

# Major depresif bozukluk tanılı hastaların bireysel farklılıkları üzerine dokuz tip mizaç modeli odaklı bir inceleme

*Evaluating individual differences in patients with major depressive disorder focused on nine types temperament model*

Mehmet Fatih Üstündağ<sup>1</sup>, Enver Demirel Yılmaz<sup>2</sup>, Kerim Uğur<sup>3</sup>, Özge Ünal<sup>2</sup>, Ahmet Herdem<sup>4</sup>, Orkun Aydın<sup>5</sup>, Ömer Aydemir<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Dr.Öğr. Üyesi, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul, Türkiye <https://orcid.org/0000-0003-0897-6000>

<sup>2</sup>Uzm. Dr., Mizmer Danışmanlık Merkezi, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0003-0140-2637>-<https://orcid.org/0000-0001-9046-7795>

<sup>3</sup>Uzm. Dr., Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Malatya, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-3131-6564>

<sup>4</sup>Uzm. Dr., Bolu Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Bolu, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-6675-134X>

<sup>5</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Uluslararası Saraybosna Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Saraybosna, Bosna Hersek <https://orcid.org/0000-0003-0869-7394>

<sup>6</sup>Prof. Dr., Celal Bayar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa <https://orcid.org/0000-0003-3050-1263>

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, Dokuz Tip Mizaç Modeli (DTMM) odaklı bir bakış açısıyla MDB ve MDB belirteçleri ile mizaç ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesidir. **Yöntem:** Çalışmaya; 18-60 yaş aralığında, en az 8 hafta iyilik döneminde olup tedavileri devam eden, 208 MDB'li ve MDB'li grupla eşleşmiş 203 sağlıklı birey dahil edildi. Tüm katılımcılara sosyo-demografik veri formu, Dokuz Tip Mizaç Ölçeği (DTMÖ) ve Mizaç Karakter Envanteri (MKE), MDB'li bireylere ayrıca Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) uygulandı. MDB belirleyicileri değerlendirmeleri ise izlem dosyalarından alınan bilgiler üzerinden yapıldı. **Bulgular:** Dokuz Tip Mizaç (DTM)1, DTM2, DTM3, DTM4, DTM6 ve DTM8, Psikobiyolojik Kişilik Modeli (PKM)'nin boyutlarından işbirliği yapma (İB), sebat etme (SE), zarardan kaçınma (ZK) ve kendini yönetme (KY) MDB ile ilişkili bulundu. MDB belirleyicileri açısından; bunalıtlı-sıkıntı özellik gösterenler DTM2, DTM3, DTM6, DTM9; melankoli özellikleri gösterenler DTM1, DTM5 ve DTM6 ve mevsimsel özellik gösterenler DTM4, karma özellik gösterenler DTM4, DTM7 ve atipik özellikler gösterenler DTM5, DTM7, DTM9 mizaç tipleriyle ilişkili bulunmuştur. **Sonuç:** Kişiliğin yapısal temelini oluşturan mizacın, MDB hastalarında hem tanıda hem de semptomatolojinin bir-eye özgü tanınmasında etkili bir parametre olduğu görülmektedir. Ayrıca MDB belirteçlerinin tanımlanmasında mizacın ayırıştırıcı bir etken olabileceği söylenebilir. Gelecekte yapılacak çalışmalarla, mizaç odaklı tanı ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesinin, uygulamaya fayda sağlayabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Majör depresif bozukluk, mizaç, kişilik, dokuz tip mizaç modeli

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2020;23:333-342)

DOI: 10.5505/kpd.2019.50470

## SUMMARY

**Objective:** The aim of this study is to investigate the relationship of Major Depressive Disorder (MDD) and MDD specifiers with temperament and personality traits with a perspective focused on Nine Type Temperament Model (NTTM). **Method:** 203 healthy participants who are matched with the 208 MDD participants group between 18-60 years old and in at least eight weeks remission period and treatment in progress, without an additional diagnosis were included in the study. Socio-demographic data form, Nine Types of Temperament Scale (NTTS) and Temperament Character Inventory (TCI) were applied to all participants, and in addition, Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) were applied to the subjects with MDD. MDD specifiers were evaluated using follow-up data files. **Results:** According to results, both Nine Type Temperament (NTT) Model's types, which are NTT1, NTT2, NTT3, NTT4, NTT6 and NTT8, and Psychobiological Personality Model's dimensions which are consisted of the cooperation, persistence, harm avoidance and self-management were found to be associated with MDD. From the point of MDD determinants; anxiety-distressing characteristics are associated with NTM2, NTM3, NTM6, NTM9; melancholy characteristics is concerned with NTT1, NTT5 and NTT6; seasonal characteristics are related to NTT4; mixed features are relevant with NTT4 and NTT7; and atypical features are associated with NTT5, NTT7, NTT9. As a result, MDD determinants are found to be associated with temperament types which are coming from NTTM. **Discussion:** It is seen that temperament, which constitutes the structural basis of personality, is an effective parameter both in the diagnosis and in the individual-specific recognition of symptomatology in MDD patients. In addition, it can be said that temperament can be a discriminating factor in defining MDD specifiers. The development of temperament-oriented diagnosis and treatment strategies in future studies may be beneficial for the practice.

**Key Words:** Major depressive disorder, temperament, personality, nine types temperament model

## GİRİŞ

Major Depresif Bozukluk (MDB) toplum örnekleminde yaşam boyu %14.7 oranında görülen ve yaygınlığı gün geçtikçe artan bir ruhsal bozukluktur (1). MDB'nin farklı klinik şekillerde gözlenebilen heterojen doğası, tanısız sınıflama ve tedavinin özgülleştirilmesinde sorunlara yol açabilmektedir (2).

Bazı araştırmacılar; ruhsal bozuklukların seyrinde gözlenen bireysel farklılıklara uygun tanı ve tedavi protokollerinin oluşturulabilmesi için kişilik özelliklerine odaklı biyo-psikolojik bir bakış açısı önermektedirler (3). Andersen ve Bienvenu (4) psikiyatrik bozukluklarda doğru bir prognoz sağlanması, ek tanının açıklanması ve etiolojisinin doğru ve tutarlı bir biçimde anlaşılması için kişilik özellikleri ile psikopatolojiler arasındaki ilişkilerin incelenmesini önermektedir. Benzer bir biçimde Watson ve ark. (5) kişilik ve psikopatoloji arasındaki bağın, tanı ve taksonomisinin ele alınış şekli, potansiyel ek tanı kaynaklarının belirlenmesi ve hastalıkların etiolojik temelini açıklanmasındaki önemine vurgu yapmaktadır. Kişilik ile psikopatolojiyi iki ayrı parametre olarak ele alıp arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmaların yanı sıra kişiliğe, psikopatolojinin oluşumunda başlatıcı bir rol veren görüşler de bulunmaktadır. Örneğin Klein ve ark. kişiliğin, psikiyatrik hastalıklara yatkınlık ve patoplastisite oluşturduğu, hastalığın başlangıcında ve seyrinde nedensel bir etkisi bulunduğu ve ayrıca kişilik ve psikopatolojinin ortak bir biyolojik/yapısal çekirdekten kaynaklandığı görüşündedir (6).

Diğer yandan bazı araştırmacılar, psikopatolojilerin yordayıcısı olduğu ileri sürülen ve kişiliğin de altında yatan biyolojik parametre olan mizaç kavramına odaklanmaktadır. Watson ve Clark (7) mizacın; MDB gelişimi ve atakların seyrini etkilediğini ve mizaç ile MDB'nin ortak bir genetik yatkınlığı yansıttığını savunmaktadır.

