

Eerder behandelen van persoonlijkheidsstoornissen bij therapieresistente depressies

D.W. VAN DER SPEK, R.A. VAN GRIEKEN

SAMENVATTING Bekend is dat tijdens herstel van een depressieve stoornis pathologische persoonlijkheidstrekken naar de achtergrond kunnen verdwijnen. Wij beschrijven drie ziektegeschiedenissen waarin naar voren kwam dat het omgekeerde ook geldt: na een psychotherapie voor de persoonlijkheidsstoornis kunnen chronische, therapieresistente depressieve symptomen verdwijnen. Bij behandeling van een depressie zijn het vroeg herkennen en diagnosticeren van een comorbide persoonlijkheidsstoornis daarom essentieel voor het afwegen van verschillende behandelopties.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)12, 1067-1072

TREFWOORDEN depressieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis, psychotherapie



Helaas heeft 10 tot 20 procent van de depressieve episoden een chronisch beloop. Een groot deel van de chronische depressies is tevens therapieresistent (Malhi e.a. 2005; Spijker e.a. 2013). Een van de factoren die kunnen bijdragen aan het ontstaan en voortduren van de depressie is een comorbide persoonlijkheidsstoornis (Gunderson e.a. 2008; Hölzel e.a. 2011; Friborg e.a. 2014). Bij 45% van de patiënten met een depressie is er een comorbide persoonlijkheidsstoornis, vooral cluster C, in mindere mate cluster B en een klein aandeel cluster A (Friborg e.a. 2014). Een comorbide persoonlijkheidsstoornis geeft een verdubbeling van het risico op non-respons bij behandeling van de depressieve stoornis (Newton-Howes e.a. 2014). Beoordeling of behandeling gericht op de persoonlijkheidsstoornis ingang biedt voor curatie zou daarom in een vroeg stadium een belangrijke plaats in moeten nemen.

Bekend is het adagium: 'eerst as I behandelen, daarna kan as II pas beoordeeld worden'. Ook in de richtlijn depressie wordt gewaarschuwd voor het doen van uitspraken over de persoonlijkheid in de actieve fase van een depressieve stoornis. Als de depressie is hersteld, kunnen veel pathologische persoonlijkheidskenmerken eveneens verminderd of verdwenen zijn (Spijker e.a. 2013). Kan men ook te afwachtend zijn in het diagnosticeren en behandelen van persoonlijkheidsproblematiek? Wij beschrijven drie ziektegeschiedenissen waarbij na herkenning van de

comorbide persoonlijkheidsstoornis, behandeling hiervan groot effect had op zowel de depressieve symptomen als de persoonlijkheid.

GEVALSBESCHRIJVINGEN

Patiënte A was een 32-jarige, alleenstaande vrouw met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis, familiair belast met borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Na een suïcide in haar familiekring ging ze zich somber voelen en viel ze uit op haar werk als kraamverzorgster. In een tweedelijns ggz-instelling werd een depressieve stoornis gediagnosticeerd waarvoor ze enkele maanden een deeltijdbehandeling cognitieve gedragstherapie (CGT) volgde. Toen er ook suïcidale gedachten ontstonden, werd patiënte al snel op een gesloten afdeling opgenomen.

Patiënte werd behandeld met achtereenvolgens citalopram, clomipramine en later met additie van lithium met adequate spiegels, mirtazapine, risperidon en olanzapine, zonder effect. Daarom werd overgegaan op elektroconvulsiotherapie (ECT) in een universitair medisch centrum (UMC), waar vanwege uitblijven van respons werd besloten de ECT na 8 sessies te beëindigen. Patiënte ervoer ernstige geheugenproblemen. Nadien werden achtereenvolgens nortriptyline met adequate spiegel en escitalopram voorgeschreven, zonder effect.

