

# Являются ли перекрывающиеся симптомы атипичной депрессии, пограничного расстройства личности и биполярного расстройства II типа проявлением общего циклотимического диатеза?

GIULIO PERUGI<sup>1</sup>, MICHELE FORNARO<sup>2</sup>, HAGOP S. AKISKAL<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, University of Pisa, via Roma 67, Pisa, Italy

<sup>2</sup>Department of Neuroscience, Section of Psychiatry, University of Genoa, Italy

<sup>3</sup>International Mood Center, Department of Psychiatry, University of California at San Diego, La Jolla, CA, USA

*Концепции атипичной депрессии, биполярного расстройства II типа и пограничного расстройства личности (ПРЛ) имеют много общего. Мы исследовали связь между этими концепциями и личностными особенностями. Было изучено 107 пациентов, состояние которых отвечало критериям DSM-IV для депрессивного эпизода с атипичными чертами. Если оно соответствовало также критериям DSM-IV для ПРЛ (ПРЛ+), то у них в течение жизни значительно чаще, чем у пациентов без ПРЛ (ПРЛ-), встречались дисморфобия, нервная булимия, нарциссическое, зависимое, избегающее расстройства личности, а также циклотимия. У больных с ПРЛ также были более высокие показатели по таким пунктам Диагностической шкалы атипичной депрессии, как реактивно обусловленные смены настроения, чувствительность к межличностным контактам, снижение функционирования, избегание контактов с близкими и других контактов, а также по следующим пунктам Контрольной шкалы симптомов Хопкинса (HSCL): обсессивно-компульсивные симптомы, чувствительность к межличностным контактам, тревога, страх-враждебность, параноидные идеи и психотицизм. Методами логистической регрессии показано, что циклотимный характер во многом определяет связь атипичной депрессии с ПРЛ, предвосхищая 6 из 9 критериев DSM для последнего. Как свойственная пациентам с ПРЛ выраженная лабильность настроения, так и чувствительность к межличностным контактам, характерная для больных с атипичной депрессией, по-видимому, являются частью лежащего в их основе циклотимного диатеза.*

**Ключевые слова:** атипичная депрессия, пограничное расстройство личности, биполярное расстройство II типа, циклотимный характер  
(*World Psychiatry 2011;10:45-51*)

Связь между атипичной депрессией, биполярным расстройством II типа (БР-II) и пограничным расстройством личности (ПРЛ) остается малоизученной. Наша предыдущая работа (1,2), а также публикации других авторов (3-6) говорят об их общих клинических симптомах, которые встречаются на протяжении жизни.

Рубрика «атипичная депрессия» включает разнообразные депрессивные состояния, характеризующиеся реактивно обусловленной сменой настроения, чувствительностью к межличностным контактам (болезненной реакцией на критику или неприятие другими людьми), инвертированными вегетативно-соматическими симптомами, такими, как повышенный аппетит и гиперсомния. При описании атипичной депрессии неизменно подчеркивается ее связь с тревожно-фобическими расстройствами и преимущественный ответ на лечение препаратами из группы ингибиторов МАО.

Сходная с ней концепция «истероидной дисфории» применялась для описания определенной группы депрессивных больных, главным образом женщин, существенной особенностью которых является выраженная непереносимость, фрустрация, в частности после утраты романтических привязанностей. Бурная жизнь этих пациентов позволяет предположить у них БР-II и связанную с ним циклотимию или «мягкие» биполярные состояния (11-13).

К сожалению, большинство работ, посвященных атипичной депрессии, игнорирует очерченные биполярные

расстройства (9,10,14), что, по-видимому, неоправданно, так как в рамках униполярных и биполярных (БР-I) депрессий обнаружены атипичные симптомы (15), а при БР-II их значительно больше, чем при униполярной депрессии (16). Катамнестические исследования также говорят о частом переходе атипичных депрессий в биполярные расстройства (15,17).

По данным предыдущей работы (2), основанной на изучении 86 пациентов с атипичной депрессией соответствующими критериями DSM-IV, следовало, что в 32,6 % случаев можно было также диагностировать БР-II, еще 72% больных отвечали нашим собственным критериям расстройств биполярного спектра (депрессивный эпизод плюс гипомания или гипертимный характер). Изучение семейного анамнеза по биполярным расстройствам подтвердило наши клинические данные. Была показана частая коморбидность этих состояний с тревожными расстройствами (паническое расстройство-агорафобия, социальная фобия и обсессивно-компульсивное расстройство), а также с кластером В (драматическое, эмоционально-неустойчивое) и кластером С (тревожное или избегающее) расстройств личности. Эти результаты свидетельствовали о связи «атипичных черт» в структуре депрессии с дисрегуляцией аффективного темперамента (affective temperamental deregulation), чем можно объяснить частый диагноз «пограничного» («borderline») состояния у больных с атипичной депрессией (18).

