

KOMORBIDITA DEPRESIVNÍ PORUCHY A PORUCHY OSOBNOSTI – ÚČINNOST LÉČBY

původní práce

Zuzana Sedláčková¹
Ján Praško²
Miloš Sedláček²
Marie Ocisková^{1,2}
Klára Látalová²
Dana Kamarádová²

¹Katedra psychologie,
Filozofická fakulta Univerzity
Palackého v Olomouci

²Klinika psychiatrie,
Lékařská fakulta Univerzity
Palackého v Olomouci a Fakultní
nemocnice Olomouc

Kontaktní adresa:

Mgr. Zuzana Sedláčková
Katedra psychologie
Filozofická fakulta
Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 10
771 80 Olomouc
e-mail:
sedlackovaa.zuzana@gmail.com

SOUHRN

Sedláčková Z, Praško J, Sedláček M, Ocisková M, Látalová K, Kamarádová D. Komorbidita depresivní poruchy a poruchy osobnosti – účinnost léčby

Úvod: Mnohé studie ukazují, že depresivní pacienti s komorbidní poruchou osobnosti odpovídají na léčbu hůře než pacienti s depresí samotnou. Vzhledem k tomu, že poruchy osobnosti jsou častou komorbiditou u depresivních pacientů, je tato problematika aktuální.

Metoda: Náš výzkum spočíval v retrospektivním zkoumání záznamů pacientů s depresivní poruchou a s případnou komorbidní poruchou osobnosti. Hodnotili jsme jejich záznamy z aktuální léčby a sledovali následnou dvouletou katamnézu.

Výsledky: Do studie bylo zařazeno 84 pacientů (průměrný věk 50,42 ± 11,27 roku), u nichž jsme sledovali indexovou epizodu deprese a následnou dvouletou katamnézu. Porucha osobnosti byla diagnostikována u 40,5%. Délka léčby, věk, počátek nemoci, délka nemoci, zastoupení pohlaví, manželský stav, zaměstnanost, sebevražedné pokusy, počet a délka rehospitalizací po indexové epizodě, dávky medikace ani komedikace se v průměru u pacientů s poruchou osobnosti nelišily od pacientů bez poruchy osobnosti. Statisticky významný rozdíl byl pouze v počtu předchozích hospitalizací, které byly u pacientů s poruchou osobnosti statisticky významně vyšší (Mannův-Whitneyův U-test = 197; p ≤ 0,005). Při porovnání počtu rehospita-

SUMMARY

Sedláčková Z, Praško J, Sedláček M, Ocisková M, Látalová K, Kamarádová D. Comorbidity of depressive disorder and personality disorder – effectiveness of treatment

Introduction: Many studies show that depressive patients with comorbid personality disorder respond to treatment worse than patients with depression alone. The personality disorders are a frequent comorbidity in depressive patients so this area is clinically relevant.

Methods: Our study consisted of a retrospective examination of the records of patients with major depressive disorder and any possible personality disorder. We reviewed the records of acute treatment and monitor following two-year follow up.

Results: The study included 84 patients (average age 50.42 ± 11.27 years) in who the index episode and following two-year catamnesis were observed. Personality disorder was diagnosed in 40.5%. The duration of treatment, age, onset and length of disease, representation of sex, marital status, employment, suicidal attempts, number and length of rehospitallisation after index episode, dose of medication or co-medication did not differ on the average in patients with personality disorder from patients without personality disorder. There was only a significant difference in the number of previous hospitalization which were significantly higher in patients with personality disorder (Mann-Whitney

lizací ve dvouleté katamnéze nebyl mezi pacienty bez poruchy osobnosti a pacienty s poruchou osobnosti ($0,58 \pm 1,03$ versus $0,53 \pm 0,90$; Mannův-Whitneyův U-test = 838,5; n. s.) zjištěn významný rozdíl.

Závěr: Výsledky retrospektivní studie ukazují, že léčba depresivní poruchy pacientů trpících depresí a komorbidní poruchou osobnosti je stejně efektivní jako terapie pacientů bez komorbidní poruchy osobnosti.

Klíčová slova: depresivní porucha, poruchy osobnosti, účinnost léčby, retrospektivní studie, katamnéza.

U-test=197; $p \leq 0.005$). When comparing the number of rehospitalization in two-year follow up there was not found a significant difference among patients with or without personality disorder (0.58 ± 1.03 versus 0.53 ± 0.90 ; Mann-Whitney U-test=838.5; n.s.).

Conclusion: The results of retrospective study show that depression treatment of patients suffering from depression and comorbid personality disorder is as effective as therapy of patients without comorbid personality disorder.

Key words: depressive disorder, personality disorders, effectiveness of treatment, retrospective study, catamnesis.

