

Zaburzenia osobowości w depresji

Personality disorders in depression

Paulina Żuchowicz, Katarzyna Bliźniewska, Monika Talarowska, Piotr Gatecki

Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Polska

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2018; 13, 1: 25–30

Adres do korespondencji:

Paulina Żuchowicz
Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Aleksandrowska 159
91-229 Łódź, Polska
e-mail: paulinazuchowicz1@wp.pl
tel. 042 71 55 985, +48 570582888

Streszczenie

Zarówno zaburzenia osobowości, jak i depresja są jednymi z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych we współczesnym świecie. Poszukując odpowiedzi na pytanie o przyczynę rozwijania się depresji, odnajdujemy wiele bardzo różnorodnych koncepcji. Obok teorii genetycznych istnieją również teorie wskazujące na rolę cech osobowości oraz klinicznych zaburzeń osobowości w procesie rozwijania się depresji. Zaburzenia osobowości i zaburzenia depresyjne w sposób nierozdzielny łączą się ze sobą – to właśnie zaburzenia osobowości są jednym z najczęściej rozpoznawanych zaburzeń psychicznych współwystępujących z depresją. Wymiarem osobowości, który wydaje się mieć szczególnie silne znaczenie w powstawaniu i przebiegu zaburzeń depresyjnych, jest neurotyzm, natomiast wśród klinicznych zaburzeń osobowości najczęściej występują z depresją zaburzenia osobowości *borderline* oraz zaburzenia z wiązki C (osobowość unikająca, zależna, obsesyjno-kompulsyjna), a także osobowość histrioniczna. Istnieje wiele modeli wyjaśniających zależność pomiędzy tymi zaburzeniami, m.in. model podatności genetycznej, model „bliźni”, model „koagregacji”, model patoplastyczności czy teoria neurorozwojowa. Należy również zwrócić uwagę na zjawisko przenikania się objawów zaburzeń osobowości i depresji, które mogą powodować trudności w ocenie i prowadzić do błędów diagnostycznych. W niniejszej pracy dokonano przeglądu literatury przedmiotu w zakresie zjawiska współwystępowania tych dwóch zaburzeń oraz potencjalnego wpływu współchorobowości na proces leczenia i podjęto próbę udzielenia odpowiedzi na pytanie o kierunek tej zależności – czy zaburzenia osobowości wpływają na rozwój depresji, są skutkiem depresji czy raczej zupełnie niezależnymi zjawiskami.

Słowa kluczowe: depresja, zaburzenia osobowości, osobowość.

Wstęp

Zaburzenia depresyjne często współwystępują z innymi chorobami, zarówno somatycznymi, jak i psychicznymi. Współwystępowanie depre-

Abstract

Personality disorders and depression are among the most common mental disorders in the contemporary world. While seeking an answer to the question about the reason for the development of depression, we find a wide variety of concepts. In addition to genetic theories, we also find theories pointing to the role of personality traits and personality disorders as possible factors in depression development. Personality disorders and depressive disorders are inseparably connected with each other. Personality disorders are among the most commonly diagnosed mental disorders co-occurring with depression. The personality trait that seems to be particularly important in the development and course of depression is neuroticism. Among personality disorders, borderline personality, cluster C personality disorders (avoidant, dependent, obsessive-compulsive), and histrionic personality disorder occur most commonly in depressive patients. We find many models explaining the relationship between these two disorders, including the genetic vulnerability model, “scar” model, “coaggregation” model, pathoplasticity model, and neurodevelopmental theory. Attention should also be paid to the phenomenon of permeation of personality disorders and depressive symptoms, which can lead to diagnostic difficulties and mistakes. The aim of the study was to review the literature concerning the co-occurrence of personality disorders and depression and its impact on treatment course. In our study we also attempt to answer the question of whether personality disorders affect the development of depression or whether they are the result of depression or rather completely independent phenomena

Key words: depression, personality disorders, personality.

sji z innymi zaburzeniami natury psychicznej może wpływać niekorzystnie na rokowania co do efektów jej leczenia. Literatura dostarcza różnorodnych doniesień badawczych obejmujących zagadnienie współlistnienia zaburzeń depresyjnych

i zaburzeń osobowości. Celem niniejszej pracy jest analiza doniesień z literatury przedmiotu dotyczących specyfiki współwystępowania tych dwóch zaburzeń, kierunku zależności między nimi i potencjalnych konsekwencji owej współchorobowości dla przebiegu leczenia.

