

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Chronische depressie versus niet-chronische depressie

Jenneke Wiersma, Anneke van Schaik en Patricia van Oppen

SAMENVATTING

Chronische depressies en niet-chronische depressies van kortere duur verschillen niet alleen wat betreft beloop van elkaar, maar ook wat betreft risicofactoren en behandelresultaat. Deze verschillen wijzen er op dat chronisch depressieve patiënten een specifieke groep vormen en dat zij mogelijk een andere aanpak nodig hebben dan niet-chronisch depressieve patiënten. In dit artikel komen de tot dusver gevonden verschillen tussen deze twee soorten depressie aan de orde, evenals de implicaties hiervan voor de klinische praktijk.

INLEIDING

Het is inmiddels uit verscheidene onderzoeken duidelijk geworden dat een aanzienlijk deel van de depressies een chronisch beloop hebben. Onderzoeken in de algemene bevolking laten zien dat bij ongeveer 20% van de mensen de depressieve stoornis een chronisch beloop heeft (Judd et al., 1998; Spijker et al., 2004; Satyanarayana et al., 2009). Binnen tweede lijnpopulaties loopt dat percentage op tot 47% (Torpey & Klein, 2008; Arnow & Constantino, 2003). Recente resultaten van de *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression* (STAR*D) studie van het Amerikaanse *National Institute of Mental Health* (NIMH) tonen aan dat in een groep patiënten uit de eerste en tweede lijn 25% een chronische depressie heeft (Gilmer et al., 2008). Binnen de Nederlandse Studie voor Depressie en Angst (NESDA) werd gevonden dat bij 33% van de mensen met een depressieve stoornis (uit de bevolking, de eerste en tweede lijn), de depressie een chronisch karakter heeft (Wiersma et al., 2009).

In de DSM-IV wordt chronische depressie in twee categorieën ondergebracht: 1) depressieve stoornis, type chronisch en 2) dysthymie. In beide gevallen gaat het om depressieve klachten die minstens twee jaar bestaan, zonder volledige remissie van tenminste twee maanden. Bij de diagnose dysthymie gaat het om mildere depressieve klachten. Echter, de meerderheid van de

personen met een dysthyme stoornis ervaart perioden waarin de klachten verergeren, waardoor naast de dysthyme stoornis tevens sprake is van een depressieve stoornis. Dit wordt ook wel dubbele depressie genoemd (Akiskal, 1983; Klein et al., 2000).

Onderzoek toont aan dat bovenstaande vormen van chronische depressie weinig van elkaar verschillen wat betreft beloop, risicofactoren en behandelresultaat. Wanneer deze vormen van chronische depressie echter vergeleken worden met niet-chronische depressies worden er wel degelijk verschillen gevonden (Riso & Klein, 2004). Deze verschillen wijzen er op dat chronisch depressieve patiënten een specifieke groep vormen en dat zij mogelijk een andere behandeling nodig hebben dan niet-chronisch depressieve patiënten. In dit artikel zullen de tot dusver gevonden verschillen tussen chronische depressie en niet-chronische depressies aan de orde komen evenals de implicaties hiervan voor de klinische praktijk.

ERFELIJKHEID

Onderzoeksbevindingen

Erfelijkheid lijkt een belangrijke rol te spelen bij het ontwikkelen van een chronische depressie. Uit onderzoek is naar voren gekomen dat chronische depressieve patiënten familieleden hebben met depressieve klachten dan patiënten met niet-chronische depressies (Klein et al., 1988; 1995). Wanneer deze familieleden ook nog eens een chronische vorm van depressie hebben, is de kans op een slechter beloop van de depressie bij chronisch depressieve patiënten nog groter (Hayden & Klein, 2001). Tevens wordt gevonden dat er vaker sprake is van een persoonlijkheidsstoornis bij familieleden van chronisch depressieve patiënten dan bij familieleden van patiënten met depressies van kortere duur (Klein et al., 1995).

