

Depresyon ve Kişilik

Prof. Dr. Süheyla ÜNAL*

Depresyon ve kişilik arasındaki ilişkiyi anlamak, belki de ruhsal hastalıkların ortaya çıkması, iyileşmesi, süregenleşmesi ile ilgili olarak şimdiye kadar ileri sürülen görüşlere yeniden göz atmayı gerektirecektir. Kişilik ve psikopatoloji kuramları çerçevesinde yer alan genetik yatkınlık, çevresel etkileşimler, erken yaşantılar, öğrenme, strese duyarlılık, stresle başa çıkma yetisi, bağlanma, bağımlılık, benlik saygısı gibi her kavram bu konunun ilgi alanına girmektedir.

Depresyon ve kişilik arasındaki ilişkiyi açıklayan çalışmalardan yola çıkarak dört model ileri sürülmektedir (Akiskal ve ark. 1983);

1. Yatkınlık ya da incinebilirlik modeli (kişilik özellikleri depresyonun gelişimine zemin hazırlar),
2. Patoplastisite modeli (kişilik etkenleri depresyonun klinik görünümünü etkiler),
3. Komplikasyon ya da sekel modeli (depresyon kişilik işlevlerinde değişikliğe neden olur)
4. Süreklilik ya da spektrum modeli (altta yatan süreçler hem kişilik sorunlarına hem de depresyona neden olur).

YATKINLIK MODELİ

Hipokrat'tan bu yana depresyon için bazı özgün

kişilik özelliklerinin varlığı ileri sürülmüştür. İlk tanımlardan birisi olan Kraepelin'in "depresif mizaç"ı, süregen ve yaygın bir kasvetlilik, baskın bir depresif ve umutsuz duygulanım, ciddiyetlilik, suçluluğa yatkınlık, kendini kınama, kendini inkar etme, kendine güvenmeme gibi özellikleri kapsamaktaydı. Kraepelin bu özelliklerin kalıtsal olduğunu, geç ergenlik, erken yetişkinlikte görünür hale geldiğini ve yaşam boyu devam ettiğini, bu temel özelliklerin üzerine şiddetli depresyon ataklarının geliştiğini ileri sürmüştür (Aktaran Shea ve Hirschfeld 1996). Kretschmer de benzeri bir tanımla kronik depresif özelliklerle duygulanım bozuklukları arasında bir bağlantı olduğunu belirtmiştir (Aktaran Shea ve Hirschfeld 1996). Tellenbach ise *typus melancholicus* olarak isimlendirdiği kişilik tipinde düzenlilik, dürüstlük, vicdanlılık, başarıya yönelimlilik, muhafazakar düşüncelilik, bağımlılık özelliklerini temel almıştır (Aktaran Heerlein ve ark. 1996). Schneider ise "depresif psikopati" tiplmesinde sıkıntılı, karamsar, ciddi, eğlenme ve gevşeme kapasitesi olmayan, sessiz, şüpheli, kaygılı, görev düşkün, hipokondriyak bir insan tanımlaması yapmıştır (Aktaran Shea ve Hirschfeld 1996).

Freud depresyonun, bireyin kendisini oral doyumdan yoksun bıraktığı için kızgınlık hissettiği objenin kaybına karşı geliştirdiği bir yas tepkisinden doğduğunu ileri sürmüştür. Bireyin objeye karşı yaşadığı öfkeyi suçluluk duyguları nedeniyle

* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, MALATYA

kendisine yönelttiğini ve böylece depresyona girdiğini ifade etmiştir (Aktaran Huprich ve Fine 1997). Yine Freud melankolik bireyde narsistik ve simbiyotik obje ilişkilerinin ve empati yokluğunun altını çizmiştir (Aktaran Stanghellini ve Mundi 1997). Abraham ise oral dönemdeki erken çocukluk yaşantılarına ait hayal kırıklıklarının bireyde yaşam boyu depresif tepkilere yatkınlık yarattığını, erişkinlikte yaşadığı hayal kırıklıklarında çöküntüye uğrayarak duygusal acı yaşadığını ileri sürmüştür (Aktaran Huprich ve Fine 1997). Freud'un depresif birey tanımını genişleten Abraham düzenlilik, mükemmeliyetçilik, suçluluk duyguları gibi "anal" özelliklerle karakterize obsesif kişilik özelliklerine ek olarak, bağımlılık gibi "oral" bir özelliğin varlığının melankoliye zemin hazırladığını belirtmiştir (Aktaran Akiskal ve ark. 1980).

