

Ειδικό άρθρο Special article

Η έννοια της ιδιοσυγκρασίας και η συμβολή της στην κατανόηση του διπολικού φάσματος

I. Κουφάκη, Β. Πολυζώιδου, Κ.Ν. Φουντουλάκης

Γ΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη

Ψυχιατρική 2017, 28:142–155

Στο παρόν άρθρο αρχικά επιχειρείται μια ιστορική ανασκόπηση της έννοιας της ιδιοσυγκρασίας, από τη θεμελίωσή της από τον Πόλυβο (4ος αιώνας π.Χ.) και τη σχολή της Κω, τον ρόλο της στην ανάπτυξη της φιλοσοφικής σκέψης και στη διαμόρφωση των ανθρωπιστικών επιστημών, έως τις σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις, όπως αυτές των Robert Cloninger και Hagor Akiskal. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στη σύγχρονη βιβλιογραφία, η οποία συνδέει διαφορετικές διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας με την ψυχική υγεία και ψυχοπαθολογία. Ο Hans Eysenck (1916–1997) ήταν ο πρώτος ψυχολόγος που ανέλυσε τις διαφορές προσωπικότητας και διέκρινε τρεις διαστάσεις της προσωπικότητας: «Νευρωτισμός» (Neuroticism), «Εξωστρέφεια» (Extraversion) και «Ψυχωτισμός» (Psychoticism). Ακολούθησαν οι McCrae και Costa με το μοντέλο των πέντε παραγόντων (Big Five). Στα μέσα της δεκαετίας του 1980 ο Robert Cloninger ανέπτυξε ένα διαστασιακό μοντέλο της ιδιοσυγκρασίας και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Αργότερα, ο Hagor Akiskal έδωσε έμφαση στα συναισθηματικά στοιχεία που συνθέτουν την ιδιοσυγκρασία και τις πιθανές συνδέσεις τους με τις συναισθηματικές διαταραχές και τη δημιουργικότητα. Ειδικότερα, η αξιολόγηση της ιδιοσυγκρασίας φαίνεται ότι συμβάλλει μεταξύ άλλων τόσο στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των διαφορετικών ιδιοσυγκρασιών, όσο και των κλινικών εκδηλώσεων της διπολικής διαταραχής. Προτείνεται ότι ειδικές συναισθηματικές ιδιοσυγκρασίες μπορεί να αποτελούν παράγοντες ευαλωτότητας, ικανές να μεταβάλουν την πορεία και πρόγνωση των συναισθηματικών διαταραχών. Από τη σύνδεση της ιδιοσυγκρασίας με τις συναισθηματικές διαταραχές, προκύπτει η έννοια του διπολικού φάσματος με ισχυρές ενδείξεις για όλες τις πτυχές της έρευνας στην ψυχική υγεία και την παροχή φροντίδας. Η διάγνωση της μονοπολικής κατάθλιψης συχνά μεταβάλλεται δεδομένου ότι ένα μανιακό ή μικτό επεισόδιο μπορεί να συμβεί έπειτα από αρκετά χρόνια άστοχων θεραπευτικών προσπαθειών. Στις περιπτώσεις αυτές η αξιολόγηση της ιδιοσυγκρασίας μπορεί να συμβάλει στη διάκριση μεταξύ μονοπολικής και διπολικής κατάθλιψης ενισχύοντας έτσι τον θεραπευτικό σχεδιασμό. Επιπλέον, η αξιολόγηση της ιδιοσυγκρασίας μεταβάλλει τον ορισμό της διπολικότητας υποστηρίζοντας την έννοια του «διπολικού φάσματος». Αυτός είναι ένας παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του επιπολασμού των διπολικών περιστατικών (ιδιαίτερα της διπολικής διαταραχής II) σε βάρος των περιστατικών μονοπολικής κατάθλιψης. Η «υπερθυμική» ιδιοσυγκρασία έχει συνδεθεί με την παρουσία μανίας, σύμφωνα με την οποία το ένα τρίτο των καταθλιπτικών ασθενών κατατάσσεται στο διπολικό φάσμα. Οι υπερθυμικές και καταθλιπτικές ιδιοσυγκρασίες συνδέονται με την πιο «κλασική» διπολική εικόνα (δηλαδή παρουσία ευφορίας, μεγαλομανίας, παρανοϊκού ιδεασμού, αντικοινωνικής

συμπεριφοράς, αυξημένης ενέργειας και μειωμένης ανάγκης για ύπνο καθώς και καταθλιπτικών επεισοδίων). Αντίθετα, οι κυκλοθυμικές, αγχώδεις και ευερέθιστες ιδιοσυγκρασίες συνδέονται με πιο σύνθετες εικόνες, πτωχή απάντηση στη θεραπεία, βίαιη ή αυτοκτονική συμπεριφορά και υψηλή συννοσηρότητα. Τελικά, το να εντάξουμε την έννοια της ιδιοσυγκρασίας στην κατανόηση της διπολικής διαταραχής, αποτελεί μια πρόκληση, η οποία μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της θεραπείας και της έκβασης των ασθενών.

Λέξεις ευρητηρίου: Ιδιοσυγκρασία, προσωπικότητα, συναισθηματικές διαταραχές, διπολική διαταραχή, διπολικό φάσμα.

Εισαγωγή-Ιστορικά στοιχεία της έννοιας της ιδιοσυγκρασίας

Η έννοια της ιδιοσυγκρασίας υπήρχε ήδη σε κάποιες εκδοχές της στην αρχαία Αίγυπτο και στη Μεσοποταμία. Ωστόσο, αναπτύχθηκε κυρίως από τη σχολή της Κω και ειδικότερα από τον Πόλυβο, ο οποίος ήταν μαθητής και γαμπρός του Ιπποκράτη (4ος αιώνας π.Χ.) και συγγραφέας του βιβλίου «Περί φύσεως ανθρώπου». Η θεωρία αποτελεί μια μικροκοσμική μορφή της μακροκοσμικής θεωρίας των τεσσάρων στοιχείων (γη, νερό, αέρας, φωτιά) και των τεσσάρων ποιότητων (ξηρό, υγρό, ψυχρό, θερμό), όπως είχε αρχικά προταθεί από τον Εμπεδοκλή (5ος αιώνας π.Χ.). Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η ιδιοσυγκρασία (αρχ. κράσις), η υγεία και η ασθένεια είναι αποτέλεσμα της ισορροπίας των τεσσάρων χυμών στο σώμα. Τέσσερις τύποι ιδιοσυγκρασίας προκύπτουν από την υπεροχή ενός χυμού έναντι των υπολοίπων: Χοληρικός (κίτρινη χολή από το ήπαρ, κυκλοθυμικός τύπος), Αιματώδης (αίμα από την καρδιά, υπερθυμικός τύπος), Μελαγχολικός (μαύρη χολή από τους νεφρούς, καταθλιπτικός τύπος), Φλεγματικός (φλέγμα από τους πνεύμονες, αυτάρκης). Η θεωρία αυτή αναπτύχθηκε περαιτέρω από τον Ερίστρατο, τον Ασκληπιάδη και τελικά από τον Γαληνό (2ος αιώνας μ.Χ.) στην πραγματεία του «Περί κράσεων» ("De temperamentis"). Αυτή ήταν η κύρια θεωρία μέχρι το 16ο αιώνα, η οποία στην Ινδία και τον μουσουλμανικό κόσμο αποτελούσε τη βάση της ιατρικής Υιναπιά ή Υιναπιά (Υιναπιά σημαίνει Ίωνας-Έλληνας στις ανατολικές γλώσσες). Στον «Κανόνα της Ιατρικής», ο Αβικέννας (980–1037 μ.Χ.) ανέπτυξε τη θεωρία της ιδιοσυγκρασίας, στην οποία συμπεριέλαβε «το συναίσθημα, τη νοητική ικανότητα, τις ηθικές στάσεις, την αυτεπίγνωση, την κίνηση και τα όνειρα». Στην αγγλική βιβλιογραφία, η ιδιοσυγκρασία αναφέρεται στα κηρύγματα του Wicliffe (1380), στα κείμενα του Shakespeare και στην «Ανατομία της Μελαγχολίας» του Robert Burton.

Η αγγλική λέξη "temperament" προέρχεται από το λατινικό "temperare", που σημαίνει ανακατεύω, ενώ η

αρχική ελληνική λέξη «κράσις» ή «ιδιοσυγκρασία», σημαίνει ανάμειξη.

Διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας

Η θεωρία της ιδιοσυγκρασίας επηρέασε τη φιλοσοφική σκέψη και έπαιξε κυρίαρχο ρόλο στη διαμόρφωση των ανθρωπιστικών επιστημών. Διακεκριμένοι λόγιοι, όπως οι Ernst Platner (1744–1818), Immanuel Kant (1724–1804), Friedrich Schiller (1759–1805), Friedrich Wilhelm Nietzsche (1844–1900) αναφέρουν στα γραπτά τους έννοιες παρόμοιες με αυτήν της ιδιοσυγκρασίας. Στο πεδίο της φυσιολογίας και της ιατρικής, οι Rudolf Steiner (1861–1925), Ernst Kretschmer (1888–1964), and Erich Fromm (1900–1980) περιέγραψαν τύπους ανθρώπων και ιδιοσυγκρασίες. Ο Ernst Kretschmer (1888–1964) περιέγραψε τον «Ασθενικό/Λεπτοσωμικό» (Asthenic/Leptosomic), τον «Αθλητικό» (Athletic) και τον «Πυκνικό/Εξωστρεφής» (Pyknic/Extrovert) σωματικό τύπο, τον οποίο και συνέδεσε με την εξωστρέφεια και τη μανιοκατάθλιψη. Επιπλέον, διαχώρισε την προσωπικότητα σε δύο τύπους ιδιοσυγκρασίας: Τον «Σχιζοθυμικό» (Schizothymic) με τον «Υπερευαίσθητο» (Hyperesthetic-Sensitive) και τον «Αναίσθητο-Ψυχρό» (Anesthetic-Cold) χαρακτήρα και τον «Κυκλοθυμικό» (Cyclothymic) με τον «Καταθλιπτικό-Μελαγχολικό» (Depressive-Melancholic) και τον «Υπομανιακό» (Hyromaniac) χαρακτήρα.

