

Duygudurum Bozuklukları ile Mizaç Arasında İlişki Var mı?

Dr. Fisun AKDENİZ¹, Dr. Sermin KESEBİR², Dr. Simavi VAHİP³, Dr. Ali SAFFET GÖNÜL⁴

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı Memphis, Pisa, Paris San Diego mizaç değerlendirme anketi (MPPS-MD) ile belirlenen depresif, hipertimik, siklotimik, iritabl ve anksiyöz mizaçların depresif bozukluk ya da iki uçlu duygudurum bozukluğuna (İU-DB) özgü olup olmadığını araştırmak ve çalışma grupları arasında duygulanım mizacı görülme sıklıklarını karşılaştırmaktır.

Yöntem: 17 yaşından büyük ve iyilik döneminde olan 68 yineleyici tip depresyon (Y-MD), 50 tek dönemli depresyon (T-MD), 84 ötimik İU-DB hastası ve 100 sağlıklı kontrol çalışmaya alındı ve duygulanım mizaçları MPPS-MD ile değerlendirildi.

Bulgular: Y-MD grubunda daha fazla kadın hasta olmak üzere hasta grupları arasında cinsiyet farklılığı vardır. İU-DB hastalarının hastalık başlama yaşları daha düşük ve toplam hastalık süreleri depresif hastalardan daha uzun bulundu. Y-MD grubunda herhangi bir baskın duygulanım mizacı daha sık gözlenmişti. Depresif hastaların depresif mizaç sıklığı ve puanları diğer gruplara göre daha yüksekti. Siklotimik mizaç, hasta gruplarında kontrollere göre daha sık gözlemlendi ve bu gruplardaki siklotimik mizaç puanları daha yüksek bulundu. Hipertimik mizaç ise sadece İU-DB hastalarında gözlemlendi.

Sonuç: Bu çalışma bazı kısıtlılıklarına rağmen duygulanım mizaçlarının duygudurum bozukluklarının varlığı ve özelliklerini belirlediğine ilişkin kuramları desteklemektedir.

Anahtar Sözcükler: Duygudurum bozuklukları, mizaç, iki uçlu duygudurum bozukluğu, depresyon

SUMMARY: Is There a Relationship Between Mood Disorders and Affective Temperaments?

Objective: The aim of this study is to investigate whether depressive (DT), hyperthymic (HT), cyclothymic (CT), irritable and anxious temperaments as identified by Turkish version of Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A) are characteristic to depressive or bipolar disorder (BD) and to compare underlying affective temperamental differences.

Method: 68 patients with recurrent major depression (MD-R), 50 patients with single episode major depressive disorder (MD-S), 84 euthymic bipolar patients and 100 healthy controls were included in the study and evaluated with TEMPS-A.

Results: There was a gender difference between patient groups. The females were more dominant in the MD-R group. The mean age of onset of illness of bipolar patients was lower than the depressive patients and the mean duration of illness of bipolar patients was longer than those of the MD-R patients. The prevalence of the rate of any dominant affective temperament was significantly higher in the MD-R group than other study groups. The prevalence rate and scores of DT were significantly higher both in MD-R and MD-S groups (25.0% and 12.0% respectively) than the BD group (2.4%) and control subjects (3.0%). The prevalence rate and scores of CT were higher among the patients groups than the controls. None of the subjects except BD patients had HT.

Conclusion: With the limitations of the study, it is thus reasonable to speculate that affective temperament, to a degree, determine the nature and the existence of the mood disorders.

Key Words: Mood disorders, temperament, bipolar disorder, depression

¹Doç., ²Prof., ³Doç., Ege Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Affektif Hastalıklar Birimi, İzmir. ⁴Uzm., Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Psikiyatri Kl., Kırıkkale.

GİRİŞ

Ruhsal bozukluklar, özellikle duygudurum bozuklukları ile kişilik, karakter ve mizaç arasındaki ilişki uzun yıllardır ilgi çekmiştir. Eski Yunan ve Roma'da dört suyu (sarı, siyah, safra ve kan kırmızı) arasında bir denge olduğuna ve bu denge bozulduğu zaman hastalıkların ortaya çıktığına inanılırdı (aktaran, Angst 2000). Geçtiğimiz yüzyıla gelindiği zaman Kraepelin (1909-1915) "kişisel görüntü" (Almanca: 'personliche veranlagung', çağdaş anlamda: hastalık öncesi kişilik) ve bu kavramla bağlantılı "temel durumlar"ı (Almanca: grundzustande, İngilizce: fundamental states) tanımlamıştır. Dört temel duygulanım görünümünden söz eder; tipik depresyon ile ilişkili "depresif tip", unipolar mani ile ilişkili "manik ya da hipertimik tip", atipik depresyon ile ilişkili "irritabl" (sinirli) tip ve hem mani ve hem depresyon ile ilişkili "siklotimik" tip. Kraepelin duygulanım görünümünün ya yaşam boyunca duygudurum bozukluğu olmaksızın kişiliğin bir özelliği olduğunu ya da dönemsel (epizodik) hastalıklar için başlangıç noktası olduğunu ileri sürmüştür (aktaran, Von Zerssen ve Akiskal 1998).