Chodoff (1972) depresyona yatkın bireyler üzerine dinamik literatürü gözden geçirdiği yazısında bağımlı ve obsesif özelliklerin üzerinde durmuştur. Böyle bireylerin kendilerine saygılarını sürdürülebilmek ve narsistik gereksinimlerini karşılamak için başkalarına bağımlı olduklarını, obje kaybına bağlı olarak bu gereksinimleri karşılanmadığında depresyon geliştirme eşiklerinin düştüğünü ifade etmiştir. Hirschfeld ve Klerman (1979) psikometrik değerlendirmeleriyle bu görüşü kısmen destekleyerek, depresiflerin normal bireylere göre daha içe dönük, kendine güvensiz, çekingen, bağımlı, karamsar, kaygılı ve obsesif olduğunu söylemişlerdir.

Arieti ve Bemporad (1980) depresif kişiliklerin, erken dönemde bakıcı desteğinin kaybı korkusuna karşı bağımlılık geliştirdiklerini, yetişkin yaşamlarında herşeylerini vermeyi bekledikleri sevgi objelerine bağlandıklarını, kendilerini sevilmiyor hissettiklerinde depresyona girdiklerini belirtmişlerdir. Aynı yazıda deprese hastaların "baskın başkası" ya da "baskın amaç"a gereksinim duyduklarını ileri sürmüşlerdir. Rado ve Cohen de aşırı bağımlılık ve başkalarının onayına olan aşırı gereksinimden söz etmişlerdir (Aktaran Stanghellini ve Mundi 1997). Kernberg (1988) ise bozuk obje ilişkilerine bağlı olarak gelişen depresif-mazoşistik kişilik özelliklerini tanımlamıştır. Aşırı ciddi, sorumlu, vicdanlı, mizah duygusundan yoksun, kendisini ve başkalarını eleştiren, bağımlı, suçluluk uyandıran, agresif duygularını bastıran kişileri bu tanım içinde değerlendirmiştir.

Winokur (1972) ise "depresyon spektrum hastalığı" içinde, kalıcı olmayan ilişki öyküsü olan, huzursuz, talepkar, sinirli ve ailesinde alkolizm ya da sosyopati öyküsü bulunan bir tipolojiden söz etmiştir. Akiskal de benzeri bir tanımla kronik depresyonu subaffektif distimi ve karakter-spektrum bozukluğu olarak iki alt tipe ayırmıştır (Akiskal ve ark. 1980). Subaffektif distimiye antidepresanlara olumlu yanıt, ailede duygudurum bozukluğu öyküsü, gelişimsel stres etkenlerinin olmaması, kısalmış REM latansı ile karakterize etmiş ve bu alt tipi affektif bozukluğun bir parçası olarak değerlendirmiştir. "Karakter-spektrum bozukluğu"nu ise antidepresanlara zayıf yanıt, ailede alkolizm ya da sosyopati öyküsü, normal REM latansı, çocukluk çağındaki kayıplar, ayrılıklar ve diğer gelişimsel stres etkenleri, alkol veya madde kullanımı, pasif-bağımlı, histriyonik, antisosyal, sınırdan ya da şizoid kişilik gibi "durağan olmayan" kişilik özelliklerinin varlığı ile tanımlamış ve bu alt tipin kişilik özelliklerine ikincil olarak geliştiğini ileri sürmüştür. Akiskal daha sonra subaffektif tipe sınırdan subaffektif tipi eklemiş, biyolojik kökenli olduğunu düşündüğü bu tipin özelliklerini ise distimik, disforik, obje kayıplarına karşı duyarlılık, histriyonik, sosyopatik özellikler, madde kötüye kullanımı, duygulanımda değişkenlik, duyarlılık, dürtüsellik ve manipülatif olma olarak belirlemiştir (Akiskal ve ark. 1985).

