Sarah SKOK

Vloga osebnostnih motenj pri zdravljenju depresije

The role of personality disorders in treatment of depression

POVZETEK

Namen pričujočega članka je pregledati dosedanje raziskave pojava komorbidnosti osebnostnih motenj pri depresiji in opredeliti kakšna je vloga osebnostnih motenj pri zdravljenju depresije. Raziskave komorbidnosti med osebnostnimi in razpoloženjskimi motnjami večinoma ugotavljajo visoke stopnje sopojavnosti, še posebej pri osebah, ki iščejo pomoč zaradi depresije. Poleg tega se ugotavlja vpliv komorbidnosti osebnostnih motenj pri zdravljenju depresije, ki je pogosto neugoden (počasnejša in krajša remisija, več ponovitev bolezni, prekinitve zdravljenja ipd.). Vendar pa so rezultati raziskav še vedno precej nekonsistentni, lahko tudi nasprotujoči si, čemur v veliki meri botrujejo metodološke pomanjkljivosti raziskovalnih načrtov ter močno nagibanje k uporabi kategorialnih ocen osebnostnih motenj, ki imajo tako pri razumevanju osebnostnih motenj kot pri raziskovanju teh precejšnje pomanjkljivosti. Kljub temu so dosedanja spoznanja dovolj konsistentna, da lahko oblikujemo konkretne predloge za delo z depresivnimi pacienti s komorbidno osebnostno motnjo. Na podlagi analize ugotovljenega so sestavljene smernice za nadaljnje raziskovanje, kot tudi za praktično delo z namenom ublažitve morebitnega negativnega vpliva komorbidnosti osebnostnih motenj pri delu z depresivnimi pacienti.

KLJUČNE BESEDE

osebnostna motnja, depresija, komorbidnost, psihoterapija, zdravljenje

SHORT ABSTRACT

In this paper we are going to explore the relationship between depression and personality disorders and how this relationship affects the treatment of depression. Most of the comorbidity researches between personality disorders and mood disorders identify high levels of co-occurrence, especially in patients looking for treatment for depression. The influence of this co-occurrence has been shown as mostly having a negative impact on the depression treatment (in the sense of longer time to remission, shorter periods of remission, more recurrences, dropout from treatment). Nevertheless, research outcomes are still largely inconsistent, even opposing, which is mostly due to the methodological shortcomings in research designs and the strong preference for the categorical diagnosis of personality disorders, which proves to have substantial shortcomings in terms of

SARAH SKOK, SPECIALIZANTKA KLINIČNE PSIHOLOGIJE, PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA BEGUNJE
SARAH.SKOK@GMAIL.COM; 041 277 783

understanding personality disorders as well as in researching them. At the end of this paper we present a critical review of up-to-date research designs, recommendations for further research as well as some guidelines for clinical work with patients.

KEY WORDS

personality disorder, depression, comorbidity, psychotherapy, treatment

EXTENDED ABSTRACT

The relationship between depression and personality disorders and how this relationship affects the treatment of depression is the main topic of this article. At the end of this paper we present a critical review of up-to-date research designs, recommendations for further research as well as some guidelines for clinical work with patients.

Depression and personality disorders are common mental disorders (for more details see Sadock and Sadock, 2003; Lenzenweger, Lane, Loranger and Kessler, 2007; Grant et al., 2008). Considering the high prevalence of both, it comes as no surprise that the comorbidity between the two disorders is also very high (from 20% to as high as 85 % of patients with depression suffer also from a personality disorder; for more details on comorbidity see Corruble, Ginestet and Guelfi, 1996; Rossi et al., 2001; Zimmerman and Mattia, 1999; Skodol et al., 1999; Vilaplana, McKenney, Riesco, Autonella and Cervilla, 2010) and probably affects treatment of each. In the newest meta-analytic research it was shown that the risk of having a personality disorder while already suffering from depression is as high as 0, 45 (in dystimia even 0, 60; Friborg, Martinsen, Martinussen, Kaiser, Overgard and Rosenvinge, 2014).

Treatment of depression with comorbid personality disorder

Personality disorders can contribute to great complications in the treatment of depression (e.g. Levenson, Wallace, Fournier, Rucci and Frank, 2012; Shea, Widiger and Klein, 1992; Shahar, Blatt, Zuroff and Pilkonis, 2003) in the form of: earlier emergence of depression (e. g. Brieger, Ehrt, Bloeink and Marneros, 2002), longer treatment (e.g. Grilo et al., 2005), longer lasting depressive episodes (e.g. Grilo et al., 2005), higher suicide rates (e. g. Brieger et al., 2002), more frequent relapse and hospitalizations (e. g. Gunderson et al., 2008) and a higher drop-out rate from treatment (especially in borderline; e.g. Martino, Menchetti, Pozzi and Berardi, 2012; McFarland and Klein, 2005; Moradveisi, Huibers, Renner, Arasteh and Arntz 2013).

Pharmacological treatment of depression with comorbid personality disorder

In pharmacological treatments results are similar – personality disorders predict worse treatment outcome in depression (Agosti, Hellerstein and Stewart, 2009). Comorbid personality disorder contributes to a heightened risk of not achieving remission after the first round of pharmacological treatment of depression (Bock, Drachmann Bukh, Vin-

berg, Gether and Kessing, 2010) and the time to relapse is significantly shorter (Fournier, DeRubeis, Shelton, Gallop, Amsterdam and Hollon, 2008).

Fournier et al. (2008) found that patients with comorbid personality disorder responded better to pharmacological treatment, whereas psychotherapy proved to be more successful in treating depression in those with no comorbid personality pathology. However, the above does not seem to apply to cluster C personality disorders where no negative impact on treatment of depression and no significant differences in the success between pharmacological and psychotherapeutic treatment have been found (Maddux et al., 2009).

Treatment of depression with psychological therapies in patients with comorbid personality disorders

Patients with comorbid personality disorders respond to depression-focused-psychotherapy later or to a lesser extent, which can partly be attributed to the constant negative influences of their behavioural patterns (part of personality disorder) on life events (especially relationships) and to diminished capability as well as motivation to get involved in psychotherapy (Shea et. al., 1992). Patients with personality pathology have more difficulties in establishing a working alliance with the psychotherapist and are more prone to discontinue treatment (Leichsenring and Leibing, 2003; Perry, Banon and Ianni, 1999 in Strauss et al., 2006).

Individuals with cluster C personality disorders are more inclined to seek psychological help, whilst those with paranoid and schizoid disorders are more reluctant and more often reject treatment (Tyrer, Mitchard, Methuen and Ranger, 2003). Nevertheless, in the acute phase of depression both are more willing to participate in psychological treatment for depression (Kelly, Casey, Dunn, Ayuso-Mateos and Dowrick, 2007) and are also more likely to complete treatment if it is focused on depression than on personality pathology.

There is no clear evidence as to which psychotherapy approaches are best; some researchers found no significant differences in the efficiency of different psychotherapies (Kelly, Nur, Tyrer and Casey, 2009), whereas others claim that cognitive behavioural therapy is more effective in treating depression in patients with comorbid personality disorder (Joyce et al., 2007; Kuyken, Kurzer, DeRubeis, Beck and Brown, 2001).

A two-year study (Cyranowski et. al., 2004) of patients with comorbid pathology, who were involved in interpersonal psychotherapy, revealed that in those with personality disorders the onset of depression developd earlier, they had already experienced several episodes of depression, more often needed the support of pharmacological treatment to establish a stable remission after an acute phase of depression, relapses were more frequent and time of remission was shorter. However, in those who were able to maintain a stable remission from depression there was also noticed a significant continued decline of personality pathology.

Critiques of up-to-date research

Some of the meta-analyses and overviews have however found no significant negative impact of comorbid personality disorders on the treatment of depression (Kool et al., 2005; Krishnan, 2003; Mulder, 2002) or the impact was small (Joyce et al., 2003a; Mulder et al., 2003). Mulder (2002) came to the conclusion that differences in the research outcomes stem from shortcomings in the research designs and not from the impact of personality pathology. He found that depressive patients with personality pathology often do not receive appropriate treatment and researchers do not control the characteristics of depression (e.g. chronicity, scale) which can have an impact on the treatment outcome results and can also be linked to personality pathology. Moreover, depressive patients with comorbid personality pathology tend to have a more intense subjective experience of depression than those without personality pathology, although objectively both suffer the same (Kuyken et al., 2001; Stanley and Wilson, 2006). Therefore it is difficult to separate the influence of depressive symptoms from that of the personality pathology.

