

Bipolar Bozuklukta Mizaç İle Klinik Özelliklerin İlişkisi

Dr. Sermin KESEBİR¹, Dr. Simavi VAHİP², Dr. Fisun AKDENİZ³, Dr. Zeki YÜNCÜ⁴

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı mizacın, bipolar bozukluğun görünümü, hastalığın gidişi ile ilgili özellikleri ve ektanı ile ilişkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Bu çalışmada birimimizde en az bir yıldır ve düzenli olarak izlenen bipolar tanılı 100 hasta değerlendirilmiştir. Olağan kontrolleri için polikliniğe başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden, ataklar arası dönemdeki hastalar ardışık olarak çalışmaya alınmıştır. Bilgiler hasta, en az bir hasta yakını ve birime ait izlem dosyalarından elde edilmiştir. Her hastaya SCID-I Görüşmesi ve Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi'nin Türkçe formu uygulanmış ve hazırlanan bilgi formu ile hastalığın görüngüsel özellikleri, gidişi ve ektanı ile ilgili bilgiler toplanmıştır. Her bir mizaç özelliği olan ve olmayan hastalar arasında, klinik özelliklerin farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır.

Bulgular: Bipolar bozukluk tanılı hastalarda siklotimik, hipertimik ve sinirli (irritabl) mizaç benzer oranlarda saptanmıştır. Hipertimik mizaç erkeklerde daha sık gözlenmiştir. Sinirli mizacı olan hastaların ilk hastalık dönemleri daha sıklıkla manidir. Yine sinirli mizaçlı hastalarda, psikotik bulgulu manik, depresif ya da karma dönem varlığı daha sıktır. Manik kayma, hipertimik mizaç grubunda daha sık iken, ektanı siklotimik mizaç grubunda daha sık bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmadan elde edilen bulgular farklı afektif mizaç özelliklerine sahip bipolar hastalarda, hastalığın farklı klinik ve gidiş özellikleri taşıdığını göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Mizaç, bipolar bozukluk, MPPS-MD

SUMMARY: The Relationship of Affective Temperament and Clinical Features in Bipolar Disorder

Objective: The aim of the present study was to investigate the relationship between affective temperaments and clinical features in bipolar disorder. Testing the relationships between phenomenological features, course, severity of episodes, overall severity of illness and comorbid conditions would clarify the reliability and validity of affective temperamental descriptions.

Methods: One hundred patients with bipolar I disorder were recruited from consecutive admissions and evaluated when euthymic. Affective temperaments were assessed with TEMPS-A Turkish version. Information about the characteristics of each patient's illness was obtained from three main sources; interview with patient (SCID-I), interview with at least one close relative and patient records. We compared the clinical features of patients with and without a specific affective temperament.

Results: Similar rates of cyclothymic, hyperthymic and irritable temperaments were observed in bipolar patients. Five important findings of the present study were (1) hyperthymic temperament was more frequent in males than females; (2) manic switches were more frequent among bipolar patients with hyperthymic temperament; (3) psychotic features were more common in the irritable temperament group; (4) comorbid conditions, (mostly alcohol use disorders) were more common among bipolar patients with cyclothymic temperament; and (5) bipolar patients with irritable temperament were more likely to have a manic episode at the onset of illness.

Conclusion: These findings suggest that affective temperaments have significant clinical implications in bipolar disorder, beyond the genetic basis and predisposing factors. There were significant differences between patients with different affective temperaments in terms of gender, type of first episode, psychotic symptoms, switch and comorbidity.

Key Words: Affective temperament, TEMPS-A, bipolar disorder

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

GİRİŞ

Mizacın karşılığı olan “temperament”, “karışım” anlamına gelen “temperare” sözcüğünden türetilmiştir. Yapısal, genetik ve biyolojik temele dayanan tavır ve davranışları anlatmaktadır (Goodwin ve Jamison 1990). İnsanoğlunun farklı mizaç özelliklerinin olduğu Hipokrat zamanından bu yana bilinmektedir. 1921’de Krapelin afektif mizaç (affective temperament) ile afektif patoloji arasında bir süreklilik önermiştir (aktaran, Akiskal ve Pinto 2000). Akiskal afektif mizacın duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu iddia etmiş ve beş temel afektif mizacı tanımlamıştır: depresif, hipertimik, siklotimik, sinirli (irritabl) ve endişeli (anksiyöz) mizaç (Akiskal ve Mallya 1987). Bu konuda 1970 yılından önce yapılan çalışmalar bipolar hastaların önemli bir kısmının hastalık öncesi hipertimik mizaç yapısında olduklarını ileri sürmektedir (aktaran, Angst 2000).

