

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЦИРКУЛЯРНЫХ ДЕПРЕССИЙ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ ЛИЧНОСТНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

И.Л. Степанов, А.В. Ваксман

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Аспекту взаимоотношений личностных особенностей и аффективных расстройств посвящались многочисленные работы на протяжении практически всего времени исследования депрессий [3]. Можно выделить два направления исследовательских работ: изучение и оценка определенных личностных черт у больных депрессивными расстройствами и изучение сосуществования депрессивных и личностных расстройств [17]. Существует несколько моделей [10] взаимодействия личности и депрессии с учетом различных теорий и клинических наблюдений. Эти модели включают в себя независимое существование, патопластичность, общую причинность, модель спектра, уязвимость или предрасположенность, неблагоприятные последствия (дефект). Большинство эмпирических исследований посвящены влиянию личностных расстройств на течение депрессии, то есть исследованиям в рамках модели патопластичности. По данным зарубежных исследований от 45% до 66% больных депрессивными расстройствами имеют сопутствующее расстройство личности [5, 12, 13, 16]. Преобладающим личностным расстройством (ЛР) среди больных депрессией называют пограничное личностное расстройство [5, 8] и уклоняющееся расстройство личности [7, 18]. Во многих исследованиях используется группирование личностных расстройств в соответствии с рекомендованным DSM-IV условным разделением на три кластера: кластер А – параноидное, шизоидное, шизотипическое личностное расстройство; кластер В – пограничное, истерическое, нарциссическое, асоциальное личностное расстройство; кластер С – уклоняющееся, зависимое, обсессивно-компульсивное личностное расстройство. При униполярной депрессии коморбидность выше с личностными расстройствами кластера С, а при биполярном аффективном расстройстве – с кластером В [19]. Различаются результаты исследований в оценке влияния сопутствующего личностного расстройства на тяжесть и течение депрессии. E.Corruble [5] отмечает, что лица с личностным расстройством оказывались моложе и при лечении депрессии им назначалось большее количество лекарств. G.I. Papakostas [14] указывает на значительную роль уклоняющегося расстрой-

ства в формировании недостаточного ответа на терапию. По данным Y.El Kissi [6] у больных, имеющих коморбидность по личностному расстройству, отмечалось более раннее начало заболевания, большая частота эпизодов депрессии и суицидальных попыток, худшее качество ремиссии. В исследовании C.M.Grilo [8] показано, что личностные расстройства (особенно обсессивно-компульсивное и пограничное) являются предиктором рецидива депрессии после первого эпизода. B.Riminger [16] подчеркивает, что сосуществование депрессивного и личностного расстройства существенно влияет на тяжесть состояния и резистентность к терапии. B.M.Iacoviello [9] приходит к выводам, что личностное расстройство кластера С является предиктором хронификации депрессии, а кластера В – тяжести и продолжительности депрессивного эпизода. Наблюдения других исследователей не столь категоричны. T.Petersen [15] не связывает терапевтическую резистентность с наличием сопутствующего расстройства личности, по мнению R.T.Mulder [12] личностное расстройство не является препятствием хорошего ответа на терапию. В мета-анализе результатов фармакотерапии депрессий у больных с личностным расстройством и без такового S.Kool [11] не выявил негативного влияния на динамику депрессии сопутствующей патологии личности, однако отметил большую эффективность комбинированной терапии (лекарственная терапия и психотерапия). G.Newton-Howes [13] отмечает, что коморбидность с личностным расстройством хоть и осложняет ответ на лекарственную терапию, но это не обязательно является плохим прогнозом для депрессии в целом.

Цель исследования: определить особенности течения депрессивных состояний у больных с наличием личностного расстройства и без такового при фазнопротекающих депрессивных расстройствах.

Материалы и методы

В исследование были включены больные, проходившие обследование и лечение в стационарном отделении Московского НИИ психиатрии, чье состояние соответствовало критериям депрессивного эпизода без психотических симптомов в структуре ре-

куррентного или биполярного аффективного расстройства. В исследование вошло 85 пациентов, 31 мужчина и 54 женщины, в возрасте от 19 до 60 лет, средний возраст мужчин 36 лет, средний возраст женщин 42,5 года. Средний возраст женщин был значительно выше. Было обследовано 65 больных рекуррентным депрессивным расстройством и 19 больных биполярным аффективным расстройством. Демографические характеристики представлены в табл. 1.