Patiënte had gedurende de opname ondersteunende contacten met een psycholoog, in eerste instantie gericht op de somberheid en suïcidaliteit, maar na verloop van tijd kwam naar voren hoe erg patiënte belast was door de dynamiek in haar gezin van herkomst. Op basis van verdere heteroanamnestische en biografische gegevens ontstond het vermoeden van een persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast werden patronen van interactie en gedrag op de afdeling geobserveerd: patiënte had moeite met het stellen van grenzen en haar affect was incongruent met de stemming; zij presenteerde haar klachten met een glimlach. Bij psychologisch onderzoek werd de diagnose ontwijkende persoonlijkheidsstoornis gesteld.

Patiënte was inmiddels anderhalf jaar in behandeling voor haar depressie, waarvan ongeveer een jaar klinisch. Ze beleefde een gebrek aan perspectief en bij het toewerken naar ontslag liep de suïcidaliteit telkens op. Na een resocialisatietraject werd patiënte uiteindelijk verwezen naar een tweedelijns instelling voor persoonlijkheidsstoornissen.

Bij intake werd de diagnose ontwijkende persoonlijkheidsstoornis bevestigd, daarnaast waren er nog steeds een ernstige depressieve stoornis en suïcidaliteit. Patiënte startte met een 3-daagse deeltijdbehandeling ervaringsgerichte dynamische therapie (EDT), een psychodynamische behandeling gericht op cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. Bij deze behandeling wordt gewerkt vanuit het principe dat emoties afgewerd kunnen worden door klachten. In het geval van patiënte werd verondersteld dat ze boosheid en verdriet over de complexe familiesituatie afwerd met depressieve klachten. Centraal in de EDT staan het doorbreken van de afweer, het reguleren van de angst die dit oproept en het in contact komen met het gevoel.

Na enkele maanden was een grote verandering te zien. Patiënte toonde meer emoties, de depressieve klachten verminderden en in het dagelijkse leven nam patiënte steeds meer initiatief. De totaalscore van de *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45) daalde van een maximum van 47 (bovengemiddeld) naar 24,55 (laag). Met de *Severity Indices of Personality Problems* (SIPP-I I 8) werd verbetering gemeten, met name op de domeinen zelfcontrole, agressieregulatie en identiteitsintegratie. Na 14 maanden behandeling was de depressie geheel in remissie en ook de persoonlijkheidsproblematiek was grotendeels naar de achtergrond verdwenen. Patiënte had een stabiel leven met een groot sociaal netwerk. Zij ging voor het eerst in haar leven een relatie aan, koos voor een vervolopleiding tot verpleegkundige en behaalde haar propedeuse.

AUTEURS

INEKE VAN DER SPEK, psychiater, Antes, Parnassia Groep, Rotterdam.

ROOS VAN GRIEKEN, psychiater, NPI, Arkin, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Ineke van der Spek, Oudedijk 76, 3062 AG Rotterdam

E-mail: lvanderSpek@anteszorg.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-6-2020.

Patiënte B, een 35-jarige, alleenstaande vrouw, fysiotherapeut in opleiding, had een blanco psychiatrische voorgeschiedenis totdat ze na een seksueel traumatische ervaring een posttraumatische stressstoornis (PTSS) kreeg. De symptomen van PTSS verdwenen grotendeels na gesprekken met een tweedelijns psychotherapeut, maar het lukte patiënte niet meer om op haar oude niveau te functioneren. Ze kreeg toenemend last van somberheid en suïcidale gedachten en de diagnose depressieve stoornis met vitale kenmerken werd gesteld. Ze werd opgenomen in een perifeer ziekenhuis en later overgeplaatst naar een UMC. Gedurende de opnames volgde ze het gehele depressieprotocol met uitzondering van een monoamineoxidase(MAO)-remmer. Achtereenvolgens slikte ze, met voldoende duur en in voldoende dosering, sertraline, citalopram, venlafaxine, nortriptyline en later volgde additie van lithium met adequate spiegels, mirtazapine en quetiapine. Daarnaast kreeg ze CGT gericht op de depressieve stoornis, *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) voor PTSS en runningtherapie.