Günümüzde bipolar bozukluk yelpazesinin bir ucunda afektif mizacın yer aldığı düşünülmektedir (Kelsoe 2003). Afektif mizaç bir duygudurum hastalık dönemi ölçütlerini karşılamamaktadır ama tanısız geçerliliği vardır, yapısal ve genetik olarak aktarılabilir olmakla birlikte tedavi gerektirmektedir. Bu özellikleriyle afektif mizaç bipolar bozukluk için, genlerden hastalıklara uzanan nedensellik zincirinde bir aracı, eşlikçi, endofenotip olarak kabul edilebilir. Öte yandan afektif mizaç özellikleri bipolar bozukluğun etiyojisi, fenomenolojisi ve tedavisi ile ilişkili bulunmaktadır. Afektif mizaç ve bipolar bozukluk ilişkisinde öne sürülen özellikler arasında ailesel yüklülük, erken başlangıç, yüksek oranda yineleme ve antidepresan etkisi altında manik kaymaya yatkınlık sayılmaktadır (Akiskal 1996, Hantouche ve ark. 1998, Brieger ve ark. 2003). Ayrıca mizaç ile kutuplar arasında bir süreklilik örneğin, hipertimik mizacı olanlarda manik dönemlerin, depresif mizacı olanlarda depresif dönemlerin daha sık görülmesi ve hipertimik özellikler ile iyi gidiş arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Henry ve ark. 1999).

Bu çalışmanın amacı her bir mizaç özelliğini taşıyan bipolar hastalarla bu özelliği taşımayan hastalar arasında bipolar bozukluğun -1) görünüşel özellikleri (başlangıç yaşı, hastalık süresi, ilk hastalık dönem tipi, hastalık dönem sayıları ve süreleri, psikotik bulgu), -2) hastalık gidişi ile ilişkili özellikleri (şiddet, hasta geçirilen süre, yatış öyküsü, özkıyım öyküsü, egemen gidiş örüntüsü,

kayma eğilimi) ve -3) ektanın varlığı yönünden fark olup olmadığının araştırılmasıdır.

YÖNTEM

Örneklem

Kasım 2001 ve Haziran 2002 tarihleri arasında EÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Afektif Hastalıklar Birimine olağan kontrolleri için başvuran ve en az bir yıldır ve düzenli olarak izlenen hastalar arasından, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve yazılı olur veren, DSM-IV’e göre bipolar bozukluk tip 1 tanısı konmuş olan ve ataklar arası dönemdeki 17-77 yaşları arasında (ortalama 36.7 ± 14.5), 57 kadın ve 43 erkek, toplam 100 hasta ardışık olarak çalışmaya alınmıştır. Hastaların 43’ü bekar, 40’ı evli, 13’ü boşanmış ve 4’ü duldur. Hastaların öğrenim yılı ortalaması 11.7 ± 4.2 yıldır.

Değerlendirme araçları ve uygulama

Yaş, cinsiyet, öğrenim yılı, medeni durum, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, hasta geçirilen toplam süre, ilk hastalık dönemi tipi, hastalık dönemi sayıları ve süreleri, egemen gidiş örüntüsü, kayma varlığı, tipi ve sayısı, psikotik bulgu varlığı, özkıyım girişimi varlığı ve sayısı, yatış sayısı ve süresi, ektanı hastalık gibi demografik ve klinik değişkenler olarak toplanmıştır. Bilgiler hasta, en az bir hasta yakını ile birime ait izlem ve yatış dosyalarından elde edilmiştir.

Her hastayla SCID-I Türkçe versiyonu (Çorapçıoğlu ve ark. 1999) ile tanı görüşmesi yapılmış ve ardından Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi’nin Türkçe formu/ MPPS-MD (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire/ TEMPS-A) uygulanmıştır.

