

КЛИНИЧЕСКАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ

ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ, РЕЗИСТЕНТНЫХ К МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Н.Г. Гаранян, М.Н. Васильева (Москва)

Аннотация. В группах больных рекуррентной депрессией оригинальными инструментами оценивались показатели дисфункциональных личностных черт (перфекционизм, враждебность, дисфункциональные черты разных типов личности по классификации DSM-IV). Анализируются возможные связи перфекционизма и враждебности с явлениями хронификации и резистентности к медикаментозному лечению депрессий.

Ключевые слова: лечение резистентных депрессий, дисфункциональные личностные черты, перфекционизм, враждебность.

В публикациях последних лет приводятся данные о высокой распространенности депрессий и их тяжелых последствиях [1, 15]. Важным аспектом проблемы является хронификация депрессивных расстройств [13]. Хроническая депрессия встречается примерно у 4% всей популяции [11]. В 40% случаев состояние заболевших депрессией через год по-прежнему отвечает критериям депрессивного расстройства, в 20% депрессивный эпизод продолжается более 2 лет и в 17% случаев депрессия – в течение всей жизни [6]. Несмотря на появление большого количества новых психотропных препаратов и значительный прогресс в понимании механизмов их действия, число терапевтически резистентных больных не уменьшается и стабильно составляет 30% [5].

Исследования выявляют высокую коморбидность депрессивных расстройств с личностными. В таком сочетании депрессии имеют более раннюю манифестацию, отличаются более тяжелой симптоматикой, сопряжены с большим числом суицидальных попыток, имеют худший прогноз [1, 8, 12]. Высказываются гипотезы о том, что коморбидность с личностными расстройствами и отдельными чертами личности может снижать эффективность лечения депрессий, создавать трудности рабочего альянса и повышать риск преждевременного прерывания терапии. Их эмпирическая проверка дает противоречивые результаты. Обзор исследований за период с 1980 по 2000 г. завершается выводом о том, что личностная патология не является помехой эффективному лечению [12]. Однако недавний метаанализ большого числа публикаций показывает, что вероятность плохого результата в лечении депрессии в 2,3 раза выше в группе с коморбидным личностным расстройством [8].

В последние годы усилился интерес специалистов к отдельным дисфункциональным личностным чертам, которые могут быть связаны с возникновением и течением депрессии. До недавнего времени с этих позиций изучались личностные черты «высокого порядка» – нейротизм или параметры темперамента по К. Клонинджеру [12]. Важную перспективу в этом направлении задают исследования личностных факторов «низшего поряд-

ка» (межличностная зависимость, враждебность, перфекционизм, социотропность/автономность). Они представляют более живую, информативную и нюансированную картину личностных проблем пациента, чем такие предельно широкие конструкты, как «нейротизм», что оптимально для исследований личностных предикторов успеха терапии.

Перфекционизм (склонность следовать чрезмерно высоким стандартам деятельности и испытывать хроническую неудовлетворенность ее результатами) и *враждебность* (склонность наделять социальные объекты негативными качествами) стали предметом интенсивного изучения [2–4, 14]. В исследованиях, проведенных в рамках интервенционной программы «Depression Collaborative Research Program» (NIMH, США), установлено, что перфекционизм является значимым предиктором отрицательного результата для краткосрочных форм лечения депрессий [9]. Получены данные о деструктивном влиянии враждебности пациента на рабочий альянс со специалистами [10].

Отечественные исследователи выдвинули тезис о многомерной структуре перфекционизма [2, 8]. Сконструированный на этой основе инструмент включает два фактора, тестирующих наличие *высоких притязаний* и *высоких стандартов деятельности*, а также три фактора, тестирующих «когнитивные искажения», входящие в структуру перфекционизма – *искаженную социальную перцепцию* (восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания при постоянном сравнении себя с другими), *негативное селектирование* (селектирование информации о собственных неудачах и ошибках) и *поляризованное мышление* («все или ничего»). Этой же группой исследователей разработан оригинальный полупроективный тест враждебности. Исследования зафиксировали высокие показатели перфекционизма и враждебности в клинических (пациенты с депрессивными и тревожными расстройствами) и популяционных выборках (дезадаптированные студенты-первокурсники) [3, 4, 7]. В контексте терапевтической резистентности перфекционизм и враждебность до настоящего момента не изучались.

