

**T.C  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**UNİPOLAR VE BİPOLAR DEPRESİF ATAK GEÇİRMİŞ  
HASTALARIN MİZAÇ VE KARAKTER YÖNÜNDEN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. Etem SOYUÇOK**

**Tez Yöneticisi  
Doç.Dr. Nazan AYDIN**

**Uzmanlık Tezi  
ERZURUM 2007**

## İÇİNDEKİLER

<b>ONAY</b>	<b>iv</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>v</b>
<b>ÖZET</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vii</b>
<b>I. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>II. GENEL BİLGİLER</b>	<b>4</b>
<b>A. Unipolar Depresif Bozukluklar</b>	<b>4</b>
1. Tanım ve Tarihçe	4
2. Epidemiyoloji	5
3. Risk Faktörleri	5
4. Tanı	6
5. Gidiş ve Prognoz	7
<b>B. Bipolar Bozukluklar</b>	<b>8</b>
1. Epidemiyoloji	8
2. Risk Faktörleri	9
4. Tanı	9
5. Gidiş ve Prognoz	11
<b>B1. Bipolar Bozuklukta Depresif Dönem</b>	<b>11</b>
<b>C. Kişilik, Mizaç ve Karakter</b>	<b>15</b>
1. Kişilik	15
a. Kişilik Kavramının Tarihsel Gelişimi	15
b. Kişilik Kuramları	16
2. Mizaç	20
3. Karakter	20
4. Cloninger'ın Psikobiyolojik Kuramı	21
5. Akiskal'in Kişilik Modeli	34
6. Duygudurum Bozuklukları ile Mizaç ve Karakter İlişkisi	39
<b>III. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	<b>44</b>
<b>IV. BULGULAR</b>	<b>50</b>
<b>V. TARTIŞMA ve SONUÇ</b>	<b>67</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>81</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>83</b>
<b>EK-1</b>	
<b>EK-2</b>	
<b>EK-3</b>	

## ONAY

“Unipolar ve Bipolar Depresif Atak Geçirmiş Hastaların Mizaç ve Karakter Yönünden Karşılaştırılması” isimli tez konusu Psikiyatri Anabilim Dalı’nın 6.12.2005 tarihli 12 sayılı oturumun 1. maddesinde Anabilim Dalı Kurulu’nda görüşülerek kabul edildi.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 20.01.2006 tarih ve 1 sayılı oturumunda görüşülen tez teklifi 3 nolu karar ile etik kurallara uygun görüldü.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı’na 08.05.2006 tarih ve 2 sayılı oturum 8 nolu kararı ile tez çalışması olarak kabul edildi.

**T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**

**PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

**UNİPOLAR VE BİPOLAR DEPRESİF ATAK GEÇİRMİŞ HASTALARIN  
MİZAÇ VE KARAKTER YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Etem SOYUÇOK

Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi :15.08.2007

Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi :05.12.2007

Uzmanlık Sınavı Tarihi : 05.12.2007

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nazan AYDIN

Jüri üyesi : Prof. Dr. İsmet KIRPINAR

Jüri üyesi : Doç. Dr. Nazan AYDIN

Jüri üyesi : Doç. Dr. Hızır ÜLVİ

Jüri üyesi : Doç. Dr. Hüseyin TAN

Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. S.Tülin FİDAN

Prof. Dr. İsmet KIRPINAR  
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı

Aralık-2007  
ERZURUM

**T.C**  
**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

**Sayı :** B.30. ATA.0.01.00.05/06/  
**Konu:** Ortak Jüri Raporu

05.12.2007

**JÜRİ RAPORU**

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Araştırma Görevlilerinden Dr. Etem SOYUÇOK 05.12.2007 tarihinde ihtisas süresini tamamlamıştır. Hazırlamış olduğu "Unipolar ve Bipolar Depresif Atak Geçirmiş Hastaların Mizaç ve Karakter Yönünden Karşılaştırılması" konulu uzmanlık tezi jüri üyeleri tarafından incelenmiştir.

Yapılan görüşmede adı geçeninin tezi ihtisas tezi olarak yeterli olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. İsmet KIRPINAR  
Jüri Başkanı

Doç. Dr. Nazan AYDIN  
ÜYE

Doç. Dr. Hızır ULVİ  
ÜYE

Doç. Dr. Hüseyin TAN  
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. S.Tülin FİDAN  
ÜYE

## TEŞEKKÜR

Bütün asistanlık hayatım boyunca bilgi ve tecrübelerini bizimle paylaşan Anabilim Dalı başkanımız Prof. Dr. İsmet Kırpınar'a, tez hocam Doç. Dr. Nazan Aydın'a, yaklaşık üç yıl beraber çalıştığımız ve şu an Ankara'da çalışan Doç. Dr. Ali Çayköylü'ye, sonradan aramıza katılan Yrd. Doç. Dr. Erol Ozan ve Yrd. Doç. Dr. S. Tülin Fidan'a emeklerinden dolayı çok teşekkür ederim.

Tez çalışmamın istatistiklerinin yapımında yardımlarını esirgemeyen Tıp Eğitimi Anabilim Dalı başkanı Yrd. Doç. Dr. Hamit Acemoğlu'na, daha önce birlikte çalıştığımız kliniğimizden uzmanlığını almış ve şu an birlikte çalışmakta olduğumuz doktor arkadaşlarıma, kliniğimizde çalışan psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire, sekreter ve tüm personel arkadaşlarıma, evlilik hayatı ve asistanlık hayatı boyunca hep yanımda olan eşim Sevgi'ye çok teşekkür ederim.

## UNİPOLAR VE BİPOLAR DEPRESİF ATAK GEÇİRMİŞ HASTALARIN MİZAÇ VE KARAKTER YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI

Ruhsal bozukluklar, özellikle duygudurum bozuklukları ile kişilik, karakter ve mizaç arasındaki ilişki uzun yıllardır ilgi çekmiştir. Duygudurum bozukluklarından özellikle bipolar depresyon ve unipolar depresyon benzer rahatsızlıklar gibi görünmekle birlikte gidiş ve tedavi süreci açısından farklılıklar göstermektedir. Bu iki bozukluğun ayırt edici özelliklerinin ve öngördürücülerinin belirlenmesi önem arz etmektedir. Bu çalışmada Unipolar Depresif Bozukluk ve Bipolar Depresif Bozukluk grubunda sosyodemografik ve klinik özellikler ile karakter ve mizaç özellikleri arasındaki farkların incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğine başvuran DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre remisyonda olduğu tespit edilen 53 Unipolar Depresif ataklı ve 52 Depresif atak öyküsü olan Bipolar Affektik Bozukluk hastası alınmıştır. Hastalar sosyodemografik bilgi formu, Mizaç ve Karakter Envanteri (*Temperament and Character Inventory*; TCI) ile Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi'nin Türkçe formu (*Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire*/ TEMPS-A) uygulanarak değerlendirilmiştir.

Hastalara uygulanan anket sonucuna göre; Unipolar gruptaki hastalar son atakta daha çok yaşam olayı bildirdiler. Bipolar grupta psikotik özellikli atak geçirme, intihar girişimi, halen ilaç kullanma öyküsü daha fazlaydı. Buna ilave olarak yine bipolar grupta hastalık daha erken yaşta başlıyordu, psikotik özellikli atak sayısı, intihar girişimi sayısı, hastaneye yatış sayısı daha fazlaydı ve hastalık süresi daha uzundu.

TEMPS-A ölçeğine göre unipolar grupta anksiyöz mizaç daha fazlaydı ve anksiyöz mizacın unipolar depresyonun öngördürücüsü olduğu tespit edildi. TCI ile yapılan değerlendirmede unipolar grupta zarardan kaçınma, bipolar grupta işbirliği yapma puan ortalamaları daha yüksek bulundu.

Bu çalışmada bipolar grupla unipolar grup arasında mizaç ve karakter özellikleri açısından farklılıklar bulunmuştur. Bipolar grupla unipolar grubun ayırt edilmesi bozukluğun gidişini kestirme ve tedavi düzenlenmesi gibi konularda yarar sağlar. Zaman içinde bu yöndeki çalışmaların daha kapsamlı ve büyük örneklerle yapılması gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Bipolar bozukluk, unipolar bozukluk, mizaç, karakter

## COMPARISON OF REMITTED BIPOLAR AND UNIPOLAR DEPRESSIVE PATIENTS ACCORDING TO TEMPERAMENTAL AND CHARACTERISTIC FEATURES

Mental disorders, particularly the relationship between mood disorders and personality, character and temperament has drawn a lot of attention for many years. Although bipolar depression and unipolar depression which are categorized under mood disorders seem alike, the course and treatment shows differences. It is of great importance to determine the predictors and distinctiveness of these two disorders. The goal of this study is to determine the socio-demographic, clinical differences and character and temperament features in unipolar depressive disorder and bipolar depressive disorder.

The study was conducted at outpatient Psychiatry Department of Atatürk University Medical Faculty. Participants were recruited according to DSM-IV TR diagnosis criteria. The participants were fifty-three patients with unipolar depressive disorder and fifty-two patients with bipolar affective disorder with depressive attack that were in remission. The assessment was done through patients completing socio-demographic information form, TEMPS-A and TCI.

The results of the assessment showed that the patients in the unipolar group reported more stressful life events in their last attack. In the bipolar group an episode with psychotic features, suicide attempt, the need to use medication was greater than unipolar group. In addition, the disorder in the bipolar group started at an earlier age and the number of episodes with psychotic features, suicide attempts and the number of admission to the hospital was greater than unipolar group. In the bipolar depression group, the duration of illness was longer than the unipolar group. In the unipolar group the TEMPS-A scale showed that the number of patients with anxious temperament was higher. The study showed that anxious temperament is a predictor for unipolar depression. The result of TCI assessment showed that harm avoidance scores in the unipolar group and cooperativeness scores in the bipolar group were found to be higher

The differentiation between bipolar and unipolar groups will give us an advantage regarding the clinical outlook and treatment of these disorders. As shown above, in our study anxious temperament being a predictor of unipolar depression will provide us with better understanding of the illness and treatment planning. Further studies should be more comprehensive and include larger samples.

**Key words:** Unipolar disorder, bipolar disorder, temperament, character



## I. GİRİŞ

Duygudurum, bireyin bir süre değişik derecelerde rahat, neşeli, üzüntülü, tedirgin, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunuşudur (1). Duygudurum bozuklukları geçirilen duygudurum ataklarının türüne göre kabaca depresif bozukluklar ve bipolar bozukluklar diye ikiye ayrılır (2).

Depresyon tipik olarak olağan etkinliklerden ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan artık eskisi gibi zevk alamama ve bunlara karşı ilginin kaybolmasıyla kendini gösteren çökkünlük, karamsarlık yanında keder ve elem duyguları ile görünen depresif bir duygudurumla seyrederek. Bunlarla birlikte depresyonda gerek mental, gerekse fiziksel alanda enerji azlığı ile kendini gösteren psikomotor yavaşlama, düşünce içeriği kısıtlılığı ile belirgin bilişsel yavaşlama ve kişinin işlevselliğinde azalma da görülür (3).

Depresyonun klinik görünümü oldukça heterojen olup değişik alt tipler içermektedir. Bu farklı görünüm; melankoli, endojen depresyon, atipik depresyon, ajite depresyon, psikotik depresyon, nörotik-reaktif depresyon, kronik depresyon, double depresyon, minör depresif bozukluk, tekrarlayıcı kısa depresif bozukluk, doğum sonrası depresyon, premenstrüel sendrom, maskeli depresyon, mevsimsel depresyon ve bipolar depresyon şeklinde sınıflandırılabilir (4). Major depresif bozukluk yaşam boyu yaygınlığı %15 kadar olan ve hatta kadınlarda %25'lere yükselebilen bir bozukluktur (5).

Bipolar bozukluk, hipomanik, manik, depresif ve karma ataklarla karakterize olan, davranışsal, bilişsel ve algısal anormalliklerin sıklıkla eşlik edebildiği, kronik ve güçten düşürücü bir durumdur (6, 7, 8). Bipolar bozukluk, bipolar I bozukluk (manik ve depresif ataklarla giden), bipolar II bozukluk (hipomanik ve depresif ataklarla seyreden) ve bipolar III bozukluk (somatik tedaviyle uyarılan hipomanik ataklarla seyreden) şeklinde üç gruba ayrılabilir (9). Bipolar- I bozukluk, major depresif bozukluktan daha az sıklıkta görülür ve yaşam boyu hastalanma sıklığı %1'dir (5).

Yapılan araştırmalar bipolar depresif atağın bipolar bozukluğun gidişinde daha erken ortaya çıktığını, daha sık tekrarladığını ve daha uzun sürdüğünü, maniyeye oranla daha fazla atak-ıç ve atak-arası morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğunu ve maniden daha fazla mortaliteye yol açtığını göstermektedir. Hastaların büyük çoğunluğunda,

bozukluk ilk olarak depresif belirtilerle başlar. Depresif atakların akut etkisinin göstergesi, yüksek orandaki hastane yatışlarıdır (10-16).

Unipolar ve bipolar hastalıkların ayrımı Pierre Falret (1851) ve Jules Baillarger (1854) tarafından yapılan çalışmalarda kökleşmiştir. Daha sonra bipolar ve unipolar bozukluklar arasında klinik, genetik ve gidişat özellikleri açısından nosolojik farklılıklar olduğunu gösteren Angst (1966), Peris (1966) ve Winokur ve ark. (1969) bu ayrımı geçerli hale getirmişlerdir. Bununla birlikte iki hastalık grubu arasında örtüşen birçok alan mevcuttur ki bu da affektif hastalıkların depresif ve manik uçları arasında muhtemel klinik alt tiplerin olabileceği sorusunu akla getirmiştir. Manik atağı olan bipolar bozukluk ile manik veya hipomanik atağı olmayan unipolar depresyonun bir spektrumun iki ucunu temsil edebileceği ifade edilmiştir (9, 17).

Başlangıçta unipolar depresyon tanısı almış olan hastaların %15'i iki uçlu bozukluğa geçiş göstermektedir. Major depresyonla başvurduklarında hangi hastaların iki uçlu özellik gösterecekleri hangi hastaların tek uçlu kalacaklarının kestirilebilmesi çok önemli olmakla birlikte bunun bilinmesi için henüz bir öngördürücü kesin olarak belirlenememiştir. Bu konuda yapılan çalışmalarda bipolar ve unipolar depresyonlar arasında klinik ve sosyodemografik farklılıklar olabileceği belirtilmiştir (9). Diğer ilgi çeken özellik ise mizaç ve karakter özellikleri açısından da bir farklılık olup olmadığıdır.

Mizaç kişinin doğuştan getirdiği büyük ölçüde fitri ve doğal kaynaklı gene o kişiye özgü psişik faaliyet ve davranışsal tepki verme tarzıdır. Karakter kişiliği meydana getiren doğuştan gelen mizaç özelliklerinin zemininde sonradan kazanılmış çeşitli davranışsal özellikleri ifade eder. Kişilik ise kişinin doğuştan gelen mizaç özellikleri ile sonradan kazanılan karakterin birleşimi olup küçük yaşlardan itibaren şekillenen, değişmeye oldukça dirençli, o kişiye has kavrayış, düşünüş, karar veriş ve davranış özelliklerinin toplamı olarak tanımlanabilir (18).

Ruhsal bozukluklar, özellikle duygudurum bozuklukları ile kişilik, karakter ve mizaç arasındaki ilişki uzun yıllardır ilgi çekmiştir. Kraepelin, 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 şeklinde dört temel duygulanım görünümünden söz eder. Kraepelin duygulanım görünümlerinin ya yaşam boyunca duygudurum bozukluğu olmaksızın

kişiliğin bir özelliği olduğunu ya da dönemsel (ataklarla giden) hastalıklar için başlangıç noktası olduğunu ileri sürmüştür. Akiskal, affektif mizacın duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu iddia etmiş ve beş temel affektif mizacı tanımlamıştır. Bunlar depresif, hipertimik, siklotimik, sinirli (irritabl) ve endişeli (anksiyöz) mizaç şeklindedir (19).

Bugüne kadar temel kişilik değişkenleri ile yapılan çalışmalarda bipolar ve unipolar hastalar arasında farklılıklar görülmüştür. Birçok çalışmada her iki grup depresyonda olsa bile bipolar hastalarda unipolarlara göre daha fazla dışadönüklük saptanmıştır. Dışadönüklüğün doğası düşünüldüğünde sezginlik/ açıklık, yenilik arayışı, yaratıcılık ve impulsivite, risk alma, artan etkileşim ve sürekli başkalarıyla beraber olma isteği ve artan enerji hipomani ve hipertiminin fenomenolojisinde açıkça görülür. Bunlar da bize bazı kişilik özelliklerinin bazı hastalıklarda daha fazla görüldüğünü ve mizaç ve karakter özelliklerinin unipolar ve bipolar depresyonu olan hastalarda da farklı olması halinde öngördürücü bir özellik olarak değerlendirilebileceğini düşündürmüştür. Dolayısıyla, bu çalışmada Unipolar Depresif Atak ve Bipolar Depresif Atak geçirmiş hastaların mizaç ve karakter yönünden ortak ve farklı özelliklerini ve bu özelliklerin klinik ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisini incelemeyi amaçladık.

## II. GENEL BİLGİLER

### A. Unipolar Depresif Bozukluklar

#### 1. Tanım ve Tarihçe

Çökkünlük anlamında kullanılan “depresyon ” sözcüğünün kökeni Latince “depressus” yani aşağıya çekme sözcüğünden gelmektedir. Depresyon sözcüğü farklı anlamlarda kullanılan bir sözcük olmakla birlikte psikoloji bilimi, entelektüel işlevlerde ya da psikomotor performansta azalma ile kendini gösteren optimal performans azalmasını depresyon olarak değerlendirir. Klinisyen bir psikiyatr için ise depresyon, çeşitli duygudurumu ya da affektif durum değişikliklerini bünyesinde barındıran, farklı şiddetteki tabloları içermektedir (20).

Depresyon ve benzeri ruhsal rahatsızlıkların tanımlanma ve sınıflandırma çabaları eski çağlara kadar uzanır Bilindiği kadarıyla ilk kez eski Yunan’da Hipokrat, mani ve melankoli deyimlerini kullanmış ve bu sendromun belirtilerini tanımlamış ve etiyojisi ile ilgili bir açıklama getirmiştir (İ.Ö V.yüzyıl) ( 1, 3).

Hipokrat sonrası Galen tıbbında da melankoli tanımı kullanılmaya devam edilmiştir. Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri İbni Sina olmuş ve ilginç olgu örnekleri vermiştir. Falret 1854’te bazı depresyonlu hastaların zaman içinde taşkınlık geliştirdiklerini, sonra tekrar depresif dönemin ortaya çıkabildiğini gözlemlemiş ve bu durumu, dalgalanan delilik (la folie circulaire) olarak tanımlamıştır. Aynı dönemde bir diğer Fransız psikiyatrist olan Bailargerise, manik ve depresif dönemlerin aynı hastada görüldüğü durumu, çift şekilli delilik (la folie a double forme) olarak adlandırmıştır. 19.yüzyılda Alman psikiyatri ekolü, modern anlamda ruhsal hastalıkları sınıflandırmaya çalışmış ve Kahlbaum 1882’de mani ve melankolinin aynı hastalık sürecinin farklı dönemleri olduğunu tanımlamıştır. Bu durumun hafif şekline ise “siklotimi” adını vermiştir. Kraepelin ise, bugün depresyon olarak anladığımız durumu “manik depresif hastalık” ve “involusyonel depresyon” adı altında ele almış, ve “dementia prekoks” ile ayırımını açık bir biçimde yapmıştır. Kraepelin depresyonun kişide

çoğunlukla var olan biyolojik bir zeminle ilgili olduğunu savunmuş ve manik-depresif belirtilerin aynı rahatsızlığın iki karşıt görünümü olduğunu vurgulamıştır (1, 3).

## 2. Epidemiyoloji

Duygudurum bozuklukları, öncelikle ruhsal çökkünlükler bütün hastalıklar arasında en sık görülen bozukluklardandır (1). Yaşam boyu major depresyon prevalansı % 4,4- 19,9 olarak verilmiştir. Yaşam boyu prevalans oranı erkeklerde % 5–12, kadınlarda ise % 10–25 civarındadır (3,5). Dünya Sağlık Örgütünü'nün işbirliği ile Türkiye'nin de aralarında bulunduğu 14 ülkede temel sağlık hizmeti veren merkezlere başvuran hastalarda yapılmış olan geniş bir araştırmanın verilerine göre DSM-III-R'ye ( *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*- Mental Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı) ya da ICD-10'a ( *International Classification of Diseases*- Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması) göre tanı konulabilen çökkünlüklerin 14 ülke için ortalama yaygınlık oranı % 10.4, Ankara Gölbaşı Sağlık Merkezi için % 11.6 bulunmuştur. Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının verilerine göre sağlık ocaklarına başvuran hastalarda çökkünlük oranı % 20 olarak belirlenmiştir (1).

## 3. Risk Faktörleri

Depresyon orta yaş hastalığıdır. (3, 5, 20). Kadınlarda erkeklere göre iki kat fazla görülmektedir ve yaygınlığının doğu kültürlerinde batı kültürlerine göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (5, 20). Gerek bipolar bozukluk gerekse depresyon ayrı yaşayan ya da boşanmış eşler arasında daha sık izlenir. Evli erkekler en düşük risk grubunu oluşturmaktadır (3, 20). Biyolojik akrabalarında major depresyon olanlarda hastalığın ortaya çıkma riski erkeklerde % 11, kadınlarda ise %18 düzeyindedir (3). Obsesif, histrionik, pasif ve bağımlı ve sınır kişilik yapısı özelliklerine sahip olanlarda depresyon daha çok izlenmektedir (3). Uzun süre devam eden ya da üst üste gelen olumsuz yaşam olayları risk etkeni olarak kabul edilmektedir (20). Daha önceden geçirilmiş depresif bozukluk, alkol ya da madde kötüye kullanımı, anksiyete bozukluğu, distimi, birincil uyku

bozukluğu ve nörolojik hastalıkların varlığı gibi durumlar depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır (20).

#### 4. Tanı

Major depresif bozukluğun başlıca özelliği, manik, karma, ya da hipomanik atak geçirildiğine dair bir öykü olmadan bir ya da birden fazla depresif atağın bulunmasıyla ilgili bir klinik gidişin olmasıdır (2).

#### Major Depresif Atağın DSM IV'e Göre Tanı Ölçütleri

- A.** İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1) depresif Duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir

**Not:** Açıkça genel bir tıbbi duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da hallüsinasyon belirtilerini katmayınız.

(1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn. Ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

**Not:** Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

(2) hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk almıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirdiği ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiğine üzere)

(3) perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. Ayda, vücut kilosunun % 5'inden fazla olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın artmış ya da azalmış olması. **Not:** Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

(4) hemen her gün insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması.

(5) hemen her gün, psikomotor ajitasyonun ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)

(6) hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

(7) hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

(8) hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir)

(9) yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması

**B.** Bu belirtiler bir karma atak tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

**C.** Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

**D.** Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

**E.** Bu belirtiler Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani birinin yitirilmesinden sonra bu belirtiler 2 aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (21).

## **5. Gidiş ve Prognoz**

Tedavi edilmemiş bir depresif dönem 6-13 ay sürer. Tedavi edilmiş olanlar aşağı yukarı 3 ay sürer. 20 yıllık bir sürede ortalama dönem sayısı 5 ya da 6'dır (22).

3-6 aydır devam eden depresyonun remisyona girme şansı % 50'dir, fakat 2 yıldır mevcut olan major depresif atağın takip eden 6 ay içinde remisyona girme şansı ise % 5'tir. Unipolar major depresif atakta tedaviye rağmen tekrarlama eğilimi vardır. Bir major depresif atak iyileştikten sonra tekrarlama oranı ilk 2 yıl içinde % 50 ve 6 yıl içinde ise % 90 bulunmuştur. Bir defa depresif atak geçiren birinin tekrar bir depresif atak geçirme riski % 50, 2 defa depresif atak geçiren birinin üçüncü bir depresif atak geçirme riski % 70, 3 defa depresif atak geçiren birinin dördüncü bir depresif atak geçirme riski % 80'dir. Dolayısıyla major depresif atak geçiren hastaların % 75 ile %95 oranları arasındaki bir kısmı hayatları boyunca en az bir atak daha geçirirler (22).

Tek atak major depresif bozukluk geçiren kişilerin yaklaşık % 5'iyle 10'unda daha sonra bir manik atak ortaya çıkar (yani bipolar I bozukluğu geliştirirler). Genç bir kişide major depresif bozukluğun ilk atağının sonunda bipolar bozukluğa dönüşüp dönüşmeyeceğini kestirmek zordur. Eldeki kimi veriler, ergenlik öncesinde herhangi bir psikopatolojisi olmayan genç bir kişide ortaya çıkan, özellikle psikotik özelliklerin ve psikomotor retardasyonun olduğu, akut başlangıçlı ağır bir depresyonun bipolar bir gidişin olacağı olasılığının daha yüksek olduğunu düşündürmektedir. Ailede bipolar bozukluğun olması da daha sonra bipolar bozukluğun gelişeceğini düşündürür (2).

## **B. Bipolar Bozukluk**

Bipolar bozukluk (iki uçlu bozukluk ya da daha önceki ismi ile 'manik depresif psikoz') belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma (mikst ) ataklarla giden ve bu ataklar arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurumu haline dönebildiği (ötimi) kronik seyirli ve ataklarla seyreden bir duygulanım bozukluğudur. Bipolar I bozukluk (depresif ve manik ataklarla seyreden), bipolar II bozukluk (hipomani ve depresif ataklarla seyreden) ve bipolar III bozukluk (somatik tedaviyle indüklenen hipomanik ataklarla ve depresif ataklarla seyrederek) olarak 3 klinik alt tipi vardır (3).

### **1. Epidemiyoloji:**



Bipolar bozuklukta yaşam boyu hastalanma riski % 1'dir. Bipolar bozuklukta sıklık oranı erkekler için 9-15/100.000, kadınlar için 7.4-30/100.000'dir. Bipolar bozukluklar kadın ve erkekler arasında çok belirgin farklılıklar göstermemektedir. Bipolar bozukluğun yüksek sosyoekonomik düzeyde daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Genelde bipolar I bozukluğun başlangıcı major depresif bozukluktan daha erkendir. Başlangıç yaşı çocukluk çağından (5-6 yaş kadar erken) 50 yaşa kadar ve hatta nadir durumlarda daha geç yaşlara kadar değişkenlik gösterebilir. Ortalama başlangıç yaşı hem erkek hem kadınlar için 20'dir (1, 3, 5).

## **2. Risk Faktörleri:**

Bipolar I bozukluğu olan hastaların birinci derecede akrabalarında bipolar I (% 4-24), bipolar II (% 1-5) ve major depresyon görülme olasılığı artmıştır. Aile öyküsü varlığında erken başlangıç olasılığı yüksektir. Bipolar I bozuklukta güçlü genetik geçiş vardır. Genç yaşlarda manik ataklar daha sıkken ilerleyen yaşlarda depresif ataklar daha siktir. Erkeklerde manik ataklar daha sık kadınlarda depresif ataklar daha sık izlenir. Ayrıca erkeklerde ilk atak genelde manik atak şeklindeyken kadınlarda depresyon şeklindedir. Bipolar I bozukluk tanısı almış kadınların postpartum dönemde yeni bir atak geçirme olasılığı çok yüksektir. Ayrı yaşayanlarda ve boşanmışlarda bipolar I riski artmıştır (3).

## **3. Tanı:**

Bipolar affektif bozukluk tanısı koymak için hastanın yaşamının herhangi bir döneminde en az bir manik, hipomanik veya karma atak geçirme öyküsünün olması gerekir. Tanı koymak için depresif atağın varlığı gerekli değildir.

### **Manik Atağın DSM IV'e Göre Tanı Ölçütleri**

**A.** En az 1 hafta (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) süren, olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl, ayrı bir duygudurum döneminin olması.

**B.** Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur.

(1) benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite

(2) uyku gereksiniminde azalma (ör: sadece 3 saatlik bir uykudan sonra kendini dinlenmiş hisseder)

(3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma

(4) fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşisıra gelmesi yaşantısı

(5) distraktibilite (dikkat dağınıklığı), yani, dikkat önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir

(6) amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal yönden, işte ya da okulda, cinsel açıdan ) ya da psikomotor ajitasyon

(7) kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma (ör: elindeki bütün parayı alışverişe yatırma, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da aptalca iş yatırımları yapma

**C.** Bu belirtiler karma atağın tanı ölçütlerini karşılamamaktadır

**D.** Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

**E.** Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (21).

Karma atak demek için en az 1 haftalık dönem boyunca hemen hergün, hem bir manik atak hem de bir major depresif atak (süre dışında) için tanı ölçütleri karşılanmalıdır (21).

Hipomanik atakta manik ataktan farklı olarak 4 günlük süre yeterlidir. Bununla birlikte beraber toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir ve psikotik özellikler içermez (21).