ÚVOD

Vztah mezi depresí a poruchami osobnosti se již řadu let těší zájmu klinických psychologů i psychiatrů. Prevalence deprese s komorbidní poruchou osobnosti se udává u hospitalizovaných pacientů mezi 20 a 50 % a u ambulantních pacientů mezi 50 a 85 %. Převažuje výskyt hraniční poruchy osobnosti, který se pohybuje mezi 10 a 30 %.¹ V neklinické populaci je prevalence komorbidity deprese a poruchy osobnosti nižší, pohybuje se mezi 13,7 a 33,3 %.² Vztah mezi depresí a poruchou osobnosti může být chápán různými způsoby:³

- 1. Model vulnerability (zranitelnosti) nebo predispozice** odkazuje na maladaptivní osobnostní rysy, jako je neuroticismus nebo nadměrná interpersonální citlivost (senzitivita), které predisponují jedince k rozvoji depresivní poruchy.
- 2. Model „zjizvení“** popisuje rozvoj nebo prohloubení osobnostních rysů jako důsledek deprese.
- 3. Model spektra příznaků neboli jejich agregace** předpokládá, že poruchy osobnosti a deprese se fenomenologicky překrývají. Podle tohoto modelu lze některé poruchy osobnosti chápat jako formu deprese, což může být důsledkem společné etiologie.
- 4. Patoplastický model** zdůrazňuje vliv osobnostní poruchy na klinický obraz deprese, na průběh nemoci a zejména vliv na odezvu k léčbě.

Rozhodnout, zda osobnostní patologie může být způsobena depresí nebo je jejím důsledkem, je obtížné z několika důvodů. Příznaky deprese se mohou částečně překrývat s příznaky poruchy osobnosti, zejména vyhybavé a hraniční. Deprese vzniká u některých pacientů ve velmi mladém věku, později se může projevit tzv. efekt zjizvení osobnosti předchozími depresivními epizodami.

Vlivem komorbidní poruchy osobnosti je u depresivních jedinců vyšší suicidální zranitelnost.⁴ Hraniční porucha osobnosti výrazně zvyšuje riziko perzistence deprese v porovnání s ostatními poruchami osobnosti⁵ a je predikujícím faktorem pro časný začátek deprese.⁶ Raný začátek deprese může být sám o sobě prediktorem vyšší pravděpodobnosti výskytu poruchy osobnosti,⁷ zejména výskytu paranoidní, vyhybavé a hraniční poruchy osobnosti.⁸

Většina lékařů a psychologů věří, že přítomnost poruchy osobnosti znamená automaticky horší reakci na léčbu, delší terapii, její častější opakování, horší prognózu a prodražení léčby. Postoje k pacientovi jsou pak zpravidla negativní, moralizující, a podle Tyrera a Davidsona⁹ poněkud rigidní až „bludné“. Výrazně se zde uplatňuje stigmatizace pacientů s diagnózou poruchy osobnosti. Perry a Bond¹⁰ však zdůrazňují, že navzdory těmto předsudkům vůči pacientům s poruchou osobnosti bývá nakonec je-

jich léčba relativně úspěšná a často se liší jen minimálně od léčby pacientů bez poruchy osobnosti.

Existují však i studie, které ukazují, že komorbidní porucha osobnosti u depresivních jedinců může vést k horší účinnosti léčby depresivní poruchy.^{11,12} Tento vliv je markantnější při komorbiditě dvou či více poruch osobnosti,¹² což se může projevit například v delším čase, než pacient dosáhne remise.^{13,14} Komorbidita poruchy osobnosti, zejména hraniční,¹⁴ se rovněž může projevit v reakci na psychofarmaka. Pacienti s komorbiditou hůře reagují na antidepressiva než depresivní jedinci bez této komorbidity.^{12,15} Reakce na léčbu však může souviset s typem medikovaných antidepressiv či kategorií poruch osobnosti. Fava et al.¹⁶ upozorňují, že ve starších studiích byla u pacientů s komorbidní poruchou osobnosti menší odezva na terapii tricyklickými antidepressivy. Tato informace je důležitá vzhledem k tomu, že novější studie mají tendenci nejvíce používat selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Jiná studie Fava et al.¹⁷ uvádí, že přítomnost poruchy osobnosti z klastru B (disociální, hraniční, narcistická, histrionská) predikuje lepší odpověď na fluoxetin. To je v souladu s řadou malých otevřených studií, které uvádějí, že příznaky hraniční poruchy osobnosti reagují špatně na léčbu tricyklickými antidepressivy, ale vcelku dobře na léčbu SSRI.¹⁸ Některé studie naopak tvrdí, že komorbidita těchto poruch žádný vliv na účinnost léčby nemá.^{19–23} Na druhé straně metaanalýza studií zkoumajících vliv poruchy osobnosti na léčbu deprese ukazuje, že komorbidní porucha osobnosti zvyšuje riziko horšího průběhu deprese dvojnásobně ve srovnání s pacienty bez komorbidní poruchy, a to jak ve farmakoterapeutických, tak psychoterapeutických studiích.¹¹ Mulder et al.²⁴ zjistili, že v průběhu 18měsíční katamnézy došlo ke změně maladaptivních osobnostních rysů. Rovněž Dunlop et al.²⁵ objevili, že léčba antidepressivy mění, kromě snižování příznaků deprese a úzkosti, také osobnostní rysy pacientů. Podobně Kool et al.²⁶ zjistili, že po kombinované léčbě farmakoterapií a psychoterapií dochází ke změnám v osobnosti, což kontrastuje se současným názorem, že osobnostní nastavení je stabilní a málo měnlivé, a fluktuují pouze depresivní příznaky.