Discussion and conclusion

There seem to be two main problems that contribute to the somewhat contrasting results – the understanding of the concept of personality disorders and less than adequate research designs.

Understanding personality disorders as merely diagnostic categories (that are made up by symptoms) ignores the intensity of these symptoms (which could be assessed on a dimensional scale). Moreover, personality disorders within one category can differ largely, since there are various possible symptom combinations. Researchers should therefore use empirically proven dimensional models of personality and personality disorders instead of diagnostic categories.

The problem with the concept of personality disorders is reflected also through the high comorbidity between depression and personality disorders, which in itself poses a question about the appropriateness of such distinction. In particular it is not yet clear whether we are seeing a really high comorbidity or maybe these two diagnoses overlap with one another. The categorical diagnosis can manifest itself differently from patient to patient and manifestations of depression and personality disorder can be very similar. Therefore designing researches with the use of dimensional models of latent traits, instead of categorical diagnoses, could give valuable understanding of why the comorbidity is that high.

In this article we can see how important it is for the research design to meet scientific criteria, since otherwise results will differ widely from research to research. Diagnostic assessment of the patient's illnesses before their inclusion into the research should be more thorough (at least semi-structured interviews, dimensional traits can be obtained also with well-structured self-disclosure questionnaires). With personality disordered patients self-assessment of depression is less appropriate, since their subjective experience of depression is more intensive, although objectively their depression is not that

severe (Casey et al., 2004; Kuyken et al., 2001) and it is of high importance that the covariance between personality pathology and depressive symptomatology is controlled (best through longitudinal studies and larger samples). Furthermore, it would be interesting to shed more light into this relationship; some authors have already implied that depression seen in personality disordered patients is a special kind of depression, different to classical depressive episode (Silk, 2000; Leichsenring, 2004).

Nevertheless despite the shortcomings of the up-to-date research, some practical implications for clinical work can still be synthesized. For patients with depression and comorbid personality pathology we would recommend lengthier psychotherapeutic treatments than those designed for depression, so that they could overcome the persistent and deeply rooted personality traits that hinder the therapy progress. There should be stronger emphasis on individualization of treatments so they would fit the personality specifics of the patient (here a great need for a profound pre-treatment personality assessment is evident yet again). Since it is more likely that patients with personality disorders will seek treatment during acute episodes of depression, it is very important that we motivate them and offer them the personalized treatment at that precise time.

This paper concludes with some synthesized guidelines and recommendations for clinical work, however there is still a great need for further research on the concept of personality disorders as well as on their effect on the treatment of depression.

Opomba

Članek je nastal v okviru programa »Inovativna shema za sofinanciranje doktorskega študija za spodbujanje sodelovanja z gospodarstvom in reševanja aktualnih družbenih izzivov«. To operacijo delno financira Evropska Unija, in sicer iz Evropskega socialnega sklada. Operacija se izvaja v okviru operativnega programa razvoja človeških virov 2007 – 2013, 1. razvojne prioritete: Spodbujanje podjetništva in prilagodljivosti; prednostne usmeritve 1.3 Štipendijske sheme.

Uvod

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization, 2008) depresijo uvršča na tretje mesto med boleznimi, ki človeku povzročajo največje breme in onemogočajo njegovo normalno funkcioniranje, obenem pa je celo na prvem mestu po merilu „zaradi bolezni izgubljenih dni življenja» (WHO, 2008: 37). Gre za pogosto psihično motnjo z doživljenjsko prevalenco okoli 15, pri ženskah celo vse do 25 % (Sadock in Sadock, 2003). Njeni glavni simptomi so znižano razpoloženje, znižana raven energije in upad aktivnosti, ki jih pogosto spremljajo še zmanjšana zmožnost doživljanja zadovoljstva, zoženje interesov, težave s koncentracijo in poudarjena utrujenost (Mednarodna klasifikacija bolezni, WHO, 2010).

Osebnostne motnje pa so „vztrajen vzorec subjektivnih izkušenj in vedenj, ki pomembno odstopa od pričakovanj posameznikove kulture, je pervaziven in nefleksibilen, se prične v adolescenci ali zgodnji odraslosti, je stabilen skozi čas ter vodi v distres ali okvaro» (American Psychiatric Association, 2000, 2013: 645). DSM (četrta in peta izdaja) osebnostne motnje deli v tri klastre: klaster A zajema paranoidno, shizoidno in shizotipsko osebnostno motnjo, klaster B antisocialno, mejno, histrionično in narcisistično ter klaster C izogibajočo, odvisnostno, obsesivno-kompulzivno ter drugje neopredeljene osebnostne motnje (kot sta npr. pasivno-agresivna in depresivna osebnostna motnja) in osebnostne spremembe zaradi drugega zdravstvenega vzroka.

Podatki o prevalenci osebnostnih motenj so manj skladni kot pri depresiji. Lenzenweger, Lane, Loranger in Kessler (2007) so na podlagi nacionalno reprezentativnega vzorca Američanov ocenili prevalenco v splošni populaciji za osebnostne motnje klastra A na okoli 5,7 %, klastra B 1,5 % (od tega mejna osebnostna motnja 1,4 %) ter klastra C na 6 %; skupno za vse osebnostne motnje je prevalenca dobrih 9 %. S to oceno, pa se ne strinjajo Grant in dr. (2008), ki so v obširni epidemiološki raziskavi na več kot 34 tisoč udeležencih, ugotovili da prevalenca zgolj mejne osebnostne motnje dosega celo 5,9% (pri tem pa niso opažali pomembnih razlik med spoloma, kot je bilo ugotovljeno v nekaterih drugih raziskavah na manjših vzorcih).

Tudi epidemiološke raziskave niso vedno podajale realne slike, saj so pogosto vključevale nestrukturirane klinične evalvacije bolezni, kar je vodilo v podcenjevanje prisotnosti osebnostnih motenj ter tako botrovalo zelo neskladnim ocenam prevalence. V raziskavi (Zimmerman, Rothschild in Chelminski, 2005), ki je temeljila na strukturiranem diagnostičnem procesu, so ugotovili, da je med psihiatričnimi pacienti skoraj tretjina (31,4 %) dosegala kriterije za katero od desetih osebnostnih motenj opisanih v DSM IV, če so upoštevali še kategoriji osebnostnih motenj, ki drugje niso opredeljene, pa je število naraslo celo na 45 %. Najpogostejše osebnostne motnje med psihiatričnimi pacienti so izogibajoča, mejna (15 do 25%; Gunderson in Zanarini v Leichsenring in Leibing, 2003) in obsesivno-kompulzivna osebnostna motnja.

Ob precej visoki prevalenci depresije in osebnostnih motenj lahko predpostavljamo, da obstaja med obojimi tudi precejšnja stopnja komorbidnosti. Ob tem pa se postavlja vprašanje, kako visoka je ta stopnja ter kakšno vlogo ima pri zdravljenju depresije. Namen pričujočega članka je najti odgovore s pomočjo pregleda raziskav ter na podlagi analize ugotovljenega sestaviti smernice za nadaljnje raziskovanje, kot tudi za praktično

delo s pacienti, z namenom ublažitve morebitnega negativnega vpliva komorbidnosti osebnostnih motenj pri delu z depresivnimi pacienti.

Pregled objavljene literature

Članek je nastal s pomočjo pregleda najnovejših poročil o raziskavah v spletnih bazah *PsychInfo, Science Direct in PubMed*. V iskanju so bile uporabljene ključne besede „*personality disorder, depression*» (pri iskanju raziskav komorbidnosti še „*comorbidity*»). Med najdenimi raziskavami so bile v pregled vključene tiste, ki so odgovarjale na v tem članku zastavljena vprašanja ter so bile objavljene predvsem v zadnjih petnajstih letih (z izjemo redkih raziskav, ki so bile objavljene pred letom 2000, vendar so bile po vsebini pomembne za ta pregled).