Akiskal ve arkadaşları Kraepelin'in "temel durumlar" kavramını yeniden hayata geçirerek mizacı (temperament) duygudurum bozukluklarının temeli olarak sunmuş ve duygulanım yelpazesini eşik altı duygulanım izlerinden ağır duygulanım bozukluğuna kadar çizmiştir. Akiskal duygulanım mizaçların (affective temperament) duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu iddia etmiş ve beş temel duygulanım mizacı tanımlamıştır: depresif, hipertimik (terimi Schneider'den ödünç almıştır ve bu, Kraepelin'in manik tipine karşılık gelir), siklotimik, irritabl (sinirli) ve anksiyöz (endişeli) mizaç (Akiskal ve Mallya 1987). Duygulanım mizaçlarını değerlendirmek için Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirmesi (MPPS-MD; Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego, TEMPS) geliştirilmiştir (Akiskal ve ark. 1998, Placidi ve ark. 1998). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Vahip ve arkadaşları tarafından tamamlanmıştır (Vahip ve ark. yayında).

Mizaç ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki çeşitli şekillerde ele alınabilir: (1) Kraepelin'in varsayımına benzer şekilde kimi duygulanım mizaç özellikleri duygudurum bo-

zukluklarının alt sendromal ya da alt duygulanım belirtilerini tanımlar; (2) Duygudurum hastalık dönemi belirtilerinin görünümünü renklendirir (örneğin, karma dönem ile saf manik dönem arasındaki görünüm farkı gibi); (3) Duygulanım mizacı duygudurum hastalık dönemine yol açmaz ama dönemin şiddetine etki eder; (4) Duygudurum bozukluğunun varlığı kişilik ya da mizacı değiştirir (Akiskal ve ark. 1979, Hirschfeld ve ark. 1979).

Kişilik ve mizaç ile duygudurum bozuklukları birlikteliğini araştırmak için pek çok çalışma yapılmıştır. Depresif bozukluğu olan bireylerde normal kontrollere göre nörotisizm, kendini eleştirme, bağımlılık ve katılık gibi kişilik özellikleri daha sık görülmüştür (Sauer ve ark. 1997). Depresif bozukluğu olan bireylerin en az % 50'sinde eşlik eden bir kişilik bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Reich ve ark. 1987, Sanderson ve ark. 1992). İki uçlu duygudurum bozukluğu olan bireyler arasında ise B ve C kümesi kişilik özelliklerinin daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Üçok ve ark. 1998, Brieger ve ark. 2003). Depresif bozukluğu olanlar ile iki uçlu duygudurum bozukluğu olan bireyler karşılaştırıldığı zaman ise Uluşahin ve Uluğ (1997) depresiflerde nörotisizm puanlarının daha yüksek ve dışa-dönüklük puanlarının daha düşük olduğunu gözlemişlerdir. Janowsky ve arkadaşları (1999) ve benzer şekilde Young ve arkadaşları (1995) iki uçlu duygudurum bozukluğu olanların daha dışa dönük, daha az yargılayıcı olduklarını belirtmişlerdir.

Bu çalışmada MPPS-MD ile tanımlanan depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl ve anksiyöz mizaçların yineleyici depresif bozukluk ya da iki uçlu duygudurum bozukluğuna özgü olup olmadığı ve iyileşme dönemindeki tek hastalık dönemli depresif, yineleyici depresif ve iki uçlu duygudurum bozukluğu olan bireyler arasında mizaç farkları olup olmadığını araştırmak amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem seçimi

Hasta grubunun seçimi: Araştırmanın örneklemi EÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Affektif Hastalıklar Birimi ve Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi Psikiyatri Polikliniği tarafından ayakta izlenen hastalar oluşturdu. 17 yaşından büyük

TABLO 1. Hasta Gruplarının Demografik ve Klinik Özellikleri.

	İU-DB grubu N=84	Y-MD grubu N=68	T-MD grubu N=50
Cinsiyet ^a	46 (%54.8) kadın 38 (%45.2) erkek	55 (%80.9) kadın 13 (%80.9) erkek	26 (%52.0) kadın 24 (%48.0) erkek
Şimdiki yaş ^b	37.3 (14.3) ortanca=35	38.9 (11.7) ortanca=37	32.7 (13.2) ortanca=35
Hastalık başlangıç yaşı (yıl) ^c	21.8 (7.7) ortanca=20	28.5 (9.8) ortanca=28	32.4 (12.6) ortanca=30
Hastalık süresi (ay) ^d	182.2 (133.7) ortanca=144	122.2 (70.2) ortanca=108	8.0 (14.9) ortanca=4
Depresif dönemlerin süresi (ay) ^e	11.0 (11.3) ortanca=8	17.2 (15.3) ortanca=14	6.4 (5.2) ortanca=4
Psikotrop ilaç kullanma yaşı ^f	23.3 (8.6) ortanca=23	30.0 (10.9) ortanca=28	32.6 (12.7) ortanca=30
Koruyucu amaçla psikotrop ilaca başlama yaşı ^g	27.4 (11.9) ortanca=24	38.5 (11.3) ortanca=36 n=25	–
Birincil derece bir akrabada ruhsal bozukluk öyküsü	42 (%50.0)	38 (%55.9)	15 (%30.0)

Kısaltmalar: İU-DB: iki uçlu duygudurum bozukluğu; T-MD: tek hastalık dönemli majör depresif bozukluk; Y-MD: yineleyici majör depresif bozukluk.