Při porovnání elektrokonvulzivní terapie (EKT) u pacientů s depresí a poruchou osobnosti či bez poruchy osobnosti se v akutní léčbě neukázal rozdíl v efektivitě, bylo však zkoumáno málo pacientů.¹¹ V jiné studii efekt EKT neprokázal rozdíl v akutní léčbě mezi depresivními pacienty s poruchou a bez poruchy osobnosti, ovšem v průběhu 6měsíční katamnézy byli pacienti s poruchou osobnosti častěji hospitalizováni.²⁷ Feske et al.²⁸ však zjistili, že pacienti s hraniční poruchou osobnosti a depresí reagují na EKT méně než pacienti bez poruchy osobnosti.

Pokud byly zkoumány psychoterapeutické přístupy, nebyly výsledky konzistentní. Ve studii vlivu poruchy osobnosti na léčbu deprese interpersonální psychoterapií vliv poruchy osobnosti patrný nebyl.¹⁴ O'Leary a Costello²⁹ zjistili, že přítomnost poruchy osobnosti predikuje delší čas k dosažení remise během akutní léčby deprese, ovšem v 18měsíční katamnéze se neukázala přítomnost poruchy osobnosti jako prediktor častějších relapsů. Levenson et al.¹⁴ ve své studii zkoumající dvouleté katamnézy depresivních pacientek léčených pomocí interpersonální psy-

choterapie neprokázali souvislost mezi přítomností jedné poruchy osobnosti (kromě hraniční) a časem do remise. Pokud se však jednalo o hraniční poruchu osobnosti, popř. o více poruch osobnosti, došlo k prodloužení času dosažení remise. Kombinovaná léčba medikací a psychoterapií zvyšuje efektivitu léčby pacientů s komorbidní poruchou osobnosti.^{6,30}

CÍL

Cílem naší studie bylo zjistit, zda porucha osobnosti, diagnostikovaná podle MKN-10³¹ v běžných klinických podmínkách, má vliv na celkový průběh léčby, s důrazem na rehospitalizace pacientů hospitalizovaných pro depresivní poruchu ve dvouleté katamnéze. Kromě vlivu osobnosti na rekurenci deprese jsme zkoumali, zda některé demografické a klinické charakteristiky nemají také podíl na rekurenci deprese.

METODA

Jedná se o retrospektivní porovnání léčby a dvouleté katamnézy u pacientů trpících depresivní poruchou s komorbidní poruchou osobnosti s pacienty trpícími depresivní poruchou bez poruchy osobnosti.

Hypotéza

Pacienti s depresivní poruchou a komorbidní poruchou osobnosti budou mít statisticky významně horší výsledky v léčbě než pacienti s depresivní poruchou bez komorbidní poruchy osobnosti.

Výběr pacientů

Pacienti byli vybíráni z databáze FNOL a jejich data byla dále hodnocena, jestliže splnili kritérium závěrečné diagnózy depresivní porucha nebo periodická depresivní porucha během pobytu na klinice a byli ve věku 18–65 let. 18 let je minimální hranice pro přijetí na oddělení psychiatrie FNOL. Vyřazovací hranice 66 let a více je z důvodu vyšší polymorbidity se somatickými nemocemi ve starším věku. Diagnóza provedena podle MKN-10 výzkumných kritérií³¹ byla potvrzena jak přijímajícím lékařem, tak lékařem oddělení, primářskou vizitou a objevila se v propouštěcí zprávě. Do studie nebyli zařazeni pacienti, kteří zároveň trpěli závažným tělesným onemocněním, měli v předchorobí diagnózu bipolární afektivní poruchy, schizofrenní nebo jiné psychotické poruchy kromě deprese s psychotickými rysy.