На основании изложенного были сформулированы следующие гипотезы исследования:

1. Пациенты с депрессивными расстройствами, резистентными к проводимой медикаментозной терапии (нореспонденты), характеризуются более высокими показателями перфекционизма в сравнении с пациентами с хорошей реакцией на лечение (респондентами).

2. Нореспонденты характеризуются более высокими показателями враждебности в сравнении с респондентами.

3. Нореспонденты характеризуются более высоким показателем общего личностного неблагополучия в сравнении с респондентами.

Испытуемые. Обследовались две группы испытуемых (респонденты и нореспонденты), проходившие медикаментозное лечение в условиях стационара. Обследование проводилось перед выпиской из стационара. Группу респондентов – 40 человек (9 мужчин и 31 женщина) составили больные рекуррентной депрессией, для которых характерны хорошие выходы из депрессивных эпизодов на одном курсе лечения антидепрессантами, редкая частота повторных депрессивных эпизодов, длительная ремиссия с достаточно высоким качеством жизни при практически полном отсутствии или незначительной выраженности депрессивной симптоматики в межприступном периоде, прочные ремиссии, в ряде случаев достигающие многих лет. В межприступном периоде эти испытуемые могли участвовать в профессиональной и повседневной жизни в полном объеме. Стаж заболевания в среднем составил 9,1 года; средний возраст – 41,3 года; показатель шкалы глобальной клинической оценки (General Clinical Impression, GCI) «Тяжесть заболевания» на момент госпитализации имел значение 4,4 балла, на момент выписки и обследования – 1,9 балла.

В группу нореспондентов – 40 человек (7 мужчин и 33 женщины), согласно определению понятия «резистентность», были включены больные рекуррентной депрессией с неблагоприятным течением заболевания, высокой частотой повторных эпизодов и неполными ремиссиями при вполне адекватно подобранной терапии [5]. У этих пациентов в межприступном периоде сохранялись значительное число симптомов депрессии, затруднения функционирования. Как правило, в ходе текущего депрессивного эпизода этим пациентам для достижения какого-либо сдвига в состоянии приходилось переживать длительный период подбора препарата; им проводилось несколько курсов (в среднем, 3-4, а в некоторых случаях – 6-7). Состояние этих больных полностью соответствовало определению хронической депрессии [15. С. 28]. Стаж заболевания в среднем составил 10,2 года, средний возраст испытуемых – 43,1 года, показатель шкалы GCI на момент госпитализации – 5,3 балла, на момент выписки и обследования – 2,9 балла.

Инструменты исследования

Для оценки эмоционального состояния использовались:

1. *Опросник депрессивности А. Бека* (Beck Depression Inventory – BDI, адаптирован Н.В. Тарабриной). Направлен на оценку 21 эмоционального и физического симптома депрессии на текущий период. Каждая из подшкал включает 4 варианта ответа, оцениваемых от 0 до 3 баллов. Подсчитывается сумма баллов 21 пункта. Максимальный балл – 63.

2. *Опросник тревоги А. Бека* (Beck Anxiety Inventory – BAI, разработан А. Беком с соавт.). Состоит из 21 пункта, отражающих соматические симптомы тревоги. Испытуемому предлагается выбрать по каждому пункту один из четырех ответов, в зависимости от того, насколько сильно беспокоил его каждый симптом в течение последней недели: «совсем не беспокоил» – 0 баллов, «слегка беспокоил» – 1 балл, «беспокоил умеренно – было неприятно, но я мог это переносить» – 2 балла, «беспокоил очень сильно – я с трудом мог это выносить» – 3 балла. Максимально возможная сумма баллов – 63.

Для диагностики личностных характеристик испытуемых использовались:

1. *Опросник перфекционизма Н.Г. Гараян и А.Б. Холмогоровой*. Состоит из 35 пунктов, тестирующих 6 параметров перфекционизма. К первоначальной версии инструмента было добавлено еще 6 пунктов, тестирующих «чрезмерные требования к другим людям». Испытуемому предлагается выразить согласие или несогласие с каждым утверждением, используя 4 формы ответа: «безусловно, да» (4 балла), «пожалуй, да» (3 балла), «пожалуй, нет» (1 балл), «безусловно, нет» (0 баллов). Подсчитываются показатель по каждой из 6 шкал (сумма баллов), а также общий показатель перфекционизма. Все факторы-шкалы обладают достаточно высокими показателями надежности (альфа Кронбаха от 0,6038 до 0,7855). Установлены высокие показатели надежности (коэффициент Guttman Split-half – 0,8835, коэффициенты корреляции r-Spearman при проведении тест-ретеста – от 0,523 до 0,795) [7].