^aÜç grubun karşılaştırılması: ki-kare=18.374, p=0.001

^bÜç grubun karşılaştırılması: tek yönlü ANOVA: F=2.242, p=0.084

^cÜç grubun karşılaştırılması: tek yönlü ANOVA: f=20.003, p=0.0001, post hoc analiz: Y-MD = T-MD>İU-DB

^dİU-DB ile Y-MD grubunun karşılaştırılması: Mann Whitney U testi: U= 2132.50, p=0.007

^eİU-DB ile Y-MD grubunun karşılaştırılması: Mann Whitney U testi: U=1783.00, p=0.0001

^fÜç grubun karşılaştırılması: tek yönlü ANOVA: f=14.302, p=0.0001, post hoc analizi: Y-MD = T-MD>İU-DB

^gİU-DB ile Y-MD gruplarının karşılaştırılması: Mann Whitney U testi: U=476.00, p=0.0001

ve birincil tanısı DSM-IV'e (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) göre iki uçlu duygudurum bozukluğu, majör depresif bozukluk-tek hastalık dönemi ya da majör depresif bozukluk-yineleyici olanlar çalışmaya alınmıştı. Çalışmaya alınan olgularla DSM-IV için yapılandırılmış görüşme (SCID) yapıldı. Diğer işleme ölçütleri ise MPPS-MD verildiği sırada en az 8 haftadır tam iyilik döneminde olma, 17-maddelik Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği'nde 7 ve daha altında puan alma, Young Mani Değerlendirme Ölçeği'nde 5 ve altında puan alma ve Bütünsel Klinik Değerlendirme Ölçeği (CGI) -hastalık şiddetinde 1 (normal, hastalık yok) ya da 2 (sınırdaki ruhsal hastalık) puan almaydı. Yukarıda tanımlanan işleme ölçütlerine uyan 68 yineleyici depresyonu olan, 50 tek depresif dönemi olan ve 84 ötimik iki uçlu duygudurum bozukluğu (en az iki manik dönem yaşamış) olan hasta, başvuru sırasına göre ve çalışmaya katılma onayları alındıktan sonra Haziran 2002 ile Haziran 2003 tarihleri arasında çalışmaya alındı.

Kontrol grubunun seçimi: Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması için 1000 kişi-

ye ölçek verildi ve ölçeğin tüm sorularına yanıt veren 658 olgunun (286 erkek ve 372 kadın) doldurduğu ölçek değerlendirmeye alındı. Bu çalışmanın kontrol grubunu oluşturmak için geçerlik ve güvenilirlik çalışması örnekleminden rastgele yöntem ile 50 erkek ve 50 kadın olgunun değerlendirilmeleri seçildi.

Demografik değişkenler ve klinik özellikler

Yaş, cinsiyet, öğrenim yılı, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, depresif dönem süresinin toplamı, öyküde özkıyım ve özkıyım girişimlerinin varlığı, psikotik bulgu olup olmadığı, hastalık nedeniyle yatış olup olmadığı, depresyon alt tipi, aile duygudurum bozukluğu öyküsü, eşlik eden ruhsal bozukluk olup olmadığı, geçmiş ve şimdiki psikotrop ilaç öyküsü demografik ve klinik değişkenler olarak toplandı.

Değerlendirme araçları

Ruhsal bozukluğun varlığı DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Türkçe Yapılandırılmış Klinik Görüşme ile değerlendirildi (Çorapçıoğlu ve ark. 1999).

TABLO 2. Çalışma Grupları Arasında Mizaç Tipleri Sıklığının Karşılaştırılması.

	İU-DB grubu N(%)	Y-MD grubu N(%)	T-MD grubu N(%)	Kontrol grubu N (%)	İstatistiksel analiz
Depresif mizaç	2 (2.4)	17 (25.0)	6 (12.0)	3 (3.0)	$\chi^2=29.858$ $p=0.0001^*$
Siklotimik mizaç	9 (10.7)	8 (11.8)	4 (8.0)	0	$\chi^2=11.827$ $p=0.008$
Hipertimik mizaç	8 (9.5)	0	0	0	$\chi^2=21.327$ $p=0.0001^*$
İrritabl mizaç	5 (6.0)	2 (2.9)	5 (10.0)	5 (5.0)	$\chi^2=2.814$ $p=0.421$
Anksiyöz mizaç	0	5 (7.4)	2 (4.0)	2 (2.0)	$\chi^2=7.589$ $p=0.055$
Depresif ve/veya anksiyöz mizaç	2 (2.4)	22 (32.4)	8 (16.0)	4 (4.0)	$\chi^2=41.086$ $p=0.0001$
Hipertimik ve/veya siklotimik mizaç	17 (20.2)	8 (11.8)	4 (8.0)	0	$\chi^2=22.083$ $p=0.0001$
Herhangi bir baskın mizaç varlığı	22 (26.2)	31 (45.6)	16 (32.0)	8 (8.0)	$\chi^2=31.701$ $p=0.001^*$