Metody hodnocení

U pacientů přijatých v letech 2008–2010 byly prostudovány elektronické chorobopisy i písemná dokumentace s důrazem na zjištění demografických dat (věk, počátek nemoci, délka nemoci, rodinný stav, vzdělání, zaměstnání, pozitivní rodinná anamnéza, suicidální pokusy v anamnéze), stanovené diagnózy včetně délky hospitalizace, použi-

Tab. 1. Základní demografická a klinická data pacientů s poruchou osobnosti a pacientů bez poruchy osobnosti

	Věk	Počátek nemoci	Délka trvání nemoci	Počet předchozích hospitalizací	Index antidepressiva	Index antipsychotika	Index anxiolitiků	Délka hospitalizace
Bez poruchy osobnosti	49,82 ± 12,3	38,9 ± 13,6	10,89 ± 9,81	2,04 ± 1,65	50,90 ± 20,12	2,76 ± 3,02	0,16 ± 0,38	31,12 ± 13,14
S poruchou osobnosti	51,29 ± 9,69	37,61 ± 12,34	13,67 ± 11,77	5,77 ± 13,94	52,21 ± 15,14	1,63 ± 1,88	0,32 ± 0,48	30,94 ± 13,97
t-testy	t-test: t = 0,5859 df = 82	t-test: t = 0,4377 df = 80	t-test: t = 1,162 df = 80	Mann-Whitney: U = 618	t-test: t = 0,06846 df = 81	t-test: t = 1,879 df = 54	Mann-Whitney: U = 64	t-test: t = 0,05976 df = 81
p-hodnota	n. s.	n. s.	n. s.	p < 0,05	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.

té medikace, jejich kombinací a dávek, počtu hospitalizací před indexovou epizodou, počtu rehospitalizací a jejich délky v následujícím dvouletém období od jednotlivých indexových epizod. U každého pacienta byl tedy sledován interval 24 měsíců po ukončení indexové hospitalizace. Rovněž byly sledovány ambulantní záznamy pacientů v tomto období.

Statistika

Popisná statistika byla hodnocena pomocí programu PRISM 3. Demografická data i průměrná celková skóre v jednotlivých posuzovacích stupnicích byla hodnocena pomocí popisné statistiky; byly zjištěny průměry, mediány, směrodatné odchylky a charakter rozložení dat. V oblasti demografických kvantitativních dat byly skupiny s poruchou a bez poruchy osobnosti porovnány pomocí nepárových t-testů v průměrném věku, délce nemoci a počátku nemoci. Obě skupiny byly mezi sebou dále porovnány nepárovými t-testy podle počtu předchozích hospitalizací, délky hospitalizace, dávek léků, jejich kombinací, elektrokonvulzivní léčby, rodinné anamnézy a suicidálních rozlad, počtu rehospitalizací a počtu dnů rehospitalizací. Vztahy alternativních proměnných byly hodnoceny χ^2 testem. U všech statistických testů byla za přijatelnou považována 5% hladina statistické významnosti.