MDB'nin spesifik mizaç ve kişilik özellikleriyle ilişkisi, çeşitli modeller çerçevesinde incelenmektedir. Örneğin Beş Faktör Modeli'ne göre MDB'nin tanı ve şiddeti yüksek nörotisizm, düşük dışa dönüklük ve vicdanlılık kişilik boyutlarıyla ilişkili

bulunmuştur (8). Psikobiyolojik Kişilik Modeli (PKM)'ye göre özellikle yüksek zarardan kaçınma (ZK) puanı MDB'ye yatkınlık oluşturmada ve tedavi seyrinde rol almaktadır (9,10).

Bu çalışmanın odağını oluşturan Dokuz Tip Mizaç Modeli'ne (DTMM) göre ise bazı mizaç tipleri, depresyon da dahil olmak üzere belirli psikiyatrik bozukluklara yatkınlık oluşturabilmekte ve hastalığın klinik görünümünü etkilemektedir (11-13). Yapısal bir çekirdek olan mizaç; yaşam koşullarındaki farklılıklar, cinsiyet ve stresör faktörlerle etkileşmekte, sonuçta bu değişimlerin kendisini yalnızca bir normal kişilik özelliği veya bipolar bozukluk ya da majör depresyon tanısıyla ortaya koymasında belirleyici olmaktadır (14). DTMM'nin mizaç tiplerinin varoluşsal arayışları ve ayırıcı özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Psikopatolojilerde kişilik özelliklerinin tek tek incelenmesi, etiolojinin anlaşılmasına katkı sağlamakla birlikte bir bireyin, kişiliğin yalnızca bir yüzünü tanımlayan tek bir kişilik boyutuna bağlı olarak depresyona yakalanma riski düşüktür (15). DTMM kişiliğin yapısal temelini oluşturan mizaç özellikleri ile o özelliklerin bir araya gelme nedenini oluşturan varoluşsal arayış arasında tutarlı bir nedensel ilişki kurmaktadır (16). Örneğin; DTMM'ye göre Dokuz Tip Mizaç (DTM) 6'ya ait özellikler bütünüünün tamamı, etiolojik olarak entelektüel dinginlik arayışıyla açıklanmaktadır (17). Entelektüel dinginlik arayan bu mizaç tipinin, zarardan kaçınmacı olmanın yanında güven ve emniyet odaklı, garantici, kontrolcü, kötümser, hesapçı, tedbirli olma, belirsizliklere tahammül edememe ve kolay kaygılanıp endişelenebilme özellikleri göstermesi anlamlı bir nedensellik ve bütünlük ifade etmektedir (11). Çok sayıda mizaç özelliklerini bir tipte gruplandırma imkanı sunan DTMM, diğer modellerden farklılık göstermektedir (18). Mizaç özelliklerinin bir takımıydığı olarak anlaşılması, bireylerin özellik kalıplarına göre gruplanmasını sağlayarak bütüncül bir yaklaşımı mümkün kılmaktadır (19).

Ayrıca literatürde MDB'daki bireysel farklılıklara dair belirteçlerin oluşumunda da mizaç etkisinin önemine vurgu yapan az sayıda çalışmalar bulunmaktadır (20). MDB'nin farklı klinik

görünümleri, başlangıç zamanı ya da etiyolojisi gibi parametrelere göre oluşturulan çeşitli alt tip sınıflandırmaları, bireye özgü tanı ve tedavi yöntemlerinin üretilmesine katkı sağlamaktadır (21). Yanı sıra mizaç özellikleri ile spesifik psikopatoloji semptom profillerinin gelişimi arasındaki ilişkiler hakkında çok az şey bilinmektedir (22).

Bu çalışma, bazı DTMM tiplerinin depresyona eğilim oluşturduğu, bazı DTMM tiplerinin ise belirli MDB belirteçlerinde daha sık görüldüğü öngörülerek planlanmıştır. Bu bağlamda çalışmanın amacı; literatürde MDD ve belirteçleriyle ilişkili olduğu bilinen PKM boyutlarının yanı sıra DTMM tiplerinin MDD ve belirteçleriyle ilişkisini ortaya koymaktır. Aynı zamanda bu çalışmanın, psikopatolojilerdeki bireysel farklılıkların anlaşılmasında kişilik odaklı yaklaşımlara bir alternatif olarak mizaç tipleri odaklı bir yaklaşım geliştirilmesine de bir başlangıç olması amaçlanmaktadır.

Bu araştırma, mizaç tipleri ile MDB ve MDB belirteçleri arasındaki ilişkileri DTMM temelli bir bakış açısıyla inceleyen ilk çalışma olma özelliğine sahiptir. Araştırma, MDB tanısı ve yaşantılanmasındaki farklı klinik görünümelerde, mizaç ve kişilik farklılıklarının etkisini incelemesi bakımından literatüre katkı sağlayabilir.

## YÖNTEM

Çalışmanın etik kurulu onayı Celal Bayar Üniversitesinden alınmıştır. Çalışmaya; Mart 2015-Eylül 2017 yılları arasında psikiyatri polikliniğinde takipli, 18-60 yaş aralığında, çalışmaya katılmayı kabul ederek yazılı onam veren, kronik hastalığı olmadığını beyan eden, MDB tanısıyla tedavi alıp en az 8 hafta iyilik döneminde olan, 208 MDB'li birey dahil edilmiştir. MDB'li bireylerin tamamı psikofarmakolojik tedavi almış olup, 21 birey psikofarmakolojik tedaviye ek olarak psikoterapi, 5 birey ise tamamlayıcı terapi (hipnoz, akupunktur, bitkisel ürünler) almaktadır. Bireylerin iyilik dönemi; klinik tanı ölçütleri ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) uygulanarak belirlenmiştir. HDDÖ'de toplam puanı 13'den düşük olan olgular iyilik döneminde olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmanın kapsamını aşan fak-

törlerden etkilenebilecek olan (katatoni, psikotik ve doğum zamanı başlangıçlı MDB) belirteçler çalışmadan dışlanmıştır. İlgili ölçekleri yanıtlamaya engel teşkil edecek mental kısıtlılığı ve/veya nörolojik bozukluğu bulunan bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca yazılı onam verenler arasında HDDÖ puanı 13'ten yüksek olan, uygulayıcı hekimler tarafından ek psikiyatrik bozukluk eş tanısı tespit edilen, alkol veya madde kullanım öyküsü, intihar girişimi olduğu saptanan 105 vaka çalışmadan dışlanmıştır. Kontrol grubu; yaşam boyu psikiyatrik tanı almamış, kronik tıbbi hastalığı bulunmayan, sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet eğitim durumu vb.) açısından MDB'li grupla eşlenmiş, hasta yakınları ve hastane personeli içinden çalışmaya katılmaya gönüllü olan 203 sağlıklı birey olarak belirlenmiştir.

## Gereçler

*Sosyodemografik Veri Formu:* Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, kronik hastalık durumu, madde kullanım öyküsü, geçmiş psikiyatrik öyküsü, uygulanan tedavi türü, intihar girişimi öyküsünün sorgulandığı, araştırmacılar tarafından hazırlanan bir formdur. Bu forma ayrıca son depresyon atağının belirtileri ve depresyon belirteçlerinin özellikleri, uygulayıcı hekimler tarafından kaydedilmiştir.

