Türk Psikiyatri Dergisi 2014;25(3):149-56

Bipolar Duygudurum Bozukluğu-1 Hastalarında Mizaç ve Kişilik Özelliği Boyutları

Dr. Mohammad Reza FAYYAZI BORDBAR[1], Dr. Farhad FARIDHOSSEINI[2], Dr. Hossein KAVIANI[3], Dr. Mojtaba KAZEMIAN[4], Dr. Ali Akbar SAMARI[5], Psik. Masoud KASHANI LOTFABADI[6]

ÖZET

Amaç: Cloninger'in mizaç ve kişilik boyutlarına göre bipolar duygudurum bozukluğu-1 (BDB-1) hastaları ile genel toplumdaki sağlıklı kontrolleri karşılaştırmak.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya 2011 yılında akut mani, depresyon veya karma dönem ile İran'daki bir psikiyatri hastanesine başvurmuş olan 96 BDB-1 (DSM-IV-TR ölçütlerine göre) hastası dahil edilmiştir. Akut dönemin yatışmasından sonra hastalar 125 maddelik Mizaç ve Kişilik Envanteri-İran Sürümü'nü (MKE-125-İS) doldurmuşlardır. Ölçekteki mizaç ve kişiliğin 7 boyutu, bipolar grup ile 1212 sağlıklı kontrolle bağımsız örneklem t-testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Ayrıca, mizaç ve kişilik puanları, yaş, hastalığın süresi ve duygudurum değişkenleri (depresyon ve mani puanları) arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bipolar hastaların zarardan kaçınma puanları sağlıklı kontrollerle kıyaslayınca anlamlı olarak daha yüksek (P= 0,001); ödüle bağlılık (P= 0,001), süreklilik (P = 0,044), iş birliği (P= 0,001), kendini idare edebilme (P= 0,001), kendini aşma (P= 0,004) puanları ise anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Kadın hastaların ödüle bağlılık (P= 0,001), kendini idare edebilme (P= 0,001) ve iş birliği (P= 0,001) puanları erkeklere göre daha düşük olarak saptanmıştır. Ek olarak, MKE-125-İS puanları ile depresyon ve mani puanları, hastalığın süresi veya medeni durum arasında güçlü bir ilişki kurulamamıştır.

Sonuç: BDB-1 hastalarının kişilik profilleri kontrollerden farklıdır. Bipolar gruptaki düşük kendini idare edebilme ve iş birliği puanlarının daha çok olgunlaşmamış kişilik özellikleriyle ilişkili olduğu anlaşılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Bipolar duygulanım bozukluğu, özellik, kişilik, mizaç

SUMMARY

Temperament and Character Personality Dimensions in Patients with Bipolar I Disorder

Objectives: To compare Cloninger's dimensions of temperament and character in patients with bipolar I disorder (BP-I) and healthy controls from the general population.

Materials and Methods: This cross sectional study included 96 BP-I patients (according to DSM-IV-TR criteria) that were admitted to a psychiatric hospital in Iran due to an acute episode of mania or depression, or a mixed episode during 2011. Following stabilization of the acute phase, the patients completed the 125-item Temperament and Character Inventory-Persian Version of (TCI-125-PV). The scale's 7 dimensions of temperament and character were compared between the bipolar group and 1212 healthy controls via independent samples t-test. Moreover, the correlation between temperament and character scores, and age, duration of disorder, and mood variables (depression and mania scores) were assessed using Pearson's correlation coefficient.

Results: The bipolar patients had significantly higher harm avoidance (P= 0.001), and lower reward dependency (P= 0.001), persistence (P =0.044), cooperativeness (P= 0.001), self-directedness (P= 0.001), and self-transcendence (P= 0.004) scores than the controls. Female patients had lower reward dependency (P= 0.001), self-directedness (P= 0.001), and cooperativeness (P= 0.001) scores than male patients. In addition, TCI-125- PV scores were not strongly correlated with depression or mania scores, duration of disorder, or marital status.

Conclusion: The personality profiles of the BP-I patients differed from those of the controls. Lower self-directedness and cooperativeness scores in the bipolar group appeared to be associated with more immature personality traits.

Key Words: Bipolar mood disorder, character, personality, temperament

Geliş Tarihi: 09.02.2013 – **Kabul Tarihi:** 25.07.2013

[1]Doç., [2]Yrd. Doç., [4]Uzm., [6]Psik., Psikiyatri ve Davranış Bilimleri Araştırma Merkezi, Mashhad Tıp Bilimleri Üniversitesi, Mashhad, İran. [3]PhD, Klinik Psikoloji Kıdemli Öğr. Gör., Bedfordshire Üniversitesi, Psikoloji Bl., Bedfordhire, İngiltere. [5]PhD, İslam Azad Üniversitesi, Kashmar Birimi, Klinik Psikoloji Bl., Kashmar, İran.

Dr. Mojtaba Kazemian, e-posta: *kazemian2m@yahoo.com*

GİRİŞ

Duygudurum bozuklukları, patolojik duygular ve ilişkili klinik anormalliklerin farklılık gösterebildiği bir grup bozukluktur. Uygun ilaç tedavisine rağmen duygudurum bozukluğu olgularının %50'sinden fazlasında düşük iyileşme oranları ve göreceli olarak yüksek tekrarlama riski bulunmaktadır. Bu nedenle başarısız tedavi sonuçlarıyla ilişkili olabilecek -toplumun rolü ve aile gibi- farmakolojik olmayan etkenleri değerlendirmek gerekmektedir (Rouget and Aubry 2007, Otto ve ark. 2003, Kecker ve ark. 1997). Tedavi sonuçlarıyla ilişkili olabilecek bir diğer önemli etken ise bipolar hastalardaki kişilik tipleridir (McKinnonet ve ark. 2012). Cloninger, biyolojik değişkenlere vurgu yaparak normal ve anormal kişilik tiplerini içeren, geçerli bir yapısal kişilik modeli oluşturmaya çalışmıştır. Yapısal bir bakış açısıyla değerlendirilirse kişilik; mizaç, karakter ve ruh arasında süregelen etkileşimler olarak tanımlanabilir.

