

Comorbiditeit van depressie en persoonlijkheidsstoornissen

J. SPIJKER



De aanpak bij comorbiditeit van depressie en persoonlijkheidsstoornissen is lastig, zowel bij de diagnostiek als bij de behandeling. Bij de diagnostiek is het moeilijk om tijdens een depressieve stoornis de onderliggende persoonlijkheidsstoornis te beoordelen en vice versa. Klachten, symptomen en ervaringen bij beide probleemgebieden overlappen sterk waardoor differentiatie vaak niet goed mogelijk is. De behandeling wordt bemoeilijkt door veelal slechtere therapie-uitkomsten.

De strategie van behandeling is daarom van groot belang. Bij comorbiditeit zijn er over het algemeen drie strategieën: sequentieel behandelen, dat wil zeggen eerst de primaire stoornis en vervolgens de secundaire stoornis; parallel behandelen waarbij beide stoornissen tegelijkertijd behandeld worden door twee behandelaars (meestal) uit verschillende teams en geïntegreerd behandelen waarbij men beide stoornissen tegelijkertijd behandelt. Dit laatste vanuit een overkoepelend theoretisch kader waarbij men veronderstelt dat er een gemeenschappelijk mechanisme aan beide stoornissen ten grondslag ligt.

First things first?

De sequentiële behandeling is het gangbaarst in onze Nederlandse behandelpraktijk, die gebaseerd is op aparte zorgprogramma's voor de afzonderlijke mentale stoornissen. Als het bij de diagnostische fase al voldoende gelukt is om depressie en persoonlijkheidsstoornis vast te stellen of op zijn minst een aanwijzing daarvoor te hebben, is bij deze strategie nodig om vast te stellen waarmee de behandeling moet beginnen: eerst de depressie of eerst de persoonlijkheidsstoornis?

De keuze daarin moet men baseren op een aantal criteria: welke stoornis er eerst was; welke stoornis momenteel het ernstigst is en de meeste urgentie heeft en waar de patiënt voor geholpen wil worden. Vaak is het efficiënt om te beginnen met de behandeling van depressie, die meestal korter duurt dan die van de persoonlijkheidsstoornis. Een geslaagde behandeling van depressie kan dan gevolgd worden door de behandeling voor de persoonlijkheidsstoornis. Soms is dat niet meer nodig omdat ook de persoonlijkheidsproblemen grotendeels hersteld zijn of

zijn minst geen lijdensdruk veroorzaken waardoor verdere behandeling niet nodig is.

Beginnen met behandeling van de persoonlijkheidsstoornis ligt voor de hand als de persoonlijkheidsstoornis al eerder, voordat de depressie ontstond, was vastgesteld en de behandelgeschiedenis aanwijzingen heeft opgeleverd dat behandeling van de persoonlijkheidsstoornis waarschijnlijk ook verbetering van de depressie zal opleveren (Arntz 2018). Studies die de effectiviteit van de sequentiële strategie hebben aangetoond, zijn er helaas niet.

Uit onderzoek blijkt niet dat depressies niet verbeteren bij comorbide persoonlijkheidsstoornissen (Newton-Howes e.a. 2014; Goddard e.a. 2015). Echter, bij comorbiditeit is bij aanvang van behandeling de ernst van de depressie hoger vergeleken met depressie zonder comorbide persoonlijkheidsstoornis en ook aan het einde van de behandeling is dat zo, maar er is wel een even grote afname van depressieklachten. Bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen met comorbide depressies wordt hetzelfde resultaat gevonden: er is een afname van persoonlijkheidsklachten, gelijk met de afname van depressie, maar de scores op de uitkomstmaten zijn hoger aan het begin en ook weer aan het einde (Renner e.a. 2014). Behandeling is dus wel mogelijk bij deze comorbiditeit, maar de uitkomsten zijn zowel voor persoonlijkheidsstoornis als depressie minder goed.