Implicaties voor de praktijk

Het is van belang om naar de familiegeschiedenis van depressieve patiënten te vragen, aangezien een familiegeschiedenis van depressies, chronische depressies en/of persoonlijkheidsstoornissen een risicofactor is voor het ontwikkelen van een chronische depressie.

JEUGDTRAUMA EN VROEGE NEGATIEVE ERVARINGEN

Onderzoeksbevindingen

Een aantal studies heeft aangetoond dat jeugdtrauma, zoals emotionele verwaarlozing en psychologisch-, lichamelijk- en seksueel misbruik, geassocieerd is met chronische depressie (Brown et al., 1994a; 1994b; 2007; Bifulco et al., 2002). Voor negatieve ervaringen tijdens de jeugd, zoals het overlijden van ouders, het scheiden van ouders of gescheiden worden van ouders, wordt geen

associatie gevonden met chronische depressie (Akiskal, 1982; Kessler et al., 1997). In NESDA worden deze bevindingen bevestigd in een groep van 1230 personen met een huidige depressie (Wiersma et al., 2009). In deze studie wordt tevens gevonden dat het aantal jeugdtrauma's en de frequentie van de trauma's van belang lijken te zijn. Depressieve personen met meer jeugdtrauma's en/of personen die frequenter getraumatiseerd zijn, hebben een groter risico op het ontwikkelen van een chronische depressie dan personen die geen of minder jeugdtrauma's hebben meegemaakt.

Implicaties voor de praktijk

Het is van belang om na te gaan of er sprake is geweest van emotionele verwaarlozing of psychologisch, lichamelijk en/of seksueel misbruik. De aanwezigheid van een jeugdtrauma en met name meerdere jeugdtrauma's is een risicofactor voor het ontwikkelen van een chronische depressie. Indien de patiënt al gediagnosticeerd is met een chronische depressie dan is het voor het behandelbeleid goed om te weten dat chronisch depressieve patiënten met jeugdtrauma meer baat lijken te hebben bij psychotherapie dan bij farmacotherapie (Nemeroff et al., 2003).

COMORBIDITEIT

Onderzoeksbevindingen

Chronische depressie gaat gepaard met meer somatische en psychiatrische comorbiditeit in vergelijking met depressies van kortere duur (Keller, 1994; Angst et al., 2009; Satyanarayana et al., 2009). Chronisch depressieve personen hebben vaker last van lichamelijke klachten zoals chronische vermoeidheid, maag- en darmklachten, chronische bronchitis, migraine, hoge bloeddruk, artritis, rugklachten (Satyanarayana et al., 2009), hart- en ademhalingsproblemen, slapeloosheid en pijnklachten (Angst et al., 2009) dan niet-chronisch depressieven. Chronisch depressieve patiënten hebben daarnaast vaker last van angststoornissen, met name sociale angst en gegeneraliseerde angst (Wiersma et al., 2009; Angst et al., 2009; Satyanarayana et al., 2009), middelen misbruik of afhankelijkheid (Weissman et al., 1988; Keller et al., 1995; Satyanarayana et al., 2009), eetbuien, neurasthenie (Angst et al., 2009) en persoonlijkheidsstoornissen (Rothschild & Zimmerman, 2002; Riso et al., 2002) in vergelijking met niet-chronisch depressieven.

Implicaties voor de praktijk

In de praktijk komt het vaak voor dat chronisch depressieve patiënten vooral hun actuele (comorbide) klachten presenteren en niet hun chronisch depressieve klachten omdat ze die als *normaal* beschouwen (Klein & Santiago, 2003). Dit probleem kan worden ondervangen door een *life chart* van de depressie te maken, waarmee een niet spontaan gemeld chronisch beloop meteen dui-

delijk wordt. Comorbide stoornissen kunnen van invloed zijn op de behandeluitkomst, zo is uit onderzoek naar voren gekomen dat ernstige comorbide angstklachten een belemmering vormen voor het herstel van de depressie (Manber et al., 2008). Echter indien er sprake is van een comorbide persoonlijkheidstoornis (met name cluster c) lijkt dit geen negatief effect te hebben op de behandeluitkomst (Maddux et al., 2009).

