

УДК 616.895.4-05(048.8)

## ДЕПРЕССИЯ И ЛИЧНОСТЬ: ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. ЧАСТЬ I<sup>1</sup>

Н. Г. Гаранян

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о высокой распространенности депрессивных расстройств в разных возрастных группах, в том числе, среди молодежи, что делает актуальной задачу исследования факторов, влияющих на их возникновение и течение. Вопрос о характере, предрасполагающем к тоске и унынию, стал фундаментальной проблемой психиатрии и психоанализа со времен Э.Крепелина и З.Фрейда. В последние 30 лет проблема взаимосвязи личностных дисфункций и депрессии стала предметом активных исследований за рубежом. Их интенсификация обусловлена данными о негативных эффектах, вызываемых сочетанием аффективных расстройств с личностными дисфункциями. В коморбидности с личностным диагнозом депрессивные расстройства имеют более раннюю манифестацию, отличаются более тяжелой симптоматикой, сопряжены с большим числом суицидальных попыток, имеют худший прогноз. Сопутствующие личностные расстройства и отдельные дисфункциональные черты личности снижают эффективность лечения депрессий (медикаментозного и психотерапевтического), создают трудности рабочего альянса с пациентом и повышают риск преждевременного прерывания терапии.

Традиционно сведения о predispositional личностных характеристиках привлекались клиницистами для разрешения дискуссий о нозологической самостоятельности тех или иных форм аффективных расстройств. В настоящее время проблема личностных факторов депрессии перестает быть предметом исключительно академической науки и становится популярной темой прикладных исследований, содействующих более точному прогнозу эффективности терапии, выбору оптимальной стратегии лечения и преодолению резистентности.

Настоящий обзор отражает зарубежные теории личностных факторов депрессии и результаты их эмпирической проверки в период с 80-х годов прошлого века по настоящее время. Следует оговорить, что он не претендует на полноту отражения всех данных по указанной проблеме, а лишь фиксирует наиболее важные сведения из доступных для отечественного специалиста источников. В статье преимущественно представлены клинико-психологические теории и данные о монополярных формах депрессивных расстройств; за ее пределами оказались сравнительные исследования личностных характеристик больных с другими эндогенными и психогенными формами заболевания, а также сравнительные исследования больных депрессивными и тревожными расстройствами.

Анализ значительного числа концепций и большого объема эмпирических данных, накопленных в изучаемой области, требует специальных теоретических средств. В качестве этих средств мы использовали концептуальные модели, предложенные американской рабочей группой по изучению взаимосвязи личностных дисфункций и депрессивных расстройств (Network Task Force on Personality and Depression). В сентябре 1988 года в США состоялась конференция по проблемам личностных дисфункций при депрессивных расстройствах. Основные выводы участников конференции заключались в следующем: 1. «Личностные факторы, возможно, играют ключевую роль в патофизиологии, течении и лечении депрессий» [33]; 2. «Недостаток ясности в теоретических вопросах о взаимосвязи личностных характеристик и депрессий сильно затрудняет сопоставление результатов различных исследований и направлений, а также делает невозможной ясную коммуникацию между разными исследовательскими группами» [33]. Конференция послужила импульсом к учреждению в 1989 году рабочей группы, участвовать в которой были приглашены эксперты с международным признанием. Одним из результатов ее деятельности стало построение концептуальных моделей, которые составляют имплицитную основу многолетних клинических и психологических исследований,

<sup>1</sup> Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта РГНФ («Психологические факторы и методы диагностики эмоциональной дезадаптации у студентов и школьников», проект Т70; 08-06-00767а)

**Модели взаимосвязи личностных дисфункций и депрессии**

Название моделей	Теории и типы исследований
Модель общей причинности	- Исследования коморбидности личностных расстройств и депрессии - Теория социального поведения Л.Бенжамин - Теория К. Клонинджера
Модель спектра	- Концепции немецкой психиатрии (учение о «депрессивном темпераменте» Э.Крепелина, учение о «депрессивной психопатии» К.Шнайдера, концепции «статотимии» М.Шимоды и «типуса меланхоликус» Г.Телленбаха) - Концепции субаффективных расстройств Х.Акискала
Предиспозиционная модель (уязвимости)	- Психодинамические теории личностных факторов депрессии - Когнитивные теории личностных факторов депрессии - Эмпирические исследования депрессогенных личностных черт в современном параметрическом подходе
Патопластическая модель и модель осложнения	- Сравнительные исследования клинических характеристик депрессивных расстройств, коморбидных с личностными расстройствами и без сопутствующей личностной патологии - Исследования личностных факторов терапевтической резистентности

отражающих взаимосвязи личностных дисфункций и депрессивных расстройств – модели общей причинности, модели спектра, предиспозиционной модели, патопластической модели и модели осложнения (таблица). В статье излагаются основные положения этих моделей, а также приводятся теоретические и эмпирические исследования, соответствующие каждой из них.

#### Модели общей причинности

Модели общей причинности утверждают, что личностные дисфункции и депрессия являются независимыми патологическими феноменами, обусловленными общей глубинной причиной. В качестве такой причины чаще всего рассматриваются биологические процессы (например, норадренергическая дисрегуляция); реже в этом качестве фигурируют психологические механизмы или средовые условия (например, плохая родительская забота), а также понятия-гибриды (темперамент).

Одно из направлений исследований, соответствующее модели на эмпирическом уровне, предполагает изучение коморбидности депрессивных и личностных расстройств. Длительное время его реализация затруднялась отсутствием четких диагностических критериев личностных расстройств и инструментов для их измерения. В конце 80-х – начале 90-х годов появились современных диагностических классификаций, структурированных интервью и многомерных личностных шкал сделало их возможными.

Анализ фундаментальных обзоров свидетельствует о высокой коморбидности депрессивных расстройств и личностной патологии. Отмечается гетерогенность личностных стилей, связанных с большим депрессивным расстройством. По данным одного из обзоров [31], частота коморбидности с личностным диагнозом в стационарной выборке больных с текущим эпизодом этого расстройства варьирует от 20% до 50%; в амбулаторной выборке – от 50% до 85%. Пограничное личностное расстройство встречается у 10–30% больных этой формой депрессии, гистрионное – у 2–20%, антисоциальное – 0–10%, нарциссическое – у менее 5%.

Коморбидность шизотипического расстройства с большим депрессивным варьирует, по разным данным, от 0 до 20%, аналогичные показатели для параноидного расстройства – ниже 5%. Данные о распространенности шизоидного расстройства и личностных расстройств кластера С (тревожных, боязливых) в коморбидности с «большой депрессией» варьируют от исследования к исследованию. Например, встречаемость обсессивно-компульсивного расстройства в сочетании с большим депрессивным расстройством оценивается стабильно высоко (до 20%). Личностные расстройства чаще встречаются у больных, прибегавших к стационарному лечению и имевших большее число эпизодов «большой депрессии» в жизненной истории [37].