Komorbidnost osebnostnih motenj in depresije

Z izidom DSM-III, ki je uvedel večosno ocenjevanje, je poraslo število raziskav, ki so ugotavljale zelo visoko sopojavnost motenj iz prve (kjer se nahajajo klinični sindromi) in druge osi (kjer se nahajajo osebnostne motnje), še posebej visoko pa je bila ocenjena prav komorbidnost motenj prve osi pri osebah z osebnostnimi motnjami (od 66 do 97 %, Dolan-Sewell, Krueger in Shea, 2001). Osebnostne motnje iz vseh klastrov imajo pomembno komorbidnost predvsem z anksioznimi, razpoloženjskimi in motnjami kontrole impulzov, vse pa se povezujejo tudi z odvisnostmi (Lenzenweger in dr., 2007).

Corruble, Ginestet in Guelfi (1996) so v svojem pregledu raziskav ugotovili, da ima od 20 do 50 % hospitaliziranih pacientov ter od 50 do 85 % izven bolnišničnih pacientov z akutno veliko depresijo tudi vsaj eno povezano osebnostno motnjo. Med pacienti, ki so ravnokar dosegli vsaj delno remisijo po hudi depresivni epizodi, je 31,6 % takih z izogibajočo, 30,8 z mejno in prav tako 30,8 % oseb z obsesivno-kompulzivno osebnostno motnjo, precej visoko zastopane pa so tudi odvisnostna, paranoidna, narcisistična in pasivno-agresivna osebnostna motnja (Rossi in dr., 2001).

Največ raziskav se je usmerjalo v raziskovanje mejne osebnostne motnje, kjer se je izkazalo, da imajo ti pacienti pomembno pogosteje komorbidne diagnoze s kliničnimi sindromi, kot tisti brez diagnoze ter da obstaja pomembna longitudinalna povezava med mejno osebnostno motnjo in hudo depresijo (Shea in dr., 2004). Tako so raziskovalci ugotavljali visoke stopnje komorbidnosti depresije pri mejni osebnostni motnji (61 %, Zimmerman in Mattia, 1999; 31,3 % s komorbidno veliko depresijo in 16 % s komorbidno distimijo, Skodol in dr., 1999).

Nekateri raziskovalci pa so raje preučevali povezave med depresivnimi motnjami in celotnimi klastri osebnostnih motenj, kar je upravičevala podobnost motenj znotraj posameznega klastra. Pomembna prevalenca depresivnih sindromov pri klastru B (npr. Abela, Payne in Moussaly, 2003; De La Fuente Bobes, Vizuete in Mendlewicz, 2002; Gunderson in dr., 2008; Johnson, Cohen, Kasen in Brook, 2005; Rossi in dr., 2001; Skodol in dr., 1999;) in klastru C osebnostnih motenj (Farabaugh, Fava, Mischoulon, Sklarsky, Petersen in Alpert, 2005; Johnson in dr., 2005; Morse, Pilkonis, Houck, Frank in Reynolds, 2005, Viinamaki in dr., 2002) je bila že večkrat potrjena v predhodnih

raziskavah. V novejši raziskavi (Vilaplana, McKenney, Riesco, Autonell in Cervilla, 2010) so pri pacientih v izvenbolnišnični obravnavi ugotovili visoko prevalenco depresivnih motenj (velike depresije in distimije) pri osebah z osebnostno motnjo iz klastra C (skoraj 37 %), temu sledijo klaster B (33,5 %,) in klaster A (17 %). Še posebej torej izstopa povezava med depresijo in osebnostnimi motnjami iz klastra C (Hayward in Moran, 2007). Pravzaprav se osebnostne motnje iz klastra C tako pogosto pojavljajo v komorbidnosti z depresijo in anksioznimi motnjami, da so nekateri že pred desetletji predlagali oblikovanje t.i. splošnega nevrotskega sindroma (Tyrer, Seivewright, Ferguson in Tyrer, 1992). Tega so razumeli kot istočasno prisotnost vsaj dveh nevrotskih motenj ter osebnostne motnje iz klastra C (z vsaj eno epizodo bolezni, ki ni bila povezana s pomembnim življenjskih stresom) ter dokazi o podobni patologiji pri enem od bližnjih družinskih članov.

Ne velja pa tako visoka komorbidnost za doživljenjsko prevalenco depresije, kjer Zimmerman in Mattia (1999) nista ugotovila pomembnih razlik med skupinama pacientov z ali brez osebnostne motnje.

V najnovejši metanalitični raziskavi, ki je zajela 122 raziskav med leti 1988 in 2010 (Friborg, Martinsen, Martinussen, Kaiser, Overgard in Rosenvinge, 2014) so ugotovili, da je tveganje, da bi ob depresiji imeli tudi katerokoli osebnostno motnjo zelo visoko (0,45, ob distimiji pa celo 0,60), ob tem da so pri depresivnih in distimičnih pacientih najpogosteje ugotovili komordibne osebnostne motnje iz klastra C osebnostnih motenj, najredkeje pa iz klastra A. Pri depresiji je bila najvišja komorbidnost z izogibajočo osebnostno motnjo (0,16) in mejno osebnostno motnjo (0,14); pri distimiji pa z izogibajočo (0,22), odvisnostno (0,13) in obsesivno-kompulzivno osebnostno motnjo (0,12). Vendar pa je raziskava razkrila tudi moderatorski vpliv spremenljivk, ob katerih je bila ocenjena komorbidnost višja – kadar so podatke zbirali s samoocenjevalnimi vprašalniki namesto s kliničnim intervjujem, kadar so uporabili DSM-III-R namesto DSM-IV, kadar je bilo v raziskavo vključenih več žensk ter kadar je depresivna motnja trajala že dalj časa. Obenem se ob tako visokih ocenah komorbidnosti postavlja tudi vprašanje ustreznosti nekoliko arbitrarne ločitve motenj prve in druge osi (Lenzenweger in dr., 2007), – ki je bila odpravljena v najnovejši izdaji DSM-5 (APA, 2013) – po drugi strani pa je medsebojna povezanost motenj pomembna s kliničnega, terapevtskega in prognostičnega vidika (Rossi in dr., 2001).

Povezava med osebnostnimi motnjami in depresijo

Visoka incidenca depresije pri osebnostnih motnjah, še posebej pri mejni osebnostni motnji, je sprožila velik interes za raziskovanje medsebojne povezave med obema motnjama (Koenigsberg, Anwunah, New, Mitropoulou, Schopick in Siever,1999), saj bi poznavanje te povezave lahko pomagalo pri zastavljanju terapevtskih programov in ciljev ter pri napovedovanju poteka bolezni. Razumevanje medsebojnega odnosa pa dodatno zapleta podobnost med diagnozama mejne osebnostne motnje ter depresije (sploh v prisotnosti suicidalnih idej in poskusov, intenzivni epizodični disforiji ter občutkih praznine).

Raziskovalci so skušali pojasniti sopojavnost osebnostnih in razpoloženjskih motenj (več o tem npr. v Gunderson in Phillips, 1991; Koenigsberg in dr., 1999; Skodol in dr.,

2002a) na različne načine. Pri razumevanju odnosa med motnjami iz prve in druge osi (torej tudi depresije in osebnostnih motenj) se večinoma navaja sedem modelov (Dolan-Sewell, Krueger in Shea, 2001):

- model neodvisnosti – predvideva, da so motnje nepovezane med seboj ter se pojavljajo skupaj po naključju (Lyons, Tyrer, Gunderson in Tohen, 1997, v Dolan-Sewell, Krueger in Shea, 2001);
- model skupnega vzroka – motnje imajo skupne etiološke faktorje, ki so lahko genetski, biološki, okoljski, psihološki, temperamentni ali kombinacija vseh (Lyons in dr., 1997, Kessler, 1995, Klein, Wonderlich in Shea, 1993, v Dolan-Sewell, Krueger in Shea, 2001);
- model spektra oz. subklinični model – obe motnji sta povezani po etioloških faktorjih, vendar sta različni manifestaciji ali fazi istega bolezenskega procesa; torej je ena motnja le manifestacija ali varianta druge (ta model se je pogosto uporabljal pri klastru C t. i. anksioznih osebnostnih motenj ter anksioznih motnjah iz prve osi);
- modeli ranljivosti oz. predispozicije – predvideva neodvisnost obeh motenj, vendar ena motnja časovno predhodi drugi motnji ter povečuje tveganje za nastanek druge motnje (Lyons in dr., 1997, Dolan-Sewell, Krueger in Shea, 2001);
- modeli komplikacije ali brazgotine – druga motnja se razvije v kontekstu prve motnje ter vztraja še potem, ko se prva motnja že umakne in s tem deluje kot komplikacija prve motnje (Klein, Wonderlich in Shea, 1993, v Dolan-Sewell, Krueger in Shea, 2001);
- model patoplastičnosti oz. poslabšanja – motnji sicer etiološko nista povezani, vendar ena lahko vpliva na manifestacijo ali potek druge (učinek je lahko aditivni, patoplastični ali sinergijski);
- psihobiološki modeli – ki poudarjajo biološko in genetsko podlago motenj, delno pa upoštevajo okoljske in druge nebiološke faktorje ter so zaradi tega integrativni pristopi; pogosto so konsistentni z modeli skupnega vzroka, spektra ali ranljivosti (npr. Cloninger, Svrakic in Przybeck, 1993, Siever in Davis, 1991, v Dolan-Sewell, Krueger in Shea, 2001) .