2. *Проективный тест враждебности А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гараян* [3]. Содержит 14 утверждений, отражающих различные проявления доминантности, равнодушия, презрения к слабости. Инструкция просит представить, что испытуемый проводит опрос населения. Необходимо спрогнозировать его результаты, отметив в специальной графе, какой процент опрошенных согласился бы с данными утверждениями при условии анонимности. Величина этого показателя прямо пропорциональна выраженности негативных установок по отношению к другим людям. Установлена 3-факторная структура инструмента: 1-й фактор – видение других людей как «доминантных и завистливых»; 2-й фактор – видение других людей как «презирающих слабость»;

3-й фактор – восприятие других людей как «холодных и равнодушных». Подсчитываются баллы по каждому фактору и общий показатель враждебности. Коэффициент надежности Cuttman Split-half всего теста равен 0,681. Все фактор-шкалы обладают высокими показателями надежности (коэффициент альфа Кронбаха от 0,786 до 0,820). Установлены умеренно высокие показатели конвергентной валидности теста (связи его общего показателя с показателями BDI, а также шкалами Методики диагностики показателей и форм агрессии Басса-Дарки). Тест-ретест подтверждает надежность теста на достаточно высоком уровне ($r\text{-Spearman} = 0,62$, $p < 0,01$) [4].

3. *Опросник SCID-II* (The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders Questionnaire; SCID-II-PQ; First et al., 1997). Является частью инструментария, разработанного для диагностики II оси (зрелой личности) (DSM-IV). Тестирует наличие дисфункциональных личностных черт на основе классификации личностных расстройств, но не позволяет поставить диагноз личностного расстройства. Содержит 119 вопросов, тестирующих черты избегающего, зависимого, обсессивно-компульсивного, пассивно-агрессивного, депрессивного, параноидного, шизотипического, шизоидного, гистрионного, нарциссического, пограничного и антисоциального типов. Испытуемый выражает согласие или несогласие с каждым вопросом в форме «да» или «нет». Подсчитываются количество положительных ответов по каждому кластеру вопросов и суммарный показатель – «общий индекс личностного неблагополучия».

Результаты исследования

Результаты психометрической оценки эмоционального состояния свидетельствуют о том, что у группы нонреспондентов показатели депрессии достоверно выше, чем у группы респондентов (26,2 и 17,4 балла соответственно, $p = 0,001$, критерий Mann–Whitney). Показатели тревоги у нонреспондентов также превышают таковые респондентов (18,3 и 15,3 балла соответственно), однако эти различия не достигают уровня статистической значимости ($p = 0,314$). Показатели отдельных параметров перфекционизма, а также его общий показатель, зафиксированные в группах испытуемых, приведены в табл. 1.

При сравнении групп фиксируются результаты, согласующиеся с выдвинутой гипотезой. Суммарный показатель опросника достоверно выше в группе нонреспондентов. В этой группе отмечаются и достоверно более высокие показатели таких центральных параметров изучаемого конструкта, как «завышенные притязания и требования к себе» и «высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных». Нонреспонденты характеризуются достоверно более высокими показателем одного из когнитивных параметров перфекционизма – «селектированием информации о неудачах и ошибках».

По параметру «поляризованное мышление – «все или ничего» различия между группами оказались достоверными на уровне асимптотической значимости, в группе нонреспондентов этот показатель выше. Нонреспонденты адресуют нереалистично высокие ожидания не только к собственной личности, но и к поведению и результатам деятельности других людей. Параметр «чрезмерные требования к другим людям» у них достоверно превышает значения аналогичного показателя в группе респондентов.

Показатели враждебности в изучаемых группах испытуемых приведены в табл. 2.

Для нонреспондентов характерна более враждебная картина социального окружения в сравнении с респондентами. Они в большей мере склонны наделять других людей негативными качествами. Уровня статистической значимости различия между сравниваемыми группами достигают по 3-му фактору теста – восприятие других людей как «холодных и равнодушных». Средний показатель теста враждебности также выше в группе нонреспондентов, однако эти различия статистически недостоверны.

Показатели выраженности дисфункциональных черт различных типов личности по классификации DSM-IV в изучаемых группах приведены в табл. 3.

