

ПРЕМОРБИДНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ
АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА

Наталья Николаевна Осипова¹, Елена Владимировна Дмитриева¹,
Максим Михайлович Туранский², Леонид Михайлович Барденштейн²

¹Смоленский государственный медицинский университет,
214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28, e-mail: natinen@yandex.ru;

²Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова,
Россия, 127473, г. Москва, ул. Делегатская, 20, с. 1

Реферат

Цель. Изучение преморбидных особенностей как фактора риска развития аффективной патологии биполярного спектра на донозологическом этапе.

Методы. В исследовании приняли участие 129 здоровых респондентов, средний возраст 18,27±0,12 года. Были использованы психодиагностические и скрининговые методы: диагностическая шкала расстройств биполярного спектра R. Pies, вопросник расстройства настроения, диагностический опросник по биполярному расстройству Hypomania Checklist, сокращённый многофакторный опросник для исследования личности, шкала для самооценки депрессии.

Результаты изучения личности студентов по методике сокращённого многофакторного опросника для исследования личности выявили особенности, соответствующие по степени выраженности типам акцентуаций характера, не достигающие степени патологических значений, со статистически значимым преобладанием значений по шкале «Ma» (гипомания) над всеми остальными шкалами и понижением значений по шкале «Pd» (психопатии). Выявлены связи между склонностью к биполярному расстройству и типами личности у респондентов гипоманиакального, ипохондрического, истероидного типов среди девушек и параноического типа у юношей.

Вывод. Диагностика преморбидных особенностей личности в сочетании со скринингом склонности к аффективной патологии позволит выявлять группы риска на донозологическом этапе с целью разработки профилактических мер для динамического наблюдения и своевременного терапевтического вмешательства.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, ранняя диагностика, профилактика, гендерные различия, преморбидные особенности личности, скрининг.

PREMORBID PERSONAL FEATURES AS A RISK FACTOR
OF BIPOLAR DISORDER DEVELOPMENT

Natal'ya N. Osipova¹, Elena V. Dmitrieva¹,
Maksim M. Turanskij², Leonid M. Bardenshtein²

¹Smolensk State Medical University, 214019, Smolensk,
Krupskoy Str., 28, e-mail: natinen@yandex.ru;

²Moscow State University of Medicine and Dentistry,
127473, Moscow, Delegatskaya Str., 20/1

Abstract

Aim. Study of the relationship between premorbid personality traits and the tendency to affective bipolar spectrum pathology at the prenosological stage.

Methods. The study involved 129 healthy respondents, the mean age (M=18.27±0.12) years. There were used psychodiagnostic and screening methods: diagnostic scale of bipolar spectrum

disorders (Bipolar Spectrum Diagnostic Scale), R. Pies; Mood Disorder Questionnaire (MDQ); Hypomania Checklist (HCL-32); Abbreviated Multifactor Personality Survey (MMPI); Zung Self-Rating Depression Scale.

Results. The results of the MMPI study of students' personality revealed features that corresponded to the degree of severity of the types of character accentuations, did not reach the degree of pathological values with statistically significant prevalence of values on the scale of "Ma" (hypomania) over all other scales and a decrease in values on the scale of "Pd" (psychopathy). The relationship between bipolar tendencies and personality types was found in respondents of hypomaniacal, hypochondrial, hysteroidal types among girls and paranoia type in boys.

Conclusion. Diagnosis of premorbid personality traits in combination with screening for affective pathology will allow the identification of risk groups at the early stage in order to develop preventive measures for dynamic observation and timely therapeutic intervention.

Keywords: bipolar affective disorder, early diagnosis, prevention, gender differences, pre-morbid personality traits.

Ранняя диагностика биполярного аффективного расстройства может включать исследования, направленные на изучение донозологических проявлений, которые на современном этапе представлены концепциями преморбидных особенностей темперамента, субаффективных расстройств, психопатологического диатеза и др. Роль преморбидного фона в формировании биполярного расстройства описана ещё в работах Э. Крепелина, где изучено соотношение аффективных фаз и конституционально-темпераментальных особенностей [1–3].

В настоящее время учёные продолжают уделять внимание особенностям темперамента, акцентуациям характера, которые создают определённую «уязвимость», почву для формирования, в том числе, аффективной патологии. С.Р. Клониер (1991) считал, что депрессия и тревога связаны с набором наследственно обусловленных особенностей темперамента: «склонностью к поиску новизны», «избеганию вредностей» и «зависимостью от вознаграждений», которые связаны с определённой нейробиологической системой (допаминергической, серотонинергической и норадренергической). Их взаимодействие обуславливает развитие

личности с характерными паттернами научения, переработки информации, настроения, реактивности на стресс и адаптации в течение жизни [4].

D.N. Klein в 1998 г. показал значимую связь депрессии как с общими чертами личности, в частности высоким уровнем невротизации/негативной эмоциональности, низким уровнем экстраверсии/положительной эмоциональности и добросовестностью, так и с различными дополнительными чертами (например, избегание вреда, руминация, самокритичность). По мнению учёного, большинство черт личности, связанных с депрессией, также связано с другими формами психопатологии, особенно с тревожными расстройствами. Депрессивные эпизоды мало влияют на характерологические особенности, а черты личности могут иметь предикторное значение и влиять на течение депрессии и терапевтический ответ [5].