Исследовательской группой А.Бека оценивалась частота коморбидных личностных расстройств при различных вариантах депрессивного расстройства. Оказалось, что 50% пациентов с большим депрессивным расстройством, 52% пациентов с дистимией и 69% пациентов с «большой депрессией» в сочетании с дистимией имеют, по меньшей мере, одно личностное расстройство. Большинство личностных диагнозов относились к тревожно-боязливому кластеру, наиболее частыми были избегающее и зависимое расстройство [42]. Данные о личностном профиле больных, страдающих дистимией, носят противоречивый характер. Так, по данным другой исследовательской группы, наиболее частыми личностными диагнозами в этой группе были пограничное, гистрионное и избегающее расстройство [38].

Итальянские авторы сравнивали частоту коморбидных личностных расстройств у больных с монополярными и биполярными аффективными расстройствами [43]. Для больных монополярной депрессией наиболее частыми личностными диагнозами были: пограничное расстройство (31,6%), зависимое (25,2%) и обсессивно-компульсивное (14,2%). В группе больных биполярным аффективным расстройством преобладали пограничное (41%), нарциссическое (20,5%), зависимое (12,8%) и гистрионное (10,3%) расстройства. В целом, расстройства кластера С (тревожные/боязливые, клас-

сификация DSM-III-R) чаще встречались у больных монополярным вариантом депрессии.

Содержание моделей «общей причинности» не сводимо к эмпирической констатации высокой коморбидности личностных расстройств с депрессивными. В русле этой идеологии было разработано несколько клинко-психологических теорий. Теория Л.Бенжамин основана на «структурном анализе социального поведения» (structural analysis of social behavior, SASB) [цит. по: 33]. Два психологических фактора – беспомощность и самокритицизм (или сочетание обоих факторов) являются достаточными условиями для возникновения депрессии и одновременного развития ряда личностных расстройств.

Понятие «беспомощность» в подходе Л.Бенжамин трактуется как синонимичное «уступчивости» и «зависимости». Социальное отчуждение или разобщенность также могут быть связанными с депрессией, однако, они рассматриваются автором как вторичные реакции или психологические защиты против фундаментальной тенденции уступчивости. Беспомощность/уступчивость и самокритицизм, в свою очередь, формируются под влиянием ранних взаимодействий с родителями и значимыми другими. По мысли Л.Бенжамин, беспомощность/уступчивость формируется в контексте заброшенности или пренебрежения со стороны родителей; чрезмерная родительская доминантность и контроль также могут содействовать этому. Самокритицизм развивается в условиях ожесточенной критики и нападок со стороны родителей и значимых других. Таким образом, взаимосвязи депрессии и личностных расстройств детерминированы присутствием общего каузального фактора в онтогенетическом развитии.

Некоторые личностные расстройства более «запрограммированы» на беспомощность и самокритицизм; на этой почве депрессия будет наиболее вероятна. По мнению автора модели, «максимальную порцию» беспомощности/уступчивости включают зависимое, пограничное, компульсивное, шизотипическое, избегающее и пассивно-агрессивное личностные расстройства. Высокий самокритицизм предсказывает депрессивные состояния при пограничных, нарциссических, гистрионных, избегающих и пассивно-агрессивных расстройствах. Другие личностные черты могут определять момент возникновения депрессии. Например, нарциссическая личность становится депрессивной, когда утрачивается восхищение со стороны других людей; гистрионная – когда усилия, направленные на получение желаемой реакции со стороны других людей, терпят неудачу.

Модель К.Клонинджера также предполагает общую причинность личностных нарушений и расстройств аффективного круга [29]. Она охватывает депрессивные и тревожные расстройства, личностные дисфункции (как на уровне черт, так и расстройств), а также множество опосредующих пере-

менных. Базисное положение заключается в том, что депрессия, тревога и личностные расстройства обусловлены набором наследственно обусловленных темпераментальных черт «высокого порядка» (high-order traits) – «склонностью к поиску новизны», «избеганию вредностей» и «зависимостью от вознаграждений», каждая из которых связана с определенной нейробиологической системой (допаминергической, серотонинергической и норадренергической соответственно). Согласно гипотезе Клонинджера, «поиск новизны» отражает различия в системе поведенческой активации (behavioral activation). Высокие значения этого параметра свидетельствуют о склонности к исследовательскому поведению в среде, активному избеганию монотонии и импульсивности. Параметр «избегание вредностей» отражает индивидуальные различия в системе поведенческого угнетения (behavioral inhibition). Индивиды с высокими значениями этого параметра беспокойны, боязливы, застенчивы и быстро утомляемы. Наконец, «зависимость от вознаграждения» гипотетически отражает различия в системе поддержания поведения (behavioral maintenance system). «Зависимые от вознаграждения» индивиды описываются как преданные, теплые, любящие и эмоционально зависимые. Взаимодействия этих трех черт обуславливают развитие личности с характерными паттернами научения, переработки информации, настроения, реактивности на стресс и адаптации в течение жизни. Дисфункциональные личностные черты и личностные расстройства также возникают в результате комбинаций этих черт при взаимодействии со средой. Каждая из черт и связанных с ними нейробиологических систем лежит в основе различных видов тревоги и дисфории. Соматическая тревога связана с высокими значениями параметра «поиск новизны», когнитивная – с «избеганием вреда», а дисфория (депрессия) – с самым высоким уровнем «зависимости от вознаграждений».

На психологическом уровне «зависимости от вознаграждения» соответствует комплекс следующих характеристик: «готовность открывать интимные стороны жизни, потребность в похвале и одобрении в сочетании с чрезмерной склонностью уступать давлению со стороны других людей, сочувствовать им и подвергаться эксплуатации в ответ на сентиментальные призывы» [31, с. 582]. Фрустрация «зависимости от вознаграждений» средовыми обстоятельствами запускает цепочку биологических «событий» в центре уязвимости к депрессии (норадренергической системе): норадренергическая гиперактивность–гиперкортизолемиа–дисфорическое состояние. Модель предсказывает, что аффективные расстройства будут более частыми при тех личностных типах, где нет буферов против «зависимости от подкреплений» (циклоидном, гистрионном, пассивно-агрессивном, зависимом).

Как отмечают члены американской рабочей группы, «модели «общей причинности» логически убе-

дительно, вполне экономны и соответствуют задаче теоретической интеграции; однако, они крайне трудны для эмпирической проверки» [33, с. 4]. Она требует ретроспективной оценки гипотетического каузального фактора, который должен быть определен и измерен до манифестации каждого из расстройств. Депрессия и личностные дисфункции также должны быть определены и диагностированы как отдельные конструкты; для каждого из состояний должны быть установлены связи с общим причинным фактором. Реализация этих задач даже в тщательно спланированных лонгитудинальных исследованиях вызовет большие затруднения.

### Модели спектра

Модели спектра рассматривают личностные аномалии и депрессию как взаимосвязанные различные проявления одного и того же глубинного процесса болезни с общей этиологией и факторами риска. Предполагается, что одно нарушение предшествует другому и выступает как более ранняя фаза (или менее развитая форма) другого нарушения.