CHRONISCHE STRESS EN PSYCHOSOCIALE FACTOREN

Onderzoeksbevindingen

Depressieve episodes worden vaak voorafgegaan door een stressvolle gebeurtenis. Acute stressvolle gebeurtenissen zijn echter niet van invloed op het ontwikkelen van een chronische depressie (Cronkite et al., 1998; Ravindran et al., 1995). Chronische stress daarentegen wel. Chronische depressieve patiënten hebben meer last van chronische stress dan niet-chronische depressieve patiënten (Klein et al., 1988). Daarnaast ervaren chronische depressieve personen meer stress op het gebied van sociaal/interpersoonlijk functioneren, familiale/liefdes relaties, werk/school prestaties, lichamelijke gezondheid en vrijetijdsbesteding/hobby's in vergelijking met niet-chronisch depressieve personen (Hays et al., 1997).

Implicaties voor de praktijk

Zowel chronische stress als psychosociale problematiek voorspellen een slechte behandeluitkomst (Hayden & Klein, 2001). Onderzoek naar het effect van behandeling op het psychosociaal functioneren van chronische depressieve patiënten toont aan dat bij de patiënten die in remissie zijn er sprake blijft van verminderd psychosociaal functioneren (Hirschfeld et al., 2002). Psychosociale problematiek behoort tot de hardnekkigste klachten van chronische depressie.

PERSOONLIJKHEID EN COGNITIES

Onderzoeksbevindingen

Volgens de theorie van Watson en Clark (1995) wordt de kern van de 'depressieve persoonlijkheid' gekenmerkt door het ervaren van weinig positieve emoties (een lage score op de persoonlijkheidsfactor extraversie) en veel negatieve emoties (een hoge score op de persoonlijkheidsfactor neuroticisme). Onderzoek bevestigt deze theorie. Meerdere studies hebben aangetoond dat chronische depressie geassocieerd is met hogere scores op de factor neuroticisme en lagere scores op de factor extraversie (Klein et al., 1988; Hirschfeld, 1990; Robison et al., 2009). Neuroticisme blijkt tevens een belangrijke voorspeller te zijn voor een chronisch beloop van de depressie (Scott et al., 1992; 1995; Duggan et al., 1990; Hayden & Klein, 2001; Rhebergen et al., 2009).

Volgens cognitieve theorieën zoals Teasdale's 'differential activation hypothesis' (1988) en Nolen-Hoeksema's 'response-style theory' (1991) activeert depressie disfunctionele schema's/cognities, die er voor zorgen dat nieuwe gebeurtenissen ook negatief geïnterpreteerd worden, waardoor de depressie een chronisch karakter krijgt. Het verschil tussen beide theorieën is dat Nolen-Hoeksema's 'response-style theory' (1991) zich specifiek richt op het aspect rumineren. Er is echter slechts een klein aantal studies dat gekeken heeft naar de rol van cognitieve aspecten in chronische depressie (Riso et al., 2002; 2003). Uit deze studies blijkt dat chronisch depressieve personen meer disfunctionele attitudes (zoals 'Ik vind het belangrijk wat anderen van mij denken' en 'Ik zou in staat moeten zijn om het iedereen naar de zin te maken') rapporteren dan niet-chronisch depressieve personen (Riso et al., 2003) en dat disfunctionele attitudes en rumineren een slecht beloop van de depressie voorspellen (Williams et al., 1990; Peselow et al., 1990; Scott et al., 1995; Just & Alloy, 1997; Kuehner & Weber, 1999). Tevens is gevonden dat chronische depressie geassocieerd is met een 'external locus of control'. Chronisch depressieve personen ervaren minder controle over hetgeen hen overkomt in het leven dan niet-chronisch depressieve personen (Angst et al., 2009).

