

## COMORBIDITE TROUBLE DEPRESSIF MAJEUR ET TROUBLES DE LA PERSONNALITE : ETUDE COMPARATIVE DANS UN GROUPE DE 160 PATIENTES HOSPITALISEES

Yousri EL Kissi, Selma Ben Nasr, Mouna Ayachi, , Nader Jedidi, Habib Ghnaya, Bechir Ben Hadj Ali.

Service de Psychiatrie, CHU Farhat Hached Avenue Ibn Jazzar. Sousse, Tunisie.

*Y.EL Kissi, S.Ben Nasr, M.Ayachi, , N.Jedidi, H.Ghnaya, . Ben Hadj Ali.*

*Y.EL Kissi, S.Ben Nasr, M.Ayachi, , N.Jedidi, H.Ghnaya, . Ben Hadj Ali.*

COMORBIDITE TROUBLE DEPRESSIF MAJEUR ET TROUBLES DE LA PERSONNALITE : ETUDE COMPARATIVE DANS UN GROUPE DE 160 PATIENTES HOSPITALISEES

COMORBID PERSONALITY DISORDERS IN MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: A COMPARATIVE STUDY IN A 160 TUNISIAN FEMALE INPATIENTS GROUP.

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°11) : 169 - 172

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°11) : 169 - 172

### R É S U M É

**Objectif :** La dépression est souvent associée aux troubles de la personnalité qui peuvent en influencer l'aspect clinique et le cours évolutif. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de ces troubles sur la maladie dépressive en comparant les caractéristiques de 160 patientes déprimées, selon l'existence ou non d'un trouble de la personnalité.

**Matériel et méthode :** Tous les dossiers des patientes hospitalisées pour Trouble Dépressif Majeur entre janvier 1999 et août 2002 dans le service de psychiatrie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse ont été sélectionnés. Le recueil des données a concerné l'éventuelle présence et la nature des troubles de la personnalité, les caractéristiques sociodémographiques des patientes et leurs antécédents, les caractéristiques de l'épisode dépressif index, objet de la première hospitalisation au cours de la période considérée et les caractéristiques évolutives.

**Résultats :** 48,1 % des patientes avaient un trouble de la personnalité associé. Cette association a été corrélée à un niveau d'instruction et un taux d'activité professionnelle plus élevés, à une survenue plus tôt dans la vie de la maladie dépressive, à plus de tentatives de suicide dans les antécédents et à plus de troubles psychiatriques comorbides sur l'axe I.

Sur le plan évolutif, l'impact de l'existence d'un trouble de la personnalité a consisté en une persistance plus prolongée des symptômes dépressifs et une survenue plus fréquente de rechutes, de récidives ambulatoires, d'hospitalisations ultérieures et de tentatives de suicide.

### M O T S - C L É S

Psychiatrie - Trouble dépressif - Trouble personnalité - Etude comparative

### S U M M A R Y

**Background :** Major Depressive Disorder (MDD) is often comorbid with personality disorders which are known to change its clinical aspects and worsen its outcome. Objective: This study aimed to compare clinical and outcome aspects of a female depressed inpatients group according to the existence or not of a comorbid personality disorder.

**Methods:** The study was carried in the psychiatry female inpatient unit of Farhat Hached hospital of Sousse. All entrances to the unit from January 1999 to August 2002 were retrospectively reviewed. 160, corresponding to MDD, were selected. Assessment was based on demographic characteristics, medical history, axis I comorbid disorders, clinical aspects of the index episode and outcome characteristics.

**Results:** 77 patients (48.1 %) had personality disorder. Compared to those without comorbid personality disorder, these patients were younger ( $p<10^{-4}$ ), with higher educational level ( $p=0.005$ ) and better vocational functioning ( $p=0.018$ ). They also had an earlier age at onset of their depression ( $p<10^{-4}$ ), more previous suicide attempts ( $p=0.012$ ) and more axis I comorbid disorders ( $p<10^{-4}$ ). Comorbid personality disorders were correlated to an impaired outcome, with higher rate of relapses ( $p=0.021$ ), more recurrences ( $p=0.026$ ), more persistent symptoms ( $p<10^{-4}$ ) and more suicide attempts ( $p=0.031$ ).