Модели «аффективного спектра» рассматривают патологический личностный стиль или расстройство как раннюю стадию или смягченное проявление первичной аффективной болезни (так называемые «субаффективные расстройства»). Главное допущение модели «характерологического спектра» состоит в признании первичности личностных дисфункций и вторичности депрессивных расстройств; углубление личностной патологии может провоцировать развитие отчетливых депрессивных фаз. В развитии патологии личности, в свою очередь, могут участвовать биологические и психосоциальные причинные факторы. Поскольку в моделях «характерологического спектра» депрессия рассматривается как вторичная по отношению к личностным чертам или расстройствам, они могут быть одновременно классифицированы как модели «уязвимости». Имея несомненное сходство с моделями общей причинности в вопросе этиологии, обе модели спектра рассматривают изменения личности и аффективную болезнь не как отдельные и сосуществующие феномены, а как некий континуум или общий патологический процесс.

Было предложено несколько концепций «депрессивной личности», различающихся клиническими характеристиками и представлениями о гипотетической каузальности [2, 3, 39]. Э.Крепелин утверждал, что «депрессивный темперамент» – это «рудимент» очерченных депрессивных эпизодов, «наподобие того, как пик горы вырастает из сходной по геологической структуре равнины» [цит. по: 39, с. 832]. Термин обозначал личностный тип, предрасполагающий к депрессивному компоненту маниакально-депрессивной болезни. Его основная характеристика заключается в резком доминировании негативного аффекта: «Депрессивный темперамент характеризуется состоянием перманентной эмоциональной мрачности во всех жизненных ипостасях» [8, с.

162]. Эти лица пребывают в постоянной подавленности, безрадостности, тревожности, унылом или отчаянном настроении, часто высказывают пессимистичные прогнозы, всегда серьезны, чем-то загружены, исполнены вины и самоуничижений, переживают недостаток веры в собственные силы и самоуважения. Этот личностный склад наследуется и становится заметным в юности, может существовать без изменений, а иногда трансформироваться в настоящую меланхолию. Несколько десятилетий спустя К.Шнайдер описал группу так называемых «депрессивных психопатов», которые рассматривают «страдание как знак качества и устанавливают аристократию дискомфорта», «оплакивают прошлое и боятся будущего», ипохондричны и одолеваемы всеми видами «пугал». К описаниям Крепелина он добавил еще несколько характеристик – гипогедонию (неспособность радоваться или расслабляться), скептицизм, ощущение перегруженности обязанностями, неспособность радоваться достигнутому успеху, несмотря на стремление много работать [15].

В 50-е годы идеи спектра развивались в исследованиях больных монополярной депрессией. Присущий им личностный склад японский психиатр М.Шимода описывал понятием «статотимии», подразумевающим склонность к педантизму, патологическую стойкость, застреваемость на мыслях и чувствах, повышенную требовательность к себе, чувство постоянной неудовлетворенности [цит. по: 3]. Немецкий психиатр Г.Телленбах на основании интервью у 119 больных монополярной депрессией описал «*typus melancholicus*» – особый тип депрессивной личности, которому присущи любовь к порядку, скрупулезность, зависимость от работы (невозможность отдыхать в выходные дни), добросовестность, повышенная ответственность, стремление к достижениям, преданность делу и совесть. В интерперсональных контактах этот тип людей склонен к тесным симбиотическим отношениям, зависимости, страху остаться одному [цит. по: 3]. В настоящее время положение о «*typus melancholicus*» как наиболее вероятном преморбидном варианте личности у больных рекуррентной монополярной депрессией считается доказанным [14, 34].

В конце XX века идеи немецких конституционалистов получили развитие в концепциях Х.Акиска-ла, ставшего ключевой фигурой американской психиатрии. Трансляция взглядов этого автора сталкивается с известными сложностями, порождаемыми стилем его профессиональной деятельности: обновляя и пересматривая свои взгляды с очень большой частотой, он распределяет их в громадном числе публикаций. Периодизация идей Х.Акиска-ла и их глубокий анализ могут составить предмет самостоятельного исследования. По мнению этого автора, личностные аномалии аффективного круга диагностически самостоятельны; они обладают характеристиками личностных расстройств и, в то

же время, являются частью аффективной болезни, поскольку могут рассматриваться как ее субклинические, длительно существующие проявления. В контексте настоящей статьи представляет интерес концепция субаффективных расстройств, при которых личностные дисфункции сочетаются и взаимодействуют с хроническими аффективными нарушениями [16]. Х.Акискалом и его коллегами было описано 3 варианта субаффективных состояний: субаффективное дистимическое расстройство, субаффективное циклотимическое расстройство и субаффективное пограничное расстройство.

В группе с субаффективным дистимическим расстройством уже к 25 годам или ранее проявляются личностные черты, описанные К.Шнайдером как характеристики «депрессивной психопатии» и некоторые меланхолические признаки. Оба комплекса характеристики (личностных и аффективных) атрибутировались общей биологической причине (что подтверждалось данными семейной истории, укороченной латентностью REM-фазы сна, положительной или гипоманиакальной реакцией на трициклические антидепрессанты или литий). Хотя высокий процент этих индивидов периодически переносил более тяжелые депрессивные эпизоды (т.н. двойную депрессию), автор полагает, что аффективное расстройство здесь, как правило, имеет более мягкие проявления, чем при других формах монополярных расстройств.

В дальнейшем на основе этих наблюдений Х.Акискал разработал критерии «депрессивного личностного расстройства», предназначенные для исследовательских целей. Если из МКБ-10 эта диагностическая категория была изъята, то в DSM-IV-R она была введена в 1994 году с указанием на необходимость ее дальнейшего научного изучения. Десятилетнее лонгитюдное исследование продемонстрировало умеренную стабильность этого личностного диагноза, сопоставимую с аналогичными показателями для других личностных расстройств [35].

Субаффективное циклотимическое расстройство было описано на основе наблюдения за пациентами с циклотимией, ищущими помощи по проблемам «личностной дезадаптированности». Дезадаптивные формы их поведения (бурные межличностные взаимоотношения, проблемы в сфере учебы и профессиональной занятости с частой сменой интересов и целей, эмоциональная нестабильность, периоды раздражительности, эпизоды промискуинности, импульсивное присоединение к культовым практикам) могли быть объяснены как личностной патологией, так и циклотимией. Аффективные нарушения стали очевидными только после «тщательного» клинического интервьюирования больных и характеризовались периодами раздражительности, агрессивными вспышками с последующим чувством вины, приступами веселья. Личностные дисфункции проявлялись в форме эмоциональной нестабильности, которая порождала «бури» в межличностных отношениях, препятство-

вала удачному супружеству, стимулировала пациентов к употреблению алкоголя или наркотиков. В семейной истории этих пациентов отмечалось накопление истерических, нарциссических, пограничных, социопатических или обсессивных черт. Расстройство дебютировало в раннем или среднем подростковом периоде в форме частых депрессивных и гипоманиакальных эпизодов.