Mizaç, alışkanlıkları ve otomatik davranış örüntülerini oluşturan belirli duyguları deneyimlemede kullanılan kalıtımsal eğilimler olarak düşünülebilir. Mizacın kabul edilen 4 boyutu bulunmaktadır: yenilik arayışı, ödüle bağlılık, zarardan kaçınma, süreklilik (Cloninger ve Svrakic 2009). Karakter, kişiliğin akılcı esası olup; soyut düşünme, sembol yorumlama ve akıl yürütme gibi bilişsel görevleri bulunmaktadır. Karakter, erişkinliğe geçiş esnasında üç belirgin aşamadan geçer: kendine yönelme, iş birliği kurma ve kendini aşma (Cloninger ve ark. 1994).

Kişilik bozukluklarının yaygınlığı yüksek olduğundan, hastaların kişilik profillerini görmezden gelerek ruhsal hastalıklarla ilgilenmek yetersiz olacaktır. Genel popülasyonda kişilik bozukluklarının %10-20 düzeyinde olduğu bildirilmiştir ve hastanede yatarak tedavi gören veya taburculuk sonrası izlenen psikiyatri hastalarının %50'sinden fazlasında kişilik bozukluğu veya anormal kişilik özellikleri bulunmaktadır (Thiryet ve ark. 2013, Thomas ve ark. 2012, Compton ve ark. 2007, 2005, Grant ve ark. 2004). Araştırmalara göre diğer psikiyatrik bozukluklarla beraber ek tanı olarak kişilik bozukluğu ve bununla ilişkili olabilecek kişilik özelliklerinin bulunma riski vardır (Cloninger 2000). Ayrıca kişilik bozukluğu ek tanısının bulunması psikiyatrik hastaların tedavisini zorlaştırmaktadır (Mandelliet ve ark. 2012, Tyrer ve ark. 2012). Diğer yandan, kişiliğin karakter boyutlarındaki gelişme, mutlulukta artma ve halk sağlığında iyileşme ile ilişkilidir (Cloninger ve Zohar 2011).

Daha önce bahsedildiği gibi, Cloninger'in teorisi anormal kişilik özelliklerini değerlendirmek için de kullanılabilir. Aslında kendine yönelme, iş birliği kurma gibi pozitif kişilik özelliklerinin psikiyatrik tedavilerin sonuçları üzerinde belirgin pozitif etkileri bulunmaktadır (Kronström ve ark. 2011, Arnaut ve ark. 2008, Mörtberg ve ark. 2007, Martinotii ve ark. 2006). 2000 yılından beri DSM Eksen 1 tanılı hastalarda kişilik bozukluklarını göstermek üzere Cloninger'in modeli yaygın olarak kullanılmaktadır. MKE'de özellikle kendine yönelim ve iş birliği kurma alanlarıyla ilgili düşük karakter boyutu puanları, alt grup belirtmeden bir kişilik bozukluğunun göstergesi olabilir. Klinik bakış açısıyla karakter boyutlarının yetersiz gelişimi, sorumsuzluk, uzun vadeli planları gerçekleştirmede güçlük, özgüven düşüklüğü gibi kişilik bozukluğuyla ilgili birçok belirtiyle ilişkilidir. Cloninger'in modeli duygudurum bozuklukları, şizofreni, obsesif kompulsif bozukluk ve bağımlılık hastalarında kişilik özelliklerini araştırmak için daha önce kullanılmıştır (Gonzalez-Torres ve ark. 2009, Kim ve ark. 2009, Hori ve ark. 2008, Basiaux ve ark. 2001, Bagby ve Ryder 2000).

Birçok çalışma, bipolar bozukluğu olan hastalar ile sağlıklı kontrollerin kişilik özelliklerini etnik köken ve kültür açısından karşılaştırmıştır. ABD'de yapılmış olan bir çalışmada, MKE puanlarına göre zarardan kaçınma ve kendini aşma puanları bipolar bozukluğu olan hastalarda sağlıklı kontrollere göre daha yüksekken, kendine yönelim puanları daha düşük olarak bulunmuştur (Lofus ve ark. 2008). Ayrıca, Türkiye'de gerçekleştirilmiş bir çalışmada bipolar hastaların MKE'de kendini aşma ve işbirliği kurma puanları daha düşük olarak saptanmıştır (Sayin ve ark. 2007). İsveç'te yapılmış bir çalışmada ise bipolar hastaların zarardan kaçınma puanı kontrollere göre daha yüksekken, kendini aşma ve iş birliği kurma puanları daha düşük bulunmuştur. Ek olarak ödüle bağlılık puanı hasta grubunda daha düşük olarak saptanmıştır (Engström ve ark. 2004). Hamic ve arkadaşları (2013) bipolar hastalarda MKE'de düşük işbirliği kurma ve kendine yönelim puanlarının siklotimi ve irritabilite ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir. Brezilya'da ergen bipolar hastalarla yapılmış bir çalışmada, MKE'de ödüle bağlılık, iş birliği kurma ve kendine yönelim puanlarının hasta grubunda kontrollere göre daha düşük olduğu, zarardan kaçınma puanlarının ise daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada ayrıca bipolar hastalarda yenilik arayışı puanlarının daha yüksek ve istikrarlı olma puanlarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur (Olvere ve ark. 2009). Kendine yönelim puanları bakımından bipolar hastalar ile majör depresif bozukluğu olan hastalar karşılaştırıldığında ise kendine yönelimin bipolar hasta grubunda daha düşük olduğu saptanmıştır (Jylhä ve ark. 2011). Bazı kişilik boyutları, duygudurum bozukluğu hastalarında kültürler arası incelendiğinde benzerlikler sergilese de, birçok farklılıklar da tespit edilmiş olup gelecekte farklı toplumların kişilik özelliklerini inceleyen çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bildiğimiz kadarıyla daha önce İran toplumunda duygudurum bozukluğu olan hastalarla yapılmış kişilik boyutlarını araştıran bir çalışma yoktur. Bu çalışmada, İran'lı bipolar duygudurum bozukluğu-I (BDB-I) hastaları ile sağlıklı kontrollerin kişilik boyutlarının Cloninger'in psikobiyolojik kişilik modeli temel alınarak karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Dahil Edilme Ölçütleri:

1. DSM-IV-TR'ye göre BDB-I tanısı
2. Bilgilendirilmiş onam
3. Zeka geriliği olmaması
4. Madde kötüye kullanımı veya bağımlılığının olmaması
5. 18-65 yaş

BDB-I akut dönemde olan 128 hasta (64 erkek ve 64 kadın)

Dışlanma ölçütleri nedeniyle çalışma deseninden çıkarılma (s=32) :

1. Tedavi sırasında tanıda değişiklik
2. Çalışma sırasında başka ilaç tedavisine veya EKT'ye geçilme gereksinimi
3. Çalışmayı tamamlama isteğinin olmaması
4. Hastalığın akut döneminin kontrol altına alınamaması
5. Başka bir servise devir

Klinik iyileşme; görüşmelerle ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği ve Hamilton Depresyon Ölçeği kullanılarak (2-6 hafta)

Demografik veri formunun ve MKE-125'in doldurulması

MKE-125 bulgularının hasta ve kontrol gruplarıyla karşılaştırılması (s=1212)

ŞEKİL 1. Örneklenme yöntemi ve BDB-I hastalarının belirlenmesi.

GEREÇ ve YÖNTEM

Katılımcılar ve Yöntem

Bu kesitsel çalışmaya BDB-I olan 128 hasta (64 kadın ve 64 erkek) dahil edilmiş olup katılımcılar Mashad-Ibn-e-sina Hastanesi'ne 2011 yılında akut dönem (manik, depresif veya karma) nedeniyle başvurmuş olan kişiler arasından seçildi (Şekil 1). Tüm hastalar İran'ın kuzey doğu bölgesinde yer alan Khorasan-e-Rezavi Eyaleti'nde ikamet etmekteydiler. Hastalara bipolar 1 bozukluk tanısı DSM-IV-TR ölçütlerine göre kondu ve her hastanın tanısı en az iki psikiyatr tarafından Afektif Bozukluklar ve Şizofreni Çizelgesi (Endicott ve Spitzer 1978) kullanılarak doğrulandı. Çalışmaya dahil edilme ölçütleri; bipolar 1 bozukluğu tanısı konmuş, 18-65 yaş arası ve bilgilendirilmiş onam formunu doldurabilme yetisi olma olarak belirlendi. Zekâ geriliği bulunan, bağımlılık veya eş zamanlı başka psikiyatrik hastalığı bulunan hastalar ise çalışmaya dahil edilmedi.

Tüm hastalara akut dönemde standardize edilmiş bir ilaç tedavisi uygulandı; buna göre duygudurum düzenleyici olarak sodyum valproat (maksimum doz: 20 mg/kg), lityum karbonat (serum seviyesi: 0,8-1,5 mEq/L) veya olanzapin (maksimum doz: 20 mg/gün) ve lüzumu halinde benzodiyazepinler kullanıldı. Akut dönem kontrol altına alınıncaya kadar tedavi verildi (süre: 2-6 hafta). Hamilton Depresyon Ölçeği (Hamilton 1960) puanının ≤ 12 ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği puanının ≤ 8 olması remisyon ve ötimik duruma gelme ölçütü olarak kullanıldı.

Her hastaya çalışmanın detayları anlatıldı ve hastalara sonuçların yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacağı güvencesi verildi. Ayrıca hastaların kişisel bilgilerinin kesinlikle gizli kalacağı konusuna açıklık getirildi. Hastaların bilgileri onam alındıktan sonra toplandı. Akut dönem geçtikten ve iyileşme durumu teyit edildikten sonra hastalar çalışmanın ileri aşamasına alındı. Çalışmayı 96 hasta tamamladı, 14'ü ek ilaç tedavisine gereksinim duyduğu için çalışmadan çıkarıldı, 8'i onamlarını geri çekti ve 10'u da başka servislere devredildi veya çalışma tamamlanmadan önce taburcu edildiler. Daha sonra her hasta demografik bilgiler ve kişilikle ilgili anket formlarını doldurdu. Çalışma protokolü Mashhad Üniversitesi Tıbbi Bilimler Etik Kurulu tarafından onaylandı.

Değerlendirmeler

Aşağıda açıklanmış olan soruluk ve ölçeklerle birçok değişken ve etken değerlendirildi.

Demografik Veri Formu: Yaş, cinsiyet, hastalık süresi bilgileri bu form kullanılarak toplandı.

Mizaç ve Kişilik Envanteri 125-Maddelik İran Sürümü: Cloninger'in modeline göre hastaların kişilik boyutlarını belirlemek amacıyla hastalara Mizaç ve Kişilik Envanteri 125-maddelik İran Sürümü (MKE-125-İS) uygulandı. MKE-125, Cloninger'in boyutsal modeli esas alınarak oluşturulmuş bir ölçüm aracıdır; ancak kategorik modele göre kişilik bozukluğu tanısı koymak için de kullanılabilir. Yedi temel kişilik boyutunun (4 mizaç boyutu: yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödüle bağlılık, ve tutarlılık; 3 karakter boyutu: kendine yönelim, iş birliği kurabilme ve kendini aşma) dışavurum düzeyini ölçmeye yönelik oluşturulmuş bir dizi testten oluşmaktadır. Bu çalışmada kullanılan MKE-125 doğru-yanlış şeklinde doldurulan maddelerden oluşmaktadır. Her MKE alt ölçeğinin kendine ait bir dizi maddesi olup, her biri ayrı puanlanmakta ve her bir boyutun toplam puanı ilgili alt ölçek puanları kullanılarak hesaplanmaktadır. Her maddenin içeriğine göre hem doğru hem de yanlış olarak verilen cevaplar puanı yükseltebilir (Svrakicet ve ark. 2002). Üçüncü yazar (Dr. Kaviani) tarafından İran toplumuna uyarlanmış ve standardizasyon çalışması yapılmış olan ölçeğin İran sürümü kullanılmıştır. 101 bireyde tekrar test edilme güvenilirliği yüksek olup, 7 boyut için Cronbach alfa katsayısı 0,73–0,90 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, MKE-125-İS'nin iç tutarlılığı 1212 bireylik popülasyonda gösterilmiş olup, 7 boyut için Cronbach alfa katsayısı 0,55-0,84 olarak saptanmıştır (Kaviani 2009, Kaviani ve Pournaseh 2005).