### K E Y - W O R D S

Psychiatry - Depressive disorder - Personality disorder - Comparative study.

Le Trouble Dépressif Majeur (TDM) est une pathologie fréquente et souvent responsable de retentissements importants dont surtout le passage à l'acte suicidaire et la détérioration de la qualité de vie (1). Ces complications sont plus fréquentes lorsque la dépression s'associe à d'autres affections qui en modifient le cours évolutif (2). Parmi ces affections, les troubles de la personnalité semblent poser le plus de problèmes dans leur association au TDM (3). En effet, il est admis que cette association est souvent de nature à influencer l'évolution à court et à long terme de la maladie dépressive, sa réponse au traitement et donc son pronostic (4). Cette influence peut se manifester soit par une rémission partielle, soit par un rétablissement complet mais retardé (5). Les troubles de la personnalité sont également responsables de la chronicité de la dépression et d'une élévation du taux de mortalité chez les déprimés (6). Cependant, et bien que le terme de comorbidité apparaît souvent, la nature du lien entre personnalité et dépression est plus complexe et soulève des questions qui ne sont pas encore résolues (3). De nombreux travaux issus de la génétique, de la biologie, et de l'imagerie sont certes disponibles ; mais il s'agit, à ce jour, plus de voies de recherche que de réponses définitives. Ainsi, la recherche clinique dans ce domaine revêt un intérêt particulier (3). Ceci est encore plus vrai en Tunisie, où l'impact des troubles de la personnalité sur la maladie dépressive est encore peu étudié. L'objectif de ce travail était de préciser les aspects cliniques et évolutifs de cet impact en comparant les caractéristiques d'un groupe de patientes hospitalisées pour TDM en fonction de l'existence ou non d'un trouble de la personnalité.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

### 1. Matériel

C'est une étude rétrospective sur dossiers qui a eu lieu dans l'unité d'hospitalisations pour femmes du service de psychiatrie de l'hôpital universitaire Farhat Hached de Sousse. Le recrutement s'est basé sur le registre des entrées de cette unité où figurent, paramètres d'identification, antécédents et diagnostic multiaxial selon la quatrième version du DSM (1). Tous les dossiers des patientes hospitalisées pour TDM entre janvier 1999 et août 2002 ont été sélectionnés. Cette sélection ayant débuté en août 2004, une durée de suivi théorique de deux ans au minimum a été ainsi considérée. 160 dossiers ont été retenus puis séparés en deux groupes selon l'existence ou non d'un trouble de la personnalité. Pour 55 d'entre eux, les aspects évolutifs n'ont pas été évalués car le suivi après la sortie de l'hôpital a été arrêté ou n'a pas eu lieu dans le service de l'étude.

### 2. Méthode

**2.1. Variables étudiées :** La comparaison entre les deux groupes a porté sur les caractéristiques sociodémographiques des patientes : l'âge, le lieu de résidence, le niveau d'instruction, le statut professionnel et le statut marital. Elle a également porté sur leurs antécédents et sur les caractéristiques de l'épisode dépressif index, objet de la première hospitalisation au cours de la période considérée: facteur déclenchant, type sémiologique, spécificité selon le DSM-IV, intensité et durée. Les

caractéristiques évolutives ont concerné les rechutes, définies par la réapparition ou l'exacerbation des symptômes dans les deux mois suivant l'épisode index, les récurrences, qui correspondent à la réapparition des symptômes après deux mois de rémission, les hospitalisations ultérieures, la présence et la durée d'une symptomatologie dépressive persistante et la survenue de tentatives de suicide.

**2.2. Recueil des données :** Il s'est fait par l'intermédiaire d'une fiche pour recenser la présence et la nature des troubles de la personnalité, en plus des variables susmentionnées.