MPPS-MD baskın afektif mizacı (dominant affective temperament) değerlendirmek için Akiskal tarafından geliştirilmiştir (Akiskal 1996). Anket depresif, hipertimik, sinirli, siklotimik ve endişeli mizaçları belirlemek için düzenlenmiş 99 maddeden oluşur. Kişi tüm yaşamını düşünerek maddeleri evet ya da hayır olarak cevaplandırır. Bir kişide baskın depresif (18 madde), siklotimik (19 madde), hipertimik (20 madde), sinirli (18 madde) ve endişeli (24 madde) mizaç özelliklerinin varlığını belirlemek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puandır. Türkçe formu geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Vahip ve arkadaşları (2005)

TABLO 1. Siklotimik Mizacı Olan ve Olmayan Olgularda Klinik Özellikler.

Klinik özellikler	Mizaç				Analiz	
	Siklotimik mizaç +		Siklotimik mizaç -		Siklotimik mizaç (+/-)	
	s (%)	10	s (%)	90	x ²	p
Kadın/Erkek	7/3	70/30	55/35	61/39	AD	
İlk hastalık dönemi:						
Mani	5	50	43	47	AD	
Depresyon	5	50	47	52	AD	
Psikotik bulgulu dönem varlığı	4	40	29	32	AD	
Kayma:						
Manik kayma	1	10	7	7.7	AD	
Depresif kayma	1	10	8	8.8	AD	
Ek tanı:	6	60	13	13.8	8.623	0.012

AD: Anlamlı değil

tarafından yapılmıştır. Türkçe formunun, her bir mizaç özelliği için ayrı ayrı hesaplanan test-yeni-den test güvenilirliği 0.73 ile 0.93 ve Cronbach-alpha katsayısı 0.77 ile 0.85 arasındadır.

MPPS-MD ile mizaç özelliklerini taşıyıp taşımadıkları belirlendikten sonra, her bir mizaç özelliği için, o özelliği taşıyan ve taşımayan bipolar hastalar arasında bipolar bozukluğun klinik özelliklerinin farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır.

İstatistiksel değerlendirme

SPSS Windows 10.0 paket programında yapılmıştır. Kategorik değişkenler ki-kare testi, kantitatif değişkenler Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olup, tüm testler iki uçludur.

BULGULAR

1. Örneklemenin tanıtımı

Hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 21.4 ± 7.3 'dür. Hastalık süresi 12 ile 624 ay arasında olup ortalaması 180.2 ± 136.0 aydır. Geçirdikleri toplam hastalık dönemi 1 ile 65 arasında olup ortalaması 11.2 ± 10.3 'dür. 48 hastada ilk hastalık dönemi majör depresyon, 42 hastada manidir. 18 hastada bir kutuptan karşı kutuptaki hastalık dönemine (maniden depresyona ya da depresyondan maniyeye) kayma gözlenmiştir. 33 hasta en az bir kez psikotik

bulgulu hastalık dönemi yaşamıştır. 77 hasta en az bir kez bipolar bozukluk nedeniyle hastanede yatmıştır. 14 hasta ise en az bir kez özkıyım girişiminde bulunmuştur. Ektanı içerisinde anksiyete bozuklukları ($s = 11$, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu) ilk sırada yer almaktadır. Daha sonra sırası ile alkol kullanım bozukluğu ($s = 6$) ve somatoform bozukluklar ($s = 2$) gelmektedir.

2. Afektif mizaç sıklığı

Siklotimik ($s = 10$), hipertimik ($s = 10$) ve sinirli mizaç ($s = 9$) eşit oranlarda izlenmiştir (Tablo 1, 2 ve 3). Bipolar hastalarda depresif ve endişeli mizaça rastlanmamıştır. Hipertimik mizaç erkeklerde ($s = 8$, % 80) daha sık bulunmuştur ($x^2 = 8.485$, $p = 0.013$), (Tablo 2). Siklotimik ve sinirli mizaç için böyle bir cinsiyet farkı gösterilmemiştir (Tablo 1 ve 3).