Upoštevanje modelov povezanosti je pogosto vodilo v raziskovanje nekih temeljnih, skupnih faktorjev, ki bi to povezanost bolje pojasnili. Tako so npr. Jylhä, Melartin in Isometsä (2009) v svoji raziskavi na 193 pacientih s hudo depresijo ugotovili, da z naraščanjem stopnje nevroticizma, narašča prevalenca in število komorbidnih motenj iz prve in druge osi. Za razliko od tega, pa z naraščanjem ekstrovertnosti upada prevalenca osebnostnih motenj iz klastra C.

Luca, Luca in Calandra (2012) pa v svojem pregledu relevantne literature, izpostavljajo biološko podlago mejne osebnostne motnje ter ugotavljajo, da se pri depresiji in mejni osebnostni motnji kažejo podobne temperamentne značilnosti – npr. v metaraziskavi sta Kampman in Poutanen (2011) ugotovila, da je povišana dimenzija izogibanje bolečini [*harm-avoidance*] povezana z aktualnimi depresivnimi simptomi v enajstih od dvanajst študij ter z depresivnimi potezami v treh od štirih študij, medtem ko so Joyce, Mulder, Luty, McKenzie, Sullivan in Cloninger (2003b) ugotovili, da igra izogibanje bolečini [*harm avoidance*] pomembno vlogo tudi pri razvoju mejne (in izogibajoče) osebnostne motnje.

Zdravljenje depresije ob komorbidni osebnostni motnji

Zdravljenje depresije lahko pomembno zaplete sopojavnost osebnostnih motenj (Ferguson, Murphy in Johnson, 1993; Levenson, Wallace, Fournier, Rucci in Frank, 2012; Reich v Widiger, 2010; Shea, Widiger in Klein, 1992; Shahar, Blatt, Zuroff in Pilkonis, 2003). Raziskovalci vpliva komorbidnosti osebnostnih motenj pri zdravljenju depresije so se usmerjali v preučevanje različnih vidikov (Vilaplana in dr., 2010), najpogosteje pa so raziskovali naslednje obremenjujoče faktorje:

- zgodnejši pojav depresivne motnje (npr. Brieger, Ehrt, Bloeink in Marneros, 2002; Corruble in dr., 1996; Mulder, Joyce in Luty, 2003; Ramklint in Ekselius, 2002)
- daljši čas zdravljenja (npr. Grilo in dr., 2005; Kool in dr., 2005; Newton-Howes, Tyrer in Johnson, 2006; Quilty, De Fruyt, Rolland, Kennedy, Rouillon, in Bagby, 2008; Rothschild in Zimmerman, 2002; Shea in dr., 1992; Viinamaki in dr., 2002)
- dalj trajajoče depresivne epizode (npr. Grilo in dr., 2005; Gunderson in dr., 2004; Petersen in dr., 2002)
- višjo stopnjo suicidalnosti (npr. Brieger in dr., 2002; Joyce in dr., 2003b; Stanković, Saula-Marojević in Potrebić, 2006)
- pogostojši relaps in hospitalizacije (npr. Gunderson in dr., 2008; Ilardi, Craighead in Evans, 1997; Ramklint in Ekselius, 2002).

Ob komorbidni osebnostni motnji je izid zdravljenja depresije manj ugoden (Grilo in dr., 2005; Ilardi in dr., 1997; Klein, Shankman in Rose, 2008; Pfohl, Coryell, Zimmerman in Stangl, 1987; Pilkonis in Frank, 1988; Pretzer in Beck, 1996; Shea in dr., 1990), ne glede na to ali zdravljenje temelji na (interpersonalni) psihoterapiji ali farmakološki terapiji (Levenson in dr., 2012). Gunderson in dr. (2008) so v svoji raziskavi spremljali 478 pacientov z osebnostno motnjo v trajanju šestih let. Po šestih letih (Grilo in dr., 2010) so objavili, da so med tistimi, pri katerih je prišlo do remisije depresivne motnje, pacienti z mejno in obsesivno-kompulzivno osebnostno motnjo hitreje doživeli relaps, kot tisti brez komorbidne osebnostne motnje. 85 % oseb z osebnostno motnjo je v času šestletne študije doživelo vsaj eno epizodo velike depresije (Gunderson in dr., 2008); med tistimi s kronično depresijo je pri prav tako 85 % prišlo do ponovitve bolezni, med tistimi, ki niso imeli diagnoze kronične depresije, pa jih je 44 % v tem šestletnem časovnem obdobju izkusilo prvo epizodo. Osebnostne motnje imajo zelo pomemben vpliv na potek velike depresije ter se kažejo kot prediktorji slabšega umika depresivnih simptomov (Grilo in dr., 2005; Klein in dr., 2008); remisijo velike depresije jih je med tistimi s shizotipsko osebnostno motnjo doseglo 52 %, med tistimi z mejno osebnostno motnjo 60 %, pri izogibajoči 71 % in pri obsesivno-kompulzivni celo 81 % (v kontrolni skupini brez osebnostne motnje jih je remisijo doseglo 89 %).

Mejna osebnostna motnja izstopa med osebnostnimi motnjami kot tista, ki napoveduje dolgotrajno vztrajanje depresivne motnje tudi še tri leta po prvem merjenju (Skodol, Grilo, Keyes, Geier, Grant in Hasin, 2011), pomeni pa višje tveganje za ponovitev hude depresije kot druge osebnostne motnje ter negativno vpliva na potek depresije (Gunderson in dr., 2008). Pri zdravljenju osebnostnih motenj je zelo pogosta opustitev zdravljenja, kar še posebej velja za mejno osebnostno motnjo (Martino, Menchetti, Pozzi in Berardi, 2012) ter se kaže tudi v večjem tveganju za prekinitev zdravljenja

depresivne motnje ob komorbidnosti osebnostne motnje (McFarland in Klein, 2005; Moradveisi, Huibers, Renner, Arasteh in Arntz 2013; Newton-Howes in dr., 2006). Bolj ustrezne bi zato bile kombinirane oblike zdravljenja za obe motnji, ki bi morda lahko zagotovile večjo stopnjo vztrajanja v zdravljenju in bolj pozitiven izid zdravljenja (Klein in dr., 2008).

Farmakološko zdravljenje depresije ob komorbidni osebnostni motnji

Osebnostne motnje so pomemben prediktor remisije pri kronični depresiji z zgodnjim začetkom (Agosti, Hellerstein in Stewart, 2009). Odsotnost teh pomeni višjo verjetnost za doseganje remisije depresije; posebej paranoidna in obsesivno-kompulzivna osebnostna motnja pa sta pomembno povezani z zmanjšano verjetnostjo izboljšanja depresivne motnje. Podobne rezultate so dobili Bock, Drachmann Bukh, Vinberg, Gether in Kessing (2010), ki so ugotovili, da je komorbidna osebnostna motnja povezana s podvojenim tveganjem za nedoseganje remisije depresije po prvem krogu antidepresivne terapije, vendar pa te povezanosti ni bilo več zaznati po drugem krogu medikamentoznega zdravljenja. Obenem pa pacienti s komorbidno osebnostno motnjo hitreje doživijo relaps depresije po ukinitvi medikamentozne terapije, ki je sicer uspešno vodila do remisije (Fournier, DeRubeis, Shelton, Gallop, Amsterdam in Hollon, 2008).