Liebowitz ve Klein (1979) ise özellikle romantik bağlanmalarda reddedilmeye aşırı duyarlılık gösteren "aşk bağımlıları" olarak tanımladıkları histeroid disforik tipte teşhirci, baştan çıkarıcı, dalıcı, talepkar, bencil, görüntüsü ile aşırı ilgili bir karakter çizmişler, çoğu kadın olan böyle bireylerin depresif olduklarında benlik saygılarını yitirdiklerini, aşırı karamsar ve umutsuz olduklarını, atipik depresyon bulguları gösterdiklerini ve intihara eğilimli olduklarını belirtmişlerdir. MAOI'ye olumlu yanıt veren bu durumun biyolojik bir defisitle ilişkili olabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Bowlby (1977) erken dönemdeki bağlanmalarda yaşanan sorunların kişilik gelişimini yakından etkileyerek daha sonraki psikopatolojilere zemin hazırladığını ifade etmiştir. Özellikle kompulsif bir şekilde kendine güvenen ve kaygılı bağlanan tiplerin depresyona yatkın olduğunu bildirmiştir. Bowlby formülasyonunda kompulsif kendine-güvenli tipin kişilerarası yakın ilişkileri reddettiği,

böylesi bağlara gereksinimi olduğunu belirtenleri de küçümsediği, kaygılı bağlanan tipin ise bunun aksine kişilerarası ilişkilere istekli olduğu, ancak bunu baskıladığı, bir ilişki kurduğunda da aşırı bağımlı hale geldiğini belirtmiştir. Aşırı bağımlılığın da, aşırı otonominin de engellenmiş bağlanma gereksinimi ile ilişkili olduğunu belirterek, bağlanma ve bağımlılık arasındaki farkı tanımlamıştır, bağlanmanın olgunlaşmayı belirtirken, bağımlılığın immatürite ve patoloji göstergesi olduğunu ileri sürmüştür. Ayrıca bağlanma stiline benlik saygısını, bireyin kendisi ve diğerleri konusundaki bilişsel yargılarını yakından etkilediğini belirtmiştir.

Olumsuz şemaların yaşam boyunca depresif bir yönelim sağladığını ileri süren Beck (1983) ise depresif bireyleri bilişsel incinebilirlikleri açısından "sosyotrop" ve "otonom" iki gruba ayırmıştır. Bu ayırımdan yola çıkarak başkalarının onayına ve yakınlığına aşırı gereksinim duyan sosyotrop bireylerin bu alandaki yoksunluğa karşı nörotik/reaktif depresyon geliştirebileceği, aşırı otonom bireylerin ise başarısızlık karşısında endojenomorfik tipte depresyona girebileceği ileri sürülmüştür (Enns ve Cox 1997). Blatt ve arkadaşları (1982) da benzeri bir şekilde "anaklittik" (bağımlı) ve "introjective" (kendini eleştiren) deprese hastalar tanımlamıştır.

Stresle başa çıkmada bireyin başvurduğu yöntemler kişilik özellikleri ile yakından ilişkilidir. Major depresyon geçiren hastalarda duygu yönelimli başa çıkma yöntemleri ile nörotizm skorları arasında olumlu bir ilişki saptanmıştır. Melankolik tiplerin iki türlü başa çıkma setine sahip olduğu, bunların obsesyon, bağımlılık ve depresif yapı gibi uyum sağlamaya uygun olmayan maladaptif set ile disiplin, vicdanlılık ve başkalarıyla ilgilenme gibi adaptif set oldukları ileri sürülmüştür (Uehara ve ark. 1999). İşlevsel olmayan tutumlar ve bilişsel atıfların depresyonun yinelemesinde rol oynadığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Williams ve ark. 1990, Power ve ark. 1995).

Davranışçı görüş, sevilmeceğine ve kabul edilmeyeceğine dair inanç taşıyan depresif bireyin başkalarından uzaklaştığında yaşadığı huzursuzluğun azaldığını, bu yüzden depresif davranışın sosyal yalıtım boyutunun negatif pekiştirici olarak rol oynadığını ileri sürer (Ferster 1973). Coyne

(1976) ise depresif kişilerarası spiral tanımında olumsuz duygulanıma sahip olan bireyin başkalarını da olumsuz etkilediğini, benlik saygısını ve geleceğini tehdit eden olaylar karşısında aşırı teminat arayışına giren depresif bireyin diğer kişilerde suçluluk ve kırgınlık uyandırarak sosyal olarak reddedilme noktasına geldiğini anlatmaktadır.

