ЛЮБОВЬ ХЛЕБНИКОВА

ИСТОРИЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Депрессия – одно из наиболее распространенных расстройств, встречающихся как в психиатрической, так и в общесоматической практике (от 3 до 6% в популяции). Причем около 1% депрессий ежегодно диагностируется первично. Это значит, что риск заболевания в течение жизни составляет около 20% (J.A. Costa e Silva, 1993) [1]. 18–25% женщин и 7–12% мужчин, по данным ВОЗ и Национального института психического здоровья США (Depression Guideline Panel, 1993) [2], хотя бы раз в жизни перенесли отчетливый депрессивный эпизод; 6% женщин и 3% мужчин при этом потребовалось проведение лечения в условиях стационара. У 70% больных наблюдаются рецидивы заболевания. Тяжелые депрессии в 15% случаев завершаются суицидом. Средняя длительность нелеченных депрессий составляет 6–8 месяцев. По современным оценкам, доля депрессий у больных, обращающихся за помощью в общемедицинские учреждения как амбулаторной, так и госпитальной сети, колеблется от 10% (W. Katon, M.D. Sullivan, 1990) [3] до 22–33% (T.B. Ustun, N. Sartorius, 1995; C.G. Lyketsos, et al, 1999) [4,5]. При этом только в 10–30% случаев депрессивные расстройства распознаются как таковые врачами общей практики.

В экономически развитых странах (Швеция, Испания, США, Австралия, Япония и др.) частота депрессивных состояний у больных соматического стационара, обратившихся за консультативной психиатрической помощью, сопоставима с приведенным показателем и достигает 20–29% (P.E. Ruskin, 1985; H. Pauser et al., 1987; E.A. Al-Ansari et al., 1990; T. Hattori et al., 1990; L.D. Bertolo, et al., 1996) [6,7,8,9,10]. Преобладают эндогенные депрессии (38,5%) и дистимии (33,8%), на долю которых приходится 2/3 депрессивных расстройств (72,3%).

Первое описание депрессивного состояния относится еще к античности и принадлежит Гиппократу (Hippocrates 460–377; д.н.э.) – крупнейшему представителю ученых эллинского периода, одного из основателей Косской школы. Гиппократ описал манию и меланхолию, он упоминал о том, что у одного больного в течение жизни могут проявляться приступы и мании, и меланхолии, не делая при этом выводов об общности таких полярных расстройств психики.

Гиппократ впервые указал на то, что душевные болезни это понятие научное, поддающееся анализу и исследованию, в то время как до него проявления “бешенства” относили к понятию “зла”, что отождествлялось с наказанием богов. В книгах Гиппократа впервые дается материалистическое обоснование психических расстройств и психического функционирования организмов в целом, он определил мозг, как главный орган, ответственный за психику человека. В трудах Аретея (*Areteus*; 81–138 н.э.) можно найти описания маниакальных и депрессивных состояний у человека. Он предполагал, что речь идет об одном заболевании со сменяющимися картинами депрессии и мании.

Гален (*Galenus*; 131–201 н.э.) В книге “*De locis affecti*” дает подобно Гиппократу не только специальное описание различных душевных заболеваний, но он впервые пытается дать дифференциально-диагностические признаки таких “нозосов”, как истерия, ипохондрия и меланхолия. В его клинических наблюдениях указывается на соматический компонент некоторых меланхолий, которые затрудняют диагноз. Особый вид меланхолии, по Галену, начинается в желудке – этот тип он обозначает термином “ипохондрия”.