Metaanaliza światowych doniesień wykazała, że depresja dotyczy 4,7% populacji (Ferrari i wsp. 2013). Udzielenie jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o przyczyny i mechanizm powstawania zaburzeń depresyjnych w świetle aktualnej wiedzy nie jest możliwe. Poszukuje się jej od wielu lat i wszystko wskazuje na to, że depresja jest zaburzeniem heterogennym o wieloczynnikowym podłożu. W literaturze odnajdujemy opisy licznych koncepcji dotyczących jej etiologii. Wśród biologicznych teorii powstawania depresji funkcjonują np. teoria genetyczna, teoria monoaminergiczna, teoria wskazująca na dysregulację w obrębie osi podwzgórze–przysadka–nadnercza czy teoria zapalna (Bobińska i Gałecki 2017). Wśród psychologicznych teorii tłumaczących mechanizm powstawania zaburzeń depresyjnych istnieją dwie podstawowe koncepcje: teorie psychodynamiczne i teorie psychologii poznawczej (Bobińska i Gałecki 2017). Aktualnie najszlachetniejsza wydaje się próba integracji różnych teorii psychologicznych oraz biologicznych i holistyczne spojrzenie na omawiany problem (Bobińska i Gałecki 2017).

W ujęciu klinicznym zaburzenia osobowości ujmowane są przez pryzmat obowiązujących klasyfikacji. Mimo że klasyfikacje te są poddawane silnej krytyce, nadal pozostają oficjalnym zbiorem kryteriów różnicujących poszczególne zaburzenia. W ujęciu klinicznym dąży się do wyznaczenia odrębnych typów zaburzeń, jak gdyby istniały one jako oddzielne byty (Grabski i Gierowski 2012).

W ujęciu psychologicznym osobowość jest konstrukcją pojęciową, która opisuje ogólne właściwości jednostki, takie jak jej zachowania, postawy, zainteresowania, a także indywidualne cechy określające sposób jej reagowania (Aleksandrowicz 1997). W ujęciu tym celem diagnozy osobowości jest nie tylko opis struktury osobowości, ale i próba wyjaśnienia spójnego wzorca stanów afektywnych, poznawczych i behawioralnych, a także predykcji prawdopodobnych reakcji osób w różnych sytuacjach (Pervin i John 2002). Szacuje się, że zaburzenia osobowości dotyczą w ciągu życia w populacji ogólnej ok. 10–13% osób. Najczęściej rozpoznawanymi zaburzeniami osobowości są: osobowość obsesyjno-kompulsyjna, narcystyczna oraz *borderline* (Gawda i Czubak 2017).

Etiologia zaburzeń osobowości jest jednym z najbardziej złożonych i niejednoznacznych zagadnień we współczesnej psychiatrii. Istnieją zarówno teorie medyczne, jak i psychologiczne wyjaśniające proces kształtowania się nieprawidłowych osobowości, a wśród nich m.in. teorie kliniczne, psychodynamiczne i teorie wywodzące się z naukowej psychologii, np. teoria cech (Grabski i Gierowski 2012).

Zaburzenia osobowości w depresji

Już starożytni autorzy zauważyli występowanie zależności pomiędzy cechami osobowości a zaburzeniami psychicznymi. Wskazywali na powiązania pomiędzy melancholią czy manią a temperamentem ludzi zapadających na te choroby. Burton, psychiatra angielski żyjący w XVII w., stworzył opis osobowości melancholików, który niewiele różni się od klasyfikacji obowiązujących współcześnie. Również Kraepelin i Kretschmer wskazywali na cechy osobowości przedchorobowej osób cierpiących na psychozę maniako-depresyjną. Opisy te są nadal aktualne i odnajdujemy je w kryteriach rozpoznawania zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Liczne współczesne badania potwierdzają pogląd o występowaniu zależności pomiędzy zaburzeniami osobowości a depresją. To właśnie zaburzenia osobowości są jednymi z najpowszechniejszych zaburzeń psychicznych współwystępujących z depresją (Friborg i wsp. 2014). Szacuje się, że współistnieją one w 43–64% przypadków (Mulder 2004).

