

# Yineleyici ve Tek Dönem Major Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Kişilik ve Affektif Mizaç Özellikleri

Selçuk Aslan<sup>1</sup>, Esra Yancar Demir<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doç.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ankara, <sup>2</sup>Uz.Dr., Boztepe Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ordu

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada, tek ve yineleyici major depresif bozukluk olan hastalarda, kişilik bozukluğu ve mizaç tiplerinin sıklığı incelenmiştir. **Yöntem:** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na başvuran SCID-I ile major depresif bozukluk tanısı verilmiş 136 hasta çalışmaya alınmış 83 hasta çalışma sürecini tamamlamıştır. Sosyodemografik ve klinik özellikleri değerlendirilen hastalar en az 8 hafta etkili dozda antidepresan tedavi altında izlenerek remisyona girme ya da Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğine (HDDÖ) göre tedaviye en az %50 yanıt alındıktan sonra mizaç özellikleri TEMPS-A ölçeği ile, II. eksen kişilik bozuklukları DSM-III-R SCID-II ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Yineleyici major depresif bozukluk olgularında tek dönem major depresif bozukluk olgularına göre fazla sayıda baskın mizaç bozukluğu ve depresif mizaç varlığı bulunmuştur. Ayrıca tek, yineleyici depresyon grubunda hastaların ortalama mizaç puanları karşılaştırıldığında yineleyici depresyon dönemi olan hastalarda depresif ve irritabl mizaç ortalamaları, tek depresyon dönemi geçirenlere göre daha yüksektir. II. eksen kişilik bozukluğu tanısı olan hastalarda ise depresif, irritabl, siklotimik ve anksiyeteli mizaç ortalamaları II. eksen tanısı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. **Sonuç:** Bu çalışma yineleyici major depresif bozukluğu olan olgularda tek dönem geçirmiş olgulara göre mizaç bozukluklarının daha fazla olduğunu göstermiştir. Bunun yanı sıra kişilik bozukluğu varlığında affektif mizaç ortalama puanları artmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Yineleyici ve tek major depresif bozukluk, mizaç, kişilik.

(*Klinik Psikiyatri 2008;11:61-71*)

## SUMMARY

### Affective Temperaments and Personality Features of Patients with Recurrent and Single Major Depressive Disorder

**Objective:** In this study, we studied affective temperaments and comorbid axis II personality disorder prevalence in single and recurrent major depressive disorder patients. **Method:** 136 patients who had been diagnosed as major depression were included, 83 patients completed the study. Patients' axis I diagnoses were evaluated by Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-I). Patients' temperaments and axis II personalities were evaluated with TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego) and SCID-II. Questionnaire and interview were applied after patients completed 8 weeks effective antidepressant treatment and response was measured by least % 50 improvement in Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). **Results:** Patients with recurrent major depression had more dominant temperaments and dominant depressive temperament compared to those with single episode. Furthermore, we compared the mean temperament scores for single or recurrent type depressive disorder, and existence of axis II personality disorder. According to the results, the mean scores of depressive and irritabl temperaments were higher in recurrent depressive disorder, besides the mean scores for depressive, cyclothymic, irritable and anxious temperaments were significantly higher in patients with comorbid axis II personality disorder. **Conclusion:** The results of this study supports that patients with recurrent major depression have more affective temperaments than patients with single major depressive episode. Besides, mean score of affective temperaments level was higher in patients with comorbid axis II personality disorder.

**Key Words:** Single and recurrent major depressive disorder, temperament, personality disorders.

## GİRİŞ

Huy ya da mizaç (temperament), yapısal, genetik ve biyolojik temele dayanan yineleyici duygu, düşünce ve davranış özellikleridir. Mizaç doğumdan itibaren var olan, kalıtsal yanları olan ve gelişim boyunca süreklilik gösteren özelliklerdir (Akiskal ve ark. 2005).

Krapelin dört temel duygulanım mizacı tanımlamıştır; 1) depresyon ile ilişkili depresif tip, 2) ikiuçlu bozukla ilişkili hipertimik tip, 3) atipik depresyonla ilişkili irritabl tip, 4) hem depresyon hem de maniyle ilişkili siklotimik tip (Von Zerssen ve Akiskal 2005). Akiskal ve ark. mizaç kavramını yeniden gözden geçirerek duygulanımla ilgili mizaçların (affective temperaments) duygudurum bozukluklarının temeli olduğunu ileri sürmüştür. Akiskal hipertimik, siklotimik, depresif, irritabl ve anksiyeteli olmak üzere 5 temel Affektif mizaç önermiştir (Akiskal ve Mallya 1987). Bu mizaçları değerlendirmek için Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirmesi (MPPS-MD; Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego, TEMPS) geliştirilmiştir (Akiskal ve ark. 1998, Placidi ve ark. 1998).

Mizaç ve duygudurum bozuklukları arasında yakın bir ilişki olduğu birçok araştırmacı ve klinisyen tarafından kabul edilmektedir. Affektif mizaç özellikleri duygudurum bozukluklarının eşikaltı (subsendromal) belirtilerini tanımlar Kraepelin'in varsayımına uygun modeldir ve Akiskal tarafından geliştirilmiştir (Akiskal ve ark. 1998, Akiskal ve ark. 2005). Bazı yazarlara göre ise affektif mizaç duygudurumdan bağımsızdır ve duygudurum epizodunun farklı özelliklerde karşımıza çıkmasına neden olur ya da epizodun şiddetine etki eder. Diğer bir varsayım göre duygudurum bozukluğunun varlığı ilerleyen yıllarda kişilik ya da mizacı değiştirir (Sayın ve Aslan 2005).