Alt grup analizleri:

Depresif mizaç için: Y-MD=T-MD>İU-DB= kontrol

Siklotimik mizaç için: İU-DB=Y-MD=T-MD > kontrol

Hipertimik mizaç için: İU-DB>Y-MD=T-MD=kontrol

İrritabl mizaç için: istatistiksel anlamlı değil

Anksiyöz mizaç için: Y-MD>İU-DB

Herhangi bir baskın mizaç varlığı için: Y-MD>İU-DB= T-MD > kontrol

Depresyon belirtilerinin şiddetini belirlemek için Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği'nin 17 maddelik şekli (Akdemir ve ark. 1996), mani belirtilerinin şiddetini belirlemek için Young Mani Değerlendirme Ölçeği (Karadağ ve ark. 2002) ve hastalık şiddetini belirlemek için Bütünsel Klinik Değerlendirme Ölçeği (CGI, Guy 1976) kullanıldı.

Baskın duygulanım mizacını (dominant affective temperament) değerlendirmek için Akiskal ve arkadaşları tarafından 1997'de düzenlenen Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi'nin (MPPS-MD) Türkçe formu kullanıldı. Orjinal ölçek erkekler için 109 ve kadınlar için 110 maddedir. Türkçeye uyarlanmış şekli depresif, hipertimik, iritabl (sinirli), siklotimik ve anksiyöz (endişeli) mizaçları belirlemek için 99 maddeden oluşur (Vahip ve ark. yayında). Kişi tüm yaşamını düşünerek maddelere evet ya da hayır diye yanıt verir. Ankette baskın depresif (19 madde), siklotimik (20 madde), hipertimik (20 madde), iritabl (17 madde) ve anksiyöz (23 madde) mizacı değerlendirmek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puandır. Türkçe çevirinin test-tekrar test güvenilirliği 0.73 ile 0.93 ve Cronbach-alpha koeffisienti 0.75 ile 0.84 arasındadır (Vahip ve ark. yayında).

İstatistiksel değerlendirme

Niceliksel veriler ortalama ve standart sapma olarak belirtildi. Kategorik verileri (cinsiyet, baskın duygulanım mizacı) karşılaştırmak için ki-kare testi, normal dağılım göstermeyen sayısal veriler (hastalık süresi, psikotrop ilaca başlama yaşı, ilaç kullanım süresi) karşılaştırmak için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Hasta alt gruplarını karşılaştırmak için (duygulanım mizaç puanları) tek yönlü ANOVA ve post hoc Dunnett T testi varyans analizleri yapıldı. Tüm istatistiksel testler iki uçludur. Çalışmada istatistiksel anlamlılık derecesi olarak $p<0.05$ seçildi.

BULGULAR

1. Hasta gruplarının demografik ve klinik özellikleri

Tablo 1'de hasta gruplarının demografik ve klinik özellikleri verilmektedir. Beklendiği gibi Y-MD grubunda kadınlar daha çoktu ve hasta grupları arasında cinsiyet farklılığı vardı (ki-kare=18.374, $p=0.001$). T-MD grubunun diğer gruplara göre yaş ortalaması düşük olduğu halde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($df=3$, $F=2.242$, $p=0.084$). T-MD grubunun öğrenim yılı ortalaması diğer hasta gru-

TABLO 3. Çalışma Gruplarının Mizaç Puanları Açısından Karşılaştırılması.

Çalışma grupları	Depresif mizaç Ort. (S.S.) (aralık)	Siklotimik mizaç Ort. (S.S.) (aralık)	Hipertimik mizaç Ort. (S.S.) (aralık)	İrritabl mizaç Ort. (S.S.) (aralık)	Anksiyöz mizaç Ort. (S.S.) (aralık)
İU-DB (n=84)	5.7(3.4) (0-13)	10(5.0) (0-18)	10.4(5.6) (1-20)	4.9(3.9) (0-15)	5.4(3.8) (0-14)
Y-MD (n=68)	10.5(4.0) (2-18)	9.9(4.8) (0-18)	6.5(3.5) (0-18)	6.5(4.6) (0-16)	10.0(4.4) (1-22)
T-MD (n=50)	10.0(3.3) (6-18)	9.0(4.0) (2-18)	6.5(2.9) (3-16)	8.5(3.3) (3-16)	9.9(3.9) (6-22)
Kontrol grubu (n=100)	6.2(3.0) (0-13)	6.7(4.2) (0-1)	10.7(4.4) (0-1)	4.7(4.0) (0-17)	6.8(4.5) (0-18)
İstatistiksel analiz (tek yönlü ANOVA)	F=37.659 P=0.0001	F=12.503 P=0.0001	F=20.161 P=0.0001	F=11.979 P=0.0001	F=21.376 P=0.0001