Гипотеза о более высоких значениях общего индекса «личностного неблагополучия» в группе нонреспондентов не нашла подтверждения в нашем исследовании. Сопоставление отдельных показателей опросника все же позволило выявить ряд существенных различий. По сравнению с респондентами группа нонреспондентов характеризуется статистически достоверно большей выраженностью черт избегающего, обсессивно-компульсивного и депрессивного типов личности, относящихся к третьему кластеру оси II DSM-IV – «тревожных/боязливых (fearful, anxious)». У респондентов достоверно больше выражены черты гистрионного, нарциссического и антисоциального типов личности, относящихся ко второму кластеру – «драматическому (dramatic)».

Обсуждение результатов

Результаты исследования фиксируют большую выраженность некоторых дисфункциональных черт в группе больных рекуррентной депрессией, резистентных к медикаментозному лечению. Показатели отдельных параметров перфекционизма и общий показатель опросника в группе нонреспондентов оказались достоверно более высокими в сопоставлении с аналогичными показателями респондентов. Эти результаты хорошо согласуются с данными уже цитированного проспективного исследования, в котором перфекционизм был связан с худшим результатом в краткосрочном лечении большого депрессивного расстройства [9]. Однако американский проект был основан на представлении о перфекционизме как об одномерном личностном конструкте, включающем лишь один параметр – «высокие стандарты».

Таблица 1

**Структура перфекционизма в группах больных рекуррентной депрессией
(опросник перфекционизма Н.Г. Гараян и А.Б. Холмогоровой)**

Показатели перфекционизма	Нонреспонденты		Респонденты		p
	M	SD	M	SD	
Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими)	13,8	4,5	12,1	4,0	,120
Завышенные притязания и требования к себе	9,0**	3,7	6,4	3,2	,003**
Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных	7,5**	3	5,6	2,8	,001**
Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	6,8*	3,0	5,0	2,2	,012*
Поляризованное мышление – «все или ничего»	5,9	3,3	4,6	2,5	,069 (t)
Чрезмерные требования к другим людям	15,6**	4,4	10,5	3,5	,005**
Общий показатель	69,0**	16,4	49,6	16,8	,005**

Примечание. M (mean) – среднее; SD – квадратичное отклонение.

* Различия достоверны, $p < 0,05$ (здесь и далее – критерий Манна-Уитни).

** Различия достоверны, $p < 0,01$.

Таблица 2

**Структура враждебности в группах больных рекуррентной депрессией
(Проективный тест враждебности А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гараян)**

Показатели враждебности	Нонреспонденты		Респонденты		p
	M	SD	M	SD	
1-й фактор теста – восприятие других людей как «доминантных и завистливых»	39,4	23,9	40,5	18,6	,580
2-й фактор теста – восприятие других людей как «презирающих слабость»	56,3	15,6	56,2	23,8	,355
3-й фактор теста – восприятие других людей как «холодных и равнодушных»	53,2*	18,1	43,0	19,6	,018*
Средний показатель	50,5	13,5	44,7	13,5	,113

Примечание. M (mean) – среднее; SD – квадратичное отклонение.

* Различия достоверны, $p < 0,02$.

Таблица 3

Дисфункциональные личностные черты в группах больных рекуррентной депрессией (SCID-II)

Дисфункциональные черты личности	Нонреспонденты		Респонденты		p
	M	SD	M	SD	
Избегающей	63,6**	20,7	46,8	23,3	,001**
Зависимой	48,6	19,1	51,1	19,4	,436
Обсессивно-компульсивной	55,6 *	21,8	46,4	20,1	,048*
Пассивно-агрессивной	44,9	24,1	51,7	20,6	,387
Депрессивной	60,8*	25,7	47,8	18,7	,013*
Параноидной	42,5	27,2	46,8	21,2	,315
Шизотипической	20,5	19,1	24,4	21,2	,490
Шизоидной	59,1	18,8	61,8	25,8	,392
Гистрионной	31,4	24,0	52,8**	26,5	,001**
Нарциссической	25,2	16,4	38,1**	20,3	,004**
Пограничной	49,1	19,7	47,7	24,6	,663
Антисоциальной	10,4	12,7	16,3**	10,6	,002**
Общий индекс личностного неблагополучия	36,3	10,5	38,7	7,2	,157

Примечание. M (mean) – среднее; SD – квадратичное отклонение.

* Различия достоверны, $p < 0,05$.

** Различия достоверны, $p < 0,01$.

В настоящее время ряд авторов отстаивают идею о многомерности перфекционизма, что позволяет гораздо лучше понять, как вполне реалистичное стремление работать хорошо трансформируется в деструктивную личностную установку [2, 7].