3. Klinik değişkenler ile afektif mizaç arasındaki ilişki

Psikotik bulgulu hastalık dönemi yaşama sinirli mizaç grubunda ($s = 8$, % 92), bu mizacın bulunmadığı olgulardan ($s = 25$, % 27) daha sıktır ($x^2 = 6.123$, $p = 0.037$), (Tablo 3). Psikotik bulgulu hastalık dönemi siklotimik mizaç grubunda 4, hipertimik mizaç grubunda ise 3 hastanın öyküsünde saptanmıştır. Herhangi bir mizaç özelliği bulunmayan olgularda ($s = 71$) psikotik bulgulu hastalık dönemi yaşama oranı % 25.4' tür ($s = 18$).

Sinirli mizaçlı olgularda ilk hastalık dönemi sıklıkla manidir ($s = 6$, % 67), ($x^2 = 9.254$, $p = 0.009$), (Tablo 3). Sinirli mizacı bulunmayan olgular için bu oran % 38' dir ($s = 36$). Hipertimik mizaçlı olgularda ilk hastalık dönemi % 60 ($s = 6$) oranında mani, % 40 ($s = 4$) oranında depresyon, siklotimik mizaçlı olgularda % 50 ($s = 5$) oranında mani ve % 50 ($s = 5$) oranında depresyondur. Herhangi bir mizaç özelliği bulunmayan olgularda ($s = 71$) ilk hastalık dönemi % 45.1 ($s = 32$) oranında mani ve % 54.9 ($s = 39$) oranında depresyon olarak belirlenmiştir.

Manik kayma hipertimik mizaç grubunda ($s = 5$, % 50), bu mizacın bulunmadığı olgulardan ($s = 3$, % 3.2) daha sık bulunmuştur ($x^2 = 8.924$, $p = 0.01$) (Tablo 2). Manik kayma siklotimik mizaçlı olgularda % 10 ($s = 1$), sinirli mizaçlı olgularda % 11 ($s = 1$) oranında saptanmıştır. Depresif kayma ise sinirli mizaç grubunda ($s = 6$, % 67), bu mizacın bulunmadığı olgulardan ($s = 4$, % 4.3) daha sık bulunmuştur

TABLO 2. Hipertimik Mizacı Olan ve Olmayan Olgularda Klinik Özellikler

Klinik özellikler	Mizaç				Analiz	
	Siklotimik mizaç +		Siklotimik mizaç -		Siklotimik mizaç (+/-)	
	s	(%)	s	(%)	x ²	p
	10	10	90	90		
Kadın/Erkek	7/3	70/30	55/35	61/39		AD
İlk hastalık dönemi:						
Mani	5	50	43	47		AD
Depresyon	5	50	47	52		AD
Psikotik bulgulu dönem varlığı	4	40	29	32		AD
Kayma:						
Manik kayma	1	10	7	7.7		AD
Depresif kayma	1	10	8	8.8		AD
Ek tanı:	6	60	13	13.8	8.623	0.012

AD: Anlamlı değil

($\chi^2= 6.542$, $p= 0.026$). Depresif kayma siklotimik mizaçlı olgularda % 10 ($s= 1$), hipertimik mizaçlı olgularda % 20 ($s= 2$) oranında bulunmuştur. Herhangi bir mizaç özelliği bulunmayan olgular arasında manik ve depresif kayma birer olguda saptanmıştır.

Ektanı siklotimik mizacı olanlarda ($s= 6$, % 60), bu mizacın bulunmadığı hastalardan ($s= 13$, % 13.8) daha sık bulunmuştur ($\chi^2= 8.623$, $p= 0.012$) (Tablo 1). Siklotimik mizacı olanlarda alkol ve madde kullanım bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ektanılar saptanmıştır. Siklotimik mizacı olmayan olgularda belirlenen ektanılar anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluklardır. Hipertimik ve sinirli mizaçlı hastalarda ise ektanı bulunmamıştır.

Toplam hastalık dönemi sayısı, manik, depresif, hipomanik ya da karma dönem sayıları ile herhangi bir mizaç arasında bir ilişki saptanmamıştır. Egemen gidiş örüntüsü (Depresyon-Mani-İyilik ya da Mani-Depresyon-İyilik dönemi) ile mizaç tipleri arasında bağlantı gösterilememiştir. Yine hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, hasta geçirilen süre, özkıym ve hastaneye yatış öyküleri yönünden mizaç tipleri arasında ilişki bulunmamıştır.