Тяжесть депрессии оценивалась с помощью шкалы депрессии Гамильтона (HDRS-17) и шкалы депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS), также оценивалась выраженность тревоги (шкала HARS). Самостоятельно пациентами заполнялся опросник SCL-90 и шкала депрессии Бека, а также личностный опросник PDQ-4. Для установления личностного расстройства использовался клиничко-анамнестический метод, диагноз устанавливался согласно критериям МКБ-10 по завершении депрессивного состояния. Данные опросника PDQ-4 носили вспомогательный характер. По критериям МКБ-10 категория расстройств личности приближается по степени выраженности к психопатическим нарушениям по критериям П.Б.Ганнушкина [2] и представляет собой выраженное нарушение аффективного реагирования и поведения с определенной степенью социальной дезадаптации. При анамнестическом исследовании, расспросе родственников для уточнения степени тяжести личностного нарушения у большинства обследованных не все критерии психопатии (тотальность, стабильность, социальная дезадаптация) в полной мере могли быть определены как постоянные. Это определяло категорию исследованных больных как «субпсихопатических» личностей, но с более выраженными нарушениями, чем при так называемой акцентуа-

ции. Особенно отчетливо выражена личностное расстройство, близкая к психопатическому регистру по постоянству присущих особенностей, в нашей выборке депрессивных больных психиатрического стационара проявлялась у «тормозимых» вариантов (зависимых, тревожно-уклоняющихся, обсессивно-компульсивных). Вследствие малого объема выборки было использовано группирование личностных расстройств по кластерам (аналогичное DSM-IV); кластер А – параноидное и шизоидное личностное расстройство, кластер В – истерическое, нарциссическое, эмоционально-неустойчивое и асоциальное личностное расстройство, кластер С – уклоняющееся, обсессивно-компульсивное и зависимое личностное расстройство.

Для сравнения уровня выраженности использовался непараметрический критерий Манна-Уитни, также сравнивалась частота признака (критерий Фишера).

Результаты

Сопутствующее личностное расстройство выявлено у 38 больных (45% случаев), в том числе у 14 мужчин и 24 женщин. В общей выборке личностные расстройства кластера С (уклоняющееся, зависимое, обсессивно-компульсивное) встречались в 26% наблюдений, что было значимо чаще по сравнению с расстройствами кластера А (6%, $p < 0,01$), и по сравнению с расстройствами кластера В (13%, $p < 0,05$). Среди женщин реже присутствовали расстройства кластера А (4%), чем кластера В или С (11% и 29% соответственно, $p < 0,05$) (табл. 1). При сравнении частоты расстройств каждого из кластеров между мужчинами и женщинами статистических различий не было.

При сопоставлении групп больных рекуррентным депрессивным и биполярным аффективным расстройством не выявлено значимых отличий в представленности больных с ЛР или без ЛР, и в представленности личностных расстройств различных кластеров (табл. 2). В дальнейшем обе группы сравнивались совместно.

Различий в возрасте начала заболевания, среднем возрасте, длительности депрессивной фазы у больных с личностным расстройством или без него не выявлено. Рассмотрение отдельно подтипов (кластеров)

Таблица 1

Общие характеристики обследуемых больных

Параметры	всего	Муж.	Жен.
Количество больных	85	31 (37%)	54 (63%)
Средний возраст	39,5	36,0	42,5**
Количество больных с диагнозом F33.1	65 (76,5%)	20 (65%)	45 (83%)
Количество больных с диагнозом F31.3	20 (23,5%)	11 (35%)	9 (17%)
Длительность заболевания (в годах)	10,2	10,0	10,4
Длительность депрессии перед поступлением (в месяцах)	5,6	5,5	5,7
Наличие сопутствующего личностного расстройства	38 (45%)	14 (45%)	24 (44%)
Кластер А	5 (6%)**	3 (10%)	2 (4%)
Кластер В	11 (13%)*	5 (16%)	6 (11%)*
Кластер С	22 (26%)	6 (19%)*	16 (29%)*

Примечания: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

Таблица 2

Количество больных с сопутствующим личностным расстройством в группах больных рекуррентным депрессивным и биполярным аффективным расстройством

Параметры	Без ЛР	С ЛР	Кластер А	Кластер В	Кластер С
Количество больных с диагнозом F33 (всего 65 больных).	37 (57%)	28 (43%)	3 (5%)	9 (14%)	16 (24%)
Количество больных с диагнозом F31.3 (всего 19 больных)	10 (50%)	10 (50%)	2 (10%)	3 (15%)	5 (25%)

личностных расстройств показало, что больные с сопутствующим расстройством кластера В были моложе, с более ранней манифестацией депрессивного расстройства (табл. 3). При наличии сопутствующего расстройства кластера С длительность депрессивной фазы была значимо больше (длительность фазы: длительность депрессии до поступления+длительность лечения в стационаре), чем у больных без личностного расстройства.