По нашим данным, нонреспонденты отличаются от респондентов по целому ряду параметров перфекционизма: «завышенным притязаниям и требованиям к себе», «высоким стандартам деятельности при ориентации на полюс самых успешных» «селектированию информации негативным смыслом», «чрезмерным требованиям к другим людям». На наш взгляд, эти данные позволяют развить идею о взаимосвязи перфекционизма и терпеливой резистентности и сформулировать ряд конкретных предположений о ее механизмах. В силу чрезмерно высоких стандартов и притязаний пациент может развивать неадекватные ожидания от темпов и сроков терапии, надеясь на «быстрое и чудесное» исцеление.

Когнитивные параметры перфекционизма (склонность к селектированию информации с негативным смыслом, поляризованной оценке результата деятельности по принципу «все или ничего») могут быть связаны с «избирательной слепотой» на маленькие сдвиги, в форме которых обычно и происходит прогресс в терапии, а также с их обесцениванием. Интерперсональный аспект перфекционизма («чрезмерные требования к другим людям») может подрывать рабочий альянс со специалистами, порождая чувство недоверия, частые разочарования из-за чрезмерно высоких требований к их профессионализму, отзывчивости, личностным качествам. Перфекционизм может приводить к резкому усилению стрессогенности повседневной жизни: повышать число конфликтных и конкурентных ситуаций в общении с риском одиночества, увеличивать количество воспринимаемого неуспеха. Хронический повседневный стресс, в свою очередь, сопряжен с высоким риском резистентности в изолированном медикаментозном лечении депрессий [10].

Частичное подтверждение в нашем исследовании нашла гипотеза о более высоких значениях показателя враждебности в группе нонреспондентов. Оказалось, что больные рекуррентной депрессией с худшим ответом на проводимую терапию отличались от группы с хорошим ответом на терапию более высокими значениями такого фактора теста, как «восприятие других людей в качестве холодных и равнодушных». Эти результаты соответствуют данным предшествующих работ, зафиксировавших связь между личностной чертой «враждебность» и депрессией [3].

Гипотетически психологические механизмы, в силу которых враждебность затрудняет успешное лечение депрессий, можно представить следующим образом. Склонность наделять других людей такими качествами, как холодность и равнодушие, может существенно искажать восприятие личностных качеств и действий ле-

чащего врача, порождать недоверие к нему, что неизбежно подрывает рабочий альянс со специалистом. Как и перфекционизм, враждебность может быть сопряжена с повышенной стрессогенностью повседневной жизни. В то же время восприятие других людей как «холодных и равнодушных» фактически отражает дефицит воспринимаемой социальной поддержки, которая служит главным фактором успешной переработки стресса. Безусловно, каждый из этих гипотетических механизмов нуждается в эмпирической проверке.

Наиболее спорным аспектом нашего исследования становятся результаты, полученные с помощью SCID-II. В нашем исследовании не нашла подтверждения гипотеза о большем личностном неблагополучии в группе нонреспондентов. Эти результаты соответствуют данным целого ряда зарубежных работ, где также не удалось зафиксировать большее число случаев коморбидности с личностными расстройствами среди больных депрессиями, резистентными к медикаментозной терапии [12]. Однако анализ отдельных показателей инструмента выявил характерные личностные профили испытуемых сравниваемых групп. Нонреспонденты характеризовались преобладанием черт личностей «тревожно/боязливого кластера». Отметим, что вопросы, тестирующие черты депрессивного типа личности, могут обнаруживать значительную зависимость от текущего аффективного состояния; таким образом, наибольшую весомость имеют данные о высокой представленности черт избегающего и обсессивно-компульсивного типов у нонреспондентов. Личности избегающего типа стойко придерживаются компенсаторной стратегии избегания в силу страха отвержения в социальных контактах. Гипотетически связь между избегающим поведением и хронификацией депрессии может быть представлена следующим образом:

- 1) эта стратегия приводит к дефициту Эго-ресурсов, т.к. блокирует развитие социальной компетентности;
- 2) сопряжена с риском социальной изоляции и дефицитом социальной поддержки;
- 3) может служить препятствием для своевременного обращения к специалистам.

Гипотетическая взаимосвязь обсессивно-компульсивных черт с хронификацией депрессии частично отражена в вышеизложенных представлениях об аналогичных связях перфекционизма. Специального комментария требуют данные о большей выраженности черт гистрионного, нарциссического и антисоциального типов личности в группе респондентов.