Ancak bu görüşler gözlemlere dayanan çıkarımlardır ve yapılacak çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir. Bugüne kadar TEMPS ile yapılan çalışmaların büyük bir kısmı ikiuçlu hastalarla yapılmıştır (Kesebir ve ark. 2005a, Kesebir ve ark. 2005b, Akiskal ve ark. 2006). Major depresyonlu hastalarla yapılmış çalışmalara göre depresif mizacı olan hastalar daha ağır seyreden, daha genç yaşta başlayan, yineleme eğilimi daha yüksek olan, birin-

ci derece akrabalarında depresyon öyküsü daha fazla olan, kendine zarar verme olasılığı fazla olan ve kalıntı belirtileri daha fazla gösteren hastalardır (Musetti ve ark. 1997, Marneras 2006). Buna karşın hipertimik mizaç bulunanlarda iki uçlu bozukluk gelişme sıklığı ve yakınlarında ikiuçlu bozukluk görülme olasılığı daha fazladır (Akdeniz ve ark. 2004, Mendlowicz ve ark. 2005). Bu durum mizaç özelliklerinin depresyon gelişiminde, tedavisinde önemini göstermektedir. Bu önemli bulgulara karşın depresyonlu hastalarda mizaç özellikleri ile ilgili çalışma sayısı görece azdır ve bulgular tekrarlanmamıştır.

Bu çalışmada sınamak istediğimiz hipotezde yineleyici depresyonlu hastaların mizaç ve kişilik özelliklerinin tek dönem depresyon geçirmiş olan hastalardan farklı olduğunu öne sürüyoruz. Bu çalışmanın amacı tek ve yineleyici major depresif bozukluk olan hastaları kişilik bozukluğu ile baskın mizaç tipleri varlığı açısından araştırmaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na Nisan 2005-Kasım 2005 tarihleri arasında başvuran, ayaktan ya da yatarak tedavi görmekte olan 136 major depresif bozukluk tanısı konulan hasta alınmıştır. Hastalar seçilirken I. ve II. ekseninde major depresyondan daha ön planda belirgin bir ektanı olmayanlar tercih edilmiştir. Hastalar çalışmanın amacıyla ilgili bilgilendirilmiş, çalışmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır. Hastalara major depresif bozukluk tanısı DSM-IV'e göre Yapılandırılmış Klinik Tanı Görüşmesi (SCID-I) uygulanarak konulmuş, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nde (HDDÖ) 18 ve üzeri puan alan 18-60 yaş arası hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Değerlendirme sürecini tamamlayan 83 hastanın verileri incelenmiştir.

Depresyon belirtilerini açıklayabilecek yakın dönemde bir yas süreci, madde kullanımı ya da fiziksel hastalığın olması, psikotik bir bozukluğun varlığı, psikotik özellikli depresyon, mental retardasyonun varlığı, ikiuçlu tip 1 ve ikiuçlu tip 2 bozukluk, alkol ve madde bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılayan hastalar çalışma dışında bırakılmıştır.

Hastaların sosyodemografik özellikleri ve depres-

yonla ilgili bilgileri ilk görüşme sırasında kaydedilmiştir. DSM-IV ölçütleri kullanılarak, hastaların yaşadıkları belirtilere göre depresyonları; melankolik, melankolik olmayan ve atipik olarak alt tiplere ayrılmıştır. Hastalara ilk görüşme sırasında DSM-IV'e göre Yapılandırılmış Klinik Tanı Görüşmesi (SCID-I) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) yanısıra İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD) Ölçeği ve Bütünsel Klinik İzenim Ölçeği (BKİÖ) verilmiştir. Hastalar, HDDÖ'de en az %50 düzelme sağlanana dek, 2 haftada bir izlenmiş ilaç tedavisine yanıtları kaydedilmiştir. Bu süreçte hastaların ilaç tedavisine müdahale edilmemiştir doğal seyrinde poliklinik tedavisinde seçilen tedavisi yeterli süre ve etkili dozda sürdürülmüştür. İzleme görüşmelerine çeşitli nedenlerle gelmeyen ve tedavi yanıtı almayan hastalar çalışma dışında bırakılmıştır bu nedenlerle 43 hasta çalışma dışı bırakılmıştır. Kalan 83 hastaya %50 düzelme ya da tam remisyonda oldukları dönemde mizaçlarını değerlendirmek üzere TEMPS-A'nın 100 soruluk Türkçe uyarlanması ve DSM-III-R'ye göre Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Tanı Görüşmesi (SCID-II) uygulanmıştır. Hastaların SCID-II'ye verdiği yanıtlar üzerinden yapılandırılmış SCID-II görüşmesi yapılmıştır.

*Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):* Depresyon düzeyi ölçümünde 17 maddelik form kullanılmıştır. HDDÖ, depresyonlu hastaların depresyon düzeyini ölçmede sıklıkla kullanılan ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve ark. tarafından yapılmış olan bir ölçektir. HDDÖ'ye göre 7 puan ve altı depresyon yok, 8-12 puan hafif depresyon, 13-17 puan orta, 18-29 puan ağır depresyon ve 30-52 puan çok ağır depresyon olarak derecelendirilmiştir.

*TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire):* Baskın duygulanım mizaçını değerlendirmek için, Akiskal ve ark. tarafından, 1997 yılında düzenlenmiştir. Orjinal ölçek, erkekler için 109 ve kadınlar için 110 maddedir. Türkçeye uyarlanmış şekli depresif, hipertimik, irritable (sınırlı), siklotimik ve anksiyeteli (endişeli) mizaçları belirlemek için 100 maddeden oluşur. Kişi, tüm yaşamını düşünerek maddelere evet ya da hayır diye yanıt verir. Ankette baskın depresif (19 madde), siklotimik (20 madde),

hipertimik (20 madde), irritable (17 madde) ve anksiyeteli (23 madde) mizaçları değerlendirmek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puandır (Ek-II). Türkçe çevirinin test tekrar güvenilirliği Simavi Vahip ve ark. tarafından yapılmıştır (Akiskal ve ark. 1998, Vahip ve ark. 2005).

### İstatistiksel yöntem

Araştırmaya katılan hastalardan elde edilen tanımlayıcı ve klinik bulgular tablolar halinde sunulmuştur. Hasta grubu tek ve yineleyici dönem yaşama özelliğine göre iki gruba ayrılarak iki bağımsız grupta t testi ile karşılaştırma yapılmıştır. Mizaç özelliklerine ve kişilik bozukluğu varlığına göre iki hasta grubu karşılaştırılmıştır.