В эпоху Возрождения и Просвещения происходит углубление клинических знаний. Еще в работе Ж.Ф. Фернеля (*J. Fernel*; 1497–1558) “*Всеобщая медицина*”, опубликованной в 1552 г., наряду с разделами “Физиология” и “Патология” имеется специальная глава “Болезни мозга”. Автор впервые предпринимает попытку соотнесения психозов с патологией мозга. В соответствии с концепцией о темпераментах он выделяет манию, меланхолию, френит, делириум, катаlepsию, ипохондрию, стультидию, или “морозитас” (слабоумие), причём манию, меланхолию и катаlepsию он относит к безлихорадочным психозам. В книге Ж. Фернеля очевидно стремление к более полному клиническому описанию рассматриваемых болезней, подразделению их основных типов на разные варианты (например, “полная” меланхолия, “мягчайшая” меланхолия).

В XVIII веке К. Линней (*C. Linnaeus*; 1707–1778) в своей книге “*Роды болезней*” разбил психические расстройства на три порядка – болезни рассудка (*ideales*), болезни воображения (*imaginarii*), болезни аффектов и влечений (*pathetici*). Он выделил также острые и хронические варианты мании и меланхолии.

Ф. Пинель (*Ph. Pinel*; 1745–1826) – основатель научной психиатрии – вводит клиническую классификацию, включающую 5 родов “везаний”: мания, мания без бреда, меланхолия, слабоумие и идиотизм. Систематика Ф. Пинеля отличается сознательной простотой и носила предварительный характер, но в нее уже внесен принцип патогенеза.

Новое время (XIX–XX век) проложило пути для укрепления нозологических позиций. Принцип углубленного психопатологического и динамического наблюдения привел к выделению аффективных заболеваний. Эскироль (*J.E.D. Esquirol*; 1784–1861) в 1838 году опубликовал [11] двухтомное руководство “О душевных болезнях”, в котором помимо точных клинических

описаний депрессий и маний / в современной терминологии/ делается попытка рассмотрения корреляций соматического, неврологического и психического состояния. Он также указал на полярность маниакальных и депрессивных состояний в рамках однородного заболевания.

Этот период был связан также с именами выдающихся французских психиатров XIX века Фальре (*J. Falret*; 1794–1870) и Байярже (*J. Baillarger*; 1809–1890). Они описали психическую болезнь – “циркулярное помешательство” по *J. Falret*, “двойственное помешательство” по *J. Baillarger* – с чередованием депрессий и маний, т.е. состояний, традиционно противопоставляемых друг другу (*J.P. Falret*, 1851; *J. Baillarger*, 1851) [12, 13].

Огромное влияние на мировую психиатрию оказало учение Эмиля Крепелина (*E. Kraepelin*; 1856–1926), который установил, что душевная болезнь представляет собой закономерный биологический процесс, имеющий определенную этиологию (иногда еще не установленную), характерные физические и психические признаки, патологоанатомическую основу, типическое течение и заранее предопределенный исход. Предлагая новую нозологическую классификацию, Крепелин проделал огромную работу по катamnестическому исследованию больных Гейдельбергской клиники.

E. Kraepelin выделил две эндогенные психические болезни — раннее слабоумие (*dementia praecox*) и маниакально-депрессивный психоз (МДП) на основании особенностей их течения и исхода (прогноза) [14].

В понятие МДП он объединил циркулярный психоз *J. Falret*, *J. Baillarger*, большую часть простых маний и меланхолий, значительное число случаев аменций и заболевания с легкими нарушениями настроения (циклотимии). Эти формы были объединены Крепелином на основании ряда признаков: общности наследственного фона (сходство семейного фона), сходного характера проявлений (депрессии, мании, смешанные состояния), периодического течения с интермиссиями, благоприятного исхода с отсутствием проявлений дефекта. Однако со временем обнаружились противоречивые стороны нозологической концепции. Стала очевидной расплывчатость границ маниакально-депрессивного психоза, позволявшая относить к ним такие заболевания, как шизоформные психозы, ремитирующую кататонию, периодическую паранюю и др. Это привело к постепенному пересмотру концепции единого циркулярного психоза. В последующие десятилетия споры по этим вопросам продолжались, но критерии, выдвинутые Крепелином для выделения МДП в нозологическую форму, не потеряли своего значения до настоящего времени. В дальнейшем исследователями проводилось уточнение клиники фаз МДП, которое привело, с одной стороны, к постепенному сужению его границ, а с другой – к признанию существования форм с преобладанием т.наз. атипичных и циклотимических фаз. Не менее значительным было уточнение клинической характеристики самих атипичных форм и установление факторов, с которыми связано их появление (возраст, конституционально-преморбидный фон и др.). Выделялись так называемые “смешанные”, “краевые” формы,