TARTIŞMA

Afektif mizaç özelliklerinin bipolar bozukluğun görünümü, hastalığın seyri ve ektanı varlığı ile ilişkili olup olmadığının araştırıldığı bu çalışmada

klinik uygulamada son derece önemli olabilecek bulgular elde edilmiştir. Sinirli mizaçlı hastalarda psikotik bulgulu epizod varlığı ve ilk epizod tipinin manik oluşu gibi görüngüsel bulgulara ek olarak siklotimik mizaçlı hastalarda ektanının daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Klinik anlamda belki de en önemli bulgu, hipertimik mizacı olanlarda manik kaymanın daha sık görülmesidir. Bulgularımız afektif mizaç özelliklerinin genetik ya da hastalık tetikleyicisi olup olmadığı sorusuna bir açıklık getirmemekle birlikte afektif mizacın klinik geçerliliğine ilişkin kanıtlar sunmaktadır.

Siklotimik, hipertimik ve sinirli mizaç bipolar bozuklukta ön planda izlenmektedir. Özellikle hipertimik mizaç için bulunan yaygınlık oranı, ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olarak, sağlıklı popülasyonda (Placidi ve ark. 1998, Vahip ve ark. 2005) ve unipolar bozukluklarda (Cassano ve ark. 1989, Akdeniz ve ark. 2004) bildirilenin çok üzerindedir. Bu bulgu uzun yıllardır kabul gören depresyona ve maniye ait özgül mizaç özellikleri olduğunu ileri süren varsayımı desteklemektedir. Yani mani birincil olarak hipertimik mizaç ve depresyon da depresif mizaç ile bağlantılıdır (Hecht 1997). Bipolar hasta grubunda daha yüksek hipertimik mizaç puanlarını destekleyen üç çalışma vardır. Bagby ve arkadaşları (1996) beş faktör NEO-PI dışı dönüklük alt ölçeğinde, Young ve arkadaşları (1995) ve Janowsky ve arkadaşları (1999) Cloninger'in yenilik arama alt ölçeğinde bipolar hastaların depresif hastalara göre daha yüksek puan aldıklarını göstermişlerdir. Akdeniz ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında depresif olgular arasında hipertimik mizaca sahip birey bulunmamıştır. Depresyon hastaları arasında depresif mizaç daha sık gözlenmektedir (Cassano ve ark. 1989). Yine depresyon hastalarında endişeli mizaç sıklığı bipolar hastalardan daha sıktır (Akdeniz ve ark. 2004). Depresif ve endişeli mizacın örtüştüğünü ve doğada birlikte bulunduğunu ileri süren çalışmalar da bulunmaktadır (Akiskal 1996, Vahip ve ark. 2005). Konuyla ilgili kaynaklar ışığında çalışmamızda depresif ve endişeli mizacın bipolar hastalar arasında izlenmemiş olmasını bu mizaç özelliklerinin daha çok depresif durumlarla ilişkili olması ile açıklayabiliriz. Benzer şekilde siklotimik ve özellikle hipertimik mizacın bipolar bozukluk ile ilişkili olduğunu söyleyebiliriz. Literatür ışığında beklendiği üzere (Perugi ve ark. 1990, Cassano ve ark. 1992, Giovanni 1992)

TABLO 3. Sinirli Mizacı Olan ve Olmayan Olgularda Klinik Özellikler.

Klinik özellikler	Mizaç				Analiz	
	Sinirli mizaç +		Sinirli mizaç -		Sinirli mizaç (+/-)	
	s	(%)	s	(%)	x ²	p
	9	9	91	91		
Kadın/Erkek	6/3	60/30	46/51	45/49		AD
İlk hastalık dönemi:						
Mani	6	67	43	47	9.254	0.009
Depresyon	3	33	47	52		AD
Psikotik bulgulu dönem varlığı	8	92	25	27	6.123	0.037
Kayma:						
Manik kayma	1	1.1	7	7.7		AD
Depresif kayma	6	67	4	4.3	6.542	0.026
Ek tanı:	-		19	21		-

AD: Anlamlı değil

bizim çalışmamızda hipertimik mizaç erkek olgularda daha sıklıkla izlenmiştir. Buna karşılık Giovanni ve arkadaşlarının çalışmasında (1992) bizim çalışmamızda bipolar hastaların hiçbirinde saptamadığımız depresif mizaç kadın bipolar hastalarda daha sıklıkla izlenmektedir. Yine bu kişilerin aile öykülerinde unipolar depresyon daha sık bulunmuştur. Bu iki bulgu birleştirildiğinde, mizaç bipolar bozukluğun cinsiyete bağlı görünümü ile ailesel-genetik faktörler arasında bir ara basamak gibi durmaktadır.