### BULGULAR

Çalışmaya alma ölçütlerini karşılayan ve izlemleri tamamlanan 83 hastanın verileri tablolar halinde incelenmiştir. Hastalar 24 (28.9%) erkek, (yaş ortalaması  $36.2 \pm 12.7$ ), 59 (71.1%) kadın, (yaş ortalaması  $34.6 \pm 10.2$ ) oluşmuştur. Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de incelenmiştir. Tablo 2'de görüldüğü üzere; hastaların %86.7'sinin (n=72) daha önce psikiyatrik bir nedenle hastaneye yatışı gerekmezken, %13.3'ünün (n=11) herhangi bir dönemde psikiyatri servisine yatışı olmuştur. Yaşanan depresyonun tipine baktığımızda; %21.7'sinin (n=18) melankolik depresyon, %34.9'unun (n=29) melankolik olmayan depresyon ve %43.4'ünün (n=36) atipik depresyonu vardır. Geçirilen depresyon sayısı incelendiğinde, %44.6'sının (n=37) tek bir major depresyon dönemi geçirdiğini, %55.4'ünde (n=46) ise yineleyici depresyon dönemleri vardır. Hastaların %56.6'sı (n=47) daha önce bir antidepresan kullanmış, %43.4'ünün (n=36) daha önce antidepresan ilaç kullanımı yoktur. Hastaların %31.3'ü (n=26) hayatlarının herhangi bir döneminde intihar girişiminde bulunmuşken, %68.7'i (n=57) gibi büyük bir bölümünün hiç intihar girişimi olmamıştır.

Tablo 3'te hastaların depresif belirti şiddeti çalışmaya alınma ve 2 aylık izlemde GAF, CGI ve HDDÖ ile değerlendirilmeleri verilmiştir. Her üç değerlendirmede benzer oranlar gösterilmiştir. Hastaların başlangıçta HDDÖ'ye göre 76'sı

**Tablo 1.** Hastaların sosyodemografik özellikleri

	Sıklık	(%)
<b>Medeni durum</b>		
Evli	46	%55.4
Bekar	28	%33.7
Boşanmış/Dul	9	%10.8
<b>İş/Meslek</b>		
Ev hanımı	23	%27.7
Çalışan	34	%40.7
İşsiz	3	%3.6
Öğrenci	14	%16.9
Emekli	9	%10.8
<b>Eğitim durumu</b>		
5 yıl	6	%7.2
8 yıl	14	%16.9
11 yıl	31	%37.3
13 yılın üzerinde	32	%38.6
<b>Gelir düzeyi</b>		
Düşük	3	%3.6
Orta	78	%94.0
Yüksek	2	%2.4

**Tablo 2.** Çalışmaya katılan hastaların klinik özellikleri

	Sıklık
<b>Psikiyatri servisine yatış</b>	
Var	11 (%13.3)
Yok	72 (%86.7)
<b>Depresyon alt tipi</b>	
Atipik	36 (%43.4)
Melankolik	18 (%21.7)
Melankolik olmayan	29 (%34.9)
<b>Depresif dönem sıklığı</b>	
Tek	37 (%44.6)
Yineleyici	46 (%55.4)
<b>Önceki antidepresan ilaç kullanımı</b>	
Var	47 (%56.6)
Yok	36 (%43.4)
<b>İntihar girişimi</b>	
Var	26 (%31.3)
Yok	57 (%68.7)
<b>Yakın zaman yaşam olayı</b>	
Var	80 (%96.4)
Yok	3 (%3.6)

(%91.6) ağır, 7'si (%8.4) çok ağır şiddette depresyondadır. Mizaç değerlendirmesi yapıldığı sırada ise ağır şiddette depresyonda hasta yoktur, 49'u (%59) tam düzelmiş, 26'sı (%31.3) hafif depresyonda, 8'i (%9.6) ise orta depresyondadır. CGI ve GAF ölçeğine göre mizaç değerlendirmesi öncesinde sadece 3 hastada (%3.6) orta şiddette belirtiler vardır, diğerleri hafif şiddette hasta olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4'te hastaların baskın mizaç dağılımları ve kişilik bozukluğu tanıların dağılımı tek ve yineleyici dönem varlığına göre incelenmiştir. Hiç bir hastada hipertimik mizaç yoktur, 6 hastada depresif, 7 hastada anksiyeteli mizaç, 3 hastada ise irritable mizaç özellikleri vardır. Tabloda mizaç özellikleri yineleyici ve tek dönem geçirme durumuna göre ayrılarak verilmiştir. Bir hastada birden fazla baskın mizaç bulunabilmektedir. Bu nedenle bulunan toplam baskın mizaç özelliği sayısı 16 iken,

toplam 10 (%12) hastada baskın mizaç özellikleri saptanmıştır. Yineleyici depresyonlu hastalar kikare testi ile incelendiğinde baskın mizaç özellikleri varlığı tek dönem geçirmiş hastalara göre daha fazladır ( $p < 0.05$ , kikare 5.50). Yineleyici depresyon grubunda depresif baskın mizaç anlamlı olarak tek dönem gurubuna göre daha fazladır ( $p < 0.025$ , kikare = 5.20).

Hastaların ektanaları Tablo 5'te incelendiğinde 50 hasta (%60.2) geçmişte yineleyici major depresif dönemler geçirmiştir. 4 hastada (%4.8) sosyal kaygı bozukluğu saptanmıştır. I. eksen değerlendirmesinde şimdiki tanısı major depresif bozukluk olan hastaların, şimdiki ve geçmişteki ruhsal bozuklukları incelemeye dahil edilmiştir. Hastaların SCID-I ile saptanmış, major depresyona eşlik eden ek psikiyatrik tanıları Tablo 5'te özetlenmiştir. Buna göre; hastaların %39.8'ine ( $n = 33$ ) komorbid psikiyatrik bir hastalık tanısı bulunmamış,

**Tablo 3.** Klinik ölçeklerde çalışmaya alma sırasında birinci ve tedavi yanıtı alınması sonucunda ikinci değerlendirmede depresyon şiddetini gösteren ölçek puanları