Osobowość typu *borderline* i depresja

Najsilniejsze zależności obserwujemy wśród pacjentów z osobowością typu *borderline* (*borderline personality disorder* – BPD). Według licznych analiz jest to najczęściej rozpoznawane zaburzenie osobowości u pacjentów cierpiących na depresję. Pacjenci z BPD oraz z rozpoznaniem ciężkiego epizodu depresyjnego ujawniają większe nasilenie objawów depresyjnych (ocenianych z wykorzystaniem skali depresji Becka) oraz większe natężenie poczucia bezradności w porównaniu z osobami z rozpoznaniem jedynie zaburzeń depresyjnych (Corbitt i wsp. 1996). Zależność ta jest dwukierunkowa – wśród zaburzeń psychicznych współwystępujących z BPD najczęstsza jest właśnie depresja. Szacuje się że 41–83% osób z BPD miało choć jeden epizod depresyjny w życiu. Osoby doświadczające zarówno depresji, jak i BPD odznaczają się większym natężeniem cech zaburzonej osobowości

niż osoby bez objawów depresji (Köhling i wsp. 2015).

Współwystępowanie epizodu depresyjnego z BPD wpływa na zwiększenie poziomu odczuwanego dystresu, co może zwiększać ryzyko samobójstw. W swoich badaniach Soloff i wsp. wykazali, że osoby cierpiące jednocześnie na oba te zaburzenia częściej podejmowały próby i deklarowały myśli suicydalne (Soloff i wsp. 2000).

Obraz kliniczny depresji przeżywanej przez osoby z BPD jest jednak nieco odmienny od typowego obrazu choroby – pacjenci z BPD i depresją doświadczają większego nasilenia gniewu, wrogości, samokrytycyzmu, poczucia beznadziejności w porównaniu z osobami bez rozpoznania BPD. Jednocześnie należy zwrócić uwagę na trudności diagnostyczne, które mogą wynikać ze specyfiki BPD: chwiejność emocjonalna oraz tendencja do odczuwania silnych, skrajnych emocji mogą często kształtować obraz podobny do objawów depresji i być z nimi mylone.

Inne zaburzenia osobowości i depresja

Oprócz osobowości *borderline* innymi najczęściej występującymi z depresją rodzajami zaburzeń osobowości są zaburzenia z wiązki C (osobowość unikająca, zależna, obsesyjno-kompulsyjna) oraz osobowość histrioniczna. Te same zaburzenia osobowości wskazano również jako najczęściej współwystępujące z zaburzeniami dystymicznymi (Ørstavik i wsp. 2012). Wyniki te wydają się oczywiste, szczególnie w przypadku osobowości unikającej i zależnej, ponieważ doświadczenie smutku i bezradności jest charakterystyczne dla osób z tym typem osobowości. Natomiast osoby z histrionicznymi zaburzeniami osobowości często przeżywają kryzysy emocjonalne związane z odczuwaniem niskiego poczucia własnej wartości, które wyzwala się szczególnie w chwilach samotności czy odczuwanego deficytu uwagi ze strony otoczenia. Podkreślenia wymagają również zależności pomiędzy depresją a osobowością obsesyjno-kompulsyjną. Z jednej strony cechy obsesyjno-kompulsyjne mogą ulec wyostreniu podczas depresji (np. trudność w podejmowaniu decyzji i ryzyka), z drugiej zaś obsesyjno-kompulsyjne tendencje mogą również wtórnie prowadzić do nawracania epizodów depresji i nasilania się jej objawów, np. poczucia wyczerpania (Sass i Junemann 2003).

