24. Wyrsh, J.: Z. Neur. 159, 668, (1937). — 25. Kahn: tsit. Lange (4). — 26. Allgem. Ztschr. f. Psychiatr. 112, 470, (1939). — 27. Küppers, E.: Allgem. Ztschr. f. Psychiatr. 112, 436, (1939). — 28. Schulz, B.: Z. Neur. 165, 97, (1939).

### Deutsches Referat.

ELMAR KARU: Über die Diagnose der maniakal-depressiven Psychose. (Aus der Psychiatrischen- und Nervenklinik der Universität Dorpat.)

Eingehende Erörterung der Frage der Diagnose der maniakal-depressiven Psychose auf Grund von Literaturangaben und eigenen Erfahrungen.