	Başlangıç	Remisyon veya %50 düzelme varlığında
	Sıklık (%)	Sıklık (%)
<b>GAF</b>		
Hiç belirti yok	-	22 (%26.5)
Gelip geçici belirtiler	-	26 (%31.3)
Hafif belirtiler	6 (%7.2)	32 (%38.6)
Orta belirtiler	55 (%66.3)	3 (%3.6)
Ağır belirtiler	22 (%26.5)	
<b>CGI</b>		
Normal	-	22 (%26.5)
Sınırdaki hasta	-	26 (%31.3)
Hafif hasta	2 (%2.4)	32 (%38.6)
Orta hasta	58 (%69.9)	3 (%3.6)
Belirgin hasta	23 (%27.7)	-
<b>HDDÖ</b>		
Normal (7 ve altı)		49 (%59.0)
Hafif (8-12)		26 (%31.3)
Orta (13-17)		8 (%9.6)
Ağır (18-29)	76 (%91.6)	
Çok ağır (30-52)	7 (%8.4)	
<b>Toplam</b>	<b>83 (%100.0)</b>	<b>83 (%100.0)</b>

%60.2'sinin (n=50) hayatının herhangi bir döneminde geçirilmiş depresyonu, %4.8'inin (n=4) sosyal fobi, %1.2'sinde (n=1) geçirilmiş OKB saptanmıştır.

Tablo 6'da MDB tanısı olan hastaların kişilik bozukluğu eşlik etme durumu ve tek ve yineleyici depresyon dönemi yaşama durumlarına göre ortalama affektif mizaç puanları karşılaştırılmıştır. Bulgulara göre yineleyici depresif dönemleri olan hastalarda depresif ve irritabl mizacın ortalama puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. II. eksen kişilik bozukluğu tanısı olan hastalarda ise

depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyeteli mizaç puan ortalamaları II. eksen tanısı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Tablo 7'de hastaların %43.4'üne (n=36) SCID-II'ye göre bir kişilik bozukluğu tanısı verilmiş, %56.6 gibi daha büyük bir bölümü herhangi bir kişilik bozukluğu bulunmamıştır.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada; major depresif bozukluk tanısı konulmuş 83 hasta tek ve yineleyici dönem major depresif bozukluk tanısına göre iki gruba ayrılmış; hasta grupları I. eksen, II. eksen DSM tanıları, depresyon şiddeti, mizaç özellikleri açısından incelenmiştir. Bulgularımıza göre yineleyici major depresif bozukluk tanısı almış hasta grubunda daha fazla II. eksen kişilik bozukluğu ve baskın mizaç bozukluğu bulunmuştur. Bunun yanı sıra II. eksen kişilik bozukluğu tanısı alan depresyonlu hastalarda anksiyeteli ve depresif mizaca sahip olanların, yineleyici depresif dönemleri olan hastalarda ise depresif mizacın anlamlı oranda fazla olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hastaların 24'ü (%28.9) erkek, 59'u (%71.1) kadındır, bu oran daha önceki çalışmalarda kadın/erkek (2/1) depresyon görülme oranı ile benzerdir (Kessler 2003). Depresyonda yüksek yineleme oranı birçok çalışmada gösterilmiştir, uzun dönem izleme çalışmasında iyileşen dönemin ardından hastaların %85'inin yineleme gösterdiği bulunmuştur. En az 5 yıl iyilik halini sürdüren olguların ise %58'i daha uzun süre izlemde yineleme göstermiştir. Kadın cinsiyeti, depresif epizodların uzun sürmesi, dönem sayısının fazla olması hiç evlenmemiş olma depresyon yinelemesi için belirleyici özellikler olarak bulunmuştur (Mueller ve ark. 1999). Bizim hasta grubumuzda da yineleyici depresyonu olan grup %55.4 ile çoğunluktadır. Hastaların SCID-I ile major depresyona eşlik eden psikiyatrik ek tanıları incelendiğinde %14.8'ünde depresyon dışı ek psikiyatrik bir tanıya rastlanmıştır.

Bizim çalışmamızda dönem sırasında IGD'ye göre orta ve ağır belirtileri olan, BKİ'de orta ve belirgin hastalar, HDDÖ'de ağır ve çok ağır hastalar çoğunluktadır. Çalışmamızda HDDÖ'de 18 ve üzeri puan alan hastalar çalışmaya dâhil edildiği için gerek

**Tablo 4.** Yineleyici ve tek dönem major depresif bozuklukta baskın mizaçlar ve kişilik bozukluğu varlığı (n=83)

Mizaç tipi	Sıklık (%)	Sıklık (%)	P
	Tek dönem (n=37)	Yineleyici dönem (n=46)	
Hipertimik	-	-	-
Depresif	-	6 (%7.2)	0.025 Pearson Kikare= 5.20
Siklotimik	-	-	
İrritabl (Sinirli)	-	3 (%3.6)	0.16 Pearson Kikare= 2.50
Anksiyeteli	1 (%1.2)	6 (%7.2)	0.96 Pearson Kikare= 2.83
Toplam baskın mizaç sayısı	1 (%1.2)	10 (%12)*	0.018 Pearson Kikare =5.50
Kaçıngan kişilik	7 (%18,9)	8 (%17,4)	AD**
Bağımlı kişilik	0	1 (%2.2)	AD
OKKB	3 (8%.1)	6 (%13.0)	AD
Pasif agresif	0	2 (%4.3)	AD
Kendine zulmeden kişilik	0	4 (%8.7)	AD
Paranoid kişilik	7 (%18.9)	9 (%19.6)	AD
Şizoid kişilik	1 (%2.7)	3 (%6.5)	AD
Şizotipal kişilik	1 (%2.7)	1(%2.2)	AD
Histrionik kişilik	1 (%2.7)	3 (%6.5)	AD
Narsistik kişilik	0	1 (%2.2)	AD
Sınırdaki kişilik	5 (%13.5)	9 (%19.6)	AD
Antisosyal kişilik	1 (%2.7)	0	AD
DSM III-R kişilik bozukluğu varlığı	14 (%37.8)	22 (%47.8)	0.24 Pearson Kikare=0.83