De depressie persisteerde en gedurende de opname deed patiënte tweemaal een suïcidepoging. Ze was wanhopig en gaf aan euthanasie te willen als ze uitbehandeld zou zijn. Ook 24 zowel uni- als bilaterale ECT-sessies bleven zonder veel resultaat. Patiënte kreeg last van geheugenklachten. Na het staken van de ECT en het instellen op bupropion bleef patiënte somber, maar ook werd duidelijk dat moeite met emotieregulatie en een vermijdende copingstijl een belangrijke rol speelden. Patiënte werd na ruim een jaar opname ontslagen met een depressieve stoornis en een 'uitgestelde diagnose'.

Ze werd verwezen naar een tweedelijns ggz-instelling waar de diagnose persoonlijkheidsstoornis NAO (niet anderszins omschreven) met vermijdende en dwangmatige trekken werd gesteld. Ze volgde een 5-daagse klinische psychotherapie (schematherapie en EMDR) en daarna een 2-daagse vervolgbehandeling gericht op de persoonlijkheidsstoornis.

In de behandeling kwam een patroon naar voren van boosheid en een instabiel zelfgevoel, afgeweerd door hoge eisen en willoos inschikkelijk gedrag. Gedurende de behandeling was de grootste verandering dat patiënte meer identiteit en autonomie ontwikkelde. Ze ging weer genieten van sociale contacten, activiteiten en werk. Na de klinische psychotherapie was de depressieve stoornis in volledige remissie en patiënte had geen suïcidale gedachten meer. In de vervolghandeling daalde de score op de *Outcome Questionnaire-Symptomatic Distress* (OQ-SD) uiteindelijk van 35 (hoog) naar 20 (gemiddeld). Met de SIPP-118 werd op alle domeinen verbetering gemeten, voornamelijk op zelfcontrole, identiteitsintegratie en relationele capaciteiten. Eenmalig vond vanwege verschillende emotionele gebeurtenissen een time-outopname plaats. Nadien konden de psychofarmaca volledig afgebouwd worden.

Patiënt C, een 63-jarige gehuwde man, gepensioneerd gemeenteambtenaar, was anamnestic vanaf zijn 18e bekend wegens somberheid. Hij meldde zich op 45-jarige leeftijd bij de huisarts vanwege een toename van somberheid na conflicten op zijn werk en relatieproblemen. De huisarts schreef toen citalopram voor. De klachten verergerden echter en na een suïcidepoging werd hij opgenomen in een UMC met de diagnose recidiverende depressieve stoornis. Hij startte tijdens de opname met 15 sessies CGT gericht op de depressieve stoornis. Vanwege onvoldoende herstel werd citalopram omgezet in nortriptyline en vervolgens venlafaxine. De depressieve symptomen bleven in alle hevigheid bestaan en daarom werd overgegaan op ECT, vijfmaal unilateraal en twaalfmaal bilateraal, met partiële remissie tot gevolg. Na beëindiging van de ECT werd gestart met lithiumadditie en ging patiënt na een opname van een half jaar in redelijke conditie met ontslag.

Nadien deden zich regelmatig ernstige terugvallen voor waarbij patiënt snel, in enkele dagen, ernstige depressieve symptomen kreeg met vitale kenmerken en suïcidaliteit. Met langdurige poliklinische behandeling bestaande uit farmacotherapie, ergotherapie gericht op werkgerelateerde problemen en psycho-educatie kon, ondanks ernstige depressieve episodes, een opname voorkomen worden. De poliklinische behandeling werd uiteindelijk na 12 jaar afgesloten. Er was toen een depressieve stoornis met grote kwetsbaarheid voor recidivering. Patiënt gebruikte op dat moment alleen nog venlafaxine.