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği-17 (HDDÖ): HDDÖ, klinik pratikte ve araştırma amacıyla depresif belirtileri ölçmek için en yaygın kullanılan ölçeklerden biridir. Depresif belirti alanları olan depresif duygudurum, işlevsellikte azalma, uyku değişiklikleri, özkıyım düşüncesi, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, iştahta ve cinsel istekte değişiklik,

TABLO 1. BDB-I Hastaları ile Sağlıklı Kontrollerin Demografik Verileri.

		BDB-I (s = 96)		Sağlıklı popülasyon (s = 1212)		P
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Yaş grupları (yıl)	<20	8	8,33	227	18,70	>0,05
	20-29	33	34,38	247	20,40	
	30-39	24	25	290	23,90	
	40-49	15	15,63	234	19,30	
	50 ve üstü	16	16,67	214	17,70	
Cinsiyet	Erkek	49	51	620	51,20	>0,05
	Kadın	47	49	592	48,80	
Eğitim düzeyi	Lise mezunu değil	56	58,33	108	8,90	<0,05
	Lise mezunu	23	23,96	476	39,30	
	Lise mezunu üstü	17	17,71	628	51,80	

anksiyete, somatik belirtiler ve bilişsel belirtileri değerlendirir (Osher ve ark. 1996). HDDÖ-17 maddeleri 0-4 arası puanlanmaktadır ve yüksek puanlar belirti şiddetinin büyüklüğüyle ilişkilidir (Osher ve ark. 1996).

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ): YMDÖ, 11 sorudan oluşan, her bir maddenin 0-4 arası puanlandığı bir ölçektir. Mani belirtilerinin şiddetini 5 dereceyle değerlendirir. Yüksek puanlar maninin şiddeti ile ilişkilidir. YMDÖ maddeleri, DSM-IV bipolar bozukluk manik dönem ölçütleri ve belirti şiddeti ele alınarak oluşturulmuş olup bu maddelerle benzerlik gösterir. YMDÖ puanları 0-60 arası hesaplanır (Youngstrom ve ark. 2003). Tohen'e göre, ölçeğin kesme puanı 12 olup klinik iyileşme/ötimik durumu işaret eder (Keller 2006).

Kontroller

Kontrol grubunu başka bir çalışmada değerlendirilmiş olan sağlıklı bireyler oluşturmuştur (Kaviani ve Pournaseh 2005); MKE-125-İS kullanılarak Tahran, İran'da yaşayan 1212 erkek ve kadının mizaç ve karakter özellikleri değerlendirilmiştir. Kontroller sistemli olmayan, rastgele şekilde kentli genel popülasyondan seçilmiştir. Dahil edilme ölçütleri, psikopatoloji bulunmaması, eğitimin orta öğretim düzeyinden yüksek olması; dışlanma ölçütleri ise beyin travması hikayesi ve zekâ geriliği olarak belirlenmiştir. Cinsiyet etkisini gösterebilmek için elde edilen veriler her cinsiyet için ayrı olarak analiz edilmiştir (Kaviani ve Pournaseh 2005).

Veri Analizi

Veriler bağımsız örneklem t-testi, ANOVA ve Pearson korelasyon katsayısı testleri kullanılarak analiz edilmiştir. Hasta grubu ve kontrol grubunun mizaç ve kişilik özelliklerinin 7 boyutu bağımsız örneklem t-testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Ayrıca, mizaç ve kişilik özellikleri boyut puanları, yaş ve hastalık süresi arasındaki korelasyon Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak hesaplanmıştır. Veri analizi Windows için SPSS v.16.0 kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Toplamda, veriler 96 BDB-1 hastasından toplanmıştır (47 kadın, 49 erkek). Tüm hastaların 52'si evli, 25'i bekâr ve 18'i boşanmıştır. Tablo 1'de hasta ve kontrol grubunun bazı demografik bilgilerinin karşılaştırması sunulmuştur.

Her iki grubun ortalama ± SS MKE-125-İS puanları Tablo 2'de gösterilmiştir. Her iki grubun verileri karşılaştırıldığında yenilik arayışı haricinde her bir MKE-125-İS alt ölçek puanlarında gruplar arasında anlamlı farklar bulunmuştur (P<0,05). Bipolar hastaların zarardan kaçınma puanları anlamlı olarak daha yüksek iken (P=0,001); ödüle bağlılık (P=0,001), tutarlılık (P=0,001), kendine yönelim (P=0,001), iş birliği kurma (P=0,001) ve kendini aşma (P=0,001) puanları kontrollere göre daha düşük bulunmuştur. Erkek hastalar ile kontroller karşılaştırıldığında da aynı durum gözlenmiştir. Kadın hastaların yalnızca ödüle bağlılık (P=0,001), kendine yönelim (P=0,001), iş birliği kurma (P=0,001) puanları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuş olup; diğer 4 boyut bakımından kadın hastalarla kontrol grubu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 2).

Hasta grubunun MKE boyut puanları ile yaş, hastalık süresi, HDDÖ ve YMDÖ puanları arasındaki ilişkiyle ilgili veriler Tablo 3'te gösterilmiştir. Buna göre, yaş ile iş birliği kurma puanı arasında negatif bir ilişki bulunurken (P<0,05); diğer MKE-125-İS boyutları ile yaş arasında belirgin bir ilişki bulunamamıştır. Ek olarak, MKE-125-İS boyut puanları ile depresyon ve mani puanları arasında da belirgin bir ilişki saptanmamış; fakat bazı mizaç ve karakter boyutları arasında belli bir düzeyde ilişki saptanmıştır. Buna göre, kendine yönelimle ödüle bağlılık, kendine yönelimle iş birliği kurma, zarardan kaçınma ile tutarlılık, iş birliği kurma ile kendini aşma, iş birliği kurma ile ödüle bağlılık, kendini aşma ile tutarlılık boyutları arasında pozitif bir ilişki bulunurken; zarardan kaçınma ile kendini aşma ve zarardan kaçınma ile iş birliği kurma boyutları arasında negatif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Tablo 3). Yedi MKE-125-İS boyutu ile hastalık süresi ve medeni durum ele alındığında ise bunlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (P>0,05).