\*Bir hastada birden fazla mizaç özelliği bir arada bulunabilmektedir. Bu nedenle yineleyici depresyon geçiren hastalarda baskın mizaç bulunmalarının toplamı 15 değil 10 kişidir. \*\*AD: Fark anlamlı değildir.

işlevselliğin etkilenme derecesi olarak, gerekse hastalık şiddeti olarak orta ve ağır hastalar çoğunlukta bulunmuştur. Hastaların klinik olarak tedaviye yanıt oranı %50'ye ulaştığında hala birçoğu klinik olarak belirtileri izlenen depresyonlu hastalar durumundadır. II. eksen kişilik bozukluğu ile ilgili objektif bir değerlendirme yapılabilmesi için ve değerlendirmenin depresyonun belirtilerinden en az düzeyde etkilenmesi için değerlendirmenin depresif dönem iyileşince yapılması

önerilmektedir (Zimmerman 1994). Bizim çalışmamızda da bu durum göz önüne alınarak, hastalar tam remisyonda oldukları ya da belirtilerinde en az %50 düzelme olduğu bir dönemde kişilik ve mizaç incelemesi yapılmıştır. Çalışmaya alınan bütün hastalarda tedaviye yanıt vermiş olmaları ölçütü aranmıştır. Tedavi yanıtı alınamayan hastalar ise çalışma dışında bırakılmıştır. Buna karşın yanıt alınmış hastalar arasında HDDÖ'ye göre 8'i (%9.6) orta belirtiler, 26'sı (%31.3) hafif Depresif belirtiler

**Tablo 5.** Çalışmaya katılan hastalarda major depresyona eşlik eden ancak şimdiki durumda remisyonda olan ve klinik olarak ön planda izlenmeyen ek SCID-I tanıları

	Sıklık
Yok	33 (%39.8)
Sosyal fobi	4 (%4.8)
Geçirilmiş OKB	1 (%1.2)
Geçirilmiş anoreksiya nervosa	1 (%1.2)
Remisyonda alkol bağımlılığı	1 (%1.2)
Geçirilmiş hipomanik epizodlar	2 (%2.4)
Şimdiki panik bozukluk	2 (%2.4)
Geçirilmiş panik bozukluk	1 (%1.2)
Klostrofobi	1 (%1.2)

göstermekte iken mizaç ve kişilik değerlendirmeleri yapılmıştır. Bu nokta çalışmanın bir sınırlılığı olarak eleştirilebilir. Ancak bu hastaların uzun dönem izlemde de tam bir iyileşmeye ulaşmadıkları ve belirtilerinin bir kısmının sürmekte olduğu bilinmektedir. Bu durum tam iyileşemeyen depresyon döneminin eşik altı belirtileri midir yoksa mizacın ve kişiliğin etkisi ile ilgili bir etken olarak mı depresyonun sürmesine yol açmaktadır? Bu sorunun yanıtının ileri çalışmalarda ele alınması gereklidir.

STAR\*D çalışması 1500 depresyonlu hastanın bulgularına göre yineleyici depresyon daha erken yaşta başlamakta daha fazla aile öyküsü taşımaktadır, ancak ilk dönem depresyonla kıyaslandığında dönem süreleri daha kısa sürmektedir. Uzun süren kronik depresyondan ayrı bir bozukluktur ve tek dönem depresyona göre daha şiddetli seyrederek, alta yatan hazırlayıcı biyolojik nedenler açısından daha yüksek risk taşıyan hastalardır (Hollon ve ark. 2006).

Çalışmalar, mizaç ve kişilik özelliklerinin, psikiyatrik bozuklukların bir öncüsü olup, kalımsal olarak aktarıldıklarını desteklemektedir (Evans ve ark. 2005). TEMPS ile yapılan çalışmalarda, mizaç tiplerine isimlerini veren ve mizaçların özelliklerini bünyesinde belirtir olarak barındıran psikiyatrik hastalıklarla ilişkileri gösterilmiştir. Depresyon

hastalarında, depresif mizacın normal topluma ve diğer gruplara göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (Howarth ve ark. 1992). Cassano ve ark. ise, yineleyici depresyon hastalarında baskın mizacın depresif mizaç olduğunu bildirmiştir (Cassano ve ark. 1992). Ayrıca, depresyon hastalarında anksiyeteli mizaç görülme sıklığı ve ortalama puanı, diğer gruplardan yüksek bulunmuştur. Bu durum, depresif mizaç ve anksiyeteli mizacın örtüştüğünü söyleyen yayınlar ile de uyumludur. Horwath ve ark. ise, depresif mizacı olan kişilerin 1 yıl içinde en az bir major depresyon atağı geçirme oranlarının, diğer mizaç tiplerine göre 5.5 kat daha sık olduğunu bildirmiştir (Horwath 1992).

Akiskal ve ark.'na göre mizaç dışındaki diğer değişkenler, mizaç değişikliklerinin kişilerde ikiüçlü bozukluk veya majör depresyonun mu gelişeceğini yoksa sadece kişilik özelliği olarak mı kalacağını belirleyen unsurlardır (Akiskal ve ark. 2005). Mendlowicz ve ark.'na göre; siklotimik mizaç puanları ikiüçlü hastalarda tekuçlu depresyonu olanlardan daha yüksektir (Mendlowicz ve ark. 2005).

Çalışmalarda yineleyici depresyonu olan hastaların yaklaşık yarısında kişilik bozukluğu eşlik ettiği bildirilmektedir. Depresyon hastalarının %30-70'inde başta B kümesi olmak üzere kişilik bozuklukları ektanisi olduğu bildirilmektedir (Corruble ve ark. 1996). En sık gözlenen kaçınan (%30.4), kompulsif (%18.6) ve bağımlı (%15.7) kişiliklerdir, faktör analizi tedaviye cevap vermeyen olgularda çoğunlukla kişilik bozukluğunun eşlik ettiğini ortaya koymuştur (Pilkonis ve Frank 1988). Kişilik bozukluğu ve depresyon arası ilişkiyi inceleyen bir çalışmada 125 yineleyici depresyonu olan kadın hasta remisyon döneminde %21.6'sında SCID II ile kişilik bozukluğu ölçütlerini karşılamıştır. Kişilik bozukluğu ektanisi varlığında başlama yaşı daha erkendir, daha fazla sayıda depresyon epizodu ve daha fazla sayıda antidepressan ilaç eklenmesine gerek duyulmuştur, aynı çalışmada 2 yıl süren izlemde kişilik bozukluğu varlığı depresyon yineleme oranının yüksek olmasına ve daha kısa sürede yineleme ortaya çıkmasıyla bağlantılı bulunmuştur (Cyranowski ve ark. 2004). Yeni bir meta-analize göre depresyonla komorbid kişilik bozukluğu varlığı hastalığın seyrini olumsuz etkilemekte, tedaviye yanıtızsızlık riskini iki katı artırmaktadır (Newton ve ark. 2006).