Категория субаффективных пограничных расстройств описывает сочетание черт пограничного личностного расстройства и монополярных аффективных расстройств с «хроническим бурным течением» [17, с. 187]. Депрессии у этих лиц характеризуются чувствами пустоты и внутренней «плохости», конфликтной зависимостью от других людей, деструктивностью и интенсивным гневом. Аффективный компонент этого расстройства обусловлен тем же набором биологических факторов, что и в случае субаффективной дистимии; «пограничные» личностные черты связаны с нестабильными обстоятельствами онтогенеза. Манифестация и течение заболевания определяются взаимодействиями между хроническими аффективными расстройствами и «пограничной» аффективной нестабильностью. Предполагается, что повторяющиеся эпизоды эмоционального неблагополучия в ранние периоды жизни нарушают развитие Эго и системы взаимоотношений с лицами, осуществляющими заботу о ребенке; эмоциональная неустойчивость, присущая пограничному личностному типу, усиливает негативные последствия этих нарушений.

Концепция субаффективных расстройств получила уточнение в разработках Л.Сивера [44]. Этот автор предположил, что аффективный компонент во всех трех вышеописанных расстройствах связан с общим фактором темпераментальной природы – аффективной гиперсензитивностью к средовым стимулам, в основе которого лежит дисфункция холинергической системы. Если индивид наделен только аффективной гиперсензитивностью, у него разовьется субаффективное дистимическое или циклотимическое расстройство. Погораничное субаффективное расстройство развивается, когда повышенная эмоциональная чувствительность к стимуляции сочетается с другой характеристикой темперамента – аффективной нестабильностью, которая, в свою очередь, обусловлена дисфункцией серотонинергической системы. При взаимодействии с аффективной нестабильностью повышенная аффективная гиперсензитивность усиливается, что приводит к формированию стойких импульсивных черт личности и поведения по типу «отреагирования в действии».

Раскрывая взаимосвязь «личностные дисфункции – депрессия», Л.Сивер описывает цепь онтогенетических событий, в которой младенец с врожденной аффективной нестабильностью оказывает мощное влияние на поведение и эмоциональное состояние родителей, пытающихся успокоить его. Негативное настроение младенца действует как

«аффективный фильтр», через который происходит научение, осуществляется восприятие и оценка мира, а также переживание собственного «Я». Повышенная чувствительность к фрустрациям, опыту сепарации или наказаниям у таких детей может одновременно вызывать дисфорию и приводить к развитию стратегий, позволяющих избежать этого состояния (например, таких, как зависимость). Частые колебания настроения и негативно окрашенное восприятие себя и других «укрепляют ощущения собственного «Я» как дефектного, а лиц, осуществляющих заботу, как покидающих или фрустрирующих» [44, с. 1665].

Впоследствии Х.Акискал предложил более сложную мультикаузальную схему, где описанные «аффективные личностные черты» стали рассматриваться как «расстройства темперамента», опосредующие факторы биологического риска по клиническим формам аффективных расстройств [18, 20]. По мысли автора, учет характеристик темперамента содействует точному прогнозу течения аффективных расстройств, определению их типов и выбору оптимальной терапевтической стратегии. Так, в выборке больных монополярной «большой» депрессией были выделены 3 подгруппы – с острыми чертами депрессивного или гипертимного темперамента и без расстройств темперамента. Первая подгруппа, где депрессивное расстройство сочеталось с депрессивным темпераментом («двойная депрессия»), характеризовалась более тяжелой аффективной патологией и большей наследственной отягощенностью по большому депрессивному расстройству. Вторая подгруппа (депрессивное расстройство при гипертимном темпераменте) отличалась менее тяжелой психопатологией и имела наследственную отягощенность по биполярным расстройствам, что свидетельствовало о принадлежности этой депрессии к биполярному спектру. Больные без ярких темпераментальных характеристик оказались истинными «монополярными» (без глубокой депрессивности и крайностей эмоционального реагирования). Изучались две группы больных биполярным аффективным расстройством (II тип) – в сочетании с циклотимным темпераментом и без него. Подгруппа с расстройством темперамента характеризовалась ранней манифестацией аффективного заболевания, ранним возрастом госпитализации, большим количеством резидуальных симптомов в межприступном периоде, большей коморбидностью. Эти данные свидетельствуют, по мнению автора, о том, что сочетанное с расстройством темперамента биполярное расстройство II является более тяжелой формой аффективной патологии и может ошибочно диагностироваться как пограничное личностное расстройство [18, 20]. Наблюдения такого рода легли в основу последних разработок автора – концепции «биполярного спектра» [19]. К двум ранее описанным типам биполярного расстройства Х.Акискал присоединил еще два, сформулировав их клинические критерии.

Автор полагает, что эти дефиниции будут способствовать лучшему выявлению среди пациентов с депрессивными расстройствами тех, кто располагается на границе биполярного спектра. Состояние этих больных может быть дестабилизировано при лечении антидепрессантами; однако, они могут потенциально выиграть от терапевтических вмешательств, предназначенных для классических форм биполярного расстройства.

Цитированные источники свидетельствуют о том, что на современном этапе модели спектра вышли далеко за пределы своего изначального варианта и сочетают элементы моделей общей причинности, предрасположенности и патофизиологической модели в сложной и многофакторной онтогенетической картине.

В истории психиатрии идеи «спектра» существенно опередили другие взгляды на взаимодействие личностных дисфункций и депрессий. Их авторы открыли дискуссию, длящуюся в науке много десятилетий. Вместе с тем, в адрес современных вариантов моделей спектра высказывается известный скепсис: остается неясным, насколько личностные черты, наблюдаемые при субаффективных расстройствах (дистимических, циклотимических, пограничных), концептуально или эмпирически отличаются от мягких симптомов аффективных расстройств или состояний настроения. Аффективные проявления входят в критерии определенных личностных расстройств по DSM, что, согласно некоторым авторам, делает абсолютно бессмысленными и тавтологическими выводы о взаимодействии личностных и аффективных нарушений в рамках моделей спектра [45].

#### **Предрасположенностные модели (модели уязвимости)**

Базисное положение моделей «предрасположенности» или «уязвимости» заключается в следующем: одно состояние (как правило, личностные дисфункции) предшествует по времени и выступает как специфический фактор риска или предрасполагающее условие для клинической манифестации другого состояния (как правило, депрессии). Эти модели частично перекрываются с моделями спектра, однако между ними есть и существенные различия: 1) предрасположенностные модели не предполагают существования другой, более фундаментальной причины каждого из состояний; 2) так называемые «предрасположенностное условие» не всегда рассматривается в качестве необходимой причины вторичного расстройства. Предполагается, что определенный набор факторов или условий выступает как комплекс факторов риска по развитию другого состояния. Маршрут от факторов риска к клинической экспрессии расстройства может быть опосредован целой цепочкой функциональных связей (например, интровертированная личность не получает позитивного социального подкрепления, испытывает дефицит социальной поддержки и в

стрессогенных обстоятельствах становится депрессивной).