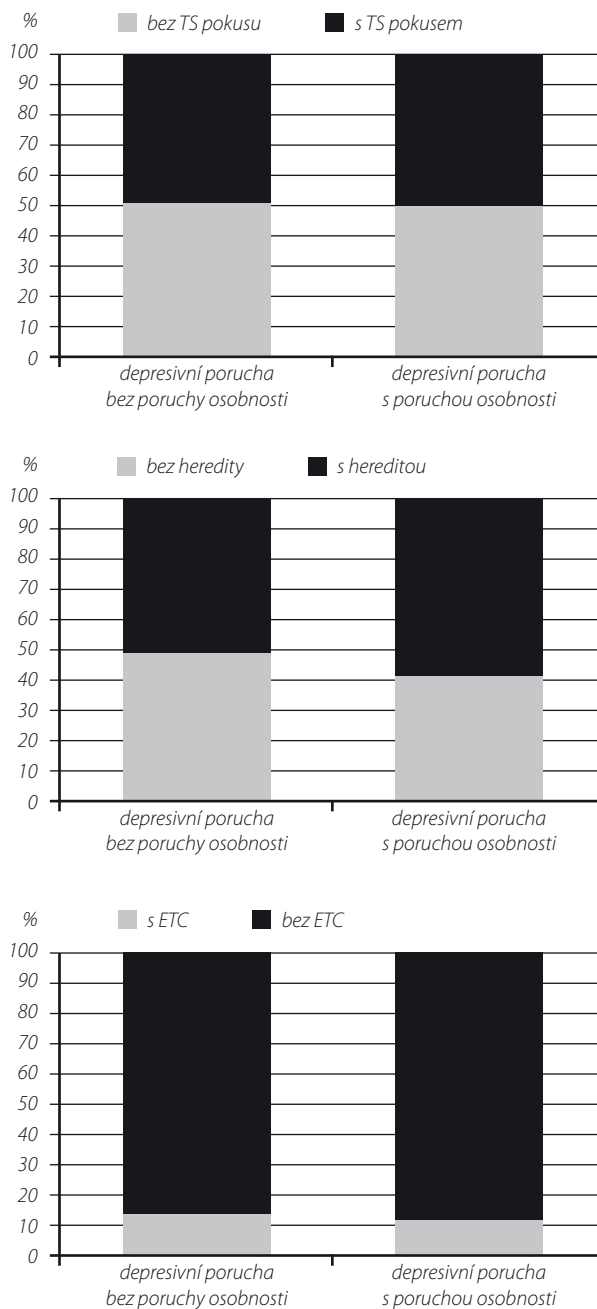
VÝSLEDKY

Popis souboru

Byla hodnocena data od 87 pacientů, z toho 84 pacientů bylo zařazeno do dalšího statistického zpracování. U tří pacientů nebylo ke statistickému zpracování dostatek dat. Průměrný věk pacientů byl 50,42 ± 11,27 roku. V souboru bylo 57 žen (67,9 %). První epizoda deprese se objevila v průměru ve 38,38 ± 13,04 roku, nemoc tedy trvala 12,01 ± 10,66 roku. Průměrný počet předešlých hospitalizací byl 3,78 ± 9,48.

Pacienti s poruchou osobnosti

V souboru byla diagnostikována porucha osobnosti u 34 pacientů (40,5 %), z toho u tří (8,8 %) se jednalo o schizoidní poruchu osobnosti, u čtyř o hraniční poruchu osob-



Graf 1. Poměr pacientů, kteří se v minulosti pokoušeli o sebevraždu, a těch, kteří nikoliv, pacientů s hereditou v rodině a bez ní a pacientů, kteří byli léčeni elektrokonvulzemi a bez této léčby, u skupiny pacientů s depresivní poruchou bez poruchy osobnosti a skupiny s depresivní poruchou s poruchou osobnosti

Tab. 2. Korelace mezi počtem rehospitalizací a celkovým počtem dnů rehospitalizace v průběhu katamnézy a dalšími demografickými a klinickými charakteristikami

Korelace mezi počtem rehospitalizací a dalšími parametry									
	Věk	Počátek nemoci	Délka trvání nemoci	Index antidepresiva	Index antipsychotika	Index anxiolytika	Délka hospitalizace	Počet dnů rehospitalizací	Počet minulých hospitalizací
Pearsonovo r	-0,00574	0,1804	-0,2298	0,05298	0,0571		0,2234		
Spearmanovo r						-0,153		0,9819	0,06984
P-value	ns	ns	ns	ns	ns	ns	0,0918	p < 0,0001	ns
Korelace mezi počtem dnů rehospitalizací a dalšími parametry									
	Věk	Počátek nemoci	Délka trvání nemoci	Index antidepresiva	Index antipsychotika	Index anxiolytika	Délka hospitalizace	Počet rehospitalizací	Počet minulých hospitalizací
Pearsonovo r	-0,02898	0,1653	-0,2357	0,133	0,1016		0,2367		
Spearmanovo r						-0,1844		0,9819	0,03136
P-value	ns	ns	ns	ns	ns	0,0737	ns	p < 0,0001	ns

nosti (11,8 %), u osmi (23,5 %) o histrionskou poruchu osobnosti, jedenkrát pak (2,9 %) o anankastickou poruchu osobnosti, osmkrát (23,5 %) o vyhubavou/anxiózní poruchu osobnosti, dvakrát (5,9 %) o závislou poruchu osobnosti a v sedmi případech (20,6 %) o smíšenou poruchu osobnosti. Depresivní pacienti s diagnostikovanou poruchou osobnosti se v průměru statisticky významně nelišili od pacientů bez poruch osobnosti v demografických charakteristikách, jako je věk, věk počátku nemoci ani v délce nemoci a v délce indexové hospitalizace (tab. 1). Co se týče medikace během indexové hospitalizace, nebyla zjištěna významná odlišnost v dávce antidepresiv, přídatných antipsychotik, či anxiolytik (tab. 1). Dále se pacienti s poruchou osobnosti statisticky významně lišili od pacientů bez poruchy osobnosti v průměrném 2,8krát vyšším počtu předchozích hospitalizací (tab. 1).

Skupiny se od sebe nelišily v počtu suicidálních pokusů, ve frekvenci rodinné zátěže ani ve frekvenci užití elektrokonvulzivní léčby během indexové depresivní epizody (χ^2 vše n. s.).