Implicaties voor de praktijk

Voor de behandeling betekent dit dat er rekening mee gehouden moet worden dat een groot deel van de chronisch depressieve patiënten het moeilijk vindt om hun gedachten en gevoelens onder woorden te brengen en geneigd zijn zich terug te trekken. Ze hebben diepgewortelde disfunctionele cognities en piekeren veel over hun depressieve klachten. Ze ervaren weinig controle over hetgeen hen overkomt in het leven, waardoor ze zich veelal hopeloos en hulpeloos voelen. De disfunctionele schema's van de chronische depressieve patiënt zijn hardnekkig en maken de behandeling van deze groep tot een uitdaging.

EFFECTIVITEIT VAN DE BEHANDELING

Onderzoeksbevindingen

Hoewel er relatief veel studies zijn gedaan naar de effectiviteit van interpersoonlijke psychotherapie (IPT) en cognitieve gedragstherapie (CGT) in niet-chronische depressieve of gemixte depressieve samples, zijn er maar weinig studies die specifiek gekeken hebben naar de effectiviteit van IPT en CGT bij chronisch depressieve patiënten. Uit dit kleine aantal studies komt echter naar voren dat IPT en CGT minder goede resultaten lijken te behalen bij patiënten met meer chronische vormen van depressie (Blom & Jonker, 2005; Blom et al., 2007; Riso & Newman, 2003; Markowitz, 2003; Kocsis, 2003). Resultaten van de STAR*D studie naar het effect van farmacotherapie bij acute depressie versus chronische depressie laten zien dat ook farmacotherapie minder goed werkt bij chronisch depressieve patiënten. De remissiepercentages tussen de groe-

pen verschillen significant, 30% in de acute groep versus 24% in de chronische groep (Gilmer et al., 2008). In een recente studie werden bovenstaande resultaten bevestigd; chroniciteit bleek zowel bij CGT als bij farmacotherapie een slechte behandeluitkomst te voorspellen (Fournier et al., 2009).

In een aantal grote studies wordt gevonden dat de combinatie van farmacotherapie en psychotherapie betere resultaten behaalt bij chronische depressieve patiënten dan farmacotherapie of psychotherapie alleen (De Maat et al., 2007; Hollon et al., 2006; Pampallona et al., 2004; Keller et al. 2000; Thase et al., 1997; Cuijpers et al., in druk). Het remissiepercentage varieert van 43-48% voor de combinatie behandeling versus 25-33% voor psychotherapie of farmacotherapie alleen. Het behandel-effect is het grootst in de studie van Keller et al. (2000) waarin ‘*Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*’ (CBASP), de eerste vorm van psychotherapie die specifiek ontworpen is voor de behandeling van chronische depressie, wordt vergeleken met farmacotherapie en de combinatie van beide in een grote groep chronisch depressieve patiënten ($N=681$). Zowel CBASP als farmacotherapie blijkt effectief (de remissiepercentages waren respectievelijk 33% en 29%). De combinatie van beide laat echter het grootste effect zien (een remissiepercentage van 48%). Tevens leidt de combinatie behandeling tot het sneller bereiken van remissie dan farmacotherapie of CBASP alleen (Manber et al., 2008).

Implicaties voor de praktijk

Inmiddels wordt CBASP genoemd als behandel-mogelijkheid voor chronische depressie in diverse richtlijnen, zo ook in de Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2005). CBASP integreert een aantal eerder genoemde implicaties voor de praktijk, zoals het gebruik van een *life chart* in sessie 1 om het beloop van de depressie in kaart te brengen. De disfunctionele schema’s en het terugtrekgedrag worden onder andere opgespoord door middel van de ‘Situatie Analyse’, een soort gedachtenrapport waarin de nadruk wordt gelegd op de interactie van de patiënt met zijn of haar omgeving. Daarnaast maakt CBASP gebruik van technieken als de ‘Interpersonal Discrimination Exercise’ en ‘Gedisciplineerde persoonlijke betrokkenheid’, waarin het gedrag en de consequenties van het gedrag van zowel de patiënt als de therapeut expliciet worden gemaakt met als doel de hardnekkige interactiepatronen van de chronisch depressieve patiënt te doorbreken (McCullough, 2000; Wiersma et al., 2009b).