Большинство predisposиционных моделей сфокусированы на личностных чертах или расстройствах как predisposицирующих факторах. Однако логично предположить, что и депрессия (в особенности, ее хроническая форма) может выступать как predisposиционный фактор для возникновения стойких личностных черт или как фактор эволюции отдельных черт в полномасштабное личностное расстройство.

Положения модели уязвимости были конкретизированы в большом числе «диатез-стрессовых» моделей. Причины депрессивных расстройств рассматриваются как результат взаимодействия между predisposиционными характеристиками (чертами личности, темпераментом, когнитивными схемами/стилями) и средовым стрессом. Это взаимодействие может быть опосредовано дополнительными переменными – социальной поддержкой, стилями копинга, личностными ресурсами, чья роль рассматривается как защитная или буферная. Таким образом, в рамках данных моделей личность изучается в терминах активного взаимодействия индивида со средой, а не как композиция статичных черт.

К данному виду моделей можно отнести психоаналитические и когнитивные теории.

### **Исследования личностных факторов депрессии в психоаналитическом подходе**

В отличие от немецких конституционалистов, психоаналитики развивали учение о «депрессивном характере», возникающем в определенных средовых условиях. Психоаналитики не столько описывали какой-либо устойчивый личностный тип, сколько отдельные преморбидные личностные черты депрессивных. Первые попытки аналитического осмысления проблемы были предприняты К.Абрахамом и З.Фрейдом, чьи работы до сих пор активно обсуждаются в научной литературе при высокой частоте цитирования.

Взгляды К.Абрахама на депрессию проделали эволюцию (1911–1924 годы). В ходе первого этапа автор анализирует 6 историй болезни пациентов с МДП и делает вывод о том, что депрессия возникает в результате отказа от либидинозных влечений в силу амбивалентности по отношению к другим людям. Переживание любви у депрессивного сопровождается сильным чувством ненависти, которая подавляется и проецируется на других – «Не я неспособен любить, это другие меня не любят и ненавидят из-за моих врожденных недостатков». Доказательства присущей депрессивным враждебности просматриваются, по мысли К.Абрахама, в их снах, ошибочных действиях и символических актах. В ходе второго этапа К.Абрахам анализировал депрессию в контексте истории развития либидо и пришел к выводу о том, что депрессия соответствует регрессии на оральную стадию развития либидо. Больные депрессией описывают-

ся комплексом «оральных» черт – такими характеристическими производными «стремления кусать и поглощать», как повышенная требовательность, враждебность, недоброжелательность и интенсивная зависть в сочетании с пассивностью. На третьем этапе автор указывает на патогенную связь между «разочарованием в любви» и началом депрессии. Столкновение с такими межличностными обстоятельствами во взрослом возрасте оживляет пережитую на прездипальной фазе развития инфантильную травму (утраты или отвержения родителями) и сопряженный с ней конфликт любви-ненависти [цит. по: 21; 9].

Классическая работа З.Фрейда «Печаль и меланхолия», которую последователи называли «несущей колонной психоаналитической теории депрессии» [9, с. 684], фиксировала четыре универсальных условия, необходимых для развития меланхолии: 1) наличие детской травмы – разочарования в объекте привязанности или ранней утраты, которая создает predisposилку для определенного реагирования в последующем; 2) выбор объекта на нарциссической основе (видения в других скорее самих себя, чем отдельного человека при наличии очень сильной привязанности); 3) мнимую или действительную утрату реального или воображаемого объекта; 4) перенос гнева и ненависти на собственное «Я» (в силу нарциссического выбора определенные части «Я» были слиты с объектом, поэтому чувства, адресованные разочаровавшему человеку, переносятся на ту часть «Я», в которой представлен интернализованный и теперь ненавидимый объект) [12].

Ранние психоаналитические наблюдения послужили импульсом к многочисленным теоретическим и эмпирическим разработкам.

### **Исследования характеристик желаний и притязаний как личностных факторов депрессии**

Это направление связано с развитием идей Фрейда о депрессии как реакции на утрату. Впоследствии З.Фрейд выделил еще один механизм депрессии – «неудовлетворительный катексис влечения» [цит. по: 13, с. 268], который предполагает настойчивое желание некоего объекта и его репрезентацию в сознании как недоступного, что и порождает переживания утраты – чувство душевной боли, отличное от тревоги как предвосхищения опасности. Таким образом, недостижимые желания становятся важным фактором риска по развитию депрессии. Тематически они могут варьировать и выступать в форме: 1) желаний удовлетворения инстинктов и переживания низких уровней психического и умственного напряжения; 2) желаний привязанности, варьирующих от нормальных (быть в физическом контакте с объектом, делиться переживаниями и т.д.) до патологического стремления к слиянию; 3) нарциссических желаний, варьирующих от нормальных (справляться с импульсами, эмоциями, психическим функциони-

рованием и окружающей средой, потребности в любви и признании) до патологических – воплощать идеальное «Я» в форме физического, психического или морального совершенства, вызывать неограниченное восхищение, обладать всемогущим контролем над собственными проявлениями и над другими людьми. При разнице содержания сути невыполнимых желаний остается абсолютистская цель, делающая их слишком трудными или отдаленными от возможностей субъекта [28]. Эти идеи легли в основу исследований перфекционизма как патологического стремления к недостижимому совершенству.

### **Исследования самооценки и межличностной зависимости как личностных факторов депрессии**

Эта линия развивает идею З.Фрейда об обеднении Эго при депрессии и предполагает изучение характеристик Эго и способов регуляции самоуважения. Она была начата Э.Бибрингом.

Автор подчеркивал центральную роль переживания беспомощности и бессилия в генезе депрессии: не сама по себе утрата объекта является определяющей характеристикой, а репрезентация индивидом собственной неспособности достигать целей. Э.Бибринг формулирует следующее определение депрессии: «Депрессия может быть определена как эмоциональное выражение состояния беспомощности и бессилия Эго, независимо от того, что могло вызвать срыв механизма, регулирующего самооценку» [23, с.24]. Депрессивное состояние состоит не только из нереализованного желания, но и также (что более существенно) из репрезентации себя как бессильного удовлетворить желание, выстраивать нужную линию в жизни. В силу тесной взаимосвязи между саморепрезентацией субъекта и уровнем его телесного и психического функционирования, представление о собственном Эго как беспомощном и бессильном деактивирует устремления к объекту, порождая апатию и подавленность, которые образуют центральный компонент депрессивного состояния.