Należy jednak zwrócić uwagę na zjawisko przenikania się części objawów zaburzeń osobowości i depresji. Kernberg szacuje, że ok. 50% osób trafiających do szpitala z rozpoznaniem

depresji lub zaburzeń afektywnych dwubiegunowych w rzeczywistości nie cierpi na żadne z nich, ale na zaburzenia osobowości, najczęściej jest to osobowość *borderline*, narcystyczna lub inne zaburzenia osobowości, w których występują myśli suicydalne, próby samobójcze, antysocjalne zachowania z często współwystępującym uzależnieniem od alkoholu lub środków psychoaktywnych. Wpływa to na pojawianie się błędów diagnostycznych i niesłuszne rozpoznawanie zaburzeń depresyjnych u osób z zaburzeniami osobowości (Kernberg i Yeomans 2013). Ponadto błędy diagnostyczne niejednokrotnie wynikają z faktu, że pacjenci z osobowością *borderline*, narcystyczną czy histrioniczną są podatni na dystymię i doświadczanie obniżonego nastroju, który przez kilka dni może dawać objawy podobne do depresji, niemające jednak takiego nasilenia jak epizod depresyjny i nietrwające tak długo. Niektórzy pacjenci relacjonują, że doświadczają depresji przez całe swoje życie i to właśnie oni zazwyczaj prezentują zaburzenia osobowości. W wielu takich przypadkach pacjenci z objawami zaburzeń depresyjnych ujawniają spektrum objawów, np.: obniżony nastrój, spowolnienie psychoruchowe, powracające poczucie winy, ograniczenie codziennej aktywności i kontaktów społecznych, ale nie reagują na leczenie farmakologiczne (Kernberg i Yeomans 2013).

Cechy osobowości a depresja

Powszechnie znany jest pogląd, że w zależności od cech osobowości różne będzie nasilenie objawów depresyjnych, prawdopodobieństwo ich wystąpienia i skuteczność oddziaływań terapeutycznych u danej osoby. W związku z tym, oprócz poszukiwania konkretnych zaburzeń osobowości współwystępujących z depresją, należy również zwrócić uwagę na zależności pomiędzy poszczególnymi wymiarami osobowości a zaburzeniami depresyjnymi.

W rozwoju depresji szczególnie istotne znaczenie przypisuje się neurotyzmowi – czynnikowi osobowości wyróżnionemu w teorii Eysencka oraz w *Teorii Osobowości Wielkiej Piątki* (Sieradzki i wsp. 2015). Neurotyzm określany jest jako skłonność do przeżywania nadmiernego niepokoju i lęku, zamartwiania się, nadwrażliwości, zbyt gwałtownych reakcji na bodźce, reagowania w sposób irracjonalny lub sztywny (Eysenck i Eysenck 2011). Wysoki wskaźnik neurotyczności jest związany z częstszym przeżywaniem negatywnego afektu i z tendencją do dekompensacji w postaci zaburzeń depresyjnych lub lękowych

pod wpływem działających stresorów. Neurotyzm i introwersja stanowią istotne czynniki ryzyka powstawania zaburzeń depresyjnych. Neurotyzm jest związany z mniejszą stabilnością emocjonalną, podatnością na stres i lęk.

Inne czynniki odgrywające dużą rolę w rozwoju depresji wyróżniono na podstawie teorii osobowości Cloningera. Robert C. Cloninger, twórca psychobiologicznej teorii osobowości, wskazał jej trzy elementy składowe: *Samokierowanie*, *Skłonność do współpracy*, *Autotranscendencję* oraz cztery czynniki składające się na strukturę temperamentu: *Poszukiwanie nowości*, *Unikanie szkody*, *Uzależnienie od nagrody* i *Wytrwałość* (Cloninger i wsp. 1993). Opierając się na jego teorii, poszukiwano cech osobowości i temperamentu charakterystycznych dla osób dotkniętych zaburzeniami depresyjnymi oraz związanych z nimi czynników wpływających na skuteczność leczenia przeciwdepresyjnego. Wykazano, że osoby cierpiące na depresję uzyskują wysokie wyniki na skali *Unikanie szkody* nie tylko podczas trwania epizodu choroby, ale również po jego zakończeniu. Na skali *Samokierowanie* wyniki zmieniały się w zależności od nastroju – niskie były typowe dla osób z nasilonymi objawami depresyjnymi, ale wzrastały wraz z procesem zdrowienia, jednak nawet po zakończonym leczeniu przeciwdepresyjnym wciąż pozostawały niższe niż w grupie kontrolnej. *Poszukiwanie nowości* i *Uzależnienie od nagrody* także okazały się cechami uzależnionym od aktualnego nastroju, ale po ustąpieniu objawów depresyjnych ich wyniki były porównywalne z osobami z grupy kontrolnej (Bajraktarov i wsp. 2017).