В настоящей работе мы увеличили исследованную выборку и расширили ее цель за счет изучения динамики, феноменологии, семейного анамнеза, а также соотношений между расстройствами оси I и оси II DSM-IV у пациентов с атипичной депрессией с сопутствующим диагнозом ПРЛ (ПРЛ+) или без него (ПРЛ-). Чтобы лучше описать личностный профиль больных с атипичной депрессией, мы исследовали их характерологическую «почву» («temperamental underpinnings») и связь с другими расстройствами личности.

## МЕТОДЫ

В исследование вошли 107 пациентов, состояние которых соответствовало критериям DSM-IV для депрессивного эпизода с атипичными чертами (14 мужчин и 93 женщины, средний возраст  $31,5 \pm 8,8$  лет, диапазон — 16-55 лет) и которые на протяжении трех лет отбирались из числа поступивших в Институт психиатрии Пизанского университета, куда они обращались самостоятельно либо направлялись психиатрами, врачами общей практики и докторами других специальностей, примерно в равной степени из каждого источника. Критериями исключения были шизофрения, другие психотические расстройства и психоорганический синдром в анамнезе, а также тяжелые, некупируемые соматические заболевания. Все пациенты дали добровольное согласие на участие в исследовании.

Диагностика расстройств оси I проводилась с помощью Структурированного клинического интервью DSM-IV (19) и Полуструктурированного интервью для оценки депрессии (SID, 20). Шкала SID возникла в результате изучения 2500 пациентов в рамках совместной программы по изучению аффективных расстройств университетов Пизы и Сан-Диего в процессе написания этой работы. Ее Надежность для диагностики депрессии и особенностей характера («temperaments») была продемонстрирована в другой работе (21,22). Для изучения семейного анамнеза привлекались Исследовательские диагностические критерии для изучения семейного анамнеза (23). Особенности характера («temperaments») мы определялись с помощью наших операционных критериев (2,24), которые представляют собой модифицированные в Университете Теннесси критерии Шнайдера (26). Циклотимный характер определялся по Akiskal (27).

Для диагностики БР-II мы использовали два подхода. Первый основан на «консервативном» критерии DSM-IV, где длительность гипомании должна быть не менее 4 дней. Второй подход, отраженный в Шкале SID и подтвержденный в больших клинических и эпидемиологических исследованиях (28,29), говорит о возможности диагноза БР-II при наличии двух и более дней гипомании.

Диагноз «атипичная депрессия» требовал обязательного наличия ситуационно обусловленного изменения настроения (например, улучшение настроения в ответ на реальные или потенциальные положительные известия), а также не менее двух других критериев: значительная прибавка в весе или повышение аппетита, гиперсомния, «свинцовый паралич», длительное состояние фрустрации в ответ на неприятие другими (long-standing pattern of interpersonal rejec-

tion sensitivity), которое не ограничивается эпизодами нарушения настроения и приводит к выраженному социальному и профессиональному снижению, а также отсутствие меланхолических и кататонических симптомов во время одного и того же эпизода. Был достигнут высокий уровень надежности ( $\kappa=0,94$ ) для диагноза «депрессивное состояние с атипичными чертами».

Для диагностики текущей или наблюдаемой ранее дисморфофобии мы использовали полуструктурированное интервью (30). Пограничное, гистрионное, нарциссическое, избегающее, зависимое и обсессивно-компульсивное расстройства личности диагностировались с помощью соответствующих разделов Структурированного клинического интервью для оценки личностных расстройств оси II DSM-IV, версия 2.0 (SCID- II, 31).

Для оценки отдельных симптомов использовались следующие рейтинговые шкалы: Диагностическая шкала атипичной депрессии (ADDS, 32), полуструктурированное интервью, разработанное для оценки наличия и тяжести (в диапазоне от 1 до 6 баллов) атипичных особенностей в структуре депрессивного эпизода, Шкала депрессии Гамильтона (HRSD, 33) и ее модификация для оценки инвертированных вегетативно-соматических симптомов (34). Пациенты также заполняли контрольную шкалу симптомов Хопкинса (HSCL-90, 35).