Patiënt kwam enkele jaren later opnieuw in beeld toen hij vanwege lichamelijke klachten een revalidatietraject doorliep. Er werd in het revalidatiecentrum psychologisch onderzoek verricht, waarbij een afhankelijke en ontwijkende persoonlijkheidsstoornis vastgesteld werd, naast de recidiverende depressieve stoornis. Patiënt werd verwezen naar een tweedelijns ggz-instelling gespecialiseerd in per-

soonlijkheidsstoornissen voor ambulante psychotherapie, alwaar de persoonlijkheidsstoornis werd bevestigd.

Patiënt startte met kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie (KPSF) waarbij hij in het kader van een gerandomiseerde gecontroleerde trial 50 sessies kreeg toegewezen. Er was bij patiënt een langdurig bestaand patroon van boosheid en krenking, afgeweerd door perfectionisme en vermijding. Hoewel patiënt ook jarenlang relatieve stabiliteit gekend had, werd duidelijk dat onverwerkte gevoelens en negatieve verwachtingen een belangrijke rol gespeeld hadden in het recidiveren van de depressieve symptomen. De patronen vonden hun oorsprong in de conflictueuze gezinssituatie waarin patiënt was opgegroeid.

Na een crisis met suïcidale uitingen en een verstoord dag-nachtritme werd gestart met additie van quetiapine aan de venlafaxine, waarna hij beter sliep en zich rustiger voelde. Patiënt werd gedurende de behandeling milder naar zichzelf, hij startte met vrijwilligerswerk en ging waardevolle contacten aan. De stemmingsklachten verminderden geleidelijk en waren bij uitschrijving volledig in remissie. De *Beck Depression Inventory* (BDI-II; Beck e.a. 1996) daalde van een score van 50 (ernstige depressieve stoornis) naar 7 bij afsluiting (geen of minimale depressieve stoornis). Tevens waren de meeste kenmerken van de eerder gestelde persoonlijkheidsstoornis in remissie. Met de SIPP-118 werd op alle domeinen verbetering gemeten; het opvallendst waren grote verbeteringen in identiteitsintegratie en relationele capaciteiten. Patiënt gebruikte bij het afsluiten van de behandeling nog venlafaxine en quetiapine.

BESCHOUWING

Deze drie casussen illustreren dat bij een deel van de patiënten met een depressie bij wie het protocol voor behandeling inclusief ECT gevolgd wordt, dit zonder resultaat blijft. Er is dan therapieresistentie. Het beloop van de drie ziektegeschiedenissen neemt echter een onverwachte wending. Na aanvullende diagnostiek wordt een comorbide persoonlijkheidsstoornis vastgesteld. Intensieve psychotherapie gericht op de persoonlijkheidsstoornis, ingezet als laatste optie, blijkt een zeer goed effect te hebben. De persoonlijkheidsstoornis verdwijnt naar de achtergrond, de depressieve symptomen nemen af en er is verbetering van functioneren op verschillende levensgebieden. Dit resultaat pleit voor het vroeg herkennen, diagnostiseren en behandelen van comorbide persoonlijkheidsstoornissen. Helaas blijkt dat in sommige gevallen, ook na langdurig zicht op een patiënt zoals bij patiënte B, een diagnose over de persoonlijkheid nog steeds wordt uitgesteld. Ook de patiënten noemen dat ze achteraf veel eerder in het traject aanvullende diagnostiek hadden willen krijgen naar 'de achterliggende reden van de depressie'.

Diagnostiek

Het signaleren van een comorbide persoonlijkheidsstoornis kan door alert te zijn op risicofactoren en kenmerken die premorbide aan de depressie al aanwezig zijn, zoals in de beschreven ziektegeschiedenissen bijvoorbeeld biografische gegevens, een positieve familieanamnese voor persoonlijkheidsstoornissen en langdurig aanwezige interpersoonlijke problemen zoals conflicten op het werk en relatieproblemen. Ook zijn er verschillende screeningsinstrumenten voor persoonlijkheidsstoornissen voorhanden, zoals de *Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale* (SAPAS; Moran e.a. 2003). Het is aan te bevelen een dergelijk screeningsinstrument regulier in te zetten in het diagnostisch traject van de depressieve stoornis en wellicht laagdrempelig toe te passen als onderdeel van de intake.