**2.3. Saisie et analyse des données :** Les données ont été traitées avec le logiciel SPSS 10.0. Les tests utilisés dans notre étude étaient le test Khi-2 pour la comparaison des fréquences et le test « t » de student pour la comparaison des moyennes en prenant comme seuil de signification la valeur de 5%. Le test exact de Fisher a été utilisé pour les faibles effectifs.

Une régression logistique type Forward Stepwise (Wald) a été également effectuée.

## RÉSULTATS

### 1. Troubles de la personnalité

77 patientes avaient un trouble de la personnalité (48,1%). La personnalité histrionique était la plus fréquente (n=29), suivie par les personnalités borderline (n=13) et dépendante (n=12). La personnalité obsessionnelle a été trouvée chez quatre patientes et l'antisociale chez deux patientes. Les personnalités schizotypique et narcissique ont été notées chacune chez une seule patiente. 15 patientes, enfin, avaient un trouble non spécifié de la personnalité.

### 2. Données sociodémographiques

L'âge moyen de nos patients était de  $35,41 \pm 15,10$  ans. Il était significativement plus bas en cas d'association à un trouble de la personnalité ( $30,96 \pm 10,58$  vs  $39,54 \pm 17,40$  ;  $p < 10^{-4}$ ).

73 % des patientes provenaient de régions urbaines sans différences significatives entre celles avec et sans trouble de la personnalité. Les patientes ont été regroupées, selon le niveau d'études, en analphabètes (25,6%) et instruites (74,4%). 48,7% des patientes avaient une activité professionnelle qu'elle soit régulière ou irrégulière et 51,3% n'en avaient aucune. Le groupe des patientes avec trouble de la personnalité a été caractérisé par un meilleur niveau d'instruction ( $p = 0,005$ ) et par une activité professionnelle plus fréquente ( $p = 0,018$ ), comme le montre le tableau I. 41,2% des patientes étaient célibataires, 44,4% mariées et 14,4% veuves ou divorcées. Les patientes avec trouble de la personnalité étaient plus souvent célibataires ( $p = 0,026$ ), comme le montre le tableau I.

### 3. Histoire médicale

11,3% des patientes avaient des antécédents familiaux de tentatives de suicide, 26,9% de troubles de l'humeur et 10% de schizophrénie, sans différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne la fréquence et la nature de ces antécédents. La maladie dépressive avait débuté à l'âge de  $30,05 \pm 13,10$  ans, avec un âge plus bas chez les patientes avec trouble de la personnalité ( $26,32 \pm 8,69$  ans vs  $33,51 \pm 15,41$  ans ;  $p < 10^{-4}$ ) (tableau I).

46,9% des patientes ont eu au moins un épisode dépressif

majeur antérieur, avec un nombre moyen de  $1,8 \pm 1,19$  épisodes, sans différences significatives entre les deux groupes. 33,1 % des patientes avaient déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Le tableau I montre que les patientes avec trouble de la personnalité avaient significativement plus d'antécédents de tentatives de suicide ( $p=0,012$ ). De manière concomitante à leur épisode index, 41,9% des patientes avaient d'autres troubles de l'axe I, dont les plus fréquents étaient les troubles conversifs (21,3%) et les troubles anxieux (13,1%). Les patientes avec trouble de la personnalité avaient une comorbidité plus fréquente sur l'axe I ( $p<10^{-4}$ ) (tableau1).

**Tableau 1:** Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes hospitalisées pour TDM avec et sans troubles de la personnalité