Для анализа семейного анамнеза, эпидемиологических, клинических и динамических характеристик изученных подгрупп использовались t-критерий Стьюдента для сравнения количественных показателей (или U-критерий Манна-Уитни в случае необходимости) и критерий  $\chi^2$  для сравнения качественных показателей (или критерий Фишера при необходимости). Уровень двухсторонних различий был значим при  $p < 0,05$ .

Оценка отдельных симптомов, ассоциированных с ПРЛ, проводилась с помощью мультифакторного анализа отклонений по показателям Шкалы ADDS, отдельных и общих показателей Шкалы HRSD, показателей инвертированных вегетативных симптомов Шкалы HRSD и пунктов Шкалы HSCL-90 как независимых друг от друга критериев и диагноза ПРЛ как независимой переменной. С помощью метода многомерной логистической регрессии мы попробовали доказать роль аффективного характера и личностных расстройств как предрасполагающих факторов для диагностики ПРЛ в целом и отдельных его критериев.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Уровень биполярных расстройств (БР-I и БР-II) у изученных больных составил 24,6% ( $n=26$ ), а с учетом фармакогенной гипомании - 31,8%. Если расширить критерии расстройств биполярного спектра, включив в них также депрессивные состояния, ассоциированные с гипертимным или циклотимным характером (в DSM-IV последние могут быть отнесены к биполярному расстройству БДУ), то этот уровень возрастет до 77,6% ( $n=83$ ).

Пациенты с ПРЛ+ и ПРЛ- существенно не различались по полу, возрасту ко времени наблюдений, возрасту дебюта аффективного расстройства, начала лечения или первой госпитализации, количеству предшествующих депрессив-

**Таблица 1** Демографические показатели и клинические характеристики пациентов с атипичной депрессией с сопутствующим пограничным расстройством личности (ПРЛ+) или без него (ПРЛ-).

	ПРЛ+ (n=46)	ПРЛ- (n=61)	t или $\beta^2$ (df=2)	p
Пол (% женщин)	87.0	86.7	0	0.99
Возраст (годы, среднее $\pm$ SD)	30.0 $\pm$ 7.7	32.7 $\pm$ 9.4	-1.61	0.11
Возраст дебюта болезни (годы, среднее $\pm$ SD)	22.2 $\pm$ 7.8	23.2 $\pm$ 8.2	-0.6	0.54
Возраст начала лечения (годы, среднее $\pm$ SD)	24.6 $\pm$ 8.9	26.3 $\pm$ 10	-1	0.3
Возраст первой госпитализации (годы, среднее $\pm$ SD)	18.2 $\pm$ 15.0	18.3 $\pm$ 17	0	0.98
Длительность текущего эпизода (месяцы, среднее $\pm$ SD)	7.3 $\pm$ 7.3	14.0 $\pm$ 17.8	-2.41	0.02
Длительность болезни (годы, среднее $\pm$ SD)	7.7 $\pm$ 6.0	9.5 $\pm$ 7.6	-1.28	0.2
Число предыдущих депрессивных эпизодов (среднее $\pm$ SD)	3.3 $\pm$ 2.8	4.0 $\pm$ 4.0	-1.02	0.32
Число госпитализаций (среднее $\pm$ SD)	1.1 $\pm$ 1.8	1.5 $\pm$ 2.8	-0.82	0.42
Резидуальные (межприступные) симптомы (%)	84.4	77.6	0.76	0.4
Число суицидальных попыток (среднее $\pm$ SD)	1.1 $\pm$ 1.6	0.9 $\pm$ 1.9	0.38	0.7
Суицидальные попытки во время текущего эпизода (%)	32.6	15 $\pm$ 24.6	0.84	0.04
Психические расстройства у ближайших родных (%)				
Большая депрессия	52.2	50.8	0.06	0.8
Биполярные расстройства	10.9	9.9	0.22	0.73
Паническое расстройство-агорафобия	8.7	16.4	1.37	0.24
Обсессивно-компульсивное расстройство	4.3	5.0	0.55	0.46
Генерализованное тревожное расстройство	4.3	0	2.7	0.1
Расстройства пищевого поведения	4.3	4.9	0.08	0.77
Алкогольная зависимость	2.2	5.0	0.55	0.46
Зависимость от ПАВ	4.3	0	2.70	0.1

ных эпизодов, наличие резидуальных симптомов, стрессовых факторов и суицидальных попыток в прошлом (таб. 1).