Daarnaast zijn specifieke persoonlijkheidsstoornissen te herkennen aan specifieke uitingen van tegenoverdracht (Colli e.a. 2014). Deze auteurs beschrijven die onder andere:

- Patiënten met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis roepen vaak een positieve, beschermende tegenoverdracht op. De behandelaar kan meegaan in de vermindering en als gevolg daarvan angsten of woede uit de weg gaan.
- Patiënten met een afhankelijkke persoonlijkheidsstoornis kunnen warme, ouderlijke gevoelens bij de behandelaar oproepen. Maar ook kunnen behandelaars zich angstig en gefrustreerd voelen, ze voelen zich tekortschieten of klemgezet.
- Bij patiënten met een obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis kan de behandelaar naast weinig betrokkenheid ergernis en verving gaan ervaren.
- Behandelaars van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis kunnen zich verward, machteloos en schuldig voelen. Ze ervaren een hoge mate van angst, spanning en bezorgdheid. Door projectieve identificatie ervaren ze de gevoelens die voor de patiënt ondraaglijk en afgesplitst zijn.

Het risico ontstaat dat het mentaliserend vermogen van de behandelaar vermindert en dat dit leidt tot bijvoorbeeld moeite met grenzen stellen en meegaan met het appel van de patiënt. Een lager niveau van functioneren van de patiënt is gerelateerd aan sterkere negatieve tegenoverdracht. Genoemde patronen treden op onafhankelijk van de onderzoeker en zijn daarom diagnostisch waardevol (Colli e.a. 2014).

Bij het daadwerkelijk vaststellen van een comorbide persoonlijkheidsstoornis is de ontwikkeling van de persoonlijkheid gedurende de gehele levensloop van belang. Op die manier kan duidelijk worden welke kenmerken aanwezig waren voor het ontstaan van de depressieve stoornis.

Daarnaast is de heteroanamnese belangrijk, omdat een depressieve stoornis de autoanamnese kleurt (Spijker e.a. 2013). Als men gebruikmaakt van vragenlijsten die de patiënt zelf moet invullen, ziet men een onrealistisch hoog percentage aan comorbiditeit, in vergelijking met klinische beoordeling (Friborg e.a. 2014). Gestructureerd, klinisch onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen met aandacht voor een mogelijk depressieve kleuring van de anamnese is nodig.

Er is een verscheidenheid aan modellen voorhanden die beschrijven hoe depressieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen zich tot elkaar verhouden. Volgens sommige van deze modellen beschouwt men de depressieve stoornis en de persoonlijkheidsstoornis als verschillende fenomenen, verbonden door dezelfde etiologie. In andere modellen ziet men de depressieve stoornis en de persoonlijkheidsstoornis als verschillende fases van hetzelfde ziekteproces of focust men op een causale relatie tussen depressieve stoornis en persoonlijkheidsstoornis (Klein e.a. 1993; 2011). De stoornissen zijn beide heterogeen van aard waarbij de verschillende modellen in mindere of meerdere mate relevant kunnen zijn. Door een complexe verwevenheid tussen de persoonlijkheid en langdurig aanwezige depressieve symptomen kan de diagnostiek bemoeilijkt worden. Consulteer bij twijfel een collega met expertise op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen en depressie.