#### **4. Gidiş ve Prognoz:**

Bipolar olguların mani ile başlama olasılığı % 50'nin biraz üzerindedir. Ataklar kendini sınırlayan bir özellik gösterir. Tedavi edilmeyen olgularda maninin ortalama süresi 7 ay kadardır. 6ay süreyle remisyonda kalma oranı psikotik belirtisi olanlarda % 66 olmayanlarda % 88 olarak verilmektedir. Genel olarak ilk ataktan sonra 1 yıl remisyonda kalma olasılığı % 58, 4 yıl için ise % 42 olarak verilmektedir. Atak sayısı arttıkça döngü süresi azalır. Toplam hastalık süresi ise artar. Bipolar olgularda ortalama atak sayısı 9 olarak verilmektedir. Yinelemelerin önemli bir bölümü ilk yıl içinde olmaktadır. Olguların yaklaşık % 13'ü süregen seyir gösterir. Süregen seyir gösterenlerde hipertimik bir duygudurum zemininde yineleyen mani atakları ve yıkıma giden bir seyir izlenmektedir. Bipolarlarda intihar girişimi oranı % 25, intiharla ölüm oranı da % 10 olarak verilmektedir. Hastalığı gidişatı sırasında lityum gibi duygudurum dengeleyicilerin erken dönemde başlanması rekürrensleri önleme açısından önemlidir (22, 23).

#### **B1. Bipolar Bozuklukta Depresif Dönem**

Günümüz psikiyatri nozolojisinin babası sayılan Kraepelin, manisi olan bireyleri depresyonu olan ve olmayanlar olarak ayıran ilk kişidir. Kraepelin'den DSM-II'ye (APA, 1968) kadar sendromlar, rekürren mani subtipleri olan, rekürren depresyon subtipleri olan, rekürren mani ve depresyon subtipleri beraber olan ve karışık durumları içeren affektif bozukluklar şeklindeydi. Leonard 1957'de monopolar maninin diğer bozukluklardan farklı olduğunu belirtmiştir. DSM-III major depresif bozukluğu maninin olup olmamasına göre bipolar bozuklukta ayırmıştır (24).

12 yıllık kısa sürede dört farklı ülkede çalışan beş bilim adamı, 1957'de Leonhard, 1966'da Angst, 1969'da Winokur, Clayton ve Reich bipolar depresyonun unipolar depresyondan farklı olduğunu ileri sürmüştür (25).

Bazen bipolar bozukluk ile unipolar bozukluk arasındaki ayırım ilk başta görüldüğü gibi net olmayabilir. Bipolar hastaların yaklaşık yarısında ilk atak depresyon ile başlar. Bipolar bozukluktaki depresyonların başlangıç ve bitişi, diğer depresyonlardan hızlı olmakla birlikte, major depresyona benzer özellikler de gösterir (25). Unipolar depresyon ciddi depresif belirtilerle birlikte psikotik özellikli olabilir ve unipolar depresyon atakları manik atak olmadan sık sık tekrarlayabilir (22).

Unipolar depresyonun sıklığı ve yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmalar kadınlarda erkeklere göre yaklaşık olarak iki kat fazla olduğunu göstermiştir. Buna zıt olarak bipolar bozuklukta cinsiyet oranları tüm alt gruplar birlikte değerlendirildiğinde yaklaşık olarak 1/1'dir. Bununla birlikte bipolar II hastalar arasında ve özel alt gruplarda (karma/disforik mani, mevsimsel depresyon, atipik görünümlü bipolar depresyon; hızlı görünümlü bipolar bozukluk) kadınlarda daha sık ortaya çıkar (26).

Tekrarlayıcı unipolar depresyonun ortalama başlangıç yaşı sıklıkla 30-35'tir. Oysa bipolar bozukluğun başlangıç yaşı en yaygın 20 yaş civarındır ve unipolar depresyondan belirgin biçimde düşüktür (26). Yapılan bazı çalışmalarda bipolar bozukluğun unipolar bozukluktan 6 yıl erken başladığı görülmüştür (24). Hem unipolar bozuklukta hem de bipolar bozuklukta aile öyküsü bulunanlarda başlangıç yaşı belirgin olarak daha erkendir (26). Serretti ve ark. (2002), yaptıkları bir çalışmada bipolar bozukluk I, bipolar bozukluk II, rekürren major depresif bozukluk ve tek atak major depresif bozukluklu hastalarda bipolar I bozukluklu hastaların daha genç olup, hastaneye yatışlarının ve psikotik belirtilerinin daha fazla olduğunu göstermişlerdir. Doğumdan sonra ortaya çıkan postpartum depresyon hastalarının çoğu iki uçlu bozukluğa sahiptir (27).

Medeni durumla duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki karmaşıktır. Major depresif bozukluk ve bipolar bozukluk boşanmış, ayrılmış ve dul bireylerde daha sıktır. Bekâr bayanlarda major depresyon riski düşüktür ve bu erkeklerde tam tersidir (26).

Düşük sosyal sınıf ve depresif belirtiler arasında bir ilişki saptanmış olmasına rağmen çoğu çalışma major depresif bozukluk ya da bipolar I bozukluk arasında zayıf bir ilişki bulmuştur. Major depresif bozukluk işsizlerde çalışanlara göre 3 kat fazladır. Buradaki ilişki ters olabilir yani mevcut duygudurum bozukluğu işsizlik, boşanma ve

düşük gelir seviyesine neden olabilir. Bu da sosyal seviyede gerilemeyle sonuçlanabilir. NCS (*National Comorbidity Survey* - Ulusal Eş Tanı Çalışması) ile düşük eğitim seviyesinin ve düşük gelir seviyesinin herhangi bir duygudurum bozukluğu riskini artırdığı görülmüştür (26, 28).

Kişilerin yaşadıkları yerlerle duygudurum bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda bulgular karışıktır ancak genel olarak şehirde yaşayanlarda hem unipolar depresyon hem de bipolar bozukluk daha yaygın bulunmuştur. Bu da şehirde stres faktörlerinin daha fazla olmasına bağlanmıştır (28).

Psikiyatrik hastalıklar içindeki intihar davranışların % 60'ı duygudurum bozukluklarına bağlı olarak gerçekleşmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar yaşam boyu intihar girişimi oranlarının bipolar bozuklukta % 29.2 ve unipolar bozuklukta % 15.9 olduğunu göstermiştir. Hastaneden taburcu olanlar arasında intihara bağlı ölüm oranlarının yaklaşık %20'si bipolar bozukluğa % 15'i de unipolar bozukluğa bağlıdır (28). Serreti ve ark. (2002) çalışmasında bipolar II bozukluklu hastaların intihar riski, tek atak major depresif atak ve bipolar I bozukluklu hastalardan daha yüksek bulunmuştur (27). Sonuç olarak bipolar bozukluklu hastalar unipolarlara göre hem daha fazla hem de daha öldürücü intihar girişimine sahiptir (28).

Zaman zaman bulgular çatışmasına rağmen bipolar hastalarda depresif dönemde daha çok hipersomnia, psikomotor retardasyon ve psikotik semptom varken unipolar hastalarda insomnia, psikomotor ajitasyon, anksiyete ve hipokondriasis vardır. Bundan başka bazı çalışmalar bipolar depresyonlu hastaların remisyon döneminde unipolar hastalara göre daha dışa dönük olduklarını ve daha az nörotisizm belirtileri gösterdiklerini söylemektedir. (28). Mitchell ve ark. (2001) bipolar bozukluk grubunda unipolarlardan anlamlı olarak daha çok hipersomnia ve retardasyon tespit etmişlerdir (29). Serreti ve ark. (2002) yaptığı çalışmada yatan bipolar I bozukluklu hastalarda unipolarlara göre daha fazla atipik depresyon belirtisi bulmuşlardır (27).

**Tablo 1.** Genel Olarak Bipolar ve Unipolar Depresyonların Ayırıcı Özellikleri (25,30)

	<b>Bipolar Depresyon</b>	<b>Unipolar Depresyon</b>
<b>Mani ya da hipomani öyküsü</b>	Var	Yok
<b>Cinsiyete göre oran</b>	Eşit	Kadın > erkek
<b>Başlama yaşı</b>	Ergenler, 20-30'lu yaşlar	30, 40, 50'li yaşlar
<b>Postpartum hastalık dönemleri</b>	Daha sık	Az
<b>Dönemin başlangıcı</b>	Ani	Daha sinsi
<b>Dönem sayısı</b>	Çok	Daha az
<b>Dönem süresi</b>	3 ile 6 ay	3 ile 12 ay
<b>Psikomotor aktivite</b>	Retardasyon > Ajitasyon	Ajitasyon > Retardasyon
<b>Uyku</b>	Hipersomnia > İnsomnia	İnsomnia > Hipersomnia
<b>İki uçlu aile öyküsü</b>	Yüksek	Düşük
<b>Tek uçlu aile öyküsü</b>	Yüksek	Yüksek
<b>Antidepresanlara yanıt</b>	Hipomani/mani başlatır	Hipomani/mani başlatması nadirdir
<b>Lityum karbonata yanıt</b>	Antidepresan etki gösterir	Genelde etkisizdir
<b>Anksiyete</b>	Düşük	Yüksek
<b>Aşırı öfke dışavurumu</b>	Düşük	Yüksek
<b>Bedensel yakınmalar</b>	Düşük	Yüksek
<b>Ölçülmüş bedensel etkinlik</b>	Düşük	Yüksek
<b>Ataklar arası belirti değişikliği</b>	Yüksek	Düşük
<b>Atak içinde duygudurumda oynaklık</b>	Yüksek	Düşük
<b>Birden kapanma (shut-down) depresyonları</b>	Yüksek	Düşük
<b>Ağrıya duyarlılık</b>	Düşük	Yüksek
<b>Bölünmüş REM uykusu</b>	Yüksek	Düşük
<b>Kilo kaybı</b>	Düşük	Yüksek

Aile çalışmalarında bipolar bozukluklu bireylerin kontrollere göre yakınları arasındaki ortalama risk oranı % 10.3 iken bu oran major depresif bozukluklu bireylerin yakınlarında % 3.2'dir. Bu durum, bipolar bozuklukta major depresif bozukluğa göre yüksek ailesel yüklülüğü göstermektedir (17).

Bipolar bozukluğa özgü değilse bile bu tanıyı alan hastalarda çok sık karşılaşılan bir durum da mevsimsellikdir. Bipolar depresyon dönemlerinin unipolarlara göre sonbahar ve kışın ortaya çıkma olasılıkları daha yüksektir (30).

Lityum, unipolar depresyonda antidepresan etkinliği artırabilir ve elektrokonvulzif tedavi hem mani hem de depresyonda etkilidir (22).

### **C. Kişilik, Mizaç ve Karakter**

#### **1. Kişilik**

Kişilik (şahsiyet) anlamındaki personality teriminin kökeni Latince persona (maske) kelimesine uzanır. Kişilik naturel- nürtürel-kültürel faktörlerin etkileşimleriyle küçük yaşlardan itibaren şekillenen, değişmeye oldukça dirençli, o kişiye has kavrayış, düşünüş, karar veriş ve davranış özelliklerinin toplamı olarak tanımlanabilir. Kişilik kavramının sınırları ve kapsamı ilk bakışta zannedildiğinden çok daha geniştir. Kişinin hem naturel (doğuştan getirilen) yani kalıtsal yanını ve mizacını, hem de nürtürel (terbiyeyle eğitimle görgüyle v.s kazanılan) ve kültürel (toplumsal, çevrenin etkisiyle kazanılan) yönlerini yani karakterini ve görgüsünü kapsamaktadır. İnsan biyopsikososyal bir bütündür ve bütünü kendisini meydana getiren parçaların toplamından fazla farklı bir şey olması esprisi içerisinde kişilik de bütün bunların toplamından fazla farklı ve o kişiye has bir olgudur. Kişilik gelişimiyle ilgili teorilerin her biri bu parçalardan bir veya birkaçına önem vermiş ona göre kurulmuştur (18).

#### **a. Kişilik Kavramının Tarihsel Gelişimi**

Hipokrat (M.Ö: 460–377) insanın duygudurumu ile beden sıvıları arasında bağlantı kurmuş ve hafif kanlı mizaç, ağır kanlı mizaç, kara sevdalı mizaç ve sinirli mizaç olarak birbirinden farklı mizaçları tanımlamıştır. Galenos da ( M.S:131–201) Hipokrat'ın etkisi altında kalmış ve onun görüşlerini geliştirmiştir. Hipokrat'ın tanımladığı mizaç tipleri ile hastalıklar arasında bağlantı kurmuştur. Başka bir deyişle ruhsal hastalıklara yatkın kişilik yapıları olduğu görüşünü ileri sürmüştür (31).

Batı düşüncesinde kişiliğin ilk önemli açıklaması Plato'dan gelmiştir. Plato beş tür hükümete göre beş tip tanımlamıştır. Bilgili yöneticilerin hükümetine denk gelmek üzere akıl sağlığı için en ideal olan aklın, tutkuları ve istekleri kontrol altında tutmasıdır. Kibirli ve hırslı tipte bir tutku ve gurur fazlalığı vardır; haris tipte ise istek fazlalığı bulunur. Dördüncü tipin ise istekleri kontrol altında değildir. Beşinci uçarı tipte ise akıl yürütme tamamen gözden çıkarılmıştır ve açıkça psikopatolojik olan bir devlete ulaşılmıştır. Aristo da cesaret ölçülülük, cömertlik, gurur, hırs, huysuzluk, cana yakınlık, övünç ve utanç gibi karakter özelliklerini tek tek tanımlamıştır (32).

Kretschmer, belli beden tiplerine uyan kişilik türleri tanımlamıştır. Atletik tip-normal kişilik, piknik tip-siklotimik kişilik, astenik tip-şizoid kişilik ve displastik tip şeklinde ama bu sınıflandırma tarihe karışmıştır (1).

Sheldon da antropetrik ölçümlere dayanarak viserotonik tip (dışa dönük, neşeli yemeyi seven), somatotonik tip (atletik, atılgan hareketli) ve serebrotonik (daha çok astenik ve zihinsel yönden gelişmiş ) şeklinde kişilik tipleri tanımlamıştır (1).

Jung, canlıların iki temel uyum biçimini dışa yönelme ve üretme ikinci olarak da içe yönelme ve koruma olarak görmüş ve bunlara dayanarak da dışa-dönük (ekstrovert) ve içe-dönük (introvert) kişilik yapıları tanımlamıştır (1).

Spranger (1926) da kişiliği değerlere göre sınıflandırmıştır ve altı değer tipi ortaya koymuştur. Bunlar kuramsal insan, ekonomik insan, estetik insan, sosyal insan, politik insan ve dini insandır (33).

## **b. Kişilik Kuramları**

Kişilik kuramlarının başlangıçta klinik gözlemler ile geliştiğini ve Charcot, Janet, daha sonra Freud, Jung ve Mc Doughall'in etkilerini görüyoruz. Bir başka etki kanalı ise William Stern ile başlayan Gestalt yaklaşımları ve bütüncü görüşler olmuştur. Bu arada deneysel psikoloji, öğrenme kuramları ve kontrollü ampirik araştırmalar kendi alanlarında kişilik kuramlarının gelişmesinde etkili olmuştur. Psikometri ve insan davranışlarında ölçme ve değerlendirme ve bireysel ayrılıkların saptanması kişilik kuramlarının gelişmesinde başka etki boyutunu oluşturur (33).



Freud kişilik kuramında (yapısal kuram) kişiliğin gelişimini bireyin bebeklik ve çocukluk yıllarına bağlamıştır. Freud'a göre bireyin kişiliği id, ego ve süperegonun birleşiminden oluşmaktadır. İd kişiliğin çekirdeğini oluşturur, ego kişiliğin gerçekçi yürütme organıdır, süperego da kısaca çocuğun sorumluluk ve ahlaki duygularını oluşturur. Bu üçlüden herhangi birisi daha etkin olduğunda şu kişilik tipleri ortaya çıkar:

**Erotik tip:** Başkaları ile olmayı sever, kalabalığı sever, kendisini ve başkalarını popüler, doğru olanı yapmak, toplumsal baskı gibi değerlerle ölçer.

**Obsesif tip:** Eleştiricidir, şüphecidir, kolay kolay etkilenmez, obsesif ve rasyonel olmakla övünür, basit olayları karmaşık bir biçimde yorumlar.

**Narsist tip:** Kusuru başkalarına atar, başkaları ile olan ilişkilerinde kendini över, kendisiyle ilgili endişelerin farkında değildir, kendisinden memnundur (33).

Freud ayrıca kişilik özelliklerinin gelişimin psikoseksüel dönemlerinin bir yerinde saplanmaya bağlı olduğunu ileri sürmüştür. Örneğin; beslenmede başkalarına bağımlı olduğu dikkat çektiğinde oral karakter oral döneme fikse olduğu için pasif ve bağımlıdır. Anal dönem süresince tuvalet eğitiminde uğraşı olduğu için anal karakterler cimri, inatçı ve aşırı vicdanlıdır (5).

Jung ve analitik psikoloji insanları içe-dönük/ introvert ve dışa-dönük/ extrovert diye ayırmıştır. Her insanda kişilik ya içe-dönük ya da dışa-dönük ağırlıktadır. Jung'a göre içe-dönük insanlar uyaranları kendi içinden alır dışa-dönük olanlar çevreden alır. Her insanda bu iki eğilim bir arada bulunur ancak biri ağır basar. Jung kişiliğin dört ana fonksiyonunu da tanımlamıştır. Bunlar duyuş, hissetme, düşünme, sezgi şeklindedir. Bundan hareketle de düşünen içedönük, düşünen dışadönük, duygusal içedönük, duygusal dışadönük, duysal içedönük, duysal dışadönük, sezgisel içe dönük ve sezgisel dışa dönük olarak sekiz tür içe ve dışa dönük tip şeklindedir. Jung'a göre kişilik birbiriyle etkileşimde bulunan çok sayıda sistemden oluşur. Kişilik bu sistemlerden ve bu sistemlerin etkileşiminden oluşur. Bu sistemler ego, kişisel bilinçaltı ve onun kompleksleri ve kolektif bilinçaltı ve arketipler, persona, anima, animus ve gölgedir (33).

Adler ve bireysel psikoloji, kişiliğin özgünlüğüne önem verir, çeşitli özellikleri ve değerleri ile her bireyin tek ve kendine özgü olduğuna inanır. Her bireyin davranışları diğerlerinden yaşam biçiminin özellikleri ile ayrılır. Adler kuramına göre kişilik, bireyin kendisine, diğer insanlara ve topluma karşı geliştirdiği tutumların ürünü olarak gelişir. Kişiliğin merkezi bilinçtir. Birey bilinçli bir varlıktır. Davranışlarının bilincindedir. Her insanın varoluşunda bir eksiklik duygusu vardır. Çocukluk dönemindeki yetersizliğinden, çevreye olan bağımlılığından ötürü, çaresizlik içindedir. Yaşamı boyunca da bireyler üzerinde üstünlük kurmak ve gücünü kanıtlamak için çaba gösterir. Kusursuz bir kişi olmak ister. Sürekli üstün olma peşindedir. Adler, davranışın sosyal belirleyicilerinin önemi üzerinde durmuştur. Yaratıcı kendilik kavramını, bireylerin yaşantılarını yorumlayan, anlam kazandıran bir sistem olarak açıklamıştır. Kişiliğin emsalsizliğini önemsememiş, cinsel içgüdüye daha az önem vermiş, bilinci, kişiliğin temeli ve esası olarak kabul etmiştir (33).

Eric Fromm ve humanistik psikanalize göre kişilik sosyal etkiler sonucu yaşam tecrübeleriyle oluşur. Kalıcı olan kişilik, bireyin fiziksel yapısı ve mizacını oluşturan kalıtsal yönleri ile sosyal ve kültürel etkilerin tümünün ortak ürünüdür. Eric Fromm'a göre psikolojinin temel sorunu bireyin toplumla, dünya ile ve kendisiyle nasıl bir ilişki kurduğunun incelenmesidir. Bu ilişki biçimi, öğrenme ve toplumsallaşma süreçleri sonunda edinilir. Fromm'a göre bireyin çevre ilişkileri iki yöndedir. Birincisi sosyalleşme, ikincisi de asimilasyondur. Sosyalleşme, sembiyotik ilişkilere, içe çekilmeye ve yıkıcılığa dönüşebilir. Sembiyotik ilişkiler, bireyin toplumsal ilişkilerde başkalarına bağımlı olmasıdır. Birey yalnız olmak istemez bir başka kişiye zarar vererek veya bunun tam tersi kendine zarar vererek güvensizliğinden kurtulmaya çabalar. İçe çekilme ve yıkıcılık, toplumsal tutumların pasif ve aktif biçimleridir. İçe çekilmede birey kendi ortamını güvenli bir ortam haline getirmeye çalışır. Yıkıcılıkta ise, saldırganlıkla gücünü kanıtlamaya ve güven kazanmaya çaba gösterir. Assimilasyon ise, bireylerin somut ve soyut bütün "nesnelere" toplama ve kullanma biçimlerini kapsar. Çeşitli asimilasyon türleri vardır. Bunlar: Alıcı eğilim: Birey çevresinin ona yardım etmesini bekler. Herşeyi başkalarından bekler. Sömürücü eğilim: Bunlar hayatlarını başkalarını sömürmekle geçirirler. Üstelik de bunun hakları olduğuna inanırlar. İstifleyici: Burada birey toplayıcıdır. Dış dünya onun için tehlikelidir. Kendini korumak için herşeyi biriktirmek ve saklamak eğilimindedir. Pazarlayıcı: Birey başarılı

olmak için kendini sürekli olarak pazarlama davranışını gösterir. “Ben sizin istediğiniz gibiyim” mesajını verir. Üretici: Bu eğilim olumlu olan tek kişilik türüdür. Üretir, başkalarını sever, yaratıcıdır. Yapıcılığa ve başkalarına yararlı olma en önemli amacıdır. Karen Horney ve bütüncü yaklaşıma göre insanın yaşamında iki temel eğilim kişiliğin yöneticisidir. Bunlar emniyet ve güven duygusu ile doyumdur. İnsanların emniyet ve doyum sağlamak için yiyecek, giyecek, para, cinsellik gibi pek çok gereksinimi feda edebileceklerine dikkati çeker. İnsanların temel amaçlarının önce tehlikeden uzak ve emniyet içinde bir yaşam olduğunu daha sonra çeşitli gereklerinin doyumunu aradıklarını vurgular (33).

Harry Stack Sullivan ve kişiler arası ilişkiler kuramına göre kişiliğin incelenmesinde insanlar arası ilişkilere öncelik tanınmaktadır. Kişilik varsayımsal bir kavramdır ancak ilişkiler incelenerek anlaşılabilir. Kişiliğin yapısal örgütü ise içsel algıların değil insanlar arası ilişkilerin ürünüdür. Yani kişilik bir ya da daha fazla kişi ile ilişki durumunda ortaya çıkar. Sullivan kişiliğin başlıca görevini, gerilimi azaltma olan ve bu amaçla çalışan bir enerji sistemi olarak ele alır (33).

Gordon Allport ve personalistik psikolojiye göre kişilik bireyin çevresine özel uyumunu belirleyen psikofizyolojik sistemlerinin dinamik örgütü olarak tanımlanmıştır. Dinamik örgütlenme sürekli değişen ve gelişen özellikle uyuma yönelik bir işlevdir. Psikofizyolojik sistemler ise alışkanlıklar, özel ve genel tutumlar ve diğer psikofizyolojik sistemleri kapsar. Psikofizyolojik eğilimlere treyt adını vermiş olan Allport bu kavramı kuramının temeli yapmıştır. Allport’a göre kişilik bir sağ kalma biçimidir (33).

Eysenck kişiliğin tanımını Allport’a yakın bir biçimde yapmıştır. Kişilik insanın gerçek veya gizil davranış örgütlerinin tümünü kapsar. Bunlar hem kalıtım hem de çevre etmenlerinden kaynaklanıp karşılıklı etkileşim sonucu biçimlenir. Eysenck ve faktör kuramlarına göre kişilik insanın gerçek veya gizil davranış örgütlerinin tümünü kapsar. Bunlar hem kalıtım hem de çevre etmenlerinin kaynaklanıp karşılıklı etkileşim sonucu biçimlenir demiştir. Eysenck insan kişiliğinde dört temel boyutun bulunduğunu ifade etmiştir. Bunlar bilişsel boyut (zeka), değerlendirici boyut ( karakter), duygusal boyut (mizaç) ve somatik boyut (yapı)’tur. Normal ve nevrotik insanları karşılaştırırken bunların nevrotizm, introversiyon-extroversiyon ve psikotizm şeklinde olmak üzere 3 özellik ve tipe ayrıldıklarını ifade etmiştir (33).

Costa ve McCrae, kişilik kavramına boyutsal yaklaşım getiren günümüz kuramcılarındandır. 1978’de geliştirdikleri model ilk önce sadece Nevrotizm, Dışa Dönüklük (Extroversion) ve Deneyime Açıklık (Openness) kavramlarını kapsarken, daha sonra bu kavramlara Uzlaşabilirlik (Agreeableness) ve Sorumluluk (Conscientiousness) kavramlarını da ekleyerek beş faktörlü bir kişilik modeli geliştirmişlerdir. Bu model üzerinde çalışmalar sürmektedir (34, 35).

## **2. Mizaç**

Mizaç, fiziksel uyarıların isteklerine şartlanmış davranış cevabının düzenlenmesinde bedensel eğilim olarak tanımlanmaktadır. Alexander Thomas ve Stella Chess’in yaptıkları öncül çalışmalarda mizaç davranışın güdülenmesi (neden) ve içeriğinden (ne) farklı olarak davranışın biçimsel parçası (nasıl) olarak tanımlanmıştır.

Mizaçtaki ve temel emosyonlardaki bireysel farklılıklar algısal bilgi sürecini düzenlemekte ve özellikle şartlanmış bilinç dışı cevapla ilgili erken dönemde öğrenilmiş özellikleri şekillendirmektedir. Mizaç emosyonlardaki kalıtsal yatkınlıklar ve emosyonlardan köken alan dürtülerin otomatikleşmiş davranış özelliklerinin ve erken yaşamda gözlenebilen ve nispeten tüm yaşam boyu devam eden alışkanlıkların altında yatan öğrenme olarak tanımlanmaktadır.

Mizacın farklı kültürler, etnik gruplar ve farklı kıtalardaki farklı politik sistemlere karşı evrensel olduğu tekrar tekrar gösterilmiştir. Mizaç farklılıkları başlangıçta kararlı değilken yaşamın 2. ve 3. yıllarında sabitleşme eğilimi göstermektedir (36).

## **3. Karakter**

Karakter zihne işaret etmektedir ve kişiliğin çekirdek kavramıdır. Kişisel değer ve amaçların yansıdığı nesne ilişkilerini ve bireysel farklılıkları içermektedir. Diğer bir deyişle karakter bir bireyin isteyerek kendi kendine ne yaptığıdır. Karakter akılcı ve iradeli. Mizaç korku, kızgınlık gibi basit emosyonları içerirken karakter bir amaca yönelik itidal, empati, sabır ve hatta olgun bireylerde daha fazla bulunan aşk, ümit ve inanç gibi ikincil emosyonları içermektedir. Sonuç olarak karakter yürütücü kurallar

koyucu ve yargısal işlevleri içeren ruhsal olarak kendini yönetebilme olarak tanımlanabilir (36).

Karakter doğumdan itibaren geç erişkinlik dönemine doğru tedrici bir tarzda artarak olgunlaşmaktadır. Olgunlaşma seviyeleri arasındaki geçişlerin derecesi ve zamanı önceki mizaç yapısının, sistematik kültürel eğilimlerin ve her bir bireye özgü yaşantıların doğrusal olmayan işlevleridir (36).

**Tablo 2.** Mizaç (İşlemsel veya Birleştirici Öğrenme) ve Karakter (Kavramsal veya Anlamsal Öğrenme) Arasındaki Ana Farklılıklar (36)

<b>Değişken Özellikler</b>	<b>Mizaç</b>	<b>Karakter</b>
<b>Farkındalık Düzeyi</b>	Otomatik	İstemli
<b>Bellek Formu</b>	Algılar	Kavramlar
<b>Öğrenme İlkeleri</b>	İşlemler	Öneriler
<b>Zihinsel Aktivitede Olası Rolü</b>	Birleştirici	Kavramsal
<b>Ana Beyin Sistemi</b>	Durum	İçgörü
<b>Ruhsal Simgenin Formu</b>	Pasif	Aktif
	Üretici	Geliştirici
<b>Ana Beyin Sistemi</b>	Limbik Sistem Striatum	Temporal KorteksHipopampus
<b>Ruhsal Simgenin Formu</b>	Uyarana cevap kuvvetteki sıralı ek değişiklik	Birbirini etkileyen ağ yapıdaki niteliksel değişiklik

#### 4. Cloninger'm Psikobiyolojik Kuramı

Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, genel bir psikobiyolojik kuram geliştirmiştir. Bu model, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca orta düzeyde durağan, sosyokültürel etkiler karşısında değişmez oldukları ve algısal bellekte kavram öncesi yanlılıkları içerdikleri varsayılan dört mizaç boyutu (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) ve yetişkinlikte olgunlaştıkları ve kendilik kavramları hakkında içgörü öğrenmesi ile kişisel ve sosyal etkinliği etkiledikleri varsayılan üç karakter boyutunu (kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma) içermektedir (37).