В обеих группах были близкие показатели по наследственной отягощенности аффективными, тревожными расстройствами, нарушениям пищевого поведения, а также зависимостям от алкоголя и ПАВ. Различались группы только по длительности текущего эпизода (он был короче у пациентов с ПРЛ+) и уровню суицидальных попыток во время последнего рецидива (выше в группе с ПРЛ+).

В отношении расстройств оси I (таб. 2) мы не получили значительных различий между группами, за исключением рубрики «рекуррентная депрессия», которая чаще встречалась в группе ПРЛ-. Заслуживает внимания тот факт, что биполярность, понимаемая как в узком, так и в широком смысле, не разделяла группы.

Среди тревожных расстройств (см. таб. 2) в обеих группах чаще всего встречались паническое расстройство и агорафобия, в то время как обсессивно-компульсивное расстройство, социофобия и генерализованное тревожное расстройство были менее распространены, однако их уровни были близки в обеих группах. Дисторфия и нервная булимия чаще регистрировались в группе ПРЛ+, а расстройства зависимости от алкоголя и ПАВ были одинаково распространены в обеих группах. Расстройства личности, относящиеся к тревожному или драматическому кластеру, отмечались у всех больных. Нарциссическое, зависимое и избегающее расстройства личности чаще встречались в группе ПРЛ+, чем ПРЛ-, как и циклотимный характер.

Данные мультифакторного анализа показали, что группы различались между собой по показателям Шкалы ADDS ( $F=2,23$ ,  $df=12/94$ ,  $p=0,016$ ) и пунктам Шкалы HSCL-90 ( $F=2,51$ ,  $df=9/97$ ,  $p=0,013$ ), но не по пунктам и общему показателю Шкалы HRSD, а также показателям инвертированных вегетативных симптомов Шкалы HRSD.

Последующий однофакторный анализ это подтвердил: у пациентов с ПРЛ (ПРЛ+) были значительно более высокие показатели по таким пунктам Шкалы ADDS, как ситуационно обусловленные смены настроения, чувствительность к межличностным контактам, снижение социального функционирования, избегание контактов с близкими и других видов контактов. Различия также были получены по ряду пунктов Шкалы HSCL-90: обсессивно-компульсивные симптомы, чувствительность к межличностным контактам, тревога, страх-враждебность, параноидные идеи и психотицизм (табл. 3).

С помощью метода многомерной логистической регрессии показано, что циклотимный характер, а также нарциссическое, зависимое и избегающее расстройства личности являлись предикторами ПРЛ (табл. 4). У пациентов с ПРЛ (ПРЛ+) циклотимный характер вносил существенный вклад в 6 из 9 перечисленных в DSM соответствующих критериев ПРЛ: попытки избежать реального или воображаемого отказа (efforts to avoid real or imagined abandonment), нестабильные и чересчур интенсивные отношения с окружающими, нарушение идентичности, импульсивность, повторяющееся суицидальное или аутоагрессивное поведение, эмоциональная нестабильность, выраженные ситуационные колебания настроения.

Зависимое расстройство личности ассоциировалось только с критерием «попытки избежать реального или воображаемого отказа». Избегающее расстройство личности было связано с такими критериями, как нестабильные и чересчур интенсивные отношения с окружающими, а также нарушения идентичности; гистрионное расстройство личности - с нестабильными и чересчур интенсивными отношениями с окружающими, эмоциональной нестабильностью и с выраженными ситуационными колебаниями

**Таблица 2** Распространенность и коморбидность с расстройствами оси I и оси II пациентов с ПРЛ (ПРЛ+) и без него (ПРЛ-)

