

**T.C.**  
**NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**MERAM TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ANKSİYETE BOZUKLUKLARI TANILI HASTALARDA PREMENSTRÜEL  
DİSFORİK BOZUKLUK KOMORBİDİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN  
ARAŞTIRILMASI**

**DR. HÜDA MURAT SOYAK**

**UZMANLIK TEZİ**

**KONYA, 2013**



**T.C.**  
**NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**MERAM TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ANKSİYETE BOZUKLUKLARI TANILI HASTALARDA PREMENSTRÜEL  
DİSFORİK BOZUKLUK KOMORBİDİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN  
ARAŞTIRILMASI**

**DR. HÜDA MURAT SOYAK**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: DOÇ. DR. FARUK UĞUZ**

**KONYA, 2013**

## TEŞEKKÜR

Bu çalıőmanın yűrűtűlmesinde yardımcı ve yol gűsterici olan Sayın Doç. Dr. Faruk UĐUZ'a teőekkűr ederim.

Uzmanlık eĐitimim boyunca eĐitimime katkıda bulunan Sayın Prof. Dr. Nazmiye KAYA'ya, Sayın Prof. Dr. Rahim KUCUR'a, Sayın Prof. Dr. Ali Savaő ÇİLLİ'ye ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Mine ŐAHİNGŲZ'e teőekkűr ederim.

Bu çalıőmaya katkılarından dolayı Sayın Dr. Gűkhan AÇMAZ ve Sayın Dr. Gűkmen ZARARSIZ'a teőekkűr ederim.

Beni daima sevgisi ile destekleyen deĐerli eőim Deniz SOYAK'a, gűzel kızlarım Ųzge ve Gamze'ye ve aileme teőekkűr ederim.

Dr. Hűda Murat SOYAK

KONYA 2013

## ÖZET

### Anksiyete Bozuklukları Tanılı Hastalarda Premenstruel Disforik Bozukluk Komorbiditesi ve ilişkili Faktörlerin Araştırılması

Dr. Hüda Murat SOYAK

Uzmanlık Tezi

Konya, 2013

**Amaç:** Bu çalışmada anksiyete bozuklukları tanısı ile izlenen hastalarda premenstruel disforik bozukluk ek tanısı ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlandı.

**Yöntem:** Çalışmaya Haziran 2012- Mart 2013 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre anksiyete bozuklukları tanısı konulan 18-40 yaş arası 183 kadın hasta alındı. Anksiyete bozuklukları DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış görüşme (SCID- I), PMDB ek tanısı ise DSM-IV tanı ölçütlerine göre yapılandırılmamış psikiyatrik görüşme ile konuldu.

**Bulgular:** Anksiyete bozuklukları tanılı 183 hastaların 57'si (%31,2) PMDB ek tanısı aldı. PMDB ek tanısı saptanan hastalarla saptanmayan hastalar arasında eğitim düzeyi ( $p=0,379$ ), medeni durum ( $p=0,685$ ), çalışma durumu ( $p=0,786$ ), aylık gelir ( $p=0,589$ ) ve evlilik yaşı ( $p=0,661$ ) açısından anlamlı bir fark saptanmadı. PMDB ek tanısı saptanan hastaların yaş ortalaması, PMDB saptanmayan hastalardan anlamlı olarak daha küçük bulundu. PMDB ek tanısı olan hastaların BKİ'si, olmayan hastalardan anlamlı olarak daha düşük bulundu ( $p=0,001$ ). PMDB saptanan hastalarda çikolata tüketimi saptanmayan hastalardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p=0,005$ ).

**Sonuç:** Çalışmanın bulguları psikiyatri polikliniğine başvuran anksiyete bozuklukları tanılı kadınlarda PMDB'nin nispeten yaygın olduğu ve bu hastalarda genç yaş, dismenore, fazla çikolata tüketiminin PMDB ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

## ABSTRACT

### **Investigation of Premenstrual Dysphoric Disorder Comorbidity in Patients Diagnosed with Anxiety Disorders and Related Factors**

**Dr. Hüda Murat SOYAK**

**Thesis of Speciality**

**Konya, 2013**

**Objective:** In the study, it was aimed to investigate the additional diagnosis of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) and related factors in patients followed-up with anxiety disorders.