При сравнении тяжести депрессивного состояния с помощью шкал депрессии Гамильтона и Монтомгери-Асберг – статистически значимых различий между группами больных выявлено не было (табл. 4). Однако при сравнении данных по шкале депрессии Бека (субъективная оценка тяжести депрессии), а также при сравнении выраженности тревоги (Шкала HARS) были выявлены статистически значимые различия между группами больных с личностным расстройством и без (в группе с личностным расстройством показатели были выше). Во всех трех

кластерах показатели по шкале Бека были достоверно выше, чем у группы без личностных расстройств, уровень тревоги достоверно выше был у больных с личностными расстройствами кластера А и С по сравнению с больными без личностных расстройств.

Сравнение показателей шкал опросника SCL-90 (табл. 5) выявило большую выраженность в группе больных с сопутствующим ЛР симптомов депрессии, тревоги, враждебности, фобической тревоги, обсессивно-компульсивных симптомов, интерперсональной чувствительности, параноидных идей, психотицизма и чувства вины. При сравнении этих показателей для каждого из кластеров статистически значимые различия сохранялись (кроме враждебности) для кластера С по сравнению с больными без ЛР, и для кластера В (кроме соматизации, депрессии, фобической тревоги, чувства вины). Различия отсутствовали для кластера А по сравнению с группой больных без ЛР. При этом показатели нарушений сна, аппетита и мыслей о смерти статистически не различались.

Таблица 3

Возраст начала заболевания и длительность депрессивной фазы у больных

Параметры	Без ЛР	С ЛР	Кластер А	Кластер В	Кластер С
Количество больных	47 (55 %)	38 (45%)	5 (6%)	11 (13%)	22 (26%)
Средний возраст	42,6	37,0	46,2	27,9**	39,0
Возраст начала заболевания	31,8	28,4	34,5	21,5**	30,2
Длительность депрессивной фазы (в мес.)	6,5	8,8	10,5	3,9	11,1*

Примечания: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; ЛР – личностные расстройства.

Таблица 4

Выраженность депрессии у больных

Параметры	Без ЛР	С ЛР	ЛР кластер А	ЛР кластер В	ЛР кластер С
Шкала депрессии HDRS	22,3	23,5	23,1	20,3	23,8
Шкала депрессии MADRS	25,4	26,2	26,8	23,4	27,6
Шкала тревоги HARS	18,6	23,7*	25,5	23,2	24,7*
Шкала депрессии Бека	16,3	33,0*	36,8*	24,0*	33,8*

Примечания: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; ЛР – личностные расстройства.

Таблица 5

Выраженность симптомов у больных по данным SCL-90

Параметры	Без ЛР	С ЛР	Кластер А	Кластер В	Кластер С
соматизация	1,10	1,45	0,97	1,45	1,59*
обсессивно-компульсивные симптомы	1,36	1,92**	1,72	1,68*	2,12**
интерперсональная чувствительность	1,10	1,83**	1,34	1,78**	2,02**
депрессия	1,77	2,25*	2,03	2,11	2,40*
тревога	1,20	1,98**	1,25	2,01**	2,19**
враждебность	0,68	1,42**	1,21	1,65**	1,22
фобическая тревога	0,67	1,18*	0,46	1,34	1,44*
параноидные идеи	0,59	1,27**	0,86	1,80**	1,21**
психотицизм	0,58	1,12**	0,82	1,23**	1,16**
снижение аппетита	1,42	1,96	2,33	1,73	2,10
переедание	0,71	0,81	0,33	1,00	0,85
трудности засыпания	1,82	2,42	1,33	2,43	2,60
ранние пробуждения	1,33	1,78	2,00	0,89	2,30
беспокойный сон	1,56	2,39	2,10	2,23	2,45
мысли о смерти	1,43	1,44	1,67	1,0	1,87
чувство вины	1,49	2,49*	2,30	2,09	2,85**

Примечания: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; ЛР – личностные расстройства.