Inne badania przeprowadzone z wykorzystaniem analiz statystycznych wykazały komponenty osobowości ujawniane w badaniu kwestionariuszem MMPI-2, które najsilniej współwystępowały z depresją. Były to: neurotyczność, niski stopień zaangażowania w działanie, zaniżone poczucie własnej wartości, brak poczucia kontroli nad sytuacją, traktowanie stresorów jako zagrożenia, niskie umiejętności społeczne, pesymistyczny styl atrybucji, wysoki perfekcjonizm oraz brak konstruktywnych stylów radzenia sobie ze stresem (Talarowska i wsp. 2011).

Liczne analizy wskazują na współwystępowanie zaburzeń osobowości i zaburzeń depresyjnych, ale żadna z nich nie wyjaśnia jednoznacznie kierunku tej zależności. Można zatem postawić pytanie: które z tych zaburzeń pojawia się jako pierwsze – cechy zaburzonej osobowości czy epizod depresyjny?

Kierunek zależności pomiędzy depresją a zaburzeniami osobowości

Zrozumienie, dlaczego zaburzenia osobowości mogą być postrzegane zarówno jako przyczyna, jak i skutek depresji, wymaga wielopłaszczyznowego spojrzenia na to zagadnienie. Związek pomiędzy depresją a zaburzeniami osobowości może być rozpatrywany w ujęciu kilku różnych teorii:

- model podatności genetycznej uwzględniający nieprzystosowawcze cechy osobowości, takie jak neurotyzm, które mogłyby predysponować jednostkę do rozwoju depresji,
- model „blizny” opisujący powstawanie lub rozwijanie się nieprawidłowych cech osobowości w następstwie przebytej depresji – zakłada on, że ryzyko pojawienia się zaburzeń osobowości będzie zależało od liczby i nasilenia epizodów depresyjnych oraz odpowiedzi na leczenie (Mulder 2004),
- model „koagregacji”, który zakłada, że zarówno depresja, jak i zaburzenia osobowości są powiązane ze sobą fenomenologicznie i mogą mieć podobną etiologię – w tym ujęciu zaburzenia osobowości mogą być postrzegane jako forma depresji (Mulder 2004),
- model patoplastyczności zwracający uwagę, że zaburzenia osobowości mogą modyfikować obraz kliniczny depresji, jej przebieg oraz odpowiedź na leczenie (Mulder 2004),
- teoria zakładająca, że objawy zaburzeń osobowości są jedynie efektem depresyjnego nastroju znikającym wraz z objawami zaburzeń depresyjnych (Mulder i wsp. 2010),
- teoria neurorozwojowa integrująca współczesne rozumienie etiologii osobowości, kładąca nacisk na rolę czynników biologicznych oraz trzech etapów rozwojowych: okresu prenatalnego, wczesnych lat życia oraz okresu adolescencji (Talarowska i Gatecki 2017).

Mimo że najwięcej badań potwierdza teorię podatności, to jednak żadna z nich nie wyjaśnia tej relacji w sposób jednoznaczny. Duże znaczenie w tym zakresie miały wyniki badań opublikowanych w 2012 r., w których wykazano, że neurotyzm jest silnie powiązany z depresją w sposób genetyczny. Wskazano, że neurotyzm jest dziedziczną cechą osobowości, a nie skutkiem występującej wcześniej choroby afektywnej. Jest on zatem czynnikiem ryzyka zachorowania, tak samo istotnym jak niska samoocena czy występujące w przeszłości zaburzenia lękowe (Ørstavik i wsp. 2012).