TARTIŞMA

Bu çalışmada BDB-I bozukluğu olan hastalarda hastalığın akut dönemi geçtikten sonra MKE-125 kişilik boyutu

TABLO 2. BDB-I Hastaları ile Kontollerin Ortalama ± SS MKE-125-İS Puanlarının Karşılaştırılması.

Ölçek	Erkekler					Kadınlar					Toplam				
	Hastalar		Kontroller		P	Hastalar		Kontroller		P	Hastalar		Kontroller		P
	O	SS	O	SS		O	SS	O	SS		O	SS	O	SS	
YA	9, 02	3, 876	8,35	3, 67	0,232	8,49	3,316	8,55	3,70	0,901	8,76	3,60	8,45	3,67	0,401
ZK	9,82	3,504	6,81	4,11	0,001	8,85	3,753	8,23	4,39	0,262	9,34	3,641	7,50	4,30	0,001
ÖB	7,10	1,874	8,37	2,35	0,001	7,09	2,185	8,64	2,40	0,001	7,09	2,021	8,50	2,38	0,001
T	2,81	1,161	3,18	1,42	0,033	2,96	0,999	3,04	1,41	0,574	2,88	1,080	3,11	1,42	0,044
İK	13,24	3,065	18,23	4,01	0,001	14,34	3,503	18,73	3,97	0,001	13,78	3,316	18,47	3,99	0,001
KY	9,86	4,243	15,61	4,76	0,001	11,17	4,255	14,53	5,29	0,001	10,50	4,277	15,08	5,05	0,001
KA	8,61	3,729	9,83	3,17	0,027	9,17	3,396	10,09	3,02	0,070	8,89	3,563	9,96	3,10	0,004

MKE: Mizaç ve Kişilik Envanteri, YA: yenilik arayışı, ZK: zarardan kaçınma, ÖB: ödüle bağlılık, T: tutarlılık, KY: kendine yönelim, İK: iş birliği kurma, KA: kendini aşma.

puanlarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmıştır. Gruplar arasında her iki cinsiyet için de yenilik arayışı puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamış; hasta grubunun zarardan kaçınma puanı daha yüksekken, ödüle bağlılık puanı daha düşük olarak saptanmıştır. Bir başka deyişle hastalar (hem erkek, hem kadın), daha fazla pragmatik, yorgun, çekingen, anksiyeteli, toplumdan izole olmaya eğilimli olup; duygusal anlamda kontrollere göre daha az bağlanma göstermişlerdir (Cloninger ve Svrakic 2009). Ayrıca BDB-I hastalarının tutarlılık puanları sağlıklı kontrollere göre çok daha düşük olup, özellikle erkeklerde daha da düşük bulunmuştur. Bu bulgulara dayanarak, yeni zorluklarla karşılaşıldığında bipolar hastaların kontrollere göre mükemmelliyetçi olmaya daha az eğilimli oldukları ve daha kolay vazgeçtikleri söylenebilir. Mizacın bu 4 boyutu bipolar hastalarda birbirinden bağımsız olup, aralarında bir ilişki bulunmamaktadır.

Kadın ve erkek hastalarda kendine yönelim ve iş birliği kurma puanları, erkek hastalarda kendine yönelim puanları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Kendine yönelim ve iş birliği kurma puanlarındaki düşüklük alt grup belirtmeden bir kişilik bozukluğunun göstergesi olarak değerlendirilebilir. Bu boyutların yetersiz gelişimi klinikte sorumsuzluk, uzun vadeli planları gerçekleştirmede yetersizlik, kendine güvende düşüklük ve bunun gibi kişilik bozukluklarında sık izlenen anormal kişilik özellikleriyle ilişkili belirtilerle kendisini gösterebilir (Cloninger 1998). Bu çalışmanın bulguları önceki çalışmaların bulgularıyla (özellikle zarardan kaçınma alanında yapılmış olanlarla) tutarlılık göstermektedir (Lövdahlet ve ark. 2010, Olvera ve ark. 2009, Evans ve ark. 2005, Engström ve ark. 2004). Depresif veya bipolar bozukluk yelpazesinde bulunan hastaların zarardan kaçınma puanları daha yüksektir (Farmer ve ark. 2003, Hansenne ve ark. 1999). Bu bulgu, zarardan kaçınma puanı yüksekliğinin bipolar bozukluğa özgül olmadığını, hastanın içinde bulunduğu duygudurumun (depresyon veya kabarma) zarardan kaçınma puanlarına etkisi olduğunu göstermektedir (Sasayamaet ve ark. 2011).

Çalışmadaki hastalar akut dönem geçtikten sonra değerlendirilmiştir. Kalıntı duygudurum belirtileri mizaç puanlarını etkileyebilir ve zarardan kaçınma puanlarında yükseklik bu durumun bir göstergesi olabilir. Bazı çalışmalar zarardan kaçınma puanının depresif belirtilerle pozitif ilişkisi olduğunu göstermiştir (Loftus ve ark. 2008); fakat bu çalışmada böyle bir bulgu ortaya çıkmamıştır çünkü daha önceden de belirtildiği gibi YMDÖ ve HDDÖ puanları ile MKE-125 mizaç puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır (Harley ve ark. 2011, Sayinet ve ark. 2007). Ayrıca, Ekinci ve arkadaşları (2011), bipolar hastalarda yenilik arayışı boyutuyla ilgili MKE-125'in dürtüsellik alt ölçeği ile duygudurum puanları arasında bir ilişki bulunmadığını göstermişlerdir. Bu nedenle zarardan kaçınma ve diğer mizaç boyutu puanları bipolar bozukluğun sabit bileşenleri olarak değerlendirilebilir. Pelissolo ve Corrubla (2002), yüksek düzeyde zarardan kaçınma durumunun kişilik zayıflığı olduğunu ve duygudurum bozukluklarına yatkınlık yaratabileceğini öne sürmüşlerdir. Bu nedenle bir duygudurum bozukluğu "psikolojik yara izi" gibi etki ederek akut dönemin iyileşmesinden sonra bile zarardan kaçınma düzeyinde artışa yol açmaktadır (Pelissolo ve Corruble 2002). Akut dönemlerin oranı ve özkıyım düşüncesi arttıkça zarardan kaçınma puanlarının da artış göstermesi mizaç ile bipolar bozukluğun ciddiyeti arasında ilişki bulunduğuna dair kanıt olarak gösterilebilir (Sayın ve ark. 2007). Birçok çalışma zarardan kaçınmanın, olumsuz duyguların deneyimlenmesine yatkınlık yaratan bir rol oynadığına odaklanmıştır. Olası bir sonuç olarak, duygudurum dönemi ve özkıyım girişimi sıklığı, yüksek zarardan kaçınma puanları ile ilişkilidir. Başka bir deyişle, bu durum hastalık öncesi mizaç özelliklerinin hastalığın