Katamnéza

V průběhu dvouleté katamnézy bylo rehospitalizováno celkem 28 pacientů (33,33 %) pacientů a průměrný počet rehospitalizací byl $0,66 \pm 1,27$ na pacienta. Průměrný počet dnů, po které byli pacienti rehospitalizováni v průběhu dvouleté katamnézy, byl $14,51 \pm 26,92$ na pacienta ve skupině. Počet rehospitalizací nekoreluje se žádným z demo-

grafických, ani klinických faktorů, které jsme ve studii zjišťovali. Počet rehospitalizací statisticky vysoce významně koreluje s počtem dnů strávených v rehospitalizacích (tab. 2).

Počet dnů rehospitalizace nekoreluje se žádným z demografických ani klinických faktorů, které jsme ve studii zjišťovali (tab. 2). Trend se objevuje u korelace mezi počtem dní rehospitalizace a délkou indexové hospitalizace (Spearmanovo $r = 0,0737$).

Pacienti bez poruchy osobnosti versus pacienti s komorbidní poruchou osobnosti

Přestože pacienti bez poruchy osobnosti a pacienti s poruchou osobnosti se mezi sebou v průměru statisticky významně neliší ve věku, počátku nemoci ani délce nemoci, je statisticky významný rozdíl v počtu hospitalizací před indexovou hospitalizací (Mannův-Whitneyův U -test = 197; $p \leq 0,005$). V době dvouleté katamnézy se již průměrný počet rehospitalizací statisticky významně neliší (tab. 3).

DISKUSE

Zastoupení pacientů s poruchou osobnosti je v naší studii podobné (40,5 %) jako v jiných studiích zabývajících se komorbiditou depresivní poruchy a poruchy osobnosti.²² Přestože diagnóza nebyla stanovena podle

Tab. 3. Porovnání pacientů bez poruchy osobnosti s pacienty s poruchou osobnosti v počtu rehospitalizací a počtu dnů rehospitalizací

	Pacienti bez poruchy osobnosti (n = 50)	Pacienti s poruchou osobnosti (n = 34)	Statistika
Počet rehospitalizací	$0,58 \pm 1,03$	$0,53 \pm 0,90$	Mannův-Whitneyův test $U = 838,5$; n. s.
Počet dnů rehospitalizací	$15,28 \pm 28,22$	$12,94 \pm 24,92$	Mannův-Whitneyův test $U = 848$; n. s.

strukturovaného klinického interview, ale pouze klinickým vyšetřením lékaře, poměrné zastoupení pacientů s jednotlivými typy poruch osobnosti odpovídá zastoupení v jiných studiích.¹ Na tomto místě je potřeba připomenout metodologické problémy studií. Studie, které udávaly absenci vlivu komorbidní poruchy osobnosti na odezvu k léčbě, byly častěji randomizované, zatímco studie, které udávaly významný vliv na odezvu k léčbě, byly většinou naturalistické. Naturalistické studie mohou přinášet bias, protože pacienti s poruchami osobnosti mohou dostávat méně efektivní léčbu. Charney et al.³² uvádějí, že u depresivních pacientů s poruchou osobnosti je méně pravděpodobné, že by obdrželi antidepressiva nebo byli indikováni k elektrokonvulzivní terapii. Black et al.³³ uvádějí, že pouze 29 % pacientů s depresí a komorbidní poruchou osobnosti je léčeno adekvátní dobou adekvátní dávkou léku ve srovnání s 49 % pacientů bez poruchy osobnosti. Významná je také možnost diagnostikování poruchy osobnosti u obtížněji léčitelných pacientů u retrospektivních studií bez strukturovaného rozhovoru. Tuto možnost by mohl podporovat náš nálezy, že pacienti s komorbiditou měli četnější hospitalizace před indexovou epizodou, ale již ne po ní.

Při stanovení hypotézy jsme předpokládali, že pacienti s depresivní poruchou a komorbidní poruchou osobnosti budou mít horší výsledky v léčbě než pacienti s depresivní poruchou bez komorbidní poruchy osobnosti (projeví se v délce léčby, vyšších dávkách léků a jejich kombinacích, v počtu hospitalizací před indexovou epizodou a v počtu rehospitalizací v následném období). To se ve studii nepotvrdilo. Délka hospitalizace se u obou skupin od sebe navzájem v průměru neliší, stejně tak je tomu u dávek či kombinací léků. Obě skupiny se však mezi sebou liší ve vyšším počtu hospitalizací před indexovou epizodou u pacientů s diagnostikovanou poruchou osobnosti.