Ko so v študijo vključili zgolj osebe z osebnostnimi motnjami iz klastra C, pa komorbidnost ni pomembno negativno vplivala na izid zdravljenja depresije, poleg tega ni bilo pomembnih razlik med zdravljenjem depresije s farmakološko terapijo ali psihoterapijo (Maddux in dr., 2009).

Newton-Howes in dr. (2006) so v svojo metaanalizo vključili študije, ki so zajemale tako farmakološko kot psihoterapevtsko zdravljenje ter ugotovili, da imajo osebnostne motnje sicer manjši, vendar pomembno neugoden vpliv (komorbidna osebnostna motnja pri depresiji se je povezovala s podvojenim tveganjem za slab izid zdravljenja v primerjavi z osebami brez osebnostne motnje). Obenem pa so poročali o trendu, da so psihoterapije povezane s šibkejšim izidom zdravljenja depresije pri pacientih z osebnostno motnjo v primerjavi s tistimi brez komorbidne osebnostne motnje.

Temu se pridružujejo tudi nekatere druge novejše raziskave, ki pri pacientih s komorbidno osebnostno motnjo ugotavljajo boljšo odzivnost na medikamentozno zdravljenje depresije (Fournier in dr., 2008), medtem ko se psihoterapija kaže kot bolj učinkovita pri zdravljenju depresije pri tistih brez osebnostnih motenj. K tem ugotovitvam v veliki meri pripomore tudi nagibanje k opustitvi zdravljenja pri osebnostno motenih (Moradveisi in dr., 2013; Newton-Howes in dr., 2006; Pompili in dr., 2009).

Psihoterapija depresije ob komorbidnih osebnostnih motnjah

Kadar je psihoterapija usmerjena na razpoloženjsko, anksiozno ali katero drugo motnjo iz prve osi lahko simptomatika osebnostne motnje v veliki meri pojasni, zakaj se nekateri pacienti niso odzvali na zdravljenje, kot bi sicer pričakovali (Widiger, 2010). Pacienti z osebnostno motnjo se na zdravljenje usmerjeno na depresivne motnje

odzivajo kasneje ali v manjši meri, kar lahko delno pripišemo nenehnim negativnim vplivom njihovih vedenjskih vzorcev (povezanih z osebnostno motnjo) na življenjske dogodke (posebej medosebne odnose) ter zmanjšani sposobnosti kot tudi motiviranosti za sodelovanje v terapiji (Shea in dr., 1992). Osebnostne motnje označujejo vztrajne, izčrpavajoče težave v medosebnih odnosih, zaradi katerih imajo ti pacienti več težav pri vzpostavljanju ustreznega delovnega odnosa s psihoterapevtom. Posledično so prekinitve terapije pri pacientih z osebnostno motnjo zelo pogoste (Leichsenring in Leibing, 2003; Perry, Banon in Ianni, 1999 v Strauss in dr., 2006).

Osebnostne motnje vplivajo tudi na pripravljenost posameznikov vključiti se v psihološko obravnavo ter se spustiti v psihoterapevtski odnos. Posamezniki z osebnostnimi motnjami iz klastra C so tako bolj nagnjeni k iskanju psihološke pomoči („treatment-seeking»), medtem ko so tisti s paranoidnimi in shizoidnimi motnjami, torej iz klastra A, bolj zadržani glede psihoterapije ter jo pogosteje zavračajo („treatment-rejecting») (Tyrer, Mitchard, Methuen in Ranger, 2003). Vendar pa se je izkazalo, da se bodo ob akutnem doživljanju depresije oboji bolj pripravljeni vključiti v program psihološkega zdravljenja depresije, kot bi se bili zgolj zaradi osebnostne motnje (Kelly, Casey, Dunn, Ayuso-Mateos in Dowrick, 2007), obenem pa je tudi verjetnost da bodo pacienti program zdravljenja zaključili večja, kadar je to usmerjeno v zdravljenje depresije in ne osebnostne motnje (Kuyken, Kurzer, DeRubeis, Beck in Brown, 2001).

Raziskave o učinkovitosti različnih psihoterapevtskih pristopov so precej nekonsistentne. Tako npr. med izborom vrste psihoterapije za zdravljenje depresije in osebnostnimi motnjami naj ne bi bilo interakcije, kar se sklada z nekaterimi raziskavami, ki kažejo, da tudi med različnimi oblikami psihoterapevtske pomoči pri osebnostnih motnjah ni bistvenih razlik v učinkovitosti (Kelly, Nur, Tyrer in Casey, 2009). Spet druge raziskave pa kažejo na razlike; npr. interpersonalna in kognitivno-vedenjska terapija sta obe uveljavljeni kot ustrezna pristopa k zdravljenju depresije, vendar pa se ob komorbidni osebnostni motnji slednja izkaže kot bolj ustrezna, saj ima osebnostna motnja neugoden vpliv na obravnavo depresivne motnje (Joyce in dr., 2007). Prav tako se je pokazalo, da depresivni pacienti z bolj kompleksno depresijo (npr. prisotnost osebnostne motnje, večja komorbidnost), ki so vključeni v posebej prilagojenje oblike kognitivne terapije kažejo pomembnejše izboljšanje, v primerjavi s pacienti z manj kompleksno depresijo (Kuyken in dr., 2001). Vendar pa te osebe tudi poročajo o hujši depresivni simptomatiki ob vključitvi v zdravljenje ter več rezidualnih simptomov ob zaključku (Casey in dr., 2004; Kuyken in dr., 2001; Moradveisi in dr., 2013).

Da bi se izognili vplivu akutne depresije na poročanje o osebnostni patologiji, so se Cyranowski in dr. (2004) usmerili v proučevanje vpliva osebnostne patologije na vzdrževalno terapijo pri depresivnih v remisiji, torej na terapijo usmerjeno v prevencijo relapsa depresije. Paciente so spremljali skozi dve leti, v tem času so bili vključeni v interpersonalno psihoterapijo. Pokazalo se je, da je pri osebah s komorbidno osebnostno patologijo depresija nastopila bolj zgodaj v razvoju, doživeli so že več depresivnih epizod, poleg tega pa so bolj pogosto ob psihoterapevtski obravnavi potrebovali tudi medikamentozno terapijo z antidepresivi za vzpostavitev stabilne remisije po akutni depresivni fazi. Prav tako je komorbidna osebnostna patologija napovedovala bolj pogoste ponovitve depresije ter krajši čas do relapsa bolezni. Obenem pa je pri tistih pacientih, ki so skozi dveletno obdobje študije vzdrževali stabilno remisijo, prišlo do kontinuiranega upada osebnostne patologije (tudi osebnostnih motenj iz vseh treh klastrov).

Kritike preteklih raziskav in dosedanjih spoznanj

Osebnostne motnje se pogosto pojavljajo v raziskavah o depresiji kot povezane s kronično depresijo, čeprav avtorji zaradi narave raziskav pogosto niso mogli potrditi prognostične ali etiološke pomembnosti osebnostne motnje (Hölzel, Härter, Reese in Kriston, 2011).

V metanalizi (Kool in dr., 2005) v katero so zajeli zgolj dobro zasnovane randomizirane študije vpliva osebnostnih motenj na medikamentozno zdravljenje depresije, niso odkrili pomembnih neugodnih učinkov komorbidne osebnostne motnje na izid zdravljenja depresije, prav tako ne v nekaterih novejših preglednih študijah (Krishnan, 2003; Mulder, 2002) oz. so ti učinki majhni (Joyce in dr., 2003a; Mulder in dr., 2003). Mulder (2002) je v svojem pregledu raziskav zaključil, da je to ali osebnostna patologija poslabša izid zdravljenja velike depresije, bolj odvisno od zasnove raziskave, saj teža osebnostne patologije močno variira glede na to, kako jo merijo. Poleg tega se zdi, da depresivni pacienti z osebnostno motnjo redkeje prejemajo ustrezno obravnavo (predvsem v nekontroliranih študijah). Študije tudi pogosto ne kontrolirajo značilnosti depresije (npr. kroničnost, teža), ki lahko vplivajo na izid zdravljenja te ter so obenem lahko povezane tudi z osebnostno patologijo. Povzel je, da najbolje zasnovane študije poročajo o najmanjšem vplivu osebnostne patologije na izid depresije.