Комментируя возможные источники депрессии у взрослых, Э.Бибринг обращается к инфантильным переживаниям. Он не согласен с тем, что предрасположенность к депрессии вызвана нарциссической травмой, связанной с неудовлетворенностью оральных нужд. Частые фрустрации оральных потребностей ребенка индуцируют тревогу и гнев. Если фрустрация продолжается, несмотря на сигналы младенца, чувство гнева сменяется на состояние истощения, беспомощности и депрессии. Таким образом, не сама по себе «оральная фрустрация», а младенческий опыт состояний беспомощности Эго, когда ребенок бессильно получить необходимое, оставляет отпечаток на психике и является, по мысли Э.Бибринга, наиболее существенным предрасположающим фактором депрессии. Каждый раз, когда депрессивная личность чувствует себя

бессильной реализовать притязания, автоматически активируется весь опыт переживания беспомощности (реальный или воображаемый).

Последующие концепции развивают тезис о беспомощности Эго при депрессиях и описывают способы ее компенсации. Концепция Ш.Радо сфокусирована на детерминантах самооценки и сложных интерперсональных процессах у депрессивных больных. По мнению автора, этих лиц характеризует выраженная зависимость от другого человека в том, что касается удовлетворения их потребностей и самоуважения. В отношениях с другими они руководствуются «пассивно-рецептивными и нарциссическими желаниями»: стремлением получать поддержку, заботу, принятие, руководство или стремлением поддерживать самоуважение, ощущая восхищение других людей и используя их для поддержания собственного престижа и статуса. Движимые этими стремлениями, депрессивные люди часто развивают в себе незаурядную способность располагать людьми. Однако по мере обретения уверенности в отношениях, они становятся все более требовательными и агрессивными, что доводит партнера до границ толерантности и заставляет его стремиться к разрыву. После этого они впадают в другую крайность и начинают молить о прощении, развивая чувство вины и жалости к себе. Таким образом, в отношениях депрессивного с объектом любви Ш.Радо прослеживает особый стереотип: враждебность – чувство вины – «падение на колени». По мнению Ш.Радо, эта динамика восходит к очень ранним переживаниям «ярости-голода-сосания». Он убежден в том, что ядро депрессии составляет «желание быть кормленным матерью», что объясняет и описанную Абрахамом оральную фиксацию и стойкую потребность в поддержке и заботе со стороны других людей. Желательными для депрессивного становятся отношения, при которых другой человек «кормит его, все ему дает», а он в ответ может контролировать и терроризировать его, что приводит к разрыву и утрате. Последующая депрессия рассматривается Ш.Радо как процесс, направленный на возвращение любви нужного объекта. Этому интерперсональному процессу соответствует сложная внутриспсихическая борьба. После разрыва роль утраченного объекта принимает «Сверх-Я», которое критикует и наказывает депрессивного. Теперь «Я» ищет любви и прощения не со стороны внешнего, а интериоризированного в «Сверх-Я» объекта посредством аутоагрессии – через самообвинения и самонаказания [цит. по: 21].

О.Фенихел также характеризует депрессивную личность как патологически зависимую. Центральным элементом депрессии он считал колебания самооценки: «Индивиды, фиксированные на состоянии, в котором самоуважение регулируется снабжением извне..., чрезмерно нуждаются во внешних ресурсах. Всю жизнь они ненасытны. Речь идет о хронической жажде, направленной во

внешний мир. Если же его нарциссические потребности не удовлетворяются, то самооценка резко и опасно падает» [11, с. 504]. О.Фенихел полагал, что депрессивная личность в детстве перенесла «нарциссическую травму» (испытала разочарование в родительской любви), в результате чего самооценка и любовь других людей вошли в «единое уравнение самооценности».

Цитированные концепции легли в основу эмпирических исследований межличностной зависимости как личностного фактора депрессии.

### Исследования взаимосвязи между депрессией и агрессией

Это исследовательское направление развивает идею З.Фрейда о том, что депрессия вызвана «интроекцией агрессии на собственное «Я» вследствие утраты либидинозного объекта». Взгляды последователей варьируют от радикального признания агрессии в качестве универсальной характеристики и фундаментальной причины всех случаев депрессии (К.Абрахам, З.Фрейд, М.Кляйн) до сдержанного отношения к ней как к частному явлению, присутствующему в ряде клинических случаев, но не играющему важной причинной роли (Э.Бибринг). Вместе с тем, клинический опыт позволяет психоаналитикам утверждать, что агрессия – это «один из важных путей, ведущих к депрессии» [28, с. 939]. Механизмы взаимосвязи агрессии и депрессии могут быть различными. Если агрессивному обесцениванию подвергаются «объекты» собственной жизни (близкие индивиду люди, группы и организации, виды деятельности, в которые он вовлечен, предметы собственности, которыми он обладает), возникает особый внутренний мир, в котором нет ничего ценного, способного поддерживать самоуважение личности. Когда такой обесцененный мир сравнивается с фантазийным, полным идеализированных объектов, депрессия становится неизбежной. Если агрессия открытоотреагируется в адрес внешнего объекта (других людей), разрушая дружеские, семейные и коллегиальные отношения, снижается вероятность удовлетворения любовных влечений, достижения успеха, признания из внешнего мира. Наконец, агрессия, направленная против собственной личности, также служит механизмом депрессии. Постоянная самокритика повреждает репрезентацию «Я» и оказывает негативное воздействие на его функционирование, блокируя развитие способностей, удовлетворение желаний и поддержание самооценки. Эти теоретические рассуждения и клинические наблюдения легли в основу эмпирических исследований агрессии и враждебности при депрессивных расстройствах.

### Психоаналитическая типология депрессий

Интегрируя различные психоаналитические подходы, современный американский исследователь S.Blatt и соавт. описал анаклитическую (связанную с межличностной зависимостью) и интроективную

(связанную с высоким самокритицизмом) формы депрессивного расстройства [26]. Изучались онтогенетические пути, predisпозиционные личностные характеристики, бессознательные конфликты и клинические проявления, специфичные для каждой из них.

Возникновение анаклитической депрессии связано с проблемами в сфере привязанностей; ее манифестации часто предшествуют стрессогенные межличностные события – конфликты, разрывы, утраты и партнерские измены, вызывающие у зависимой личности переживания «брошенности», страх и отчаяние. Ей соответствуют такие клинические проявления как беспомощность, слезливость, неустойчивость настроения и злоупотребление психоактивными веществами. Индивид испытывает хронический страх быть покинутым, отчаянно желая быть любимым, ощущая заботу, опеку и защиту. Другие люди ценятся преимущественно за проявления заботы, комфорта и удовлетворения, которые они могут дать. Сепарация от других или утрата служат источником мрачных предчувствий, которые обычно перерабатываются с помощью примитивных средств в форме отрицания или отчаянного поиска замены [27].