Концепция психопатологического диатеза в отечественной психиатрии рассматривает донозологические малоспецифичные психопатологические феномены в качестве маркёров склонности к психическим расстройствам (например, несбалансированность темперамента, асинхрония психического развития и др.), которые обнаруживают при катamnестическом исследовании пациентов. Однако вопрос о прогностическом значении преморбидных особенностей в генезе психических расстройств остаётся спорным, требует дальнейшего изучения, так как клиническая сущность донозологических феноменов крайне разнообразна и не имеет однозначных диагностических критериев.

Проведена клинико-психологическая диагностика 129 респондентов, обучающихся по программам высшего образования в возрасте от 18 до 20 лет. Для исследования использованы скрининговые методики:

- диагностическая шкала расстройств биполярного спектра (BSDS — от англ. Bipolar Spectrum Diagnostic Scale; R. Pies, 2005) [6];

- вопросник расстройства настроения (MDQ — от англ. Mood Disorder Questionnaire; R.M. Hirschfeld, 2000) [7];

- диагностический опросник по биполярному расстройству (HCL-32 — от англ. Hypomania Checklist; J. Angst, 2005) [8], валидизированный в России С.Н. Мосоловым (2014) [9];

- шкала для самооценки депрессии (Zung Self-Rating Depression Scale; W. Zung, 1965).

Для изучения личностного профиля был использован сокращённый многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), представляющий собой сокращённый вариант опросника MMPI, разработанный J.C. Kincannon (1968), русскоязычная адаптация (Зайцев В.П., Козюля В.Н., 1981).

Исследование проведено на базе ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. Всеми респондентами подписано информированное согласие. Планирование исследования утверждено этическим комитетом (протокол №6 от 12.12.2018).

Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики. Выборочные характеристики представлены в виде средней величины $\pm$ стандартная ошибка средней. Рассчитаны доверительные интервалы при критическом уровне значимости $p=0,05$. Связь признаков оценивали по коэффициенту ранговой корреляции r по Спирману. Статистически значимыми различия признавали при вероятности $>95\%$ ($p < 0,05$). Статистический анализ результатов выполнен в Microsoft Excel 16 с использованием надстройки «Анализ данных».

С целью выявления факторов риска развития аффективной патологии биполярного спектра было проведено клинико-психологическое исследование студентов ($n=129$), обучающихся по программам высшего образования, в возрасте от 18 до 20 лет, средний возраст $18,27 \pm 0,12$ года. Среди них представительниц женского пола было 35%, мужского — 65%.

Результаты изучения преморбидных особенностей личности студентов по методике СМОЛ выявили особенности, соответствующие по степени выраженности типам акцентуаций характера, не достигающие степени патологических значений, со статистически значимым преобладанием значений по шкале «Ма» (гипомания; $51,86 \pm 1,05$; 95% доверительный интервал 49,76–53,95) над всеми остальными шкалами и понижением значений по шкале Pd (психопатия; $42,88 \pm 1,27$; 95% доверительный интервал 40,36–45,4). Различия на мужской и женской выборке недостоверны ($p > 0,05$).

При анализе общего профиля методики СМОЛ было отмечено, что показатели всех шкал в общем диапазоне располагались в пределах средних значений ($T=40-60$), что свидетельствует о состоянии эмоционального равновесия, спокойствии, отсутствии признаков стресса и выраженных затруднений в адаптации у студентов на момент исследования. Однако у всех испытуемых относительно других шкал в общем профиле преобладали показатели по шкале «гипомания» при пониженных показателях по шкале «психопатия», что, вероятнее всего, может указывать на проявление активности, приподнятого настроения, оптимистичного отношения к будущему, разнообразия интересов, общительности, а в некоторых случаях отвлекаемости, легковесности, поверхностности суждений и оценок при стремлении соблюдать общепринятые правила и нормы.

Изучение склонности к аффективной патологии проводили с использованием скрининговых шкал: диагностической шкалы BSDS, вопросника MDQ, диагностического опросника HCL-32, шкалы W. Zung для самооценки депрессии. Превышение пороговых значений в исследуемой неклинической выборке выявлено по опроснику HCL-32 ($15,4 \pm 0,43$; 95% доверительный интервал 4,55–16,26) среди юношей и девушек. Достоверных гендерных различий не отмечено ($p > 0,05$).

Для выявления связи личностных особенностей и склонности к аффективной патологии биполярного спектра был проведён корреляционный анализ.

Обнаружена заметная положительная связь по шкале Чеддока ($r=0,69$; $p < 0,05$) на мужской выборке между шкалами паранойяльности (Pa) и скрининговой шкалой BSDS. Также шкала паранойяльности коррелирует с HCL-32 ($r=0,38$; $p < 0,05$) и MDQ ($r=0,52$; $p < 0,05$).

Характеристика паранойяльных черт заключается в аффективной застреваемости, ригидности, склонности к фиксации на негативных эмоциях, эгоцентризме, агрессивности, что может выступать само по себе в качестве фона для развития аффективной патологии, в том числе биполярного спектра.