Cloninger'ın kişilik kuramı kişiliği çok katlı düzeyde anlayabilmek için bize kapsamlı bir içgörü sunar. Bu düzeyler kişiliğin genetiği, davranışın nörobiyolojik temelleri, bilişsel duygusal yapı ve kişiliğin gelişimi, kişilik boyutlarındaki bireysel farklılıkların davranışsal karşılıkları ve kişilik yapılarıyla gelişimsel etmenlerin etkileşiminin psikiyatrik bozukluklara yatkınlığa yol açması gibi düzeylerdir. Cloninger'ın dört mizaç boyutu ve üç karakter boyutu aşağıdaki gibidir (38–40).

#### **a. Zarardan Kaçınma (Z.K)**

Cezalandırılma ve hayal kırıklığı uyaranlarına cevap olarak davranışın baskılanmasında kalıtsal bir koşullanma içermektedir. Belirsiz bir korku, utangaçlık ve sosyal engellenmişlik, sorunlardan ve engellerden pasif kaçınma, çabuk yorulma ve hatta başka insanları endişelendirmeyen durumlarda sorun beklentisi içindeki karamsarlık kaygısı olarak gözlemlenmektedir. Zarardan aşırı kaçınmanın uyumsal faydası tehlike olasılığı olduğu zaman ihtiyatlılık ve dikkatli planlama yapabilmektir. Zararı ise zarar görme olasılığı olmadığı zamanlarda da zarar beklentisi içinde olmaktır ki bu durum uyum bozukluğuna ve kaygıya neden olmaktadır. Zarardan az kaçınmanın faydası tehlike ve belirsizlikle karşılaşıldığında kendine güvenme ve iyimserliğe neden olmasıdır. Zararı ise tehlikeye karşı tepkisizlik ve gerçekçi olmayan iyimserlik, olası bir zarar görme durumunda ciddi sonuç riski ile ilişkili olmasıdır. Zarardan kaçınmadaki bireysel farklılıkların dorsal rafeden çıkan GABA ve serotonerjik yollarla ilgili olduğu varsayılır (36).

Zarardan kaçınmanın alt birimleri de beklenti endişesi karamsarlık/ sınırsız iyimserlik, belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme ve çabuk yorulma ve dermansızlıktır/ zindelik (41).

#### **Zarardan Kaçınma Alt Ölçekleri:**

##### **Beklenti Endişesi ve Karamsarlık / Sınırsız İyimserlik (ZK1)**

Bu alt ölçekteki yüksek skorlar iki farklı davranış eğilimi gösterir. Birincisi, bu insanlar zarar ve başarısızlık beklentisi olan kötümser, endişe duyan insanlardır. Bu eğilim özellikle riskli, tanıdık olmayan ya da gerçekten zor durumlarda baskındır.

Ancak zararsız durumlarda hatta güvenli ve destekleyici şartlarda da devam eder. İkincisi, bu kişilerin aşağılayıcı ve utandırıcı yaşantılarla baş etmekte zorlukları vardır, uzun süreler bu yaşantılar hakkında tekrar tekrar düşünürler. Bu alt ölçekte düşük skorları olan bireyler pozitif düşünen iyimser olarak tanımlanırlar. Bu kişiler tipik olarak zorluklarla karşılaşmaktan endişe etmezler. Utanınca ya da aşağılanınca bu insanlar bunun üstesinden çabuk gelirler (42).

### **Belirsizlik Korkusu (ZK2)**

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler potansiyel tehlikesi olan belirsizliği ya da tanıdık olmayan şartları tolere edemezler. Sıklıkla tanıdık olmayan ya da belirsiz durumlarda anksiyöz ve gergin hissederler. Nadiren risk alırlar, rutinde olan değişikliklere zor adapte olurlar, sakin ve inaktif kalmayı tercih ederler. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar güvenli, sakin ve soğukkanlı olma eğilimindedirler. Ancak bu bireyler risk almayı tercih ederler, örn: buzlu yolda hızlı araba kullanmak. Bu kişiler rutinde değişikliklere kolayca uyum sağlarlar (42).

### **Yabancılardan Çekinme (ZK3)**

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler sosyal durumların çoğunda iddiacı olmayan ve utangaç olarak tanımlanırlar. Genellikle aktif olarak yabancılarla buluşmaktan kaçınırlar. İyi tanımadıkları kişilere güvenleri yoktur. Kabul görme konusunda garanti verilmedikçe tanımadıkları insanlarla ilişkiye girmekte isteksizdirler. Genelde kişisel teşebbüsleri tanıdık olmayan kişiler ve durumlar tarafından kolayca inhibe edilebilir. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar cesur, radikal ve dost tavırlı olarak tanımlanır. Rahatsız olmadan konuşurlar ve sosyal aktivitelere kolay katılırlar. Teşebbüsleri tanıdık olmayan kişiler ya da durumlarla inhibe olmaz (42).

### **Çabuk Yorulabilme ve Dermansızlık / Zindelik (ZK4)**

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler çoğu kişiye göre asteniktir ve daha az enerjileri vardır. Sıklıkla şekerlemeye ya da ekstra istirahat periyodlarına ihtiyaç duyarlar, çünkü kolay yorulurlar. Bu kişiler tipik olarak hafif hastalıklardan ya da stresten diğerlerine göre daha yavaş iyileşirler. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler

daha enerjik ve dinamiklerdir. Uzun süre hareket halinde kalabilirler ya da kendilerini zorlarlar. Diğer bir deyişle sadece çok az şey bu kişiler için zor ya da yorucudur. Tipik olarak hafif hastalıklardan ve stresten çabuk iyileşirler (42).

### **b. Yenilik Arayışı (YA)**

Ödül dürtüsüne yaklaşımı, cezalandırılma dürtüsüne karşı koşullu kaçınma davranışının uyarılmasını ve koşulsuz cezalandırılmadan kaçınmayı içeren yenilik tepkisindeki arzulu yaklaşımın aktive edilmesi veya başlatılmasında kalıtsal bir eğilimin yansıtılmasıdır. Yüksek yenilik arayışı olan bireyler çabuk kızan, meraklı, kolayca sıkılan, dürtüsel, abartılı ve intizamsızdırlar. Özgünlük, keşif ve ödül potansiyeli taşıyan alışılmadık ve yeni olanı araştırma şevki yenilik arayışının uyuma dönük faydalarıdır. Dürtüsellik, öfke patlamaları, ilişkilerde potansiyel olarak maymun iştahlı ve çalışmalarda izleyici olma özellikleri ise olumsuz yanlarıdır. Düşük yenilik arayışı olan insanlar yavaş mizaçlı, meraksız, soğuk kanlı, tutumlu, çekingen, tekdüzeliğe karşı sabırlı ve düzenli kimselerdir. Düşüncelilik, esneklik, sistemli çalışma ve titiz yaklaşım gibi özellikleri bunların gerekli olduğu ortamlarda açık bir avantajdır. Potansiyel olarak etkinlikleri sıkıcı hale getiren tekdüzeliğe toleranslı olma ve şevksizlik ise olumsuz yanlarını oluşturur. Artmış striatal aktivitenin yüksek yenilik arayışı ile ilişkisi presinaptik dopamin geri alım artışı içeren yenilik arayışı yüksek yoğunluklu dopamin taşıyıcıları ile daha fazla ilişkilidir (36).

Yenilik arayışının alt birimleri de keşfetmekten heyecan duyma/ kayıtsız bir katılık, dürtüsellik/ iyice düşünme, savurganlık/ tutumluluk ve düzensizlik/ düzenlilik (41).

### **Yenilik Arayışı Alt Ölçekleri:**

#### **Keşfetmekten Heyecan Duyma / Kayıtsız Bir Katılık (YA1)**

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler tanıdık olmayan yerleri durumları araştırmaktan heyecan duyarlar, çoğu insan bunu zaman kaybı olarak görür. Yeni fikirler ve aktiviteler ile kolay heyecanlanırlar, heyecan ve macera ararlar. Çabuk sıkılırlar ve monotonluktan kaçınırlar. Tipik olarak rutini tolere edemezler ve bir



değişiklik yapmaya çalışırlar. Bazen konvansiyonel olmayan ve yenilikçi olarak tanımlanırlar. Bu alt ölçekte düşük skor alanların yeni uyarıya ihtiyaçları çok azdır ya da hiç yoktur. Araştırmadan özel bir tatmin duymazlar ve bu nedenle tanıdık yerleri, insanları ve durumları tercih ederler. Yeni fikirlere ve aktivitelere yavaş katılırlar ya da direnç gösterirler. Bu insanlar nadiren sıkılırlar, yeni ve daha iyi yollar olsa da “denenmiş ve doğru” rutinlerini takip ederler (42).

### **Dürtüsellik / İyice Düşünme (YA2)**

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler tam olmayan bilgi ile çabuk karar veren, dürtülerini kontrol edemeyen, heyecanlı, dramatik, empresyonistik kişilerdir. Tipik olarak bu kişiler o anki içgüdülerine, içgüdüsel önsezilerine göre hareket ederler. Bu nedenle beklenmeyen olaylar ya da bilgi olduğunda kararlarını ve fikirlerini sıkça değiştirirler. İlgileri kolay başka yere çekilebilir ve dikkat süresi kısadır. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler düşünceli olarak tanımlanır. Nadiren tahminlere göre hareket ederler. Daha çok analitiktirler ve karar verirken ya da bir fikir geliştirirken detaylı bilgiye ihtiyaç duyarlar. Bu bireyler nadiren kuralları çiğnerler. Dikkatleri kolay dağılmaz ve uzun süre bir konuda odaklanabilirler (42).

### **Savurganlık / Tutumluluk (YA3)**

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler para, enerji ve duyguları ile aşırı olma eğilimindedirler. Diğerlerini gösterişli, gözücü ve serbest görünerek etkileyebilirler. Biriktirmekten çok para harcamayı tercih ederler. Özel planlar ya da tatil için bile para biriktirmek onlar için zordur. Sınırdan yaşamayı severler bu da onların kaynaklarının ve finansal kapasitelerinin sınırlarını zorlar. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler ihtiyatlı, kontrollü ya da sınırlı olarak tanımlanırlar. Bu bireyler tipik olarak paralarını, enerjilerini ve duygularını boşu boşuna harcamazlar. Daha çok diğerlerini idareli, tutumlu yada cimri olarak etkilerler. Çünkü para harcama, bir şeyler elde etme ya da bir şeylerden vazgeçme konusunda yavaşlırlar (42).

### **Düzensizlik / Düzenlilik (YA4)**

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler çabuk sinirlenme ve düzensiz olma eğilimindedirler, ayrıca sıklıkla öfkelerini dışa vururlar. Katı kurallar ve düzenlemeler olmayan aktiviteleri tercih ederler. Engelleyici, sıkıcı, fiziksel ya da psikolojik olarak rahatsız edici şeylerden uzaklaşırlar. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler organize, düzenli, metodik ve sistematiktirler. Tipik olarak katı kuralları ve düzenlemeleri olan aktiviteleri tercih ederler. Engellenince diğer insanlara göre daha uzun süre öfkelerini kolayca gösteremezler (42) .

### **c. Sebatkarlık (P)**

Zaman zaman olan zorlanmalara, bitkinlik ve engellenmelere karşın davranışın sürdürülmesindeki kalıtsal yatkınlığı gösterir. Çalışkanlık, kararlılık, hırslılık ve mükemmeliyetçilik olarak gözlenir. Sebatkarlığı yüksek olanlar aşırı çalışırlar, azimlilik gösterirler ve yüksek başarı hırsları vardır. Yüksek sebatkarlık ödülleri aralıklı, ancak öngörülemeyenler sabit olarak kaldığında uyumsuz bir davranış stratejisidir. Düşük sebatkarlık gösteren bireyler tembel, aktif olmayan, dengesiz ve istikrarsızdırlar. Ayrıca engellenmeyle karşılaştıklarında kolay pes etme eğilimi taşırlar (36).

Sebatkarlığın beyinde glutaminerjik sistemle alakası olduğu düşünülmektedir (36).

### **d. Ödül Bağımlılığı**

Toplumsal ödülün ip uçlarına cevapta davranışı sürdürmede kalıtsal bir eğilimi yansıtmaktadır. Ödül bağımlılığı yüksek olan bireyler merhametli, adanmış, bağımlı ve girgin kişilerdir. Yüksek ödül bağımlılığının en önemli uyumsal faydalarından biri sosyal ilişkilerde sevgisini kolayca belli edebilen ve başkaları için gerçekten endişelenen özellikleri ile sosyal ilişkilere duyarlılıklarıdır. Olumsuz yanı ise telkine yatkınlık ve sıklıkla karşılaşılan insanlara aşırı sosyal bağlanmaları nedeniyle objektifliklerini kaybetmeleridir. Düşük ödül bağımlılığı olan bireyler pratik, inatçı, soğuk, topluma karşı duyarsız, tereddütlü ve yalnızlarsa bu duruma kayıtsız kişilerdir. Düşük ödül bağımlılığının faydaları kişisel bağımsızlık ve başkalarını memnun etme pahasına bozulmayan objektiftir. Sosyal içe çekilme, ayrılma ve toplumsal tutumlarda soğukluk bunun olumsuz yanlarıdır. Lokus sereleustan gelen nöradrenerjik

yolaklar ve mediyana rafeden serotonerjik yolaklar ödül koşullanmasını etkilemektedir (36).

Ödül bağımlılığının alt birimleri duygusallık, bağlanma ve bağımlılıktır (17).

### **Ödül Bağımlılığı Alt Ölçekleri**

#### **Duygusallık (ÖB1)**

Duygusallık alt ölçeğinde yüksek skor alanlar duygusal, sempatik, anlayışlı ve duygusal olaylardan derin olarak etkilenen kişiler olarak tanımlanırlar. Başkalarının önünde duygularını kolayca gösterirler. Kişisel olarak çevresindekilerinin hissettiklerini yaşantırlar. Tersine bu alt ölçekte düşük skor alanlar pratik olarak tanımlanırlar. Sert görünüşlü ve soğuk görünürler, diğerlerine yalnız, soğuk, gizemli görünürler. Diğer insanların duygularına duyarlı değillerdir, bu nedenle sosyal ilişki kurmak zordur (42).

#### **Bağlanma (ÖB2)**

Bağlanma alt ölçeğinde yüksek skor alanlar duygularını ve deneyimlerini kendilerine saklamak yerine arkadaşlarıyla açıkça tartışmayı tercih ederler. Bu kişiler sıcak ve uzun süren sosyal bağları tercih ederler. Reddedilmeyi ve hor görülmeye duyarlıdırlar. Tersine bu alt ölçekte düşük skor alanlar daha az bağıllık gösterirler ve sosyal ilişkilere karşı ilgisizdirler. Gizliliği tercih ederler ve sıklıkla kendine yeten olarak tanımlanırlar. Tipik olarak bireyler mahrem duygularını diğerleri ile paylaşmazlar. Diğerlerine bağlantısız, uzak, soğuk olarak görünürler. Hor görölme ve reddedilmeye karşı genellikle duyarsızdırlar (42).

#### **Bağımlılık (ÖB3)**

Bağımlılık alt ölçeğinde yüksek skor alan bireyler duygusal desteğe ve diğerlerinin onayına bağımlıdırlar. Diğerlerinin kendileri hakkında ne düşündüğüne çok önem verirler ve aşırı koruma ve baskın olmayı arayabilirler ya da uyarabilirler. Kendi başlarına karar vermede ya da bir şeyler yapmada isteksizdirler. Destek ya da koruma aramalarına bağılı olarak genellikle insanları memnun etme yollarını bulurlar. Eleştirilirlerse ve onaylanmazlarsa kolay kırılırlar. Terk edilme korkuları vardır, sosyal

ipuçlarına çok duyarlıdırlar ve sosyal baskıya yüksek oranda yanıt verirler. Tersine bu alt ölçekte düşük skor alanlar bağımlı değildirler, aktif olarak duygusal destek ve onay da aramazlar. Bu bireyler eleştiriye ve sosyal baskıya duyarlı değildirler. Nadiren diğerlerinin isteklerine önem verirler ve tipik olarak koruma ya da duygusal destek için diğerlerini memnun etmeye çalışmazlar. Bağımsız, kendine yeten ve sosyal baskıya aldırılmaz olarak görünürler (42).

### e. Kendini Yönetme (KY)

Kendini oldukça iyi yöneten bir kişi kendine güvenen, sorumlu güvenilir, becerikli, hedefleri olan ve kendi ile barışıktır. Kendini yöneten bireylerin en büyük avantajları gerçekçi ve etkili olmalarıdır. Kendini yönetme puanları düşük olan bireyler suçlayıcı, yardım arayıcı, sorumsuz, güvensiz, tepkiseldir ve anlamlı içsel hedefler tanımlayamamakta, kuramamakta, ve bunları takip edememektedir (36).

Kendini yönetmenin alt birimleri sorumluluk alma/kınama, amaçlılık/ amaçsızlık beceriklilik, kendini kabullenme/ kendisiyle çekişme ve uyumlu ikincil huylardır (41)

**Tablo 3.** Mizacın Dört Boyutunun Emosyonel Durumunda Pozitif (+) ve Negatif (+) Pekiştirilmenin Etkileri (36)

Mizaç Boyutu	Yüksek Puanlar		Düşük Puanlar	
	+	-	+	-
Zarardan Kaçınma	Anksiyöz (Ajite)	Deprese (Retarde)	Neşeli	Korkusuz
Yenilik Arayışı	Coşkulu	Kızgın	Sakin	Sabırlı
Ödül Bağımlılığı	Sempatik	İğrenç	Soğuk	İlgisiz
Sebat Etme	İsteklilik	Sadık	Dengesiz	Yılmış

### Sorumluluk Alma / Kınama (KY1)

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler tipik olarak ne yapacaklarını seçmede kendilerini özgür hissederler. Yaklaşımlarının, davranışlarının ve problemlerinin

genellikle kendi seçimlerini yansıttığını fark ederler. Bu bireyler diğerlerine güvenilir ve dürüst olarak görünürler. Tersine sorumluluk alt ölçeğinde düşük skor alan bireyler diğer kişileri ve dışsal olayları suçlarlar. Yaklaşımları, davranışları ve seçimlerinin kendi kontrolleri dışındaki etkiler ile belirlendiklerine inanmaktadırlar. Davranışlarının sorumluluğunu kabul etmezler. Güvenilmez ve sorumsuz kişiler olarak görülürler (42).

### **Amaçlılık / Amaçsızlık (KY2)**

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler genellikle hedefe yönelik ya da amacı olan kişiler olarak tanımlanır. Yaşamlarının net bir anlamı ve yönü vardır. Tipik olarak hedeflerine ulaşmak için hazzı geciktirebilirler. Aktiviteleri uzun süreli hedefleri ve değerleri doğrultusundadır. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar yaşamlarının yönlerini, amaçlarını ve anlamını bulmak için mücadele ederler. Uzun süreli hedefleri konusunda emin değildirler ve bu nedenle güncel şartlara ve acil ihtiyaçlara göre reaksiyon gösterirler. Anlık reaktif impulslar dışında yaşamlarının boş olduğunu ve çok az anlamı olduğunu hissederler. Genellikle hedeflerine ulaşmak için hazzı erteleyemezler (42).

### **Beceriklilik (KY3)**

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler becerikli ve etkin olarak tanımlanırlar. Diğer insanlara üretken, proaktif, ehil ve yenilikçi olarak görünürler, problemleri çözmek için her zaman fikirleri vardır. Zor bir durumu, meydan okuma ya da fırsat olarak görürler. Bu ölçekte düşük skor alanları diğer insanlar ümitsiz, aciz ve etkili olmayan bireyler olarak görürler. Bu bireylerde problem çözmeye beceri ve güven gelişmemiştir ve sorunla karşılaştıklarında kendilerini yetersiz ve beceriksiz hissederler. Diğerlerinin liderlik yapmasını beklerler (42).

### **Kendini Kabullenme / Kendisiyle Çekişme (KY4)**

Bu alt ölçekte yüksek skor alan kişiler güçlerini ve sınırlarını bilen kendine güvenen kişiler olarak tanımlanırlar. Bu bireyler yapar gibi görünmeden en iyisini yapmaya çalışırlar. Yapıcı eğitim ve çaba ile eksikliklerini geliştirmeye çalışsalar da akıl ve fiziksel kapasiteleri ile kendilerini rahat hissederler. Bu alt ölçekten düşük skor alanlar kendini arayan olarak tanımlanırlar. Bu bireylerin düşük benlik algıları vardır.

Varolan zihinsel ve fiziksel kapasitelerinden memnun değillerdir. Daha çok oldukları gibi değil olmak istedikleri gibi davranırlar. Sınırsız zenginlik, önem, güzellik ve sonsuz genęlik hakkında fantezileri vardır (42).

Tersi ile karşılaşınca hedeflerini ve alışkanlıklarını düzeltmek yerine ağır derecede kırılırlar (42).

### **Uyumlu İkincil Huylar (KY5)**

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireylerin hedefleriyle uyumlu, iyi alışkanlıkları vardır, böylece otomatik olarak uzun süreli değer ve hedeflerine uygun davranırlar. Buna kendi kendine disiplin ile ulaşılır ancak genellikle otomatik hale gelir (ikinci mizaç). Bu alışkanlıklar genellikle tekrarlanan uygulama ile gelişir ve tipik olarak anlık uyarılar ya da isteklerden daha güçlüdür. Diğer bir deyişle nadiren öncelikleri konusunda şaşkınlık yaşarlar, bu nedenle sınırlendiren durumlarda da güvende hissederler ve kendilerine güvenirler. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar değerli hedeflerine ulaşmayı zorlaştıracak şekilde uygunsuz davranırlar (hedefleri ile uyumsuz alışkanlıklar). Bu kişiler bazen kendine zarar veren ve isteksiz olarak tanımlanırlar. Zarar görececeklerini bilseler bile hırsları ve istekleri zor durumlarda çok zayıftır (42).

### **f. İşbirliği Yapma (İY)**

Yüksek derecede işbirliği yapan bireyler kendilerini toplumun bir parçası olarak algılamaktadırlar. Bu şekilde yüksek işbirliği yapan kişiler empatik, hoşgrl, merhametli, destekleyici ve prensipli olarak tanımlanmaktadır. İşbirliği puanı düşük olan kişiler tüm dikkatleri kendilerine verirler, hoşgörüsüz, eleştirisel, intikamcı ve fırsatçıdırlar. Kendilerini temel olarak başkalarından sakınırlar ve diğer insanların haklarına ve hislerine saygı göstermeme eğilimindedirler (36).

İşbirliği yapmanın alt birimleri sosyal onaylama/ sosyal hoşgörüsüzlük, empati duyma/ sosyal ilgisizlik, yardımseverlik/ yardım sevmemezlilik, acıma/ intikamcılık, ve erdemlilik-vicdanlılık/ kendine yarar sağlamadır (41).

### **İşbirliği Yapma Alt Ölçekleri:**

### **Sosyal kabullenme / Sosyal Hoş görüsüzlük (İY1)**

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler toleranslı ve arkadaş canlısı olarak tanımlanırlar. Farklı davranışları, etik değerler, düşünceleri ya da görüşleri olsa da insanları olduğu gibi kabul ederler. Bu ölçekte düşük skor alan bireyler toleranslı olmayan ve dostça olmayan olarak tanımlanırlar. Özellikle farklı hedefleri ve değerleri olan insanları eleştirirler ve sabırsızdırlar (42).

### **Empati duyma / Sosyal İlgisizlik (İY2)**

Empati alt ölçüğünde yüksek skor alan bireyler tipik olarak kendilerini diğer insanların yerinde hissetmeye çalışırlar. Bu bireyler diğerlerinin duygularına karşı uyum sağlar, saygılı davranırlar ve kendi yargılarını bir kenara koyarak insanların neler yaşadıklarını daha iyi anlarlar. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar duyarsız olarak tanımlanırlar. Bu bireyler diğerlerinin duygularını dikkate almıyor görünürler. Diğerlerinin duygularını, acılarını, zorluklarını paylaşamazlar ya da en azından diğerlerinin hedeflerine ve değerlerine karşı saygılı olmakta isteksizdirler (42).

### **Yardımsızlık / Yardımsız Olmamak (İY3)**

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler, yardımsız, destekleyici, güven verici ve ümit verici olarak tanımlanırlar. Becerilerini ve bilgilerini diğerleri ile paylaşırlar. Bir takımın parçası olarak çalışmayı severler ve bunu tek başına çalışmaya tercih ederler. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler ben-merkezci, egoist ya da bencil olarak tanımlanırlar. Bu insanlar diğerlerine karşı saygısızdır ve tipik olarak bir ekiple çalışsalar bile kendilerini düşünürler. Tek başlarına çalışmayı ya da ne yapılacaksa kendileri yapmayı tercih ederler (42).

### **Acıma / İntikamcılık (İY4)**

Bu alt ölçekten yüksek skor alan bireyler, acıyan, affedici, hayırsever, cömert olarak tanımlanırlar. İntikam almaktan hoşlanmazlar ve genellikle kendilerine çok kötü davranılsa da kin tutmamaya çalışırlar. Bu alt ölçekten düşük skor alanlar kendilerini inciten kişilerden intikam almayı severler. İntikam zaferi açık ya da gizli olabilir. Açık olan diğerlerini fiziksel, duygusal ve finansal olarak incitme şeklinde aktif-agresif

olabilir. Gizli olan ise kıskançlık, unutkanlık, inatçılık ve erteleme gibi pasif-agresif davranışlar olabilir (42).

### **Erdemlilik Vicdanlılık / Kendine Yarar Sağlama (İY5)**

Bu alt ölçekten yüksek skor alan bireyler, dürüst, vicdanlı ve diğerlerine sürekli adil davranan samimi olarak tanımlanırlar. Bu insanlar hem profesyonel hem de sosyal ilişkilerinde etik prensiplere sadıktır. Bu alt ölçekten düşük skor alanlar fırsatçı olarak tanımlanırlar. Hedeflerine zorluk yaşamadan ulaşmak için ne gerekiyorsa yapabilirler. Bu bireyler asil olmayan, taraflı ve kendilerine avantaj sağlayacak şekilde davranırlar. Manipulatif ve hilekar olarak tanımlanırlar (42).

### **g. Kendini Aşma (KA)**

Bu insanların kendilerini bütünüyle evrenin bir parçası olarak algılamalarını göstermektedir. Kendini aşan bireyler adaletli, anlayışlı, dindar, sade ve alçak gönüllüdürler. Kendini aşma puanları düşük olan bireyler pratik, tarafsız, materyalistik, kontrolcü ve gösterişli olma eğilimindedirler. Bununla birlikte sıkıntıları, başarısızlıkları, kişisel ve maddesel kayıpları ve ölümü sürekli olarak kabullenme zorluğu çekerler (42).

Kendini aşmanın alt birimleri kendilik kaybı/ kendilik bilincinde yaşantı, kişiler ötesi özdeşim ve manevi kabullenme/ rasyonel materyalizmdir (41).

### **Kendini Aşma Alt Ölçekleri:**

#### **Kendilik Kaybı / Kendilik Bilincinde Yaşantı (KA1)**

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler, bir ilişkiye dahil olduklarında ya da bir işe konsantre olduklarında kendi sınırlarını aşma eğilimindedirler. Nerede olduklarını ya da zamanı unuturlar. Başka bir dünyada gibi görünürler. Tepe deneyimler ya da içgörü meditasyonları karakteristiktir. Kendinden geçme gibi yaşantıları olan bireyler genellikle yaratıcı ve orjinal olarak tanımlanırlar. Kendilik kaybı alt ölçeğinde düşük skorları olan bireyler, bir ilişkide ya da bir işe konsantre yoğunlaştıklarında



bireyselliklerinin farkındadırlar. Bu bireyler nadiren sanat ya da bir güzellik ile harekete geçerler (42).

### **Kişiler tesi zdeşim (KA2)**

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler doğa ve tüm evrenle sıradışı güçlü bir bağ yaşarlar. Her Şeyin canlı bir organizmanın bir parçası gibi göründüğü duygusu bildirirler. Bu bireyler genellikle dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için gerçek kişisel özveriler yapmaya isteklidirler. Bazı kişilerce idealist olarak nitelendirilirler (42).

Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler nadiren insanlarla ya da doğa ile güçlü bir bağ yaşarlar. Diğer insanlarla ya da dünyanın geri kalanıyla doğrudan ya da doğrudan olmayan bir sorumluluk hissetmezler. Pratik avantajları objektif olarak belirlemedike nadiren dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için özveride bulunmak isterler (42).

### **Manevi Kabullenme / Rasyonel Materyalizm (KA3)**

Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler, mucizelere, hissedilemeyen yaşantılara ve telepati, altıncı his gibi diğer manevi fenomenlere inanırlar. Büyüsel düşünce sahibi olarak tanımlanırlar. Manevi deneyimler ile canlanabilir ya da rahatlayabilirler, hastalık ve ölümle ilahi kudrete olan inançları nedeniyle daha kolay başedebilirler. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler sadece materyalizmi ve objektif deneyciliği kabul ederler. Bu bireyler genellikle bilimsel olarak açıklanamayan Şeyleri kabul etmezler. Bu ölçekte düşük skor almanın dezavantajı kaçınılmaz ölüm, hastalık ya da haksız cezalarla karşı karşıya gelindiğinde rasyonel objektif araçlarla değerlendirmenin olasılığı yoksa ya da kontrolün olmadığı durumlarda başetme zorluğudur (39, 42).