При интроективной форме депрессии личностная уязвимость локализована в области самооценности и идентичности. Ей соответствуют ангедония, социальная отгороженность, интенсивные самообвинения, чувство вины, перманентное недовольство собой, переживания никчемности и неудачливости. Эти индивиды живут в постоянном «цензурировании» собственных проявлений и суровом самообесценивании, испытывая хронический страх неодобрения, критики и отвержения. Они стремятся к высоким достижениям, конкурируя с другими. Для личностей этого типа характерен интенсивный перфекционизм, заставляющий их тяжело и много работать. С помощью такой сверхкомпенсации они надеются обрести одобрение и принятие со стороны других людей. Способные добиваться многого, эти личности испытывают очень мало удовлетворения. В силу присущей им конкурентности, могут быть очень критичны к другим людям и злобно нападать на них – точно так же, как и на самих себя [24].

Онтогенетическими предшественниками анаклитической депрессии служит, по мысли S.Blatt, дефицит заботы в детско-родительских отношениях. Родители этих пациентов не смогли обеспечить постоянную заботу, уход или поддержку ребенку в том возрасте, когда она жизненно необходима. Интроективной депрессии онтогенетически предшествуют отношения «родитель-дитя», отягощенные проблемами силовой борьбы, контроля и автономности. Родительская практика чрезмерной властности, контроля, критики и неодобрения служит фактором риска для развития патологического перфекционизма и склонности к суровой самокритике.

Для верификации типологии депрессий S.Blatt был разработан специальный «Опросник депрес-

сивных переживаний» (Depressive Experience Questionnaire – DEQ). Результаты эмпирических исследований можно обобщить следующим образом: 1) показатели зависимости и самокритицизма (аналог перфекционизма) у больных значимо выше, чем у здоровых; 2) зависимость и, в меньшей степени, самокритицизм подвержены влиянию состояния; обе черты более отчетливо выражены во время депрессивного эпизода; 3) показатели по обеим подшкалам у больных депрессией вскоре после выздоровления остаются более высокими, чем у здоровых лиц; однако спустя еще 6 месяцев они приближаются к нормативным; 4) исходно высокие показатели зависимости и самокритицизма служат предиктором терапевтической резистентности; 5) эмпирически подтвердить различия между анаклитической и интроективной формами депрессий оказалось очень трудно, т.к. многие пациенты имели проблемы одновременно и в сфере привязанностей, и в области достижений [22, 32].

Модель «прототипов» П.Пилкониса, созданная на основе теории Дж.Боулби, также описывает два личностных стиля, предрасполагающих к депрессии. «Общим этиологическим фактором депрессии в обоих случаях является неудача в установлении безопасной привязанности..., а также неудача в своевременном установлении баланса между взрослой автономностью и потребностями в привязанности» [40, с.149]. Детский стиль «тревожно-избегающей» привязанности приводит к развитию взрослого паттерна компульсивной самодостаточности и чрезмерной автономности. Риск возникновения депрессии повышается, когда потребность «в мастерстве и контроле» фрустрирована такими событиями, как неудача в достижении цели. Противоположный стиль «тревожно-амбивалентной» детской привязанности трансформируется у взрослых лиц в «тревожную привязанность», для которой характерна потребность в чрезмерной зависимости. Риск депрессии возникает при воздействии интерперсональных стрессоров и утрат. Эти личностные стили не только факторы уязвимости или риска, но и определяют содержание депрессивных переживаний. Они оказывают влияние на результат лечения и повышают риск резидуальных симптомов. Группа сверхавтономных индивидов в большей мере выигрывает от когнитивной терапии; зависимая подгруппа – от интерперсональной терапии. В каждой группе депрессия может оказаться резистентной, пока не устранены основные стрессоры и не разрешены проблемные жизненные ситуации.

Многие авторы настаивают на существовании *нарциссических депрессий*, сердцевину которых составляет переживание фрустрации в достижении нарциссических притязаний «Я» [7, 23, 36]. Этот вид депрессии рассматривается как следствие ранее развившегося нарциссического расстройства личности. Выделяются два вида нарциссических расстройств: первое характеризуется постоянно сни-

женной самооценкой или трудностями в поддержании самоуважения и интегрированного «Я» [6, 7]. Второе обнаруживается у личностей, неспособных к зависимости от другого человека, демонстрирующих всемогущество и грандиозность, переживающих зависть и обесценивающих собственные объекты. В их патологических интернализированных и экстернализированных объектных отношениях центральную роль играет агрессия [4, 10].

При первом типе депрессия может стать неизбежным следствием низкой самооценки и деструктивных психологических защит. Одним из главных переживаний при этом виде депрессии становится стыд перед потенциальными свидетелями краха; фобическое избегание межличностных контактов практикуется как основной способ защиты от него. В результате индивид лишается полезного опыта с соответствующими упущениями в развитии ресурсов Эго и утратой жизненных возможностей. Эта последовательность (нарциссическое расстройство – стыд – фобическое избегание – Эго дефициты – утраты жизненных возможностей) порождает, в конце концов, чувство бессилия в реализации желаний. Определенные стрессогенные события также играют роль в развитии этого вида аффективной патологии. Если самооценка зависит от так называемых нарциссических расширений (знаков восхищения и признания со стороны других людей или личных достижений), любая неудача в функционировании этих конструкций подрывает нарциссический баланс и приводит к депрессии [21, 27]. В таких случаях депрессия носит хронический характер и становится частью личности.

При втором типе нарциссического расстройства (грандиозность и всемогущество, достигаемые с помощью принижения объекта) депрессия развивается в моменты, когда грандиозность коллапсирует вследствие столкновения с суровой реальностью или личностными ограничениями [5]. Депрессия является в данном случае результатом вредоносного воздействия деструктивного нарциссизма на межличностные отношения и способность заботиться о себе.

Приведенные сведения позволяют рассматривать объяснительную модель депрессии, предложенную психоаналитиками, как вариант предиспозиционной модели. Ее основной тезис заключается в признании центральной роли жизненной истории личности и травмирующей внешней реальности в возникновении депрессогенных переживаний беспомощности и безнадежности. Опыт длительного пребывания во власти тиранящих и садистических личностей, серьезной инвалидизирующей болезни (особенно в начале жизни), проживания в условиях заброшенности, оторванности от корней, родительских неудач и других вариантов физической и психологической боли может быть интроецирован в форме глубинного чувства невозможности как-либо изменить реальность [1, 7, 46]. Онтогенетические обстоятельства такого рода создают уязви-

мость для депрессивного реагирования в стрессогенные моменты зрелой жизни, которые субъективно и бессознательно воспринимаются как повторение детских травм. Психоаналитикам принадлежит первенство в описании ряда стрессогенных характеристик личности, формирующихся в тяжелых обстоятельствах детства (хрупкого самоуважения,