Osebnostne motnje tako menda nimajo pomembnega negativnega vpliva na izid depresije, temveč zgolj na težo depresivne simptomatike, ki je pri osebah z osebnostno patologijo ob začetku ter ob kontrolnih merjenjih konsistentno povišana v primerjavi z osebami brez osebnostne patologije (Casey in dr., 2004). Depresivni pacienti s komorbidno (mejno) osebnostno motnjo torej subjektivno depresijo doživljajo kot precej bolj intenzivno kot pacienti brez komorbidnosti, čeprav sta obe skupini pacientov z objektivnimi merami ocenjeni enako (Kuyken in dr., 2001; Stanley in Wilson, 2006). Obenem pa je najboljši napovednik izida zdravljenja depresije prav teža depresivne simptomatike ob pričetku zdravljenja. Tako je težko ločiti vpliv depresivnih simptomov od vpliva osebnostne patologije, kar kliče po uporabi longitudinalnih študij. Močna korelacija med težo osebnostne patologije in težo depresivne simptomatike pa kaže na obstoj fenomenološkega odnosa med njima (Kelly in dr., 2009).

Kot je moč razbrati tudi iz tega prispevka, so dokazi o povezanosti osebnostnih motenj s slabšo prognozo depresije pogosto nasprotujoči si (Kelly in dr., 2009). Ta odnos je težko raziskovati, saj je potrebno identificirati ustrezna merila izida zdravljenja, izbrati ustrezne metode za ocenjevanje osebnostne motnje, postaviti časovno ročnost študije (kratkoročne proti dolgoročnim), sestaviti vzorčno populacijo ter izbrati ustrezno obliko zdravljenja. Poleg tega je lahko depresija povezana s specifično osebnostno motnjo (npr. osebnostne motnje klastra C, ki jih označuje izogibanje ter nizko samospoštovanje) in obratno posamezniki v akutni fazi depresije lahko poročajo o bolj neprilagojenih osebnostnih lastnostih, kot če bi bili trenutno v remisiji.

Pregled kompleksnosti raziskovalnega problema ter smernice za nadaljnje raziskovanje

Pričujoči pregled študij orisuje kompleksnost opisanega raziskovalnega problema, iz katerega lahko povzamemo predvsem dve glavni težavi, ki botrujeta (ponekod) nasprotujočim si rezultatom – razumevanje koncepta osebnostnih motenj ter manj ustrezni raziskovalni načrti.

Zagotovo se najprej postavlja vprašanje ustreznosti kategorialnih ocen osebnostnih motenj. Te namreč zanemarjajo intenzivnost simptomov (kar bi bilo sicer mogoče ocenjevati na dimenzionalni lestvici), ob tem da se je izkazalo, da je intenzivnost simptomatike pomemben napovedovalec izboljšanja bolezni (če povzamemo že zgoraj opisano - bolj intenzivna simptomatika osebnostne motnje korelira z bolj intenzivno depresijo, kar pa se povezuje s slabšim izidom zdravljenja depresije). Specifične osebnostne motnje, pa se lahko v svoji manifestni obliki tudi zelo razlikujejo, saj gre za različne kombinacije najpogostejših znakov znotraj neke kategorije. Zaradi heterogenosti znotraj posamezne diagnoze ter odsotnosti dokazov za kategorialno diagnosticiranje motnje (na kar opozarja tudi že Morey, 1988) bi morali raziskovalci diagnoze zamenjati s spodaj ležečimi strukturami osebnostnih lastnosti ter se pri tem naslanjati na empirično preverjene dimenzionalne modele (kot npr. pet faktorski model – več o tem lahko preberete v knjigi Osebnostne motnje in pet-faktorski model osebnosti [*Personality Disorders and the five factor model of personality*], Costa in Widiger, 1994). Raziskovanje v tej smeri je omogočil tudi alternativni sistem diagnosticiranja osebnostnih motenj v novem DSM-5 (APA, 2013), ki upošteva empirično potrjene dimenzionalne modele, vendar pa še ni bilo raziskav, ki bi tega vključile v raziskovanje odnosa med osebnostnimi motnjami in zdravljenjem depresije.

Problematičnost kategorialnega razumevanja osebnostnih motenj se odraža skozi izrazito komorbidnost z depresijo, ki se je razbohotila po uvedbi dvoosnega sistema ocenjevanja (z DSM-III, APA, 1980) ter s tem postavlja vprašanje ustreznosti tovrstnega ločevanja. Namreč ni povsem jasno ali gre za dejansko visoko sopojavnost ali pa je posredi prekrivanje diagnoz. Pri kategorialnem razumevanju osebnostnih motenj se naslanjamo zgolj na manifestne znake motnje, ki so med diagnozama osebnostne motnje in depresije lahko v precejšnji meri podobni. Morda bi tukaj raziskovanje latentnih značilnosti osebnostnih motenj, ki so na dimenzionalni ravni, odpravilo tako visoko prekrivanje oz. bi vsaj pojasnilo, zakaj do tega prihaja. Poleg tega se stvar še dodatno zaplete, če upoštevamo, da se lahko več različnih latentnih osebnostnih potez kaže skozi isto manifestno in več manifestnih potez izhaja iz iste latentne. Z boljšim razumevanjem nastanka, značilnosti ter poteka osebnostne motnje bi lažje pojasnili povezavo med osebnostno motnjo ter depresijo.

Pričujoči pregled raziskav nas opozarja tudi na pomembnost ustrezne zasnove raziskave. Dobljenim rezultatom so namreč pogosto botrovale metodološke neustreznosti, ki so sicer v kliničnem okolju pogoste (predvsem zaradi težav pri zagotavljanju dovolj velikega števila udeležencev ter izredno zamudne diagnostike motenj ob vključitvi v raziskavo), vendar pomembno vplivajo na izid. Tako bi bilo v bodoče potrebno izpeljati bolj poglobljeno diagnostiko pred vključitvijo v raziskavo. Da bi ustrezno diagnosticirali ter raziskovali osebnostno motnjo in komorbidne razpoloženjske motnje je potrebno

opraviti vsaj pol strukturirane intervjuje. Ocenjevanje osebnostnih dimenzij pacientov z osebnostno motnjo pa je lahko dodatno podprto tudi z dobro strukturiranimi samoocenjevalnimi vprašalniki (Skodol in dr., 2002b), ki pa morajo temeljiti na empirično preverjenih modelih osebnostnih motenj. Samocenjevanje depresije se je še posebej pri komorbidni osebnostni motnji izkazalo kot manj ustrezno, saj je subjektivno doživljanje depresivnih simptomov pri teh pacientih mnogo bolj izrazito, kljub temu da objektivno te razlike niso opazne (Casey in dr., 2004, Kuyken in dr., 2001). Vendar pa je izboljšanje depresivne simptomatike nemogoče meriti brez upoštevanja intenzivnosti te ob vključitvi v raziskavo. Potrebno je kontrolirati vpliv kovariance med osebnostno patologijo ter depresivno simptomatiko, kar pa lahko dosežemo z izvajanjem longitudinalnih študij in z večjimi vzorci. Obenem pa bi bilo zanimivo tudi podrobneje raziskati ozadje povezave med opisanima fenomenoma; nekateri avtorji so npr. skušali dokazati, da je depresija pri mejni osebnostni motnji posebna oblika depresije in se razlikuje od klasične depresivne epizode (Silk, 2010, Leichsenring, 2004).

Nekatere smernice za delo s pacienti

Na podlagi ugotovitev dosedanjih raziskav lahko, kljub nekaterim nekonsistentnostim, sestavimo nekaj napotkov za praktično delo. Pri pacientih s pridruženo osebnostno motnjo bi priporočali časovno dolgotrajnejše psihoterapevtske obravnave, kot so tiste namenjene zdravljenju (zgolj) depresije, da bi lahko presegli vztrajne in zakoreninjene osebnostne lastnosti povezane z osebnostno motnjo, ki ovirajo napredek v zdravljenju. Poleg tega bi morali biti ti programi bolj individualizirani, da bi se lahko prilagajali posebnostim posameznikov z osebnostno patologijo. V tem oziru je pred vključitvijo v zdravljenje potrebna poglobljena ocena osebnosti (na kar so opozarjali že Hopwood in dr., 2007; Shea in dr., 1992; Tyrer, Seivewright, Ferguson, Murphy in Johnson, 1993; Widiger, 2010; Zimmerman in dr. 2005). Tako se lahko program in terapevt ustrezno prilagodita pacientu oziroma se posameznikov, pri katerih je prognoza zaradi pridružene osebnostne patologije neugodna, ne vključi v standardiziran program, temveč se jim ponudi bolj ustrezno zdravljenje.