	ПРЛ+ (n=46)	ПРЛ- (n=61)	t или $\beta^2$ (df=2)	p
<i>Депрессивные типы (%)</i>				
Биполярное расстройство I типа	2,2	0	1,34	0,2
Биполярное расстройство II типа	26,1	21,3	0,33	0,6
Биполярное расстройство III типа (фармакогенная гипомания)	6,2	8,2	0,15	0,7
Биполярное расстройство БДУ (циклоидный/ гипертимный характер)	50,0	42,6	0,57	0,4
Биполярный спектр (в целом)	84,8	72,1	3,62	0,06
Депрессивный эпизод, рекуррентный	8,7	24,6	4,54	0,03
Депрессивный эпизод, единичный	4,4	3,3	0,83	0,8
<i>Тревожные расстройства (%)</i>				
Паническое расстройство	23,9	16,4	0,94	0,3
Паническое расстройство с агорафобией	50,0	42,6	0,58	0,4
Обсессивно-компульсивное расстройство	17,3	18,0	0,01	0,9
Социальная фобия	9 (19,6)	18 (29,5)	1,37	0,2
Генерализованное тревожное расстройство	4 (8,7)	4 (6,6)	0,17	0,7
<i>Другие расстройства оси I (%)</i>				
Дисморфофобия	55,8	36,1	3,99	0,05
Нервная анорексия	0	1,7	0,76	0,3
Нервная булимия	26,1	9,8	4,95	0,03
Зависимость от алкоголя	13,0	4,9	2,25	0,1
Зависимость от ПАВ	15,2	13,1	0,10	0,8
<i>Расстройства оси II (%)</i>				
Гистрионное	33,3	19,7	2,55	0,1
Нарциссическое	31,3	9,8	7,66	0,006
Обсессивно-компульсивное	34,8	29,5	1,29	0,6
Зависимое	63,0	34,4	8,63	0,003
Избегающее	73,3	52,5	4,76	0,03
<i>Аффективные характеры (%)</i>				
Депрессивный	17,4	27,9	0,23	0,2
Гипертимный	8,7	21,3	1,37	0,08
Циклотимный	58,7	27,9	11,72	0,001

настроения; нарциссическое расстройство личности — с импульсивностью.

## ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящей работе, по сравнению с более ранней публикацией (2), была расширена изученная выборка. Применяя «узкие критерии», базирующиеся на критериях DSM-IV, мы обнаружили, что 24% больных с атипичной депрессией могут быть считаться страдающими биполярными расстройствами. Использование же более широких критериев позволяет в 78% наблюдений предположить наличие «мягких» расстройств биполярного спектра, которые включают депрессивные состояния, сочетающиеся с гипоманиями, длящимися менее 4 дней, а также депрессивные эпизоды у личностей с циклотимным и гипертимным характером, которые не достигают порога, необходимого для диагноза БР-II в DSM-IV. Мы далеко не единственные исследователи, сообщающие о более высоком уровне распространенности расстройств биполярного спектра среди пациентов с атипичной депрессией (16,36,37).

В 43% случаев атипичные депрессии отвечали критериям DSM-IV для ПРЛ. Однако ПРЛ не являлось самым распространенным расстройством оси II. Так, более часто там встречались избегающее и зависимое расстройство личности, по-видимому, связанные с такими факторами,

как чувствительность к межличностным контактам и сепаратная тревога («separation anxiety»).

Группа ПРЛ+, по сравнению с группой ПРЛ-, характеризовалась более высоким уровнем коморбидности с расстройствами личности тревожного и драматического кластера оси II, в частности с нарциссическим, избегающим и зависимым расстройствами личности. Однако более значимой являлась связь больных обеих групп с циклотимным характером, что согласуется с мнением о связи характерных черт ПРЛ с эмоциональной нестабильностью циклоидного круга (4,6,12).

Методами логистической регрессии показано, что циклотимные черты объясняют многие, хотя и не все, особенности связи атипичной депрессии с ПРЛ, в частности, избегание отказа (avoidance of abandonment), нестабильные отношения с окружающими, нарушение идентичности, импульсивность, самоповреждающее поведение, раздражительность и повышенную реактивность. Нарциссическое расстройство личности, по-видимому, связано с импульсивностью, гистрионное расстройство личности объясняет нестабильные и чересчур интенсивные отношения с окружающими, эмоциональную нестабильность и выраженные ситуационные колебания настроения. Не так давно было показано, что наличие симптомов гипомании у молодых людей с нарциссическими и гистрионными чертами повышает вероятность суицидальных мыслей. Остается, правда, неясным, «что на что влияет: симптомы эмоциональных