Post hoc analizi (Dunnett T3 testi)

Depresif mizaç için: Y-MD = T-MD > İU-DB = kontrol

Siklotimik mizaç için: İU-DB = Y-MD = T-MD > kontrol

Hipertimik mizaç için: İU-DB = kontrol > Y-MD = T-MD

İrritabl mizaç için: T-MD > İU-DB = Y-MD = kontrol

Anksiyöz mizaç için: Y-MD = T-MD > İU-DB = Kontrol

bundan istatistiksel olarak daha düşüktü (df=3, F=6.228, p=0.001).

Klinik özelliklere gelince, İU-DB grubunun hastalık başlama yaşı ve ilk psikotrop ilaç kullanma yaş ortalamaları diğer hasta gruplarından daha düşük, hastalık süre ortalaması Y-MD grubuna göre daha yüksekti. İU-DB grubunda 17 (%20) ve Y-MD grubunda 18 (%26.5) hastada mevsimsel gidiş örüntüsü vardı.

İU-DB grubunda 6 hastada alkol kötüye kullanımı, 2 hastada yaygın anksiyete bozukluğu, bir hastada panik atak ve bir hastada konversiyon bozukluğu ek tanıları vardı. Y-MD grubunda iki hastada ek tanı olarak alkol kötüye kullanımı ve siklotimik mizaç vardı. T-MD grubundaki üç konversiyon bozukluğu hastasının ikisinde depresif mizaç vardı.

Tüm hastaların içinde sadece İU-DB grubunda bir hasta ve Y-MD grubunda 6 hasta, değerlendirme sırasında psikotrop ilaç kullanmıyordu. İU-DB grubunda 48 (%54.8) hasta tek başına lityum, 24 (%28.6) hasta lityum ile birlikte valproat, 2 (% 2.4) hasta tek başına karbamazepin, 2 (% 2.4) hasta lityum ile birlikte karbamazepin ve 8 (%9.5) hasta lityum ile birlikte antipsikotik ilaç kullanıyordu. Y-MD grubunda 25 (%36.7) hasta koruyucu amaçla psikotrop ilaç kullanıyordu. Onyedisi tek antidepresan ilaç ve sekizi lityum ile birlikte antidepresan ilaç almaktaydı.

2. Duygulanım mizaç alt tipleri

Tablo 2’de çalışma gruplarının duygulanım mizaç dağılımı verilmektedir. İU-DB grubunda 21 (%26.2) hastada, Y-MD grubunda 31 (%45.6) hastada, T-MD grubunda 16 (% 32.0) hastada ve kontrol grubunda 8 (%8.0) bireyde baskın bir duygulanım mizaç tipi saptandı ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (kikare=31.701, p=0.0001). Y-MD hasta grubunda diğer çalışma gruplarına göre baskın bir duygulanım mizaç tipi daha sıklı. Depresif mizaç Y-MD ve T-MD gruplarında diğer gruplara göre daha sık, siklotimik mizaç hasta gruplarında kontrol grubuna göre daha sık bulundu ve hipertimik mizaç ise sadece İU-DB grubunda görüldü.

Tablo 3’te ise duygulanım mizaç alt puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması verilmektedir. Her iki depresif grubun depresif ve anksiyöz mizaç puan ortalamaları İU-DB ve kontrol grubununkinden daha yüksek ve hipertimik mizaç puan ortalaması ise daha düşüktü. Hasta gruplarının siklotimik mizaç puan ortalamaları kontrol grubununkinden daha yüksekti. T-MD grubunun iritabl mizaç puan ortalaması diğer gruplardan daha yüksekti.

TARTIŞMA

Bu çalışma, duygudurum bozuklukları arasında duygulanım mizaç tiplerinin sıklığını araştıran ve karşılaştıran ilk çalışmadır. Bulguları, mizaç ile psikopatolojinin (özellikle duygulanım mizaçlar ile duygudurum alt grupları arasındaki ilişki) ilişkisi olduğu genel modelini yani psikiyatride uzun yıllardır kabul edilen depresyona ve maniye

ait özgül mizaç özellikleri olduğunu iddia eden varsayımı desteklemektedir. Yani mani birincil olarak hipertimik mizaç ve depresyon da depresif mizaç ile bağlantılıdır. Hecht ve arkadaşları (1997) melankolik tip (typus melancholicus) ve manik tipi (typus manicus) belirlemek için "biyografik kişilik görüşmesi"ni kullandıkları çalışmalarında benzer sonuçlar elde etmişlerdir.