Ο Hans Eysenck (1916–1997) ήταν ο πρώτος που ανέλυσε τις διαφορές προσωπικότητας χρησιμοποιώντας την εμπειρική/στατιστική μέθοδο. Σύμφωνα με τη θεωρία του οι βασικοί παράγοντες είναι ο «Νευρωτισμός» (Neuroticism) (η τάση να βιώνει το άτομο δυσάρεστα συναισθήματα), η «Εξωστρέφεια» (Extraversion) (η τάση να βιώνει ευχάριστες εμπειρίες) και ο «Ψυχωτισμός» (Psychoticism) (γνωστικό στυλ). Η θεωρία του Eysenck, αλλά και όλες οι θεωρίες που πηγάζουν από αυτήν, περιλαμβάνουν τις εξής έννοιες: «Προσέγγιση/Ανταμοιβή» (Approach/Reward), Αναστολή/Τιμωρία (Inhibition/Punishment) και «Επιθετικότητα/Φυγή» (Aggression/Flight).¹⁻¹⁰

Οι McCrae & Costa επέκτειναν τη θεωρία του Eysenck και πρότειναν το μοντέλο των πέντε παραγόντων (Big Five),¹¹ το οποίο περιλαμβάνει τον «Νευρωτισμό» (Neuroticism), την «Εξωστρέφεια» (Extroversion), την «Προσήνεια» (Agreeableness), την «Ανοιχτότητα στην εμπειρία» (Openness) και την «Ευσυνειδησία» (Conscientiousness). Η παλαιότερη έννοια του «Ψυχωτισμού» αντικαταστάθηκε από την «Προσήνεια» και την «Ευσυνειδησία», ενώ η «Ανοιχτότητα στην εμπειρία» αλληλοεπικαλύπτεται εν μέρει με την «Εξωστρέφεια».¹²

Το έργο του Robert Cloninger χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια να συνδεθούν τα χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας με ατομικές διαφορές στη γενετική, τα συστήματα νευροδιαβιβαστών και τη συμπεριφορική εξάρτηση. Περιέγραψε την «Αναζήτηση Νέων Εμπειριών» (Novelty Seeking) (θυμός), «Αποφυγή Βλάβης» (Harm Avoidance) (φόβος), «Εξάρτηση από Επιβράβευση» (Reward Dependence) (προσκόλληση) και «Επιμονή» (Persistence) (φιλοδοξία).^{13,14} Η έρευνά του επισημαίνει ότι τα χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας εντοπίζονται ήδη από την προσχολική ηλικία¹⁵ και παραμένουν σχετικά σταθερά κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, εκτός εάν επιτευχθούν αλλαγές μέσω συμπεριφορικής εξάρτησης.¹⁶

Ο Hagor Akiskal περιέγραψε την ιδιοσυγκρασία ως τη συναισθηματική προδιάθεση ή αντιδραστικότητα, βασισμένη στις βασικές διαγνωστικές οντότητες που περιγράφηκαν αρχικά από τον Kraepelin (1921) (μανία ή υπερθυμία, ευερεθιστότητα, κυκλοθυμία, άγχος και κατάθλιψη). Το μοντέλο των τεσσάρων διαστάσεων έχει υποστηριχθεί από εμπειρικές έρευνες, αλλά και από παλαιότερα ευρήματα σε κλινικούς πληθυσμούς. Στη συνέχεια, ο καταθλιπτικός τύπος διαχωρίστηκε από την κυκλοθυμία και τοποθετήθηκε στον αντίποδα της υπερθυμίας. Ο ευερέθιστος τύπος παρέμεινε σχετικά ανεξάρτητος. Τα δεδομένα αυτά συνάδουν με τις κλασικές περιγραφές των Kraepelin, Kretschmer και Schneider.¹⁷

Αν και η προσωπικότητα αναφέρεται σε στόχους, μηχανισμούς αντιμετώπισης προβλημάτων, αμυντικούς μηχανισμούς, κίνητρα, αυτοεικόνα, προσωπική ιστορία και ταυτότητα,¹⁸ τα κύρια χαρακτηριστικά προσωπικότητας (π.χ. εξωστρέφεια ή νευρωτισμός) αποτελούν βασικά στοιχεία της ιδιοσυγκρασίας.¹⁹ Στο σύνολό τους οι κύριες θεωρίες υποδεικνύουν ότι το μοντέλο των τεσσάρων διαστάσεων της ιδιοσυγκρασίας του Akiskal,²⁰ το μοντέλο του κύβου του Cloninger,²¹ το μοντέλο των πέντε παραγόντων όπως παρουσιάζεται στο NEO-PI,²² το μοντέλο των επτά παραγόντων

του Tellegen²³ και το μοντέλο των 16 παραγόντων του Cattell²⁴ μπορεί στην πραγματικότητα να αντιπροσωπεύουν διαφορετικά επίπεδα μιας ιεραρχικής δομής της φυσιολογικής και παθολογικής προσωπικότητας, με δύο υπερπαραγόντες στην κορυφή, οι οποίοι αναφέρονται κυρίως στον έλεγχο και στην ανθεκτικότητα του εγώ,^{25,26} έναν περιορισμένο αριθμό ιδιοσυγκρασιών στη μέση (με διαφορετικές αν και σημαντικά αλληλοεπικαλυπτόμενες ονομασίες)²⁷ και πολλούς χαρακτήρες (15 ή περισσότερους) στη βάση. Η «ιδιοσυγκρασία» αντιστοιχεί στα «άνωτερα» επίπεδα, ενώ η «προσωπικότητα» και ο «χαρακτήρας» στα «κατώτερα».²⁸

Ιδιοσυγκρασία και ψυχικές διαταραχές

Η ιδιοσυγκρασία συνδέεται με τη γενική υγεία και θνησιμότητα,²⁹ με τη μελλοντική ψυχική υγεία³⁰ και το άγχος.³¹⁻³⁸ Έχει αποδειχθεί ότι προνοσηρή ιδιοσυγκρασιακή προδιάθεση εντοπίζεται συχνά σε ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές και τους συγγενείς τους. Αυτά τα χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας παρουσιάζουν ένα ειδικό πρότυπο κατανομής για τη διαταραχή.^{25,39-42}

Η αγχώδης ιδιοσυγκρασία φαίνεται να αποτελεί έναν γενολογικό παράγοντα ευαλωτότητας και έχει αποδειχθεί ισχυρός προγνωστικός δείκτης των περισσότερων ψυχικών διαταραχών. Αντίθετα, η υπερθυμική ιδιοσυγκρασία έχει βρεθεί ότι αποτελεί έναν ιδιαίτερα προστατευτικό παράγοντα για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές (με μικρές εξαιρέσεις, όπως τη διπολική διαταραχή).^{43,44} Οι δυσθυμικές, κυκλοθυμικές και αγχώδεις ιδιοσυγκρασίες έχουν συνδεθεί με την απελπισία, ενώ η ευερέθιστη με την αυτοκτονικότητα.⁴⁴

Σύνδεση της ιδιοσυγκρασίας με την έννοια του «διπολικού φάσματος»

Η αξιολόγηση της ιδιοσυγκρασίας μπορεί να συμβάλει στη διάκριση μεταξύ μονοπολικής και διπολικής κατάθλιψης. Αυτό είναι πολύ σημαντικό δεδομένου ότι σε πολλούς ασθενείς ένα μανιακό ή μικτό επεισόδιο συμβαίνει έπειτα από αρκετά χρόνια αποτυχημένων ή λανθασμένων θεραπευτικών προσπαθειών. Αυτό που καθιστά προβληματική αυτήν την «αξιολόγηση της ιδιοσυγκρασίας» είναι ότι ενδέχεται να αντανακλά υποκλινικά υπολειμματικά στοιχεία διπολικής διαταραχής αντί για αυθεντική «ιδιοσυγκρασία» (δηλαδή μακροχρόνια κύρια χαρακτηριστικά). Το θέμα περιπλέκεται περισσότερο, αφού η αξιολόγηση της ιδιοσυγκρασίας μεταβάλλει τον ορισμό της διπολικότητας και ενισχύει την έννοια του «διπολικού φάσματος». Αυτός είναι

ένας σημαντικός παράγοντας αύξησης του επιπολασμού των διπολικών περιστατικών (ιδιαίτερα διπολικής διαταραχής II) και μείωσης των περιστατικών μονοπολικής κατάθλιψης. Η ύπαρξη μιας ιδιοσυγκρασίας συναισθηματικού τύπου επιβεβαιώνει την πρώιμη παρουσία συναισθηματικών συμπτωμάτων στις πρώιμες μορφές μονοπολικών και διπολικών καταθλίψεων.⁴⁵

Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι το σύμπλεγμα συμπτωμάτων «Ευφορικός-Μεγαλομανιακός» (Euphoric-Grandiose), «Παρανοϊκός-Αγχώδης» (Paranoid-Anxious) και, με «Αυξημένη ενέργεια/ Μειωμένη ανάγκη ύπνου» (Accelerated-Sleepless) συνδέεται με την υπερθυμική ιδιοσυγκρασία, το «Καταθλιπτικό» (Depressive) σύμπλεγμα συνδέεται με την καταθλιπτική ιδιοσυγκρασία και η ομάδα των συμπτωμάτων «Ευερέθιστος-Ανήσυχος» (Irritable-Agitated) συνδέεται και με τους δύο τύπους.⁴⁶ Επομένως, η «υπερθυμική» ιδιοσυγκρασία χαρακτηρίζει τους μανιακούς ασθενείς με ή χωρίς ψυχωτικά στοιχεία⁴⁷⁻⁴⁹ και η αξιολόγησή της αποκαλύπτει ότι το ένα τρίτο των καταθλιπτικών ασθενών ανήκουν στο διπολικό φάσμα.⁵⁰