**Таблица 3** Клиническая характеристика пациентов с ПРЛ (ПРЛ+) и без ПРЛ (ПРЛ-)

	ПРЛ+ (n=46)	ПРЛ- (n=61)	t	p
<i>Шкала атипичной депрессии (среднее± SD)</i>				
Обычная реактивность	53,5±25,5	44,4±18,3	2,09	0,04
Максимальная реактивность	70,2±15,8	65,1±12,1	1,9	0,06
Сенситивность	4,8±0,9	4,5±0,9	1,86	0,07
Качество отношений	4,3±1,0	3,5±1,1	2,05	0,04
Функциональное снижение	4,3±1,0	3,6±1,1	2,51	0,01
Избегание контактов с близкими	3,9±1,0	4,2±1,3	2,02	0,05
Избегание других контактов	4,0±1,2	3,6±1,1	2,07	0,04
«Свинцовый паралич»	4,6±1,2	4,2±1,3	1,72	0,09
Повышение аппетита	3,2±1,8	3,5±1,6	-0,86	0,4
Повышение количества съеденной пищи	3,2±1,8	3,3±1,6	-0,84	0,4
Прибавка в весе	2,4±1,6	2,8±1,4	-1,51	0,1
Прибавка в весе-повышение аппетита	2,3±2,0	2,5±2,0	-0,82	0,4
Гиперсомния	3,5±3,1	2,9±2,8	1,06	0,3
<i>Факторы Шкалы Гамильтона (среднее± SD)</i>				
Тревога-соматизация	0,9±0,3	0,9±0,4	-0,003	0,99
Вес	0,2±0,5	0,1±0,3	1,48	0,1
Когнитивные нарушения	1,0±0,5	0,8±0,4	2,04	0,04
Суточные колебания	1,2±0,7	1,0±0,7	1,63	0,1
Замедленность	1,4±0,7	1,3±0,5	1,6	0,1
Нарушения сна	0,5±0,5	0,5±0,5	-0,02	0,98
В целом	21,2±5,2	18,8±6,2	2,05	0,04
<i>Шкала Гамильтона для инвертированных симптомов (среднее± SD)</i>				
Отсутствие энергии	2,9±0,8	2,9±0,9	0,15	0,9
Социальная изоляция	1,7±1,0	1,8±1,1	-0,67	0,5
Повышенный аппетит	1,4 ±0,4	1,5±1,1	-0,28	0,8
Увеличение потребления пищи	1,3±1,2	1,5±1,1	-0,55	0,6
Стремление к углеводным продуктам	1,5±1,2	1,6±1,1	-0,42	0,7
Повышение веса	0,7±0,8	0,9±0,8	-1,6	0,1
Гиперсомния	1,9±1,7	1,5±1,5	1,3	0,2
<i>HSCL-90 (среднее± SD)</i>				
Соматизация	1,7±0,9	1,4±0,8	1,5	0,15
Обсессивно-компульсивные симптомы	2,1±0,9	1,9±1,0	1,9	0,1
Сенситивность	1,9±1,0	1,5±0,9	2,3	0,02
Депрессия	2,4±0,9	2,1±0,9	1,2	0,25
Тревога	2,0±1,0	1,5±0,9	2,5	0,01
Тревога-враждебность	1,7±1,0	0,9±0,7	4,0	0,0001
Фобическая тревога	1,3±1,0	1,0±0,7	1,4	0,09
Параноидные мысли	1,9±1,0	1,4±0,9	2,9	0,005
Психотицизм	1,4±0,8	1,0±0,7	2,5	0,01

расстройств на личность («гипотеза отпечатка»), или наоборот» (39).

Согласно Henry (39), ПРЛ и БР-II характеризуются различными типами аффективной лабильности: переход от раздражения и тревоги к нормальному настроению наблюдается при ПРЛ, в то время как переход от эуимии к депрессии и повышенному настроению и наоборот встречается у пациентов с БР-II. В наших наблюдениях лабильность настроения, враждебность и тревожно-избегающе-сенситивные черты, по-видимому, связаны с циклотимным характером. Другие авторы рассматривают аффективную лабильность при ПРЛ как одно из проявлений пролонгированной ультрабыстрой цикличности, которая сопровождается очень быстрой сменой настроения (40). Последнее утверждение напоминает классические описания циклотимии (1).

Гипотетически можно утверждать, что циклотимный диатез может быть связующей нитью между нарушением настроения, тревожными симптомами и расстройствами

импульсивности. Тревожно-сенситивные черты и враждебно-импульсивно-аддиктивное поведение скорее являются типичными характеристиками этого диатеза (41,42), преимущественно указывающего на семейную предрасположенность (43,44), чем отдельными, независимыми друг от друга, состояниями. Высокая коморбидность расстройств настроения, тревоги и импульсивности с ПРЛ была показана Zanagini с соавт. (45) на большой выборке госпитализированных пациентов с тяжелыми личностными расстройствами с их последующим катамнестическим наблюдением в течение 6 лет (46). Недавно было обнаружено, что коморбидность в течение жизни аффективных расстройств (расстройств настроения и тревоги) и расстройств импульсивности (злоупотребление алкоголем и нарушения пищевого поведения) значительно повышает вероятность диагноза ПРЛ (47). К сожалению, как это часто наблюдается среди исследователей «пограничных» («borderline») состояний, авторы последней работы не изучали циклотимию и другие расстройства биполярного спектра со специфичес-