Kennis over de effectiviteit van CBASP is echter vooralsnog gebaseerd op slechts één studie. Hoewel deze studie één van de grootste klinische ‘trials’ is met (chronische) depressie, zijn deze resultaten buiten de *vs* nog niet gerepliceerd. Met name de vraag naar het effect van CBASP ten opzichte van andere vormen van psychotherapie, zoals bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie, blijft vooralsnog onbeantwoord. Het is tevens de vraag of de Amerikaanse resultaten ook voor de Nederlandse situatie gelden. Om meer licht te kunnen werpen op de vraag of CBASP een goede toevoeging zou kunnen zijn voor het

Nederlandse behandelaanbod in de tweede lijn, is een gecontroleerde studie gestart naar de effectiviteit van CBASP in Nederland (Wiersma et al., 2008). In de loop van 2010 zullen de behandelresultaten bekend worden. Tot die tijd lijkt het beste devies voor de behandeling van de chronisch depressieve patiënt om zoveel mogelijk in te zetten op de combinatie behandeling van farmacotherapie en psychotherapie.

SUMMARY

Chronic depression versus non-chronic depression

Chronic depression and non-chronic depressions differ with respect to course, risk factors and treatment results. These differences point to the fact that chronically depressed patients constitute a distinct group, who potentially need a different approach than non-chronically depressed patients. This paper addresses the empirical findings of the differences between these two types of depression, and the clinical implications of these findings.

Key words: Chronic depression; non-chronic depression; empirical findings; clinical implications

LITERATUUR

- Akiskal, H.S. (1982). Factors associated with incomplete recovery in primary depressive illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 266-271.
- Akiskal, H.S. (1983). Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 140, 11-20.
- Angst, J., Gamma, A., Rössler, W., Ajdacic, V., & Klein, D.N. (2009). Long-term depression versus episodic major depression: Results from the prospective Zurich study of a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 112-121.
- Arnou, B.A., & Constantino, M.J. (2003). Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 893-905.
- Bifulco, A., Moran, P.M., Baines, R., et al. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 241-258.
- Blom, M.B.J., & Jonker, K. (2005). Chronisch maar niet hopeloos. Een overzicht van de psychotherapeutische mogelijkheden bij chronische depressie en dysthymie. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 995-1007.
- Blom, M.B.J., Spinhoven, P., Hoffman, T.O., et al. (2007). Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 119-126.
- Brown, G.W., & Moran, P. (1994a). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I: A community survey. *British Journal of Psychiatry*, 447-456.
- Brown, G.W., Harris, T.O., Hepworth, C., et al. (1994b). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. II. A patient enquiry. *British Journal of Psychiatry*, 457-465.
- Brown, G.W., Craig, T.K., Harris, T.O., et al. (2007). Development of a retrospective interview measure of parental maltreatment using the Childhood Experience of Care and