Анализ пунктов, тестирующих черты антисоциального типа, показывает, что их содержание преимущественно сфокусировано на поведенческих проявлениях раннего подросткового возраста (например: «До 13 лет Вы часто приходили домой намного позже условленного времени?»; «В возрасте до 13 лет Вы часто прогуливали школу?»). Большое количество положительных

ответов на эти вопросы в группе респондентов может не столько отражать склонность к антисоциальному поведению взрослой личности, сколько наличие протестных реакций в пубертате. Возможно, нонреспонденты в подростковом возрасте были менее склонны к протестному поведению, чем респонденты, что требует дополнительной эмпирической проверки в ретроспективном исследовании. Положительные ответы на вопросы, тестирующие черты «антисоциальной личности», не могут однозначно интерпретироваться как свидетельство личностной патологии. Наши данные о большей выраженности гистрионных и нарциссических черт у респондентов противоречат целому ряду исследований, свидетельствующих о тяжелом течении депрессивных расстройств у личностей этого круга [8, 12], что также

диктует необходимость дальнейших разработок в этом направлении.

В заключение отметим ограничения проведенного исследования. Сравнимые группы пациентов достоверно различались по показателям депрессии. Закономерно возникает вопрос: насколько результаты отражают различия в личностных характеристиках респондентов и нонреспондентов, а не в показателях аффективного состояния? Частично это возражение снимается результатами недавнего исследования, установившего относительную стабильность перфекционизма как личностной черты [7]. Однако окончательно устранить это возражение могло бы исследование, в котором показатели аффективного состояния в момент обследования у респондентов и нонреспондентов были бы одинаковыми.

Литература

1. Вертоградова О.П., Степанов И.Л., Банников Г.С. Особенности нарушений социально-психического функционирования при эндогенных депрессиях // Аффективные и шизоаффективные психозы (современное состояние проблемы). М.: НЦПЗ РАМН, 1998. С. 189–190.
2. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Моск. психотерапевтич. журн. 2001. № 4. С. 18–48.
3. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Враждебность как личностный фактор депрессии и тревоги // Психология: современные направления междисциплинарных исследований. М.: Ин-т психологии РАН, 2003. С. 100–113.
4. Москова М.В. Личностные факторы эмоциональной дезадаптации студентов: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2008. 26 с.
5. Мосолов С.Н. Резистентность к психофармакотерапии и методы ее преодоления // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4, № 4. С. 132–136.
6. Смуглевич А.Б. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4, № 4. С. 128–132.
7. Юдеева Т.Ю. Перфекционизм как личностный фактор депрессивных и тревожных расстройств: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2007. 23 с.
8. Bajaj P., Tyrer P. Managing mood disorders and comorbid personality disorders // Criminal Behaviour in Mental Health. 2005. Vol. 3, № 15. P. 184–190.
9. Blatt S., Zuroff D., Bondi C., Sanislow C., Pilkonis P. When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1998. № 66. P. 423–428.
10. Enns M., Cox B. Personality dimensions and depression: Review and Commentary // Canadian Journal of Psychiatry. 1997. Vol. 42, № 3. P. 1–15.
11. Frances A., Donovan S. The diagnosis of chronic depression in primary care // WPA Bulletin on Depression. 1998. Vol. 4, № 15. P. 3–5.
12. Mulder R. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review // American Journal of Psychiatry. 2002. Vol. 159, № 3. P. 359–369.
13. Scott J., Barker W.A., Ecclestone D. The Newcastle chronic depression study // British Journal of Psychiatry. 1998. Vol. 152. P. 28–33.
14. Shafran R., Mansell W. Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment // Clinical Psychology Review. 2001. Vol. 21, № 10. P. 879–903.
15. Ustin T., Sartorius N. Mental illness in general health practice // An international study. 1995. № 4. P. 219–231.

PERSONALITY TRAITS IN PATIENTS WITH TREATMENT RESISTANT RECURRENT DEPRESSION

Garanian N.G., Vasilieva M.N. (Moscow)

Summary. In groups of patients with recurrent depression (38 person – nonresponders; 33 – responders) dysfunctional personality traits (perfectionism, hostility) have been estimated by original inventories. Possible associations of perfectionism and hostility with the phenomena of chronicity and resistance to medication of depressions are analyzed.

Key words: treatment resistant depression, dysfunctional personality traits, perfectionism, hostility.