TABLO 3. BDB-I Hastalarında MKE-125-İS Boyutlarının Kendi İçinde ve Yaş, Hastalık Süresi, HDDÖ Puanı ve YMDÖ Puanı ile Olan İlişkileri.

	T	KA	ÖB	İK	ZK	KY	YA	Yaş	HDDÖ	YMDÖ	Hastalık süresi
Hastalık süresi	0,049	0,006	0,033	–0,084	0,112	–0,023	–0,091	0,784 (**)	0,097	0,101	1
YMDÖ	0,134	0,091	0,159	0,128	0,204	0,121	0,089	0,161	0,093	1	
HDDÖ	0,199	0,118	0,123	0,105	0,094	0,171	0,131	0,147	1		
Yaş	0,019	–0,083	–0,105	-0,286 (**)	0,161	–0,089	–0,080	1			
YA	0,119	0,016	0,031	–0,084	0,159	–0,164	1				
KY	0,198	0,175	0,253 (*)	0,293 (**)	–0,172	1					
ZK	0,226 (*)	–0,527 (**)	0,107	–0,277 (**)	1						
İK	0,038	0,237 (*)	0,322 (**)	1							
ÖB	0,005	0,075	1								
KA	0,515 (**)	1									
T	1										

MKE: Mizaç ve Kişilik Envanteri , YA: yenilik arayışı, ZK: zarardan kaçınma, ÖB: ödüle bağlılık, T: tutarlılık, KY: kendine yönelim, İK: iş birliği kurma, KA: kendini aşma.
** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlı; * Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlı.

gidişinde olası işlevini gösterir (Sayıner ve ark. 2007); ancak bu ilişkinin daha net olarak ortaya konabilmesi için uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bir diğer ortak bulgu ise kendine yönelim puanlarının hastalarda sağlıklı kontrollere göre daha düşük olmasıdır (Lofus ve ark. 2008, Sayın ve ark. 2007, Nowakowska ve ark. 2005, Engströmet ve ark. 2004). Depresif hastalarda da kendine yönelim puanı düşüklüğü sıkça bildirilmiştir (Lövdahlet ve ark. 2010). Özellikle çoklu depresyon dönemlerinin ve hızlı döngünün düşük kendine yönelim puanları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Lövdahlet ve ark. 2010, Sayın ve ark. 2007). Daha önce iki çalışmada da bipolar hastaların iş birliği kurma puanı ile benzer sonuçlar bulunmuştur (Engströmet ve ark. 2004, Sayın ve ark. 2007). Fakat Nowakowska ve arkadaşları (2005), bipolar I ve II bozukluğu olan hastalar ile kontrollerin iş birliği kurma puanları arasında farklılık olmadığını bildirmişlerdir. Mizacın diğer boyutlarıyla ilgili alan yazın bulguları birbiriyle tutarlılık sergilemektedir.

Bu çalışmada, yenilik arayışı puanları, hastalarla kontroller arasında farklılık göstermemektedir. Bipolar hastaların, yenilik arayanlarda tipik olarak gözlenen savurganlık, düzensizlik, dürtüsellik, sinirlilik gibi özellikler taşımaları beklenirken yayımlanmış bulgular bununla tutarsızdır. Bazı araştırmacılar yenilik arayışı puanlarının bipolar hastalarda daha yüksek olduğunu bildirirken (Olvera ve ark. 2009, Nery ve ark. 2008, Nowakowska ve ark. 2005); diğerleri ise hasta grubuyla sağlıklı kontroller arasında fark bulmamıştır (Lövdahlet ve ark. 2010, Sayın ve ark. 2007, Engströmet ve ark. 2004). Bipolar bozukluk yelpazesinde bulunan bipolar II'de de yenilik arayışı puanları normal olarak nitelendirilebilir (Savitz ve ark. 2008). Bu tutarsızlıklar hastaların farklı eşik altı duygudurum hallerinin veya kişilik bozukluklarının (özellikle yenilik arayışıyla güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiş olan B küme kişilik bozukluğu) etkisine bağlı olabilir.

Çalışmada hastaların ödüle bağlılık puanları önceki çalışmalarla tutarlı olarak kontrollere göre daha düşüktür (Olvera ve ark. 2009, Engströmet ve ark. 2004). Olvera ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında 38 bipolar hasta (erişkin ve çocuk) 31 sağlıklı bireyle MKE-125 kullanılarak karşılaştırılmış ve yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödüle bağlılık, tutarlılık, kendine yönelim ve iş birliği kurma puanları yaştan bağımsız olarak hasta grubunda daha düşük olarak bulunmuştur. Ayrıca bipolar bozukluğa ek olarak karşı olma karşı gelme veya uyum bozukluğu bulunan çocukların ödüle bağlılık puanları tek başına bipolar bozukluğu olanlara göre daha düşük olarak saptanmıştır. Bu çalışmada erkek BDB-I hastalarının tutarlılık ve kendini aşma puanları kontrollere göre daha düşüktü. Erkek ve kadın hastalarda gözlenen bu fark cinsiyet ve kişilik boyutlarına bağlı olabilir (Snopek ve ark. 2012, Al-Halabi ve ark. 2011). Sasayama ve arkadaşları (2011) unipolar depresyon ve bipolar II depresyon hastaları arasındaki farkın kadınlarda daha büyük olduğunu göstermiştir; fakat bu çalışmada mizaç ve kişilik boyutları arasındaki farklar erkek BDB-I hastalarında kontrollere göre daha fazla bulunmuştur.