**Tablo 6.** MDB hastaların kişilik bozukluğu eşlik etme durumu ve tek ve yineleyici depresif nöbet yaşama durumlarına göre affektif mizaç puanları ortalama puanları karşılaştırması

Baskın mizaç tipi	Depresif dönem sayısı		Kişilik bozukluğu	
	Tek n=37 (%44.6) Ortalama±SD	Yineleyici n=46 (%55.4) Ortalama±SD	Yok n=47 (%56.6) Ortalama±SD	Var n=36 (%43.4) Ortalama±SD
Hipertimik	7.6±4.5	7.9±4.1	8.3±4.5	7.2±4.1
P=	0.74		0.24	
Depresif	5.7±2.9	7.3±4.0	4.9±2.9	8.8 ±3.4
P=	0.047*		0.0001*	
İrritabl	6.4±4.5	8.9±4.6	2.6±2.7	6.2±3.9
P=	0.015*		0.0001*	
Siklotimik	3.4±3.0	4.7±4.1	6.2±4.4	10.0±4.4
P=	0.10		0.0001*	
Anksiyeteli	7.3±4.7	9.4±5.6	6.4±4.4	11.3±5.3
P=	0.081		0.0001*	

**Tablo 7.** Katılan hastalarda SCID-II tanıları dağılımı

SCID-II tanıları	Sıklık (%)*
Antisozyal kişilik bozukluğu	1 (%1.2)
Sınırdaki kişilik bozukluğu	14 (%16.9)
Narsistik kişilik bozukluğu	1 (%1.2)
Histrionik kişilik bozukluğu	4 (%4.8)
Şizotipal kişilik bozukluğu	2 (%2.4)
Şizoid kişilik bozukluğu	4 (%4.8)
Paranoid kişilik bozukluğu	16 (%19.3)
Kendine zulmeden kişilik bozukluğu	4 (%4.8)
Passif-agresif kişilik bozukluğu	2 (%2.4)
Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu	9 (%10.8)
Bağımlı kişilik bozukluğu	1 (%1.2)
Kaçıngan kişilik bozukluğu	15 (%18.1)
II. eksen kişilik bozukluğu olmayanlar	47 (%56.6)

Kişilik bozukluğu ek tanısı alan hastaların, klinik belirtilerinin daha ağır seyrederek ve sosyal uyumlarının kötüdür. Ayrıca antidepresan tedaviye, interpersonal psikoterapiye ve EKT'ye verdikleri

yanıtın daha az olduğu bildirilmiştir (Cyranowski ve ark. 2004). Bazı kişilik özelliklerine ya da kişilik bozukluklarına sahip kişiler, depresyona daha çok yatkınlık göstermektedir. Depresyona en sık kaçınan, sınırdaki ve paranoid kişilik bozukluğu tanıları eşlik ettiğini bildiren yayınların yanı sıra sınırdaki, obsesif-kompulsif, bağımlı kişilik bozukluğunun ve histrionik kişilik bozukluğunun çoğunlukta olduğunu bildiren yayınlar da vardır (Corruble ve ark. 1996). Depresyona yatkınlık sağlayan kişilik özellikleri olarak içe dönüklük, kendine güvensizlik, girişken olamama, sosyal beceriklilikte yetersizlik, bağımlılık, yersiz kaygıya eğilim, mükemmeliyetçilik ve kötümserlik sayılabilir (Akiskal ve ark 1983, Pilkonis ve Frank 1988, Newton-Howes ve ark. 2006). Bizim çalışmamızda en az bir II. eksen kişilik bozukluğu tanısı alan 36 (%43.4) depresyon hastası vardır. Bir hasta birden fazla kişilik bozukluğu ölçütünü karşılayabilmektedir. Bu kişilik bozuklukları içinde; paranoid (%19.3), kaçınan (%18.1) ve sınırdaki kişilik bozukluğu (%16.9) ilk 3 sırayı almaktadır (Tablo 7). Bu bulguların yanı sıra kişilik bozukluğu varlığında ortalama mizaç puanları depresif, irritabl, siklotimik, anksiyeteli mizaç özellikleri için yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Kişilik ve affektif mizaç



arasındaki ilişki üzerinde elimizdeki verilerle yorum yapmamız için yeterli sayıda hasta bilgisi bulunmamaktadır bu durum ileri çalışmalarda daha çok sayıda hasta üzerinde incelenmelidir.

Parker ve arkadaşları (1998), melankolik olmayan depresyonlu hastalarda II. Eksen patalojilerin daha fazla görüldüğünü, en sık görülen kişilik kümesinin ise C kümesi DSM IV kişilik "Anksiyeteli" kişilik olduğu bildirilmiştir. Parker ve ark. Melankolik olmayan depresif hastaların "Anksiyeteli-Depresif Hasta Tipini ve hostile ya da irritabl depresif hasta tiplerinden oluştuğunu bulmuştur. Genetik olarak endişeli bekleme olanlarda depresyon tanısının daha fazla olduğunu, aynı zamanda bu grup hastalarda yineleme oranlarının da yüksek olduğunu ileri sürmüştür (Parker ve ark. 1999). Çalışmamızda yüksek depresif ve anksiyeteli mizaç görülme oranları göz önünde bulundurulduğunda sonuçların; depresif mizaç ile anksiyeteli mizacın birlikte bulunduğu yönündeki görüşlerle uyumludur.