**Таблица 4** Отношения шансов (odd ratios) и доверительные интервалы для постановки диагноза и критериев ПРЛ по DSM-IV

	Аффективные характеры				Расстройства личности			
	Гипер- тимный	Депрес- сивный	Цикло- тимный	Зависимое тимный	Избегающее	Гистри- онное	Нарцис- сическое	Обсессивно- компульси- вное
Пограничное расстройство личности*****			2,02 (1,6-2,5)	1,50 (1,1-1,9)	1,62 (1,1-2,1)			1,81 (1,2-2,4)
Попытки избежать реального или мнимого отказа*****			1,64 (1,2-2,6)	2,17 (1,8-2,6)				
Нестабильные и интенсивные межличностные отношения*****			2,66 (2,2-3,2)		1,94 (1,4-2,4)	3,83 (3,1-4,5)		
Нарушение идентичности***			1,74 (1,3-2,2)		1,66 (1,2-2,1)			
Импульсивность*****			2,23 (1,8-2,6)				1,75 (1,2-2,3)	
Повторные суицидальные попытки или аутоагрессивное поведение*			1,67 (1,3-2,1)					
Аффективная нестабильность, ситуационные колебания настроения****			1,67 (1,2-2,1)			2,06 (1,4-2,7)		
Хроническое чувство пустоты**								
Интенсивные, трудно контролируемые вспышки гнева								
Транзиторные, ситуационные параноидные идеи или тяжелые диссоциативные симптомы								

\*p<0,01; \*\*p<0,007; \*\*\*p<0,003; \*\*\*\*p<0,002; \*\*\*\*\*p<0,0001;

кими чертами, что, возможно, связано с практикой использования DSM-IV, где ПРЛ отличают от БР-II на основании «лабильности настроения». Последнее утверждение можно поставить под сомнение на основании исследования большого числа пациентов с депрессивными состояниями, которые проспективно наблюдались группой ученых по изучению депрессий из Национального института психического здоровья (НИМН), в котором было показано, что лабильность настроения являются типичным предиктором последующего БР-II (48).

Конечно, для того, чтобы понять предполагаемую связь характера и особенностей развития со сложными аффективными состояниями, которые мы описали, нужны методологически более точные проспективные исследования. Здесь следует напомнить о нашей работе по изучению «мягкой» биполярности среди пациентов с атипичной депрессией и симптомами ПРЛ (50), в которой было показано, что чрезвычайно важно защитить больных от индуцированных антидепрессантами изменений в состоянии и быстрой цикличности и стараться использовать фармакологические и психологические подходы, направленные на

предотвращение внезапной смены настроения и, как их следствие, симптомов импульсивности, враждебности и агрессивного поведения.

### Список литературы

1. Akiskal HS. Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. *Psychiatr Clin North Am* 1981;4:25-46.
2. Perugi G, Akiskal HS, Lattanzi L et al. The high prevalence of "soft" bipolar (II) features in atypical depression. *Compr Psychiatry* 1998;39:63-71.
3. Himmelhoch JM, Thase ME (eds). *The vagaries of the concept of atypical depression*. New York: Plenum, 1989.
4. Levitt AJ, Joffe RT, Ennis J et al. The prevalence of cyclothymia in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 1990;51:335-9.
5. Benazzi F. Prevalence of bipolar II disorder in atypical depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249:62-5.
6. Deltito J, Martin L, Riefkohl J et al. Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? *J Affect Disord* 2001;67:221-8.
7. West ED, Dally PJ. Effects of iproniazid in depressive syn-