Poleg tega je bolj verjetno, da bodo pacienti pripravljeni sodelovati v psihoterapiji predvsem v akutni fazi depresije, ki jo doživljajo kot obremenitev, manj pa v času remisije depresije, saj osebnostno motnjo doživljajo kot del sebe. Posledično je zelo pomembno, da paciente pridobimo za zdravljenje v akutni fazi depresije.

Zaključek

Raziskave komorbidnosti med osebnostnimi in razpoloženjskimi motnjami torej potrjujejo visoke stopnje sopojavnosti, še posebej pri osebah, ki iščejo pomoč zaradi depresije. Poleg tega se pogosto ugotavlja neugoden vpliv komorbidnosti osebnostnih motenj pri zdravljenju depresije, ki se kaže skozi zgodnejši pojav depresije, daljši čas zdravljenja in krajšo remisijo depresije, več ponovitev bolezni ter dalj časa trajajoče depresivne epizode, prekinitve zdravljenja, višjo stopnjo suicidalnosti ter pogostejše hospitalizacije.

Pri pregledu raziskav pa so se izkazala tudi nekatera razhajanja v ugotovitvah (od tega, da imajo komorbidne osebnostne motnje pomemben negativen vpliv na zdravljenje depresije, do tega da vpliva nimajo). Da bi se v bodoče izognili tovrstnim nasprotovanjem smo v tem članku prediskutirali dva možna vzroka razhajanj – problematiko razumevanja koncepta osebnostnih motenj ter manj ustrezne raziskovalne načrte. Oblikovali in predlagali pa smo tudi nekatere prilagoditve pri zdravljenju depresije pri osebah s pridruženo osebnostno motnjo.

Literatura

Abela, J. R., Payne, A. V. in Moussaly, N. (2003). Cognitive vulnerability to depression in individuals with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 17*, 319-29.

Agosti, V., Hellerstein, D. J. in Stewart, J. W. (2009). Does personality disorder decrease the likelihood of remission in early-onset chronic depression? *Comprehensive Psychiatry,* 50, 491-495.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders; *DSM-5* (5. izdaja). Washington, DC, ZDA: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. izdaja., rev. tekst.). Washington, DC, ZDA: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC, ZDA: American Psychiatric Association.

Bock, C., Drachmann Bukh, J., Vinberg, M., Gether, U. in Kessing, L. V. (2010). The Influence of Comorbid Personality Disorder and Neuroticism on Treatment Outcome in First Episode Depression. *Psychopathology, 43*, 197-204.

Brieger, P., Ehrt, U., Bloeink, R. in Marneros, A. (2002). Consequences of comorbid personality disorders in major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 304-9.

Casey, P., Birbeck, G., McDonagh, C., Horgan, A., Dowrick, C., Dalgard, O., Lethinen ,V., Ayuso-Mateos, J. L., Dunn, G., Page, H., Wilkinson, C., Wilkinson, G., Vazquez-Barquero, J. L. (2004). Personality disorder, depression and functioning: results from the ODIN study. *Journal of Affective Disorders*, 82, 277-283.

Costa, P. T. in Widiger, T. A. (1994). Personality disorders and the five-factor model of personality. Washington, DC, ZDA: *American Psychological Association.*

Corruble, E., Ginestet, D. in Guelfi J. D. (1996). Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. *Journal of Affective Disorder*s, 37, 157-70.

Cyranowski, J. M., Frank, E., Winter, E., Rucci, P., Novick, D., Pilkonis, P., Fagiolini, A., Swartz, H. A., Houck, P., Kupfer, D. J. (2004). Personality pathology and outcome in recurrently depressed women over 2 years of maintenance interpersonal psychotherapy. *Psychological Medicine*, 34, 659-669.

De la Fuente, J. M. , Bobes, J., Vizuete, C. in Mendlewicz, J. (2002). Biological nature of depressive symptoms in borderline personality disorder: endocrine comparison to recurrent brief and major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 36, 137-45.

Dolan-Sewell, R. T., Krueger, R. F. in Shea,M. T. (2001). Co-occurence with Syndrome Disorders. V W. Livesley (ur.).*Handbook of Personality Disorders: theory, re-*

search and treatment (84-104). London, VB: New York Press.

Farabaugh, A., Fava, M., Mischoulon, D., Sklarsky, K., Petersen T. in Alpert, J. (2005). Relationships between major depressive disorder and comorbid anxiety and personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 266-71.

Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Gallop, R., Amsterdam, J. D. in Hollon, S. D. (2008). Antidepressant medications v. Cognitive therapy in people with depression with or without personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 124-129.

Friborg, O., Martinsen, E. W., Martinussen, M., Kaiser, S., Overgard, K. T. in Rosenvinge, J. H. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders; A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders,* 152-154, 1-11.

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., Ruan W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatr*y, 69, (4), 533–545.

Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Shea, M. T., Skodol, A. E., Stout, R. L., Gunderson, J. G., Yen, S., Bender, D. S., Pagano, M. E., Zanarini, M. C., Morey, L. C., McGlashan, T. H. (2005). Two-year prospective naturalistic study of remission from major depressive disorder as a function of personality disorder comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 78–85.

Grilo, C. M., Stout, R. L., Markowitz, J. C., Sanislow, C. A., Ansell, E. B., Skodol, A. E., Bender, D. S., Pinto, A., Shea, M. T., Yen, S., Gunderson, J. G., Morey, L. C., Hopwood, C. J., McGlahan, T. H. (2010). Personality Disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: a 6-year prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71 (12), 1629-1635.

Gunderson, J. G., Morey, L. C., Stout, R. L., Skodol, A. E., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Yen, S., Daversa, M. T., Bender, D. S. (2004). Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1049-56.

Gunderson, J. G. in Phillips, K. A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *American Journal of Psychiatry*, 148, 967-975.

Gunderson, J. G., Stout, R. L., Sanislow, C. A., Shea, M.T., McGlashan, T. H., Zanarini, Daversa, M. T., Grilo, C. M., Yen, S., Skodol, A. E. (2008). New episodes and new onsets of major depression in borderline and other personality disorders. *Journal of Affective Disorder*s, 111, 40–45.

Hayward, M. in Moran, P. (2007). Comorbidity of personality disorders and mental illnesses. *Psychiatry*, 7 (3), 102-104.

Hölzel, L., Härter, M., Reese, C., Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression – A systematic review. *Journal of Affective Disorder*s, 129 (1–3), 1–13.

Hopwood, C. J., Morey, L. C., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., Skodol, A. E. (2007). Personality traits predict current and future functioning comparably for individuals with major depressive and personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 266-269.

Ilardi, S. S., Craighead, W. E. in Evans, D. D. (1997). Modeling relapse in unipolar depression: the effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 65, 381-91.

Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. in Brook, J. S. (2005). Personality disorder traits associated with risk for unipolar depression during middle adulthood. *Psychiatry Research*, 136, 113-21.

Joyce, P.R., McKenzie, J. M., Carter, J. D., Rae, A. M., Luty, S. E., Frampton C. M., Mulder, R. T. (2007). Temperament, character and personality disorders as predictors of response to intepersonaly psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *British Journal of Psychiatr*y, 190, 503-508.

Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Luty, S. E., Mulder, R. T., Caner, J. D., Sullivan, P. F., Cloninger, C. R. (2003a). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 756–764.

Joyce, P. R., Mulder, R. T., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Sullivan, P. F., Cloninger, R. C. (2003b). Borderline personality disorder in major depression: symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 35-43.

Kampman, O. in Poutanen, O. (2011). Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 135, 20-27.

Kelly, B. D., Casey, P., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J. L. in Dowrick, C. (2007). The role of personality disorder in „difficult to reach» patients with depression: Findings from the ODIN study. *European Psychiatry*, 22, 153-159.

Kelly, B. D., Nur, U. A., Tyrer, P. in Casey, P. (2009). Impact of severity of personality disorder on the outcome of depression. *European Psychiatry*, 24, 322-326.