*Dokuz Tip Mizaç Ölçeği (DTMÖ):* Yılmaz ve ark. (23) tarafından 2014 yılında geliştirilmiştir. Kuramsal temeli DTMM'ye dayanan ve erişkin örnekleminde DTMM'nin mizaç tiplerine ait özellikleri değerlendirmek üzere hazırlanan, dokuz alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Dokuz alt ölçeğin her biri (Dokuz Tip Mizaç (DTM)1, DTM2, DTM3, DTM4, DTM5, DTM6 DTM7, DTM8 ve DTM9) modelde tanımlanan mizaç tiplerine ait özellikleri değerlendirmektedir. Toplam 91 maddeden oluşan ölçek, 3'lü likert şeklinde ("evet", "bazen", "hayır") yanıtlanmaktadır. Her bir mizaç tipine ait özellikleri değerlendiren alt ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği, o mizaç tipine ait özelliklerin fazla sergilendiğini göstermektedir. İstatistiksel hesaplamalar, katılımcıların her bir alt ölçekten aldıkları toplam puanlar üzerinden gerçekleştirilmektedir. Ölçeğin tümü

**Tablo 1.** Dokuz Tip Mizaç Modeli'ne Göre Mizaç Tiplerinin Varoluşsal Arayışları ve Ayırıcı Özellikleri

Mizaç tipi ve Varoluşsal Arayış	Özellikler
DTM1 Kusursuzluk Arayan	Mükemmeliyetçi, Idealist, Kontrollü, Disiplinli, Ciddi, Ölçülü, Hesaplı Hareket Eden, Kurallara Uyan, Doğrucu, Adaletle Önem Veren, Sebatkâr, Çalışkan, Titiz, Düzenli, Sorumluluk Sahibi, Prensipli, Soğukkanlı, Rasyonel, İstikrarlı, Tanımlayıcı, Planlayıcı, Sınıflayan, Kıyaslayan, Aşırı Detaycı, Kategorize Eden, Sistematik, Reformist, Ahlakçı, Çabuk Kızıp Gerilen, Katı Eleştirel, Yargılayıcı
DTM2 Duyguları Hissetmeyi Arayan	Sevgi Dolu, İlişki Odaklı, Çok Duygusal, Çabuk Etkilenen, Duygularını Belli Eden, Sıcakkanlı, Konuşkan, Dışadönük, İlgi Çekmekten Hoşlanan, Çabuk ve Yakın İlişki Kuran, Arkadaş Canlısı, İletişim Yetenekleri Güçlü, Acıyan, Yardımsever, Fedakar, Verici, Ahıngan, İsrarcı, Tutturmacı, Sitemkar, Kışkırtıcı, Manipölatif
DTM3 Hayran Olunacak Kendilik İmajı Arayan	Başarı ve Kariyer Odaklı, Yarışmacı, Hedefine Kilitlenen, Hırslı, Olumsuz Duyguları Kendine Engel Yapmayan, Kendine Güvenen, Motivator, Popüler, Statüye çok Önem Veren, Adaptif, Diplomatik, Pratik, Üretken, Azimli, Çalışkan, Çıkarıcı, Kumaz
DTM4 Duyguların Anlamını Arayan	Yoğun Duygusal, Empatik, Duyarlı, Doğal, İçten, Dost Canlısı, Merhametli, Romantik, Melankolik, Tutkulu, Bireysel, Özgün, Sıra Dışı, Tasarımcı, Sanatsal, Estetik Bakış Açısına Sahip, Kimlik Arayan, Asi, Aykırı, Melodramatik, Kolay İncinebilir, İmrenen
DTM5 Bilginin Anlamını Arayan	İçedönük, Sessiz, Gözlemci, Asosyal, Soğuk, Mesafeli, Duygudan Uzak, Analitik Düşünen, Derin Meraklı, Akılcı, Objektif, Araştırmacı, Soyutlayıcı, Kavramsallaştırıcı, Uzmanlaşan, Arşivci, Cimri, Şüpheli
DTM6 Entelektüel Dinginlik Arayan	Güven ve Emniyet Odaklı, Rengini Belli Etmeyen, Sivrilmeyen, Tüm İhtimalleri Gözetken, Titiz, Düzenli, Tedbirli, Tutumlu, Ketum / Sır Tutan, Sadakate Önem Veren, Spontane Meraklı, Veri Depolayan, Otoriteye İhtiyaç Duyan, Kendine Güvenmekte Zorlanan, Paranoid Ahıngan, Köttürmer, Güvensiz, Hesapçı, Muhafız, Ambivalent, Kararsız, Emin Olamayan, Kışkırtıcı, Obsesif, Kontrolcü, Endişeli, Kaygılı
DTM7 Keşfetme Hazzını Arayan	Keşfetmeye Meraklı, Hareketli, Girişken, Dışadönük, Çabuk İlişki Kuran, Konuşkan, Neşeli, Muzip, İyimser, Pratik, Çağrışımları Hızlı, Heyecan Arayan, Tecrübe Eden, Yenilikçi, Vizyoner, İnovatif Yaratıcı, Hayalci, Sıkıttıran Kaçınan, Düzensiz, Savurgan, Gâilesiz, Abartan, Sabırsız, Çabuk Sıkılan, Hesapsız, Dürttüsel, Dikkati Dağınık, Maymun İştahlı, Fikir Uçuşması Yaşayan
DTM8 Mutlak Güç Arayan	Lider, Himaye Eden, Mücadeleci, Dayanıklı, Meydan Okuyan, Kendinden Emin, Hükmedici, Baskıcı, Otoriter, Grandiyöz, Cesur, Girişimci, Çabuk Eyleme Geçen, Müdahaleci, Net, Cömert, Dobra, Sert, Toleranssız, Öfkeli, Kavgacı, Şiddet Eğilimli
DTM9 Fiziksel (Duyumsal-Hareketsel) Konfor Arayan	Sakin, Uyumlu, Yumuşak, Esnek, Sabırlı, Hayır Demekte Zorlanan, Müdahil Olmayan, Barışçıl, Arabulucu, Mülayim, Huzur Veren, Yargılanmayan, Bütünleşmeci, Çatışmaktan Uzak Duran, Rutini Seven, Akışına Burakan, Ağırkanlı, Erteleyen, Utangaç, Öfkesini Bastıran, Pasif Dirençli

DTM: Dokuz Tip Mizaç (18)

için Cronbach alfa değeri 0.75, tipler için sırasıyla 0.77, 0.79, 0.68, 0.71, 0.80, 0.74, 0.71, 0.83, 0.77'dir.

**Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE):** Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Köse ve ark (24) tarafından yapılan, 240 maddeden oluşan, doğruyanlış şeklinde puanlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Cloninger'in öne sürdüğü kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan Psikobiyolojik Kişilik Modeli'ne (PKM) uygun olarak geliştirilmiştir. Ölçek, yenilik arayışı (YA), zarardan kaçınma (ZK), ödül bağımlılığı (ÖB) ve sebat etme (SE) olmak üzere dört mizaç boyutu ile kendini yönetme (KY), işbirliği yapma (İB) ve kendini aşma (KA) üç karakter boyutu olmak üzere kişiliğin yedi temel boyutunu değerlendirmektedir. Ölçeğin Türkçe formunda mizaç boyutları için Cronbach alfa katsayısı 0,60 ile 0,85, karakter boyutları için 0,82-0,83 arasındadır (25).

**Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):** Akdemir ve ark. (26) tarafından geliştirilen HDDÖ, depresyonun şiddetini ölçmek için kullanılmaktadır. Klinisyen tarafından uygulanan bir ölçektir. Kesme puanı; 23 üstü çok

şiddetli, 19-22 arası şiddetli, 14-18 aralığı orta şiddetli, 8-13 arası hafif şiddetli ve 7 altı normal olarak belirlenmiştir.