Vyšší počet předcházejících hospitalizací může být ovlivněn právě přítomností komorbidní poruchy osobnosti. Tento vliv se neobjevil v souvislosti s počtem rehospitalizací, což však může pramenit z relativně krátkého dvouletého časového období, po které se výskyt rehospitalizací zpětně zaznamenal.

Podobné nálezy se objevily i u kontrolovaných studií, které nenašly větší počet relapsů u pacientů s poruchami osobnosti.^{14,19} Podobně jako se stalo v našem výzkumu, některé studie zjistily, že přítomnost poruchy osobnosti nemá negativní vliv na léčbu samotné epizody a výsledek léčby je na komorbiditě nezávislý.^{19–23} Průměrné dávky antidepressiv i antipsychotik byly v obou hodnocených skupinách podobné a významně se od sebe nelišily. Rovněž kombinace léků nebyly použité častěji u pacientů s komorbidní poruchou osobnosti. U pacientů s poruchou osobnosti však byly zjištěny vyšší průměrné dávky anxiolytik při přepočtu pouze na ty pacienty, kterým byly podávány. Pokud však byly přepočteny dávky anxiolytik na všechny pacienty ve skupině, dávky anxiolytik se nelišily.

Uvědomujeme si slabiny nekontrolované studie, která může omezovat hodnotu jejich výsledků. Je otázkou, zda studie, kde nejsou pacienti prospektivně vybíráni podle diagnostických interview a diagnóza není stanovena pomocí strukturovaného rozhovoru (např. MINI, IPDE), ale je stanovena běžným klinickým hodnocením lékaře, byť je potvrzena hodnocením dalšími dvěma lékaři, má nějakou vypovídací hodnotu. Jsme toho názoru, že to smysl má, protože jde o data odrážející reálnou situaci tak, jak jsou pacienti na většině pracovišť diagnostikováni a léčeni. Takto získané výsledky mohou nálezy kontrolovaných studií významně doplnit. Dále by bylo v budoucnosti zajímavé hodnotit míru odlišnosti klinické diagnostiky v běžné klinické praxi, která může být často nedostatečná a nadhodnocovat závažnost osobnostní patologie u pacientů, kteří se častěji do léčby vraceli v předchozím období, od hodnocení podle strukturovaného pohovoru. Přestože v naší studii byla diagnóza potvrzena více lékaři, toto nadhodnocování vyloučit nemůžeme.

Výrazným omezením naší studie je fakt, že se jedná o retrospektivně zpracovaná data, která nebyla získávána podle strukturovaných diagnostických interview. Pacienti nebyli léčeni stejně, jak tomu bývá u prospektivních studií, ale užívali různé léky v rozličném dávkování, a to na základě rozhodnutí různých lékařů. Nicméně v průměru byly dávky jak antidepressiv, tak přídatné medikace jiných skupin psychofarmak, srovnatelné a kromě vyšších dávek anxiolytik se skupiny od sebe v léčbě nelišily. Vyšší medikace anxiolytiky u některých pacientů s poruchami osobnosti může souviset s typem osobnostních poruch, které byly diagnostikovány nejčastěji: s histrionskou poruchou osobnosti – s možným naléhavým chováním a sklonem k agravaci, závislou poruchou osobnosti – s možným dožadujícím se chováním a vysokou mírou úzkosti, smíšenou poruchou osobnosti – s širokým spektrem nepříznivých vzorců chování. Nicméně se zdá, že vyšší medikace anxiolytiky nemá větší vliv na výsledky dvouleté katamnězy.

Další omezením je to, že katamněza probíhala pouze dva roky a relapsy deprese se mohou objevit později. Rovněž velikost souboru nemusí být dostatečně reprezentativní na zjištění rozdílů mezi skupinami. Nicméně obě skupiny se v průběhu katamnězy chovaly velmi homogenně a nebyl zjištěn ani minimální trend směřující k rozdílu mezi nimi. Je velmi pravděpodobné, že i při značném zvětšení vzorku by byly výsledky podobné.

ZÁVĚR

Výsledky retrospektivní studie nenasvědčují tomu, že by léčba pacientů trpících depresí a komorbidní poruchou osobnosti byla méně efektivní než u pacientů bez komorbidní poruchy osobnosti. Jsou potřebné další studie s větším počtem pacientů, standardizovaným přístupem k diagnostice a hodnocení a s delším katamnestickým sledováním.