Η υποομάδα των «μονοπολικών ασθενών» με υπερθυμική ιδιοσυγκρασία (12,4% των μονοπολικών περιστατικών) είναι παρόμοια με τους ασθενείς με διπολική διαταραχή II ως προς το φύλο και το οικογενειακό ιστορικό διπολικότητας.⁵¹ Οι διπολικοί-II ασθενείς (το 40% των καταθλιπτικών ασθενών έπειτα από συστηματική εκτίμηση) παρουσιάζουν υψηλά σκορ στις κλίμακες της Υπομανίας και στις κυκλοθυμικές και ευερέθιστες ιδιοσυγκρασίες. Από την άλλη πλευρά, το 88% των περιπτώσεων, που ανήκει στην κυκλοθυμική ιδιοσυγκρασία, διαγιγνώσκονται με διπολική II διαταραχή. Η κυκλοθυμική ιδιοσυγκρασία είναι πολύ πιο συχνή στην ομάδα των διπολικών από ό,τι των μονοπολικών καταθλιπτικών ασθενών,⁵² ωστόσο φαίνεται να αποτελεί ισχυρό κλινικό δείκτη ειδικά για τη διπολική II διαταραχή,⁵³ και είναι επίσης συχνότερη σε ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό διπολικότητας.⁴¹

Οι διπολικοί II ασθενείς με κυκλοθυμία διαφέρουν από τους ασθενείς χωρίς κυκλοθυμία, ως προς τη μικρότερη ηλικία έναρξης και αναζήτησης βοήθειας, τη υψηλότερη καταθλιπτική βαθμολογία, τα περισσότερα άτυπα γνωρίσματα, το μεγαλύτερο μεσοδιάστημα ανάμεσα στην έναρξη της ασθένειας και τον εντοπισμό της διπολικότητας, τα υψηλότερα ποσοστά ψυχιατρικής συννοσηρότητας και τους διαφορετικούς τύπους διαταραχής προσωπικότητας (δηλαδή περισσότερο ιστριονική, παθητικο-επιθετική και λιγότερο ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική). Επιπλέον, οι κυκλοθυμικοί διπολικοί II ασθενείς σημειώνουν υψηλότερη βαθ-

μολογία στα λήμματα της ευερεθιστότητας/ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς, από ό,τι στα συνήθη λήμματα της υπομανίας.⁵⁴ Συγκριτικά με τους υπερθυμικούς ασθενείς, μπορεί να είναι συχνότερα γυναίκες, με περισσότερα καταθλιπτικά και υπομανιακά επεισόδια και απόπειρες αυτοκτονίας, μεγαλύτερη συννοσηρότητα (πιο συχνά με διαταραχή πανικού/αγοραφοβία και διαταραχή κοινωνικού άγχους), πληρούν περισσότερα κριτήρια για μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας και έχουν σε υψηλότερα ποσοστά συγγενείς πρώτου βαθμού με διαταραχές άγχους ή συναισθήματος. Από την άλλη πλευρά, οι υπερθυμικοί ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν συχνότερα επεισόδια μανίας με νοσηλείες και περισσότερα στοιχεία αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας.⁵⁵

«Ευερέθιστα-εκρηκτικά» (irritable-explosive) χαρακτηριστικά (εμφανίζονται στο 2-3% των νεαρών ατόμων και τείνουν να μειώνονται στη μέση ηλικία) συχνά συνυπάρχουν με τον συναισθηματικά-ασταθή κυκλοθυμικό τύπο, αντιπροσωπεύοντας τη σκοτεινή «οριακή» πλευρά της κυκλοθυμικής ιδιοσυγκρασίας.^{54,56,57} Ο τύπος της διπολικής διαταραχής BP-II ½ χαρακτηρίζεται από πρώιμη έναρξη, σύνθετη δομή ιδιοσυγκρασίας, υψηλή συναισθηματική αστάθεια, ταχεία εναλλαγή, ευερέθιστη («σκοτεινή» (irritable-"dark") υπομανία και αυτοκτονικότητα και φαίνεται να είναι η πιο γενικευμένη και σοβαρή έκφραση του διπολικού φάσματος, στην οποία αποδίδεται το 33% όλων των καταθλίψεων.⁵⁸ Η διπολική διαταραχή-III, η οποία έχει συνδεθεί με την αντικαταθλιπτική αγωγή έχει αναφερθεί ότι εκδηλώνεται στην καταθλιπτική ιδιοσυγκρασία με οικογενειακό ιστορικό διπολικότητας.⁵⁹

Έχει βρεθεί ότι περισσότεροι από τους μισούς καταθλιπτικούς ασθενείς με άτυπα συμπτώματα είχαν προηγουμένως κυκλοθυμική ή υπερθυμική ιδιοσυγκρασία και συχνά οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής.⁶⁰ Η πλειοψηφία αυτών (78%) θα μπορούσε να πληροί τα κριτήρια του διπολικού φάσματος (κυρίως διπολική II διαταραχή). Ασθενείς με άτυπη κατάθλιψη και κυκλοθυμική ιδιοσυγκρασία εμφανίζουν υψηλότερη συναισθηματική αντιδραστικότητα, διαπροσωπική ευαισθησία, λειτουργική έκπτωση, αποφυγή σχέσεων, αποφυγή απόρριψης, και στη διαπροσωπική ευαισθησία, φοβικό άγχος, παρανοϊκό ιδεασμό και ψυχωτισμό.⁶¹ Αντίστροφα, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι κυκλοθυμικοί ασθενείς με διπολική II διαταραχή έχει αναφερθεί ότι εμφανίζουν περισσότερα άτυπα συμπτώματα.⁵⁴

Οι ασθενείς με μικτά επεισόδια και ψυχωτικά συμπτώματα φαίνεται ότι συνδέονται με τη Διπολική

Πίνακας 1. Χρονολογικός πίνακας της θεωρητικής ανάπτυξης της ιδιοσυγκρασίας.

Θεωρητικός εκπρόσωπος	Χρονική περίοδος	Συνεισφορά
Πόλυβος (Σχολή της Κω)	4ος αιώνας π.Χ.	«Περί φύσεως ανθρώπου»
Ερίστρατος, Ασκληπιιάδης	1ος αιώνας π.Χ.	Ανάπτυξη της θεωρίας του Πολύβου
Γαλνός	2ος αιώνας μ.Χ.	«Περί κρίσεων» ("De temperamentis")
Αβικέννας	980–1037 μ.Χ.	Ο «Κανών της Ιατρικής»
Nicholas Culpeper	1616–1654	Απέριψε τη θεωρία των χυμών
Georg Ernst Stahl	1660–1734	Ανιμισμός/βιταλισμός
Friedrich Hoffmann	1660–1742	Ιατρομηχανική
Immanuel Kant	1724–1804	Ανθρωπολογία
Ernst Platner's	1744–1818	Φιλοσοφικοί αφορισμοί
Friedrich Schiller	1759–1805	Τύποι ανθρώπων: «Ιδεαλιστής και Ρεαλιστής» (Idealist and Realist)
Franz Joseph Gall	1758–1828	Phrenologic teaching
Johann Spurzheim	1776–1832	
Friedrich Schelling	1775–1854	"Naturphilosophie"
Jacob Henle	1809–1885	Θεωρία για την ιδιοσυγκρασία πάνω στον τόνο του νευρικού συστήματος
William James	1842–1910	Tough-minded and tender-minded temperaments.
Friedrich Wilhelm Nietzsche	1844–1900	Η Γένεση της Τραγωδίας.
Carl Spitteler	1845–1924	Προμηθέας (σκέφτεται «πριν», εσωστρεφής) και Επιμηθέας (σκέφτεται «μετά», εξωστρεφής).
Rudolf Steiner	1861–1925	Η ιδιοσυγκρασία ελέγχεται εν μέρει από το άτομο, μεταβάλλεται και ωριμάζει.
Erich Adickes	1866–1928	«Τέσσερις θεωρήσεις του κόσμου», 1907: «Δογματικός Dogmatic», «Αγνώστικός» (Agnostic), «Παραδοσιακός» (Traditional) και «Καινοτόμος» (Innovative).
Carl Gustav Jung	1875–1961	Εξωστρέφεια vs εσωστρέφεια.
Alfred Adler	1879–1937	Λανθασμένοι στόχοι: «Αναγνώριση» (Recognition), «Δύναμη» (Power), «Υπηρεσία» (Service) και «Εκδίκηση» (Revenge).
Eduard Spränger	1882–1963	Τέσσερις ανθρώπινες αξίες: «Θρησκευτική (Religious), «Θεωρητική» (Theoretic), «Οικονομική» (Economic) και «Καλλιτεχνική» (Artistic).
Ernst Kretschmer	1888–1964	Τρεις σωματικοί τύποι: «Ασθενικός/Λεπτοσωμικός» (Asthenic/Leptosomic), «Αθλητικός» (Athletic) και «Πυκνικός/Εξωστρεφής» (Pyknic/Extrovert) και δύο ιδιοσυγκρασίες: «Σχιζοθυμική» (Schizothymic) με τον Υπερευαίσθητο (Hyperesthetic-Sensitive) και τον «Αναισθητοψυχρό» (Anesthetic-Cold) χαρακτήρα και «Κυκλοθυμική» (Cyclothymic) με τον «Καταθλιπτικό-Μελαγχολικό» (Depressive-Melancholic) και τον «Υπομανιακό» (Hypomanic) χαρακτήρα.
William Sheldon	1898–1977	Τρεις σωματικοί τύποι: «Ενδομορφικός» (Endomorphic), «Μεσομορφικός» (Mesomorphic) και «Εκτομορφικός» (Ectomorphic) και τρεις σχετιζόμενες ομάδες χαρακτηριστικών ιδιοσυγκρασίας: "Viscerotonia", "Somatotonia" και "Cerberatonia".