Caractéristiques 4	Avec trouble de la personnalité n = 77 (%)	Sans trouble de la personnalité n = 83 (%)	Total n = 160 (%)
Age, moyenne $\pm$ DS, ans ***	30,96 $\pm$ 10,58	39,54 $\pm$ 17,40	35,41 $\pm$ 15,10
Lieu de résidence			
Urbain	55 (51)	53 (49)	108 (67,5)
Rural	22 (42,3)	30 (57,7)	52 (32,5)
Statut marital *			
Célibataires	40 (60,6)	26 (39,4)	66 (41,2)
Mariées	29 (40,8)	42 (59,2)	71 (44,4)
Divorcées/séparées	8 (34,8)	15 (65,2)	23 (14,4)
Instruction **			
Patients analphabètes	12 (29,3)	29 (70,7)	41 (25,6)
Patientes instruites	65 (54,6)	54 (45,4)	119 (74,4)
Activité professionnelle *			
Présente	45 (57,7)	33 (42,3)	78 (48,7)
Absente	32 (39)	50 (61)	82 (51,3)
Début de la maladie *** (Age moyen $\pm$ DS, ans)	26,32 $\pm$ 8,69	33,51 $\pm$ 15,41	30,05 $\pm$ 13,10
Antécédents de TS *			
Présents	33 (62,2)	20 (37,8)	53 (33,1)
Absents	44 (41,1)	63 (58,9)	107 (66,9)
Comorbidité sur l'axe I ***			
Présente	44 (65,7)	23 (34,3)	67 (41,9)
Absente	33 (35,5)	60 (64,5)	93 (58,1)
Facteur déclenchant			
Présent	52 (50,5)	51 (49,5)	103 (64,4)
Absent	25 (43,9)	32 (56,1)	57 (35,7)
Nature de l'épisode index			
Endogène	52 (51,5)	49 (48,5)	101(63,1)
Exogène	25 (42,4)	34 (57,6)	59 (36,9)
Intensité de l'épisode index			
Modérée	5 (41,7)	7 (58,3)	12 (7,5)
Sévère	72 (48,7)	76 (51,3)	148 (92,5)
Durée de l'épisode index (moyenne $\pm$ DS, mois)	8,58 $\pm$ 15,62	5,33 $\pm$ 6,69	6,89 $\pm$ 11,94

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

## Données de l'épisode index

64,4% des patientes avaient présenté leur épisode dépressif dans les suites d'un ou plusieurs facteurs déclenchants qui étaient souvent de nature familiale (16,3%) ou affective (13,8%). 63,1% des épisodes recensés étaient de nature endogène. Selon les critères DSM-IV, 33,1% des épisodes avaient des caractéristiques mélancoliques et 22,5% des caractéristiques psychotiques. 92,5 % des épisodes étaient d'intensité sévère et 7,5% d'intensité modérée.

93,8% des patientes ont bénéficié d'un traitement médical exclusif et 5,6% de séances d'ECT. La durée moyenne des épisodes index était de  $6,89 \pm 11,94$  mois. Toutes ces variables étaient réparties sans différences entre les deux groupes avec et sans trouble de la personnalité.

## 5. Données évolutives

Les données évolutives se rapportent seulement aux patientes suivies dans le service après leur sortie ( $n=105$ ). Ces patientes ont consulté pendant une durée moyenne de  $24,37 \pm 19,23$  mois, sans différence significative en fonction de l'existence ou non de trouble de la personnalité. Durant cette période, 24,8% d'entre elles ont présenté une rechute de leur épisode index. Le tableau II montre que les rechutes étaient significativement plus fréquentes chez les patientes ayant un trouble de la personnalité ( $p=0,021$ ). Par année de suivi, le nombre moyen de récurrences était de  $1,48 \pm 3,30$  avec une différence significative entre les patientes avec et sans trouble de la personnalité ( $2,21 \pm 4,45$  vs  $0,78 \pm 1,13$  ;  $p=0,026$ ). Le nombre moyen des hospitalisations ultérieures par année de suivi était de  $0,69 \pm 1,41$ . Il était plus élevé chez les patientes avec trouble de la personnalité ( $1,05 \pm 1,74$  vs  $0,33 \pm 0,87$  ;  $p=0,009$ ). La durée moyenne de présence d'une symptomatologie dépressive persistante après la sortie était de  $2,98 \pm 2,86$  mois par années de suivi. Le tableau II indique que dans le groupe des patientes avec trouble de la personnalité, les symptômes persistants avaient une durée significativement plus prolongée que dans l'autre groupe ( $p<10^{-4}$ ). 7,6% des patientes avaient présenté au moins une tentative de suicide au cours de leur suivi. Les patientes avec trouble de la personnalité ont eu plus de tentatives de suicide ultérieures ( $p=0,031$ ) (tableau 2).