Konu ile ilgili kaynaklar ışığında (Goodwin ve Jamison 1990, Akiskal 1995) baskın duygulanım mizaç tiplerinin hastalık kutuplarından (yani İU-DB ya da Y-MD olmasından) bağımsız olarak yineleyici duygudurum dönemleri ve hastalık süresi ile ilişkili olacağı beklenmekteydi. Bizim çalışmamızda sadece Y-MD grubunda baskın bir duygulanım mizacın daha sık görüldüğü ortaya çıktı. Genel olarak hasta gruplarında kontrol grubuna göre baskın duygulanım mizacı daha sık gözlenmektedir. Benzer şekilde, Kesebir ve arkadaşlarının (yayında) çalışmasında da İU-DB grubunda ve birinci derece akrabalarında herhangi bir baskın duygulanım mizaç tipi, kontrol grubuna göre daha sık gözlenmiştir.

Bu çalışmada gözlenen, İU-DB grubunda depresif gruplara göre daha yüksek hipertimik mizaç puanlarını destekleyen iki çalışma vardır. Liebowitz ve arkadaşları (1979) İU-DB hastalarının depresif hastalardan daha dışa dönük olduğunu ve Bagby ve arkadaşları (1996) ötimik İU-DB hastalarının beş-faktör NEO-PI dışa dönüklük alt ölçeğinde olumlu duygularda daha yüksek puan aldıklarını bildirmişlerdir. Young ve arkadaşları (1995) ve Janowsky ve arkadaşları (1999) İU-DB hastalarının depresif hastalara göre yenilik arama ölçeğinde daha yüksek puan aldıklarını göstermişlerdir. Bir bakıma, beş-faktör NEO-PI ölçeğinin dışa dönüklük alt ölçeği, MBTI dışa dönüklük-içe dönüklük- süreklilik alt ölçeği ve Cloninger'in yenilik arama ölçeği ile MPPS-MD ölçeğinin hipertimik mizaç anket soruları arasında benzerlikler vardır. Bu nedenle yukarıdaki araştırmalar birbiri ile karşılaştırılabilir.

Depresyon hastaları arasında depresif mizaç, diğer gruplara ve normal nüfusa (% 3.6, Placidi ve ark. 1998) göre daha sık gözlenmiştir. Cassano ve arkadaşları (1989), benzer şekilde, yineleyici depresyon hastalarında depresif mizacın daha sık olduğunu bildirmiştir. Depresif hasta gruplarında anksiyöz mizaç görülme sıklığı ve puanı diğer gruplardan yüksek bulunmuştur. Vahip ve

arkadaşları (yayında) depresif mizaç ile anksiyöz mizacın örtüştüğünü ileri sürmüşlerdir. Bu çalışmadaki bulgular, doğada depresif mizaç ile anksiyöz mizacın birlikte bulunduğunu destekler niteliktedir. Parker ve arkadaşları (1998) fenotip olarak anksiyöz depresif hasta tipi betimlemişler ve genetik olarak "endişeli bekleyişi" olanların daha fazla depresyon tanısı aldıklarını ve yineleme riski taşıdıklarını ileri sürmüşlerdir.

Akiskal (2003) siklotimik mizacın iki kutupluluk ile en bağlantılı mizaç tipi olduğunu bildirmiştir. Siklotimik mizacın genel nüfusta % 6.3 oranında görüldüğü belirtilmiştir (Placidi ve ark. 1998). Ancak Türk örnekleminde % 1.7 gibi düşük bir oran bulunmuştur (Vahip ve ark. yayında). Bu çalışmada hasta gruplarında (hem iki uçlu hem de tek uçlu duygudurum bozukluğunda) kontrol grubuna göre daha sık siklotimik mizaç görülmüştür. Çalışmanın bu bulgusu, Bagby ve arkadaşlarının (1997) psikopatolojiye yatkınlık ya da yüksek nörotisizm puanlarının ruhsal hastalık ile bağlantılı olduğunu ileri süren çalışmasını destekler niteliktedir (patoplastisite varsayımı). Watson (2000) nörotisizmi psikolojik stresin bunaltı, öfke, depresyon ya da diğer olumsuz duygulanım ile ifade edilmesine yatkınlık olarak tanımlamıştır. Akiskal (1996) siklotimik mizacın gergin duygudurum, patlayıcılık ve öfke nöbetleri, kendini aşırı eleştirme, dürtü ile durgunluk arasında kısa ve düzensiz değişimler, yaratıcı dönemleri verimsiz dönemlerin izlemesi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.

T-MD grubunda irritabl mizaç puanlarının diğer gruplardan daha yüksek olması, bu bulgunun süreklilik göstermesinden çok durumsal olduğunu düşündürmektedir. İyileşme dönemindeki depresif hastalardaki kalıntı belirtilerinin dağılımı ve doğası ve ayrıca iyilik döneminin süresi ile duygulanım mizacı arasındaki ilişki araştırılmamıştır. Akut sağaltım planı içinde iyileşmekte olan depresif hastalarda sıklıkla bunaltı, sinirlilik ve libidoda azalma gözlenmiştir (Fava ve ark. 1994, Paykel ve ark. 1995). Ayrıca Parker (2003), bir grup depresyon hastasında sinirliliğin köklerinin bunaltının içinde olduğunu ileri sürmüştür.