(Συνεχίζεται)

Πίνακας 1. (συνέχεια)

Θεωρητικός εκπρόσωπος	Χρονική περίοδος	Συνεισφορά
Erich Fromm	1900–1980	Οκτώ βασικές ανάγκες (Relatedness, Transcendence, Creativity, Rootedness, Sense of Identity, Frame of orientation, Excitation και Stimulation, Unity, Effectiveness) και δύο παράγοντες (acquiring and assimilating things-assimilation and reacting to people-socialization) που σχηματίζουν πέντε τύπους κακόηθους χαρακτήρα (Receptive, Exploitative, Hoarding, Necrophilous and Marketing) και έναν θετικό χαρακτήρα (Productive).
Hans Eysenck	1916–1997	Ο πρώτος ψυχολόγος που ανέλυσε τις ατομικές διαφορές χρησιμοποιώντας μια εμπειρική/στατιστική μέθοδο. Πρότεινε ότι η ιδιοσυγκρασία έχει βιολογική βάση. Τρεις διαστάσεις προσωπικότητας: «Νευρωτισμός» (Neuroticism), «Εξωστρέφεια» (Extraversion) και «Ψυχωτισμός» (Psychotism).
Solomon Diamond	1957	Τέσσερα στοιχεία ιδιοσυγκρασίας στα πρωτεύοντα: φόβος, επιθετικότητα, δέσμος, αυθορμητισμός.
David Keirsej	1921–	Τέσσερεις τύποι ιδιοσυγκρασίας (Sensing Perceiver, Sensing Judger, Intuitive Thinker, και Intuitive Feeler) 16 χαρακτήρες.
Jeffrey Gray	1934–2004	Νευρωνική θεωρία: Behavioral Inhibition System (BIS) και Behavioral Approach System (BAS).
Alexander Thomas, Stella Chess, Herbert G. Birch	1956	Η «Διαχρονική Μελέτη της Νέας Υόρκης» (New York Longitudinal Study) ξεκίνησε το 1956. Ενώνα διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας και τρεις διακριτές ιδιοσυγκρασίες: τα «εύκολα παιδιά» (easy children) (40%), τα «δύσκολα παιδιά» (difficult children) (10%) και «τα παιδιά που καθυστερούν στην προσαρμογή» (slow-to-adapt children) (50%).
Buss and Plomin	1973	Τέσσερα χαρακτηριστικά ιδιοσυγκρασίας: activity, sociability, and impulsivity «Συναίσθηματικότητα» (Emotionality), «Δραστηριότητα» (Activity), «Κοινωνικότητα» (Sociability) και «Αυθορμητισμός» (Impulsivity).
Robert Cloninger	1944–	Θεωρία ιεράρχησης γνωρισμάτων και διαστάσεων ιδιοσυγκρασίας και χαρακτήρα. Συνδεση χαρακτηριστικών της ιδιοσυγκρασίας και συστημάτων νευροδιαβιβαστών. Προτείνει συνδέσεις ανάμεσα στην «Αναζήτηση Νέων Εμπειριών» (Novelty Seeking), και τη ντοπαμίνη, την «Αποφυγή Βλάβης» (Harm avoidance) και τη σεροτονίνη και την «Εξάρτηση από την Επιβράβευση» (Reward Dependence) και τη νοραδρεναλίνη.
H. Hill Goldsmith and Joseph Campos	1990	Έμφαση στα βασικά/πρωταρχικά συναισθήματα (θυμός, φόβος και ευχαρίστηση) και στον τρόπο ρύθμισής τους.
Hagop Akiskal	1945–	Εστίασε στα συναισθηματικά στοιχεία της ιδιοσυγκρασίας και στη σχέση τους με τις διαταραχές της διάθεσης και τη δημιουργικότητα.
Mary Rothbart	1940–	Έμφαση στην «Αντιδραστικότητα» (Reactivity), την «Αυτορρύθμιση» (Self-regulation) και τις «Γνωστικές Λειτουργίες» (Cognitive Processes). Τρεις ευρείες διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας: surgency-extraversion, negative affectivity, effortful control.
Jerome Kagan	1929–	Δύο τύποι παιδιών: τα «ανεσταλμένα» (inhibited) (20%) και τα «μη-ανεσταλμένα» (uninhibited) ή «ενθουσιώδη» (exuberant).

Πίνακας 2. Περίληψη των αποτελεσμάτων εμπειρικών μελετών πάνω στην ιδιοσυγκρασία.

Ερευνητής	Χρονική περίοδος	Αποτελέσματα
Alexander Thomas, Stella Chess, Herbert G. Birch	1956	Εννέα διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας: «Επίπεδο Δραστηριότητας» (Activity level), «Ρυθμικότητα βιολογικών λειτουργιών» (Rhythmicity of biological functions), «Προσέγγιση/Απόσυρση» (Approach/withdrawal), «Προσαρμοστικότητα» (Adaptability), «Ουδός ανταπόκρισης» (Threshold of responsiveness), «Ένταση αντιδράσεων» (Intensity of responses), «Ποιότητα διάθεσης» (Quality of mood), «Διασπαστικότητα» (Distractibility) και «Επιμονή» (Persistence) και τρεις διακριτές ιδιοσυγκρασίες: τα εύκολα και τα δύσκολα παιδιά, παιδιά που καθυστερούν στην προσαρμογή. Έμφαση στην «καλή προσαρμογή» (goodness of fit).
Solomon Diamond	1957	«Φόβος» (Fearfulness), «Επιθετικότητα» (Aggressiveness), «Δεσμός» (Affiliativeness), «Αυθορμητισμός» (Impulsiveness).
Hans Eysenck	1964	«Νευρωτισμός» (Neuroticism), «Εξωστρέφεια» (Extraversion) και «Ψυχωτισμός» (Psychotism).
Buss and Plomin	1973	«Συναισθηματικότητα» (Emotionality), «Δραστηριότητα» (Activity), «Κοινωνικότητα» (Sociability) και «Αυθορμητισμός» (Impulsivity).
Robert Cloninger	1987	Τέσσερις ιδιοσυγκρασίες: «Αναζήτηση Νέων Εμπειριών» (Novelty seeking), «Αποφυγή Βλάβης» (Harm Avoidance), «Εξάρτηση από Επιβράβευση» (Reward Dependence) και «Επιμονή» (Persistence), 3 χαρακτήρες: «Αυτοπροσδιορισμός» (Self-directedness), «Συνεργασιμότητα» (Cooperativeness), «Αυτουπέρβαση» (Self-transcendence) και 25 πλευρές.
Mary Rothbart	1988	«Αντιδραστικότητα» (Reactivity), «Αυτορρύθμιση» (Self-regulation) και «Γνωστικές Λειτουργίες» (Cognitive Processes). Τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας: "Surgeny-extraversion", "Negative affectivity" και "Effortful control".
Jerome Kagan	1989	Ανεσταλμένα και μη-ανεσταλμένα παιδιά.
H. Hill Coldsmitth and Joseph Campos	1990	Θυμός, φόβος και ευχαρίστηση και ο τρόπος ρύθμισής τους: «Ουδός» (Threshold), «Λανθάνουσα κατάσταση» (Latency) και «Ένταση» (Intensity).
Jeffrey Gray	1991	Behavioral Inhibition System (BIS) και Behavioral Approach System (BAS).
Hagop Akiskal	1998	Υπερθυμική, κυκλοθυμική, καταθλιπτική, ευερέθιστη και αγχώδης ιδιοσυγκρασία.
Diogo Lara and Hagop Akiskal	2006	«Το μοντέλο του φόβου και του θυμού» (The fear and anger model).

Διαταραχή-I και χαρακτηρίζονται από υπερθυμική ιδιοσυγκρασία καθώς και με οικογενειακό ιστορικό ψυχωτικών διαταραχών της διάθεσης. Αντίθετα, οι ασθενείς με μικτά επεισόδια χωρίς ψυχωτικά στοιχεία συνδέονται με Διπολική Διαταραχή-II, και πιο συχνά παρουσιάζουν κυκλοθυμική ιδιοσυγκρασία και οικογενειακό ιστορικό μη ψυχωτικών διαταραχών και κατάχρησης ουσιών.⁴⁹

Η έρευνα EPIMAN στη Γαλλία επισημαίνει ότι ο υψηλότερος επιπολασμός της υπερθυμικής ιδιοσυγκρασίας στους άνδρες ευθύνεται για τη μεγαλύτερη συχνότητα μανίας στους άνδρες και ότι ο υψηλότερος επιπολασμός της καταθλιπτικής ιδιοσυγκρασίας στις γυ-

ναίκες ευθύνεται για τα πιο συχνά μικτά επεισόδια στις γυναίκες.⁶² Τα μικτά επεισόδια σε γυναίκες με διπολική διαταραχή-I έχουν συνδεθεί τόσο με υπερθυμική όσο και με καταθλιπτική ιδιοσυγκρασία και καταθλιπτική διαταραχή (αντί για διπολική) στην οικογένεια.^{48,63}

Τύποι ιδιοσυγκρασίας και αυτοκτονικότητα

Η αυτοκτονία έχει συνδεθεί με την απελπισία. Οι δυσθυμικές, κυκλοθυμικές και αγχώδεις ιδιοσυγκρασίες έχουν συνδεθεί επίσης με την απελπισία. Ειδικά η ευερέθιστη ιδιοσυγκρασία έχει συνδεθεί με την αυτοκτονικότητα.⁴⁴

Η διά βίου αυτοκτονικότητα συνδέεται (μεταξύ άλλων) με την καταθλιπτική ή μικτή συμπτωματολογία του πρώτου επεισοδίου και την κυκλοθυμική ιδιοσυγκρασία.⁶⁴

Ασθενείς που έχουν κάνει μη βίαιες απόπειρες αυτοκτονίας παρουσιάζουν περισσότερο καταθλιπτική, κυκλοθυμική, ευερέθιστη και αγχώδη ιδιοσυγκρασία, ωστόσο δεν διαφέρουν από τον γενικό πληθυσμό όσον αφορά στην υπερθυμική ιδιοσυγκρασία.^{65,66}

Ασθενείς με υψηλή καταθλιπτική και χαμηλή υπερθυμική ιδιοσυγκρασία, φαίνεται να σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία στην απελπισία, περισσότερες εστίες σήματος υψηλής πυκνότητας (hyperintensities) στη λευκή ουσία, υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας και πιο πρόσφατες απόπειρες αυτοκτονίας, συγκριτικά με άλλους ασθενείς.⁶⁷ Η διαταραχή διάθεσης με όψιμη έναρξη χαρακτηρίζεται από υπερθυμική, κυκλοθυμική και ευερέθιστη ιδιοσυγκρασία.⁶⁸

Συνοπτικά, η υπερθυμική ιδιοσυγκρασία σχετίζεται με ευφορία, μεγαλομανία και παρανοϊκό ιδεασμό, αντικοινωνική συμπεριφορά, αυξημένη ενέργεια και μειωμένη ανάγκη ύπνου, καθώς και μεγαλύτερη συχνότητα μανιακών επεισοδίων και νοσηλείων. Η κυκλοθυμική ιδιοσυγκρασία συνδέεται με διπολική διαταραχή II, διαταραχή πανικού, αγοραφοβία και διαταραχή κοινωνικού άγχους, μη ψυχωτικά μικτά επεισόδια και αυτοκτονικότητα. Η καταθλιπτική ιδιοσυγκρασία συνδέεται με καταθλιπτικά συμπτώματα και η ευερέθιστη με αυτοκτονικότητα.