La régression logistique a permis de retenir toutes les variables pour lesquelles nous avons trouvé une différence significative, sauf le statut marital.

## DISCUSSION

Nous avons noté l'association d'un trouble de la personnalité chez près de la moitié des patientes hospitalisées pour TDM. Cette association a été corrélée à un début plus précoce de la maladie dépressive, à la survenue de plus de rechutes, de récurrences ambulatoires et d'hospitalisations ultérieures et à une symptomatologie dépressive persistante plus prolongée.

En ce qui concerne les données sociodémographiques, nous avons trouvé que les patientes déprimées et ayant un trouble de la personnalité étaient significativement plus jeunes, plus souvent célibataires, plus instruites et plus actives professionnellement. Parmi ces données, c'était surtout l'âge qui a fait l'objet d'un consensus dans la littérature. En effet,

**Tableau 2 :** Caractéristiques évolutives après rémission de l'épisode index chez des patientes hospitalisées pour TDM avec et sans troubles de la personnalité

Caractéristiques	Avec trouble de la personnalité n = 52 (%)	Sans trouble de la personnalité n = 53 (%)	Total n = 105 (%)
Survenue de rechute *			
Oui	18 (69,2)	8 (30,8)	26 (24,8)
Non	34 (43)	45 (57)	79 (75,2)
Récidives ambulatoires * (moyenne ± DS)	2,21 ± 4,45	0,78 ± 1,13	1,48 ± 3,30
Hospitalisations ultérieures ** (moyenne ± DS)	1,05 ± 1,74	0,33 ± 0,86	0,69 ± 1,41
Symptômes persistants *** (durée moyenne ± DS, mois)	3,90 ± 3,02	1,87 ± 1,31	2,98 ± 2,86
Survenue de TS ultérieures *			
Oui	7 (87,5)	1 (12,5)	8 (7,6)
Non	45 (46,4)	52 (53,6)	97 (82,4)

\* p < 0,05, \*\* p < 0,01, \*\*\* p < 0,001. Les récidives ambulatoires, hospitalisations ultérieures et durée en mois des symptômes dépressifs persistants sont rapportées par année de suivi.

plusieurs études ont conclu à une corrélation entre l'existence d'un trouble de la personnalité et l'âge plus jeune des patients déprimés (7, 8, 9, 10). Les autres caractéristiques n'ont pas été étudiées de façon systématique dans les travaux rapportés. Viinamäki n'a pas trouvé de différences en ce qui concerne le niveau d'études et le statut marital (11). Soloff a montré que les déprimés avec trouble de la personnalité étaient plus souvent célibataires (10).

En ce qui concerne l'histoire médicale, les patientes ayant un trouble de la personnalité n'étaient pas différentes des autres quant à l'existence et la nature des antécédents familiaux. Ceci correspond à ce qui est rapporté dans la littérature puisque plusieurs études ont conclu à l'absence de liens entre les troubles de la personnalité et ces antécédents (11).

Par ailleurs, il ressort de notre travail que l'association d'un trouble de la personnalité était corrélée à un début plus précoce de la dépression. Il s'agit là d'une constatation souvent rapportée dans la littérature. En effet, Serretti et al. ont montré que les sujets déprimés et ayant un trouble de la personnalité commençaient leur dépression plus tôt dans la vie (12). Les études de Ramklint (13) et Joyce (14) ont abouti au même résultat.

Dans notre travail, nous avons trouvé que les tentatives de suicide étaient significativement plus nombreuses chez les patientes avec trouble de la personnalité, conformément aux données de la littérature (7, 10, 14, 15). En ce qui concerne la comorbidité psychiatrique, la présence d'un trouble de la personnalité, dans notre étude, était associée à une fréquence plus élevée des troubles de l'axe I. Joyce a montré que les déprimés avec trouble de la personnalité présentaient significativement plus de troubles comorbides et notamment

plus d'abus d'alcool et de cannabis et plus de phobie sociale que les déprimés sans trouble de la personnalité (14).