циклоидные психозы, фазофрении и т.д., объединяющие случаи, переходные между шизофренией и МДП. В результате многочисленных исследований со всей очевидностью ученые также показали невозможность провести жесткую границу между МПД и другими эндогенными психозами (аффективными, шизофренией), а также реактивными психозами. В литературе все более широко стала освещаться проблема шизоаффективных психозов, в которых различным образом объединяются признаки, характерные для шизофрении и МДП (Н.М. Михайлова, 1974; *M. Roth, Mc. Clelland*, 1979 и др.) [15]. Психодинамическая концепция Мейера (1915) (*A. Meyer*; 1866–1950) также оказала значительное влияние на психиатрию. В основе этой концепции лежит представление о психических реакциях как о психобиологическом нарушении адаптивной реакции личности. В связи с этим вместо нозологического принципа он предлагает выделить следующие группы реакции: мерэргазии (неврозы), тимэргазии (аффективные расстройства), парэргазии и параноидные реакции (шизофрения и паранойя), дисэргазии (интоксикационные расстройства), анэргазии (приобретенный дефект), олигэргазии (врожденный дефект).

Так, Клейст (*E. Kleist*) (1921) [16] разделил маниакально-депрессивный психоз в понимании Крепелина на так называемые краевые психозы, циклоидные психозы и психозы настроения. Последние феноменологически и по течению наиболее соответствовали понятию маниакально-депрессивного психоза Крепелина. Они явились основой для дальнейшей углубленной разработки и формулирования концепции собственно аффективных психозов. Леонгард (*K. Leonhard*) (1957) [17] продолжил создание подобной классификации. Он выделил третью группу циклоидных психозов, которые гипотетически располагаются между шизофрениями и маниакально-депрессивным психозом, дал четкое описание основных синдромов – чистая меланхолия и чистая мания. Он впервые провел отчетливое разделение моно- и биполярных форм в группе фазных психозов, соответствующих психозам настроения Клейста. К монополярным (униполярным) психозам были отнесены фазные аффективные расстройства, характеризующиеся возникновением только депрессивных или только маниакальных состояний, к биполярным с наличием как депрессивных, так и маниакальных фаз.

Позже *H. Pope* (1980) и *E. Walker* (1981) [18] описали такие психозы, как рекуррентное аффективное расстройство.

Клинико-генетические исследования позволили Леонгарду, а затем и *J. Angst* (1966) [19], *C. Perris* и соавт. (1966; 1983) [20] высказать мнение о нозологической самостоятельности моно- и биполярных психозов. Такие представления о клинической и генетической гетерогенности аффективных психозов получили широкое распространение в современной психиатрии. Более того, с учетом выраженности какого-либо полюса расстройств настроения монополярный и биполярный аффективные психозы были разделены на дополнительные клинические варианты.

D.L. Dunner и соавт. (1976), а затем *J. Angst* (1980) [21] выделили 2 подтипа биполярного психоза: биполярный-I – когда в ходе заболевания наряду с субдепрессиями появлялись тяжелые (развернутые) маниакальные фазы; биполярный-II, при котором тяжелые депрессивные расстройства чередовались с гипоманиями.

В последующем *H.S. Akiskal* и соавт. (1983) [22] стали выделять биполярный-III, или условно монополярный психоз, при котором заболевание проявляется преимущественно депрессивными фазами, но развивается у личностей гипертимного склада и (или) у родственников такого пробанда наблюдаются гипомании. Сходную форму выделяли и другие исследователи (*J. Angst*, 1987).