Inne badania dotyczące stałości zaburzeń osobowości w grupie pacjentów depresyjnych

ujawniły, że jedna trzecia pacjentów, u których stwierdzono częściową lub całkowitą remisję depresji, wykazywała cechy zaburzenia osobowości. Trzy czwarte z tej grupy nadal ujawniało te zaburzenia po 5 latach (Mulder 2004). Kolejnego dowodu na stałość zaburzeń osobowości dostarczono w podłużnych badaniach, w których przez 6 miesięcy dokonywano pomiaru zarówno cech osobowości, jak i objawów lęku i depresji. Wyniki na skalach zaburzeń osobowości pozostawały stabilne, podczas gdy wyniki na skalach depresji i lęku fluktuowały (Trull i Goodwin-pages 1993). Jeszcze inne podłużne badania wykazały, że z 262 osób cierpiących na zaburzenia depresyjne, wśród których 87 osób spełniało również kryteria zaburzeń osobowości, po 5 latach podczas powtórnego badania 63 osoby nadal spełniały kryteria zaburzeń osobowości (Bukh i wsp. 2017).

Opisywane badania dowodzą, że zaburzenia osobowości nie mogą być traktowane jedynie jako artefakt rozpoznania zaburzeń depresyjnych, który mija spontanicznie lub wskutek leczenia przeciwdepresyjnego. Wykazano, że objawy zaburzeń osobowości nie były jedynie wynikiem depresyjnego nastroju, ale znacznie bardziej stałym fenomenem, który powinien być traktowany jako odrębna jednostka chorobowa (Bukh i wsp. 2017).

Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i zaburzeń osobowości a odpowiedź na leczenie

Istnieją sprzeczne dane dotyczące wpływu zaburzeń osobowości na przebieg depresji i odpowiedzi na leczenie w przypadku współwystępowania tych dwóch zaburzeń. Jedne z najważniejszych badań dotyczących współwystępowania depresji i zaburzeń osobowości wykazują, że obecność tych dwóch jednostek chorobowych negatywnie wpływa na skuteczność leczenia. Jedna z najbardziej współczesnych metaanaliz wskazuje, że współwystępowanie zaburzenia osobowości ponad dwukrotnie pogarsza wyniki leczenia depresji (Newton-Howes i wsp. 2014). Szybsze i lepsze efekty leczenia obserwowano u chorych z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych bez współistniejącego zaburzenia z osi I (Newton-Howes i wsp. 2014). Najsilniejszą zależność obserwuje się w relacji z zaburzeniami osobowości z wiązki B (w większości badań zdominowanej przez pacjentów z osobowością *borderline*). Z badań wynika, że współwystępowanie zaburzeń osobowości *borderline* oraz depresji nie tylko wydłuża czas epizodu depresji, ale również

zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się nawrotu. Moradveisi wykazał, że osoby z rozpoznaniem zaburzeń osobowości, szczególnie z wiązki C, częściej przerywają leczenie. Badania te nie udowodniły jednak, że współwystępowanie tych dwóch zaburzeń ma wpływ na odpowiedź na leczenie (Moradveisi i wsp. 2013).

Podsumowanie

Fakt częstego współwystępowania zaburzeń osobowości i depresji jest niepodważalny. Jedną z najistotniejszych cech osobowości, które najczęściej współlistnieją i najsilniej predysponują do rozwoju depresji, bez wątplenia jest neurotyzm. Natomiast wśród specyficznych zaburzeń osobowości rozpoznawanych z uwzględnieniem międzynarodowych klasyfikacji najczęstsze są zaburzenia osobowości *borderline*. Można snuć rozważania, czy depresja i zaburzenia osobowości są odrębnymi jednostkami klinicznymi, czy raczej leżącymi na jednym kontinuum zjawiskami. Fakt swoistego przenikania się objawów depresji z objawami zaburzeń osobowości byłby przekonującym argumentem potwierdzającym tę teorię. Z dużą pewnością możemy również wnioskować o negatywnym wpływie współwystępowania tych zaburzeń na skuteczność leczenia, szczególnie w przypadku współwystępowania depresji z zaburzeniami osobowości z wiązki B. Bez wątplenia w procesie terapeutycznym zaburzeń depresyjnych niezwykle istotne jest uwzględnianie wpływu zaburzeń osobowości. Dane dotyczące ich współlistnienia powinny być wykorzystywane w procesie budowania planu terapeutycznego w depresji, ukierunkowanego również na terapię zaburzeń osobowości.