Klein, D.N., Shankman, S. A. in Rose, S. (2008) Dysthymic disorder and double depression: Prediction of 10-year course trajectories and outcomes. *Journal of Psychiatric Researc*h, 42, 408–415.

Koenigsberg, H. W., Anwunah, I., New, A. S., Mitropoulou, V., Schopick, F., Siever, L. J. (1999). Relationship between depression and borderline personality disorder. *Depression and Anxiety*, 10, 158–167.

Kool, S., Schoevers, R., De Maat, S., Van, R., Molenaar, P., Vink, A. in Dekker, J. (2005). Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders: a systematic review and metaanalysis. *Journal of Affective Disorders*, 88, 269–78.

Kuyken, W., Kurzer, N., DeRubeis, R. J., Beck, A. T., Brown, G. K. (2001). Response to Cognitive Therapy in Depression: The Role of Maladaptive Beliefs and Personality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 560–6.

Leichsenring, F. (2004). Quality of depressive experiences in borderline personality disorders: Difference between patients with borderline personality disorder and patients with higher level of personality organization. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68 (1), 9-22.

Leichsenring, F. in Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 160(7), 1223-1232

Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. in Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62, 553-564.

Levenson, J. C., Wallace, M., L., Fournier, J. C., Rucci, P. in Frank, E. (2012). The Role of Personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy

and pharmacotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 719-729.

Maddux, R. E., Riso, L. P., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Arnow, B. A., Manber, R., Blalock, J. A., Keitner, G. I., Thase, M. E. (2009). Select comorbid personality disorders and the treatment of chronic depression with nefazodone, targeted psychotherapy, or their combination. *Journal of Affective Disorders*, 117, 174-179.

Martino, F., Menchetti, M., Pozzi, E. in Berardi, D. (2012). Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: a preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(3), 180–186.

McFarland, B. R. in Klein, D. N. (2005) Mental health service use by patients with dysthymic disorder: treatment use and dropout in a 7 ½ – year naturalistic follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 46(4), 246–253.

Moradveisi, L., Huibers, M. J. H., Renner, F., Arasteh, M. in Arntz, A. (2013). 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. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 499-506.

Morey L. C. (1988). Personality disorders under DSM-III and DSM-III-R: An examination of convergence, coverage, and internal consistency. *American Journal of Psychiatry*, 145:573–577.

Morse, J. Q., Pilkonis, P. A., Houck, P. R., Frank, E. in Reynolds, C. F. III. (2005). Impact of cluster C personality disorders on outcomes of acute and maintenance treatment in late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 808-814.

Mulder, R.T., Joyce, P.R. in Luty S.E. (2003). The relationship of personality disorders to treatment outcome in depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 259-64.

Mulder, R.T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *American Journal of Psychiatry*, 159, 359-71.

Newton-Howes, G., Tyrer, P. in Johnson T. (2006) Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1),13–20.

Petersen, T., Hughes, M., Papakostas, G. I., Kant, A., Fava, M., Rosenbaum, J. F., Nierenberg, A. A. (2002). Treatment-resistant depression and Axis II comorbidity. *Psychotherapy and Psychosoatics*, 71, 269-74.

Pfohl, B., Coryell, W., Zimmerman, M., Stangl, D. (1987). Prognostic validity of self-report and interview measures of personality disorder in depressed inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 468– 472.

Pilkonis, P. A. in Frank, E. (1988): Personality pathology in recurrent depression: Nature, prevalence, and relationship to treatment response. *American Journal of Psychiatry* 145, 435–441.

Pompili, M., Serafini, G., Del Casale, A., Rigucci, S., Innamorati M., Girardi, P. in Lester, D. (2009). Improving adherence in mood disorders: the struggle against relapse, recurrence and suicide risk. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(7), 985–1004.

Quilty, L. C., De Fruyt, F., Rolland, J. P., Kennedy, S. H., Rouillon, P. F. in Bagby, R. M. (2008). Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 108, 241-50.

Ramklint, M. in Ekselius, L. (2003). Personality traits and personality disorders in early onset versus late onset major depression. *Journal of Affective Disorders*, 75, 35-42.

Rossi, A., Marinangeli, M. G., Butti, G., Scinto, A., Di Cicco, L., Kalyvoka, A. in

Petruzzi, C. (2001). Personality disorders in bipolar and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 65, 3-8.

Rothschild, L. in Zimmerman, M. (2002). Personality disorders and the duration of depressive episode: a retrospective study. *Journal of Personality Disorders*, 16, 293-303.

Sadock, B. J. in Sadock, V. A. (2003). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Philadelphia, PA, ZDA: Lippincott Williams & Wilkins.

Shahar, G., Blatt, S. J., Zuroff, D. C. in Pilkonis, P. A. (2003). Role of Perfectionism and Personality Disorder Features in Response to Brief Treatment for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 629-633

Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Collins, J. F., Elkin, I., Sotsky, S.M. in Docherty, J. P. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry,* 147, 711–718.

Shea, T. M., Stout, R. L., Yen, S., Pagano, M. E., Skodol, A. E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Zanarini, M. C. (2004). Associations in the course of Personality Disorders and Axis I Disorders over time. *Journal of Abnormal Psychology*, 113 (4), 499-508.

Shea, M. T., Widiger, T. A. in Klein, M. H. (1992). Comorbidity of Personality Disorders and Depression: Implications for Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 857-868.

Silk, K. R. (2010). The quality of depression in borderline personality disorder and the diagnostic process. *Journal of Personality Disorders*, 24 (1), 25-37.

Skodol, A. E., Grilo, C. M., Keyes, K. M., Geier, T., Grant, B. F. in Hasin, D. S. (2011) Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *The American Journal of Psychiatry*, 168 (3), 257-264.

Skodol, A. E., Gunderson, J.G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., Grilo, C. M., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Oldham, J. M. (2002a). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive–compulsive personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 159(2), 276–283.

Skodol, A. E, Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J. in Siever, L. J. (2002b). The Borderline diagnosis I: Psychopathology, Comorbidity and Personality Structure. *Biological Psychiatry*, 51(12), pp.936-950.

Skodol, A. E., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Shea M. T., Morey, L. C., Zanarini, M. C., Dyck, I. R., Oldham, J. M. (1999). Co-occurrence of mood and personality disorders: A report from the collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS). *Depression and Anxiety,* 10 (4), 175-182

Stanković, Z., Saula-Marojević, B. in Potrebić, A. (2006). Personality profile of depressive patients with a history of suicide attempts. *Psychiatria Danubina*, 18, 159-68.

Stanley, B. in Wilson, S. T. (2006). Heightened subjective experience of depression in borderline personality disorder. *Journal of Personality disorders*, 20(4), 307-318.

Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., Laurenceau, J. P., Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337-345.

Tyrer, P., Mitchard, S., Methuen, C. in Ranger, M. (2003). Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: Type R and Type S., *Journal of Personality Disorders*, 17, 263-268.

Tyrer, P., Seivewright, N., Ferguson, B., Murphy, S. in Johnson, A. L. (1993). The Nothingham study of neurotic disorder; Effect of Personality Status on Response to Drug Treatment, Cognitive Therapy and Self-help over Two Years. *British Journal of Psychiatry*, 162, 219-226.

Tyrer, P., Seivewright, N., Ferguson, B. in Tyrer, J. (1992). The general neurotic syndrome: a coaxial diagnosis of anxiety, depression and personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 201–6.

Viinamaki, H., Hintikka, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Kuisma, S., Antikainen, R., Tanskanen, A., Lehtonen, J. (2002). Cluster C personality disorder impedes alleviation of symptoms in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 35-41.

Vilaplana, M., McKenney, K., Riesco, M. D., Autonell, J. in Cervilla, J. A. (2010). Depressive comorbidity in Personality Disorders. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3 (1), 4-12.

World Health Organization. (2008). *The global Burden of Disease: 2004 Update.* Dostopno na http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/

World Health Organization. (2010). *ICD-10 Version: 2010*. Dostopno na http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en

Widiger, T. A. (2010). Personality disorders. V M. M. Antony in D. H. Barlow (ur.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (571-605). New York, NY, ZDA: Guilford Press

Zimmerman, M. in Mattia, J. I. (1999). Axis 1 diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40 (4), 245-252.

Zimmerman, M., Rothschild, L. in Chelminski., I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918.