Περίληψη της σχέσης μεταξύ των διαφορετικών ιδιοσυγκρασιών και των κλινικών εκδηλώσεων της διπολικής διαταραχής παρουσιάζεται στον πίνακα 3.

Διαφορές φύλου και διαφορές στην ιδιοσυγκρασία

Οι διαφορές φύλου στην εμφάνιση συναισθηματικών διαταραχών μπορούν να εξηγηθούν τουλάχιστον μερικώς από διαφορές στην ιδιοσυγκρασία. Οι γυναίκες σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία στην ανάγκη αναγνώρισης («Εξάρτηση από Επιβράβευση», Reward Dependence) και συνεργασία από ό,τι οι άνδρες.⁶⁹ Οι γυναίκες εκδηλώνουν λιγότερα υπομανιακά, περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια και μεγαλύτερο άγχος και σωματοποίηση. Οι διαφορές φύλου στην ιδιοσυγκρασία (μεγαλύτερος επιπολασμός καταθλιπτικής ιδιοσυγκρασίας στις γυναίκες, έναντι υψηλότερης υπερθυμικής ιδιοσυγκρασίας στους άνδρες) ενδέχεται να ευθύνονται για τα διαφορετικά ποσοστά μεταξύ

φύλων.⁷⁰ Επιπλέον έχει προταθεί ότι στα φύλα γίνεται διαχωρισμός στον «μηρυκασμό σκέψεων» και τον «ενεργητικό» τρόπο γνωστικής ανταπόκρισης. Φαίνεται επίσης ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στις αντίξοες εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία και στους στρεσογόνους παράγοντες κατά την ενήλικη ζωή που σχετίζονται ειδικότερα με την προσκόλληση στους άνδρες και την ανατροφή των παιδιών,⁷¹⁻⁷³ γεγονός που συνάδει με το ότι οι διαφορές φύλου στην προσωπικότητα είναι στενά συνδεδεμένες με χαρακτηριστικά ουσιώδη για την προσκόλληση.

Τα μικτά επεισόδια στις διπολικές-II γυναίκες συνδέονται με χαμηλότερη υπερθυμική ιδιοσυγκρασία και οικογενειακό ιστορικό καταθλιπτικών, αντί διπολικών, διαταραχών.⁶³ Αυτές οι απορρυθμίσεις της ιδιοσυγκρασίας φαίνεται να αποτελούν το ενδιάμεσο βήμα μεταξύ προδιαθεσικών οικογενειακών-γενετικών παραγόντων στις διαταραχές διάθεσης και των σχετιζόμενων με το φύλο κλινικών εκφράσεων των συναισθηματικών διαταραχών.⁷⁴ Διαφορές στην κλινική έκφραση μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν περισσότερα αγχώδη-καταθλιπτικά στοιχεία στις γυναίκες (το οποίο συμφωνεί με την υπεραντιπροσώπωση των γυναικών στη μικτή μανία), έναντι της μεγαλύτερης έλλειψης κοινωνικών αναστολών στους άνδρες.⁷⁵

Μελέτες οικογένειας

Οι μονοπολικοί και διπολικοί καταθλιπτικοί ασθενείς με υπερθυμική ιδιοσυγκρασία, έχει βρεθεί ότι έχουν υψηλά ποσοστά οικογενειακού ιστορικού διπολικής διαταραχής.^{76,77} Συγκριτικά, ασθενείς με καταθλιπτική ιδιοσυγκρασία έχουν μεγαλύτερη κληρονομική επιβάρυνση για καταθλιπτικές διαταραχές γενικά.⁷⁴ Οι κυκλοθυμικοί ασθενείς έχουν επίσης οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής.^{41,78} Πολλοί μονοζυγωτικοί δίδυμοι χωρίς συμπτωτικότητα διαταραχών διάθεσης στην πλήρη τους έκφραση εμφανίζουν χαρακτηριστικά ιδιοσυγκρασίας που υποστηρίζουν έντονα την παρουσία γενετικού παράγοντα.^{79,80}

Όσον αφορά στους συγγενείς των ασθενών, η κυκλοθυμική ιδιοσυγκρασία εντοπίζεται συχνότερα σε συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με διπολική διαταραχή I, ενώ ακολουθούν άτομα με οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικών διαταραχών. Αυτή η κληρονομική επιβάρυνση ήταν πιο εμφανής στις γυναίκες. Με την οπτική ενός φάσματος της διπολικής διαταραχής, η κυκλοθυμική ιδιοσυγκρασία διανέμεται σε ανιούσα διάταξη σε υγιείς συγγενείς ασθενών από τη μονοπολική κατάθλιψη έως τις διπολικές διαταραχές,

Πίνακας 3. Περίληψη της σχέσης των κλινικών χαρακτηριστικών διπολικής διαταραχής με διαφορετικές ιδιοσυγκρασίες.

Κλινικά χαρακτηριστικά διπολικής διαταραχής	Ιδιοσυγκρασία
<i>Κλασική διπολική διαταραχή</i>	
Ευφορική/Μεγαλομανιακή	Υπερθυμική
Παρανοϊκή-Αγχώδης	Υπερθυμική
Αυξημένη ενέργεια/Μειωμένη ανάγκη ύπνου	Υπερθυμική
Μανιακοί ασθενείς με ή χωρίς ψυχωτικά στοιχεία	Υπερθυμική
Πιο συχνά επεισόδια μανίας και νοσηλείες και περισσότερα χαρακτηριστικά αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας	Υπερθυμική
Καταθλιπτική συμπτωματολογία	Καταθλιπτική
<i>Μικτά επεισόδια</i>	
Συμπτώματα ευερεθιστότητας-ανησυχίας	Υπερθυμική, καταθλιπτική
Μικτό επεισόδιο με ψυχωτικά στοιχεία	Υπερθυμική
Μικτό επεισόδιο χωρίς ψυχωτικά στοιχεία	Κυκλοθυμική
Μικτό επεισόδιο σε γυναίκες	Υπερθυμική, καταθλιπτική
<i>Συννοσηρότητα</i>	
Διαταραχή πανικού, αγοραφοβία και διαταραχή κοινωνικού άγχους	Κυκλοθυμική, αγχώδης
<i>Αυτοκτονικότητα</i>	
Απελπισία	Δυσθυμική, κυκλοθυμική και αγχώδης
Αυτοκτονικότητα	Ευερέθιστη
Διά βίου αυτοκτονικότητα	Κυκλοθυμική
Μη-βίαιη διά βίου αυτοκτονικότητα	Καταθλιπτική, κυκλοθυμική, ευερέθιστη, αγχώδης
<i>Τύποι διπολικού φάσματος</i>	
BD-II	Κυκλοθυμική
BD-II ½	Κυκλοθυμική, ευερέθιστη
BD-III	Καταθλιπτική
Άτυπη κατάθλιψη	Κυκλοθυμική, υπερθυμική
Διαταραχή διάθεσης όψιμης έναρξης (BD-VI)	Υπερθυμική, κυκλοθυμική και ευερέθιστη

πιθανόν διαμορφώνοντας μια σύνδεση μεταξύ μοριακής και συμπεριφορικής γενετικής.⁸¹ Παραδόξως, έχει αναφερθεί ότι οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου εμφανίζουν υψηλότερη υπερθυμική ιδιοσυγκρασία σε σύγκριση με τους συγγενείς διπολικών ασθενών.^{39,82} Αυτό το εύρημα συμφωνεί με τα παραπάνω, αλλά βρίσκεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλης έρευνας η οποία επισημαίνει ότι ασθενείς με διπολική διαταραχή Ι και οι συγγενείς τους είχαν σημαντικά υψηλότερη συχνότητα υπερθυμικής ιδιοσυγκρασίας από ότι η ομάδα ελέγχου.⁴⁰ Συγγενείς διπολικών ασθενών εμφάνισαν χαμηλότερη βαθμολογία στην κυκλοθυμική ιδιοσυγκρασία, αλλά υψηλότερη συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Ασθενείς και οι συγγενείς τους εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία στην αγχώδη ιδιο-

συγκρασία από ότι η ομάδα ελέγχου.⁸² Φαίνεται ότι η σύνθεση του δείγματος όσον αφορά στη διάγνωση μπορεί να καθορίσει το αποτέλεσμα, δίνοντας βαρύτητα στην καταθλιπτική, αγχώδη, ευερέθιστη ή κυκλοθυμική ιδιοσυγκρασία, αλλά όχι και την υπερθυμική η οποία μπορεί να είναι υψηλότερη στην ομάδα ελέγχου. Η παρουσία αυτών των τύπων ιδιοσυγκρασίας μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής των συγγενών των ασθενών με συναισθηματικές διαταραχές.⁸³ Τέλος, έχει διαπιστωθεί ότι χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως η «Αποφυγή Βλάβης» (Harm Avoidance) και ο χαμηλός «Αυτο-προσδιορισμός» (Self-directedness) είναι κληρονομικοί παράγοντες κινδύνου για μείζονα κατάθλιψη στα αδέρφια καταθλιπτικών ασθενών που δεν έχουν νοσήσει.⁸⁴

Διαταραχές προσωπικότητας και τύποι ιδιοσυγκρασίας

Συχνά είναι δύσκολο να γίνει ο διαχωρισμός μεταξύ «προσωπικότητας» από τη μία και «διπολικής διαταραχής» από την άλλη. Ειδικά εάν η διπολική διαταραχή έχει πολύ πρώιμη έναρξη με σύνθετα υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων.