Mizaç ile duygudurum bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştırırken kimi yöntem güçlükleri vardır. Duygulanım mizaç tipleri ile duygudurum bozuklukları kutupları arasındaki paralel ya da doğru bağlantının olması mizaç özelliklerinin

duygudurum bozukluğunun bir nedeni mi yoksa bir sonucu mu olduğu sorusunu akla getirmektedir. Bu konuda durum ile sürekliliği ayırmak çok kolay değildir. Duygudurum bozukluğunun altında yattığı iddia edilen duygulanım mizaç özelliklerini tam olarak belirleyebilmek ve güvenilir olarak değerlendirmek zordur. Bu çalışmada hastalar her ne kadar DSM-IV'e göre "iyilik" döneminde değerlendirilmiş olsa da "görece" iyilik dönemini eşik altı ya da alt-sendromal biçimlerden ayırmak kolay değildir.

Bu çalışmanın diğer bir kısıtlılığı da hastanın beyanına dayanmasıdır. Hastalar mizaçlarını ve mizaçlarının diğer insanlara etkisini aşırı ya da tam tersi yetersiz değerlendirmiş olabilirler. Ancak duygulanım mizaç ölçeği Akiskal ve arkadaşları tarafından pek çok ülkede kullanılmış ve geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir (Akiskal ve ark. yayında, Bloink ve ark. yayında).

Burada yanıtlanması gereken asıl soru, baskın duygulanım mizaç tipinin yineleyici bir duygudurum bozukluğunda hastalık dönemleri arasında (interepizodik) bir belirti olup olmadığı ya da arta kalmış (rezidüel) duygulanım belirtilerini ölçüp ölçmediğidir. Depresyon sırasında "her zamanki" hal ile ilgili algının çarpıtıldığı bilinmektedir. Hirschfeld ve arkadaşları (1983) depresif

durumun duygusal güçlülük, kişiler arası bağımlılık ve dışa-dönüklük değerlendirmelerini etkilediğini göstermiştir. McCullough ve arkadaşları (1988) alt-duygulanım bozuklukları ile hastalık öncesi kişilik özelliklerinin belki de duygudurum hastalık dönemlerine yatkınlık yapan aynı sürecin değişik görünümüleri olduğunu iddia etmişlerdir. Yani Akiskal'ın (1995) dediği gibi eşik altı duygulanım belirtileri mizaç kavramının bir çeşit türüdür. Diğer bir soru, baskın duygulanım mizaç tiplerinin bireyi duygudurum dönemlerine yatkın kılıp kılmadığıdır. Bu çalışmanın deseni ile bu soruya yanıt vermek olanak dışıdır. Bu soru ancak ileriye dönük çalışmalarla yanıtlanabilir.

Kimi kısıtlılıklarına rağmen bu çalışma, duygulanım mizaç tipleri ile duygudurum bozukluğu alt tipleri arasında nedensel bir ilişki olup olmadığı sorusuna yanıt aramaktadır. Goodwin ve Jamison (1990) kişiliğin ya hastalığa yatkınlık yaratan bir durum olduğunu ya hastalığın bir görünümü olduğunu, ya hastalığı değiştirdiğini ya da hastalıktan etkilendiğini ileri sürmüşlerdir. Bulgulara dayanarak duygulanım mizaç tiplerinin duygudurum bozukluğunun varlığını ve doğasını etkilediğini ya da hastalığın tipinin mizacı etkilediğini söyleyebiliriz.

KAYNAKLAR

Akdemir A, Dönbak S, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği-güvenirliliği ve klinikte kullanımı. 3P Dergisi, 4: 251-259.

Akiskal HS, Khani MK, Scott-Strauss A ark. (1979) Cyclothymic temperamental disorders. Psychiatr Clin N Am, 2: 527-553.

Akiskal HS, Mallya G (1987) Criteria for the soft bipolar spectrum: treatment implications. Psychopharmacol Bull, 23: 68-73.

Akiskal HS (1995) Toward a temperament based approach to depression: implications for neurobiologic research. Adv Biochem Psychopharmacol, 49: 99-112.

Akiskal HS (1996) The temperamental foundations of affective disorders. Interpersonal Origin and Course of Affective Disorders. Mundt C ve ark. (Ed), London, Gaskell. Royal College of Psychiatrists, s. 3-30.

Akiskal HS, Placidi GF, Maremmani I ve ark. (1998) TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive and irritable temperaments in a nonpatient population. J Affect Disord, 51: 7-19.

Akiskal HS (2003) Validating hard and soft phenotypes within the bipolar spectrum: continuity or discontinuity? J Affect Disord, 73: 1-5.

Akiskal HS, Perugi G, Hantouche E ve ark. The affective temperament scales of Memphis, Pisa, Paris and San Diego: progress towards a self-rated auto-questionnaire version (TEMPS-A). J Affect Disord (baskıda).