В рамках монополярной депрессии стали выделять чисто депрессивное расстройство, болезнь депрессивного спектра и так называемые спорадические депрессии (*G. Winokur*, 1978, 1979; *N.C. Andersen*, 1979; [23,24]. Их дифференциация с самого начала была столь определенной, как при биполярных психозах, на что указывал *C. Perris* (1983). Более того, некоторые из описанных подтипов не имели типичных для аффективных психозов признаков. Так, при болезни депрессивного спектра отсутствует признак периодичности (*S. Puzyński*, 1978) [27].

Концепция клинической и генетической самостоятельности моно- и биполярных форм аффективного психоза опровергалась и наблюдениями о возможности перехода монополярного типа течения заболевания в биполярный. По данным Ю.Л. Нуллера (1976), *G. Winokur* и соавт. (1973, 1982), *S. Puzyński* (1978) это отмечается в 4–25% случаев [28, 26,29, 27].

Границы аффективных психозов значительно расширились в результате включения в эту группу атипичных биполярных психозов (“биполярное расстройство неопределенное” по *DSM-III-R*), не соответствующих традиционному понятию маниакально-депрессивного психоза. В них вошли психозы типа биполярный-II, описанные *G. Winokur* (1984) [29] и *J. Angst* (1986) [30], биполярный-III и др. Такие атипичные психозы стали рассматривать как переходные формы не только между моно- и биполярными аффективными психозами, но и как промежуточные варианты в континууме от шизоаффективного психоза до нормы (*E.S. Gershon et al.*, 1982) [31]. Таким образом, не только расширялись границы аффективных психозов, но и утрачивалась их нозологическая специфичность.

В настоящее время концепция генетической и клинической самостоятельности моно- и биполярных аффективных психозов получила широкое распространение и поддерживается многими не только зарубежными, но и российскими исследователями (*И.А. Полищук, Л.А. Булахова*, 1981; *В.П. Морозова*, 1983; *Б.С. Беляев*, 1991) [32, 33, 34]. Маниакально-депрессивный психоз рассматривается как один из клинических вариантов аффективных психозов, что и находит отражение в большинстве современных классификаций психических заболеваний. Следует отметить, что в некоторых из классификаций

синдромологические варианты рассматриваются как самостоятельные заболевания. Так, помимо вышерассмотренных подтипов, выделяется “первичная депрессия” (J.P. Feighner, 1972) [35], соответствующая критериям первичного аффективного заболевания С. Perris и G. Winokur. В научной диагностической системе (RDS) R.L. Spitzer и соавт. (1978) [36] противопоставляют это расстройство “большому депрессивному заболеванию”.

При сопоставлении различных диагностических систематик со всей очевидностью выступает противоречивость подходов к заданной проблеме, с извечным спором нозологического и синдромального принципов классификации, а также с целым рядом малоизученных субъективных и объективных факторов. Если в МКБ-9, более всего отражавшей нозологический принцип выделения аффективных заболеваний, имело место альтернативное разделение маниакально-депрессивного психоза на моно- и биполярные формы, то в соответствии с *DSM-III-R*, построенной по синдромальному принципу, клиническая дифференциация маниакально-депрессивного психоза как нозологической единицы была невозможна. Тот же синдромальный подход с ориентацией на социальный прогноз заболевания воплощен в *DSM-IV* и МКБ-10, где аффективные психозы “растворены” в нозологически сборной группе “расстройств настроения”.

Своеобразие данных систематик отражает новый препарадигмальный период развития психиатрии, формирующийся на фоне исторического развития дихотомии “нозология” – “симптоматология”, которая прослеживается еще со времен античности до наших дней.