**Tablo 4.** Karakterin Üç Boyutunun Emosyonel Durumunda Pozitif (+) ve Negatif (+) Pekleştirme Etkileri (36)

Karakter Boyutu	Yüksek Puanlar		Düşük Puanlar	
	+	-	+	-
Kendini Yönetme	Umutlu	Becerikli	Kibirli	Utangaç
İşbirliği Yapma	Sevgi Dolu	Bağışlayıcı	Küçümseyen	Kinci
Kendini Aşma	Neşeli	Sakin	Açgözlü	Mutsuz

### 5. Akiskal'in Kişilik Modeli

Akiskal'e göre mizaç (temperament), karakter (character) ve kişilik (personality) birbirinden farklı kavramlardır. Mizaç; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir. Karakter ise; çevrenin ve yetiştirilmenin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır, dolayısıyla zamanla değiştirilebilecek özellikleri içerir. Kişilik ise; genetik olarak gelen huyla, sonradan elde edilmiş karakterin birleşiminden oluşur (43).

Akiskal ve ark. 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 mizaçlarının (*affective temperament*) duygudurum bozukluğunun temelini oluşturduğunu iddia etmiş ve beş temel duygulanım mizacı tanımlamıştır. Bunlar depresif, hipertimik, siklotimik, iritabl(sinirli), anksiyöz (endişeli)'dür. 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 (44).

### Akiskal'a Göre Duygulanımsal Mizaçlar (45)

#### a. Hipertimik Mizacı:

- Erken başlangıç: < 21 yaş

- Nadiren araya giren ötimiyle birlikte aralıklı eşik altı hipomanik özellikler
- Az uyuma alışkanlığı (<6 saat/gün, hafta sonları da dahil)
- Yadsımanın çok fazla kullanılması
- Schneiderian hipomanik kişilik özellikleri:
  - \*İrritabl, neşeli, aşırı iyimser veya coşkulu
  - \* Saf, kendine fazla güvenen, övüngen, abartılı, gösterişli
  - \* Gayretli, çok plan yapan, tedbirsiz ve bitmez tükenmez bir dürtüyle koşuşturan
    - \* Aşırı konuşkan
    - \* Sıcakkanlı, insan arayan veya dışa dönük
    - \* Aşırı karışan ve başkalarının işine burnunu sokan
    - \* Baskılanmayan, uyararı arayan veya rastgele cinsel ilişkide bulunan

**b. İrritabl Mizac:**

- Erken başlangıç: < 21 yaş
- Nadiren ötimik, çoğunlukla karamsar (irritabl ve çabuk kızan olma)
- Derin düşüncelere dalmaya meyil
- Aşırı eleştiren ve şikayet eden
- Aksi şakalar
- İstenmediği halde sokulup sıkıntı veren
- Disforik yerinde duramama

- Dürtüsellik

• Antisosyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu veya nöbet bozukluğu ölçütlerini karşılamaz

### c. Eşikaltı Distimik Mizaç: (Depresif Mizaç)

- Erken başlangıç: < 21 yaş

• Başka bir duruma ikincil olmayan aralıklı, düşük şiddette depresyon

- Çok uyuma alışkanlığı (>9 saat/gün)

• Derin derin düşünme, anhedoni ve psikomotor enerji azlığına meyil (hepsi sabah saatlerinde daha belirgin)

- Schneiderian depresif kişilik özellikleri:

\* Ümitsiz, kötümser, neşesiz veya eğlenmeyen

\* Sessiz, pasif ve kararsız

\* Derin derin düşünen ve endişelenen

\* Vicdanlı, kendi kendini disiplinlen

\* Şüpheli, aşırı eleştiren veya şikayet eden

\* Kendini eleştiren, kendini cezalandıran, kendini küçülten

\* Başarısızlıkları, yetersizlikleri ve olumsuz olaylar hakkında aşırı kafa yoran

### d. Siklotimik Mizaç:

- Erken başlangıç: yaş < 21

- Nadiren ötiminin olduğu, sık, kısa döngüler
- Bir fazdan diğerine öznel ve davranışsal görünümler arasında ani geçişlerin olduğu iki dönemli hastalık
- Öznel görünümler:
  - \* Letarji X Ötoni
  - \* Kötümserlik X İyimserlik
  - \* Zihinsel konfüzyon X Keskinleşmiş ve yaratıcı düşünce
  - \* Düşük kendine güven X Aşırı kendine güven arasında değişen benlik saygısı :
- Davranışsal görünümler:
  - \*Azalmış sözel dışavurum X Çok konuşma
  - \*Hipersomnia X Uyku ihtiyacının artması
  - \* Nedensiz sulu gözlülük X Aşırı şakacılık
  - \* İçedönük kendini soyutlama X Sınırsız insan arama
  - \* Üretkenlikte belirgin değişkenlik

2005 yılında Fransız-Amerikan ortak çalışma grubunun bir parçası olarak daha önce Akiskal tarafından geliştirilen anksiyöz mizaç için geçerli kriterleri genişletmek amacıyla anksiyöz kişilik için 15 maddelik kullanılabilir kriterler kümesi geliştirilmiştir. Bu kriterler kümesi 3 ana başlık altında toplanmaktadır.

A (1 madde): Kişiliğin bir parçası olarak anksiyete.

B (11 madde): Bazı özel durumlarda gelişen anksiyete.

C (3 madde): Anksiyöz mizacın huzurlu olmaya, işlevselliğe ve günlük streslere verilen aşırı reaksiyonlara etkisi şeklinde.

Çalışmaya katılanların % 72.9'u anksiyeteyi kişiliğinin bir parçası olarak görüyordu. Yapılan çalışmada anksiyete daha sonra 3 boyutta ele alındı.

1. Anksiyöz-kaçıngan mizaç (4 madde): Sosyal ortamlardan kaçma, utangaçlık, insanlarla yakın ilişkilerden kaçma ve desteği yitireceği korkusu.

2. Anksiyöz-fobik mizaç (5madde): Endişelenme, somatik yakınmalar, aşırı gerginlik, ruminasyonlar, abartılmış fiziksel risk ve tehlikelerden korkma.

3. Anksiyöz-duyarlı mizaç (2 madde): Yetersizlik kaygısı, eleştirilmeye ve onaylanmamaya aşırı duyarlılık şeklinde olmak üzere (46).

Yapılan çalışmalarda Akiskal'in belirttiği hipertimik, siklotimik ve depresif mizacın her birinin toplumda % 4-8 oranında bulunduğu tespit edilmiştir. Akiskal'in modelindeki öfkeyle ilişkili olan irritabl mizaç ile korkuyla ilişkili olan anksiyöz mizacın ayrı bir mizaç türü olarak belirtilmesi zordur. Çünkü depresif mizaçla anksiyöz mizacın ve hipertimik mizaçla da irritabl mizacın bazı özellikleri örtüşmektedir (47-51).

Akiskal'in modeli duygudurum bozukluğu için yüksek risk altındaki bireyleri tespit edebilir. Bu bireyler daha çok duygudurum bozukluğu olan hastaların akrabalarıdır. Bu modelin hem klinik hem de teorik yönden avantajı bu modelin prospektif olarak test edilmiş olmasıdır (52-56).

Son dönemlerde Akiskal'in ve Cloninger'ın grupları her iki modeli genel popülasyonda yaşları 14-25 arasında değişen gençler üzerinde ortak bir projeye karşılaştırmışlardır. Bu analizler hipertimik mizacın, yenilik arayışı (öfke) ile pozitif, zarardan kaçınmayla (korku) negatif korelasyon gösterdiğini, depresif mizacın zarardan kaçınmayla (korku) pozitif, yenilik arayışıyla (öfke) negatif korelasyon gösterdiğini, siklotimik mizacın da hem yenilik arayışıyla hem de zarardan kaçınmayla pozitif korelasyon gösterdiğini tespit etmişlerdir. Affektif mizaçlarla ödül bağımlılığı veya sebatkarlık arasında herhangi bir korelasyon tespit edilmemiştir. Aslında aynı

korelasyonlar Akiskal'in 2005 yılında bir yetişkin hasta örneği ile yaptığı çalışmada da bulunmuştur (57–58).

## 6. Duygudurum Bozuklukları ile Mizaç ve Karakter İlişkisi

Son yirmi yılda mizaç ve karakterle ilgili gelişmeler bu konuyu çekici hale getirmiştir. Özellikle psikiyatride olmak üzere psikolojik boyutu olabileceği düşünülen tüm hastalıklarda mizaç ve karakter özellikleri incelenmektedir. Bu konu tabii ki en çok psikiyatrik hastalıklarda odak noktası olmuştur. Bazı mizaç ve karakter özellikleri bazı hastalıklara yatkınlığı artırır mı, mizaç ve karakter özellikleri benzer olan kişilerde benzer hastalıklar mı ortaya çıkar gibi konular merak edilmeye başlanmıştır

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. Depresif bozukluğu olan bireylerin en az % 50'sinde eşlik eden bir kişilik bozukluğu olduğu bildirilmiştir. İki uçlu duygudurum bozukluğu olan bireyler arasında ise B ve C kümesi kişilik özelliklerinin daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Depresif bozukluğu olanlar ile iki uçlu duygudurum bozukluğu olan bireyler karşılaştırıldığı zaman ise depresiflerde nörotisizm puanlarının daha yüksek ve dışa-dönüklük puanlarının daha düşük olduğunu gözlemişlerdir. Diğer yapılan çalışmalarda da benzer şekilde iki uçlu duygudurum bozukluğu olanların daha dışa dönük, daha az yargılayıcı olduklarını belirtmişlerdir. Bagby ve ark. (1996) ötimik bipolar duygudurum bozukluğu hastalarının beş-faktör NEO-PI dışa dönüklük alt ölçeğinde olumlu duygularda daha yüksek puan aldıklarını bildirmişlerdir (59-66).

Mendlowicz ve ark. (2005), 94 major depresyonlu ve 59 bipolar bozukluklu (32 Bipolar-I, 24 Bipolar-II) hastaya TEMPS-A vererek yaptıkları çalışmada siklotimik mizaç bipolar bozukluk grubunda major depresyon grubundan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Bu sonuç da bipolar depresyonlu hastaların ataklar arası duygudurum değişimlerini daha fazla yaşadığını göstermektedir şeklinde yorumlanmıştır (67).

Mendlowicz (2005), duygudurum bozukluğu gelişmesi riski yüksek olan bir popülasyon olan bipolar hastaların sağlıklı akrabalarında mizaç düzensizliği varlığını

incelediği çalışmasında, klinik olarak iyileşmiş bipolar hastaları ve normal kontrolleri de karşılaştırmıştır. Depresif ve irritabl mizaç skorları iyileşmiş bipolar hastalar ve bipolar hastaların sağlıklı akrabaları ya da normal kontroller arasında fark göstermiştir. Bu çalışmanın bulguları, TEMPS-A'da tanımlandığı gibi depresif ve irritabl mizaçların bipolar bozukluk için hastalık öncesi bir durum olamayabileceğini ancak majör duygudurum ataklarının davranışsal komplikasyonlarını temsil edebileceğini düşündürmüştür. Şaşırtıcı olarak depresif ve hipertimik mizaç skorları bipolar hastaların sağlıklı akrabaları ve normal kontroller arasında fark göstermemiştir. Normal kontrollerde hipertimik skorlar istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yüksek bulunmuştur. Bu çalışmadaki başlıca bulgu bipolar hastaların sağlıklı akrabalarında siklotimik skorların bipolar hastalar ve normal kontrollerin tam ortasında olduğudur. İyileşmiş bipolar hastaların sağlıklı akrabalarında duygudurumda, ilgilerde, kendine güvende uyku ve/veya enerji düzeyinde subklinik bir dengesizlik olduğu gözlenmiştir. Bu bulgular normal kontrollerde gözlenmemiştir. Bu fenomenin, yatkınlık göstergesi olabileceği ve duygudurum bozukluğu gelişme riski yüksek bireyleri tanımlamada kullanılabileceği bildirilmiştir. Alternatif olarak duygudurumda labil siklotiminin subklinik bir bipolar görünüm olduğunun da düşünülebileceği belirtilmiştir. Yine Mendlowicz'in aynı çalışmasında ayrıca iyileşmiş bipolar probandlar ve bipolar probandların sağlıklı akrabalarında anksiyöz mizaç alt skalası skorlarının da normal kontrollerden yüksek olduğu bulunmuştur (68).

Zarardan kaçınmanın unipolar depresyona yatkınlığı artıran bir kişilik boyutu olduğu söylenmektedir. Bu durumu test etmek için *Tridimensional Personality Questionnaire* (TPQ) kullanılarak iyileşmiş bipolar bozukluk ve unipolar bozukluklu hastaları karşılaştıran bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada her iki grupta da zarardan kaçınma puanları hasta olmayan kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ancak her iki hasta grubu arasında bir fark tespit edilememiştir. Bunun ötesinde yenilik arayışı skorları hasta olmayan kontrol grubuna ve unipolar gruba göre bipolar grupta daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar da zarardan kaçınmanın duygudurum bozukluklarıyla yenilik arayışının da bipolar bozuklukla alakalı olabileceğini göstermiştir (65).

Akdeniz ve ark. (2004), yaptıkları çalışmada bipolar duygudurum bozukluklu, unipolar major depresif bozukluklu ve tek atak major depresif bozukluklu hastalara



TEMPS-A vererek çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada unipolar major depresif ve tek atak major depresif gruplarında diğer gruplara göre depresif mizaç daha sık, hasta gruplarında kontrol grubuna göre siklotimik mizaç daha sık ve hipertimik mizaç ise sadece bipolar duygudurum bozukluk grubunda görülmüştür. Her iki depresif grubun depresif ve anksiyöz mizaç puan ortalamaları bipolar duygudurum bozukluk ve kontrol grubununkinden daha yüksek ve hipertimik mizaç puan ortalaması ise daha düşüktür. Hasta gruplarının siklotimik mizaç puan ortalamaları kontrol grubununkinden daha yüksektir. Tek atak major depresif grubunun irritabl mizaç puan ortalaması diğer gruplardan daha yüksektir (19).

Belçika'da 1998 yılında depresyonlu hastalarla kontrol grubu karşılaştırılarak TCI (*Temperament and Character Inventory*- Mizaç ve karakter Envanteri) ile mizaç boyutlarının incelendiği bir çalışmada depresyonlu hastalarda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek zarardan kaçınma ve kendini aşma puanları ve daha düşük kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları tespit edilmiştir (69).

2000 yılında Japonya'da yapılan bir çalışmada major depresyonu olan 108 hastaya 16 haftalık tedavi öncesi ve tedavi sonrası TCI uygulanmıştır. Hamilton Depresyon Değerlendirme Skalası ile değerlendirilen depresyonun seviyesi zarardan kaçınma skoruyla pozitif, kendini yönetme ve işbirliği yapma skorlarıyla negatif korelasyon göstermiştir. Tedavi boyunca bu üç boyutun skorları tedaviye cevap verenlerde anlamlı olarak normal değerlere değişirken tedaviye cevap vermeyenlerde değişmeden stabil seyretmiştir. Bu skorlardaki değişimler de tedaviye bağlı olarak depresyonun şiddetindeki azalmayla açıklanmaktadır. Diğer dört boyutta (yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, sebatkarlık ve işbirliği yapma) depresyonun şiddeti ile bağlantılı olarak anlamlı bir değişiklik bulunmamıştır (70). Başka bir çalışmada da mizaç boyutlarının puanlarının tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerlerine bakılmış mizaçla depresif semptomatoloji arasında bir ilişki olup olmadığı tedavi öncesi ve tedavi sonrası TCI uygulanarak karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada depresif hastalarda zarardan kaçınma puanlarının yüksek kendini yönetme puanlarının düşük olduğu ve altı haftalık tedavi sonunda hastaların depresif belirtilerinde belirgin düzelme olmasına rağmen mizaç skorlarında belirgin değişme olmadığı bulunmuştur. Bundan dolayı mizacın depresyon için karakteristik bir faktör olduğu antidepresan tedaviye cevabı

öngördüremeyeceği ve depresif semptomatoloji ile ilişkili olmadığı kanaatine varılmıştır (71).

Engström ve ark. (2004), bipolar affektif bozukluk ve TCI ilişkisini inceleyen çalışmalarında bipolar bozukluklu hasta grubu kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksek zarardan kaçınma ve düşük ödül bağımlılığı, kendini yönetme ve işbirliği yapma skorları tespit edilmiştir (72).

Kesebir ve ark. (2005), yılında yaptıkları bipolar bozukluklu hastalar (100 kişi) ve onların birinci dereceden akrabalarındaki (219 kişi) dominant affektif mizacı tespit etmek ve bunun yaygınlık oranını sağlıklı kontrollerinkiyile (kişisel veya ailevi bipolar bozukluk öyküsü olmayan) karşılaştırmak için yaptıkları bir çalışmada bipolar bozukluklu hastalar ve akrabalarında kontrollere göre yüksek sıklıkta hipertimik mizaç bulunmuştur. Bu da bipolar bozukluğun temelinde hipertimik mizaç için olası bir genetik temelin olabileceğini destekleyebilir (73).

Nowakowska ve ark. (2005), duygudurum bozuklukları arasında mizaç yönünden ortak ve farklı noktaların tespiti için yaptıkları bir çalışmada ötimik bipolar bozukluklu hastalar, major depresif bozukluklu hastalar ve sanat dallarında yaratıcı olduğu düşünülen kontrol grubu sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında TEMPS-A'da anlamlı olarak artmış siklotimi, distimi, ve irritabilite skorlarına, NEO-PI-R'de ( Revised NEO Personality Inventory) artmış nörotisizm ve azalmış farkındalık skorlarına, TCI'da yüksek yenilik arayışı ve zarardan kaçınma ile düşük kendini yönetme skorlarına sahip bulunmuştur. Siklotimi skorlarının bipolar bozukluklu hastalarda major depresyonlu hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Deneyime açıklık da bipolar grupta ve sanat dallarında yaratıcı olduğu düşünülen kontrol grubunda sağlıklı kontrollere göre daha yüksekti. Kendini aşma skorları da bipolar grupta diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışma da sanat dallarında yaratıcı olduğu düşünülen kontrol grubu ile duygudurum bozuklukları arasında mizaç yönünden ortak noktaların olabileceğini göstermektedir (74).

Atipik depresyonları olan 86 majör depresif hastanın incelendiği bir çalışmada yaklaşık % 60'ının öncesinde hipertimik ve siklotimik mizaca sahip olduğu, bunun soft bipolar bozuklukla ilişkilendirilebileceği ve % 72'sinin bipolar II tanı kriterlerini karşıladığı, atipik depresyonları olan bu hastaların duygulanım mizacı düzensizliği gösterdikleri ve klinik görünümünün bipolar II şeklinde olduğu belirtilmiştir (75).

Duygudurum bozukluğu dışında psikiyatrik hastalığı olmayan, ailelerinde duygudurum bozukluğu öyküsü bulunan 458 majör depresif bozukluklu hastanın incelendiği bir çalışmada hipertimik mizaç erkek olgularda daha fazla izlenmiştir. Hipertimik mizacın saptandığı olgularda aile öyküsünde Bipolar bozukluk oranı daha fazla bulunmuştur. Depresif mizaç kadın olgularda daha fazla izlenmiştir. Depresif mizacın saptandığı olgularda depresif atak sayısı daha fazla, depresyonun başlangıç yaşı daha erken, Hamilton depresyon puanları daha yüksek, aile öykülerinde unipolar depresyon oranı daha çok bulunmuştur (76-77).

Affektif mizaç tiplerinin duygudurum bozukluklarını öngördürmesiyle alakalı yapılmış çok az çalışma vardır. Bir çalışmada hipomanik mizacın (hipo-)manik belirtilerin öngördürücüsü olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada da çocukluk çağı ve ergenlik dönemi depresyonu olanların bipolar bozukluğa kayıp kaymamalarındaki öngördürücünün siklotimik mizaç olduğu belirtilmiştir (54,78).

Birçok çalışmada TCI'da yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendi kendini yönetme skorlarının depresyona meyilli olmanın güçlü öngördürücüleri olduğu bildirilmiştir Cloninger ve ark. (2006), 631 erişkine başlangıçta ve 1 yıl sonra TCI ve Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Skalası doldurarak yaptıkları bir çalışmada 1 yıllık izlemin sonunda yüksek zarardan kaçınma, düşük kendi kendini yönetme ve yüksek sebatkarlık puanlarının çıkabilecek bir depresyonu öngördükleri tespit edilmiştir. Bunlarla birlikte düşük kendi kendini yönetme puanlarının depresyonu öngördürebileceği ancak yüksek zarardan kaçınma ve düşük ödül bağımlılığı puanlarının ise duruma bağlı olduklarını belirten çalışmalar da mevcuttur (79-83).

### III. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğine başvuran ve DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Unipolar Major Depresif Atak (53 kişi) ve Bipolar Affektif Bozukluk (Depresif Atak geçirmiş) (52 kişi) tanısı almış ve DSM-IV-TR'e göre remisyonda ( en az 8 hafta süreyle bozukluğun belirti ya da bulguları hiç olmamış) olduğu tesbit edilen ayaktan hastalar ile yazılı onayları alınarak gerçekleştirildi. Hastalık tanısı için DSM-IV' e göre yapılandırılmış klinik görüşme kılavuzu ( *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*, SCID) kullanıldı. Hastalar ardışık olarak alındı ve dışlama ölçütlerine uyan hastalar değerlendirmeden çıkarıldı. Çalışmaya alınan hastalara, Mizaç ve Karakter Envanteri (*Temperament and Character Inventory*; TCI), Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi'nin Türkçe formu (*Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire*/ TEMPS-A) ve sosyodemografik ve klinik özellikler için kendi hazırladığımız bir anket formu uygulanmıştır..

#### **Araştırmaya Alma Ölçütleri**

1- SCID uygulanarak yapılan görüşmeye göre, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine uyan ve DSM-IV-TR'ye göre remisyonda olduğu tespit edilen Major Depresif Bozukluk (Unipolar Bozukluk) ve Bipolar Affektif Bozukluğu (Depresif Atak geçirme öyküsü bulunan) olan hastalar.

2- DSM-IV'e göre bu tanı grupları ile beraber başka tanı almamış olmak.

3- Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak.

4- En azından verilen testleri cevaplayabilecek düzeyde okuma-yazma biliyor olmak.

5- 18-65 yaşları arasında olmak.

6- Kliniğini ve teste cevap vermesini etkileyecek organik bir rahatsızlığı olmamak.

#### **Araştırmadan Dışlama Ölçütleri**

1-DSM-IV TR'ye göre mental retardasyon, demans ve komorbid olarak başka ruhsal hastalığının olması.

2- Alkol- madde kullanımı olması.

3- Okuma yazma bilmiyor olmak.

4- Kendi rızasıyla araştırmaya katılmayı kabul etmemek.

Araştırmada kullanılan değişkenleri elde etmek için kullanılan araçlar da aşığıdaki gibidir.

### **1.Sosyodemografik Bilgi Formu**

Bu form, klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak ve araştırmmanın amacı göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır. Formda cinsiyet, yaş, mesleği, medeni durumu, öğrenim düzeyi, sosyo-ekonomik durum, sosyal güvence, çalışabilirliği, yaşadığı yer, en son aldığı tanı, atak sayısı ve tipleri, ilk atak tipi, ilk atağın ortaya çıkışında yaşam olayı, son atağın ortaya çıkışında yaşam olayı, hastalığın başlama yaşı, hastalığın süresi, psikotik özellik içeren atak sayısı ve tipleri yatış sayısı ve tanıları, aile hikayesi-akrabalık derecesi-tanısı (duygudurum bozukluğu yönünden), başka ruhsal hastalık yönünden aile hikayesi-akrabalık derecesi- tanısı, atipik belirtiler, intihar girişimi-tipi-sayısı, son altı aydır kullandığı ilaçlar bulunmaktadır.

### **2. 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*)**

Baskın duygulanım mizacını ve duygulanım mizaç alt tiplerinin puan ortalamalarını değerlendirmek için kullanıldı. Akiskal ve ark. tarafından 1997'de düzenlenen Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi'nin orijinali erkekler için 109, kadınlar için 110 maddedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanmış şekli 99 maddeden oluşur. Bu ölçeğin doldurulması 15-45 dakikalık bir zaman gerektirmektedir. Kişinin tüm yaşamını göz önüne alarak "doğru" ve "yanlış" şeklinde doldurması gereken kendi kendini değerlendiren, likert tipi bir ölçektir ve depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl (sınırlı), anksiyöz (endişeli) mizaçları belirleyen 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ankette baskın depresif (18 madde), siklotimik (19 madde), hipertimik (20 madde), irritabl (18 madde) ve anksiyöz (24 madde) mizacı değerlendirmek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puandır. Bu testin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Vahip S. ve ark tarafından yapılmıştır. Türkçe çevirinin test- tekrar test güvenilirliği 0.73 ile 0.91 ve Cronbach alpha katsayıları 0.77 ile 0.85 arasındadır (84).

1-18. maddeler depresif mizacı tanımlamaktadır. Depresif mizaç 13 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir.

19-37. maddeler siklotimik mizacı tanımlamaktadır. Siklotimik mizaç 18 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir.

38-57. maddeler hipertimik mizacı tanımlamaktadır. Hipertimik mizaç 20 maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir.

58-75. maddeler irritabl mizacı tanımlamaktadır. İrritabl mizaç: 13 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir.

76-99. maddeler anksiyöz mizacı tanımlamaktadır. Anksiyöz mizaç 18 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir.

Bir bireyde bir ve birden fazla sayıda baskın mizaç belirlenebilir. Buna karşılık bir bireyde herhangi bir baskın mizaç saptanmayabilir.

### **3. Mizaç ve Karakter Envanteri (*Temperament and Character Inventory, TCI*)**

TCI'nın 240 maddeli formu, Cloninger'in yedi faktörlü kişilik modelini ölçmek için kullanıldı. Cloninger'in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği Mizaç ve Karakter Envanteri kişiliğin dört mizaç ve üç karakter bileşenini değerlendiren "doğru" ve "yanlış" şeklinde cevaplanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir, zaman sınırlandırması yoktur, 30 ile 60 dakikalık bir zaman gerektirmektedir (40). Bu yedi faktörlü kişilik envanterinin geçerlik ve güvenilirliği hem genel popülasyonda hem de psikiyatrik hastalarda sınanmış ve replike edilmiştir. Mizaç ve karakter envanteri (TCI) ,içerik olarak 15 yaş ve üstü bireyler için uygulama alanına sahiptir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ve Köse S.ve ark. tarafından yapılmıştır. Türkçe TCI ölçek ve alt ölçeklerinin iç tutarlık, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda Cronbach alfa değerleri mizaç boyutunda 0.60 ile 0.85, karakter boyutunda 0.82 ile 0.83 arasında bulunmuştur (41).

TCI 7 üst - sıra ölçekten oluşmaktadır. Sebat Etme (SE) dışında tüm boyutlar üç ve beş arasında alt ölçeklere ayrılmıştır. Mizaç boyutunda Yenilik Arayışı (YA) 4 alt ölçeğe, Zarardan Kaçınma (ZA) 4 alt ölçeğe, Ödül Bağımlılığı (ÖB) 4 alt ölçeğe, karakter boyutunda Kendini Yönetme (KY) 5 alt ölçeğe, İşbirliği Yapma (İY) 5 alt ölçeğe, Kendini Aşma (KA) 3 alt ölçeğe ayrılmıştır. Ölçekler alt ölçek toplamından oluşmaktadır. Örneğin, Toplam Yenilik Arayışı (YA) puanı = YA1 + YA2 + YA3 + YA4 şeklinde hesaplanır.

Mizaç boyutu 12 alt – sıra ölçekten oluşmaktadır.

Yenilik Arayışı (YA, 40 madde), YA1 (Keşfetmekten heyecan duyma, 11 madde), YA2 (Dürtüsellik, 10 madde), YA3 (Savurganlık, 9 madde) ve YA4 (Düzensizlik, 10 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır.

Zarardan Kaçınma (ZK, 35 madde), ZK1 (Beklenti endişesi, 11 madde), ZK2 (Belirsizlik korkusu, 7 madde), ZK3 (Yabancılardan çekinme, 8 madde) ve ZK4 (Çabuk yorulma ve dermansızlık, 9 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır.

Ödül Bağımlılığı (ÖB, 24 madde), ÖB1 (Duygusallık, 10 madde), ÖB2 (Bağlanma, 8 madde), ÖB3 (Bağımlılık, 6 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır.

Sebat Etme (SE, 8 madde) alt ölçeği olmayan tek mizaç ölçeğidir.

Karakter boyutu 13 alt – sıra alt ölçekten oluşmaktadır.