Mizaç, hastalık dönemlerinin görünümünü renklendirmekte (Hirschfeld ve Klerman 1979) ve aynı zamanda şiddetini etkilemektedir (Perugi ve ark. 1990). Benzer şekilde bu çalışmada irritabl mizaç ile hastalığın bir şiddet göstergesi olarak kabul edilen (Swann ve ark. 2004) psikotik bulgulu hastalık dönemi yaşama arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Henry ve arkadaşlarının (1999) bipolar bozukluğu olan hastalarda afektif mizacı araştırdıkları çalışmalarında depresif mizaç puanı ile depresif hastalık dönemi sayısı ve hipertimik mizaç puanı ile manik hastalık dönemi sayısı arasında ilişki bulunmuştur.

Siklotimik ya da hipertimik mizaç üzerinde şekillenen depresyonlarda hipomaniler sıklıkla yaşandığından, kişi alkol ya da madde kullanıyorsa, çoğu kez bir kişilik bozukluğu tanısı da almaktadır. Diğer taraftan sınır kişilik bozukluğunda

siklotimi % 4-6 oranlarında bildirilmiştir (Angst, 2000). Bipolar olgular arasında da alkol ve madde kullanım bozuklukları ve sınır kişilik bozukluk ek-tanıları sıklıkla görülür. Ender olmamakla birlikte alkol ve madde kullanım bozukluklarında ve sınır kişilik bozukluğu olan hastaların aile öyküsünde bipolar bozukluklu bireylerden söz edilir. Bu kişilerin atipik depresyonlarına sinirliliğin hakim olduğu (Perugi 1998, Hantouche ve ark. 1998), alkol ya da madde kullanımının kendi kendini tedavi edici bir amaç güttüğü ileri sürülmüştür. Bu nedenle psikiyatrik ektanlı durumların yüksek olduğu belirtilmiştir (Akiskal ve Pinto 2000) ki bizim verilerimiz de bu görüşü desteklemektedir.

Bipolar bozukluğun özellikle depresif dönemin tedavisinde manik kayma riski dikkat edilmesi gereken önemli bir konudur. Geçmişte siklotimik mizacı olan kişilerde antidepresanla hipomaninin ortaya çıkma olasılığının arttığı ileri sürülmüştür (Akiskal 1996). Bu çalışmanın belki de en önemli bulgusu manik kaymanın en sık hipertimik mizaçta gözlenmesidir. Manik kayma için risk etkenlerini araştıran bir başka çalışmada da hipertimik mizacın en büyük riski taşıdığı belirtilmiştir (Henry ve ark. 1999). Bu bulgular kaymanın sadece ilaca bağlı ortaya çıkmadığını, aynı zamanda yapısal bir yönü olduğunu ve mizacın da eşlik ettiği hastaların bu açıdan yüksek risk grubunu oluşturdukları düşünülebilir.

Bipolar bozuklukta mizacı çalışmanın bazı güçlükleri vardır. Birincisi anketi dolduran kişilere tüm yaşamlarını göz önüne almaları sözel ve yazılı yönergelerle hatırlatıldığı halde hastalık öncesi kişilik özelliklerini değerlendirmede zorluklar vardır. İkinci olarak, hastalar her ne kadar ataklar arası dönemde de olsalar hastalığın etkilerini ya da kalıntı belirtilerin mizaç özelliklerine etkisini dışlamak olanak dışıdır. MPSS-MD pek çok dilde ve dilimizde mizacı değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak kanıtlanmakla birlikte bir kısıtlılık da afektif mizaç değerlendirmesinin hastanın kendi beyanına dayanmasıdır.