Kişilik bozukluğu, depresyona yatkın bireylerde olumsuz yaşam olayları karşısında depresyonun ortaya çıkmasından dolayı bir rol oynayabilir ya da yarattığı kişilerarası sorunlar nedeniyle depresyonun sürmesine neden olabilir. Ildi ve arkadaşları (1997) ikinci eksen kişilik bozukluklarının neden depresyona daha yatkın olduklarını tartıştıkları yazılarında bu kişilerin "klinik olarak önemli bir stres" ürettiklerini, daha çok olumsuz yaşam olayı yaşamaya eğilimli olduklarını ve depresyon yaratıcı bir bilişsel yapıları olduğunu ifade etmişlerdir. Paris (1997) ise bu bireylerin sorun yaratıcı kişilik özellikleri nedeniyle daha çok olumsuz olaya maruz kaldıklarını, genetik bir yapı olan kişiliğin, çevreyle olumsuz etkileşimi sonucu depresyon geliştirebildiğini belirtmiştir. "Kendini yönetme" ile ilgili sorunların kişilik bozukluklarında temel sorun olduğu, depresyonda da başta gelen işlevsel olmayan tutumun kendini yönetme ile ilgili olduğu ileri sürülmüştür (Luty ve ark. 1999).

Özetle depresyon stresle başa çıkmada, kişilerarası ilişkilerde güçlük yaratan bağımlı, obsesif, içe dönük, kendine güveni az, girişken olmayan, kaygılı, karamsar kişilik özellikleri üzerinde daha çok gelişmektedir.

PATOPLASTİSİTE MODELİ

Bu modele göre kişilik özellikleri depresyonun klinik tablosunu ve prognozunu etkilemektedir. Bu görüşle ilgili klasik bir çalışma olan Lazare ve Klerman'ın (1968) hospitalize depresif kadın hastalarda yaptıkları çalışmada obsesif kadınların kontrol kaybı korkusuyla ajite oldukları ve ağır depresyon yaşadıkları, histeroid özellikler taşıyanların ise intihar girişiminde bulunmuş olsalar bile baştan çıkarıcı ve talepkar tavırları nedeniyle olduklarından az deprese algılandıkları ileri sürülmüştür. Vaz Serra ve Pollitt (1975) Eysenck Kişilik Envanterindeki nörotizm skorları ile depresyonun psikolojik belirtileri arasında yüksek korelasyon saptarken, biyolojik belirtilerinde bu ilişkiyi saptamamışlardır.

Kişilik özellikleri, klinik seyri ve tedavi sonucunu da etkilemektedir. Yüksek nörotizm skorlarının tedaviye olumsuz yanıtla korele olduğu (Weissman ve ark. 1978, Pilkonis ve Frank 1988, Uluşahin ve Uluğ 1997), "durağan olmayan" kişilik özelliklerinin duygulanım bozukluklarında istenmeyen sosyal sonuçların en güçlü yordayıcısı olduğu (Akiskal ve ark. 1978) ileri sürülmektedir. Çifte depresyonun olumsuz gidiş sergilediği bilinmektedir (Keller ve Shapiro 1982).

SEKEL MODELİ

Paykel ve Weissman (1973) tamamen iyileşen deprese hastalarda bile sosyal ve kişilerarası uyum sorunları olduğunu, özellikle kişilerarası çatışmalar ve engellenmiş iletişimin sürdüğünü ifade etmişlerdir. Akut atağın tedavisinden sonra görülen kısa süreli sosyal uyumsuzluk dışında, özellikle sık atak geçirenlerde ve kronik unipolar depresyonu olanlarda başarısızlık, güvensizlik, bağımlılık, karamsarlık, melankolik bir görünümle karakterize, kalıcı bir "depresif defekt" gelişebileceği bildirilmektedir (Akiskal ve ark. 1983).

ICD-10'da (DSÖ 1992) "diğer bir mental hastalığın sonucu olan kişilik değişikliği" adı altındaki yeni bir tanıda başkalarına aşırı bağımlılık, sosyal geri çekilme ve yalıtım, edilgenlik, talepkar tutum, disforik ya da devingen duygulanım kriterleri yer almaktadır.

Shea ve arkadaşları (1996) ilk ataktan sonra iyileşen depresif hastalarda hastalık öncesi ve sonrası kişilik özelliklerini değerlendirdikleri çalışmalarında olumsuz bir değişiklik saptamamışlar, ancak ağır, kronik ya da tekrarlayıcı major depresyonda bu değişikliklerin görülebileceğini belirtmişlerdir. Surtees ve Wainwright (1996) ilk epizoddan sonra kalan nörotizm ve kendine-güven azlığının daha sonraki yinelemeleri öngörmede önemli olduğunu ileri sürmüşlerdir.