Kendini Yönetme (KY, 44 madde), KY1 (Sorumluluk alma, 8 madde), KY2 (Amaçlılık, 8 madde), KY3 (Beceriklilik, 5 madde), KY4 (Kendini kabullenme, 11 madde) ve KY5 ( Uyumlu ikincil huylar, 12 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır.

İşbirliği Yapma (İY, 42 madde), İY1 (Sosyal onaylama, 8 madde), İY2 (Empati duyma, 7 madde), İY3 (Yardımsızlık, 8 madde), İY4 (Acıma, 10 madde) ve İY5 (Erdemlilik - vicdanlılık, 9 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır.

Kendini Aşma (KA, 33 madde), KA1 (Kendilik kaybı, 11 madde), KA2 (Kişilerarası özdeşim, 9 madde), KA3 (Manevi kabullenme, 13 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır.

TCI değerlendirilmesinde bazı maddeler tersine puanlanmaktadır. Bu maddelerin puanlanmasında “yanlış” seçeneği işaretlenen maddeler 1 puan alır. Ayrıca TCI içinde yer aldıkları halde puanlanmayan maddeler de mevcuttur (41).

(Madde 69, 75, 101, 111, 118, 134, 140, 170, 176, 190, 213, 230, 239, 240)

#### **4. Uygulama**

Araştırmaya alınan kişilere onayları alındıktan sonra ilk olarak SCID-I uygulanmış DSM-IV TR’A göre Major Depresif Bozukluk (Remisyonda) ve Bipolar Affektif Bozukluk ( Depresif Atak öyküsü olan ve remisyonda) tanısı konan hastalara sosyodemografik bilgi formu doldurmak için görüşme yapılmıştır. Görüşmeyi takiben de hastalara açıklamalar yapıldıktan sonra TCI ve TEMPS-A testleri verilmiş ve sonuçları değerlendirilmiştir.

#### **5. İstatistiksel Değerlendirmeler:**

İstatistiksel analiz “SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 10.0 for Windows” programı kullanılarak yapıldı.

Cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, sosyal güvence, yaşadığı yer, son atakta yaşam olayı olması, ilk atakta yaşam olayı olması atipik özellik öyküsü, intihar girişimi öyküsü, ailede duygudurum bozukluğu hikayesi ailede başka ruhsal hastalık hikayesi, psikotik özellikli atak öyküsü, halen ilaç kullanımı öyküsü ve TEMPS-A ile duygulanım mizacı tiplerinin değerlendirilmesi için grupların karşılaştırılmasında ki-kare (*chi-square,  $\chi^2$* ) testi kullanılmıştır

Cinsiyetlerin ve grupların yaş ortalamaları, hastalık başlangıç yaşı, ortalama intihar sayısı, ortalama psikotik özellikli atak sayısı, yatış sayısı, grupların TEMPS-A ve TCI puan ortalamaları yönünden karşılaştırılması için Student t testi kullanılmıştır.



Yaş ile TEMPS-A ve TCI, TEMPS-A puan ortalamaları ile TCI puan ortalamaları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için Pearson korelasyon analizi uygulandı.

TCI ve TEMPS-A ölçek puanlarına göre mizaç ve karakter özelliklerinin unipolar depresyonu bipolar depresyondan ayırmada öngördürücü olup olmadığını değerlendirmek için regresyon analizi kullanıldı.

$p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi

## IV. BULGULAR

### 1.Sosyodemografik Özellikler

Hem bipolar depresyon grubunda hem de unipolar depresyon grubunda oransal olarak kadın cinsiyet, öğrenci veya memur olma, dul olmama, üniversite düzeyinde eğitim düzeyine sahip olma ve sosyal güvenceye sahip olma egemendi..

Unipolar grubun sosyoekonomik düzeyleri daha yüksekti ve çoğunluğu şehir veya ilçede yaşıyordu. (sırasıyla  $p=0.00$ ,  $p= 0.02$  )(Tablo 1)

**Tablo 1.** Hastaların Sosyodemografik Özellikler Yönünden Dağılımı

		Unipolar D	Bipolar D	Toplam	$\chi^2$	p
		n (%)	n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kadın	40 (75,5)	31 (59,6)	71 (67,6)	3.01	0.08
	Erkek	13 (24,5)	21 (40,4)	34 (32,4)		
Meslek	Ev Hanımı	14 (26,4)	14 (26,9)	28 (26,7)	6.94	0.32
	İşçi	1 (1,9)	1 (1,9)	2 (1,9)		
	Öğrenci	17 (32,1)	8 (15,4)	25 (23,8)		
	Memur	17 (32,1)	19 (36,5)	36 (34,3)		
	Boş	1 (1,9)	4 (7,7)	5 (4,8)		
	Emekli	1 (1,9)	4 (7,7)	5 (4,8)		
	Serbest	2 (3,8)	2 (3,8)	4 (3,8)		
Medeni Durumu	Evli	27 (50,9)	22 (42,3)	49 (46,7)	2.57	0.27
	Bekar	26 (49,1)	28 (51,4)	54 (51,4)		
	Dul	0 (0)	2 (3,8)	2 (1,9)		
Eğitim	Okur Yazar	0 (0)	3 (5,8)	3 (2,9)	5.22	0.15
	İlköğretim	11 (20,8)	10 (19,2)	21 (20,0)		
	Lise	9 (17,0)	14 (26,9)	23 (21,9)		
	Üniversite	33 (62,3)	25 (48,1)	58 (55,2)		
Sosyoekonomik Durum	Alt	0 (0)	14 (26,9)	14 (13,3)	16.5	0.00
	Orta	45 (84,9)	33 (63,5)	78 (74,3)		
	Üst	8 (15,1)	5 (9,6)	13 (12,4)		
Sosyal Güvence	Var	52 (98,1)	51 (98,1)	103 (98,1)	0.00	0.98
	Yok	1 (1,9)	1 (1,9)	2 (1,9)		
Yaşadığı Yer	Şehir	48 (90,6)	35 (67,3)	83 (79,0)	9.86	0.02
	İlçe	4 (7,5)	8 (15,4)	12 (11,4)		
	Kasaba	0 (0)	2 (3,8)	2 (1,9)		
	Köy	1 (1,9)	7 (13,5)	8 (7,6)		

## 2. Klinik Özellikler

Gruplar arasında son atağın başlangıcında yaşam olayı olması, psikotik özellikli atak geçirme öyküsünün olması açısından değerlendirildiğinde; unipolar gruptaki hastalar son atakta daha çok yaşam olayı bildirdiler. Bipolar grupta psikotik özellikli atak geçirme öyküsü daha fazlaydı. (sırasıyla  $p=0.01$ ,  $p=0.00$ ) .

İki grup atipik özelliğın varlığı yönünden incelendiğinde, bipolar grupta istatistiksel anlama ulaşmasa da daha fazla atipik özellik varlığı tespit edildi ( $p=0.08$ ). Bipolar depresyon grubunda intihar girişimi öyküsü ( $p=0.02$ ) ve halen ilaç kullanımı daha fazlaydı. ( $p=0.03$ ) (Tablo 2).

**Tablo 2.** Grupların Klinik Özellikler Yönünden Karşılaştırılması

	Unipolar Depresyon		Bipolar Depresyon		$\chi^2$	p
	Var	Yok	Var	Yok		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
<b>Son Atakta Yaşam Olayı Olması</b>	<b>23 (43.4)</b>	<b>30 (56.6)</b>	<b>10 (19.2)</b>	<b>42 (80.8)</b>	<b>7.11</b>	<b>0.01</b>
İlk Atakta Yaşam Olayı Olması	33 (62.3)	20 (37.7)	32 (61.5)	20 (38.5)	0.006	0.93
Atipik Özellik	4 (7.5)	49 (92.5)	10 (19.2)	42 (80.8)	3.101	0.08
<b>İntihar Girişimi</b>	<b>6 (11.3)</b>	<b>47 (88.7)</b>	<b>15 (28.8)</b>	<b>37 (71.2)</b>	<b>5.039</b>	<b>0.02</b>
Ailede Duygudurum Bozukluğu Hikayesi	22 (41.5)	31 (58.5)	25 (48.1)	27 (51.9)	0.46	0.50
Ailede Başka Ruhsal Hastalık Hikayesi	13 (24.5)	40 (75.5)	9 (17.3)	43 (82.7)	0.82	0.36
<b>Psikotik Özellikli Atak Öyküsü</b>	<b>2 (3.8)</b>	<b>51 (96.2)</b>	<b>45 (86.5)</b>	<b>7 (13.5)</b>	<b>72.71</b>	<b>0.00</b>
Halen İlaç Kullanımı	46 (86.8)	7 (13.2)	51 (98.1)	1 (1.9)	4.75	0.03

Hastalık başlangıç yaşı ve psikotik özellikli atak sayısı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Bipolar grupta hastalık daha erken yaşta başlıyordu ve ortalama psikotik özellikli atak sayısı daha çoktu. (sırasıyla  $p=0.02$ ,  $p=0.00$ ) (Tablo 3).

Ortalama intihar sayısı yönünden unipolar ve bipolar depresyon grubu karşılaştırıldığında, bipolar grubun daha çok sayıda intihar girişiminde bulunduğu tespit edildi ( $p=0.02$ )

Ortalama hastaneye yatış sayısı yönünden iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu. Bipolar grubun ortalama yatış sayısı daha fazlaydı ( $p=0.00$ ). Unipolar depresyon grubundakilerin % 7.5'u (4 kişi) ile bipolar depresyon grubundakilerin % 46.1'i (24 kişi) 1-3 defa hastaneye yatarak tedavi görmüştür. Bununla birlikte unipolar depresyon grubunda hiçbir hasta 3 ve daha fazla sayıda hastaneye yatarak tedavi görmezken bipolar depresyon grubundakilerin % 32.6'sı (17 kişi) 3 ve daha fazla sayıda hastaneye yatarak tedavi görmüştür. Hastalık süresi bipolar depresyon grubunda daha uzundu. ( $p=0.00$ ) (Tablo 3)

**Tablo 3.** Grupların Klinik Özelliklerinin Sayısal Değerleri Yönünden Karşılaştırılması

	Unipolar Depresyon	Bipolar Depresyon	t	p
	Ort±SD	Ort±SD		
Cinsiyetlerin ve Grupların Yaş Ortalamaları	(K) 30.65±10.04 (E) 30.23±11.05	(K) 32.39±9.42 (E) 33.29±8.92	-1.16	0.24
<b>Başlangıç Yaşı</b>	<b>24.75±8.24</b>	<b>21.76±4.46</b>	<b>2.30</b>	<b>0.02</b>
<b>Ortalama İntihar Sayısı</b>	<b>0.15±0.45</b>	<b>0.51±1.01</b>	<b>-2.39</b>	<b>0.02</b>
<b>Ortalama Psikotik Özellikli Atak Sayısı</b>	<b>0.06±0.3</b>	<b>2.37±2.21</b>	<b>-7.55</b>	<b>0.00</b>
<b>Yatış Sayısı</b>	<b>0.09±0.35</b>	<b>2.81±2.81</b>	<b>-6.5</b>	<b>0.00</b>
<b>Hastalık Süresi</b>	<b>6.26±6.20</b>	<b>11.37± 7.76</b>	<b>-3.72</b>	<b>0.00</b>

Bipolar depresyon grubunun ilk ataklarına bakıldığında hastaların % 69.2'sinin (36 kişi) hastalığının major depresif atakla başladığı, % 28.8'sinin (15 kişi) manik atakla başladığı ve % 1.9'unun (1 kişi) karma atakla başladığı tespit edilmiştir.

### 3. TEMPS-A ile Duygulanım Mizacının Değerlendirilmesi

Unipolar depresyon grubu ve bipolar depresyon grubu baskın mizaç tipi yönünden incelendiğinde iki grup arasında anksiyöz mizaç yönünden istatistiksel

olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bipolar grupta hiç anksiyöz mizaç bulunmazken unipolar grupta 4 kişide anksiyöz mizaç bulunmuştur. ( $p= 0.04$ ) (Tablo 5).

**Tablo 4.** Bipolar Depresyon Grubu ve Unipolar Depresyon Grubunun Bir ve Birden Fazla Mizaç Saptanan Bireylerin Dağılımı ve Herhangi Bir Baskın Mizacın Varlığının Karşılaştırılması

	Unipolar Depresyon		Bipolar Depresyon		$\chi^2$	p
	Var	Yok	Var	Yok		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Depresif	4 (7.5)	49 (92.5)	2 (3.8)	50 (96.2)	0.66	0.41
Siklotimik	0 (0)	53 (100)	3 (5.8)	49 (94.2)	3.14	0.07
Hipertimik	0 (0)	53 (100)	1 (1.9)	51 (98.1)	1.02	0.31
Anksiyöz	1 (1.9)	52 (98.1)	0 (0)	52 (100)	0.99	0.32
İrritabl	1 (1.9)	52 (98.1)	0 (0)	52 (100)	0.99	0.32
Depresif+Anksiyöz	3 (5.7)	50 (94.3)	0 (0)	52 (100)	3.03	0.08
Siklotimik+İrritabl	1 (1.9)	52 (98.1)	0 (0)	52 (100)	0.99	0.32
Depresif+Siklotimik	0 (0)	53 (100)	1 (1.9)	51 (98.1)	1.02	0.31
Herhangi Bir Mizaç	10 (18.9)	43 (81.1)	7 (13.5)	45 (86.5)	0.56	0.45

**Tablo 5.** Bipolar Depresyon Grubu ve Unipolar Depresyon Grubunun Baskın Mizaç Dağılımı Yönünden Karşılaştırılması

	Unipolar Depresyon		Bipolar Depresyon		$\chi^2$	p
	Var	Yok	Var	Yok		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Depresif	7 (13.2)	46 (86.8)	3 (5.8)	49 (94.2)	1.68	0.19
Siklotimik	1 (1.9)	52 (98.1)	4 (7.7)	48 (92.3)	1.95	0.16
Hipertimik	0 (0)	53 (100)	1 (1.9)	51 (98.1)	1.02	0.31
<b>Anksiyöz</b>	<b>4 (7.5)</b>	<b>49 (92.5)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>52 (100)</b>	<b>4.08</b>	<b>0.04</b>
İrritabl	2 (3.8)	51 (96.2)	0 (0)	52 (100)	2.00	0.15

**Tablo 6.** Ailede Duygudurum Bozukluğu Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Mizaç Alt Tiplerinin Sıklığı ve Herhangi Bir Baskın Mizaç Varlığı Yönünden Karşılaştırılması

	Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü				$\chi^2$	p
	Var		Yok			
	Var	Yok	Var	Yok		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Depresif Mizaç	5 (10.6)	42 (89.4)	5 (8.6)	53 (91.4)	0.12	0.72
Siklotimik Mizaç	1 (2.1)	46 (97.9)	4 (6.9)	54 (93.1)	1.30	0.25
Hipertimik Mizaç	0 (0)	47 (100)	1 (1.7)	57 (98.3)	0.81	0.36
Anksiyöz Mizaç	2 (4.3)	45 (95.7)	2 (3.4)	56 (96.6)	0.04	0.83
İrritabl Mizaç	1 (2.1)	46 (97.9)	1 (1.7)	57 (98.3)	0.23	0.88
Herhangi bir baskın mizaç	5 (10.6)	42 (89.4)	12 (20.7)	46 (79.3)	1.93	0.16

İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan bireylerin herhangi bir baskın mizaç ve mizaç alt tipleri yönünden kıyaslanması tablo 7’de gösterilmiştir.

**Tablo 7.** İntihar Girişim Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Mizaç Alt Tiplerinin Sıklığı ve Herhangi Bir Baskın Mizaç Varlığı Yönünden Karşılaştırılması

	İntihar Girişimi				$\chi^2$	p
	Var		Yok			
	Var	Yok	Var	Yok		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Depresif Mizaç	3 (14.3)	18 (85.7)	7 (8.3)	77 (91.7)	0.70	0.40
Siklotimik Mizaç	2 (9.5)	19 (90.5)	3 (3.6)	81 (96.4)	1.31	0.25
Hipertimik Mizaç	0 (0)	21 (100)	1 (1.2)	83 (98.8)	0.25	0.61
Anksiyöz Mizaç	1 (4.8)	20 (95.2)	3 (3.6)	81 (96.4)	0.06	0.80
İrritabl Mizaç	1 (4.8)	20 (95.2)	1 (1.2)	83 (98.8)	1.14	0.28
Herhangi bir baskın mizaç	5 (23.8)	16 (76.2)	12 (14.3)	72 (85.7)	1.12	0.28

Psikotik özellikli atak öyküsü olan ve olmayan hastaların mizaç tipleri ve herhangi bir baskın mizaç yönünden karşılaştırılması tablo 8’de gösterilmiştir.

**Tablo 8.** Psikotik Özellikli Atak Geçirmiş Olan ve Olmayan Hastaların Mizaç Alt Tiplerinin Sıklığı ve Herhangi Bir Baskın Mizaç Varlığı Yönünden Karşılaştırılması

	Psikotik Atak				$\chi^2$	p
	Var		Yok			
	Var	Yok	Var	Yok		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Depresif Mizaç	3 (6.4)	44 (93.6)	7 (12.1)	51 (87.9)	0.97	0.32
Siklotimik Mizaç	4 (8.5)	43 (91.5)	1 (1.7)	57 (98.3)	2.63	0.10
Hipertimik Mizaç	1 (2.1)	46 (97.9)	0 (0)	58 (100)	1.24	0.26
Anksiyöz Mizaç	0 (0)	47 (100)	4 (6.9)	54 (93.1)	3.37	0.06
İrritabl Mizaç	0 (0)	47 (100)	2 (3.4)	56 (96.6)	1.65	0.19
Herhangi bir baskın mizaç	7 (14.9)	40 (85.1)	10 (17.2)	48 (82.8)	0.10	0.74

Mizaç alt tiplerine göre cinsiyetlerin karşılaştırılması tablo 9’da verilmiştir.

**Tablo 9.** Cinsiyetlerin Baskın Mizaç Tipleri Yönünden Karşılaştırılması

	Cinsiyet				$\chi^2$	p
	Kadın		Erkek			
	Var	Yok	Var	Yok		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Depresif Mizaç	9 (12.7)	62 (87.3)	1 (2.9)	33 (97.1)	2.52	0.11
Siklotimik Mizaç	3 (4.2)	68 (95.8)	2 (5.9)	32 (94.1)	0.13	0.70
Hipertimik Mizaç	1 (1.4)	70 (98.6)	0 (0)	34 (100)	0.48	0.48
Anksiyöz Mizaç	4 (5.6)	67 (94.4)	0 (0)	34 (100)	1.99	0.15
İrritabl Mizaç	1 (1.4)	70 (98.6)	1 (2.9)	33 (97.1)	0.28	0.59
Herhangi Bir Baskın Mizaç	14 (19.7)	57 (80.3)	3 (8.8)	31 (91.2)	2.01	0.15

Unipolar depresyon grubu ve bipolar depresyon grubunun mizaç puan ortalamaları yönünden karşılaştırılmasında anksiyöz mizaç puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Anksiyöz mizaç puan ortalamaları unipolar depresyon grubunda daha yüksektir. (p=0.01) (Tablo10).



**Tablo 10.** Unipolar Depresyon Grubu ve Bipolar Depresyon Grubunun Mizaç Puan Ortalamaları Yönünden Karşılaştırılması

	Unipolar Depresyon	Bipolar Depresyon	t	p
	Ort±SD	Ort±SD		
Depresif mizaç	7.72±3.51	7.06±3.66	093	0.35
Siklotimik mizaç	10.90±4.25	10.36±5.04	060	0.55
Hipertimik mizaç	9.50±4.08	10.53±4.34	-1.3	0.20
<b>Anksiyöz mizaç</b>	<b>10.75±4.68</b>	<b>7.63±4.73</b>	<b>3.40</b>	<b>0.01</b>
İrritabl mizaç	5.71±3.45	4.75±3.53	1.42	0.15

İntihar girişimi öyküsü ve ailede duygudurum bozukluğu öyküsü bulunan ve bulunmayan hastaların mizaç puan ortalamaları yönünden karşılaştırılması tablo 11’de verilmiştir.

**Tablo 11.** İntihar Girişimi ve Ailede Duygudurum Bozukluğu Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Mizaç Puan Ortalamaları Yönünden Karşılaştırılması

	Aile Hikayesi		Suisit Girişimi		A.Hik	Sui
	Ort±SD		Ort±SD			
	var	yok	var	yok		
Depresif Mizaç	7,17±3,77	7,56±3,45	8,00±4,12	7,23±3,45	t:0.56 p:0.57	-0.86 0.38
Siklotimik Mizaç	10,97±4,83	10,36±4,51	11,33±5,40	10,46±4,45	t:0.67 p:0.50	-0.76 0.44
Hipertimik Mizaç	9,93±4,18	10,06±4,30	10,09±3,75	5,40±4,36	t:0.15 p:0.87	-0.10 0.91
Anksiyöz Mizaç	9,46±5,34	9,00±4,62	9,47±5,84	9,14±4,72	t:0.48 p:0.63	-0.27 0.78
İrritabl Mizaç	5,55±3,69	4,98±3,34	5,76±4,32	5,10±3,29	t:0.82 p:0.41	-0.76 0.44

Psikotik özellikli atak geçirme öyküsü olanlar ve olmayanlar ortalama mizaç puanları açısından karşılaştırıldığında anksiyöz mizaç puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Psikotik özellikli atak öyküsü olmayanlarda anksiyöz mizaç puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. (p=0.01) (Tablo 12).

**Tablo 12.** Psikotik Özellikli Atak Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Mizaç Puan Ortalamaları Yönünden Karşılaştırılması

	Psikotik Özellikli Atak Öyküsü		t	p
	Var	Yok		
	Ort±SD	Ort±SD		
Depresif Mizaç	7,34±3,70	7,44±3,49	-0.14	0.88
Siklotimik Mizaç	10,76±4,84	10,5345±4,52	-0.25	0.80
Hipertimik Mizaç	10,53±4,32	9,58±4,14	-1.14	0.25
<b>Anksiyöz Mizaç</b>	<b>7,82±4,63</b>	<b>10,32±4,93</b>	<b>2.66</b>	<b>0.01</b>
İrritabl Mizaç	4,93±3,52	5,48±3,51	0.79	0.43

Mizaç puan ortalamalarına göre cinsiyetleri karşılaştırdığımızda anksiyöz mizaç puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Anksiyöz mizaç puan ortalamaları kadınlarda daha yüksekti. (p=0.004) (Tablo 13).

**Tablo 13.** Cinsiyetlerin Mizaç Puan Ortalamaları Yönünden Karşılaştırılması

	Kadın	Erkek	t	P
	Ort±SD	Ort±SD		
Depresif Mizaç	7,67± 3,73	6,79±3,24	1.17	0.24
Siklotimik Mizaç	10,95±4,46	9,97±5,01	1.01	0.31
Hipertimik Mizaç	9,78±3,86	10,47±4,93	-0.77	0.44
<b>Anksiyöz Mizaç</b>	<b>10,15±4,78</b>	<b>7,23±4,73</b>	<b>2.93</b>	<b>0.004</b>
İrritabl Mizaç	5,28±3,41	5,14±3,76	0.18	0.85

Yaş ile mizaç puan ortalamaları arasındaki ilişkiye baktığımızda unipolar depresyon grubundaki iritabl mizaç puan ortalamaları ile yaş arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. (p= 0.036) (tablo 14)

Bununla birlikte bipolar depresyon grubunda depresif mizaç puan ortalaması ile yaş arasında pozitif bir ilişki saptanırken, hipertimik mizaç puan ortalaması ile yaş arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. (sırasıyla p=0.025, p=0.048) (Tablo 14 ).

**Tablo 14.** Yaş ile Mizaç Puan Ortalamalarının İlişkisi

	Unipolar Depresyon		Bipolar Depresyon	
	r	p	r	p
Depresif Mizaç	0.027	0.845	0.311	<b>0.025</b>
Siklotimik Mizaç	-0.080	0.569	-0.139	0.325
Hipertimik Mizaç	-0.031	0.823	-0.276	<b>0.048</b>
Anksiyöz Mizaç	0.097	0.489	0.110	0.438
İrritabl Mizaç	-0.289	<b>0.036</b>	-0.092	0.515

Hastaların TEMPS-A ile değerlendirilen mizaç özelliklerinin unipolar depresyon grubunu bipolar depresyon grubundan ayırmada yaptığımız regresyon analizinde anksiyöz mizaç unipolar depresyonun öngördürücüsü olarak bulundu. (p= 0.01) (Tablo 15)

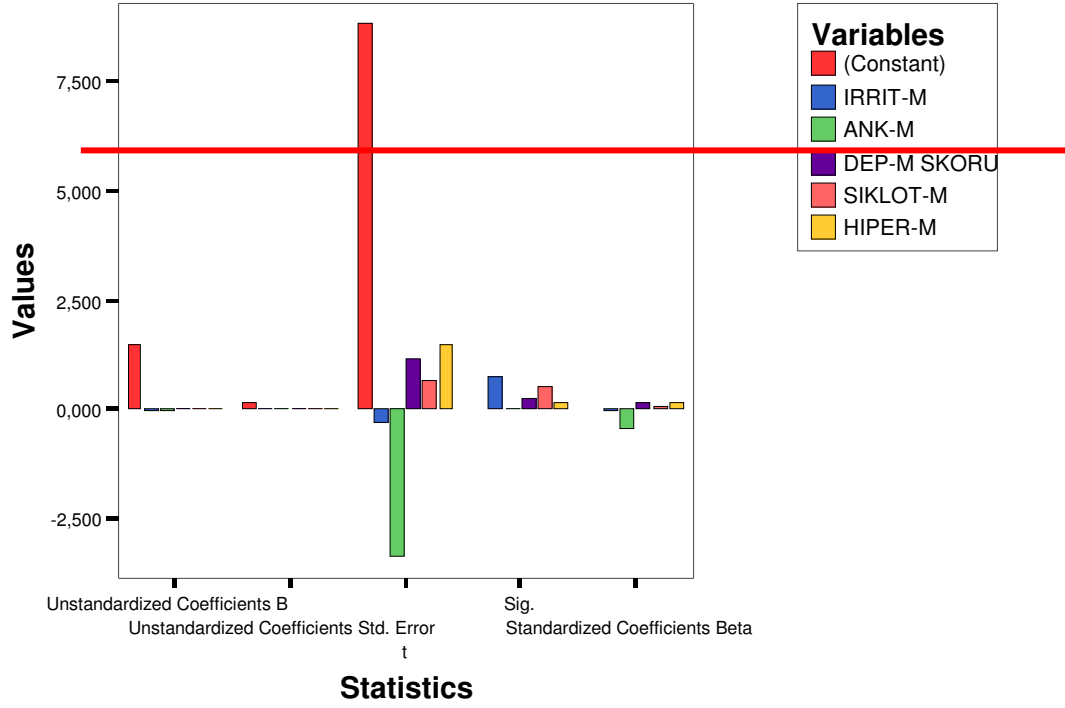
**Tablo 15.** TEMPS-A Ölçek Puanlarının Duygudurum Bozukluklarını Öngördürüp Öngördürmediğinin Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Sapma	Beta	t	p
Sabit	1.50	0.170		8.799	0.000
İrritabl Mizaç	5.02E-03	0.017	-0.035	-0.303	0.762
<b>Anksiyöz Mizaç</b>	<b>4.29E-02</b>	<b>0.013</b>	<b>-0.422</b>	<b>-3.337</b>	<b>0.001</b>
Depresif Mizaç	879E-02	0.016	0.134	1.152	0.252
Siklotimik Mizaç	064E-02	0.013	0.084	0.677	0.500
HipertimikMizaç	818E-02	0.012	0.153	1.471	0.144

**Bağımlı Değişken:** Tanı

## Coefficients

Model : 1



#### 4. TCI ile Mizaç ve Karakterin Değerlendirilmesi

Ailede duygudurum bozukluğu yönünden aile hikayesi olan ve olmayan hastaların TCI mizaç puan ortalamaları yönünden karşılaştırılması tablo 16'de verilmiştir.

**Tablo 16.** Ailede Duygudurum Bozukluğu Hikayesi Olanlar ve Olmayanların TCI Puan Ortalamaları Yönünden Karşılaştırılması

	Aile Hikayesi		t	p
	Ort±SD			
	Var	Yok		
Yenilik Arayışı	19.06±6.41	18.60±4.84	-0.41	0.67
Zarardan Kaçınma	19.08±6.67	18.29±6.36	-0.62	0.53
Ödül Bağımlılığı	14.21±3.62	14.01±3.28	-0.29	0.77
Sebat Etme	5.00±1.82	4.68±1.77	-0.87	0.38
Kendi Kendini Yönetme	26.65±7.08	26.13±6.19	-0.40	0.68
İş Birliği Yapma	27.78±5.69	28.17±5.30	0.35	0.72
Kendi Kendini Aşma	19.68±6.14	19.34±4.61	-0.32	0.75

Bipolar depresyon grubu ve unipolar depresyon grubu TCI ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılmasında mizacın zarardan kaçınma ölçeğinin beklenti endişesi ve karamsarlık-sınırsız iyimserlik ile çabuk yorulma ve dermansızlık alt ölçeğinde ve toplam zarardan kaçınma ortalama puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu ölçeklerin ortalama puanları unipolar depresyon grubunda daha yüksek bulunmuştur. (sırasıyla  $p=0.00$ ,  $0.04$ ,  $0.00$ ) . Karakterin işbirliği yapma ölçeğinin sosyal kabullenme-sosyal hoşgörüsüzlük alt biriminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu ölçeğin ortalama puanı bipolar depresyon grubunda daha yüksek bulunmuştur. ( $p=0.04$ ) (Tablo 17).