## Uygulama

Klinisyen tarafından yazılı onamları alınan katılımcılara sosyodemografik veri formu ve HDDÖ uygulanmıştır. Ayrıca aktif depresyonda oldukları dönem özellikleri sorgulanmış ve hastadan edinilen bilgiler ile birlikte izlem dosyalarından alınan bilgiler karşılaştırılarak DSM-5 kriterlerine göre MDB belirleyicileri saptanmıştır. Ardından MDB'li ve kontrol grubuna uygulama sırası sistematik olarak değiştirilerek DTMÖ ve MKE uygulanmıştır.

## Verilerin Analizi

Veriler SPSS (Version 16.00) ile analiz edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde MDB'li ve sağlıklı gruplar arasında kategorik değişkenleri karşılaştırmak için ki-kare testi, iki gruba ait ortalamalar arasındaki farkı değerlendirmek için Student's t-testi kullanılmış, anlamlılık sınırı  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Araştırma grubunun %49.9'u kadın (n=205), %50.1'i (n=206) erkek, yaş ortalaması  $34.21 \pm 10.15$  olarak hesaplanmıştır. MDB ve kontrol grubu arasında cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu açısından fark bulunmamıştır ( $p < 0.05$ ). Katılımcıların ayrıntılı sosyodemografik bilgileri Tablo 2'de gösterilmiştir.

MDB'li grup ve kontrol grubun bağımsız değişkenleri için DTMM tiplerinden; DTM1  $p < 0.001$ , DTM3  $p < 0.01$  ve DTM8'de  $p < 0.05$  MDB'li grupta düşük, DTM2  $p < 0.05$ , DTM4  $p < 0.01$  ve DTM6'da  $p < 0.05$  yüksek oranlarda bulundu. MDB'li grupta PKM'nin boyutlarından İB  $p < 0.01$  ve ZK  $p < 0.01$  puan ortalamaları yüksek bulunurken, SE  $p < 0.01$  ve KY  $p < 0.001$  puan ortalamaları ise düşük olarak bulundu. DTMM tipleri ve PKM boyutlarının MDB'li ve kontrol grubu analiz sonuçları Tablo 3 ve 4. 'de gösterilmiştir.

MDB'li katılımcılar arasında, bunaltılı sıkıntı özellikleri gösteren MDB grubunda DTMM tiplerinden; DTM2  $p < 0.001$ , DTM3  $p < 0.05$  DTM6  $p < 0.001$  ve DTM9'un  $p < 0.05$  puan ortalamaları yüksek, DTM7  $p < 0.001$  ve DTM8'in  $p < 0.05$  düşük bulundu. PKM'nin kişilik boyutlarından ise İB  $p < 0.05$ , ZK,  $p < 0.001$ , ÖB  $p < 0.001$  yüksek bulunurken ve KY  $p < 0.05$  düşük olarak bulundu.

Melankoli özellikleri gösteren MDB grubunda DTMM tiplerinden; DTM1  $p < 0.001$ , DTM4  $p < 0.05$ , DTM5  $p < 0.001$  ve DTM6  $p < 0.001$  puan ortalamaları yüksek, DTM2  $p < 0.05$  ise düşük

**Tablo 2.** MDB olan ve olmayan katılımcıların sosyodemografik özellikleri Sosyodemografik veri tablosu

Değişkenler	Kontrol Grubu		Araştırma Grubu	
	Sayı (n=203)	%	Sayı (n=208)	%
Yaş (mean, SD)	$34.5 \pm 10.28$		$33.9 \pm 10.05$	
(min-max)	18/62		18/60	
Cinsiyet				
Kadın	97	47.8	110	52.9
Erkek	106	52.2	98	47.8
Medeni Durum				
Bekar	80	39.4	81	38.9
Evlü	106	52.2	98	47.1
Boşanmış	17	8.4	29	13.9
Eğitim				
İlkokul	20	9.9	34	16.3
Ortaokul	30	14.8	39	18.8
Lise	111	54.7	101	48.6
Lisans ve Üstü	42	20.7	33	16.3

**Tablo 3.** DTMM Tiplerinin MDB'li ve kontrol grubu analiz sonuçları

DTMM Tipleri	MDB var	MDB yok	p*
	(N: 208)	(N: 203)	
	Ort. $\pm$ SD	Ort. $\pm$ SD	
DTM1	$9.84 \pm 4.58$	$11.13 \pm 4.52$	0.004***
DTM2	$12.52 \pm 4.40$	$11.43 \pm 4.96$	0.02*
DTM3	$7.16 \pm 3.27$	$8.11 \pm 4.13$	0.01**
DTM4	$10.04 \pm 4.71$	$8.73 \pm 4.81$	0.005**
DTM5	$8.51 \pm 4.36$	$9.06 \pm 5.89$	0.28
DTM6	$12.36 \pm 4.94$	$11.42 \pm 4.54$	0.04*
DTM7	$9.38 \pm 4.24$	$8.90 \pm 4.19$	0.25
DTM8	$6.64 \pm 4.30$	$7.68 \pm 5.03$	0.02*
DTM9	$9.41 \pm 4.62$	$9.83 \pm 4.51$	0.35

\* t testi uygulanmıştır. \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

bulundu. PKM'nin kişilik boyutlarından ise ZK  $p < 0.001$  ve ÖB  $p < 0.05$  puan ortalamaları yüksek bulunurken ve YA  $p < 0.001$  ve SE  $p < 0.05$  düşük olarak bulundu.

Mevsimsel özellik gösteren MDB grubunda, DTMM tiplerinden; DTM4  $p < 0.01$  puan ortalamaları yüksek DTM1  $p < 0.001$ , DTM3  $p < 0.05$ , DTM6  $p < 0.001$  ve DTM9  $p < 0.01$  düşük bulundu. PKM'nin kişilik boyutlarından ise KA  $p < 0.001$  YA  $p < 0.001$  puan ortalamaları yüksek bulunurken ZK,  $p < 0.01$  ve SE  $p < 0.05$  düşük olarak bulundu.

Karma özellikler gösteren MDB grubunda DTMM tiplerinden; DTM4  $p < 0.05$ , DTM7'de  $p < 0.001$  puan ortalamaları yüksek, DTM1  $p < 0.001$ , DTM6  $p < 0.01$  ve DTM9'da  $p < 0.01$  düşük bulundu. PKM'nin kişilik boyutlarından ise YA,  $p < 0.001$  ve ZK,  $p < 0.001$  puanları yüksek bulunurken KY  $p < 0.05$  düşük bulundu.

**Tablo 4.** PKM boyutlarının MDB'li ve kontrol grubu analiz sonuçları

PKM Boyutları	MDB var	MDB yok	p*
	(N: 208)	(N: 203)	
	Ort. $\pm$ SD	Ort. $\pm$ SD	
İ. B.	$29.28 \pm 5.65$	$27.57 \pm 6.62$	0.005**
K. A.	$19.02 \pm 5.93$	$18.36 \pm 6.51$	0.28
Y. A.	$19.16 \pm 6.81$	$17.88 \pm 6.75$	0.06
Z. K.	$20.24 \pm 7.48$	$18.27 \pm 7.60$	0.01**
Ö. B.	$14.23 \pm 3.62$	$13.68 \pm 4.47$	0.17
S. E.	$4.44 \pm 2.36$	$5.11 \pm 2.13$	0.003**
K. Y.	$17.73 \pm 7.81$	$22.83 \pm 6.57$	0.000***

\* t testi uygulanmıştır. \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$