Behandeling

Als er naast de depressieve stoornis een persoonlijkheidsstoornis is, zijn er volgens de richtlijn persoonlijkheidsstoornissen een aantal aandachtspunten bij de behandeling. Tricyclische antidepressiva zijn bij comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornis en depressie weinig effectief. Daarnaast kunnen tricyclische antidepressiva bij patiënten met een depressie en een borderlinepersoonlijkheidsstoornis leiden tot toename van paranoia en gedragsontregeling in de vorm van impulsiviteit en agressie (Trimbos-instituut 2008). Bovendien zijn tricyclische antidepressiva bij patiënten met suïcidaliteit niet aan te bevelen. Psychotherapie kan als eerste keus van behandeling worden overwogen, als de stoornissen niet al te ernstig zijn. Bij ernstigere vormen van comorbiditeit kan men een combinatie van psychotherapie en antidepressiva overwegen als eerste keus (Trimbos-instituut 2008). Een ernstige depressie hoeft geen bezwaar te zijn voor psychotherapie. Integendeel, een meta-analyse van Driessen e.a. (2010) laat zien dat een psychotherapie juist effectiever is bij patiënten met een ernstige depressie vergeleken met een lichte depressie (Driessen e.a. 2010).

Alle drie onze patiënten kregen in het behandeltraject eerst CGT gericht op de depressieve stoornis. Het herstel trad echter pas op na een intensieve psychotherapie gericht op de persoonlijkheidsstoornis. Verschillende onderzoeken en een recente meta-analyse bevestigen dat psychotherapie effectief kan zijn bij de behandeling van therapieresistente depressie (Fonagy e.a. 2015; Town e.a. 2017; Gloster e.a. 2020). Ook is er veel evidence voor behandeling van persoonlijkheidsstoornissen met psychotherapie. Welke psychotherapeutische behandeling het effectiefst is bij aanwezigheid van zowel een depressieve stoornis als een persoonlijkheidsstoornis is echter beperkt onderzocht. Naast schematherapie zijn met name psychodynamische therapievormen veelbelovend (Van & Kool 2018).


Vanuit psychodynamisch perspectief ligt de nadruk op de verwevenheid van depressieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis en omgevingsfactoren. De depressieve klachten worden gezien als een signaal van een onderliggend intern conflict (Luyten & Blatt 2012). Langdurig aanwezige intran interpersoonlijke disfunctionele patronen liggen ten grondslag aan dit conflict. Doel van therapie is inzicht in deze patronen, zodat ze doorbroken kunnen worden. Een meta-analyse van Jennissen e.a. (2018) toont de kracht van het verwerven van inzicht in disfunctionele patronen die zijn ontstaan tijdens de levensloop.

Niet alleen vorm van de behandeling, maar ook de intensiteit en de dosering van de psychotherapie lijken bij te dragen aan het herstel. Dit is voor te stellen omdat depressieve stoornissen over het algemeen behandeld worden

met kortere, minder intensieve psychotherapeutische trajecten dan persoonlijkheidsstoornissen. Er is wel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de dosering als het gaat om behandeling van cluster C-persoonlijkheidsstoornissen (Bartak e.a. 2010), maar er is weinig bekend over de dosering en intensiteit die nodig zijn bij de combinatie van zowel een persoonlijkheidsstoornis als een depressieve stoornis. Dit onderstreept het belang van vergelijkende studies naar het effect van dosering van psychotherapie binnen deze patiëntengroep (Kool e.a. 2018).

CONCLUSIE

Uit de door ons beschreven ziektegeschiedenissen blijkt dat het herkennen van een comorbide persoonlijkheidsstoornis tijdens de behandeling van een depressie veel op kan leveren. Na een psychotherapie gericht op de persoonlijkheidsstoornis zijn naast de persoonlijkheidskenmerken ook de therapieresistente depressieve symptomen niet meer aanwezig. Vroegtijdig diagnosticeren van een persoonlijkheidsstoornis kan de ziekteduur verkorten en de patiënt een lange lijdensweg besparen. We pleiten er daarom voor om in een vroeg stadium aandacht te besteden aan beoordeling van de persoonlijkheid, zodat de depressie niet therapieresistent hoeft te worden.