Αρκετές από τις υποουδικές συναισθηματικές καταστάσεις που αποτελούν (subaffective disorders) υπάγονταν παλαιότερα σε κατηγορίες όπως «νευρωτική», «χαρακτηριολογική» και «υπαρξιακή» κατάθλιψη και πιο πρόσφατα στις διαταραχές προσωπικότητας. Οι μετρήσεις των «Δυσλειτουργικών Απόψεων» (Dysfunctional Attitudes) του Beck έχουν ισχυρή συσχέτιση με τον χαμηλό «Αυτοπροσδιορισμό» (Self-directedness), αλλά όχι με την ιδιοσυγκρασία. Οποιοσδήποτε τύπος ιδιοσυγκρασίας όπως μετρήθηκε από τον Cloninger μπορεί να χαρακτηρίζει άτομα που είναι καλά προσαρμοσμένα και κλινικά υγιή – είναι οι ατομικές διαφορές στον χαρακτήρα που καθορίζουν εάν ένα άτομο μπορεί να αυτορυθμίζει τα συναισθηματικά κίνητρα (ιδιοσυγκρασία) και επομένως να λειτουργεί με έναν υγιή προσαρμοστικό τρόπο ανεξάρτητα από το στρες.^{85,86}

Οι διαταραχές προσωπικότητας της ομάδας Β είναι πιο κοντά στις συναισθηματικές διαταραχές όσον αφορά στις κλινικές εκδηλώσεις. Ανάλογα με τον εξεταζόμενο πληθυσμό, από το μισό έως τα δύο τρίτα των περιπτώσεων μεταιχμιακής διαταραχής σύμφωνα με το DSM-III φαίνεται να αντιπροσωπεύουν υποουδικές εκφράσεις διαταραχής της διάθεσης, κυρίως στο όριο της διπολικής διαταραχής. Επίσης χαρακτηρίζονται από δυσθυμικές, ευερέθιστες και κυκλοθυμικές ιδιοσυγκρασίες ή αγχώδη-ευαίσθητη ιδιοσυγκρασία σε συνέχεια με τις υστεροειδείς, δυσφορικές και άτυπες καταθλιπτικές διαταραχές.⁸⁷ Αυτό ισχύει κυρίως για τους κυκλοθυμικούς διπολικούς II ασθενείς, οι οποίοι συχνά διαγιγνώσκονται λανθασμένα ως μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας εξαιτίας της μεγάλης συναισθηματικής αστάθειας.⁸⁸

Οι κυκλοθυμικοί διπολικοί II ασθενείς ήταν περισσότερο ιστριονικοί, παθητικο-επιθετικοί και λιγότερο ψυχαναγκαστικοί-καταναγκαστικοί όσον αφορά στις διαταραχές προσωπικότητας.⁵⁴

Συμπεράσματα

Η έννοια της ιδιοσυγκρασίας αναπτύχθηκε από την αρχαιότητα για τη διεξοδική κατανόηση του πώς λειτουργεί το ανθρώπινο σώμα και κυριότερα τι καθο-

ρίζει την ανθρώπινη συμπεριφορά. Οι διαφορετικές θεωρίες της ιδιοσυγκρασίας περιελάμβαναν βιολογικές ερμηνείες, φιλοσοφικές και ηθικές προσεγγίσεις καθώς και ψυχολογικά και κοινωνικο-πολιτισμικά στοιχεία. Επομένως, μεγάλος αριθμός πληροφοριών που αφορούν στον ασθενή συγκεντρώνεται κάτω από την ομπρέλα της έννοιας της ιδιοσυγκρασίας και είναι εύλογη η υπόθεση ότι χρησιμοποιώντας την ιδιοσυγκρασία και σχετικές με αυτήν έννοιες, μπορούμε να κατανοήσουμε την ψυχική ασθένεια με έναν πιο διεξοδικό τρόπο. Αυτό έχει μελετηθεί ειδικά για τις διαταραχές διάθεσης με γόνιμα αποτελέσματα, αν και αρκετά θέματα χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση.

Σχετικά με τις διαταραχές διάθεσης, ειδικές συναισθηματικές ιδιοσυγκρασίες μπορεί να αποτελούν παράγοντες ευαλωτότητας, ικανές να μεταβάλουν την κλινική εικόνα και πορεία της νόσου, υπολειμματικά σύνδρομα ή γενετικά καθορισμένες παραλλαγές των συναισθηματικών διαταραχών, ή ακόμη και πηγή δημιουργικότητας. Εάν αναλογιστούμε το θέμα της ιδιοσυγκρασίας με την ευρύτερη έννοια, οι ιδιοσυγκρασίες μπορεί να αποτελούν όλα τα παραπάνω σε διαφορετικές αναλογίες, ακόμη και στον ίδιο ασθενή.⁸⁹⁻⁹⁸ Οι συναισθηματικές ιδιοσυγκρασίες φαίνεται να σχετίζονται επίσης με το οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικών διαταραχών, σχηματίζοντας έτσι έναν ενδοφαινότυπο που γεφυρώνει τα γονίδια με τις συναισθηματικές διαταραχές.^{41,74,78,81,82} Κάτω από αυτό το πρίσμα θεώρησης των συναισθηματικών διαταραχών, γεννιέται η έννοια του διπολικού φάσματος με ισχυρές ενδείξεις για όλες τις πτυχές της έρευνας στην ψυχική υγεία και την παροχή φροντίδας.⁹⁹

Η έρευνα μέχρι τώρα επισημαίνει ότι οι υπερθυμικές και καταθλιπτικές ιδιοσυγκρασίες συνδέονται με την πιο «κλασική» διπολική εικόνα (δηλαδή ευφορία, μεγαλομανία, παρανοϊκό ιδεασμό, αντικοινωνική συμπεριφορά, αυξημένη ενέργεια και μειωμένη ανάγκη για ύπνο και καταθλιπτικά επεισόδια). Αντίθετα, οι κυκλοθυμικές και ευερέθιστες ιδιοσυγκρασίες συνδέονται με πιο σύνθετες εικόνες και ενδέχεται να προβλέπουν πτωχή απάντηση στη θεραπεία, βίαιη ή αυτοκτονική συμπεριφορά και υψηλή συννοσηρότητα. Συνύπαρξη ιδιοσυγκρασιών, ή παρείδυση ενός συναισθηματικού επεισοδίου σε μια ιδιοσυγκρασία αντίθετης πολικότητας οδηγούν επίσης σε σύνθετες κλινικές εκδηλώσεις και πιθανόν και σε πτωχή έκβαση. Συχνά αυτή η πτωχή έκβαση δεν αντανάκλα εγγενείς ιδιότητες της νόσου, αλλά την αδυναμία του θεραπευτή να κατανοήσει την ασθένεια και οργανώσει τη θεραπεία κατάλληλα.^{41, 44-51,58,59, 64-66,68} Η αξιολόγηση της ιδιοσυγκρασίας θα

μπορούσε να είναι ιδιαίτερα βοηθητική στην κατανόηση των διαφορών φύλου και τον αντίστοιχο θεραπευτικό σχεδιασμό.^{63,70,74,75}

Τελικά, το να διευρύνουμε την οπτική μας πάνω στη διάγνωση και τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής δεν αλλάζει απλώς ριζικά την κατανόηση της νόσου, αλλά οδηγεί επίσης και σε καλύτερη θεραπεία και έκ-

βαση των ασθενών και πιθανόν και σε εξοικονόμηση και αποδοτικότερη κατανομή των πόρων. Το να συμπεριληφθούν οι έννοιες της ιδιοσυγκρασίας και του διπολικού φάσματος στην τυπική εκπαίδευση των ειδικευόμενων ψυχιατρικής αποτελεί ένα κρίσιμο ζήτημα, ωστόσο ο τρόπος για να επιτευχθεί αυτό παραμένει μια πρόκληση.

The concept of temperament and its contribution to the understanding of the bipolar spectrum

I. Koufaki, V. Polizoidou, K.N. Fountoulakis

3rd Department of Psychiatry, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Greece

Psychiatriki 2017, 28:142–155

The present article attempts first to provide a historical overview of the concept of temperament, since its foundation by Polybos (4th century B.C.) and the school of Cos, its predominant role in the shaping of the anthropological and humanitarian sciences, until the modern theoretical formulations, such as those proposed by Robert Cloninger and Hagop Akiskal. Secondly, recent literature is presented, which suggests a strong link of different temperament structures to mental health and psychopathology. Hans Eysenck (1916–1997) was the first psychologist to establish approaches to personality differences and to distinguish three dimensions of personality: Neuroticism, Extraversion and Psychoticism. Eysenck was followed by McCrae and Costa who proposed that there are five basic dimensions of personality ("Big Five"). In the mid-1980s, Robert Cloninger developed a distinctive dimensional model of temperament and character traits. Hagop Akiskal emphasized on the affective components of temperament and their possible connections to mood disorders and creativity. Specifically, temperament assessment seems to help in differentiating between the relationship of various temperaments and the clinical manifestations of bipolar illness. Within the area of mood disorders, specific affective temperaments might constitute vulnerability factors, as well as clinical picture and illness course modifiers. Viewing mood disorders under this prism gives birth to the concept of the bipolar spectrum with major implications for all aspects of mental health research and providing of care. The hyperthymic and the depressive temperaments are related to the more 'classic' bipolar picture (that is euphoria, grandiose and paranoid thinking, antisocial behavior, psychomotor acceleration and reduced sleep and depressive episodes respectively). On the contrary cyclothymic, anxious and irritable temperaments are related to more complex pictures and might predict poor response to treatment, violent or suicidal behavior and high comorbidity. Unipolar disorder diagnosis is often changed due to the fact that a manic or mixed episode can occur after several years of treatment failure. In these cases the evaluation of temperament can prove to be effective in distinguishing between unipolar and bipolar depression and thus favoring treatment planning. In addition, temperament assessment changes the definition of bipolarity by supporting the concept of "bipolar spectrum". This is a factor that can lead to a rise in prevalence of bipolar cases. Furthermore, the evaluation of temperament has shifted our understanding of bipolarity towards the concept of the 'bipolar spectrum'. It has also led to an increase in the prevalence of bipolar disorder cases, notably bipolar II, and a decrease

in unipolar cases. Finally, incorporating the concept of temperament in our understanding of bipolar disorder constitutes a challenging issue, which can lead to better treatment and outcome of patients.