- Abuse (CECA) instrument -- A life-course study of adult chronic depression - 1. *Journal of Affective Disorders*, 205-215.
- Cronkite, R.C., Moos, R.H., Twohey, J., Cohen, C., & Swindle, R. Jr. (1998). Life circumstances and personal resources as predictors of the ten-year course of depression. *American Journal of Community Psychology*, 26, 255-80.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Schuurmans, J., Van Oppen, P., Hollon, & S.D., Andersson, G. (2009). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, in press.
- Duggan, C.F., Lee, A.S., & Murray, R.M. (1990). Does personality predict long-term outcome in depression? *British Journal of Psychiatry*, 19-24.
- First, M.B., Donovan, S., & Frances, A. (1996). Nosology of chronic mood disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 29-39.
- Fournier, J.C., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., & Gallop, R. (2009). Prediction of response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 775-87.
- Gilmer, W.S., Gollan, J.K., Wisniewski, S.R., Howland, R.H., Trivedi, M.H., Miyahara, S., Fleck, J., Thase, M.E., Alpert, J.E., Nierenberg, A.A., Warden, D., Fava, M., & Rush, A.J., (2008). Does the duration of index episode affect the treatment outcome of major depressive disorder? A STAR*D report. *J Clin Psychiatry*, 69, 1246-1256
- Hayden, E.P., & Klein, D.N. (2001). Predicting the outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: The impact of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 1864-1870.
- Hays, J.C., Krishnan, K.R., George, L.K., Pieper, C.F., Flint, E.P., & Blazer, D.G. (1997). Psychosocial and physical correlates of chronic depression. *Psychiatry Research*, 10, 72, 149-59.
- Hirschfeld, R.M.A. (1990). Personality and dysthymia. In: Burton, S.W., Akiskal, H.S., Editors, *Dysthymic disorder*. London: Gaskell.
- Hirschfeld, R.M., Dunner, D.L., Keitner, G., et al. (2002). Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nefazodone, psychotherapy, and their combination. *Biological Psychiatry*, 123-133.
- Hollon, S.D., Shelton, R.C., Wisniewski, S., et al. (2006). Presenting characteristics of depressed outpatients as a function of recurrence: preliminary findings from the STAR*D clinical trial. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 59-69.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Maser, J.D., et al. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 694-700.
- Just, N., & Alloy, L.B. (1997). The response styles theory of depression: tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 221-229.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ [2005]. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie 2005. Websites: www.ggzrichtlijnen.nl; www.cbo.nl. (2005).
- Keller, M.B. (1994). [Long-term treatment of depression]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 62, 32-38.
- Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N., et al. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342, 1462-1470.
- Kessler, R.C., Davis, C.G., & Kendler, K.S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101-1119.
- Klein, D.N., Taylor, E.B., Dickstein, S., & Harding, K. (1988). Primary early-onset dysthymia: comparison with primary nonbipolar nonchronic major depression on demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 387-398.
- Klein, D.N., Riso, L.P., Donaldson, S.K., Schwartz, J.E., Anderson, R.L., Ouimette, P.C., Lizardi, H., & Aronson, T.A. (1995). Family study of early-onset dysthymia. Mood and personality disorders in relatives of outpatients with dysthymia and episodic major depression and normal controls. *Archives of General Psychiatry*, 52, 487-96.