 Zonder toestemming en medewerking van de drie patiënten was dit artikel niet mogelijk geweest. Prof. A.H. Schene en prof. C.W. Slotema gaven waardevolle feedback op een eerdere versie van dit artikel.

LITERATUUR

- Bartak A, Spreeuwenberg MD, Andrea H, Holleman L, Rijnerse P, Rossum BV, e.a. Effectiveness of different modalities of psychotherapeutic treatment for patients with cluster c personality disorders: Results of a large prospective multicentre study. *Psychother Psychosom* 2010; 79: 20-30.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II: Beck depression inventory manual. (2de ed.). San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
- Colli A, Tanzilli A, Dimaggio G, Lingardi V. Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 102-8.
- Driessen E, Cuijpers P, Hollon SD, Dekker JJ. Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 668-80.
- Fonagy P, Rost F, Carlyle JA, McPherson S, Thomas R, Pasco Fearon RM, e.a. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: The Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry* 2015; 14: 312-21.
- Friborg O, Martinsen EW, Martinussen M, Kaiser S, Overgard KT, Rosenvinge JH. 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.
- Gloster AT, Rinner MTB, Ioannou M, Villanueva J, Block VJ, Ferrari G, e.a. Treating treatment non-responders: A meta-analysis of randomized controlled psychotherapy trials. *Clin Psychol Rev* 2020; 75: 101810.
- Gunderson JG, Stout RL, Sanislow CA, Shea MT, McGlashan TH, Zanarini MC, e.a. New episodes and new onsets of major depression in borderline and other personality disorders. *J Affect Disord* 2008; 111: 40-5.
- Hölzel L, Härter M, Reese C, Kriston L. Risk factors for chronic depression - a systematic review. *J Affect Disord* 2011; 129: 1-13.

- Jennissen S, Huber J, Ehrental JC, Schauenburg H, Dinger U. Association between insight and outcome of psychotherapy: Systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2018; 175: 961-9.
- Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. Personality and depression: Explanatory models and review of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol* 2011; 7: 269-95.
- Klein MH, Kupfer JD, Shea MT. Personality and depression: A current view. New York: The Guilford Press; 1993.
- Kool M, Van HL, Bartak A, de Maat SCM, Arntz A, van den Eshof JW, e.a. Optimizing psychotherapy dosage for comorbid depression and personality disorders (PsyDos): A pragmatic randomized factorial trial using schema therapy and short-term psychodynamic psychotherapy. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 252.
- Luyten P, Blatt SJ. Psychodynamic treatment of depression. *Psychiatr Clin North Am* 2012; 35: 111-29.
- Malhi GS, Parker GB, Crawford J, Wilhelm K, Mitchell PB. Treatment-resistant depression: Resistant to definition? *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 302-9.
- Moran P, Leese M, Lee T, Walters P, Thornicroft G, Mann A. Standardised Assessment Of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS): Preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 228-32.
- 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.
- Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IMv, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, e.a. Multidisciplinaire richtlijn depressie (3e revisie). 2013.
- Town JM, Abbass A, Stride C, Bernier D. A randomised controlled trial of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: The Halifax depression study. *J Affect Disord* 2017; 214: 15-25.
- Trimbos-instituut. Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Utrecht: Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ; 2008.
- Van HL, Kool M. What we do, do not, and need to know about comorbid depression and personality disorders. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 776-8.

SUMMARY

Plea for early recognition, diagnosis and treatment of comorbid personality disorder in treatment-resistant depression

D.W. VAN DER SPEK, R.A. VAN GRIEKEN

It is known that personality traits can disappear during recovery from depressive disorder. Three case descriptions show the opposite: depressive symptoms can disappear after psychotherapeutic treatment of the personality disorder. In the treatment of depression, early recognition and diagnosis of a comorbid personality disorder is essential for considering different treatment options.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)12, 1067-1072

KEY WORDS depressive disorder, personality disorder, psychotherapy