**Tablo 5.** MDB belirteçleri ile DTMM tipleri arasındaki ilişki

Depresyon	BUNALTILI SIKINTI			MELANKOLİ			MEVSİMSEL			KARMA			ATIPIK		
	Var	yok	p*	Var	yok	p*	var	yok	p*	var	yok	p*	var	yok	p*
DTMM Tipleri	(N:100) Ort. ± SD	(N:108) Ort. ± SD		(N:73) Ort. ± SD	(N:135) Ort. ± SD		(N:53) Ort. ± SD	(N:155) Ort. ± SD		(N:42) Ort. ± SD	(N:166) Ort. ± SD		(N:168) Ort. ± SD	(N:40) Ort. ± SD	
DTM1	10.14±4.13	9.56±4.97	0.37	11.44±4.92	8.98±4.16	0.000***	7.68±3.95	10.58±4.56	0.000***	7.78±3.40	10.36±4.71	0.000*	10.5 ± 4.38	9.79 ± 4.64	0.75
DTM2	14.10±3.77	11.05±4.46	0.000***	11.53±4.06	13.05±4.51	0.02*	12.62±4.53	12.48±4.37	0.84	11.59±4.30	12.75±4.41	0.13	11.22±3.32	12.83±4.58	0.01*
DTM3	7.69±3.46	6.67±3.02	0.02*	6.79±3.05	7.35±3.38	0.24	6.28±3.11	7.46±3.28	0.02*	7.31±3.85	7.12±3.12	0.77	7.06±2.95	7.05±3.34	0.34
DTM4	9.52±4.04	10.53±5.22	0.12	11.07±4.83	9.49±4.56	0.02*	11.72±5.94	9.47±4.07	0.01**	11.62±5.03	9.64±4.55	0.015*	9.22±4.08	10.24±4.83	0.22
DTM5	8.08±4.64	8.92±4.06	0.17	10.01±4.38	7.70±4.14	0.000***	8.17±3.28	8.63±4.67	0.43	8.31±3.13	8.57±4.62	0.67	10.45±4.86	8.05±4.11	0.002**
DTM6	14.56±4.44	10.33±4.50	0.000***	14.38±4.91	11.27±4.61	0.000***	9.91±4.47	13.21±4.82	0.000***	10.67±4.23	12.79±5.02	0.01**	12.97±4.75	12.22±4.99	0.39
DTM7	8.31±3.42	10.37±4.69	0.000***	8.87±4.04	9.66±4.34	0.29	9.87±5.17	9.21±3.89	0.33	11.83±5.43	8.75±3.65	0.001***	10.58±3.21	9.09±4.54	0.005**
DTM8	5.97±4.31	7.26±4.22	0.03*	6.03±4.32	6.97±4.27	0.13	6.19±3.83	6.79±4.45	0.38	7.09±3.40	6.52±4.50	0.37	7.00±4.98	6.55±4.13	0.56
DTM9	10.19±4.49	8.68±4.65	0.02*	9.49±4.54	9.36±4.68	0.85	8.23±3.41	9.81±4.91	0.01**	7.88±4.02	9.79±4.69	0.01**	12.12±5.26	8.76±4.22	0.000**

DTM: Dokuz Tip Mizaç; \* t testi uygulanmıştır. \* p<0.05, \*\*p<0.01, p<0.001\*\*\*

Atipik özellik gösteren MDB grubunda DTMM tiplerinden; DTM5 p<0.01, DTM7, p<0.01 ve DTM9, p<0.001; atipik özellik gösteren MDB yüksek bulunurken, DTM2 p<0.01 düşük oranda bulundu. PKM'nin kişilik boyutlarından YA p<0.001 ve ÖB p<0.05 puanları atipik özellik gösteren MDB grubunda düşük bulundu. MDB belirteçleri ile DTMM tipleri ve PKM'nin kişilik boyutları arasındaki ilişki analiz sonuçları sırasıyla Tablo.5 ve Tablo.6 da gösterilmiştir.

## TARTIŞMA

Bu çalışmanın birincil sonucu; MDB'nin DTMM tiplerinden DTM2, DTM4 ve DTM6'da yüksek oranda görülmesidir. MDB'li grupta PKM boyutlarından ise İB ve ZK puan ortalamaları yüksek bulunurken, SE ve KY puan ortalamaları ise düşük olarak bulunmuştur. MDB belirteçleri ile DTMM tipleri arasındaki ilişkilerde; bunaltılı sıkıntılı özellik gösteren grupta DTM2, DTM3, DTM6, DTM9; melankoli özellikleri gösteren grupta DTM1, DTM4, DTM5 ve DTM6 ve

mevsimsel özellik gösteren grupta DTM4, karma özellik gösteren grubunda DTM4, DTM7 atipik özellikler gösteren grupta DTM5, DTM7, DTM9 istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olarak saptanmıştır. PKM kişilik boyutları açısından ise bunaltılı sıkıntı özellikleri gösteren MDB grubunda İB, ZK ve ÖB ve karma özellikler gösteren MDB grubunda YA, ZK puanları istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olarak görülmüştür.

Farklı araştırmacılar bireylerin ZK, SE ve KY boyutlarından aldıkları puanların MDB tanısı olup olmamasına göre farklılaştığını göstermişlerdir (27, 28, 29). Cloninger ve ark (30) MDB' li hastaların PKM' ye göre ZK skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek, KY skorlarının ise düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmamızda PKM'ye göre kişilik boyutları açısından; MDB'ü olan ve olmayan kişilerin ZK, SE ve KY ortalama puanları arasında saptanan anlamlı fark literatürle uyumludur. Genel literatürden farklı olarak; MDB'li hastalarda İB puanının yüksek saptanması, katılımcıların iyilik dönemlerinde olmasına rağmen tedaviye devam eden hastalardan oluşmasıyla ilişkili olabilir.

**Tablo 6.** MDB belirteçleri ile PKM'nin kişilik boyutları arasındaki ilişki

Depresyon	BUNALTILI SIKINTI			MELANKOLİ			MEVSİMSEL			KARMA			ATIPIK		
	Var	yok	p*	Var	yok	p*	var	yok	p*	var	yok	p*	var	yok	p*
PKM Boyutları	(N:100) Ort. ± SD	(N:108) Ort. ± SD		(N:73) Ort. ± SD	(N:135) Ort. ± SD		(N:53) Ort. ± SD	(N:155) Ort. ± SD		(N:42) Ort. ± SD	(N:166) Ort. ± SD		(N:168) Ort. ± SD	(N:40) Ort. ± SD	
İ. B.	30.21±6.07	28.42±5.10	0.02*	29.41±6.60	29.21±5.09	0.81	29.57±4.39	29.18±6.03	0.62	28.62±4.65	29.44±5.88	0.40	29.65±5.80	29.19±5.63	0.64
K. A.	19.38±5.36	18.68±6.43	0.40	18.67±6.92	19.21±5.34	0.53	21.38±5.37	18.21±5.92	0.001***	19.59±4.81	18.87±6.19	0.42	17.67±5.54	19.34±5.99	0.11
Y. A.	18.43±5.78	19.83±7.60	0.13	16.67±6.96	20.50±6.36	0.000***	22.36±6.47	18.06±6.59	0.000***	24.40±6.87	17.83±6.13	0.000*	16.32±4.23	19.83±7.13	0.000***
Z. K.	22.50±6.85	18.15±7.45	0.000*	23.36±7.70	18.55±6.81	0.000***	18.21±6.05	20.93±7.80	0.01**	16.12±7.81	21.28±7.04	0.000*	18.30±7.66	20.70±7.38	0.07
Ö. B.	15.29±3.53	13.24±3.43	0.000*	13.52±3.76	14.61±3.50	0.04*	14.11±3.76	14.26±3.58	0.79	14.31±3.12	14.20±3.74	0.87	13.00±3.23	14.52±3.65	0.02*
S. E.	4.62±1.66	4.27±2.85	0.27	4.92±2.91	4.18±1.95	0.03*	3.77±2.06	4.66±2.41	0.02*	3.86±2.19	4.58±2.38	0.07	4.32±1.71	4.46±2.49	0.68
K. Y.	16.34±6.84	19.02±8.45	0.013*	18.48±8.50	17.32±7.43	0.311	18.80±7.67	17.37±7.86	0.25	15.55±7.30	18.28±7.87	0.04*	16.50±7.10	18.02±7.97	0.24