- Klein, D.N., & Santiago, N.J. (2003). Dysthymia and chronic depression: introduction, classification, risk factors, and course. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 807-816.
- Klein, D.N., Schwartz, J.E., Rose, S., et al. (2000). Five-year course and outcome of dysthymic disorder: A prospective, naturalistic follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 157*, 931-939.
- Klein, D.N., Santiago, N.J., Vivian, D., et al. (2004). Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy as a maintenance treatment for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 681-688.
- Kocsis, J.H. (2003). Pharmacotherapy for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 885-892.
- Kuehner, C., & Weber, I. (1999). Responses to depression in unipolar depressed patients: an investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory. *Psychological Medicine, 29*, 1323-1333.
- De Maat, S.M., Dekker, J., Schoevers, R.A., et al. (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *European Psychiatry, 22*, 1-8.
- Maddux, R.E., Riso, L.P., Klein, D.N., et al. (2009). Select comorbid personality disorders and the treatment of chronic depression with nefazodone, targeted psychotherapy, or their combination. *Journal of Affective Disorders,*
- Manber, R., Kraemer, H.C., Arnow, B.A., et al. (2008). Faster remission of chronic depression with combined psychotherapy and medication than with each therapy alone. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 459-467.
- Markowitz, J.C. (2003). Interpersonal psychotherapy for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 847-858.
- McCullough, J.P. (2000). Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. New York: The Guilford Press.
- McCullough, J.P., Kornstein, S.G., Belyea-Caldwell, S., et al. (1996). Differential diagnosis of chronic depressive disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 19*, 55-71.
- Nemeroff, C.B., Heim, C.M., Thase, M.E., et al. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of National Academy of Sciences U.S.A, 100*, 14293-14296.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 569-582.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., et al. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Archives of General Psychiatry, 61*, 714-719.
- Peselow, E.D., Robins, C., Block, P., Barouche, F., & Fieve, R.R. (1990). Dysfunctional attitudes in depressed patients before and after clinical treatment and in normal control subjects. *American Journal of Psychiatry, 147*, 439-444.
- Rhebergen, D., Beekman, A.T.F., Graaf, R. de, Nolen, W.A., Spijker, J., Hoogendijk, W.J., & Penninx, B.W.J.H. (2009). The three-year naturalistic course of major depressive disorder, dysthymic disorder and double depression. *Journal of Affective Disorders, 115*, 450-459.
- Riso, L.P., Miyatake, R.K., & Thase, M.E. (2002). The search for determinants of chronic depression: a review of six factors. *Journal of Affective Disorders, 70*, 103-115.
- Riso, L.P., du Toit, P.L., Blandino, J.A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J.S., et al. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 72-80.
- Riso, L.P., & Newman, C.F. (2003). Cognitive therapy for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 817-831.
- Riso, L.P., & Klein, D.N. (2004). Vulnerability to chronic depression: A review and preliminary model. In: Alpert, J.E., Fava, M., Editors, *Handbook of chronic depression; diagnosis and therapeutic management*. New York (2004).
- Robison, E.J., Shankman, S.A., & McFarland, B.R. (2009). Independent associations between personality traits and clinical characteristics of depression. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 197*, 476-83.

- Rothschild, L., & Zimmerman, M. (2002). Personality disorders and the duration of depressive episode: a retrospective study. *Journal of Personality Disorders*, 16, 293-303.
- Satyanarayana, S., Enns, M.W., Cox, B.J., & Sareen, J. (2009). Prevalence and correlates of chronic depression in the Canadian community health survey: mental health and well-being. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 389-98.
- Scott, J., Barker, W.A., & Eccleston, D. (1992). Can we predict the persistence of depression? *British Journal of Psychiatry*, 161, 633-637.
- Scott, J., Williams, J.M.G., Brittlebank, A., & Ferrier, I.N. (1995). The relationship between premorbid neuroticism, cognitive dysfunction and persistence of depression: a 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 33, 167-172.
- Spijker, J., Bijl, R.V., Graaf, R. de, et al. (2004). [Depression: longer-lasting episode not an automatic indication for referral]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148, 247-248.
- Teasdale, J.D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Thase, M.E., Greenhouse, J.B., Frank, E., et al. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1009-1015.
- Torpey, D.C., & Klein, D.N. (2008). Chronic depression: update on classification and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 10, 458-64.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1995). Depression and the melancholic temperament. *European Journal of Personality*, 9, 351-366.
- Weissman, M.M., Leaf, P.J., Bruce, M.L., et al. (1988). The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity, and treatment. *American Journal of Psychiatry*, 145, 815-819.
- Wiersma, J.E., Schaik, D.J. van, Oppen, P. van, et al. (2008). Treatment of chronically depressed patients: a multisite randomized controlled trial testing the effectiveness of 'Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy' (CBASP) for chronic depressions versus usual secondary care. *BioMedCentral Psychiatry*, 8, 18.
- Wiersma, J.E., Hovens J.G.F.M., Oppen, P. van, et al. (2009). The Importance of Childhood Trauma and Childhood Life events for Chronicity of Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 983-989.
- Wiersma, J.E., Van Schaik, D.J.F., Blom, M.B.J., et al. (2009b). Behandeling voor chronische depressie: 'Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy' (CBASP). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 10, 727-736.
- Williams, J.M.G., Healey, D., Teasdale, J., White, W., & Paykel, E.S. (1990). Dysfunctional attitudes and vulnerability to persistent depression. *Psychological Medicine*, 20, 375-381.