**Method:** Between June 2012 and March 2013, 183 women aged between 18-40 and diagnosed with anxiety disorders according to DSM-IV-TR diagnostic criteria were admitted to the Psychiatry Department of Meram Medical School, Necmettin Erbakan University. Anxiety disorders were diagnosed with interviews (SCID-I) structured for DSM-IV axis I disorders; however, PMDD additional diagnosis was performed with psychiatric interviews V diagnostic criteria.

**Results:** Diagnosed with anxiety disorders, 57 (31,2%) of 183 patients were additionally diagnosed with PMDD. No significant difference was detected between those with and without PMDD as to level of education ( $p=0,379$ ), marital status ( $p=0,685$ ), profession ( $p=0,786$ ), level of monthly income ( $p=0,589$ ) and age of marriage ( $p=0,661$ ). Mean age rate of patients additionally diagnosed with PMDD was significantly lower than those undiagnosed with PMDD. Body Mass Index of those additionally diagnosed with PMDD was found to be significantly lower than those undiagnosed with PMDD ( $p=0,001$ ). Consuming chocolate was found to be significantly higher in patients with PMDD than those without PMDD ( $p=0,005$ ).

**Conclusion:** Our findings indicate that PMDD is relatively common in patients with anxiety disorders who are admitted to the psychiatry clinic, and younger age, dysmenorrhea and consuming much chocolate are related to PMDD.

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
<b>Teşekkür</b> .....	i
<b>Özet</b> .....	ii
<b>Abstract</b> .....	iii
<b>İçindekiler</b> .....	iv
<b>Tablolar</b> .....	v
<b>Kısaltmalar</b> .....	vi
<b>1. Giriş ve Amaç</b> .....	1
<b>2. Genel Bilgiler</b> .....	2
2.1 Anksiyetenin Tanımı.....	2
2.2 Panik Bozukluğu ve Agorafobi.....	4
2.3 Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	8
2.4 Sosyal Anksiyete Bozukluğu.....	9
2.5 Özgül Fobi.....	12
2.6 Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	15
2.7 Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu.....	18
2.8 Premenstrüel Disforik Bozukluk.....	22
<b>3. Gereç ve Yöntem</b> .....	34
3.1. Örneklem.....	34
3.2. Veri Toplama Araçları.....	34
3.3 Verilerin Toplanması ve Uygulama.....	36
3.4. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	36
<b>4. Bulgular</b> .....	37
<b>5. Tartışma ve Sonuç</b> .....	46
<b>Kaynaklar</b> .....	50
<b>Ekler</b>	