\* t testi uygulanmıştır. \* p<0.05, \*\*p<0.01, p<0.001\*\*\*

İ.B.: İş Birliği Yapma, K.A.: Kendini Aşma, Y.A.: Yemelik Arayış, Z.K.: Zarardan Kaçınma, Ö.B.: Ödül Bağlılığı, S.E.: Sebatsızlık, K.Y.: Kendini Yönetme

MDB'un duygusal düzensizlikle bağlantılı bulunduğu bilinmektedir (31, 32). Çalışmamızın sonucunda DTMM'nin duygusal dalgalanmaları en fazla yaşayabilen; dışadönük duygusallığı temsil eden DTM2 ve içe dönük/yoğun duygusallığı temsil eden DTM4'ün MDB ile daha fazla ilişki içinde olduğu saptanmıştır. İçe dönüklük, kendine güvensizlik, girişken olamama, sosyal beceriklilikte yetersizlik, bağımlılık, yersiz kaygıya eğilim, mükemmeliyetçilik ve kötümserlik MDB'ye yatkınlık sağlayan özellikler olarak bilinmektedir (33). Çalışmamızda MDB ile ilişkili bulunan bir diğer mizaç tipi DTM6'dır. İçe dönüklük, kendine güvensizlik, girişken olamama, sosyal beceriklilikte yetersizlik, bağımlılık, yersiz kaygıya eğilim gibi olumsuz özellikler, DTM6 için tanımlanan özellikler olup, MDB'ye zemin hazırlıyor olabilir. PKM'nin, MDB ile arasında güçlü bir bağ olduğu bilinen ZK kişilik boyutuyla (27) neredeyse birebir örtüşen DTM6'nın (34) MDB ile ilişkili bulunması beklenebilecek bir sonuçtur.

Çalışmamızda elde edilen sonuçların dışında; DTM5'in yalnızlığı tercih etme, mesafeli, duygusallıktan uzak ve izole olma, aktif yaşamla zayıf bir bağ kurma ve ayrıca verileri şüpheli ve karamsar bir biçimde kurgulama özellikleri (17) nedeniyle MDB'yle ilişkili bulunması beklenebilirdi. Bu bulgu, yayınlanan ön sonuçlarda saptanmış olmasına (35) rağmen çalışmamızda anlamlılık sınırında kalmıştır. Bu durum, DTM5 mizaç özellikleri gösteren bireylerin hem toplum genelinde hem de örneklemimizde sayıca az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızın ikincil sonuçları, depresyonun klinik görünümüne göre oluşturulan belirleyicilerin belirli mizaç tiplerinde daha fazla görüldüğünü ortaya koymaktadır.

Bunaltılı sıkıntılı depresyon bunalma, gerginlik, olağandışı bir huzursuzluk, hiçbir şekilde dinginlik sağlayamama, kaygıdan ötürü odaklanamama, kötü bir şey olacağından korkma ve özdenetimi yitirecekmiş gibi olma özellikleriyle karakterizedir (36). DTM6; kontrolçülük, özellikle belirsizlik durumlarında çabuk kaygılanma, kötümserlik, odaklanmada güçlük gibi olumsuz özellikler içermektedir (17,37). DTM2 ise ilişki odaklılık,

ilişkilerdeki sorunlardan çok çabuk ve kolay etkilenme, gerginlik ve huzursuzluk yaşama, özellikle sevdiklerinin başına bir şey geleceğinden ya da onlara kötü bir şey olacağından korkma ve kaygılanma gibi özellikler taşımaktadır (38, 39). Bu nedenle DTM6 ve DTM2'nin özelliklerinin bunaltılı sıkıntılı tip MDB semptomları ile ilişkili saptanması beklenebilecek bir sonuçtur. DTM9 genel olarak sakin, dingin, mülayim ve iyimser olma özelliklerinin yanında huzur ve dinginliği koruyup çatışma ve gerginlikten uzak durmaya odaklılık özellikleriyle karakterizedir (17, 38). Bununla birlikte aşırı stres durumunda çok gergin olma ve şiddetli kaygı yaşama özellikleri devreye girmektedir (39). DTM3 ise; genellikle yüksek öz denetim, kendine güven, olumsuz duyguları görmezden gelme, kaygı veren durumlarda bile pratik ve hedef odaklı olma özellikleri taşımaktadır (16, 17). Bununla birlikte stres durumunda normalden farklı olarak; güvensizlik, içe dönme, kötümser duygu ve düşünceler, sorunlar karşısında çözüm üretmemeye ve işlerin kontrolden çıkacağı korku ve kaygısı taşımaktadır (18). Dolayısıyla DTM9 ve DTM3'ün bunaltıcı tip depresyon semptomlarıyla ilişkisi, aşırı stres durumundaki davranışsal örüntüyle (16,17) açıklanabilir.

Melankolik tip MDB'nun başlıca tanı özellikleri; keyif verici uyaranlara karşı tepki vermeme ve hemen hemen tüm aktivitelerde zevk kaybıdır (36). Melankolik depresif hastalarda daha çok psikomotor bozukluklar (40), iştahsızlık ve uyku sorunları gibi belirtiler görülmektedir. Buna ek olarak, günün geri kalanına kıyasla sabahları daha kötü hissetme eğilimindedirler (41). Melankolik tip MDB ile ilişkili bulunan DTM4, yoğun duygusal, melankolik, romantik ve hüznü bir iç dünyaya sahip olmakla karakterizedir. Bu özellikler, yemek yemek dahil zaman zaman dış dünyanın günlük gerekliliklerini anlamsız bulma, yalnızlık arzusu şeklinde yaşantılanabilmektedir (17, 39). Dolayısıyla DTM4'ün melankolik tip MDB ile ilişkili saptanması beklenebilecek bir sonuçtur. Ayrıca melankolik MDB'li hastalar, yaygın olarak endişelidirler ve çevre uyarımı için düşük yanıt verme oranına sahiptirler (42). De Winter ve ark. (9) melankolik tip depresyonun tam remisyon sonrası dönemde yüksek HA skoruyla ilişkisini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla çabuk endişelenip kaygılanan ve kaygılandığı durumlarda tepki ver-

mekte zorlanan ve yüksek HA skoruyla ilişkilendirilen (34) DTM6'nın melankolik tip MDB ile ilişkili bulunması beklenebilecek bir sonuçtur. Genellikle yeme-içme-dinlenme gibi fiziksel ihtiyaçlarının düzenli giderilmesine dikkat etme, soğukkanlı olma ve hata ve eksikliklere müdahale etmekten çekinmeme özelliklerine sahip DTM1, stres altında fiziksel sağlığa dikkat etmeme, içedönüklük, çabalamaktan vazgeçmiş tutumları da içermektedir (38) Dolayısıyla DTM1 özelliklerinin melankolik tip MDB ile ilişkili saptanması beklenebilecek bir sonuçtur. DTM5'in melankolik MDB grubunda çıkması ise bizce şaşırtıcı bir sonuçtur. Çünkü DTM5, yaşam olaylarını sürekli olarak akla uygunlaştırarak değerlendirme, mutsuzluk, üzüntü, keyifsizlik gibi ruhsal hallere pek kapılmama gibi özelliklere sahiptir. Doğası gereği içe dönük olma, ilişkilerden uzak kalmayı tercih etme ve yalnız kalmaktan hoşlanma özellikleri düşünüldüğünde normal olabilecek mizaç özelliklerinin melankolik MDB görünümünde değerlendirildiği söylenebilir.