Key words: Temperament, personality, mood disorders, bipolar disorder, bipolar spectrum.

Βιβλιογραφία

- Eysenck HJ, Eysenck SB. A factorial study of an interview-questionnaire. *J Clin Psychol* 1962, 18:286–290, DOI: 10.1002/1097-4679(196207)18:3<286::AID-JCLP2270180311>3.0.CO; 2-U
- Eysenck SB, Adelaja O, Eysenck HJ. A comparative study of personality in Nigerian and English subjects. *J Soc Psychol* 1977, 102(Second Half):171–178, <http://dx.doi.org/10.1080/00224545.1977.9713261>
- Eysenck SB, Eysenck HJ. An Improved Short Questionnaire for the Measurement of Extraversion and Neuroticism. *Life Sci* 1964, 3:1103–1109, [https://doi.org/10.1016/0024-3205\(64\)90125-0](https://doi.org/10.1016/0024-3205(64)90125-0)
- Eysenck SB, Eysenck HJ. Physiological reactivity to sensory stimulation as a measure of personality. *Psychol Rep* 1967, 20:45–46, DOI: <https://doi.org/10.2466/pr0.1967.20.1.45>
- Eysenck SB, Eysenck HJ. The measurement of psychoticism: a study of factor stability and reliability. *Br J Soc Clin Psychol* 1968, 7:286–294, DOI: 10.1111/j.2044-8260.1968.tb00571.x
- Eysenck SB, Eysenck HJ. Scores on three personality variables as a function of age, sex and social class. *Br J Soc Clin Psychol* 1969, 8:69–76, DOI: 10.1111/j.2044-8260.1969.tb00588.x
- Eysenck SB, Eysenck HJ. The questionnaire measurement of psychoticism. *Psychol Med* 1972, 2:50–55, DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291700045608>
- Eysenck SB, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychol* 1977, 16:57–68, DOI: 10.1111/j.2044-8260.1977.tb01003.x
- Eysenck SB, Eysenck HJ, Shaw L. The modification of personality and Lie scale scores by special 'honesty' instructions. *Br J Soc Clin Psychol* 1974, 13:41–50, DOI: 10.1111/j.2044-8260.1974.tb00876.x
- Eysenck SB, White O, Eysenck HJ. Personality and mental illness. *Psychol Rep* 1976, 39:1011–1022, DOI: <https://doi.org/10.2466/pr0.1976.39.3.1011>
- McCrae RR, Costa PT Jr. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *J Pers Soc Psychol* 1987, 52:81–90, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.52.1.81>
- Markon KE, Krueger RF, Watson D. Delineating the structure of normal and abnormal personality: an integrative hierarchical approach. *J Pers Soc Psychol* 2005, 88:139–157, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.88.1.139>
- Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987, 44:573–588, DOI:10.1001/archpsyc.1987.01800180093014
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993, 50:975–990, DOI:10.1001/archpsyc.1993.01820240059008
- Constantino JN, Cloninger CR, Clarke AR, Hashemi B, Przybeck T. Application of the seven-factor model of personality to early childhood. *Psychiatry Res* 2002, 109:229–243, [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(02\)00008-2](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00008-2)
- Josefsson K, Jokela M, Cloninger CR, Hintsanen M, Salo J, Hintsanen T et al. Maturity and Change in Personality: Developmental Trends of Temperament and Character in Adulthood. *Development and Psychopathology*, 2012, DOI: <https://doi.org/10.1017/S0954579413000126>
- Akiskal HS, Placidi GF, Maramba I, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R et al. TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a nonpatient population. *J Affect Disord* 1998, 51:7–19, [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00152-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00152-9)
- McAdams DP, Pals JL. A new Big Five: fundamental principles for an integrative science of personality. *Am Psychol* 2006, 61:204–217, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.78.1.122>
- Rothbart MK, Ahadi SA, Evans DE. Temperament and personality: origins and outcomes. *J Pers Soc Psychol* 2000, 78:122–135, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.78.1.122>
- Akiskal H, Akiskal K. Epilogue. The Renaissance of the ancient concept of Temperament (with a focus on affective temperaments). In: Mai M, Akiskal H, Mezzich J, Okasha A (eds) *Personality Disorders: Wiley & Sons Ltd, 2005:479–500*, DOI: 10.1002/0470090383.epil
- Cloninger C, Svrakic D, Bayon C, Przybeck T. Measurement of psychopathology as variants of personality. In: Cloninger C (ed) *Personality and psychopathology*. Washington DC, American Psychiatric Press Inc, 1999:33–65
- Costa P, McCrae R. Personality disorders and the five-factor model of personality. *J Personal Disord* 1990, 4:362–371, <https://doi.org/10.1521/pedi.1990.4.4.362>
- Tellegen A, Grove W, Waller N. Inventory of Personality Characteristics #7 (IPC7). Minneapolis: University of Minnesota Department of Psychology, 1991
- Cattell R, Eber H, Tatsuoka M. The Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing, 1970
- Akiskal H, Akiskal K, Haykal R, Manning J, PD C. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *J Affect Disord* 2005, 85:3–16, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.12.001>
- Cohen P. Personality development in childhood: Old and new findings. In: Cloninger C (ed) *Personality and Psychopathology*. Washington DC, American Psychiatric Press Inc, 1999:101–127
- Maramba I, Akiskal H, Signoretta S, Liguori A, Perugi G, Cloninger C. The relationship of Kraepelinian affective temperaments (as measured by TEMPS-I) to the tridimensional personality questionnaire (TPQ). *J Affect Disord* 2005, 85:17–27, [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00099-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00099-5)
- Cloninger CR, Abou-Saleh MT, Mrazek DA, Moller H-J. Biological perspective on psychiatry for the person. *International Journal of Person-centered Medicine* 2011, 1:35, DOI: 10.5750/ijpcm.v1i1.35
- Friedman HS, Tucker JS, Tomlinson-Keasey C, Schwartz JE, Wingard DL, Criqui MH. Does childhood personality predict longevity? *J Pers Soc Psychol* 1993, 65:176–185
- Conley JJ. Longitudinal stability of personality traits: a multitrait-multimethod-multioccasion analysis. *J Pers Soc Psychol* 1985, 49:1266–1282, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.49.5.1266>
- Rosenbaum JF, Biederman J, Gersten M, Hirshfeld DR, Meminger SR, Herman JB et al. Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1988, 45:463–470, doi:10.1001/archpsyc.1988.01800290083010
- Biederman J, Rosenbaum JF, Hirshfeld DR, Faraone SV, Bolduc EA, Gersten M et al. Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1990, 47:21–26, DOI:10.1001/archpsyc.1990.0181030023004
- Rosenbaum JF, Biederman J, Hirshfeld DR, Bolduc EA, Faraone SV, Kagan J et al. Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders: results from a family study of children from a non-clinical sample. *J Psychiatr Res* 1991, 25:49–65, [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(91\)90015-3](https://doi.org/10.1016/0022-3956(91)90015-3)