Mizaç ve kişilik boyutlarının bağıntı analizi yapıldığında tutarlılık puanı arttıkça kendini aşma puanı da artış göstermektedir. Bununla beraber hasta grubunda daha düşük olan tutarlılık puanları ele alındığında hastaların tembel, kararsız olmaya daha eğilimli ve başarısızlık sonrası vazgeçmeye yatkın oldukları bulunmuş olup, bu durum da düşük kendini aşma puanlarına sebep olabilir. Kendini aşma puanı düşük olan bireyler, tutarlılık puanı düşük olanlarda gözlenen nesneye yönelim ve zorluklara katlanmada güçlük gibi davranışları sıkça sergilerler (Cloninger 1998). Bizce bu çalışmada bipolar hastaların tutarlılık puanlarındaki düşüklük, hastalığın klinik ve ilaç tedavisindeki başarısızlıkların bir kısmına ve hastaların izlemdeki isteksizliklerine açıklık getirebilir.

Kısıtlılıklar

Öncelikle, MKE'nin normalizasyonu başka bir şehirde (Tahran) yaşayan katılımcılarla gerçekleştirilmiş olup kültürel ve genetik özellikler bakımından bu çalışmanın yapıldığı Mashad şehriyle farklılıklar gösterebilir. Kontrol grubu Mashad'da yaşayan insanlardan seçilmiş olsaydı daha yararlı sonuçlar elde edilebilirdi. Ayrıca hastaların yalnızca bir psikiyatri merkezinden seçilmiş olması, bulguların tüm bipolar hastalara genellenmesini güç kılmaktadır. Çalışmaya dahil edilen hasta sayısı kısıtlı olduğundan daha geniş bir örneklem, daha iyi temsil edici olabilirdi. Yalnızca uzunlamasına bir çalışma yukarıda belirtilen bulguların hastalığa yatkınlığı işaret edip etmediğini veya bunların hastalarda manik veya depresif dönemin kalıntı etkilerine bağlı olarak izlenip izlenmediğini ortaya koyabilir.

SONUÇ

Mizaç ve kişilik özellikleri esas alındığında, bu çalışmada bipolar I bozukluğu olan hastaların ötimik dönemde bile kişilik profilleri sağlıklı kontrollere göre farklılık göstermektedir. Hastaların zarardan kaçınma puanları daha yüksekken; ödüle bağlılık, kendine yönelim ve iş birliği kurma puanları daha düşüktür. Tutarlılık ve kendini aşma puanları erkek hastalarda kontrollere göre daha düşüktür. Hastalık süresinin zarardan kaçınma ve kendini aşma puanlarındaki yükseklik; kendine yönelim, iş birliği kurma ve yenilik arayışı puanlarındaki düşüklük ile pozitif yönde ilişkilidir. Kişilik özellikleri ile bipolar duygudurum bozukluğu-I arasındaki ilişkiyi daha iyi ortaya koyabilmek için ek uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bildirimler:
Çalışma protokolü Mashad Üniversitesi Tıbbi Bilimler Etik Komitesi tarafından onaylanmıştır ve doktora tezi olarak yürütülmüştür. Yazarlar burada belirtilen gereçler ve yöntemlerle aralarında herhangi bir çıkar ilişkisi bulunmadığını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

Al-Halabí S, Herrero R, Sáiz PA ve ark. (2011) A cross-cultural comparison between Spain and the USA: temperament and character distribution by sex and age. Psychiatry Res 186:397-401.

Arnau MM, Mondon S, Santacreu JJ (2008) Using the temperament and character inventory (TCI) to predict outcome after inpatient detoxification during 100 days of outpatient treatment. Alcohol Alcohol 43:583-8.

Bagby RM, Ryder AG (2000) Personality and the affective disorders: past efforts, current models, and future directions. Curr Psychiatry Rep 2:465-72.

Basiaux P, le Bon O, Dramaix M ve ark. (2001) Temperament and Character Inventory (TCI) personality profile and sub-typing in alcoholic patients: a controlled study. Alcohol Alcohol 36:584-7.

Cloninger CR (2000) A practical way to diagnose personality disorder: A proposal. J Personal Disord 14:99-108.

Cloninger CR (1998) The genetics and psychobiology of the seven factor model of personality. Annual Review of Psychiatry 17:63-92.

Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM ve ark. (1994) The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality, Washington University.

Cloninger CR, Svrakic DM (2009) Personality disorders. Kaplan and Sadock Comprehensive textbook of psychiatry, BJ Sadock, VA Sadock (Ed). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, s. 2197-240.

Cloninger CR, Zohar AH (2011) Personality and the perception of health and happiness. J Affect Disord 128:24-32.

Compton WM, Conway KP, Stinson FS ve ark. (2005) Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. J Clin Psychiatry 66:677-85.

Compton WM, Thomas YF, Stinson FS ve ark. (2007) Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Arch Gen Psychiatry 64:566-76.

Ekinci O, Albayrak Y, Ekinci AE ve ark. (2011) Relationship of trait impulsivity with clinical presentation in euthymic bipolar disorder patients. Psychiatry Research 190:259–64.

Endicott J, Spitzer RL (1978) A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 35:837-44.

Engström C, Brändström S, Sigvardsson S ve ark. (2004) Bipolar disorder: I. Temperament and character. J Affect Disord 82:131-4.

Evans L, Akiskal HS, Keck Jr PE ve ark. (2005) Familiality of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. J Affect Disord 85:153–68.

Farmer A, Mahmood A, Redman K ve ark. (2003) A sib-pair study of the Temperament and Character Inventory scales in major depression. Arch Gen Psychiatry 60:490-6.

Gonzalez-Torres MA, Inchausti L, Ibáñez B ve ark. (2009) Temperament and character dimensions in patients with schizophrenia, relatives, and controls. J NervMent Dis 197:514-9.