**Tablo 17.** Unipolar ve Bipolar Depresyon Grubunun TCI Puan Ortalamaları Yönünden Karşılaştırılması

		Unipolar Depresyon	Bipolar Depresyon	t	p
		Ort±SD	Ort±SD		
Keşfetmekten Heyecan Duyma-Kayıtsız Bir Katılık	<b>YA1</b>	6.00±2.02	6.34±2.26	-0.82	0.41
Dürtüsellik-İyice Düşünme	<b>YA2</b>	3.83±1.69	4.13±1.80	-0.89	0.37
Savurganlık-Tutumluluk	<b>YA3</b>	5.05±2.18	4.88±2.12	0.40	0.68
Düzensizlik-Düzenlilik	<b>YA4</b>	3.79±1.91	3.59±2.08	0.50	0.61
Toplam Yenilik Arayışı Puanı	<b>YAtop</b>	18.67±4.99	18.94±6.16	-0.24	0.81
<b>Beklenti Endişesi ve Karamsarlık-Sınırsız İyimserlik</b>	<b>ZK1</b>	<b>6.77±2.50</b>	<b>5.32±2.34</b>	<b>3.05</b>	<b>0.00</b>
Belirsizlik Korkusu	<b>ZK2</b>	4.54±1.84	4.30±1.63	0.70	0.48
Yabancılardan Çekinme	<b>ZK3</b>	3.75±2.31	3.11±2.14	1.46	0.14
<b>Çabuk Yorulma ve Dermansızlık</b>	<b>ZK4</b>	<b>5.13±2.30</b>	<b>4.26±2.07</b>	<b>2.01</b>	<b>0.04</b>
<b>Toplam Zarardan Kaçınma</b>	<b>ZKtop</b>	<b>20.28±6.78</b>	<b>16.98±5.76</b>	<b>2.68</b>	<b>0.00</b>
Duygusallık	<b>ÖB1</b>	7.20±2.02	7.26±1.86	-0.16	0.87
Bağlanma	<b>ÖB3</b>	3.98±1.74	4.59±1.89	-1.73	0.08
Bağımlılık	<b>ÖB4</b>	2.77±1.56	2.38±1.27	1.39	0.16
Toplam Ödül Bağımlılığı Puanı	<b>ÖBtop</b>	13.96±3.46	14.25±3.41	-0.42	0.66
Sebat Etme	<b>S</b>	4.71±1.90	4.94±1.69	-0.64	0.52
Sorumluluk alma-Kınama	<b>KY1</b>	4.03±1.93	4.25±2.24	-0.51	0.60
Amaçlılık-Amaçsızlık	<b>KY2</b>	5.54±1.79	5.80±1.71	-0.76	0.44
Beceriklilik	<b>KY3</b>	2.67±1.45	2.92±1.39	-0.87	0.38
Kendini Kabullenme- Kendisiyle Çekişme	<b>KY4</b>	5.20±2.38	5.88±2.58	-1.39	0.16
Aydınlanmış İkinci Mizaç	<b>KY5</b>	8.22±1.73	8.42±1.92	-0.55	0.58
Toplam Kendi Kendini İdare Etme Puanı	<b>KYtop</b>	25.66±5.61	27.09±7.42	-1.11	0.26
<b>Sosyal Kabullenme-Sosyal Hoşgörüsüzlük</b>	<b>İY1</b>	<b>5.54±1.78</b>	<b>6.21±1.49</b>	<b>-2.06</b>	<b>0.04</b>
Empati duyma-Sosyal İlgisizlik	<b>İY2</b>	4.01±1.44	3.78±1.67	0.75	0.45
Yardımsızlık-Yardım Sevmemeçlik	<b>İY3</b>	3.84±1.44	3.98±1.42	-0.47	0.63
Acıma-İntikamcılık	<b>İY4</b>	6.84±2.72	7.61±2.17	-1.59	0.11
Temiz Kalplilik Vicdanlılık-Kendi Kendine Yarar Sağlama	<b>İY5</b>	7.47±1.35	7.03 ±1.55	1.52	0.13
Toplam İşbirliği Puanı	<b>İYtop</b>	27.43±5.28	28.57±5.61	-1.07	0.28
Kendini Kaybetme-Kendilik Bilincinde Yaşantı	<b>KA1</b>	5.86±2.50	5.86±2.31	0.00	0.99
Kişilerarası Özdeşim-Kendi Kendine Ayrışma	<b>KA2</b>	5.15±2.22	5.50±2.31	-0.78	0.43
Manevi Kabullenme-Akılcı Maddecilik	<b>KA3</b>	8.28±2.61	8.32±2.66	-0.08	0.93
Toplam Kendi Kendini Aşma Puanı	<b>KAtop</b>	19.30±4.93	19.69±5.75	-0.37	0.70

İntihar girişimi öyküsü yönünden yapılan karşılaştırma tablo 18’de verilmiştir.

**Tablo 18.** İntihar Girişimi Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların TCI Mizaç Puan Ortalamaları Yönünden Karşılaştırılması

	<b>İntihar Girişimi</b>		<b>t</b>	<b>p</b>
	<b>Ort±SD</b>	<b>Var</b>		
Yenilik Arayışı	20.66±5.91	18.34±5.42	-1.721	0.88
Zarardan Kaçınma	18.33±5.44	18.72±6.74	0.247	0.80
Ödül Bağımlılığı	14.42±3.90	14.02±3.31	-0.483	0.63
Sebat Etme	5.09±1.81	4.76±1.80	-0.758	0.45
Kendi Kendini Yönetme	26.04±7.22	26.45±6.45	0.251	0.80
İş Birliği Yapma	27.57±5.87	28.10±5.37	0.401	0.68
Kendi Kendini Aşma	20.38±6.75	19.27±4.93	-0.850	0.39

**Tablo 19.** Cinsiyetlerin TCI Mizaç Puan Ortalamaları Yönünden Karşılaştırılması

	<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	<b>t</b>	<b>P</b>
	<b>Ort±SD</b>	<b>Ort±SD</b>		
Yenilik Arayışı	18.77±5.77	18.88±5.22	-0.09	0.92
Zarardan Kaçınma	19.42±6.23	17.02±6.78	1.78	0.07
Ödül Bağımlılığı	14.35±3.53	13.58±3.17	1.07	0.28
Sebat Etme	4.92±1.67	4.61±2.04	0.83	0.40
Kendi Kendini Yönetme	26.26±6.66	26.58±6.50	-0.23	0.81
İş Birliği Yapma	28.57±4.88	26.79±6.39	1.57	0.11
Kendi Kendini Aşma	20.05±5.40	18.32±5.06	1.56	0.12

Cinsiyetlerin TCI mizaç puan ortalamaları yönünden karşılaştırılması tablo 19’de verilmiştir.

TCI mizaç puan ortalamaları ile yaşın arasındaki ilişkiye bakıldığında unipolar depresyon grubunda yaş ile yenilik arayışı arasında negatif bir ilişki saptanırken yaş ile ödül bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. (sırasıyla  $p=0.00, 0.03$ ) (Tablo 19).

Bipolar depresyon grubunda da yaş ile yenilik arayışı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. ( $p=0.00$ ) (Tablo 20)

**Tablo 20.** TCI Mizaç Puan Ortalamaları ile Yaş Arasındaki İlişki

	Yaş			
	Unipolar Depresyon		Bipolar Depresyon	
	r	p	r	p
<b>Yenilik Arayışı</b>	<b>-0.498</b>	<b>0.00**</b>	<b>-0.423</b>	<b>0.00**</b>
Zarardan Kaçınma	-0.052	0.71	0.137	0.33
<b>Ödül Bağımlılığı</b>	<b>0.288</b>	<b>0.03</b>	-0.064	0.65
Sebat Etme	0.260	0.06	0.050	0.72
Kendi Kendini Yönetme	-0.026	0.85	-0.016	0.91
İş Birliği Yapma	0.175	0.21	-0.071	0.61
Kendi Kendini Aşma	0.131	0.35	-0.140	0.32

\*\* $p < 0.01$

Hastaların TCI ile değerlendirilen mizaç ve karakter özelliklerinin unipolar depresyon grubunu bipolar depresyon grubundan ayırmada yaptığımız regresyon analizinde öngördürücü bir özellik bulunamadı. (Tablo 21)



**Tablo 21.** TCI Puan Ortalamalarının Duygudurum Bozukluklarını Öngördürüp Öngörmemediğinin Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Sapma	Beta	t	P
Sabit	1.247	0.410		3.041	0.003
SD1	-1.96E-03	0.057	-0.082	-0.343	0.732
SD2	4.084E-03	0.060	0.014	0.068	0.946
SD3	4.310E-02	0.064	0.122	0.678	0.500
SD4	2.999E-02	0.052	0.149	0.582	0.562
SD5	-6.92E-03	0.064	-0.025	-0.108	0.915
SDToplam	3.021E-03	0.050	0.040	0.061	0.952
C1	4.702E-02	0.065	0.157	0.718	0.474
C2	-9.60E-02	0.055	-0.298	-1.749	0.084
C3	-3.10E-02	0.061	-0.088	-0.509	0.612
C4	-1.99E-02	0.054	-0.099	-0.368	0.714
C5	-8.98E-02	0.062	-0.262	-1.442	0.153
CToplam	2.844E-02	0.048	0.309	0.590	0.557
ST1	-8.16E-03	0.035	0.039	-0.231	0.818
ST2	2.220E-02	0.035	0.100	0.635	0.527
STToplam	7.515E-03	0.022	0.080	0.347	0.730

### Bağımlı Değişken: Tanı

Duygulanım mizacı puanları ile TCI ölçek puanları arasındaki ilişkiye baktığımızda depresif mizacın yenilik arayışı ve kendi kendini yönetme ile istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki gösterirken (sırasıyla  $p=0.00$ ,  $0.00$ ), zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı ile de istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki gösterdiği saptanmıştır. (sırasıyla  $p=0.00$ ,  $0.03$ ) (Tablo 22)

Siklotimik mizaç zarardan kaçınma, ve kendi kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif ilişki gösterirken (sırasıyla  $p=0.00$ ,  $0.00$ ) kendi kendini yönetme ile istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki göstermiştir. ( $p=0.00$ ) (Tablo 22)

Hipertimik mizaç yenilik arayışı, sebat etme, ve kendi kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki gösterirken (sırasıyla  $p=0.01, 0.00, 0.00$ ) zarardan kaçınma ve kendi kendini yönetme ile istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki göstermiştir. (sırasıyla  $p=0.00, 0.01$ ) (Tablo 22)

İrritabl mizaç yenilik arayışı ve zarardan kaçınma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki gösterirken (sırasıyla  $p= 0.01, 0.03$ ), kendi kendini yönetme ve işbirliği yapma ile negatif bir ilişki göstermiştir. ( $p=0.00, 0.00$ ) (Tablo 22)

Anksiyöz mizaç zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve kendi kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki gösterirken (sırasıyla  $p=0.00, 0.03, 0.00$ ) , işbirliği yapma ve kendi kendini yönetme ile istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki göstermiştir. (sırasıyla  $p=0.03, 0.00$ ) (Tablo 22).

**Tablo 22.** Duygulanım Mizacı Puanları ile TCI Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

	Depresif		Siklotimik		Hipertimik		İrritabl		Anksiyöz	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Yenilik Arayışı	-0.29	<b>0.00</b>	0.16	0.09	0.23	<b>0.01</b>	0.23	<b>0.01</b>	-0.06	0.48
Zarardan Kaçınma	0.48	<b>0.00</b>	0.25	<b>0.00</b>	-0.46	<b>0.00</b>	0.20	<b>0.03</b>	0.57	<b>0.00</b>
Ödül Bağımlılığı	0.21	<b>0.03</b>	0.06	0.53	0.10	0.28	-0.06	0.50	0.09	<b>0.03</b>
Sebat Etme	-0.15	0.12	0.01	0.91	0.49	<b>0.00</b>	-0.09	0.33	0.03	0.71
Kendi Kendini Yönetme	-0.43	<b>0.00</b>	-0.54	<b>0.00</b>	-0.22	<b>0.01</b>	-0.50	0.00	-0.58	<b>0.00</b>
İş Birliği Yapma	-0.03	0.72	-0.15	0.12	-0.13	0.18	-0.49	0.00	-0.20	<b>0.03</b>
Kendi Kendini Aşma	0.11	0.24	0.55	<b>0.00</b>	0.36	<b>0.00</b>	0.15	0.11	0.36	<b>0.00</b>

## V. TARTIŞMA

### 1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamızda bipolar ve unipolar depresyon grupları arasında cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyal güvenceye sahip olma yönünden anlamlı farklılık bulunmadı. Bununla birlikte her iki grupta da kadın cinsiyet, öğrenci veya memur olma, dul olmama, üniversite düzeyinde eğitime sahip olma ve herhangi bir sosyal güvenceye sahip olma daha baskındı. Grupları bu yönlerden karşılaştırdığımızda kadın cinsiyet bipolar depresyon grubuna göre unipolar depresyon grubunda daha fazlayken (bipolar depresyonda % 67.6, unipolar depresyonda % 75.5) erkek cinsiyet de bipolar depresyon grubunda unipolar gruba göre daha fazlaydı (bipolar depresyonda % 40,4, unipolar depresyonda % 24,5). Üniversite düzeyinde eğitim oranı da unipolar depresyon grubunda daha yüksekti (bipolar depresyonda % 48,1 unipolar depresyonda % 62,3).

İki grup sosyoekonomik durum yönünden incelendiğinde anlamlı farklılık saptandı. Bipolar gruptaki hastalar 3 sosyoekonomik duruma dağılırken unipolar grupta alt sosyoekonomik düzeyde hiç hasta bulunmadı.

Yaşanılan yer açısından da iki grup arasında anlamlı farklılık saptandı. Unipolar grupta şehirde ve ilçede yaşama ağırlıktayken bipolar grupta bunlarla beraber kasaba ve köyde yaşama da belirgindi.

Yapılan bazı yayınlar unipolarlarla paralel olarak bipolar depresyonun kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğünü belirtse de birçok çalışma unipolar depresyonun kadınlarda bipolar depresyonun da erkeklerde daha fazla görüldüğünü belirtmiştir (77,85- 88).

Eğitim düzeyinin iki grup arasında farklılık oluşturmadığı ancak bipolar depresyonun evlenmemişlerde ve işsizlerde daha sık görüldüğü belirtilmiştir (86-87, 89).

2006 yılında kliniğimizde unipolar ve bipolar depresyonları karşılaştırarak yapılan çalışmada da iki grup arasında cinsiyet yönünden unipolar depresyon grubunda kadınlar bipolar depresyon grubunda erkekler baskın bulunmuş, meslek ve yaşadığı yer

(unipolar grupta şehirde yaşama daha fazladır) yönünden anlamlı farklılık tespit edilirken eğitim düzeyi, medeni durum ve sosyoekonomik düzey yönünden bir farklılık tespit edilmemiştir (90).

Çalışmanın yapıldığı kliniğin bir üniversite hastanesi kliniği olması, şehir merkezinde bulunması ve şehrin öğrencilerin ve çeşitli alanlarda memurların yoğunlukta olduğu bir şehir olması yüzünden çalışma populasyonunda şehirde yaşayanlar, yükseköğretimsel ve memurlarla öğrenciler çoğunlukta idi. Çalışma populasyonunun bu profili sonuçların kültürel yorumunu gerekli kılmaktadır.

## 2. Klinik Özellikler

Gruplar arasında ilk atağın başlangıcında yaşam olayı olması açısından anlamlı fark saptanmazken son atak başlangıcında yaşam olayı olması yönünde fark saptandı ve unipolar grupta daha fazlaydı.

2006 yılında kliniğimizde unipolar ve bipolar depresyonları atak sırasındaki klinik belirtilerine göre karşılaştıran çalışmada da gruplar arasında ilk atağın ortaya çıkışında yaşam olayı ile ilişki saptanmazken son atağın başlangıcında yaşam olayı unipolar depresyonlularda anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Stresli ve olumsuz yaşam olaylarının unipolar hastalarda hastalık riskini artırırken bipolar bozuklukta mevcut hastalığın nüks riskini artırdığı ifade edilmektedir (3, 90). Bazı çalışmalarda da negatif yaşam olaylarının ve düşük sosyal desteğin unipolar depresyonda olduğu gibi bipolar depresyonda da önemli olduğu belirtilmiştir ancak günümüzde negatif bir yaşam olayını takiben ortaya çıkan alevlenmeye bipolar ve unipolar depresyon gruplarının aynı seviyede duyarlı olduklarını tesbit eden çalışma yoktur (24).

Hastalarımız arasında psikotik özellikli atak geçirme öyküsü ve psikotik özellikli atak sayısı bipolar depresyon grubunda anlamlı olarak daha fazlaydı.

Yapılan çalışmalarda da bipolar grupta psikotik özellikli atağın unipolar gruba göre daha çok sayıda olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte bipolar psikotik depresyonun unipolar psikotik depresyondan psikotik özelliği olmayanlardan farklı olarak yaş, hastalık süresi, psikotik belirtiler, atipik özellikler ve cinsiyet açısından farklılık göstermediği ifade edilmektedir (29, 91-95).

İki grup atipik özelliğın varlığı yönünden incelendiğinde bipolar grupta atipik özellik anlamlı olarak daha fazla bulundu. Bipolar depresyon grubunda atipik özellik tiplerinden tek başına iştah artışı 3 hastada (% 5.8), hipersomnia 3 hastada (% 5.8) ve hem iştah artışı hem hipersomnia birlikte 4 hastada (% 7.7) görülürken unipolar depresyon grubunda ayrı ayrı iştah artışı ve hipersomnia görülmezken sadece hem iştah artışı hem hipersomnia birlikte 4 hastada (% 7.5) tespit edilmiştir. Atipik özellik tipi açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Bazı çalışmalarda atipik özellikler yönünden iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmasa da çoğu yayında hipersomnia ön planda olmak üzere atipik özelliklerin bipolar depresyonda daha fazla olduğu gösterilmiştir (29, 90-91, 95-97).

Bizim çalışmamızda intihar öyküsü ve ortalama intihar sayılarına bakıldığında bipolar grupta anlamlı olarak daha fazla intihar öyküsünün olduğu ve intihar girişiminin ortalama olarak daha çok sayıda olduğu tespit edildi. Her iki grupta da intihar yöntemi olarak ilaç içerek intihar girişiminde bulunma öyküsü daha fazlaydı. Unipolar depresyon grubunda intihar girişimde bulunanların % 40'ı bipolar depresyon grubundakilerin % 60'ı bu yöntemi tercih etmiştir. Bununla birlikte bipolarlar daha öldürücü diyebileceğimiz atlama, kesici alet ve birden fazla yöntemi de denemişlerdir. İntihar yöntemi bakımından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. İntihar girişimi sayısı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Unipolar depresyon grubundaki hastalar sadece 1 veya 2 defa intihar girişiminde bulunurken bipolar grubundakiler arasında 1 veya 2 defa intihar girişimiyle birlikte 3 veya 5 defa intihar girişiminde bulunan hastalar (3 kişi) vardı.

Yapılan araştırmalarda da bipolarlarda intihar sayısının ve öldürücü intihar girişiminin unipolarlara göre daha fazla olduğu gösterilmektedir. Roma'da yapılan bir çalışmada bipolar depresyon vakalarının ölüm riski yüksek intihar girişiminde bulduklarını, bunun da bipolarlardaki tamamlanmış intiharın unipolarlardan fazla olmasını doğurduğu belirtilmiştir. Anksiyete ve depresyon skorları unipolarlarda yüksek olmasına rağmen ölüm riski bipolarlarda yüksektir (86, 90, 98).

Balázs ve ark. (2006), yaptıkları bir çalışmada intihar girişiminde bulunan bipolar hastaların daha yüksek oranda kadın cinsiyet, intihar düşüncesi, major depresif atak geçirme, anksiyete bozukluğu öyküsü (panik bozukluk, sosyal fobi, yaygın

anksiyete bozukluğu), madde kullanımı gösterdikleri ve çok sayıda psikotik özellikli atak öyküsüne sahip oldukları bildirilmiştir (99).

Ailede duygudurum bozukluğu hikayesi yönünden unipolarlarda birinci derecede yakınlar arasında duygudurum bozukluğu hikayesi 18 kişi (% 34), ikinci derecede yakınlarda 4 kişi (% 7.5) iken bipolarlarda sırasıyla 17 kişi (% 32.7) ve 6 kişi (%11.5) idi ve istatistiksel olarak anlamlı değildi. Unipolar depresyon grubunun akrabalarında en sık % 35.9 (19 kişi) oranında major depresyon öyküsü varken bipolar affektif bozukluk öyküsü %5.7 (3 kişi) oranındaydı. Bu oranlar bipolar grubunda major depresyon için % 23, (12 kişi) bipolar affektif bozukluk için % 21.1 (11 kişi) idi ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı değildi .

Çok sayıdaki araştırmada bipolar bozukluğun affektif bozukluk yönünden genetik yüklülüğünün daha fazla olduğu bildirilmiştir (86-87, 100-101). Yapılan bazı çalışmalarda iki grup arasında ailede major depresif bozukluk öyküsü yönünden anlamlı fark tespit edilmemişken, özellikle bipolar grupta bipolar bozukluk aile hikayesi daha yaygın bulunmuştur (90, 102).

Bizim çalışmamız da uluslararası çalışmaları destekler niteliktedir ancak daha net sonuçların elde edilmesi için geniş katımlı çalışmalara gereksinim vardır.

Ailede başka ruhsal hastalık varlığı yönünden iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Unipolar depresyon grubundaki hastaların hem birinci derecede yakınlarında hem ikinci derecede yakınlarındaki başka ruhsal hastalık hikayesi öyküsü bipolar depresyon grubundan fazla olmakla birlikte anlamlılık düzeyine ulaşmadı. Ailede başka ruhsal hastalık açısından unipolarlarda somatoform bozukluk ve psikotik bozukluk fazlayken bipolarlarda bariz olarak ve unipolarlardakinin iki katı oranında psikotik bozukluk saptandı. Bunun da bipolarlardaki aile yüklülüğünün etkisi olduğu ancak yoğun psikotik özelliği olan bipolar aile yakınlarının zaman zaman şizoaffektif bozukluk veya diğer psikotik bozukluk tanıları almasından dolayı ortaya çıkarılamaması ile ilişkili olabilir.

Gruplar arasında halen ilaç kullanımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. Bipolarlarda ilaç kullanımı daha fazlaydı. Bipolar affektif bozukluk kronik seyirli bir hastalık olduğu için ve verilen ilaçlar tedavi edici etkilerinin yanında ataktan koruyucu etkilerinin ortaya çıkması için düzenli kullanılmaları gerektiğinden bipolar grupta ilaç kullanımı daha fazladır. Bununla birlikte hekimler

unipolar grupta iyileşme sağlandıktan sonra kolaylıkla tedaviyi sonlandırırken bipolar grup için yıllar boyu atak öyküsü olmasa bile tedaviyi sonlandırmaya cesaret edememektedir.

Bizim çalışmamızda gruplar arasında hastaların yaş ortalamaları yönünden anlamlı bir fark saptanmadı ancak ortalama olarak bipolarların yaşı daha yüksekti (unipolar= $30.55 \pm 10.19$ , bipolar= $32.75 \pm 9.14$ ). Hastalık başlangıç yaşı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ve bipolar depresyondakilerin başlangıç yaşı daha gençti ( bipolar=  $21.76 \pm 4.46$ , unipolar=  $24.75 \pm 8.24$ ).

Hastalık başlangıç yaşıyla alakalı yapılan çalışmalarda bariz olarak bipolar depresyon grubunun unipolar depresyon grubundan daha genç yaşta başladığı belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada bipolar depresyonlu hastaların yaş ortalamaları  $38.1 \pm 5$  bulunurken unipolar grubun yaş ortalaması  $49.7 \pm 3$  bulunmuştur (24, 86-87, 91). 33 bipolar 47 unipolar depresyon vakasını sosyodemografik olarak karşılaştıran bir çalışmada ise yaş, cinsiyet ve başlangıç yaşı yönünden anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (103). Bununla birlikte psikotik özellikli bipolar depresyonlarla psikotik özellikli unipolar depresyonu karşılaştıran bir çalışmada hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresinin iki grup arasında farklılık göstermediği belirtilmiştir (94).

Burada da kliniğimizin bir üniversite hastanesi kliniği olmasının ve hasta popülasyonunu daha çok öğrencilerin ve memurların oluşturmasının rolü vardır. Bundan dolayı unipolar depresyon grubundaki hastaların yaşı daha gençti ve çoğu ilk atakla polikliniğimize başvurmuştu. Bipolar hastaların çoğu yıllardır bu tanıyla bu bölgede yaşayan yerleşik kişilerdi. Dolayısıyla unipolar grubun yaş ortalaması daha gençti. Bunun aksine bipolarlarda başlangıç yaşının daha düşük olması bizim bu savımızı destekler niteliktedir.

Hastaların ortalama yatış sayısı yönünden iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ve bipolar depresyon grubundakilerin daha çok sayıda hastaneye yattıkları tespit edildi. Unipolar depresyon grubundakilerin % 7.5'u (4kişi) ile bipolar depresyon grubundakilerin % 46.1'i (24 kişi) 1-3 defa hastaneye yatarak tedavi görmüştür. Bununla birlikte unipolar depresyon grubunda hiçbir hasta 3 ve daha fazla

sayıda hastaneye yatarak tedavi görmezken bipolar depresyon grubundakilerin % 32.6'sı (17 kişi) 3 ve daha fazla sayıda hastaneye yatarak tedavi görmüştür.

Yapılan bir çalışmada ise unipolar grup bipolar gruba göre daha fazla sayıda hastaneye yatmış ve hastanede kalma süresi daha uzun bulunmuştur (86). Bir diğer çalışmada da atak sayıları ile hastane yatış sayıları arasında fark bulunmamıştır (104).

Hastalık süreleri açısından kıyaslandığında da iki grup arasında istatistiksel olarak fark saptandı ve bipolar grubun hastalık süresinin daha uzun olduğu görüldü. Unipolar grubunun hastalık süresi özellikle 0-4 yıl arasında yoğunlaşırken (% 47.2) bipolar depresyon grubunda 5-9 yıl arasında yoğunlaşmıştır (% 32.7).

Bizim çalışmamızda bipolar depresyon grubunun ilk ataklarına bakıldığında hastaların % 69.2'sinin (36 kişi) hastalığının major depresif atakla başladığı, % 28.8'sinin (15 kişi) manik atakla başladığı ve % 1.9'unun (1 kişi) karma atakla başladığı tespit edilmiştir.

Bipolar depresyonun % 50'sinden fazlasında hastalığın ilk olarak depresif atakla başladığı belirtilmiştir (105). Rice ve ark.(1987), unipolar depresyon tanısı almış ve hastalıkları erken yaşta başlayanların akrabalarında geç başlayanlara göre bipolar bozukluk riskinin daha yüksek olduğunu bulmuştur (106). Türkiye'de Kesebir ve ark. yaptığı bipolar bozuklukta mizaç ve klinik özelliklerin ilişkisini inceleyen çalışmada değerlendirmeye alınan 100 hastanın 48'inin (% 48) ilk atağının major depresif atakla başladığı, 42 hastanınkinin de manik atakla başladığı tespit edilmiştir (107).

### **3. TEMPS-A**

Unipolar ve bipolar depresyon grubu bir veya birden fazla mizaç saptanan bireyler yönünden karşılaştırıldığında unipolar depresyon grubunun % 7.5'unda (4 kişi) tek başına depresif mizaç, % 1.9 oranla (1 kişi) anksiyöz mizaç, % 1.9 oranla (1 kişi) irritabl mizaç, % 5.7 oranında (3 kişi) depresif ve anksiyöz mizaç birlikte, % 1.9 oranında (1 kişi) siklotimik ve irritabl mizaç birlikte, birlikte saptanırken bipolar grubunun % 3.8'inde (2 kişi) tek başına depresif mizaç, % 5.8 oranında (3 kişi) tek başına siklotimik mizaç, % 1.9 oranında (1 kişi) hipertimik mizaç, % 1.9 oranında (1



kişi) depresif ve siklotimik mizaç birlikte tespit edilmiştir. Unipolar grupta herhangi bir baskın mizaç % 18.9 (10 kişi) oranındayken bipolar grupta % 13.5 (7kişi) oranındadır. İki grup arasında bir veya birden fazla mizaç saptanan bireyler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Yancar-Demir ve ark. (2006), yaptığı bir çalışmada major depresyon tanılı hastalarda siddetli depresyonu olanlarla olmayanlar ve erken dönemde veya son dönemde stresli yaşam olayı hikayesi olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulmamışlardır. İlginç olarak komorbid kişilik bozukluğu tanısı olanların olmayanlara göre anlamlı derecede depresif ve anksiyöz mizaca sahip olduğu, rekürren depresif bozukluğu olanların tek atak depresyonu olanlardan daha fazla depresif mizaca sahip oldukları tespit edilmiştir (108). Ege Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada da depresif mizaç yineleyici depresif bozukluğu ve tek atak depresif bozukluğu olanlarda belirgin olarak fazla bulunmuştur (19).