Обсуждение

Данное исследование можно назвать предварительным, однако оно позволяет сделать определенные выводы. Статистической разницы в количестве больных с сопутствующим личностным расстройством между рекуррентным и биполярным расстройством не выявлено. В обеих группах преобладают личностные расстройства кластера С. Больные с сопутствующим личностным расстройством были моложе и у них отмечалось более раннее начало заболевания. У лиц с сопутствующим личностным расстройством кластера С отмечалось достоверно более длительное течение депрессивной фазы. По общему клиническому впечатлению больные с сопутствующей личностной патологией данного типа хуже реагировали на лечение, им назначалось больше препаратов, у них чаще сохранялась и была более выражена остаточная симптоматика. Это согласуется с работами, отмечающими связь уклоняющегося-зависимого паттерна с более затяжным течением [1] и дезадаптирующее влияние личностных радикалов ригидного тревожно-депрессивного спектра [4]. Обращает на себя внимание, что длительность депрессивной фазы у лиц с сопутствующим личностным расстройством кластера В была короче, не достигая статистической значимости. При исследовании тяжести депрессии с помощью шкал HDRS и MADRS не было получено различий между больными с ЛР или без ЛР, равно как и при сравнении по кластерам. Значимая разница в оценке тяжести депрессии отмечалась при сравнении данных шкалы Бека, а также при сравнении данных шкалы тревоги HARS. Больные с личностной патологией имели более выражен-

ный тревожный компонент депрессии и субъективно оценивали свою депрессию как более тяжелую. Сравнение данных опросника SCL-90 показало достоверное преобладание в выраженности аффективной составляющей (подавленного настроения, тревоги), дополнительных симптомов (враждебность, обсессивно-компульсивные симптомы, интерперсональная чувствительность) у больных депрессией с сопутствующим ЛР. Значимые различия в выраженности нарушений сна, аппетита, соматизации и мыслей о смерти отсутствовали. Исходя из этого, можно предположить, что наличие личностной патологии отражается в более высоком уровне тревоги и субъективно более высокой оценке тяжести депрессии в результате формирования определенной личностной реакции на болезнь и текущее состояние.

Таким образом, лица с клинически проявляющимися личностными расстройствами составляют существенную часть больных аффективной патологией. Сопутствующее личностное расстройство оказывает значительное влияние на клинико-психопатологические особенности текущего депрессивного состояния. Например, в случае с представителями «тормозимого» кластера С требуется больше усилий в проведении лечебно-реабилитационных мероприятий по сравнению с больными кластера В с более коротким депрессивным эпизодом и в целом более эмоционально возбудимыми чертами характера. Для дальнейшего исследования необходимо более углубленное изучение отличий в структуре и течении депрессивного эпизода, а также значения сопутствующего личностного расстройства для характера и продолжительности ремиссий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банников Г.С. Роль личностных особенностей в формировании структуры депрессии и реакций дезадаптации: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1998. 24 с.
2. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. Н. Новгород: НГМД, 1998. 128 с.
3. Гараян Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 1. С. 80–81.
4. Степанов И.Л., Горячева Е.К. Комплексная оценка влияния структурно-психопатологических и личностных особенностей больных депрессией на их социальное функционирование // Психическое здоровье. 2011. № 11. С. 44–48.
5. Corruble E., Ginestet D., Guelfi J.D. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review // J. Affect. Disord. 1996. Vol. 12, N 2–3. P. 157–170.
6. El Kissi Y., Ben Nasr S., Ayachi M. et al. Comorbid personality disorders in major depressive disorder: a comparative study in 160 Tunisian female inpatients // Tunis Med. 2009. Vol. 87, N 11. P. 737–741.
7. Fava M., Alpert J.E., Borus J.S. et al. Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression // Am. J. Psychiatry. 1996. Vol. 153, N 10. P. 1308–1312.
8. Grilo C.M., Stout R.L., Markowitz J.C. et al. Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: a 6-year prospective study // J. Clin. Psychiatry. 2010. Vol. 71, N 12. P. 1629–1635.
9. Iacoviello B.M., Alloy L.B., Abramson L.Y. et al. The role of cluster B and C personality disturbance in the course of depression: a prospective study // J. Pers. Dis. 2007. Vol. 21, N 4. P. 371–383.
10. Klein M.H., Wonderlich S., Shea M.T. Models of relationships between personality and depression: toward a framework for theory and research. // Personality and Depression: A Current View / M.H. Klein, D.J. Kupfer, M.T. Shea (Eds.). New York: Guilford, 1993. P. 1–54.
11. Kool S., Schoevers R., de Maat S. et al. Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders: a systematic review and meta-analysis // J. Affect. Dis. 2005. Vol. 88, N 3. P. 269–278.
12. Mulder R.T. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review // Am. J. Psychiatry. 2002. Vol. 159, N 3. P. 359–371.
13. Newton-Howes G., Tyrer P., Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies // Br. J. Psychiatry. 2006. Vol. 188. P. 13–20.
14. Papakostas G.I., Petersen T.J., Farabaugh A.H. et al. Psychiatric comorbidity as a predictor of clinical response to nortriptyline in treatment-resistant major depressive disorder // J. Clin. Psychiatry. 2003. Vol. 64, N 11. P. 1357–1361.
15. Petersen T., Hughes M., Papakostas G.I. et al. Treatment-resistant depression and Axis II comorbidity // Psychother. Psychosom. 2002. Vol. 71, N 5. P. 269–274.
16. Riminger B. Depression and personality disorders: mutual influences // Encephale. 2010. Vol. 36, Suppl. 5. P. S123–S126.
17. Rosenbluth M., Kennedy S.H., Bagby R.M. Depression and personality. Conceptual and clinical challenges. Washington: Am. Psychiatr. Pub. Inc., 2005. 312 p.
18. Rossi A., Marinangeli M.G., Butti G. et al. Personality disorders in bipolar and depressive disorders // J. Affect. Dis. 2001. Vol. 65, N 1. P. 3–8.
19. Schiavone P., Dorz S., Conforti D. et al. Comorbidity of DSM-IV Personality Disorders in unipolar and bipolar affective disorders: a comparative study // Psychol. Rep. 2004. Vol. 95, N 1. P. 121–128.
20. Skodol A.E., Grilo C.M., Keyes K.M. et al. Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample // Am. J. Psychiatry. 2011. Vol. 168, N 3. P. 257–64. Epub 2011 Jan 18.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЦИРКУЛЯРНЫХ ДЕПРЕССИЙ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ ЛИЧНОСТНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