Quant aux caractéristiques de l'épisode index, nous avons trouvé que la durée moyenne n'était pas influencée par l'association à un trouble de la personnalité, alors que De la Fuente (16), Viinamäki (11) et Black (7) ont montré qu'elle augmentait en cas de présence d'un trouble de la personnalité. Nous avons noté, par ailleurs, que les caractéristiques sémiologiques des épisodes n'étaient pas différentes selon l'existence ou non de trouble de la personnalité, ce qui correspond à ce qui est rapporté dans la littérature (14, 12). En ce qui concerne l'intensité, le recrutement hospitalier dans notre étude a fait que plus de 90% des épisodes recensés étaient sévères. Ainsi, n'avons-nous pas trouvé de corrélation entre sévérité des épisodes et présence d'un trouble de la personnalité, contrairement à Abela et al. (17). Pour les données thérapeutiques, la littérature n'a pas noté de corrélation entre les troubles de la personnalité et les traitements prescrits pour la dépression qu'il s'agit de médicaments (11) ou d'ECT (18). Cependant, il est admis que la présence d'un trouble de la personnalité était responsable de prescription de doses plus élevées (5, 19), de plus de recours aux traitements adjuvants (20), de plus de résistance (21) et de moins de rémission (11, 22, 23).

Sur le plan évolutif, et à intensité égale des épisodes index, les patientes avec trouble de la personnalité avaient plus de rechutes, plus de récidives, plus d'hospitalisations ultérieures, plus de symptomatologie persistante et plus de tentatives de suicide. Dans la littérature, il est admis que les patients avec trouble de la personnalité avaient des symptômes dépressifs persistants plus nombreux et plus prolongés (11), qui seraient dus à une moindre amélioration sous traitement (24). Quant aux récidives et aux hospitalisations, il apparaît qu'elles sont plus fréquentes en cas d'association à un trouble de la personnalité (7,12). Joyce (13) et Kronmuller (25), par contre, n'ont pas trouvé de différences entre les déprimés avec et sans trouble de la personnalité en ce qui concerne les récidives et les rechutes. Bien que concordants avec les données de la littérature, ces résultats devraient être considérés dans les limites de la méthodologie préconisée. Il s'agit, en effet, d'une étude basée sur les renseignements recueillis dans les dossiers des patientes où les diagnostics ont reposé sur les critères du DSM-IV sans autre forme d'évaluation. Elle a porté sur une population féminine où la dépression et les troubles de la personnalité peuvent présenter des fréquences différentes et des caractéristiques cliniques propres. De plus, la limitation du sujet de l'étude au TDM, à dessein de recruter une population suffisamment homogène, a eu comme corollaire l'écartement d'autres formes de dépression, potentiellement caractérisées par une association fréquente aux troubles de la personnalité.

## CONCLUSION

Les troubles de la personnalité sont rangés parmi les pathologies les plus fréquemment associées à la dépression dont ils influencent l'aspect clinique et le cours évolutif. Cette étude nous a permis de montrer que cette influence consistait en une survenue plus précoce de la maladie dépressive et en plus de

tentatives de suicides, de troubles comorbides de l'axe I, de rechutes, de récidives et de symptômes dépressifs persistants. Ces résultats étant pour la plupart retrouvés dans la littérature, leur intérêt réside surtout dans le fait de les avoir démontrés dans une population clinique tunisienne.