Çalışmaya alınan depresyonlu hastalardaki mizaç özellikleri incelendiğinde TEMPS-A ölçeğine göre 6 (%7.2) depresif, 3 (%3.6) irritabl, 7 (%8.4) anksiyeteli mizaca rastlanmıştır. Hiçbir hastada siklotimik ve hipertimik mizaç görülmemiştir. Hasta sayısı olarak bakıldığında; 83 hastanın 10'unda (%12) baskın mizaç saptanırken, 73'ünde (%88) baskın mizaca rastlanmamıştır.

Türkiye'de duygulanım mizaçları ile önemli çalışmalar yapılmıştır; depresif mizaç yaygınlığı %3.7 bulunmuştur (Vahip ve ark 2005). İtalya'da yapılan çalışmalarda Türkiye'dekine benzer sonuçlar bulunmuştur (Placidi ve ark. 1998). Akdeniz ve arkadaşları tarafından Türkiye'de TEMPS kullanılarak yapılan bir çalışmada; yineleyici tip depresyon, tek dönemli depresyon, ikiüçlü duygudurum bozukluğu olan hastalar ve normal kontrol grubu duygulanım mizacı görülme sıklığı açısından karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak yineleyici major depresyon grubunda anlamlı olarak depresif mizaç sıklığı ve puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, siklotimik mizacın ikiüçlü hasta gruplarında kontrollere göre daha sık gözlendiği ve siklotimik mizaç puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Hipertimik mizacın ise sadece ikiüçlü duygudurum bozukluğu olan hastalarda görüldüğü bildirilmiştir (Akdeniz ve ark

2004). Bizim çalışmamızda depresif hastalarda siklotimik ve hipertimik mizaç saptanmamış olması, depresif ve anksiyeteli mizacın ağırlıkta olması önceki çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Çalışmamızda yineleyici depresyonu olan hastalarda tek depresif dönemi olan hastalara göre depresif mizacın anlamlı derecede fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca depresyonun yineleyici olması ve II. eksen kişilik bozukluğu tanısının olup-olmaması gibi değişkenlere göre, hastaların ortalama mizaç puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre; yineleyici depresyon dönemi olan hastalarda depresif ve siklotimik mizaç ortalamaları, tek depresyon dönemi geçirenlere göre, II. eksen kişilik bozukluğu tanısı eşlik eden hastalarda ise depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyeteli mizaç ortalamaları II. eksen tanısı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bulgularımız önceki bilimsel kaynaklarla uyumludur, farklı ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Cassano ve ark.'nın yineleyici depresyonu olan hastalarda depresif mizacın daha sık olduğunu bildirmiştir (Cassano ve ark. 1992).

İkiüçlü duygudurum bozukluğunun hipertimik ve siklotimik mizaç, depresyonun ise depresif mizaçla ilişkili olduğunu bildiren çok sayıda yayın mevcuttur (Akdeniz ve ark. 2004, Cassano ve ark. 1992, Hecht ve ark. 1997). İkiüçlü bozuklukla en çok bağlantılı mizaç tipinin siklotimik mizaç olduğunu bildirmiştir. Akiskal ve ark., siklotimik mizaca sahip oldukları tespit edilen kişilerin 1/3'ünden fazlasının, 3 yıl içinde manik, hipomanik veya depresyon dönemi geçirdiklerini belirtmiştir (Akiskal ve ark. 1983, Akiskal ve ark. 1985). Çalışmamızda ikiüçlü bozukluk tanısı alan hastalar çalışmadan dışlanmıştır ve bulgularımızda; depresyonlu hastalarda baskın siklotimik ve hipertimik mizaca rastlanmamıştır. Buna karşın bulgularımız, depresif ve anksiyeteli mizaç varlığının major depresif bozukluk ile ilişkili olduğunu desteklemektedir.

Mizaç ile duygudurum bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan çalışmalarda sıklıkla yöntemsel güçlükler yaşanmaktadır. En önemli sorun depresyon dönemi belirtileri ile kişilik ya da mizaç özelliklerinin örtüşmesidir. Bu sorunları en aza indirmek için, çalışmamızda hastalar 2 ay izlenerek remisyonda oldukları ya da tedaviye en az

%50 yanıt verdikleri bir dönemde mizaç değerlendirme ölçeği verilmiştir. Buna karşın rezidüel belirtilerin sonuca olan etkisi tartışılabilir.

Çalışmamızda, 83 hastanın sadece 10'unda baskın mizaca rastlanmıştır. Bu durum, olgu sayısının yetersiz olduğu yönünde eleştirilebilir. Mizaç bozukluğu sıklığı daha fazla hasta ile yapılan çalışmalarda daha nesnel biçimde ortaya konulabilir. Yine hastaların geçirdikleri depresyon alt tiplere ayrıldığında, gruplara her bir mizaç tipi için çok az sayıda hastanın dağılıyor olması, bu gruplarda hipertimik ve siklotimik mizaca rastlanmamış olması, çalışmanın zayıf bir yanı olarak eleştirilebilir. Kişilik ve mizacı değerlendiren testlerin hastaların bir kısmına tam remisyon olmadan %50 yanıt alındığı bir dönemde mizaç ve kişilik değerlendirmelerinin verilmiş olması diğer bir kısıtlılıktır.

Bu çalışmanın önemli bir sınırlılığı ise alınan hastaların sadece bir üniversite hastanesine başvuran sosyal-kültürel düzeyleri kırsal bölgelere göre göreceli olarak yüksek olan kişiler olduğu için Türkiye'deki depresyon hastalarının genelini temsil etmemesidir. Bu çalışmanın diğer bir kısıtlılığı alınan tek depresif dönem grubundaki hastalardır. Bu tek dönem hastaları ilerideki yıllarda yineleyen dönemler geçirerek "yineleyici major depresyon" tanısı alabilirler. Ancak bu durumda da hastaların

mizaç ve kişilik özellikleri zaman içinde değişebilir ve ileride daha olumsuz etkilenebilir. İleri çalışmalarda aynı hastaların uzun dönem izlemde mizaç özelliklerinin izlenmesi bu konudaki çelişkileri azaltabilir.