LITERATURA

1. Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. *J Affect Disord* 1996; 37 (2–3): 157–170.
2. Casey P, Birbeck G, McDonagh C et al. ODIN Group. Personality disorder, depression and functioning: results from the ODIN study. *J Affect Disord* 2004; 82: 277–283.
3. Thase ME. The role of Axis II comorbidity in the management of patients with treatment-resistant depression. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19: 287–309.
4. Hansen PEB, Wang AG, Stage KB et al. Comorbid personality disorder predicts suicide after major depression: a 10-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 436–440.
5. Skodol AE, Grilo CM, Keyes KM et al. Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *Am J Psychiatry* 2011; 168 (3): 257–264.
6. Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F. Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry* 2006; 51: 453–460.
7. Bukh JD, Bock C, Vinberg M et al. Differences between early and late onset adult depression. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* 2011; 7: 140–147.
8. Ramklint M & Ekselius L. Personality traits and personality disorders in early onset versus late onset major depression. *J of Affective Disorders* 2003; 75: 35–42.
9. Tyrer P & Davidson K. Management of personality disorder. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ & Andreasen A (eds). *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press 2000; 970–978.
10. Perry JC, Bond M: Empirical studies of psychotherapy for personality disorders. In: Gunderson JG & Gabbard GO (eds). *Psychotherapy for Personality Disorders, Review of Psychiatry Series* 19/3, American Psychiatric Press, Washington DC; 2000: 1–32.
11. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 13–20.
12. Sato T, Sakado K, Sato S, Morikawa T. Cluster a personality disorder: a marker of worse treatment outcome of major depression? *Psychiatry Res* 1994; 53 (2): 153–159.
13. Bagby RM, Quilty LC, Segal ZV et al. Personality and differential treatment response in major depression: a randomized controlled trial comparing cognitive-behavioural therapy and pharmacotherapy. *Can J Psychiatry* 2008; 53 (6): 361–370.
14. Levenson JC, Wallace ML, Fournier JC et al. The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80 (5): 719–729.
15. Pfohl B, Coryell W, Zimmerman M, Stangl D. Prognostic validity of self-report and interview measures of personality disorder in depressed inpatients. *J Clin Psychiatry* 1987; 48 (12): 468–472.
16. Fava M, Farabaugh AH, Sickinger AH et al. Personality disorders and depression. *Psychol Med* 2002, 32: 1049–1057.
17. Fava M, Bouffides E, Pava JA et al. Personality disorder comorbidity with major depression and response to fluoxetine treatment. *Psychother Psychosom* 1994, 62: 160–167.
18. Mulder RT: Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *Am J Psychiatry* 2002, 159: 359–371.
19. Blom MB, Spinhoven P, Hoffman T et al. Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *Journal of Affective Disorders* 2007; 104: 119–126.
20. Kool S, Schoevers R, de Maat S et al. Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2005; 88 (3): 269–278.
21. Maddux RE, Riso LP, Klein DN et al. Select comorbid personality disorders and the treatment of chronic depression with nefazodone, targeted psychotherapy, or their combination. *J Affect Disord* 2009; 117 (3): 174–179.
22. Mulder RT, Joyce PR, Luty SE. The relationship of personality disorders to treatment outcome in depressed outpatients. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (3): 259–264.
23. Russell JM, Kornstein SG, Shea MT et al. Chronic depression and comorbid personality disorders: response to sertraline versus imipramine. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (5): 554–561.
24. Mulder RT, Joyce PR, Frampton CMA. Personality disorders improve in patients treated for major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2010; 122 (3): 219–225.
25. Dunlop BW, DeFife JA, Marx L et al. The effects of sertraline on psychopathic traits. *Int Clin Psychopharmacol* 2011; 26 (6): 329–337.
26. Kool S, Dekker J, Duijsens IJ et al. Changes in personality pathology after pharmacotherapy and combined therapy for depressed patients. *Journal of Personality Disorders* 2003; 17 (1): 60–72.
27. Zimmerman M, Coryell W, Pfohl B et al. ECT response in depressed patients with and without a DSMIII personality disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143 (8): 1030–1032.
28. Feske U, Mulsant BH, Pilkonis PA et al. Clinical outcome of ECT in patients with major depression and comorbid borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161(11): 2073–2080.
29. O'Leary D, Costello F. Personality and outcome in depression: an 18-month prospective follow-up study. *J Affect Disord* 2001; 63 (1–3): 67–78.
30. Bellino S, Zizza M, Rinaldi C et al. Combined therapy of major depression with concomitant borderline personality disorder: comparison of interpersonal and cognitive psychotherapy. *Can J Psychiatry* 2007; 52 (11): 718–725.
31. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. (přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum 1996, Zprávy č. 134.
32. Charney DS, Nelson JC, Quinlan DM. Personality traits and disorder in depression. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 1601–1604.
33. Black D, Bell S, Hulbert J, Nasrallah A. The importance of Axis II in patients with major depression: a controlled study. *J Affect Disord* 1988; 14: 115–122.