Kısıtlılıklarına karşın bu çalışma afektif mizaç ile bipolar bozukluk arasında yapısal ve görüngüsel ilişkileri sınamaktadır. Bu çalışmanın verileri afektif mizacın klinik geçerliliğinin olduğuna, klinik önem taşıdığına ve bir dereceye kadar hastalığa rengini verdiğine dikkat çekmektedir.

KAYNAKLAR

- Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S ve ark. (2004) Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı? *Türk Psikiyatri Derg*, 15: 183-190.
- Akiskal HS, Mallya G (1987) Criteria for the soft bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull*, 23: 68-73.
- Akiskal HS (1996) The temperamental foundations of affective disorders. Interpersonal origin and course of affective disorders. Mund C ve ark. (Ed), London, Gaskell, Royal College of Psychiatrists, s. 3-30.
- Akiskal HS, Pinto O (2000) Soft bipolar spectrum: footnotes to Kraepelin on the interface of hypomania, temperament and depression. In: Marneros, A., Angst, J. (Eds.), *Bipolar Disorders: 100 Years After Manic-depressive Insanity*. Kluwer, Dordrecht, s.37-62.
- Angst J (2000) Temperament and personality types in bipolar patients: a historical review. *Bipolar Disorders: 100 Years After Manic-depressive Insanity*. Marneros A, 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.
- Brieger P, Roettig S, Wenzel A ve ark. (2003) TEMPS-A scale in "mixed" and "pure" manic episodes: new data and methodological considerations on the relevance of joint anxious-depressive temperament traits. *J. Affect. Disord*, 73, 99-104.
- 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.
- Cassano GB, Akiskal HS, Perugi G ve ark. (1992) The importance of measures of affective temperaments in genetic studies of mood disorders. *J Psychiatr Res*, 26: 257-268.
- 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.
- Giovanni B (1992) The importance of measures of affective temperaments in genetic studies of mood disorders. *J Affect Disord*, 26: 257-268.
- Goodwin FK, Jamison KR (1990) *Manic-depressive Illness*. Oxford University Press, New York.
- Hantouche EG, Akikal HS, Lancrenon S ve ark. (1998) Gender, temperament and the clinical picture in dysphoric mixed mania (EPİMAN). *J Affect Disord*, 50: 175-186.
- Hecht H, van Calker D, Bohus M ve ark. (1979) Personality attributes and affective disorders. *Am J Psychiatry*, 136: 67-70.
- Henry C, Lacoste J, Belliver F ve ark. (1999) Temperament in bipolar illness: impact on prognosis. *J Affect Disord*, 56: 103-108.
- Hirschfeld RMA, Klerman GL (1979) Personality attributes and affective disorders. *Am J Psychiatry*, 136: 67-70.
- Janowsky DS, Morder 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.
- Kelsoe JR (2003) Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. *J Affect Disord*, 73:183-197.
- Perugi G, Musetti L, Simonni E ve ark. (1990) Gender-mediated clinical features of depressive illness: the importance of temperamental differences. *Br J Psychiatry*, 157: 835-841.
- Perugi G (1998) Clinical subtypes of bipolar mixed states. *J Affect Disord*, 43: 169-180.
- Placidi GF, Signoretta S, Liguori A ve ark. (1998) The semi-structured affective temperament interview (TEMPS-I): reliability and psychometric properties in 1010 14-26 year old students. *J Affect Disord*, 47: 1-10.
- Swann AC, Daniel DG, Kochan LD ve ark. (2004) Psychosis in mania: specificity of its role in severity and treatment response. *J Clin Psychiatry*, 65: 825-829.
- Vahip S, Kesebir S, Alkan M ve ark. (2005) Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord*, 85: 113-125.
- 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.

ÖZÜR ve DÜZELTME

Türk Psikiyatri Dergisi 16. cilt 2. sayısında yayınlanan "Yaşlılık, Huzurevi ve Yaşam Yolculukları: Bir Psikodrama Grup Çalışması" başlıklı makalenin yazarlarından Dr. Osman ÖZDEL'in adı yanlış yazılmıştır. Türk Psikiyatri Dergisi Yayın Kurulu olarak yazarlardan ve okuyucularımızdan özür dileriz.