Praca finansowana z grantów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi nr: 502-03/5-062-02/502-54-218 i 502-03/5-062-02/502-54-217.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz J. Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD-10) – psychopatologia, diagnostyka, leczenie. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1997.
2. Bajraktarov S, Novotni A, Arsova S i wsp. Character and Temperament Dimensions in Subjects with Depressive Disorder: Impact of the Affective State on Their Expression. *Maced J Med Sci* 2017; 5: 64-67.
3. Bobińska K, Gatecki P. Etiologia. W: Nawracające zaburzenia depresyjne – etiologia, diagnoza, terapia. Orzechowska A, Gatecki P, Pietras T (red.). Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2017; 26-31.
4. Bukh JD, Bech P, Kessing LV. Diagnostic stability of comorbid personality disorders among patients fully or

- partially remitted from first-episode depression: a 5-year follow-up study. *J Pers Disord* 2017; 31: 208-220.
5. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 975-990.
 6. Corbitt EM, Malone KM, Haas GL i wsp. Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *J Affect Disord* 1996; 39: 61-72.
 7. Eysenck HJ, Eysenck SBG. EPQ-R – Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R – podręcznik. Zespół Pracowni Testów Psychologicznych, Warszawa 2011.
 8. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ i wsp. Global Variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med* 2013; 43: 471-481.
 9. Friberg O, Martinsen EW, Martinussen M i wsp. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *J Affect Disord* 2014; 152-154: 1-11.
 10. Gawda B, Czubak K. Prevalence of Personality Disorders in a General Population Among Men and Women. *Psychol Rep* 2017; 120: 503-519.
 11. Grabski B, Gierowski JK. Zaburzenia osobowości – różne spojrzenia i próby ich integracji. *Psychiatr Pol* 2012; 5: 829-844.
 12. Kernberg OF, Yeomans FE. Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bull Menninger Clin* 2013; 77: 1-22.
 13. Köhling J, Ehrental JC, Levy KN i wsp. Quality and severity of depression in borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015; 37: 13-25.
 14. Moradveisi L, Huibers MJ, Renner F i wsp. The influence of comorbid personality disorder on the effects of behavioural activation vs antidepressant medication for major depressive disorder: results from a randomized trial in Iran. *Behav Res Ther* 2013; 51: 499-506.
 15. Mulder RT. Depression and Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6: 51-57.
 16. Mulder RT, Joyce PR, Frampton CM. Personality disorders improve in patients treated for major depression. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122: 219-225.
 17. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T i wsp. Influence of personality on the outcome of treatment in depression: systematic review and meta-analysis. *J Pers Disord* 2014; 28: 577-593.
 18. Ørstavik RE, Kendler KS, Røysamb E i wsp. Genetic and Environmental Contributions to the Co-Occurrence of Depressive Personality Disorder and DSM-IV Personality Disorders. *J Personal Disord* 2012; 26: 435-451.
 19. Pervin LA, John OP. Osobowość – teoria i badania. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
 20. Sass H, Junemann K. Affective disorders, personality and personality disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 34-40.
 21. Sieradzki A, Małyszczak K, Pacan P. Personality traits in relation to anxiety and depressive symptoms in people who have undergone short-term psychodynamic psychotherapy in daycare conditions. *Adv Psychiatry Neurol* 2015; 24: 119-127.
 22. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 601-608.
 23. Talarowska M, Gatecki P. Teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów Younga z perspektywy teorii neuro- rozwojowej depresji. *Neuropsychiatr Neuropsychol* 2017; 3: 101-107.
 24. Talarowska M, Zboralski K, Chamielec M i wsp. The MMPI-2 neurotic triad subscales and depression levels after pharmacological treatment in patients with depressive disorders – clinical study. *Psychiatr Danub* 2011; 23: 347-354.
 25. Trull TJ, Goodwinpages AH. Relationship Between Mood Changes and the Report of Personality Disorder symptoms. *J Pers Assess* 1993; 1: 99-111.