34. Kagan J, Zentner M. Early childhood predictors of adult psychopathology. *Harv Rev Psychiatry* 1996, 3:341-350
35. Kagan J, Snidman N, Zentner M, Peterson E. Infant temperament and anxious symptoms in school age children. *Dev Psychopathol* 1999, 11:209-224
36. Biederman J, Hirshfeld-Becker DR, Rosenbaum JF, Herot C, Friedman D, Snidman N et al. Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *Am J Psychiatry* 2001, 158:1673-1679, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1673>
37. Kagan J, Snidman N, McManis M, Woodward S. Temperamental contributions to the affect family of anxiety. *Psychiatr Clin North Am* 2001, 24:677-688
38. Smoller JW, Yamaki LH, Fagerness JA, Biederman J, Racette S, Laird NM et al. The corticotropin-releasing hormone gene and behavioral inhibition in children at risk for panic disorder. *Biol Psychiatry* 2005, 57:1485-492, <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.018>
39. Evans L, Akiskal HS, Keck PE Jr, McElroy SL, Sadovnick AD, Remick RA et al. Familiality of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. *J Affect Disord* 2005, 85:153-168, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.015>
40. 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, 85:127-133, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.013>
41. Akiskal HS, Akiskal K, Allilaire JF, Azorin JM, Bourgeois ML, Sechter D et al. Validating affective temperaments in their sub-affective and socially positive attributes: psychometric, clinical and familial data from a French national study. *J Affect Disord* 2005, 85:29-36, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.009>
42. Akiskal HS, Mendlowicz MV, Jean-Louis G, Rapaport MH, Kelsoe JR, Gillin JC et al. TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *J Affect Disord* 2005, 85:45-52, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.012>
43. Karam EG, Salamoun MM, Yeretjian JS, Mneimneh ZN, Karam AN, Fayyad J et al. The role of anxious and hyperthymic temperaments in mental disorders: a national epidemiologic study. *World Psychiatry* 2010, 9:103-110, DOI: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00287.x
44. Pompili M, Rihmer Z, Akiskal HS, Innamorati M, Iliceto P, Akiskal KK et al. Temperament and personality dimensions in suicidal and non-suicidal psychiatric inpatients. *Psychopathology* 2008, 41:313-321, <https://doi.org/10.1159/000146069>
45. Oedegaard KJ, Syrstad VE, Morken G, Akiskal HS, Fasmer OB. A study of age at onset and affective temperaments in a Norwegian sample of patients with mood disorders. *J Affect Disord* 2009, 118:229-233, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.030>
46. Perugi G, Maremmani I, Toni C, Madaro D, Mata B, Akiskal HS. The contrasting influence of depressive and hyperthymic temperaments on psychometrically derived manic subtypes. *Psychiatry Res* 2001, 101:249-258, [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(01\)00232-3](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00232-3)
47. Perugi G, Akiskal HS, Rossi L, Paiano A, Quilici C, Madaro D, et al. Chronic mania. Family history, prior course, clinical picture and social consequences. *Br J Psychiatry* 1998, 173:514-518, DOI: 10.1192/bjp.173.6.514
48. Perugi G, Akiskal HS, Micheli C, Musetti L, Paiano A, Quilici C et al. Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader European definition in 143 cases. *J Affect Disord* 1997, 43:169-180, [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)01446-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)01446-8)
49. Dell'Osso L, Akiskal HS, Freer P, Barberi M, Placidi GF, Cassano GB. Psychotic and nonpsychotic bipolar mixed states: comparisons with manic and schizoaffective disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993, 243:75-81, DOI:10.1007/BF02191568
50. Cassano GB, Akiskal HS, Musetti L, Perugi G, Soriani A, Mignani V. Psychopathology, temperament, and past course in primary major depressions. 2. Toward a redefinition of bipolarity with a new semistructured interview for depression. *Psychopathology* 1989, 22:278-288, <https://doi.org/10.1159/000284608>
51. Cassano GB, Akiskal HS, Savino M, Musetti L, Perugi G. Proposed subtypes of bipolar II and related disorders: with hypomanic episodes (or cyclothymia) and with hyperthymic temperament. *J Affect Disord* 1992, 26:127-140, [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(92\)90044-7](https://doi.org/10.1016/0165-0327(92)90044-7)
52. Mendlowicz MV, Akiskal HS, Kelsoe JR, Rapaport MH, Jean-Louis G, Gillin JC. Temperament in the clinical differentiation of depressed bipolar and unipolar major depressive patients. *J Affect Disord* 2005, 84:219-223, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.01.013>
53. Akiskal HS, Hantouche EG, Lancrenon S, Allilaire JF, Sechter D, Azorin JM et al. Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). *J Affect Disord* 1998, 50:163-173, [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00112-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00112-8)
54. Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: "dark" and "sunny" expressions of soft bipolarity. *J Affect Disord* 2003, 73:49-57, [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00320-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00320-8)
55. Perugi G, Toni C, Maremmani I, Tusini G, Ramacciotti S, Madia A et al. The influence of affective temperaments and psychopathological traits on the definition of bipolar disorder subtypes: A study on Bipolar I Italian National sample. *J Affect Disord*, 2010, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.12.027>
56. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007, 64:543-552, DOI:10.1001/archpsyc.64.5.543
57. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011, 68:241-251, DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.12
58. Akiskal HS, Akiskal KK, Lancrenon S, Hantouche E. Validating the soft bipolar spectrum in the French National EPIDEP Study: the prominence of BP-II 1/2. *J Affect Disord* 2006, 96:207-213, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.03.011>
59. Akiskal HS, Akiskal KK, Lancrenon S, Hantouche EG, Fraud JP, Gury C et al. Validating the bipolar spectrum in the French National EPIDEP Study: overview of the phenomenology and relative prevalence of its clinical prototypes. *J Affect Disord* 2006, 96:197-205, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.05.015>
60. Perugi G, Akiskal HS, Lattanzi L, Cecconi D, Mastrocinque C, Patronelli A et al. The high prevalence of "soft" bipolar (II) features in atypical depression. *Compr Psychiatry* 1998, 39:63-71, [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(98\)90080-3](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90080-3)
61. Perugi G, Toni C, Traverso MC, Akiskal HS. The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. *J Affect Disord* 2003, 73:87-98, [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00329-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00329-4)
62. Akiskal HS, Hantouche EG, Bourgeois ML, Azorin JM, Sechter D, Allilaire JF et al. Gender, temperament, and the clinical picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN). *J Affect Disord* 1998, 50:175-186, [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00113-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00113-X)
63. Dell'Osso L, Placidi GF, Nassi R, Freer P, Cassano GB, Akiskal HS. The manic-depressive mixed state: familial, temperamental and psychopathologic characteristics in 108 female inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1991, 240:234-239, DOI: 10.1007/BF02189532
64. Azorin JM, Kaladjian A, Adida M, Hantouche E, Hameg A, Lancrenon S et al. Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: findings from a French National Cohort. *Compr Psychiatry* 2009, 50:115-120, <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.07.004>

65. Rihmer A, Rozsa S, Rihmer Z, Gonda X, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. *J Affect Disord* 2009, 116:18–22, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.024>
66. Azorin JM, Kaladjian A, Besnier N, Adida M, Hantouche E, Lancrenon S et al. Suicidal behaviour in a French Cohort of major depressive patients: characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord* 2010, 123:87–94, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.09.004>
67. Serafini G, Pompili M, Innamorati M, Fusar-Poli P, Akiskal HS, Rihmer Z et al. Affective temperamental profiles are associated with white matter hyperintensity and suicidal risk in patients with mood disorders. *J Affect Disord*, 2010, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.020>
68. Ng B, Camacho A, Lara DR, Brunstein MG, Pinto OC, Akiskal HS. A case series on the hypothesized connection between dementia and bipolar spectrum disorders: Bipolar type VI? *J Affect Disord* 2008, 107:307–315, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.08.018>
69. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to its Development and Use. St. Louis. Washington University Center for Psychobiology of Personality, 1994
70. Perugi G, Masetti L, Simonini E, Piagentini F, Cassano GB, Akiskal HS. Gender-mediated clinical features of depressive illness. The importance of temperamental differences. *Br J Psychiatry* 1990, 157:835–841, DOI: 10.1192/bjp.157.6.835
71. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychol Bull* 1994, 115:424–443, <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.115.3.424>
72. Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1999, 77:1061–1072, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.77.5.1061>
73. Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *Annu Rev Clin Psychol* 2011, 8:161–187, <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109>
74. Cassano GB, Akiskal HS, Perugi G, Masetti L, Savino M. The importance of measures of affective temperaments in genetic studies of mood disorders. *J Psychiatr Res* 1992, 26:257–268, [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(92\)90032-J](https://doi.org/10.1016/0022-3956(92)90032-J)
75. Hantouche EG, Allilaire JP, Bourgeois ML, Azorin JM, Sechter D, Chatenet-Duchene L et al. The feasibility of self-assessment of dysphoric mania in the French national EPIMAN study. *J Affect Disord* 2001, 67:97–103, [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00442-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00442-6)
76. Kendler KS. Social support: a genetic-epidemiologic analysis. *Am J Psychiatry* 1997, 154:1398–1404, <https://doi.org/10.1176/ajp.154.10.1398>
77. Kendler KS, Karkowski-Shuman L. Stressful life events and genetic liability to major depression: genetic control of exposure to the environment? *Psychol Med* 1997, 27:539–547
78. Hantouche EG, Akiskal HS. Toward a definition of a cyclothymic behavioral endophenotype: which traits tap the familial diathesis for bipolar II disorder? *J Affect Disord* 2006, 96:233–237, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.08.013>
79. Bertelsen A. A Danish twin study of manic-depressive disorders. *Prog Clin Biol Res* 1978, 24A:119–124, DOI: 10.1192/bjp.130.4.330
80. Bertelsen A, Harvald B, Hauge M. A Danish twin study of manic-depressive disorders. *Br J Psychiatry* 1977, 130:330–351
81. Chiaroni P, Hantouche EG, Gouvernet J, Azorin JM, Akiskal HS. 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, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.010>
82. Mendlowicz MV, Jean-Louis G, Kelsoe JR, Akiskal HS. 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, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.01.012>
83. Vazquez GH, Kahn C, Schiavo CE, Goldchluk A, Herbst L, Piccione M et al. Bipolar disorders and affective temperaments: a national family study testing the "endophenotype" and "subaffective" theses using the TEMPS-A Buenos Aires. *J Affect Disord* 2008, 108:25–32, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.09.011>
84. Farmer A, Mahmood A, Redman K, Harris T, Sadler S, McGuffin P. A sib-pair study of the Temperament and Character Inventory scales in major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60:490–496
85. Cloninger CR, Zohar AH. Personality and the perception of health and happiness. *J Affect Disord* 2011, 128:24–32, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.012>
86. Cloninger CR, Zohar AH, Cloninger KM. Promotion of well-being in person-centered mental health care. *Focus* 2010, 8:165–179, <https://doi.org/10.1176/foc.8.2.foc165>
87. Akiskal HS. The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 1994, 379(Suppl):32–37, DOI: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb05815.x
88. Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin North Am* 2002, 25:713–737
89. Akiskal HS, Cassano GB, Masetti L, Perugi G, Tundo A, Mignani V. Psychopathology, temperament, and past course in primary major depressions. 1. Review of evidence for a bipolar spectrum. *Psychopathology* 1989, 22:268–277, <https://doi.org/10.1159/000284607>
90. Akiskal HS. The childhood roots of bipolar disorder. *J Affect Disord* 1998, 51:75–76
91. von Zerssen D, Akiskal HS. Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. *J Affect Disord* 1998, 51:1–5
92. Akiskal HS. Temperament and mood disorders. *Harv Ment Health Lett* 2000, 16:5–6
93. Akiskal HS, Judd LL, Gillin JC, Lemmi H. Subthreshold depressions: clinical and polysomnographic validation of dysthymic, residual and masked forms. *J Affect Disord* 1997, 45:53–63, [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)00059-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00059-1)
94. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. A population-based twin study of major depression in women. The impact of varying definitions of illness. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49:257–266, doi:10.1001/archpsyc.1992.01820040009001
95. Maier W, Lichtermann D, Minges J, Heun R, Hallmayer J. The risk of minor depression in families of probands with major depression: sex differences and familiarity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992, 242:89–92, DOI: 10.1007/BF02191553
96. Remick RA, Sadovnick AD, Lam RW, Zis AP, Yee IM. Major depression, minor depression, and double depression: are they distinct clinical entities? *Am J Med Genet* 1996, 67:347–353, DOI: 10.1002/(SICI)1096-8628(19960726)67:4<347:AID-AJMG6>3.0.CO;2-J
97. Akiskal HS. Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *J Affect Disord* 2001, 62:17–31, [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00347-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00347-5)
98. Akiskal HS, Akiskal KK. In search of Aristotle: temperament, human nature, melancholia, creativity and eminence. *J Affect Disord* 2007, 100:1–6, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.04.013>
99. Akiskal HS. The Emergence of the Bipolar Spectrum: Validation along Clinical-Epidemiologic and Familial-Genetic Lines. *Psychopharmacol Bull* 2007, 40:99–115, DOI: 10.1002/1097-4679(196207)18:3<286:AID-JCLP2270180311>3.0.CO;2-U

Corresponding author: K.N. Φουντουλάκης, Av. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Οδουσσέως 6, 555 35 Πυλαία, Θεσσαλονίκη
Τηλ: 6945 776 935
e-mail: kfount@med.auth.gr