Evalueren diagnose

Van der Spek en Van Grieken bespreken elders in dit nummer dit probleem van comorbiditeit en demonstrenen drie casussen waarbij er een depressie was en er onvoldoende aanwijzingen waren om bij aanvang een persoonlijkheidsstoornis te vermoeden, dus de keuze om een depressiebehandeling in te zetten, lag voor de hand. De vraag is dan hoelang deze behandelstrategie voortgezet moet worden als er onvoldoende resultaat is. Voor de behandeling van depressie kennen we in Nederland een duidelijk biologisch algoritme, dat in de casuïstiek ook gevolgd lijkt. Maar het volgen van dit algoritme kost veel tijd en de verschillende stappen, waaronder ECT, hebben ook bijwerkingen die voor patiënten zeer nadelig kunnen zijn.

Het is daarom aan te raden om na elke niet-succesvolle behandelstap ook de diagnose te evalueren met de vraag of er wat gemist is waardoor mogelijk de behandelstrategie moet wijzigen. Aanvullende diagnostiek, o.a. naar persoonlijkheidsstoornissen, zou dan ingezet kunnen worden.

De vraag is of een strategie om eerder de persoonlijkheidsstoornis te diagnosticeren en te behandelen, zoals Van der Spek en Van Grieken bepleiten, haalbaar is. Kan een behandeling voor de persoonlijkheidsstoornis ingezet worden als er ook sprake is van een (ernstige) depressie? Een farmacologische behandeling voor depressie zou wel parallel aan de persoonlijkheidsbehandeling kunnen plaatvinden, maar of een psychologische persoonlijkheidsbehandeling haalbaar is, hangt sterk af van de ernst van de depressie en daarbij de motivatie van de patiënt. De keuze voor de behandelstrategie zal samen met de patiënt gemaakt moeten worden om succesvol te kunnen zijn.

Besluit

Een geïntegreerde behandeling waarin beide stoornissen tegelijk worden behandeld vanuit een overkoepelend theoretisch kader, zoals psychodynamische behandelingen (Van & Kool 2020) zou een oplossing kunnen bieden bij de comorbiditeit van depressie en persoonlijkheidsstoornissen. Echter, er is momenteel geen bewijs welke strategie het beste is. Zolang dat er niet is, lijkt de sequentiële aanpak met een start met depressiebehandeling met goede monitoring van de depressieklachten, nog steeds de beste benadering omdat gebleken is dat daarbij zowel depressieklachten als persoonlijkheidskenmerken kunnen verbeteren. Bij uitblijven van resultaat dient dan een evaluatie plaats te vinden met eventueel aanvullende diagnostiek en een heroverweging van de behandelstrategie. Dat komt dan weer overeen met het advies van Van der Spek en Van Grieken.

LITERATUUR

- Arntz A. Comorbiditeit van syndroom en persoonlijkheidsstoornissen. In: Spinhoven P, Bockting C, Ruhe E, Spijker J, red. Comorbiditeit van psychische stoornissen. Utrecht: de Tijdstroom; 2018.
- Goddard E, Wingrove J, Morag P. The impact of comorbid personality difficulties on response to IAPT treatment for depression and anxiety. *Behav Res Ther* 2015; 73: 1-7.
- Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T, Mulder R, Kool S, Dekker J, e.a. Influence of personality on the outcome of treatment in depression: systematic review and meta-analysis. *J Pers Disord* 2014; 28: 577-93.
- Renner F, Bamelis LLM, Huibers M, Speckens A, Arntz A. The impact of comorbid depression on recovery from personality disorders and improvement in psychosocial functioning. Results from a randomized clinical trial. *Behav Res Ther* 2014; 63: 55-62.
- Spek DW van der, van Grieken RA. Eerder behandelen van persoonlijkheidsstoornissen bij therapieresistente depressies. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: onlinepublicatie.
- Van H, Kool M. Integrated treatment for patients with comorbid depression and personality disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2020; 33: 70-5.

AUTEUR

JAN SPIJKER, psychiater, Expertisecentrum Depressie Pro Persona, en hoogleraar Chronische depressie, Radboud Universiteit, Nijmegen.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. J. Spijker.
E-mail: j.spijker@propersona.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-9-2020.

TITLE IN ENGLISH

Comorbidity of depression and personality disorders