Bizim çalışmamızda unipolar depresyon grubunda % 13.2'sinde (7 kişi) depresif mizaç, % 1.9'unda (1 kişi) siklotimik mizaç, % 7.5'unda (4 kişi) anksiyöz mizaç, % 3.8'inde de (2 kişi) iritabl mizaç saptanmıştır. Unipolar grupta hiç hipertimik mizaç saptanmamıştır. Bu da mevcut çalışmalarla uyumludur.

Bipolar bozuklukta mizaç ile klinik özelliklerin ilişkisini araştıran bir çalışmada bipolar hastalarda hipertimik, siklotimik ve iritabl mizaç saptanırken depresif ve anksiyöz mizaca rastlanmamıştır (107). Başka çalışmalarda da bipolar bozuklukta hipertimik mizaç daha fazla saptanmıştır (73). Bununla birlikte siklotimik ve hipertimik mizaç saptanmayan bipolar hastaları içeren ayrıca karma atak öyküsü olanlarda depresif ve anksiyöz mizaç daha fazla hipertimik mizaç daha az saptanan çalışmalar da mevcuttur (109-110).

Bizim çalışmamızda bipolar grubun % 5.8'inde (3 kişi) depresif mizaç, % 7.7'sinde (4 kişi) siklotimik mizaç, % 1.9 oranında (1 kişi) hipertimik mizaç saptanmıştır. Bu grupta hiç anksiyöz ve iritabl mizaca rastlanmamıştır. Çalışmamızda bipolar grupta depresif mizaç hipertimik mizaçtan daha fazla sayıda bulunmuştur. Uygulanan duygulanım mizacı ölçeğinin (TEMPS-A) değerlendirilmesinde depresif mizaç ile ilgili olan 18 maddeden 13 tanesi evet olarak cevaplandırıldığında depresif mizaç

tanısı konmaktadır. Ancak hipertimik mizaç tanısı koyabilmek için hipertimik mizaçla alakalı 20 sorudan hepsinin evet diye yanıtlanması gerekmektedir. Bu durum hipertimik mizaç tanısını güçleştirmektedir. Bize göre bu farklılıklar mizaç puan ortalamalarında daha anlamlı değerlendirilebilir. Bununla birlikte hastaların remisyonda olup olmadıklarının da titizlikle değerlendirilmesinin buna anlamlılık yönünde katkı sağlayacağı kanısındayız.

Karşılaştırılmalı çalışmalarda depresif mizaç yineleyici major depresif bozukluk ve tek atak major depresif bozuklukta bipolar gruba ve kontrol grubuna göre fazla, siklotimik mizaç hasta gruplarında kontrol grubuna göre daha sık ve hipertimik mizaç ise sadece bipolar grubunda bulunmuştur (19). Siklotimik mizaç itemlerinin bipolar affektif bozukluk II'de major depresif bozuklukta daha çok olduğu bulunduğu belirtilmiştir (111).

Unipolar depresyon grubu ve bipolar depresyon grubu baskın mizaç tipi yönünden karşılaştırıldığında iki grup arasında anksiyöz mizaç yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bipolar grupta anksiyöz ve irritabl mizaç hiç bulunmazken unipolar grupta 4 kişide anksiyöz mizaç 2 kişide de irritabl mizaç bulunmuştur. Bunun aksine bipolar grupta 3 kişide siklotimik mizaç bulunurken unipolar grupta 1 kişide siklotimik mizaç tanısı konabilmiştir. Bu sonuçlar da genel olarak yapılan çalışmalarla uyusmaktadır.

Major depresyon ve bipolar depresyonun mizaç yönünden farklılıklarını araştıran bir çalışmada iki grup arasında siklotimik mizaç skor ortalamaları yönünden anlamlı farklılık bulunmuştur. Siklotimik mizaç puan ortalamaları bipolar depresyon grubunda daha yüksektir (67). Duygudurum bozukluklarının mizaçla ilişkisini inceleyen çalışmada da yineleyici ve tek atak depresif grubun depresif ve anksiyöz mizaç puan ortalamaları bipolar grubunkinden ve kontrol grubunkinden daha yüksek ve hipertimik mizaç puan ortalaması ise daha düşük bulunmuştur. Hasta gruplarının siklotimik mizaç puan ortalamaları kontrol grubunkinden daha yüksektir (19). Başka bir çalışmada da bipolar grubun siklotimik mizaç puan ortalamaları major depresif gruptan daha yüksek bulunmuştur (74).

Bizim çalışmamızda ise anksiyöz mizaç puan ortalamaları unipolar grupta bipolar gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Anlamlı olmasa da depresif, siklotimik ve irritabl mizaç puan ortalamaları unipolar grupta hipertimik mizaç puan ortalamaları da bipolar grupta yüksek bulunmuştur. Bulgularımız genel olarak literatürle uyumluydu. Sonuçlarımızdaki siklotimik mizaç puan ortalamalarının unipolar grupta daha yüksek olması aklımıza acaba unipolar gruptaki siklotimik mizaç puan ortalamaları yüksek olan hastalar Akiskal'in tarif ettiği bipolar spektrumun major depresyonla bipolar bozukluk sınırındaki hastalar olabilir mi ve bu hastaların aile öyküleri ayrıntılı araştırılsa bipolar bozukluk hikayesi alınabilir mi sorusunu getirdi.

Cassano ve ark. (1992), major depresif bozukluk öyküsü olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada hipertimik mizaç erkeklerde, depresif mizaç da bayanlarda daha fazla bulunmuştur. Aynı çalışmada major depresif bozukluk yönünden aile hikayesi olanlarda depresif mizaç daha yüksek oranda bulunmuştur (76). Bipolarlarla yapılan bir çalışmada da hipertimik mizaç erkeklerde anlamlı olarak daha sık bulunmuştur. Aynı çalışmada psikotik atak öyküsü olanlarda irritabl mizaç daha fazla saptanırken suisit girişimi ile mizaç tipleri arasında bir ilişki bulunmamıştır (19). Bipolarlarla yapılan diğer bir çalışmada da ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastalar ile ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan hastalar arasında, intihar girişimi öyküsü olan hastalar ile intihar girişimi öyküsü olmayan hastalar arasında ve cinsiyetler arasında herhangi bir baskın mizacın sıklığı yönünden fark saptanmamıştır. Psikotik bulgulu atak geçirmemiş hastalarda herhangi bir baskın mizaç, psikotik bulgulu atak geçirmiş hastalardan anlamlı olarak daha sık bulunmuştur. Ataklarını psikotik bulgulu geçirmemiş bireylerde irritabl mizaç, psikotik bulgulu atak geçirmiş bireylerde bulunduğundan daha sıktır (110). Psikotik bulgulu atak yaşama ile mizacın ilişkilendirildiği diğer bir çalışmada Dell'Osso (1993), hastalığın gidişinde psikotik maninin baskın olduğu bipolar, psikotik karma bipolar ve şizoaffektif hastaları karşılaştırdığı bir makalesinde psikotik mani geçiren hastaların sıklıkla hipertimik mizaç bazlı olduğunu belirtmiştir (112).

Bizim çalışmamızda ise intihar girişimi öyküsü, psikotik özellikli atak öyküsü ve cinsiyet baskın mizaç bakımından anlamlı farklılık göstermemiştir. İntihar girişimi öyküsü olmayanlarda tüm mizaç tiplerinin sıklığı intihar girişimi öyküsü olanlardan daha sıktır. Ailede duygudurum bozukluğu yönünden aile hikayesi olmayanlarda

siklotimik mizaç daha fazla saptanmıştır. Bayanlar arasında depresif ve anksiyöz mizaç daha sık bulunurken, erkekler arasında da siklotimik, depresif ve irritabl mizaç sık bulunmuştur. Cinsiyetleri karşılaştırdığımızda da tüm mizaç tiplerinin bayanlarda daha fazla olduğu bulunmuştur. Psikotik özellikli atak öyküsü olanlarda siklotimik ve hipertimik mizaç daha sık bulunurken psikotik özellikli atak öyküsü olmayanlarda depresif, anksiyöz ve irritabl mizaç daha fazladır. İntihar girişimi ve ailede duygudurum bozukluğu öyküsü olmayanlarda mizaç tiplerinin olanlara göre daha fazla olması bu gruptaki hastaların kliniklerinin mizaç boyutunda kaldığını ancak intihar girişimi öyküsü ve duygudurum bozukluğu yönünden aile hikayesi olanlarda mizaç boyutundan çıkıp hastalık düzeyine ulaşmış olabileceğini düşündürebilir. Cinsiyet yönünden anlamlı karşılaştırma yapabilmek için de sosyodemografik veriler yönünden eşleştirilmiş sağlıklı daha geniş vaka gruplarında değerlendirme yapılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Psikotik özellikli atak geçirme öyküsü olanlarla olmayanlar arasında anksiyöz mizaç puan ortalamaları yönünden farklılık saptanmıştır. Bununla birlikte anlamlı olmasa da psikotik özellikli atak öyküsü olanların hipertimik mizaç puan ortalamaları olmayanlardan yüksek bulunmuştur. Bu da kısmen de olsa yukarıda belirtilen Dell' Osso' nun yaptığı çalışmayla örtüşmektedir.

Cinsiyetlerin mizaç puan ortalamaları karşılaştırıldığında anksiyöz mizaç puan ortalamaları anlamlı olarak kadınlarda yüksektir. Bununla birlikte depresif mizaç puan ortalamaları kadınlarda hipertimik mizaç puan ortalamaları erkeklerde yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar da yaklaşık olarak özellikle bizim toplumumuzdaki kadın ve erkeğin genel mizaç yapısıyla uyumlu gibi görünmektedir.

Duygudurum bozukluğu yönünden aile hikayesi olanlar ve olmayanlarla, intihar girişimi olanlar ve olmayanlar mizaç puan ortalamaları yönünden karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır.

Bipolar ve unipolar depresyon grubunda yaş ile mizaç puan ortalamaları arasındaki ilişkiye baktığımızda unipolar depresyon grubundaki irritabl mizaç puan ortalamaları ile yaş arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Bununla birlikte bipolar depresyon grubunda depresif mizaç puan ortalaması ile yaş arasında pozitif bir ilişki

saptanırken, hipertimik mizaç puan ortalaması ile yaş arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Yaşla birlikte insanlar daha çok olgunlaşırlar ve içinden geldiği gibi değil de (mizacının gerektirdiği gibi değil) düşünerek hareket edip kararlar alırlar. Bundan dolayı da unipolar gruptaki iritabl (sinirlenmeye meyilli) mizaç skorları yaşla birlikte azalmaktadır. Aynı durum bipolar gruptaki depresif mizaç puanlarının yaşla birlikte artması ve hipertimik mizaç puanlarının yaşla birlikte azalmasıyla da ilgilidir. Ayrıca yapılan birçok yayında da bipolar affektif bozukluklu genç hastaların daha çok manik atak geçirdiği yaşlı hastaların da daha çok depresif atak geçirdiği belirtilmektedir. Bu da bipolar gruptaki tabloyu açıklayabilir.

Hastaların TEMPS-A ile değerlendirilen mizaç özelliklerinin unipolar depresyon grubunu bipolar depresyon grubundan ayırmada yaptığımız regresyon analizinde anksiyöz mizaç unipolar depresyonun öngördürücüsü olarak bulundu.

Affektif mizaç tiplerinin duygudurum bozukluklarını öngördürmesiyle alakalı yapılmış çok az çalışma vardır. Bir çalışmada hipomanik mizacın (hipo-) manik belirtilerin öngördürücüsü olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada da çocukluk çağı ve ergenlik dönemi depresyonu olanların bipolar bozukluğa kayıp kaymamalarındaki öngördürücünün siklotimik mizaç olduğu belirtilmiştir (54, 78).

#### 4. TCI

Yapılan birçok çalışmada sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında unipolar depresyon grubunda zarardan kaçınma ortalama puanlarının daha yüksek kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarının daha düşük olduğu, aynı şekilde sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında bipolar grupta kendini aşma ve işbirliği yapma puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (69, 113-115). Genel olarak zarardan kaçınma unipolar depresyon için bir yatkınlık faktörü olarak görülse de L. Trevor Young ve ark. (1995) yaptığı çalışmada zarardan kaçınma skorları hem bipolar grupta hem de unipolar grupta kontrol grubunda yüksek bulunmuştur. Zarardan kaçınma yönünden bipolar ve unipolar grupları arasında fark saptanmamıştır. Yenilik arayışı skorları bipolar grupta unipolardan daha yüksek bulunmuştur (65). Bir başka karşılaştırmalı çalışmada da kendini aşma skorları bipolar grupta unipolardan daha yüksek bulunmuştur (74).

Bipolar depresyon grubu ve unipolar depresyon grubu TCI ölçekleri puan ortalamaları karşılaştırılmasında mizacın zarardan kaçınma ölçeğinin beklenti endişesi ve karamsarlık-sınırsız iyimserlik ile çabuk yorulma ve dermansızlık alt ölçeği ve toplam zarardan kaçınma ortalama puanı unipolar grupta anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Karakterin işbirliği yapma ölçeğinin sosyal kabullenme-sosyal hoşgörüsüzlük alt birimi ortalama puanı da bipolar depresyon grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bunlarla birlikte anlamlı olmasa da yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini kabullenme, işbirliği yapma, kendini aşma ortalama puanları bipolar grupta daha yüksek bulunmuştur. Yukarıda görüldüğü üzere bu konudaki yayınlar genel olarak heterojen görünümde ancak tek ortak nokta olarak unipolar grupta zarardan kaçınma, bipolar grupta da yenilik arayışı skorlarının daha yüksek olması alınabilir ki zarardan kaçınmanın unipolar grupta yüksek olması bizim çalışmamızda da anlamlı olarak ortaya çıkmıştır. Bu yöndeki değerlendirmelerin daha sağlıklı yapılabilmesi için vakaların geniş kapsamlı örneklemelerde eşleştirilmiş sağlıklı kontrollerle kıyaslanmasının daha uygun olacağı düşünülmüştür.

Cinsiyetle Cloninger'ın mizaç boyutları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir meta-analizde ödül bağımlılığı ve zarardan kaçınma puanlarının anlamlı olarak kadınlarda yüksek olduğu belirtilmiştir. Ödül bağımlılığı ile cinsiyet arasında ilişki olduğunu gösteren başka çalışmalar olmasına rağmen cinsiyetler arasında mizaç boyutları yönünden fark olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (116-118).

Ailede duygudurum bozukluğu yönünden aile hikayesi olanlarla olmayanlar arasında, intihar girişiminde bulunanlarla bulunmayanlar arasında ve cinsiyetler arasında TCI mizaç puan ortalamaları yönünden farklılık tespit edilmemiştir. Anlamlı olmasa da yenilik arayışı puanı erkeklerde yüksek bulunurken zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, işbirliği yapma ve kendini aşma puanları kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Kabaca düşünüldüğünde de ödül bağımlılığı alt ölçekleri olan duygusallık, bağlanma, bağımlılık gibi özelliklerin daha çok kadınlarda görüldüğü bilinmektedir. Yukarıda da belirtildiği gibi özellikle cinsiyet açısından bir kıyaslama yapmak için sağlıklı kontrollerle geniş kapsamlı çalışmalara gereksinim vardır. Çünkü hasta gruplarında kısmen de olsa hastalık özelliklerinin değerlendirmeye etkileme olasılıkları vardır.

TCI mizaç puan ortalamaları ile yaşın arasındaki ilişkiye bakıldığında hem unipolar depresyon grubunda hem de bipolar depresyon grubunda yaş ile yenilik arayışı arasında negatif bir ilişki saptanırken unipolar depresyon grubunda yaş ile ödül bağımlılığı arasında pozitif bir ilişki olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yaş arttıkça insanlar yavaş yavaş kapılarını dış dünyaya kapatıp kendi iç dünyalarına açmaktadırlar. Dolayısıyla dış dünyada macera aramaktansa kendi içlerine dönüyorlar, iyice düşünerek hareket ediyorlar, daha tutumlu ve daha düzenli oluyorlar. Bundan dolayı da yaşla beraber yenilik arayışı skorlarının azalması anlamlı görülmektedir.

Duygulanım mizacı puanları ile TCI ölçek puanları arasındaki ilişkiye baktığımızda depresif mizacın yenilik arayışı ve kendi kendini yönetme ile istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki gösterirken, zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı ile de istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki gösterdiği saptanmıştır.

Siklotimik mizaç zarardan kaçınma, ve kendi kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif ilişki gösterirken kendi kendini yönetme ile istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki göstermiştir.

Hipertimik mizaç yenilik arayışı, sebat etme, ve kendi kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki gösterirken, zarardan kaçınma ve kendi kendini yönetme ile istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki göstermiştir.

İrritabl mizaç yenilik arayışı ve zarardan kaçınma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki gösterirken, kendi kendini yönetme ve işbirliği yapma ile negatif bir ilişki göstermiştir.

Anksiyöz mizaç zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve kendi kendini aşma ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki gösterirken , işbirliği yapma ve kendi kendini yönetme ile istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki göstermiştir.

Hastaların TCI ile değerlendirilen mizaç ve karakter özelliklerinin unipolar depresyon grubunu bipolar depresyon grubundan ayırmada yaptığımız regresyon analizinde öngördürücü bir özellik bulunamadı.

Birçok çalışmada TCI'da yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendi kendini yönetme skorlarının depresyona eğilimin güçlü öngördürücüleri olduğu bildirilmiştir (79-81). Bizim çalışmamızda bu bulgunun desteklenmemesi nisbeten küçük örneklem grubu ile ilgili olabileceği gibi kültürler arası farklılıklarla da açıklanabilir.



## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada hem bipolar depresyon grubunda hem de unipolar depresyon grubunda oransal olarak kadın cinsiyet, öğrenci veya memur olma, evli veya bekar olma, üniversite düzeyinde eğitim düzeyine sahip olma ve sosyal güvenceye sahip olma egemendi.. Unipolar grubun sosyoekonomik düzeyleri daha yüksekti ve çoğunluğu şehir veya ilçede yaşıyordu.

Unipolar gruptaki hastalar son atakta daha çok yaşam olayı bildirdiler. Bipolar grupta psikotik özellikli atak geçirme öyküsü, intihar girişimi öyküsü ve halen ilaç kullanımı daha fazlaydı. Bipolar grupta hastalık daha erken yaşta başlıyordu ve ortalama psikotik özellikli atak sayısı ve ortalama yatış sayısı daha çoktu. Bipolar grubun daha çok sayıda intihar girişiminde bulunduğu tespit edildi. Hastalık süresi bipolar depresyon grubunda daha uzundu.

Bipolar depresyon grubunun ilk ataklarına bakıldığında hastaların % 69.2'sinin (36 kişi) hastalığının major depresif atakla başladığı, % 28.8'sinin (15 kişi) manik atakla başladığı ve % 1.9'unun (1 kişi) karma atakla başladığı tespit edilmiştir.

Bipolar grupta hiç anksiyöz mizaç bulunmazken unipolar grupta 4 kişide anksiyöz mizaç bulunmuştur. Anksiyöz mizaç puan ortalamaları unipolar depresyon grubunda daha yüksektir. Psikotik özellikli atak öyküsü olmayanlarda anksiyöz mizaç puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Anksiyöz mizaç puan ortalamaları kadınlarda daha yüksekti. Yaş ile mizaç puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında unipolar depresyon grubundaki irritabl mizaç puan ortalamaları ile yaş arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Bununla birlikte bipolar depresyon grubunda depresif mizaç puan ortalaması ile yaş arasında pozitif bir ilişki saptanırken, hipertimik mizaç puan ortalaması ile yaş arasında negatif bir ilişki saptanmıştır.

Hastaların TEMPS-A ile değerlendirilen mizaç özelliklerinin unipolar depresyon grubunu bipolar depresyon grubundan ayırmada yaptığımız regresyon analizinde anksiyöz mizaç unipolar depresyonun öngördürücüsü olarak bulundu

TCI ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılmasında mizacın zarardan kaçınma ölçeğinin beklenti endişesi ve karamsarlık-sınırsız iyimserlik ile çabuk

yorulma ve dermansızlık alt ölçeğinde ve toplam zarardan kaçınma ortalama puanları unipolar depresyon grubunda daha yüksek bulunmuştur. Karakterin işbirliği yapma ölçeğinin sosyal kabullenme-sosyal hoşgörüsüzlük alt birimi puan ortalaması bipolar depresyon grubunda daha yüksek bulunmuştur. TCI mizaç puan ortalamaları ile yaşın arasındaki ilişkiye bakıldığında unipolar depresyon grubunda yaş ile yenilik arayışı arasında negatif bir ilişki saptanırken yaş ile ödül bağımlılığı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bipolar depresyon grubunda da yaş ile yenilik arayışı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur.

Duygulanım mizacı puanları ile TCI ölçek puanları arasındaki ilişkiye baktığımızda depresif mizacın yenilik arayışı ve kendi kendini yönetme ile negatif bir ilişki gösterirken, zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı ile de pozitif bir ilişki gösterdiği saptanmıştır. Siklotimik mizaç zarardan kaçınma, ve kendi kendini aşma ile pozitif bir ilişki gösterirken, kendi kendini yönetme ile negatif bir ilişki göstermiştir. Hipertimik mizaç yenilik arayışı, sebat etme, ve kendi kendini aşma ile pozitif bir ilişki gösterirken zarardan kaçınma ve kendi kendini yönetme ile negatif bir ilişki göstermiştir. İrritabl mizaç yenilik arayışı ve zarardan kaçınma ile pozitif bir ilişki gösterirken, kendi kendini yönetme ve işbirliği yapma ile negatif bir ilişki göstermiştir. Anksiyöz mizaç zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve kendi kendini aşma ile pozitif bir ilişki gösterirken, işbirliği yapma ve kendi kendini yönetme ile negatif bir ilişki göstermiştir.

Bugün kullanılan DSM sistemi bipolar ve unipolar ayrımını sadece manik veya hipomanik atak varlığına dayandırmaktadır. Bu ayrım hastalığın ilerleyen sürecine dönüktür ve henüz manik/ hipomanik atak geçirmemiş bipolar bozukluk olgularının tanınmasını engeller. Bu yüzden unipolar ve bipolar depresyon arasındaki klinik, demografik ve biyolojik farklılıkların açığa konması çok önemlidir. Bu özellikler temelinde yapılacak olan bir ayrımı hastalığın seyri ve tedavi seçenekleri konusunda klinisyeni yönlendirecektir.

Kişilik yapısı gibi diğer özellikleri karşılaştıran kapsamlı ve büyük örneklemlerli çalışmalara ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

1. Öztürk M0. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti, 2001: 292-428.
2. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 1, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998: 391-430.
3. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, Şubat 2003: 6-498.
4. Aşkın R. Depresyon El Kitabı 2. Baskı Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş, Konya 1999.
5. Kaplan HI, Sadock BJ. Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Çeviri: Abay E. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2004: 159-177.
6. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA 1996; 276: 293-299.
7. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8-19.
8. Keck PE, McElroy SL, Arnold LM. Bipolar disorder. Med Clin North Am 2001; 85: 645-661.
9. Ceylan ME, Oral ET. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri 4.cilt Duygudurum Bozuklukları. İstanbul: Copyrighy by M. Emin Ceylan, 2001: 28-69.
10. Judd LL, Akiskal HS, Schetter PJ et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry 2002; 59: 530- 537.
11. Sachs GS, Koslow CL, Ghaemi SN. The treatment of bipolar depression. Bipolar Disord 2000; 17: 19-25.
12. Malhi GS, Mitcheel PB, Salim S. Bipolar depression: Management options. CNS Drugs 2003; 17: 19-25.

13. MacQueen GM, Young LT, Robb JC et al. Effect of number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 374-381.
14. Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ et al. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 120-125.
15. Isommetsa ET, Henriksson MM, Aro HM et al. Suicide in bipolar disorder in Finland. *Am J Psychiatry* 1994; 52: 51-55.
16. Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatry Services* 2001; 52: 51-55.
17. Merikangas K, Yu K. Challenges in the genetics of bipolar disorder. In Marneros A, Godwin F (eds). *Bipolar Disorders: Mixed States, Rapid Cycling and Atypical Forms*. United Kingdom: Cambridge University Pres, 2005: 4, 280.
18. Doksat K. Mizaç, karakter, kimlik, kişilik, duygudurum ve duygulanım nedir? *Birinci Basamak için Psikiyatri* 2003 ; 2: 2.
19. Akdeniz F, Kesebir Ş, Vahip S, Gönül AS. Duygudurum bozuklukları ile mizaç bozuklukları arasında ilişki var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15: 183-190.
20. Coşar B. *Cep Tıp Depresyon*, Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2005: 9-42.
21. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Çeviri: Köroğlu E. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-IV TR) Dördüncü Baskı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001: 151-183.
22. Hales RE, Yudofsky SC (eds). *Essentials of Clinical Psychiatry*. İstanbul: Sigma Publishing Danışmanlık ve Organizasyon Dış Tic. 2004: 250-284.
23. Yüksel N . *Ruhsal Hastalıklar*. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi San. ve Tic.Ltd. Şti., 2001: 209-441.
24. Cuellar AK, Johnson S, Winters R. Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clinical Psychology Review* 2005; 25: 307-339.

25. Maj MS, Akiskal H, Ibor-Lopez JJ, Sartorius N. Bipolar Disorder. Çeviri: Oral T. Psikiyatride Kanıta Dayalı Yaklaşım Ve Deneyim. İki Uçlu Bozukluk. İstanbul: CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002 : 8-83.
26. Sadock BJ, Sadock V. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 2.cilt. Çeviri: Aydın H, Bozkurt A. Ankara: Güneş Kitapevi, 2007: 1498-1580.
27. Seretti A, Mandelli L, Lattuada E, Cusin O, Smeraldi E. Clinical and demographic features of mood disorder subtypes. Psychiatry Res 2002; 15: 195-210.
28. Kupfer DJ, Shatzberg AF (eds). Textbook of Mood Disorders, Washington Dc: The American Psychiatric Publishing, 2005: 21- 486.
29. Mitchell PB, Wilhelm K, Parker G, Austin MP, Rutgers P, Malhi GS. The clinical features of bipolar depression: a comparison with matched major depressive disorder patients. J Clin Psychiatry 2001; 62: 212-216.
30. Vahip S. Bipolar depresyon. Klinik Psikiyatri Dergisi 2004;7: 41-43.
31. Köknel Ö. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. Duygudurum Bozuklukları Dizisi Dergisi 2000; 1: 5-11.
32. Sadock BJ, Sadock V. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 1.cilt Çeviri: Aydın H, Bozkurt A. Ankara: Güneş Kitapevi, 2007: 778.
33. Yanbastı G. Kişilik Kuramları. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 1990: 7-207.
34. McCrae RR. The five factor model and its assessment in clinical settings. J Pers Assess 1991; 57: 399-414.
35. Costa PT, McCrae RR. Stability and change in personality assessment: the revised NEO Personality Inventory in the year 2000. J Pers Assess 1997; 68: 86-94.
36. Sadock BJ, Sadock V. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 3.cilt. Çeviri: Aydın H, Bozkurt A. Ankara: Güneş Kitapevi 2007: 2064-2087.

37. Arkar H, Sorias O ve ark. Mizaç ve karakter envanteri'nin Türkçe formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16: 190-204.
38. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 573-588.
39. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 975-990.
40. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use. St Louis, Missouri, 1994; USA: Center for Psychobiology of Personality.
41. Köse S, Sayar K, Ak İ ve ark. Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): geçerlik, güvenilirliği ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004; 14: 107-131.
42. Köse S. A psychobiological model of temperament and character: TCI, *Yeni Symposium* 2003; 41: 86-97.
43. Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 801-810.
44. Akiskal HS, Placidi GF, Marenmani I et al. TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a nonpatient group. *J Affect Disord* 1998; 51: 7-19.
45. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the soft bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987; 23: 68-73.
46. Hantouche EG, Akiskal HS. Toward a validation of a tripartite concept of a putative anxious temperament: psychometric data from a French national primary care medicine Study. *J Affect Disord* 2005; 85: 7-43.
47. Placidi GF, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, Marenmani I, Akiskal HS. The semi-structured affective temperament interview (TEMPS-I). Reliability and psychometric properties in 1010 14-26-year old students. *J Affect Disord* 1998; 47: 1-10.