Mevsimsel MDB genellikle, kış aylarında depresyonun başlaması ve yaz aylarında hafiflemesiyle karakterizedir (43). DTM4'ün, çevresel değişimlere duyarlı olma özelliği nedeniyle sonbahar kış aylarında MDB'ye yakınlık bulunması şaşırtıcı olduğu kadar araştırmacılar tarafından beklenen bir sonuçtur.

Karma tip MDB, kabarmış, taşkın duygudurum, benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri, her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma, düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı, içsel güçte ya da amaca yönelik etkinlikte artma, kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere daha çok ya da aşırı katılma uyku gereksiniminde azalma özellikleriyle karakterizedir (36). DTM7, genel olarak hareketli, enerjik, konuşkan, yeni deneyimlere açık olma, keyif verici aktiviteleri tecrübe etmekten ve riskli davranışlar sergilemekten heyecan duyma ve hızlı çağrışımlara sahip olma özelliklerini taşımaktadır (17). Dolayısıyla MDB'nin DTM7 ile ilişkili bulunması beklenebilecek bir sonuçtur. DTM4 ise farklı ilişkisel deneyimlere açık olma, sıradışı etkinlikler ve deneyimlerle yaşama anlam katmaya çalışma ve çeşitli duygudurumlar arasında hızlı

geçişler yaşamaya eğilim özellikleri taşımaktadır (18). Bu nedenle karma tip MDB semptomları sergileyebilir.

Atipik depresyon, uyusukluk, yorgunluk, hipersomnia, hiperfaji ve kişiler arası ilişkilerden uzak olma ile karakterizedir (42, 44). DTM9 ise ağırkanlı olma, yavaş eyleme geçme, erteleme, yeme-içme, dinlenme gibi duymusal ihtiyaçlara düşkün olma özellikleriyle karakterizedir (45). Dolayısıyla DTM9'un atipik MDB ile ilişkili olması beklenebilecek bir sonuçtur. Ayrıca az hareket etme, yalnız kalmaktan hoşlanma ve sosyal aktivitelerden uzak durma özelliklerine sahip DTM5'in atipik MDB özellikleri ile ilişkili bulunması olası bir sonuçtur. Atipik MDB aynı zamanda, düşük düzeyde SE ve yüksek düzeyde ÖB özelliklerine sahip bireylerde bulunmaktadır (46). Düşük SE ve yüksek ÖB ile ilişkili olduğu saptanmış olan DTM7 (34) genel olarak canlı, enerjik olma ve olumsuz duygulardan kaçınma özelliklerine sahiptir. Dolayısıyla DTM7'de MDB; evden çıkmama, üzüntü, mutsuzluk, keder şeklinde değil de bunaltı, öfke, huzursuzluk, can sıkıntısı gibi belirtiler üzerinden görülebilmektedir. Depresyon nedeniyle yaşamdan yeterince keyif alamamaya bağlı olarak keyif arayışını daha fazla yeme davranışı üzerinden gerçekleştirebilirler. Doğası gereği hareketli ve olumsuzluklar üzerinde durmaktan kaçınan DTM7 mizacının yaşantıladığı atipik MDB bu nedenle uzmanlar tarafından zor tespit edilebilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları; DSM-5 de tanımlanan tüm belirleyicileri, ek-tanı alan MDB hastalarını, MDB şiddeti ve tedavi yanıtlarını değerlendirememek, olguların sadece bir kez görülmesi ve verilerin tek merkezden toplanması olarak sıralanabilir.

## SONUÇ

Sonuçta mizacın, MDB'deki klinik görünüm farklılıklarının tanınmasında kullanışlı temel parametrelerden biri olduğu saptanmıştır. DTMM'nin mizaç tiplerinin, MDB'nin görülme ve farklı yaşantılanma biçimleriyle (belirteçleriyle) ilişkili bireysel farklılıkları anlama ve açıklamada etkili bir parametre olduğu görülmektedir.



Bununla birlikte birden fazla mizaç tipinin aynı depresyon belirleyicilerinde gruplanıyor olması dikkat çekici bir sonuçtur. Mizaç tipleri açısından bakıldığında; semptom odaklı gruplamaların, aynı semptomları gösteren bireylerin bireysel farklılıklarını açıklamakta sınırlı kaldığı ileri sürülebilir. Bu bağlamda bu çalışmanın konusu olan DTMM'nin MDB'a mizaç temelli yaklaşımı, benzer semptomatik görünümünün altında yatan farklı motivasyonları açıklamada yeni bir bakış açısı sunabilir. Bu çalışma, MDB'daki bireysel farklılıkların anlaşılmasında DTMM'nin mizaç tiplerinin kullanışlı bir parametre olduğunu ortaya koyması yönüyle bir başlangıç çalışmasıdır. Gelecekteki çalışmalarla geliştirilebilecek bu bakış açısı, MDB semptomlarının yaşantılamasının altında yatan mizaçtan kaynaklı farklı motivasyonların anlaşılmasını sağlayabilir. Yanı sıra bireylerin mizaç tipine bağlı algı önceliklerine göre hastalığın tetikleyici faktörlerinin farklılığının değerlendirilmesi konusunda araştırmacı ve uygulayıcılara kullanışlı bir model sunulabilir. Ek olarak; MDB'deki bireysel farklılıkların DTMM'de tanımlanan mizaç farklılıkları üzerinden ele

alınması, MDB'nin çeşitli klinik görünümünün altında yatan farklı etiyolojileri açıklamanın yanında bireysel farklılıklara özgü prognozun takip edilmesinde de etkili bir yaklaşım geliştirilmesine temel olabilir. Ayrıca ileride DTMM tiplerinin gözlem ve görüşme yoluyla klinisyen tarafından tespit edilmesini de içeren, ileri istatistik yöntemleriyle yapılacak çalışmalar mizaç ve depresyonun etiyolojisi arasındaki ilişkilerin açıklanmasına daha fazla bilgi sağlayabilir. Gelecekteki çalışmalarda MDB tanımlı bireylerin mizaç ve kişilik özelliklerinin tedavi yanıtına olan etkisinin incelenmesi, bireysel farklılıklara uygun tedavi protokollerinin oluşturulmasına katkı sağlayabilir. Bununla birlikte bu çalışma, MDB'ta bireysel farklılıklara uygun mizaç temelli yeni bir bakış açısının başlangıç çalışması sayılabilir.

---

Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Kerim Uğur, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Malatya, Türkiye  
premirek@gmail.com