- dromes. *BMJ* 1959;1:1491-4.
8. Davidson JR, Miller RD, Turnbull CD et al. Atypical depression. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:527-34.
  9. Quitkin FM, Stewart JW, McGrath PJ et al. Phenelzine versus imipramine in the treatment of probable atypical depression: defining syndrome boundaries of selective MAOI responders. *Am J Psychiatry* 1988;145:306-11.
  10. Liebowitz MR, Klein DF. Interrelationship of hysteroid dysphoria and borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1981;4:67-87.
  11. Dunner DL, Gershon ES, Goodwin FK. Heritable factors in the severity of affective illness. *Biol Psychiatry* 1976;11:31-42.
  12. Akiskal HS, Djenderedjian AM, Rosenthal RH et al. Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am J Psychiatry* 1977;134:1227-33.
  13. Himmelhoch JM, Thase ME, Mallinger AG et al. Tranylcypromine versus imipramine in anergic bipolar depression. *Am J Psychiatry* 1991;148:910-6.
  14. Posternak MA, Zimmerman M. Partial validation of the atypical features subtype of major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:70-6.
  15. Robertson HA, Lam RW, Stewart JN et al. Atypical depressive symptoms and clusters in unipolar and bipolar depression. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:421-7.
  16. Benazzi F. Atypical depression in private practice depressed outpatients: a 203-case study. *Compr Psychiatry* 1999;40:80-3.
  17. Zubieta JK, Pande AC, Demitrack MA. Two year follow-up of atypical depression. *J Psychiatr Res* 1999;33:23-9.
  18. Akiskal HS, Chen SE, Davis GC et al. Borderline: an adjective in search of a noun. *J Clin Psychiatry* 1985;46:41-8.
  19. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M et al. The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:624-9.
  20. Cassano GB, Akiskal HS, Musetti L et al. Psychopathology, temperament, and past course in primary major depressions. 2. Toward a redefinition of bipolarity with a new semistructured interview for depression. *Psychopathology* 1989;22:278-88.
  21. Perugi G, Musetti L, Simonini E et al. Gender-mediated clinical features of depressive illness. The importance of temperamental differences. *Br J Psychiatry* 1990;157:835-41.
  22. Perugi G, Akiskal HS, Micheli C et al. Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader European definition in 143 cases. *J Affect Disord* 1997;43:169-80.
  23. Andreasen NC, Endicott J, Spitzer RL et al. The family history method using diagnostic criteria. Reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1977;34:1229-35.
  24. Perugi G, Toni C, Travierso MC et al. The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. *J Affect Disord* 2003;73:87-98.
  25. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987;23:68-73.
  26. Schneider K. *Psychopathic personalities*. London: Cassell, 1958.
  27. Akiskal HS. New insights into the nature and heterogeneity of mood disorders. *J Clin Psychiatry* 1989;50(Suppl.):6-10.
  28. Benazzi F. Is 4 days the minimum duration of hypomania in bipolar II disorder? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001;251:32-4.
  29. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J et al. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000;59(Suppl. 1):S5-30.
  30. Perugi G, Giannotti D, Di Vaio S et al. Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11:247-54.
  31. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al (eds). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). Version 2.0*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 1994.
  32. Stewart JW, McGrath PJ, Rabkin JG et al. Atypical depression. A valid clinical entity? *Psychiatr Clin North Am* 1993;16:479-95.
  33. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967;6:278-96.
  34. Wallach JD. A connection between bulimia and depression? *Am J Psychiatry* 1986;143:390-1.
  35. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale — preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973; 9:13-28.
  36. Ebert D, Barocka A. The early course of atypical depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1991;241:131-2.
  37. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry* 2002;47:125-34.
  38. Shahar G, Scotti MA, Rudd MD et al. Hypomanic symptoms predict an increase in narcissistic and histrionic personality disorder features in suicidal young adults. *Depress Anxiety* 2008;25:892-8.
  39. Henry C, Mitropoulou V, New AS et al. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatr Res* 2001;35:307-12.
  40. Mackinnon DF, Pies R. Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disord* 2006;8:1-14.
  41. Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin North Am* 2002;25:713-37.
  42. McElroy SL, Kotwal R, Keck PE, Jr. et al. Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations? *J Affect Disord* 2005;86:107-27.
  43. Zanarini MC, Barison LK, Frankenburg FR et al. Family history study of the familial coaggregation of borderline personality disorder with axis I and nonborderline dramatic cluster axis II disorders. *J Pers Disord* 2009;23:357-69.
  44. Evans LM, Akiskal HS, Greenwood TA et al. Suggestive linkage of a chromosomal locus on 18p11 to cyclothymic temperament in bipolar disorder families. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2008;147:326-32.
  45. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1998;155:1733-9.
  46. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry* 2004;161:2108-14.
  47. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008;69:533-45.
  48. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ et al. Switching from 'unipolar' to bipolar II. An 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:114-23.
  49. Akiskal HS. Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:401-7.