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS ve ark. (2004) Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. J Clin Psychiatry 65:948-58.

Hamilton M (1960) A rating scale for depression. J Neurol, Neurosur, Ps 23;56–62.

Hansenne M, Reggers J, Pinto E ve ark. (1999) Temperament and Character Inventory (TCI) and depression. J Psychiatr Res 33:31-6.

Harley JA, Wells JE, Frampton CM ve ark. (2011) Bipolar Disorder and the TCI: Higher Self-Transcendence in Bipolar Disorder Compared to Major Depression. Depress Res Treat 2011:529638.

Harnic D, Pompili M, Mazza M ve ark. (2013) Affective temperaments and psychopathological dimensions of personality in bipolar and cyclothymic patients. Behav Med 39:17-23.

Hori H, Noguchi H, Hashimoto R ve ark. (2008) Personality in schizophrenia assessed with the Temperament and Character Inventory (TCI). Psychiatry Res 160:175-83.

Jylhä P, Mantere O, Melartin T ve ark. (2011) Differences in temperament and character dimensions in patients with bipolar I or II or major depressive disorder and general population subjects. Psychol Med 41:1579-91.

Kaviani H (2009) Normative data on Temperament and Character Inventory (TCI): complimentary findings. Tehran University Medical Journal 67:262-6.

Kaviani H, Pournaseh M (2005) Measuring of reliability and normal data of Cloninger Temperament Character Inventory (TCI) in Iranian population. Tehran University Medical Journal 63:89-8.

Keck PE Jr, McElroy SL, Strakowski SM ve ark. (1997) Compliance with maintenance treatment in bipolar disorder. Psychopharmacol Bull 33:87-91.

Keller MB (2006) Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. J Clin Psychiatry 1(Suppl. 67):5-7.

Kim SJ, Kang JI, Kim CH (2009) Temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiat 50:567-72.

Kronström K, Salminen JK, Hietala J ve ark. (2011)Personality traits and recovery from major depressive disorder. Nord J Psychiatry 65:52-7.

Loftus ST, Garno JL, Jaeger J ve ark. (2008) Temperament and character dimensions in bipolar I disorder: a comparison to healthy controls. J Psychiatr Res 42:1131-6.

Lövdahl H, Bøen E, Falkum E ve ark. (2010) Temperament and character in patients with bipolar II disorder and recurrent brief depression. Compr Psychiat 51:607–17.

Mandelli L, Mazza M, Di Nicola M ve ark. (2012) Role of substance abuse comorbidity and personality on the outcome of depression in bipolar disorder: harm avoidance influences medium-term treatment outcome. Psychopathology 45:174-8.

Martinotti G, Andreoli S, Giametta E ve ark. (2006) The dimensional assessment of personality in pathologic and social gamblers: the role of novelty seeking and self-transcendence. Compr Psychiat 47:350-6.

McKinnon MC, Cusi AM, Macqueen GM (2013) Psychological factors that may confer risk for bipolar disorder. Cogn Neuropsychiatry 18(1-2):115-28.

Mörtberg E, Bejerot S, AbergWistedtA (2007) Temperament and character dimensions in patients with social phobia: patterns of change following treatments? Psychiatry Res 152:81-90.

Nery FG, Hatch JP, Glahn DC ve ark. (2008) Temperament and character traits in patients with bipolar disorder and associations with comorbid alcoholism or anxiety disorders. J Psychiatr Res 42:569-77.

Nowakowska C, Strong C, Santosa C ve ark. (2005) Temperamental commonalities in euthymic mood disorder patients, creative controls, and healthy controls. J Affect Disord 85(1-2):207–15.

Olvera RL, Fonseca M, Caetano SC ve ark. (2009) Assessment of personality dimensions in children and adolescents with bipolar disorder using the Junior Temperament and Character Inventory. J Child Adolesc Psychopharmacol 19:13-21.

Osher Y, Cloninger CR, Belmaker RH (1996) TPQ in euthymic manic depressive patients. J Psychiatr Res 30:353-7.

Otto M, Reilly-Harrington N, Sachs G (2003) Psychoeducational and cognitivebehavioral strategies in the management of bipolar disorder. J Affect Disorders 73(1-2):171-81.

Pelissolo A, Corruble E (2002) Personality factors in depressive disorders: contribution of the psychobiologic model developed by Cloninger. Encephale 28:363-73.

Rouget B, Aubry J (2007) Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. J Affect Disorders 98(1-2):11-27.

Sasayama D, Hori H, Teraishi T ve ark. (2011) Difference in Temperament and Character Inventory scores between depressed patients with bipolar II and unipolar major depressive disorders. J Affect Disorders 132:319-24.

Savitz J, van der Merwe L, Ramesar R (2008) Dysthymic and anxiety-related personality traits in bipolar spectrum illness. J Affect Disorders 109:305-11.

Sayin A, Kuruoğlu AC, Yazici Güleç M ve ark. (2007) Relation of temperament and character properties with clinical presentation of bipolar disorder. Compr Psychiat 48:446-51.

Snopek M, Hublova V, Porubanova M ve ark. (2012) Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R) in Czech adolescent sample. Compr Psychiatry 53:71-80.

Svrakic DM, Draganic S, Hill K ve ark. (2002) Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. Acta Psychiatr Scand 106:189-95.

Thiry B (2012) An assessment of personality disorders with the Five-Factor Model among Belgian inmates. Int J Law Psychiatry 35:327-33.

Thomas CR, Russell W, Robert RS ve ark. (2012) Personality disorders in young adult survivors of pediatric burn injury. J Pers Disord 26:255-66.

Tohen M, Jacobs TG, Grundy SL ve ark. (2000) Efficacy of olanzapine in acute bipolar mania: a double-blind, placebo-controlled study. The Olanzapine HGGW Study Group. Arch Gen Psychiatry 57:841–9.

Tyrer H, Tyrer P, Barrett B (2013) Influence of dependent personality status on the outcome and health service costs of health anxiety. Int J Soc Psychiatry 59:274-80.

Youngstrom EA, Gracious BL, Danielson CK ve ark. (2003) Toward an integration of parent and clinician report on the Young Mania Rating Scale. J Affect Disorders 77:179-90.