---

#### KAYNAKLAR

1. Rosenström T, Jokela M. Reconsidering the definition of major depression based on collaborative psychiatric epidemiology surveys. *J Affect Disord.* 2017; 207:38-46.
2. Kudo Y, Nakagawa A, Wake, T, Ishikawa, N, Kurata C, Nakahara, M, et al. Temperament, personality and treatment outcome in major depression: A 6-Month preliminary prospective study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017; 13: 17-24.
3. Noll R, Styles of Psychiatric Practice, 1906-1925: Clinical evaluations of the same patient by James Jackson Putnam, Adolph Meyer, August Hoch, Emil Kraepelin and Smith Ely Jelliffe. *Hist Psychiatry.* 1999;10:145-189.
4. Andersen AM, Bienvenu OJ. Personality and psychopathology. *Int Rev Psychiatry* 2011; 23: 234-247.
5. Watson D, Gamez W, Simms LJ. Basic dimensions of Temperament and the irrelation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. *J Res Pers* 2005; 39: 46-66.
6. Klein DN, Durbin E, Shankman SA. Personality and Mood Disorders. IH Gotlib, CL Hammen, Handbook of Depression, seconded., NewYork, The Guilford Press, 2009, s:93-113
7. Watson D, Clark LA. Depression and melancholic temperament. *Eur J Pers.*1995; 9: 351-366.
8. Koorevaar AML, Comijs HC, Dhondt AD, Van Marwijk HWJ, Van der Mast RC, Naarding P, et al. Big five personality and depression diagnosis, severity and age of onset in older adults. *J Affect D* 2013;1: 178-185.
9. De Winter RFP, Wolterbeek RS, Philip ZFG, Goekoop JG. Character and temperament in major depressive disorder and highly anxious-retarded subtype derived from melancholia. *Compr Psychiatry.* 2007; 48 : 426-435.
10. Kampman O, Poutanen O. Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis. *J Affect D.* 2011;1-3: 20-27.
11. Yılmaz ED, Ünal Ö, Gençer AG, Aydemir Ö, Selçuk Z. Is individual temperament centered psychotherapy possible: A proposal based on nine types temperament model. *Int J Emerg Ment Health,* 2015; 17:378-388.
12. Yılmaz ED, Gençer AG, Ünal Ö, Palancı M, Kandemir M, Selçuk Zve ark. Relation of nine types temperament model with personality disorders, *Dusunen Adam* 2016; 29:15-28.
13. Yılmaz ED, Gök C, Ünal Ö, Özkan A, Selçuk Z. A Proposal about a prediction strategy from normality to psychopathology according to nine types temperament model. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders,* 2017;1: 224-241.
14. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, Keller M ve ark. Switching from unipolar to bipolar II. An 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 1995;52:114-123.
15. Parker G. Dealing With Depression, Allen & Unwin, Australia, 2002.
16. Yılmaz E D, Gençer A G, Ünal Ö, Aydemir Ö. From enneagram to nine types temperament model: A proposal. *Education and Science.* 2014; 39: 393-415.

17. Yılmaz ED, Ünal Ö. Aşk-ı Mizaç: Dokuz Tip Mizaç Modeline Göre İlişkilerin Doğası, İstanbul, Say Yayınları, 2015.
18. Yılmaz ED. Kaynak benim. Ankara, Mizmer Yayınları, 2019.
19. Hirvonen R, Väänänen J, Aunola K, Ahonen T, Kiuru N. Adolescents' and mothers' Temperament Types and their roles in early adolescents' socioemotional functioning. *Int J Behav Dev* 2018; 42:453-463.
20. Cassano GB, Akiskal HS, Musetti L, Perugi G, Soriani A, Mignani V. Psychopathology, temperament and past course in primary major depressions. *Psychopathology*, 1989; 22: 278-288.
21. Harald B, Gordon P. Meta-review of depressive subtyping models. *J Affect Disord*. 2012; 139: 126-140.
22. Forbes MK, Rapee RM, Camberis AL, McMahon CA. Unique Associations between Childhood Temperament Characteristics and Subsequent Psychopathology Symptom Trajectories from Childhood to Early Adolescence. *J Abnorm Child Psycho*, 2017; 45: 1221-1233.
23. Yılmaz ED, Gençer AG, Aydemir Ö, Yılmaz A, Kesebir S, Ünal Ö, Bilici M. Validity and reliability of nine types temperament scale. *Education and Science* 2014; 39: 115-137.
24. Köse S, Sayar K, Ak I, Kalelioğlu Ü, Aydın N, Kirpınar I, et al. Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenilirliği ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakol Bülteni* 2004; 14: 107-131.
25. Cloninger CR, Svracik DM, Przybeck TR. A psychobiological model of Temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*1993; 50: 975-90.
26. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar HM, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996;4: 251-259.
27. Bahçeci B, Karaaslan MF, Orhan FÖ. İlk nöbet majör depresif bozukluk hastalarının mizaç ve karakter profilinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2010;11:299-304.
28. Bensaeed S, Jolfaei AG, Jomehri F. The relationship between majör depressive disorder and Personality Traits. *Iranian J Psychiatry*. 2014; 9-37.
29. Minelli A, Pedrini L, Magni LR, Rotondo A. Personality traits in an italian sample: relationship with anxiety and depression. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2009; 5: 26-30.
30. Cloninger CR, Svracik DM, Przybeck TR. Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *J Affect Disord* 2006; 92: 35-44.
31. Ehring TTC, Brunna S, Jewgenija F, Silke G, James J. Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion*. 2010;10: 563-572.
32. Spielberger CD, Reheiser E.C. Measuring Anxiety, Depression, and Curiosity as Emotional States and Personality Traits with the STAI, STAXI, and STPI. Hersen, M. (Ed), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*, Canada, Wiley Press, 2004, s.70-86.
33. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. (2006). Personality Disorder and The Outcome of Depression: Meta-Analysis Of Published Studies. *Br. J. Psychiatry*, 2006;188: 13-20.
34. Yılmaz ED, Gençer AG, Ünal Ö, Örek A, Aydemir Ö, Devenci, ve ark. The relationship between nine types temperament model with psychobiological personality model and affective temperament model. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2015; 16: 95-103.
35. Yılmaz ED, Üstündağ MF, Ünal Ö, Örek A, Aydemir Ö, Uğur K, ve ark. Remisyonda Major Depresyonlu Bireylerde Depresyon Alt Tiplerinin Dokuz Tip Mizaç Modeli (DTMM) Tipleriyle İlişkisi. 51. Ulusal Psikiyatri Kongresi (25-29 Kasım 2015, Antalya) *Türk Psikiyatri Derg* 2015, p.31, Antalya, Turkey
36. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
37. Yılmaz ED, Ünal O, Gençer AG, Aydemir O, Selçuk Z. Static/unchangeable and dynamic/changeable nature of personality according to the nine types temperament model: A proposal. *Int J Emerg Ment Health* 2015; 17: 298-303.
38. Yılmaz ED. Öğretmen benim. Ankara, Mizmer Yayınları, 2019.
39. Selçuk Z, Yılmaz ED. Ebeveyn benim: Dokuz Tip Mizaç Modeli'ne göre ebeveyn-çocuk ilişkileri. Ankara, Elma Yayınları, 2016.
40. Parker G, Roy K, Hadzi-Pavlovic D. Subtyping Depression By Clinical Features: The Australian Database. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 101: 21-8.
41. Jurueña MF, Calil HM, Fleck MP, Del Porto JA. Melancholia in latinamerican studies: A distinct mood disorder for the ICD-11. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2011; 33: 48-S58.
42. Gold PW, Chrousos GP. Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: High vs low CRH/NE states. *Mol Psychiatry* 2002; 7:254-275.
43. Michalak EE, Wilkinson C, Hood K, Dowrick C. Seasonal and nonseasonal depression: How do they differ?: Symptom profile, clinical and family history in a general population sample. *J Affect Disord*. 2002; 69: 185-192.
44. Lamers F, Cui L, Hickie IB, Roca C, Machado-Vieira R, Jr. CAZ, Merikangas KR. Familial Aggregation and Heritability of The Melancholic and Atypical Subtypes of Depression. *J Affect Disord*. 2016; 204: 241-246.
45. Yılmaz ED, Üstündağ MF, Ünal Ö, Palancı M, Gök C, Balki M, Aydemir Ö, Selçuk Z. Psychological Root of Morality: A Proposal According to Nine Types Temperament Model. *Clinical Psychiatry* 2017;3: 1-7.
46. Joyce PR, Mulder RT, McKenzie JM, Luty SE, Cloninger CR. Atypical depression, atypical temperament and differential antidepressant response to fluoxetine and nortriptyline. *Depress Anxiety*. 2004;19: 180-186.