SPEKTRUM MODELİ

Bu yaklaşıma göre duygulanım bozukluğu olan bireyde gözlenen kişilik özellikleri temeldeki hastalığın daha hafif formunu ya da alternatif bir görünümünü temsil eder. Hastalık öncesi kişilik ile klinik atak arasında bir yapı-durum sürekliliği sözkonusudur ve temelde kişilik ile hastalık aynı genetik yapının farklı gösterimleridir. Kraepelin, Schneider, Kretchmer, Sheldon depresif tip tanım-

larında kişilik ve hastalık arasındaki sürekliliğe dikkat çekmişlerdir. Son çalışmalar da siklotimik, hipertimik ve bazı distimik kişiliklerin, major duygulanım bozukluğunun genetik olarak zayıf bir gösterimi oldukları görüşünü desteklemektedir (Akiskal ve ark. 1983).

Kişilik özellikleri ve duygulanım arasındaki ilişkiye ilişkin çalışmalarda geline noktalardan birisi de DSM-IV (APA 1994) apendixinde belirtilen "depresif kişilik bozukluğu" tanımıdır.

1. Neşesizlik, sıkıntı, mutsuzluğun baskın olduğu duygulanım,
2. Yetersizlik, değersizlik, benlik saygısı azlığı çevresinde oluşan bir benlik kavramı,
3. Kendini eleştirme, suçlama, aşağılama eğilimi,
4. Derin düşüncelere dalma ve kaygı verme,
5. Başkalarına karşı negativistik, eleştirel ve yargılayıcı olma,
6. Karamsarlık,
7. Suçluluk ve pişmanlık duygularına sahip olma gibi özelliklerden en az beşini major depresif atak dışında taşıma ile karakterize olan bu tablonun bir kişilik bozukluğu mu yoksa duygulanım bozukluğu mu olduğu konusu net değildir. Her iki bozukluğun bir bileşkesi olduğunu düşünmek uygun bir çözüm gibi görünmektedir (Phillips ve ark. 1990).

SONUÇ

Kişiliğin depresif süreç üzerindeki etkisi hangi yolla gelişirse gelişsin, sonuçta bu etkilerin tedaviye yansması benzer şekilde olacaktır. Kişilik özellikleri ve depresyon arasındaki ilişkinin niteliği, klinisyene seçeceği tedavi yaklaşımı konusunda rehber olmalıdır. Örneğin bağımlı ve sosyotrop bireyler grup ortamında daha iyi sonuç alabilirken, kendini eleştiren, otonom bireyler bireysel terapiden daha fazla yararlanabilirler (Enns ve Cox 1997). Mükemmeliyetçi ve intihara eğilimli bireyler bilişsel terapiden, kişilerarası ilişki güclüğü yaşayanlar ise interpersonal terapiden daha fazla yararlanabilirler. Belki de en uygun yol bireyin değiştiremeyeceği mizaç özelliklerini kabul etmesi ve yaşamını buna uyarlamasını, değiştirebileceği karakter özelliklerini de uygun terapi yöntemleriyle değiştirmesini sağlamak olacaktır (Luty ve ark. 1999).