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C.

Angst J (2000) Temperament and personality types in bipolar patients: a historical review. Bipolar Disorder: 100 Years After Manic-depressive Insanity. Marneros A ve Angst J (Ed), London. Kluwer Academic Publishers, s. 175-199.

Bagby RM, Young LT, Schuller DR ve ark. (1996) Bipolar disorder, unipolar depression and five-factor model of personality. J Affect Disord, 41: 25-32.

Bloink R, Briegger P, Akiskal HS ve ark. Factorial structure and internal consistency of the German TEMPS-A scale: validation against the NEO-FFI. J Affect Disord (baskıda).

Brieger P, Ehrt U, Marneros A (2003) Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. Compr Psychiatry, 44: 28-34.

Cassano GB, Akiskal HS, Musetti L ve ark. (1989) Psychopathology, temperament, and past course in primary major depressions 2: toward a redefinition of bipolarity with a new semi-structured interview for depression. Psychopathology, 22: 278-288.

Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV eksen I ruhsal bozukluklarına göre Türkçe yapılandırılmış klinik değerlendirmenin güvenilirliği. İlaç ve Tedavi Dergisi, 12: 33-36.

Fava GA, Grandi S, Zielezny M ve ark. (1994) Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. Am J Psychiatry, 151: 1295-1299.

Goodwin FK, Jamison KR (1990) Manic-depressive Illness.

Oxford University Press, New York.

Guy W (1976) *Clinical Global Impression*. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised. National Institute of Mental Health, Rockville, MD.

Hecht H, van Calker D, Bohus M ve ark. (1997) Premorbid personality in patients with uni- and bipolar affective disorders and controls: assessment by the Biographical Personality Interview (BPI). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 247: 23-30.

Hirschfeld RMA, Klerman GL (1979) Personality attributes and affective disorders. *Am J Psychiatry*, 136: 67-70.

Hirschfeld RMA, Klerman GL, Clayton PJ ve ark. (1983) Assessing personality: effects of the depressive state on trait measurements. *Am J Psychiatry*, 140: 695-699.

Janowsky DS, Morte S, Hong L ve ark. (1999) Myers Briggs Type Indicator and Tridimensional Personality Questionnaire differences between bipolar patients and unipolar depressed patients. *Bipolar Disord*, 2: 98-108.

Karadağ F, Oral ET, Yalçın FA ve ark. (2002) Young mani değerlendirme ölçeğinin Türkçe çevirisinin güvenirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13: 107-114.

Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F ve ark. Affective temperamental features of patients with bipolar disorder and their first-degree relatives: a controlled study. *J Affect Disord* (baskıda).

Liebowitz MR, Stallone F, Dunner DL ve ark. (1979) Personality features of patients with primary affective disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 60: 214-224.

McCullough JP, Kasnetz MD, Braith JA ve ark. (1988) A longitudinal study of an untreated sample of predominantly late onset of characterological dysthymia. *J Nerv Ment Dis*, 176: 658-667.

Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Roussos J ve ark. (1998) Nonmelancholic depression: the contribution of personality, anxiety and life events. *Psychol Med*, 28: 1209-1219.

Parker G (2003) Modern diagnostic concepts of the affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 108 (suppl. 418): 24-28.

Paykel ES, Ramana R, Cooper Z ve ark. (1995) Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med*, 25: 1171-1180.

Placidi GF, Signoretta S, Liguori A ve ark. (1998) The semi-structured affective temperament interview (TEMPS-I): The reliability and psychometric properties in 1010 14-26 year-old students. *J Affect Disord*, 47: 1-10.

Reich JH, Noyes R (1987) A comparison of DSM-III personality disorders in acutely ill panic and depressed patients. *J Anxiety Disord*, 1: 123-128.

Sanderson WC, Welzler S, Beck AT ve ark. (1992) Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Res*, 42: 93-99.

Sauer H, Richter P, Czernik A ve ark. (1997) Personality differences between patients with major depression and bipolar disorder the impact of minor symptoms on self-ratings of personality. *J Affect Disord*, 42: 169-177.

Uluşahin A, Uluğ B (1997) Clinical and personality correlates of outcome in depressive disorders in a Turkish sample. *J Affect Disord*, 42: 1-8.

Üçok A, Karaveli D, Kundakçı T ve ark. (1998) Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. *Compr Psychiatry*, 39: 72-74.

Vahip S, Kesebir S, Alkan M ve ark. Affective temperamental features in Turkey: findings from the validity and reliability study of TEMPS-A. *J Affect Disord* (baskıda).

Von Zerssen D, Akiskal HS (1998) Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. *J Affect Disord*, 51: 1-5.

Watson D (2000) *Mood and Temperament*. The Guilford Press, New York.

Young LT, Bagby RM, Cooke RG ve ark. (1995) A comparison of Tridimensional Personality Questionnaire dimensions in bipolar disorder and unipolar depression. *Psychiatry Res*, 58: 139-143.