«оральных» черт характера, межличностной зависимости, перфекционизма, деструктивной агрессивности, враждебности, незрелых защитных механизмов). Эти дисфункциональные черты препятствуют успешной переработке стрессогенных обстоятельств и, более того, интенсифицируют жизненный стресс.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Балинт М. Базисный дефект. М.: Когито-Центр, 2002. 255 с.
2. Банников Г.С. Роль личностных особенностей в формировании структуры депрессии и реакций дезадаптации: дис. ... канд. мед. наук. М., 1998.
3. Борисова О.А. Особенности доманифестных состояний больных аффективным психозом: дис. ... канд. мед. наук. М., 1988.
4. Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. 365 с.
5. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. М.: «Класс», 2000. 475 с.
6. Кохут Х. Анализ самости. М.: Когито-Центр, 2003. 367 с.
7. Кохут Х. Восстановление самости. М.: Когито-Центр, 2002. 315 с.
8. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. М.: Медицина, 2004. 76 с.
9. Полмайер Г. Психоаналитическая теория депрессии // Энциклопедия глубинной психологии. М.: MGM-Interna, 1998. Т. 1. С. 681–740.
10. Соколова Е.Т., Чечельницкая Е.П. Психология нарциссизма. М.: Учебно-методический коллектор «Психология», 2001. 168 с.
11. Фенихел О. Психоаналитическая теория неврозов. М.: Академический проект, 2005. 845 с.
12. Фрейд З. Печаль и меланхолия. Одесса: ГосИздат, 1922. 32 с.
13. Фрейд З. Торможение, симптом и тревога // Истерия и страх. М.: фирма «СТД», 2006. С. 227–305.
14. Циркин С.Ю. Диагностика и систематика личностных типов // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. Т. 9, № 3. С. 81–84.
15. Шнайдер К. Клиническая психопатология. Классификация психопатических личностей // www.psychiatry.ru/library – интернет-ресурс НИЦПЗ РАМН.
16. Akiskal H. Personality as a mediating variable in the pathogenesis of mood disorders: Implications for theory, research and prevention // Depressive illness: Prediction of course and outcome / T.Helgason, J.Daly (Eds.). Berlin: Springer-Verlag, 1988. P. 113–146.
17. Akiskal H., Chen E., Davis G. et al. Borderline: An adjective still in search of a noun // J. Clin. Psychiatry. 1985. Vol. 46. P. 41–48.
18. Akiskal H. Temperament and depression: Impact on subtyping major depression // Medscape coverage of American Psychiatric Association 153rd Annual Meeting. 2000.
19. Akiskal H. Description of the bipolar spectrum // Psychopharmacol. Bull. 2008. Vol. 40, N 4. P. 99–115.
20. Akiskal H. The evolutionary significance of affective temperaments. Medscape, 2003. <http://www.psyoeducation.org/depression/akiskal>
21. Arietti G., Bemporad M. Depression. N.Y.: International University Press, 1976. 286 p.
22. Bagby R., Schuller D., Parker J. et al. Major depression and the self-criticism and dependency personality dimensions // Am. J. Psychiatry. 1994. Vol. 151. P. 157–159.
23. Bibring E. The mechanism of depression // Affective disorders. Psychoanalytic contributions to their study / P.Greenacre (Ed.). N.Y.: Int. Univ. Press, 1953. P. 13–48.
24. Blatt S. The destructiveness of perfectionism. Implications for the treatment of depression // Am. Psychologist. 1995. Vol. 50, N 12. P. 1003–1020.
25. Blatt S. The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis on anaclitic and introjective patients: The Menniger Psychotherapy Research Project Revisited // J. Am. Psychoanalytic Assoc. 1992. Vol. 40. P. 691–672.
26. Blatt S., Quinlan D., Chevron E. Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression // J. Consult. Clin. Psychology. 1982. Vol. 50. P. 113–124.
27. Blatt S., Zuroff D. Interpersonal relatedness and self-definition: two types of depression // Clin. Psychol. Rev. 1992. Vol. 59. P. 113–124
28. Bleichmar H. Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment // Int. J. Psycho-Anal. 1996. Vol. 77. P. 935–961.
29. Cloninger C.R. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states // Psychiatric Developments. 1986. Vol. 3. P. 167–122.
30. Cloninger C.R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants // Arch. Gen. Psychiatry. 1987. Vol. 44. P. 573–588.
31. Corruble E., Ginestet D., Guelfi J. Comorbidity of personality disorder and unipolar major depression: a review // J. Affective Dis. 1996. Vol. 37. P. 157–170.
32. Klein D., Harding K., Taylor E., Dickstein S. Dependency and self-criticism in depression: evaluation in clinical population // J. Abnorm. Psychology. 1988. Vol. 97. P. 399–412.
33. Klein M., Wonderlich S., Shea T. Models of relationships between personality and depression: toward a framework for theory and research // Personality and depression / M.Klein, D.Kupfer, T.Shea (Eds.). N.Y. – London: Guilford Press, 1993. P. 1–45.
34. Kronmuller K., Backenstrass M. Typus melancholicus personality type and the five-factor model of personality // Psychopathology. 2002. Vol. 35, N 2. P. 327–334.
35. Laptook R., Klein D., Dougherty L. Ten-year stability of depressive personality disorder in depressed outpatients // Am. J. Psychiatry. 2006. Vol. 163, N 6. P. 856–871.
36. Lax R. The narcissistic investment in pathological character traits and the narcissistic depression: some implications for treatment // Int. Psychoanal. 1989. Vol. 70. P. 81–90.
37. Melartin T., Rytala H., Leskela U. et al. Characteristics of patients with major depressive disorder // Bipolar Dis. 2002. N 6. P. 395–405.
38. Pepper C., Klein D., Anderson R. et al. DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression // Am. J. Psychiatry. 1995. Vol. 152, N 2. P. 239–247.
39. Phillips K., Gunderson J. Review of depressive personality // Am. J. Psychiatry. 1990. Vol. 147, N 7. P. 830–837.
40. Pilkonis P. Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy // J. Pers. Disorders. 1988. Vol. 2, N 2. P. 144–152.
41. Pilkonis P., Frank E. Personality pathology in recurrent depression: nature, prevalence, and relationship to treatment response // Am. J. Psychiatry. 1988. Vol. 145, N 7. P. 435–441.
42. Sanderson W., Beck A., Keswani L. Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia // Psychiatry Res. 1992. Vol. 42. P. 92–99.
43. Schiavone P., Dorz S., Conforti D. et al. Comorbidity of DSM-IV personality disorders in unipolar and bipolar affective disorders: a comparative study // Psychological Reports. 2004. Vol. 95, N 1. P. 121–128.
44. Siever L.J., Davis K.L. A psychobiological perspective on the personality disorders // Am. J. Psychiatry. 1991. Vol. 148, N 10. P. 1647–1658.
45. Widiger T.A. The categorical distinction between personality and affective disorders // J. Pers. Dis. 1989. Vol. 3, N 1. P. 77–91.
46. Winnicott D.W. The maturational processes and the facilitating environment. London: The Hogarth Press, The Institute of Psychoanalysis, 1965. 264 p.

**Ключевые слова:** депрессия, личностные расстройства, клинико-психологические теории.

**Key words:** depression, personality disorders, clinical psychological theories.

**Гараян Наталья Георгиевна** – ведущий научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава», кандидат психологических наук. e-mail: psyulab2006@yandex.ru