Bu kısıtlılıklarına rağmen çalışmamız, Türkiye'de yineleyici ve tek dönem depresif hastalarda mizaç tipleri üzerine veri sağlayan yapan ilk araştırmalardan olması açısından önemli bir katkı sağlamaktadır. İleri çalışmalarda daha çok sayıda tek ve yineleyici depresif bozukluğu olan hasta üzerinde mizaç ve kişilik özelliklerini değerlendirilmesi uzun dönemde izleme yürütülerek daha aydınlatıcı bulgular ortaya koyabilir.

---

*Açıklama: Bu çalışmanın verileri Uzm Dr. Esra Yancar Demir ve tez danışmanı Doç. Dr. Selçuk Aslan tarafından GÜTF Psikiyatri uzmanlık tez çalışması sırasında toplanmıştır. Tez çalışmasını yürüten Dr. Esra Yancar Demir'in onayı ile veriler yeniden yapılan istatistiksel incelemeler sonrasında elde edilen bulgular ışığında tartışılarak bilimsel makale haline getirilmiştir.*

---

Yazışma adresi: Dr. Selçuk Aslan, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, saslan@gazi.edu.tr

---

## KAYNAKLAR

Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S ve ark. (2004) Duygudurum Bozuklukları İle Mizaç Arasında İlişki Var mı? Türk Psikiyatri Dergisi, 15(3): 183-190.

Akiskal HS, Hirschfeld RMA, Yerevanian BI (1983) The relationship of personality to affective disorders. Arch Gen Psychiatry, 40:801-810.

Akiskal HS, Downs J, Jordan P ve ark. (1985) Affective disorders in the referred children and younger siblings of manic-depressives: mode of onset and prospective course. Arch Gen Psychiatry, 42: 996-1003.

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

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

Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF ve ark. (2005) TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of te Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. J Affect Disord, 85:3-16.

Akiskal HS, Akiskal KK, Lancrenon S ve ark. (2006) Validating the bipolar spectrum in the French National EPIDEP Study: Overview of the phenomenology and relative prevalence of its clinical prototypes. J Affect Dis, 96(3):197-205.

Aslıhan S, Aslan S (2005) Duygudurum Bozuklukları İle Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi," Türk Psikiyatri Dergisi, 16(4):276-283.

Brown GW, Moran PM (1997) Single mothers, poverty and depression. Psychol Med, 27(1): 21-33.

Cassano GB, Akiskal HS, Savino M ve ark. (1992) Proposed subtypes of bipolar II and related disorders: with hypomanic episodes (or cyclothymia) and with hyperthymic temperament. J Affect Disord, 26: 127-140.

Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD (1996) Comorbidity of personality disorder and unipolar major depression, a review. J Affect Disorder, 37:157-170.

Cyranowski JM, Frank E, Winter E ve ark. (2004) Personality pathology and outcome in recurrently depressed women over 2 years of maintenance interpersonal psychotherapy. Psychol Med, 34(4):659-669.

- Evans L, Akiskal HS, Keck JR ve ark. (2005) Familiarity of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. *J Affect Dis*, 85:153-168.
- Hecht H, Van Calker D, Bohus M (1997) Premorbid personality in patients with uni and bipolar affective disorders and controls: assessment by the Biographical Personality Interview (BPI). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 247: 23-30.
- Hollon SD, Shelton RC, Wisniewski S ve ark. (2006) Presenting characteristics of depressed outpatients as a function of recurrence: preliminary findings from the STAR\*D clinical trial. *J Psychiatr Res*, 40(1):59-69.
- Horwath E, Johnson J, Klerman GL ve ark. (1992) Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 49: 817-823.
- Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F ve ark. (2005a) Bipolar Bozuklukta Mizaç ile Klinik Özelliklerin İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(3):164-169.
- Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F ve ark. (2005b) Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first-degree relatives: a controlled study. *J Affect Disord*, 85(1-2):127-133.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O ve ark. (2003) National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23):3095-3105.
- Marneros A. (2006) Mood disorders: epidemiology and natural history. *Psychiatry*, 5(4-1):119-122.
- Mendlowicz MV, Akiskal HS, Kelsoe JR ve ark. (2005) Temperament in the clinical differentiation of depressed bipolar and unipolar major depressive patients. *J Affect Disord*, 84: 219-223.
- Mueller TI, Leon AC, Keller MB ve ark. (1999) Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry*, 156(7):1000-1006.
- Musetti L, Simonini E, Soriani A ve ark. (1997) Affective temperament in recurrent depression. *Biological Psychiatry*, 42; 1 (Suppl 1): 257.
- Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T (2006) Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br. J. Psychiatry*, January, 188(1): 13-20.
- Paris J, Zweg Frank H, Guzder J (1994) Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Compr Psychiatry*, 35: 301-306.
- Parker G, Roussos J, Austin MP ve ark. (1998) Disordered personality style: higher rates in non-melancholic compared to melancholic depression. *J Affect Dis* 47(1-3): 131-140.
- Parker G, Roy K, Wilhelm K ve ark. (1999) Sub-grouping non-melancholic depression from manifest clinical features. *J Affect Dis*, 53(1): 1-13.
- Pilkonis PA, Frank E (1988) Personality pathology in recurrent depression: nature, prevalence, and relationship to treatment response. *Am J Psychiatry*, 145:435-441.
- Placidi GF, Signoretta S, Liguori A ve ark. (1998) The semi-structured affective temperament interview (TEMPS-I): reliability and psychometric properties in 1010 14-26 year students. *J Affect Dis*, 47: 1-10.
- Pribor EF, Yutzy SH, Dean JT (1993) Briquet's syndrome, dissociation, and abuse. *Am J Psychiatry*, 150: 1507-1511.
- Vahip S, Kesebir S, Alkan M ve ark. (2005) Affective temperaments in clinically - well subjects in Turkey: initial psychometric data on TEMPS - A. *J Affect Dis*, 85: 113-125.
- Von Zerssen D, Akiskal HS (1998) Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. *J Affect Disord*, 51:1-5.
- Zimmerman M (1994) Diagnosis personality disorders: A review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry*, 51:225-245.