О том, что синдромальная оценка психических болезней всегда учитывалась психиатрами, могут свидетельствовать слова великого русского психиатра П.Б. Ганнушкина (1928) [37]: “До сих пор мы знали лишь два направления в клинической психиатрии: направление симптомологическое и нозологическое; будущее, конечно, только за нозологическим направлением, хотя нужно сказать, и симптоматологическое еще не сказало своего последнего слова. Об этом свидетельствует эволюция Крепелина, который всю свою жизнь боролся с этим направлением и создал направление нозологическое; в одной из последних своих работ (1920) о громадном значении и важности симптомакомплексов – с тою, конечно поправкой, что все эти симптомакомплексы, все эти синдромы должны рассматриваться как проявления той или другой нозологической формы”.

Литература

1. Costa e Silva J. – A Facing depression: Editorial // WPA Teaching Bulletin on Depression. – 1993. – Vol. 1, N. 1. – P. 1.
2. Depression Guideline Panel. Depression in primary care: Diagnosis and detection // Clinical practice guideline. – Rockville: U.S. Dpt. of Health Care, 1993. – Vol. 1. – 125 p.
3. Katon W., Sullivan M.D. Depression and chronic mental illness // J. Clin. Psychiatry. – 1990. – V. 51. – Pp. 3–11.

4. *Ustun T.B., Sartorius N.*, Eds. *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. – Chichester, England: Wiley, 1995.
5. *Lyketsos C.G., Treisman G.Y.* Mood Disorders in HIV-infection // *Psychiat. Annales*. – 2001. – P. 31.
6. *Ruskin P.E.* Geropsychiatric consultation in a university hospital: A report on 67 referats // *Am. J. Psychiat.* – 1985. – Vol. 142, No. 3. – P. 333–336.
7. *Pauser H., Bergstrom B., Walinder J.* Evaluation of 294 psychiatric consultations involving in patients above 70 years of age in somatic departments in a university hospital // *Acta Psychiat. Scand.* – 1987. – Vol. 76, No. 2. – P.152–157.
8. *Al-Ansari E.A., el-HHu S., el-Hihi M.A. et al.* Patterns of psychiatric consultations in Kuwait general hospitals // *Gen. Hosp. Psychiat.* – 1990. – Vol. 12, No. 4. – P. 257–263.
9. *Hattori T., Taketani K., Esaki T.* Psychogeriatric patients in a general hospital: role of geropsychiatric consultation // *J. Psychiat. Neurol.* – 1990. – Vol. 44, No. 4. – P. 661–666.
10. *Bertolo L.D., Blanco J.B., Navarrete J.R. et al.* Hospital admittance: is it stressing at first rate. – 1996.
11. *Esquirol E.* Des maladies mentales. – Paris: Bailliere, 1838. (Reprinted in 1976 by Arno Press, New York.)
12. *Falret J.* La folie circulaire on a formes alternes // *Arch. Gen. De med.* – 1878. – P. 49–61.
13. *Baillarger J.C.* De la folie double forme // *Ann. Med. Psychol.* – 1854. – Vol. 6. – P. 369–381.
14. *Kraepelin E.* *Psychiatrie*. – Leipzig, 1909–1915. – 7:1–4.
15. Михайлова Н.М. Клинические особенности аффективных психозов, промежуточных между МДП и приступообразной шизофренией // *Журн. невропатол. и психиатр.* – 1974. – Т. 74, № 1. – С. 105.–112.
16. *Kleist K.* Autochtone degenerations-psychosen // *Z. für die gesamte Neurol. und Psychiat.* – 1921. – Bd. 69. – S. 1–11.
17. *Leonhard K.* Aufteilung der endogenen Psychosen. – Berlin, 1957.
18. *Walker E., Katton W., Harrop-Griffiths J. et al.* Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse // *Am. J. Psychiatr.* – 1988. – Vol. 45, No. 1. – P. 75–80.
19. *Angst J.* The course of affective disorders // *Psychopathology*. – 1986. – Vol. 19, No. 2 (Suppl.). – P. 47–52.
20. *Perris C.* A Study of Bipolar (Manic-depressive) and Unipolar Recurrent Depressive Psychoses // *Acta Psychiat. Scand.* – 1966. – V. 42, Suppl. 194. – 188 p.
21. *Angst J., Dobler-Mikola A.* The Zurich study: A continuum from depression to anxiety disorders // *Eur. Arch. Psychiat. Neurol. Sci.* – 1985. – Vol. 235, No. 3. – P. 179–186.
22. *Akiskal H.S., Cassano G.B.* The impact of therapeutic advances in widening the nosologic boundaries of affective disorders: Clinical and research implications // *Pharmacopsychiatry*. – 1983. – Vol. 16, No. 9. – P. 111–118.
23. *Winokur G.* Unipolar depression: Is it divisible into autonomous subtypes // *Arch. Gen. Psychiat.* – 1979. – Vol. 36. – P. 47–52.
24. *Andersen N.* Thought, language and communication disorders: II. Diagnostic significance // *Arch. Gen. Psychiat.* – 1979. – Vol. 36. – P. 1325–1330.
25. *Winokur G.* Psychosis in bipolar and unipolar affective illness with special reference to schizo-affective disorder // *Brit. J. Psychiatry*. – 1984. – Vol. 145, No. 7. – P. 236–242.
26. *Winokur G.* The types of affective disorders // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1973. – Vol. 156, No. 2. – P. 82–96.
27. *Puzyński S.* W sprawie klasyfikacji i nazewnictwa chorób afektywnych // *Psychiatr. Pol.* – 1978. – Vol. 12, No. 3. – P. 291–292.

28. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. – Ленинград: Медицина, 1981. – 208 с.
29. Winokur G. Psychosis in bipolar and unipolar affective illness with special reference to schizo – affective disorder // Brit. J. Psychiatry. – 1984. – Vol. 145, No. 7. – P. 236–242.
30. Angst J. The course of affective disorders // Psychopathology. – 1986. – Vol. 19, No. 2 (Suppl.). – P. 47–52.
31. Gershon E., Hamovit J., Guroff J. et al. A family study of Schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands // Arch. Gen. Psychiatr. – 1982. – Vol. 39. – P. 1157–1167.
32. Полищук И.А., Булахова Л.А. Клиническая генетика в психиатрии. – Киев: Здоровья, 1981. – 199 с.
33. Морозова В.П. Клинико-эпидемиологическая характеристика эндогенных психозов, протекающих депрессивными приступами // Журн. Невропатол. и Психиатр. – 1983. – № 4. – С. 570–577.
34. Беляев Б.С. Клиническая дифференциация и систематика эндогенных аффективных психозов // Журн. Невропатол. и Психиатр. – 1991. – Т. 91, № 12. – С. 51–55.
35. Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winokur, G. Munoz. R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research // Archives of General Psychiatry. – 1972. – Vol. 26. – P. 57–63.
36. Spitzer R.L., Endicott J., Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability // Archives of General Psychiatry. – 1978. – V. 35. – P. 73–82.
37. Ганнушкин П.Б. Предисловие // Труды психиатрической клиники (Девичье поле). – Москва, 1928. – Вып. 3. – С. 111.

History of Definition of Depressive Disorder (Summary)

By Lubova Hlebnikova

The article reviews the main points of depressive disorders definition since Hippocrates – V century AD till nowadays. The general attitude of scientists to mental disorders, the basic approaches to creation of classifications of illnesses and position of affective disorders in them, as well as influence of prevailing concepts in medicine on psychiatry were analyzed at each stage of development of scientific psychiatry. In the conclusion the position of depressive disorders in modern classifications of illnesses of the last decades and various diagnostic approaches are discussed.

Lubova Hlebnikova

Rīgas Stradiņa universitāte

Psihiatrijas un narkoloģijas katedra

Tvaika ielā 2, Rīga LV1005, Latvia

Tel. (+371) 9422062;

e-pasts: hlebnikdr@yahoo.com