На женской выборке выявлена заметная положительная связь между особенностями личности гипоманиакального круга (шкалы «Ма» — гипомании) и шкалой MDQ ($r=0,37$; $p < 0,05$). Проявления гипертимного типа личности представлены тенденцией к повышенному настроению, потребностью к активной деятельности, общительности. Также заметные положительные связи выявлены на женской выборке между шкалой самооценки депрессии (Zung W.) и шкалой ипохондрии (Hs) ($r=0,37$; $p < 0,05$), шкалой истерии (Hy) ($r=0,38$; $p < 0,05$), шкалой депрессии (D) ($r=0,34$; $p < 0,05$) и шкалой паранойяльности (Pa) ($r=0,42$; $p < 0,05$).

Полученные результаты согласуются с концепцией субаффективных расстройств, предложенной H.S. Akiskal (1992), где указано три варианта субаффективных состояний: субаффективное дистимическое расстройство, субаффективное циклотимическое расстройство и субаффективное пограничное расстройство [10]. Позднее H.S. Akiskal (2000, 2003) была предложена более сложная мультикаузальная схема, где описанные «аффективные личностные черты» стали рассматривать как «расстройства темперамента», опосредующие факторы биологического риска по клиническим формам аффективных расстройств [11]. По мнению автора, учёт характеристик темперамента может способствовать более точному прогнозу течения аффективных расстройств, определению их типов и выбору оптимальной терапевтической стратегии. Кроме того, H.S. Akiskal (2006) указывал, что экстраверсия и склонность к выражению позитивных эмоций, значительный уровень нейротизма в преморбиде характерны для пациентов с биполярными аффективными расстройствами II [12].

ВЫВОДЫ

1. Склонность к развитию аффективной патологии биполярного спектра (в частности, биполярных аффективных расстройств II) может быть представлена у мужчин паранойяльными чертами акцентуации характера (такими, как застреваемость аффекта, эгоцен-

тризм, агрессивность) в сочетании с повышением значений по диагностической шкале расстройств биполярного спектра BSDS, у женщин — гипертимными чертами в сочетании с повышенными показателями шкалы вопросника расстройства настроения MDQ.

2. Подробное изучение склонности к аффективной патологии на донозологическом этапе с использованием психометрических и скрининговых методов исследования может быть полезным как для ранней диагностики, так и для профилактики, с учётом личностного и темпераментального радикалов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kraepelin E. *Manic-depressive insanity and paranoia*. Edinburgh: E & S Livingstone. 1921; 280 p.
2. Чумаченко А.А. Проявления психопатологического диатеза у больных эндогенными психическими расстройствами. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб. 2003; 23 с. [Chumachenko A.A. *Proyavleniya psichopatologicheskogo diateza u bol'nyh ehndogennymi psichicheskimi rasstrojstvami*. (Manifestations of psychopathological diathesis in patients with endogenous mental disorders.) Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. Saint-Petersburg. 2003; 23 p. (In Russ.)]
3. Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И. и др. *Психопатологический диатез*. СПб.: Гиппократ. 2008; 128 с. [Shejnina N.S., Kocyubinskij A.P., Skorik A.I. et al. *Psihopatologicheskij diatez*. (Psychopathological diathesis.) Saint-Petersburg: Gippokrat. 2008; 128 p. (In Russ.)]
4. Cloninger C.R., Przybeck T.R., Svrakic D.M. The tridimensional personality questionnaire: US normative data. *Psychol. Rep.* 1991; 69: 1047–1057.
5. Klein D.N., Shih J.H. Depressive personality: associations with DSM-III-R mood and personality disorders and negative and positive affectivity, 30-month stability, and prediction of course of axis I depressive disorders. *J. Abnormal Psychol.* 1998; 107: 319–327.
6. Ghaemi S.N., Miller C.J., Berv D.A. et al. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *J. Affect. Dis.* 2005; 84 (2–3): 273–277.
7. Hirschfeld R.M.A., Williams J.B., Spitzer R.L., Calabrese J.R. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am. J. Psychiatry.* 2000; (157): 1873–1875.
8. Angst J., Adolfsson R., Bennazzi F. et al. The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J. Affect. Dis.* 2005; 88 (22): 217–233.
9. Mosolov S.N., Ushkalova A.V., Kostukova E.G. et al. Validation of the Russian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the detection of Bipolar II disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression. *J. Affect. Dis.* 2014 (155): 90–95.
10. Akiskal H.S., Akiskal K. Cyclothymic, hyperthymic and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. *Ann. Rev. Psychiatr.* 1992; 11: 43–62.
11. Akiskal H.S. The evolutionary significance of affective temperaments. *Medscape*. 2003. <http://www.psyoeducation.org/depression/akiskal> (access date: 05.10.2019).
12. Akiskal H.S., Kilzieh N., Maser J.D. et al. The distinct temperament profiles of bipolar I, bipolar II and unipolar patients. *J. Affect. Dis.* 2006; 92: 19–33.

Поступила 28.11.2019; принята в печать 09.12.2019.