KAYNAKLAR

- Akiskal HS, Hirschfeld R, Yerevanian B (1983) The relationship of personality to affective disorders. A critical review. *Arch Gen Psychiatry*, 40:801-810.
- Akiskal HS, Bitar AH, Puzantian VR ve ark. (1978) The nosologic status of neurotic depression: A prospektive three-to four year follow-up examination in the light of the primary-secondary and the unipolar- bipolar dichotomies. *Arch Gen Psychiatry*, 35: 756-766.
- Akiskal HS, Rosenthal TL, Haykal RF ve ark. (1980) Characterological depressions. Clinical and sleep EEG findings separating 'subaffective dysthymias' from 'character spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 37:777-783.
- Akiskal HS, Yerevanian BI, Davis GC ve ark. (1985) The nosologic status of borderline personality: Clinical and polysomnographic study. *Am J Psychiatry*, 142:192-198.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. baskı (DSM-IV), Washington DC, American Psychiatric Press.
- Arieti S, Bemporad JR (1980) The psychological organization of depression. *Am J Psychiatry*, 137:1360-1365.
- Beck AT, Epstein N, Harrison RP ve ark. (1983) Development of the sociotropy-autonomy scales: a measure of personality factors in psychopathology. Philadelphia, University of Pennsylvania.
- Blatt SJ, Qinlan DM, Chevron ES ve ark. (1982) Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression. *J Consult Clin Psychol*, 50:113-124.
- Bowlby J (1977) The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *Br J Psychiatry*, 130:201-210.
- Chodoff P (1972) The depressive personality: A critical review. *Arch Gen Psychiatry*, 27:666-673.
- Coyne JC (1976) Depression and response of others. *J Abnorm Psychol*, 85(2):186-193.
- Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması: Klinik tanımlamalar ve tanı klavuzları. Cenevre, Medikomat, Ankara.
- Enns MW, Cox BJ (1997) Personality dimensions and depression: Review and commentary. *Can J Psychiatry*, 42:274-284.
- Ferster CB (1981) A functional analysis of depression. *Am Psychol*, 28:857-870.
- Heerlein A, Santander J, Richter P (1996) Premorbid personality aspects in mood and schizophrenic disorders. *Compr Psychiatry*, 37(6):430-434.
- Hirschfeld RM, Klerman GA (1979) Personality attributes and affective disorders. *Am J Psychiatry*, 136: 67-70.
- Huprich KS, Fine M (1997) A diagnosis under consideration-Self-defeating and depressive personality disorders: Current status and clinical issues. *J Contemp Psychother*, 27(4):303-322.
- Ilardi S, Craighead W, Evans D (1997) Modeling relapse in unipolar depression: the effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *J Consult Clin Psychol*, 65:381-391.
- Keller MB, Shapiro RW (1982) 'Double depression': Superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. *Am J Psychiatry*, 139:438-442.
- Kernberg O (1988) Clinical dimension of masochism. *J Am Psychoanal Assoc*, 36:1005-1029.
- Lazare A, Klerman G (1968) Hysteria and depression: The frequency and significance of hysterical personality features in hospitalized depressed women. *Am J Psychiatry*, 124:48-56.
- Liebowitz MR, Klein DF (1979) Hysteroid dysphoria. *Psychiatr Clin North Am*, 2:555-575.
- Luty SE, Joyce PR, Mulder RT ve ark. (1999) The relationship of dysfunctional attitudes to personality in depressed patients. *J Affect Disord*, 54:75-80.
- Paris J (1997) Is depression rooted in personality structure? *Can J Psychiatry*, 42:249-250.
- Phillips KA, Gunderson JG, Hirschfeld RMA ve ark. (1990) A review of depressive personality. *Am J Psychiatry*, 147:830-837.
- Pilkonis PA, Frank E (1988) Personality pathology in recurrent depression: Nature, prevalence, and relationship to treatment response. *Am J Psychiatry*, 145: 435-441.
- Power MJ, Duggan CF, Lee AS ve ark. (1995) Dysfunctional attitudes in depressed and recovered depressed patients and their first-degree relatives. *Psychol Med*, 25:87-93.
- Shea MT, Hirschfeld MA (1996) Chronic mood disorder and depressive personality. *Psychiatry Clin North Am*, 19(1): 103-120.
- Shea T, Leon AC, Mueller TI ve ark. (1996) Does major depression result in lasting personality change? *Am J Psychiatry*, 153(11):1404-1410.
- Surtees PG, Wainwright NWJ (1996) Fragil states of mind: Neuroticism, vulnerability and the long-term outcome of depression. *Br J Psychiatry*, 169: 338-347.
- Uehara T, Sakado K, Sakado M ve ark. (1999) Relationship between stress coping and personality in patient with major depressive disorder. *Psychother Psychosom*, 68:26-30.
- Uluşahin A, Uluğ B (1997) Clinical and personality correlates of outcome in depressive disorders in Turkish sample. *J Affect Disord*, 42:1-8.
- Vaz Serra A, Pollitt J (1975) The relationship between personality and the symptoms of depressive illness. *Br J Psychiatry*, 127:211-218.
- Weissman MM, Prusoff BA, Klerman GL (1978) Personality and the prediction of long-term outcome of depression. *Am J Psychiatry*, 135: 797-800.
- Williams JMG, Healy D, Teasdale JD ve ark. (1990) Dysfunctional attitudes and vulnerability to persistent depression. *Psychol Med*, 20:375-381.
- Winokur G (1972) Depression spektrum disease: Description and family study. *Compr Psychiatry*, 13:3-8.