48. Erfurth A, Gerlach AL, Hellweg I, Boenigk I, Michael N, Akiskal HS. Studies on a German (Munster) version of the temperament autoquestionnaire TEMPS-A: construction and validation of the brief TEMPS-M. *J. Affect Disord.* 2005 ; 85: 53–69.
49. Akiskal HS, Akiskal K (eds.). TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. *J Affect Disord. Special Issue* 2005a: 1–242.
50. Akiskal HS, Hantouche EG, Bourgeois ML et al. Gender, temperament, and the clinical picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN). *J Affect Disord* 1998a; 50: 175–186.
51. Karam EG, Mneimnehm Z, Salamoun M, Akiskal KK, Akiskal HS. Psychometric properties of the Lebanese–Arabic TEMPS-A: a national epidemiologic study. *J Affect Disord.* 2005; 87: 169–183.
52. Akiskal HS, Rosenthal RH, Rosenthal TL, Kashgarian M, Khani MK, Puzantian V.R. Differentiation of primary affective illness from situational, symptomatic, and secondary depressions. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36: 635-643.
53. Akiskal HS. Toward a temperament-based approach to depression: implications for neurobiologic research. *Adv Bio-chem Psychopharmacol* 1995; 49: 99–112.
54. Kochman FJ, Hantouche E.G, Ferrari P, Lancrenon S, Bayart D, Akiskal H.S. Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disord* 2005; 85: 181–189.
55. Evans L, Akiskal H.S, Keck Jr et al. Familiality of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. *J Affect Disord* 2005; 85: 153–168.
56. Chiaroni P, Hantouche E.G, Gouvernet J, Azorin J.M, Akiskal H.S. The cyclothymic temperament in healthy controls and familiarly at risk individuals for mood disorder: endophenotype for genetic studies? *J Affect Disord* 2005; 85: 135–145.

57. Akiskal H.S, Mendlowicz M.V, Jean-Louis G et al. TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *J Affect Disord* 2005c; 85: 45–52.
58. Maremmani I, Akiskal HS, Signoretta S, Liguori A, Perugi G, Cloninger R. The relationship of Kraepelian affective temperaments (as measured by TEMPS-I) to the tridimensional personality questionnaire (TPQ). *J Affect Disord* 2005; 85: 17–27.
59. Sauer H, Richter P, Czernik A et al. Personality differences between patients with major depression and bipolar disorder the impact of minor symptoms on self-ratings of personality. *J Affect Disord* 1997; 42: 169-177.
60. Reich JH, Noyes R. A comparison of DSM-III personality disorders in acutely ill panic and depressed patients. *J Anxiety Disord* 1987; 1: 123-128.
61. Sanderson WC, Welzler S, Beck AT et al. Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Res* 1992; 42: 93-99.
62. Uluşahin A, Uluğ B. Clinical and personality correlates of outcome in depressive disorders in a Turkish sample. *J Affect Disord* 1997; 42: 1-8.
63. Üçok A, Karaveli D, Kundakçı T et al. Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. *Compr Psychiatry* 1998; 39: 72-74.
64. Janowsky DS, Morter S, Hong L Myers Briggs et al. Type Indicator and Tridimensional Personality Questionnaire differences between bipolar patients and unipolar depressed patients. *Bipolar Disord* 1999; 2: 98-108.
65. Young LT, Bagby RM, Cooke RG et al. A comparison of Tridimensional Personality Questionnaire dimensions in bipolar disorder and unipolar depression. *Psychiatry Res* 1995; 58: 139-143.
66. Bagby RM, Young LT, Schuller DR et al. Bipolar disorder, unipolar depression and five-factor model of personality. *J Affect Disord* 1996; 41: 25-32.
67. Mendlowicz MV, Akiskal HS, Kelsoe JR, Rapaport MH, Jean-Louis G, Christian GJ. Temperament in the clinical differentiation of depressed



- bipolar and unipolar major depressive patients. *J Affect Disord* 2005; 84: 219- 223.
68. Mendlowicz MV. A comparison of recovered bipolar patients, healthy relatives of bipolar probands, and normal controls using the short Temps-A. *J Affect Disord* 2005; 85: 147-151.
69. Hansenne M, Reggers J, Pinto E et al. Temperament and character inventory (TCI) and depression. *Journal of Psychiatric Research* 1999; 33: 31-36.
70. Shigeki H. Evaluating the state dependency of the temperament and character inventory dimensions in patients with major depression: a methodological contribution. *J Affect Disord* 2002; 69:31-8.
71. Marijnissen G, Tuinier S, Sijben AES, Verhoeven WMA. The temperament and character inventory in major depression. *J Affect Disord* 2002; 70: 219- 223.
72. Engström C, Brändström S, Sigvardsson S, Cloninger R, Nylander P. Bipolar disorder I. Temperament and character. *J Affect Disord* 2004; 82: 131-134.
73. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yuncu Z, Alkan M, Akiskal H. Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first-degree relatives: a controlled study. *J Affect Disord* 2005; 85: 127-33.
74. Nowakowska C, Strong CM, Santosa CM, Wang Po W, Ketter Terence A. Temperamental commonalities and differences in euthymic mood disorder patients, creative controls, and healthy controls. *J Affect Disord* 2005; 85: 207- 215.
75. Perugi G. The high prevalence of “soft ” bipolar (II) features in atypical depression. *Compr Psychiatry* 1998; 39: 63-71.
76. Cassano GB, Akiskal HS, Perugi G, Musetti L, Savino M. The importance of measures of affective temperaments in genetic studies of mood disorders. *Journal of Psychiatric Research* 1992; 26: 257-268.
77. Leibenluft E. Women and bipolar disorder: An update. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2000; 64: 5-17.

78. Blechert J, Meyer TD. Are measures of hypomanic personality, impulsive nonconformity and rigidity predictors of bipolar symptoms? *Br J Clin Psychol* 2005; 44:15-27.
79. Nystrom S, Lindegard B. Predisposition to mental syndromes: a study comparing predisposition to depression, neurasthenia and anxiety state. *Acta Psychiatr Scand* 1975; 51: 69–76.
80. Angst J, Clayton PJ. Premorbid personality of depressive, bipolar, and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. *Compr Psychiatry* 1986; 27: 511–532.
81. Farmer A, Mahmood A, Redman K, Harris T, Sadler S, McGuffin P. A sib-pair study of the Temperament and Character Inventory in major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 490–496.
82. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybec TR. Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *J Affect Disord* 2006; 92: 35-44
83. Mayumi N, Nobuhiko K, Toshinori K. Temperament and Character Inventory (TCI) as predictors of depression among Japanese college students. *Journal of Clinical Psychology* 2000; 56: 1579-1585
84. Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazıcı O, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord* 2005; 85: 113-125.
85. Cassano GB, Dell'Osso L, Frank E et al. The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology. *J Affect Disord* 1999; 54: 319-328.
86. Ben AT, Ellouze F, Amri H, Krid G, Zouari A, M'Rad MF. Unipolar versus bipolar depression clues toward predicting bipolarity disorder. *Encephale* 2006; 32: 962-5.
87. Cvjetković-Bosnjak M. Clinical characteristics of Unipolar and bipolar depression. *Med Pregl* 1998; 51: 329-32.
88. Akiskal H.S. The dark side of bipolarity: detecting bipolar depression in its pleomorphic expressions. *J Affect Disord* 2005; 84: 107-115.

89. Gruber S, Rathgeber K, Bräunig P, Gaugge S. Stability and course of neuropsychological deficits in manic and depressed bipolar patients compared to patients with major depression. *J Affect Disord* 2007; 13: Basımda.
90. Selçuk O. Bipolar ve Unipolar Depresif Atakların Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Erzurum, 2006.
91. Akiskal HS, Walker P, Puzantian VR, King D, Rosenthal TL, Dranon M. Bipolar outcome in the course of depressive illness: phenomenologic, familial, and pharmacologic predictors. *J Affect Disord* 1983; 5: 115-128.
92. Parker G, Roy K, Wilhelm K, Mitchell P, Hadzi-Pavlovic D. The nature of bipolar depression: implications for the definition of melancholia. *J Affect Disord* 2000; 59: 217-224.
93. Mondimore FM. Unipolar depression/ bipolar depression: Connections and controversies. *International Review of Psychiatry* 2005; 17: 39-47.
94. Benazzi F. Bipolar versus unipolar psychotic outpatient depression. *J Affect Disord* 1999; 55: 63-66.
95. Benazzi F. Depression with DSM-IV atypical features: a marker for bipolar II disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250: 53-5.
96. Bowden CL. A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *J Affect Disord* 2005; 84: 117-125.
97. Hantouche EG, Akiskal H S. Bipolar II vs. unipolar depression: psychopathologic differentiation by dimensional measures. *J Affect Disord* 2005; 84: 127-132.
98. Raja M, Azzoni A. Suicide attempts: differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *J Affect Disord* 2004; 82: 437-442.
99. Balázs J, Benazzi F, Rihmer Z, Rihmer A, Akiskal KK, Akiskal HS. The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: Implications for suicide prevention. *J Affect Disord* 2006; 91: 133-138.

100. Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE. Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1265–70.
101. Goldberg AL, Elledge SJ, Harper JW. The cellular chamber of doom. *Sci Am* 2001; 284: 68–73.
102. Roy H, Perlis MD, Brown E et al. Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 225-231.
103. Vahip S, Kesebir S, Akdeniz F: The difference in the symptom profile of bipolar and unipolar depression. *Bipolar Disord* 2002; 1: 136.
104. Roy-Byrne P, Post RM, Uhde TW, Porcu T, Davis D. The longitudinal course of recurrent affective illness: Life chart data from research patients at the NIMH. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 71: 1–34.
105. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol psychiatry* 2000; 48: 445-457.
106. Rice J, Reich T, Andreasen NC. The familial transmission of manic depressive illness. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 441-447.
107. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z. Bipolar bozuklukta mizaç ile klinik özelliklerin ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16: 164-169.
108. Yancar DE. Affective Temperaments of Patient with Major Depressive Disorder International Conference on Mood Disorders Abstract Book 2006: 117.
109. Brieger P. 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* 2003; 73: 99-104.
110. Aktaş Seçer K. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerde ve Kardeşlerinde Mizaç ve Karakter Özellikleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta, 2005.
111. Benazzi F. Does temperamental instability support a continuity between bipolar II disorder and major depressive disorder? *Eur Psychiatry*. 2006; 21:274-9.

112. Dell'Osso L. Psychotic and nonpsychotic bipolar mixed states: comparisons with manic and schizoaffective disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;. 243: 75- 81.
113. Smith DJ, Duffy L, Stewart ME, Muir WJ, Blackwood DH. High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression. *J Affect Disord* 2005 ;87: 83-9.
114. de Winter Remco FP, Wolterbeek R, Spinhoven P, Zitman FG, Goekoop JG. Character and temperament in major depressive disorder and a highly anxious - retarded subtype derived from melancholia. *Compr Psychiatry* 2007; 48: 426-35.
115. Sayın A, Kuruoğlu AÇ, Güleç Yazıcı M, Aslan S. Relation of temperament and character properties with clinical presentation of bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2007; 48:446-51.
116. Miettunen J, Veijola J, Lauronen E, Kantojärvi L, Joukamaa M. Sex differences in Cloninger's temperament dimensions a meta-analysis. *Compr Psychiatry* 2007; 48: 161-169.
117. Mendlowicz MV, Jean-Louis G, Gillin JC et al. Sociodemographic predictors of temperament and character. *J Psychiatr Res* 2000; 34: 221-6.
118. Pekka J, Erkki I. Temperament, character and symptoms of anxiety and depression in the general population. *European Psychiatry* 2006; 21: 389-395.

**EK-1**  
**UNİPOLAR VE BİPOLAR DEPRESYON DEĞERLENDİRME ANKET FORMU**

**1-ADI SOYADI:**

**2ADRES:**

TLF:

**3-CİNSİYET:** 1)Kadın 2)Erkek

**4-YAŞI:**

**5-MESLEĞİ:**

**6-MEDENİ DURUMU:** 1)Evli 2)Bekar 3)Dul 4)Boşanmış 5)Ayrı Yaşıyor

**7-ÖĞRENİM DÜZEYİ:** 1)Okur Yazar Değil 2)Okur Yazar 3)İlköğretim  
4)Lise 5)Yüksekokul

**8-SOSYO-EKONOMİK DURUM:** 1)Alt 3)Orta 4)Üst

**9-SOSYAL GÜVENÇE:** 1)Var(Türü)..... 2)Yok

**10-ÇALIŞABİLİRLİK :** 1)Çalışıyor 2)İşsiz 3)Çalışmıyor 4)Emekli

**11-YAŞADIĞI YER:** 1)Şehir 2)Kasaba 3)Köy

**12-EN SON ALDIĞI TANI:** 1)Unipolar Depresif Atak 2)Bipolar Depresif Atak 3)Bipolar Manik Atak(Tip....)

**13-ATAK SAYISI:** 1)Major Depresif Epizot ..... 2)Manik Epizot..... 3)Hipomanik Epizot.....  
4)Karma Epizot..... 5)Bipolar Depresif Epizot.....6)Diğer.....

**14-İLK ATAK TİPİ:** 1)Major Depresif Epizot 2)Manik Epizot 3)Hipomanik Epizot  
4)Karma Epizot 5)Diğer

**15-ORTAYA ÇIKIŞTA YAŞAM OLAYI(İLK ATAK):** 1)Yok 2)Var.....

**16-SON ATAKTA YAŞAM OLAYI:** 1)Yok 2)Var.....

**17-HASTALIK BAŞLAMA YAŞI:**

**18-HASTALIĞIN SÜRESİ:**

**19-PSİKOTİK ÖZELLİK İÇEREN ATAK SAYISI VE ATAK TİPLERİ:**

**20-YATIŞ SAYISI:** 1)Yok 2)Var(Sayısı:.....) (Tanıları:.....)

**21-AİLE HİKAYESİ (DUYGUDURUM BOZUKLUĞU YÖNÜNDEN):** 1)Yok 2)Var(1.dereceden) 3)Var(2.dereceden)

**22-AİLE HİKAYESİ VARSA TANISI :**.....

**23. AİLEDE BAŞKA RUHSAL HASTALIK HİKAYESİ (VARSA TANISI) :**

**23-ATİPİK BELİRTİLER:** 1) Yok 2) İştah artışı 3)Hipersomnia

**24-SUİSİD GİRİŞİMİ:** 1)Yok 2)Var (Sayısı ve tipi:.....)

**25-SUİSİD GİRİŞİMİ TİPİ:** 1)İlaç 2)Ası 3)Kesici alet 4)Atlama 5)Diğer

**26-SON ALTI AYDIR** 1)Yok 2)Antidepresan(Tipi) 3)Tipik Antipsikotik

**KULLANDIĞI İLAÇLAR:** 4)Atipik Antipsikotik 5)Duygudurum Düzenleyici

EK-2

**TEMPS-A MİZAÇ ÖLÇEĞİ**

**(Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego –  
Autoquestionnaire)**

**Hagop AKISKAL  
International Mood Clinic  
San Diego, CA**

**Çeviri, uyarlama ve geçerlik-güvenirlik çalışma ekibi**

**Simavi Vahip  
Sermin Kesebir  
Müge Kocadere  
Olçay Yazıcı**

Türkçe Yayın Hakları © Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilimdalı Affektif Hastalıklar Birimi  
Her türlü yayın hakkı saklıdır.  
Bilimsel amaçlarla kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.



Ad-Soyad:

### Soruları Nasıl Yanıtlayacaksınız?

Lütfen her cümleyi dikkatle okuduktan sonra yaşamınızın büyük bir bölümü için size uyup uymadığına karar verin.

“Nasıl birisi olduğunuzu, çevrenizdeki insanların sizi nasıl anlattığını, çocukluğunuzda ve gençliğinizde nasıl birisi olduğunuzu, bu özelliklerin sizin huyunuzu suyunuzu anlatıp anlatmadığını” düşünerek:

- Eğer cümle size “kesinlikle uyuyorsa” → ( D ) Doğru’yu daire içine alınız.
- Eğer cümle size “tam olarak uymuyorsa”  
ya da “yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa” → ( Y ) Yanlış’ı daire içine alınız.
- Her cümleyi Doğru ya da Yanlış olarak cevaplayınız. Lütfen boş bırakmayınız.
- Bu cümlelerin herkes için geçerli doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Size uyan cevabı işaretleyiniz.

Teşekkür ederiz

Yaşamınızın büyük bir bölümü için size “kesinlikle uyuyorsa”→ ( D ) Doğru

“tam olarak uymuyor” ya da

“yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa” → ( Y ) Yanlış

- |     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 1.  | D | Y | Üzgün, mutsuz bir insanım.  |
| 2.  | D | Y | İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.                             |
| 3.  | D | Y | Hayatım boyunca çok çektim.   |
| 4.  | D | Y | İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.  |
| 5.  | D | Y | Kolay pes ederim.   |
| 6.  | D | Y | Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.   |
| 7.  | D | Y | Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.                     |
| 8.  | D | Y | Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.                                       |
| 9.  | D | Y | Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.   |
| 10. | D | Y | Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim.                             |
| 11. | D | Y | Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.  |
| 12. | D | Y | Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.                        |
| 13. | D | Y | Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.                      |
| 14. | D | Y | Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.  |
| 15. | D | Y | Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.                                   |
| 16. | D | Y | İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.                      |
| 17. | D | Y | Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.  |
| 18. | D | Y | Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.   |
| 19. | D | Y | Normal olarak günde 9 saatten fazla uykuya ihtiyacım vardır.                                |
| 20. | D | Y | Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.   |
| 21. | D | Y | Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.  |
| 22. | D | Y | Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır. |
| 23. | D | Y | Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.                  |
| 24. | D | Y | Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.           |
| 25. | D | Y | Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.                                      |

26. D Y Sıklıkla birşeylere başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
27. D Y Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
28. D Y Canlılık ve uyusukluk arasında sürekli gider gelirim.
29. D Y Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
30. D Y Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşanmaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
31. D Y Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
32. D Y Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
33. D Y Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.
34. D Y Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
35. D Y Bazen herşeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.
36. D Y Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.
37. D Y Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
38. D Y Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
39. D Y Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
40. D Y Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
41. D Y Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
42. D Y Herşeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
43. D Y Kendime müthiş güvenirim.
44. D Y Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
45. D Y Her zaman birşeylerle meşgulümdür.
46. D Y Birçok işi hem de yorulmadan yapabilirim.
47. D Y Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
48. D Y Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
49. D Y Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
50. D Y Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
51. D Y İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
52. D Y İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
53. D Y Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.

54. D Y Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
55. D Y Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissedirim.
56. D Y İşin patronu, “tepedeki adam” olmayı seven tipte bir kişiyim.
57. D Y Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
58. D Y Cinsel isteklerim daima fazladır.
59. D Y Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
60. D Y Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.
61. D Y Çok yakınırim.
62. D Y Başkalarını çok eleştiririm.
63. D Y Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissedirim.
64. D Y Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissedirim.
65. D Y Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönlendiriyor.
66. D Y Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiç bir şey görmüyor.
67. D Y Terslendiğimde kavga edebilirim.
68. D Y İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
69. D Y Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.
70. D Y İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
71. D Y O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
72. D Y Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
73. D Y Küfürbaz olarak bilinirim.
74. D Y Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
75. D Y Çok kuşkucu bir kişiyim.
76. D Y Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
77. D Y Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
78. D Y Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
79. D Y Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
80. D Y Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
81. D Y Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
82. D Y Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
83. D Y Gevşemeyi beceremiyorum.
84. D Y Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissedirim.
85. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
86. D Y Sık sık midem bozulur.

- |      |   |   |   |
|------|---|---|---|
| 87.  | D | Y | Heyecanlandığımda ishal olabilirim.   |
| 88.  | D | Y | Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissederim.  |
| 89.  | D | Y | Heyecanlandığımda tuvalete dah sık gitmek zorunda kalırım.  |
| 90.  | D | Y | Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.                             |
| 91.  | D | Y | Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.                             |
| 92.  | D | Y | Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.                   |
| 93.  | D | Y | Uykum dinlendirici değil.   |
| 94.  | D | Y | Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.  |
| 95.  | D | Y | Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.  |
| 96.  | D | Y | Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.  |
| 97.  | D | Y | Kendimi güvende hissetmiyorum.  |
| 98.  | D | Y | Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.  |
| 99.  | D | Y | Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım. |
| 100. | D | Y | Ani sesler beni kolayca irkiltir.   |

Yaşamınızın büyük bölümü için sizi genel olarak en iyi tanımlayan yalnızca bir şıkkı daire içine alınız.

1. Hemen hemen her zaman üzgünüm.
2. Tamamen enerji dolu, neşe dolu bir kişiyim.
3. Pek çok duygusal çıkış ve inişlerim vardır.
4. Kolay sinirlenirim, küçük şeyler bile beni çileden çıkarır.
5. Hemen her zaman endişeliyimdir.
6. Sakin tabiatta bir kişiyim.

## EK- 3

**Mizaç ve Karakter Envanteri****(Türkçe TCI)**

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığımız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

**ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR**

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” ya da “Y” seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir.

ÖRNEK;

DOĞRU YANLIŞ

Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum.     D     Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız, ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için “D”yi yuvarlak içine alınız.)

\*\*\*\*\*

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Lütfen bütünüyle yanıttan emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.

Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987, 1992 C.  
R. Cloninger Türkçe TCI ©  
2001 Samet Köse, Kemal  
Sayar

Türkçe TCI'nin eser sahipliği hakları Samet Köse ve Kemal Sayar'a aittir. Yazarların izni olmaksızın her türlü kullanımı eser sahipliğinden doğan hakların ihlalini oluşturur ve etik değildir.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile,sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.                         | D | Y |
| 2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.   | D | Y |
| 3. Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiirden derinden etkilenirim.   | D | Y |
| 4. Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.  | D | Y |
| 5. Benden çok farklı olsalar bile,genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.  | D | Y |
| 6. Mucizelerin olabileceğine inanırım.  | D | Y |
| 7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.   | D | Y |
| 8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam   | D | Y |
| 9. Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.  | D | Y |
| 10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim.  | D | Y |
| 11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum. | D | Y |
| 12. Başkaları endişelenecek birşey olmadığını düşünse bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.              | D | Y |
| 13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım                       | D | Y |
| 14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.  | D | Y |
| 15. Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.                 | D | Y |
| 16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden,genellikle hoşlanmam.  | D | Y |
| 17. Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.  | D | Y |
| 18. Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için,yasal olan hemen herşeyi yapardım.                   | D | Y |
| 19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.   | D | Y |
| 20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez  |   |   |

- |  |   |   |
|--|---|---|
| yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.   | D | Y |
| 21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine,<br>arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.  | D | Y |
| 22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.  | D | Y |
| 23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi<br>unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın ”olarak adlandırılırım.   | D | Y |
| 24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim.   | D | Y |
| 25. Bir başkasının duygularını,çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım   | D | Y |
| 26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman<br>biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar<br>üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim. | D | Y |
| 27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez<br>yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.   | D | Y |
| 28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.   | D | Y |
| 29. Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş.”yollardan çok,<br>eski “denenmiş ve doğru ”yolları tercih ederim.  | D | Y |
| 30. Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına<br>göre yapamam.   | D | Y |
| 31. Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya<br>yarayacak işler yaparım.   | D | Y |
| 32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.   | D | Y |
| 33. Düşmanlarımdan acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir   | D | Y |
| 34. Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için<br>kurallar koymaktan hoşlanırım.   | D | Y |
| 35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için,<br>uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.  | D | Y |
| 36. Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da<br>telkinlerden daha güçlü olan,iyi alışkanlıklar kazandırdı.   | D | Y |
| 37. Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları<br>vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.   | D | Y |
| 38. Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şeye<br>hayran olurum.  | D | Y |
| 39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.   | D | Y |
| 40. Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.  | D | Y |
| 41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp  |   |   |



borçlanıncaya değin para harcarım.	D	Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.D	D	Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45. Gevşemekteyken, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.	D	Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırمام.	D	Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için,genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.	D	Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.	D	Y
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki,her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok,iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren, bir “altıncı his ”e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58. Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler	D	Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırمامsınız, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.                      | D | Y |
| 67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakın ve güvenli kalırım.                       | D | Y |
| 68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.   | D | Y |
| 69. Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.                         | D | Y |
| 70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.  | D | Y |
| 71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.                            | D | Y |
| 72. Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.                          | D | Y |
| 73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.  | D | Y |
| 74. Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.  | D | Y |
| 75. Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.  | D | Y |
| 76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.                       | D | Y |
| 77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim.  | D | Y |
| 78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.                     | D | Y |
| 79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider                       | D | Y |
| 80. Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm. | D | Y |
| 81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.                         | D | Y |
| 82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.   | D | Y |
| 83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.      | D | Y |
| 84. Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim.   | D | Y |

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 85. Çoğu zaman “Süperman ”gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.   | D | Y |
| 86. Başkaları beni çok fazla denetliyor.   | D | Y |
| 87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.   | D | Y |
| 88. Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.  | D | Y |
| 89. Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.  | D | Y |
| 90. Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.             | D | Y |
| 91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim. | D | Y |
| 92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme,destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.   | D | Y |
| 93. Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çığneyemeyeceğini bilirim.             | D | Y |
| 94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.   | D | Y |
| 95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için,kendi yaşamımı severek riske ederdim.                                  | D | Y |
| 96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerimden çok duygularına güvenmeyi öğrendim.     | D | Y |
| 97. Bazen yaşamımın,herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.                  | D | Y |
| 98. Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.  | D | Y |
| 99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanırım.   | D | Y |
| 100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.   | D | Y |
| 101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.     | D | Y |
| 102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim                | D | Y |
| 103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.               | D | Y |
| 104. Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.  | D | Y |
| 105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az   |   |   |

zamanım var.	D	Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109. Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111. Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım.	D	Y
113. Çok gergin,yorgun ya da endi .eli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114. İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımlın çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119. Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.	D	Y
120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.	D	Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 127. Başkalarıyla olabildiğince işbirliği yapmaya çalışırım.  | D | Y |
| 128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.                            | D | Y |
| 129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.    | D | Y |
| 130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.                    | D | Y |
| 131. Başkaları, benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.              | D | Y |
| 132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.                         | D | Y |
| 133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır.                               | D | Y |
| 134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.                                  | D | Y |
| 135. İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç ”olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.  | D | Y |
| 136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam.                  | D | Y |
| 137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim.              | D | Y |
| 138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.                               | D | Y |
| 139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.  | D | Y |
| 140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.   | D | Y |
| 141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim. | D | Y |
| 142. Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.  | D | Y |
| 143. Özel düşüncelerimden nadiren sözettiğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.                    | D | Y |
| 144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim. | D | Y |
| 145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın,   |   |   |

akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarımların acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149. Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarımlarım herşeyin yolunda gideceğini söyleselele bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y
150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153. Bir ekibin üyeleri, paylarımlarını nadiren dürüstçe alırlar.	D	Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir.	D	Y
158. Çoğu kez arkadaşlarımlarımın arzularına boyun eğirim.	D	Y
159. Zamanımlarımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160. Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımlarını bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162. Alışkanlıklarımlarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için;savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164. Gelecekte olabilecele kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165. Kendi denetimimi yitirecele kadar, hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166. Düşündüğümünden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.                                  | D | Y |
| 168. Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım.   | D | Y |
| 169. Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.  | D | Y |
| 170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.                     | D | Y |
| 171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.  | D | Y |
| 172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.  | D | Y |
| 173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.                     | D | Y |
| 174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.  | D | Y |
| 175. Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.   | D | Y |
| 176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.   | D | Y |
| 177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.   | D | Y |
| 178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.  | D | Y |
| 179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.   | D | Y |
| 180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.   | D | Y |
| 181. Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.   | D | Y |
| 182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.   | D | Y |
| 183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.  | D | Y |
| 184. Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir. | D | Y |
| 185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.  | D | Y |
| 186. Önemsiz ya da kötüyümüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir.                                    | D | Y |
| 187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.  | D | Y |
| 188. Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.  | D | Y |
| 189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri   |   |   |

- (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi),  
genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim. D Y
190. Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum. D Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım. D Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım. D Y
193. Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir. D Y
194. Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu. D Y
195. İçinde, ansızın varolan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anlarım oldu. D Y
196. İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır. D Y
197. Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür. D Y
198. Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım. D Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım. D Y
200. Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım. D Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla “açılmamayı” tercih ederim. D Y
202. Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca birşeylerle “meşgul” kalabilirim. D Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermeme isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm. D Y
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam. D Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir. D Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir. D Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm. D Y
208. Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım. D Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla



- |  |   |   |
|--|---|---|
| tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.   | D | Y |
| 210. İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.                        | D | Y |
| 211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.                                       | D | Y |
| 212. Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.                          | D | Y |
| 213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var.  | D | Y |
| 214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.  | D | Y |
| 215. Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağanüstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.          | D | Y |
| 216. Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.                                   | D | Y |
| 217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.                             | D | Y |
| 218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.          | D | Y |
| 219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.  | D | Y |
| 220. Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.  | D | Y |
| 221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaları üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.               | D | Y |
| 222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.   | D | Y |
| 223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.   | D | Y |
| 224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım.                             | D | Y |
| 225. Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.  | D | Y |
| 226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.       | D | Y |
| 227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.                                      | D | Y |
| 228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir. | D | Y |
| 229. Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam.   | D | Y |
| 230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.   | D | Y |

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum. | D | Y |
| 232. Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.   | D | Y |
| 233. Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.  | D | Y |
| 234. Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.   | D | Y |
| 235. Sahtekar olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.   | D | Y |
| 236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.                   | D | Y |
| 237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, her şeyi okumaktan hoşlanırım.   | D | Y |
| 238. Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.                                       | D | Y |
| 239. Bazen keyifsiz olurum.   | D | Y |
| 240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.  | D | Y |