И.Л. Степанов, А.В. Ваксман

Настоящее исследование посвящено изучению влияния сопутствующего личностного расстройства (ЛР) на особенности течения депрессии в структуре рекуррентного депрессивного и биполярного аффективного расстройства. В исследование вошло 85 пациентов, 31 мужчина и 54 женщины, чье состояние соответствовало критериям депрессивного эпизода без психотических симптомов рекуррентного или биполярного аффективного расстройства. Сопутствующее личностное расстройство выявлено у 38 больных, 14 мужчин и 24 женщин. Больные с личностным расстройством были моложе, и у них отмечалось более раннее начало заболевания. У лиц с личностным расстройством кластера С (DSM-IV) отмечалось более длительное течение депрессивной фазы.

При исследовании тяжести депрессии с помощью шкал HDRS и MADRS не было получено отличий между больными с ЛР или без ЛР. При сравнении данных шкалы Бека и данных шкалы тревоги HARS у больных с сопутствующим ЛР показатели тяжести депрессии и тревоги были выше. При анализе данных SCL-90, выраженность аффективной составляющей (подавленного настроения, тревоги), дополнительных симптомов (враждебность, обсессивно-компульсивные симптомы, интерперсональная чувствительность) была значимо выше у больных депрессивным расстройством с сопутствующей личностной патологией.

Ключевые слова: личностные расстройства, депрессия, коморбидность.

THE COURSE OF CYCLICAL DEPRESSIONS IN PATIENTS WITH COMORBID PERSONALITY DISORDERS

I.L. Stepanov, A.V. Vaxman

This research measured the effect of comorbid personality disorder (PD) on the course of depression within the structure of recurrent depressive or bipolar affective disorder. Material: 85 patients (31 male and 54 female) who met the criteria of depressive episode without psychotic symptoms within recurrent or bipolar affective disorders. Comorbid personality disorder was diagnosed in 38 patients (14 male and 24 female). Patients with personality disorders happened to be younger, and showed an earlier onset of disease. Patients with personality disorders (C cluster in DSM-IV) also seemed to have a longer depressive phase. Investigation of severity

of depression using scales HDRS and MADRS did not show differences between patients with PD or those without PD. However, comparison of the data on the Beck Scale and the anxiety scale HARS, show higher scores of severity of depression and anxiety in patients with comorbid PD. The SCL-90 shows a significantly higher score on the affective component (depressed mood, anxiety) and additional symptoms (hostility, obsessive-compulsive symptoms, interpersonal sensitivity) in patients with depressive disorders and comorbid personality disorder.

Key words: personality disorders, depression, comorbidity.

Степанов Игорь Львович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник группы по исследованию депрессий отдела расстройств аффективного спектра ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: stig12006@rambler.ru

Ваксман Анна Владимировна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник группы по исследованию депрессий отдела расстройств аффективного спектра ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: vaksman_a@mail.ru