## REFERENCES

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association Press, 1994.
2. EZQUIAGA E, GARCIA-LOPEZ A, DE DIOS C, LEIVA A, BRAVO M, MONTEJO J. Clinical and psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression. *J Affect Disord* 2004; 79: 63-70.
3. GUELFY JD, HANIN B, GERARD A. Dépression et troubles de la personnalité. In ; Lemperière T, Dépression et comorbidités psychiatriques, Paris : Masson, 2001: 51-66.
4. JUDD LL. Epidemiology and public health significance of depressive disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* 1995; 5 : 261-2.
5. VIINAMAKI H, HINTIKKA J, TANSKANEN A, ET al. Partial remission in major depression: a two-phase, 12-month prospective study. *Nord J Psychiatry* 2002; 56: 33-7.
6. SCHOEVEERS RA, BEEKMAN ATF, VAN TILBURG W et al. Association of depression and gender with mortality in old age. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 336- 42.
7. BLACK DW, BELL S, HULBERT J, NASRALLAH A. The importance of Axis II in patients with major depression: a controlled study. *J Affect Disord* 1988; 14: 115-22.
8. CORRUBLE E, GINESTET D. Comorbidity in a sample of hospitalized depressed patients. *Encéphale* 1996; 22: 119-26.
9. KLEIN DN, SCHATZBERG AF, MC CULLOUGH JP et al. Age of onset in chronic major depression: relation to demographic and clinical variables, family history, and treatment response. *J Affect Disord* 1999; 55: 149-57.
10. SOLOFF PH, LYNCH KG, KELLY TM, MALONE KM, MANN JJ. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: A comparative study. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 601-8.
11. VIINAMÄKI H, HINTIKKA J, HONKALAMPI K, KOIVUMAA-HONKANEN H, KUISMA S, ANTIKAINEN R. Cluster C personality disorder impedes alleviation of symptoms in major depression. *J Affect Disord* 2002; 71: 35-41.
12. SERRETTI A, LATTUADA E, CUSIN C, GASPERINI M, SMERALDI E. Clinical and demographic features of psychotic and nonpsychotic depression. *Compr Psychiatry* 1999; 40: 358-62.
13. RAMKLINT M, EKSELIUS L. Personality traits and personality disorders in early onset versus late onset major depression. *J Affect Disord* 2003; 75: 35-42.
14. JOYCE PR, MULDER R, LUTY S, MC KENZIE JM, SOLLIVAN P, CLONINGER RC. Borderline personality disorder in major depression. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 35-43.
15. BRIEGER P, EHRT U, BLOEINK R, MARNEROS A. Consequences of comorbid personality disorders in major depression. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 304-9.
16. DE LA FUENTE JM, BOBES J, VIZUETE C, MENDLEWICZ J. Sleep-EEG in borderline patients without concomitant major depression: a comparison with major depressives and normal control subjects. *Psychiatry Res* 2001; 105: 87-95.
17. ABELA JR, PAYNE AV, MOUSSALY N. Cognitive vulnerability to depression in individuals with borderline personality disorder. *J Personal Disord* 2003; 17: 319-29.
18. GRUNHAUS L, SCHREIBER S, DOLBERG OT, POLAK D, DANNON PN. A randomized controlled comparison of electroconvulsive therapy and repetitive transcranial magnetic stimulation in severe and resistant nonpsychotic major depression. *Biol Psychiatry* 2003; 53: 324-31.
19. FAVA M, UEBELACKER LA, ALPERT JE, NIERENBERG AA. Major depressive subtypes and treatment response. *Biol Psychiatry* 1997; 42: 568-76.
20. KOOL S, DEKKER J, DUIJSENS IJ, DE JONGHE F, PUIITE B. Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy for depressed patients. *Harv Rev Psychiatry* 2003; 11: 133-41.
21. DE BATTISTA C, MUELLER K. Is electroconvulsive therapy effective for the depressed patient with comorbid borderline personality disorder? *J ECT* 2001; 17: 91-8.
22. KRISHNAN KR. Comorbidity and Depression Treatment. *Biol Psychiatry* 2003; 53: 701-6.
23. GRILO CM, SANISLOW CA, SHEA MT et al. Two-year prospective naturalistic study of remission from major depressive disorder as a function of personality disorder comorbidity. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 78-85.
24. ROGERS JH, WIDIGER TA, KRUPP A. Aspects of depression associated with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 268-70.
25. KRONMULLER KT, BACKENSTRASS M, RECK C, KRAUS A, FIEDLER P, MUNDT C. Effect of personality factors and structure on the course of major depression. *Nervenarzt* 2002; 73: 255-61.