## TABLÖLAR

**Tablo 1:** Anksiyetenin bedensel, bilişsel ve davranışsal belirtileri

**Tablo 2:** Anksiyete bozukluklarının DSM-IV-TR’de sınıflandırılması

**Tablo 3:** DSM-IV-TR Panik atağı tanı kriterleri

**Tablo 4:** DSM-IV-TR Panik bozukluk tanı kriterleri

**Tablo 5:** DSM-IV-TR Agorafobi tanı kriterleri

**Tablo 6:** DSM-IV-TR Yaygın anksiyete bozukluğu tanı kriterleri

**Tablo 7:** DSM-IV-TR Sosyal anksiyete bozukluğu tanı kriterleri

**Tablo 8:** DSM-IV-TR Özgül fobi tanı kriterleri

**Tablo 9:** DSM-IV-TR Obsesif kompulsif bozukluk tanı kriterleri

**Tablo 10:** DSM-IV-TR Travma sonrası stres bozukluğu tanı kriterleri

**Tablo 11:** DSM-IV-TR Akut stres bozukluğu tanı kriterleri

**Tablo 12:** DSM-IV-TR Premenstruel disforik bozukluk tanı kriterleri

**Tablo 13:** Örneklemin sosyodemografik özellikleri

**Tablo 14:** Örnekleimde saptanan psikiyatrik bozukluklar

**Tablo 15:** PMDB ek tanısı alan ve almayan hastaların sosyodemografik özellikleri

**Tablo 16:** PMDB ek tanısı alan ve almayan hastaların beslenme özellikleri

**Tablo 17:** PMDB ek tanısı alan ve almayan hastalarda psikiyatrik bozukluklar

**Tablo 18:** PMDB ek tanısı alan ve almayan hastaların adet dönemi özellikleri

**Tablo 19:** PMDB ek tanısı alan ve almayan hastaların BAÖ ve BDÖ puanları

**Tablo 20:** PMDB ek tanısı alan ve almayan hastalarda premenstruel şikayetlerin özellikleri



## KISALTMALAR

<b>ark</b>	: Arkadaşları
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ASB</b>	: Akut stres bozukluğu
<b>BAÖ</b>	: Beck Anksiyete Ölçeği
<b>BDÖ</b>	: Beck Depresyon Ölçeği
<b>BKİ</b>	: Beden kitle indeksi
<b>CRH</b>	: Kortikotropin salgılatıcı hormon
<b>DSM-III-R</b>	:Mental Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı. Üçüncü gözden geçirilmiş baskı
<b>DSM-IV-TR</b>	: Mental Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı. Dördüncü baskı.
<b>GABA</b>	: Gama amino butirik asit
<b>GnRH</b>	: Gonadotropin salgılatıcı hormon
<b>HPA</b>	: Hipotalamik-Pitüiter-Adrenokortikal aks
<b>OKB</b>	: Obsesif kompulsif bozukluk
<b>ÖF</b>	: Özgül fobi
<b>PB</b>	: Panik bozukluğu
<b>PMS</b>	: Premenstrüel sendrom
<b>PMDB</b>	: Premenstrüel disforik bozukluk
<b>PRL</b>	: Prolaktin
<b>SAB</b>	: Sosyal anksiyete bozukluğu
<b>SSRI</b>	: Selektif serotonin reuptake inhibitörü
<b>SSS</b>	: Santral sinir sistemi
<b>TRH</b>	: Tirotropin releasing hormon
<b>TSH</b>	: Tiroid stimulan hormon

**TSSB** : Travma sonrası stres bozukluğu

**YAB** : Yangın anksiyete bozukluğu

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

En yaygın ruhsal bozukluklardan olan anksiyete bozuklukları ortalama % 25'i bulan yaşam boyu yaygınlık oranı ile önemli bir halk sağlığı sorunudur (Alkın 2007). Türkiye Ruh Sağlığı Profiline anksiyete bozukluklarının 12 aylık yaygınlığı %6,7 olarak bildirilmiştir (Kılıç 1998). Başta panik bozukluğu ve fobik bozukluklar olmak üzere anksiyete bozuklukları kadınlarda daha fazla görülmektedir. Buna karşın sosyal anksiyete bozukluğu her iki cinsiyette de benzer yaygınlıktadır (Alkın 2007). Genel olarak anksiyete bozukluklarının kadınlarda yaşamlarının her döneminde, erkeklerde ise erişkin yaşlarda daha sık gözlemlendiği, 50 yaşından sonra da azaldığı bildirilmiştir (Australian Bureau of Statistics 2007).

Anksiyete bozukluklarının kadınlarda daha sık görülmesinde onların erkeklere göre daha labil hormonal yapıya ve sosyal yaşam döngüsüne sahip olmaları rol oynayabilir. Örneğin menstrüel siklus sırasında östrojen ve progesteron gibi hormonlardan ani değişiklikler ve çeşitli ruhsal belirtiler olabilmektedir. Bu dönemde ortaya çıkan ruhsal bozukluklardan biriside Premenstrüel sendrom (PMS) ve daha şiddetli formu olan premenstrüel disforik bozukluktur (PMDB). PMS ve PMDB menstrüel siklusun ikinci yarısında, emosyonel ve fiziksel semptomlarla kendini gösteren kronik, siklik bir bozukluktur ve kadınlarda sıklıkla görülmektedir (Singhn 1998).

Epidemiyolojik çalışmalara göre PMDB ve yaşam boyu major depresif bozukluk tanısı arasında bir ilişkili olduğu ve PMDB'nin major depresyon riskini artırdığı bulunmuştur. PMDB tanısı almış bireylerin yarısından fazlasında yaşam boyu anksiyete ve duygudurum bozukluklarının görüldüğü bildirilmiştir. Yine premenstrüel dönemde obsesif kompulsif bozukluk, alkolizm, şizofreni, bipolar bozukluk, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklarda alevlenme olduğu, intihar riskinin arttığı bildirilmektedir (Halbreich 2003, Akdeniz 2007).

Kadınlarda hem anksiyete bozuklukları hem de PMDB'nin sıklığı oldukça yüksek olmasına rağmen anksiyete bozuklukları tanılı hastalarda PMDB komorbiditesini araştıran çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Bu çalışmada anksiyete bozuklukları tanılı hastalarda PMDB komorbiditesini ve ilişkili etmenleri araştırmak amaçlanmıştır.

## 2-GENEL BİLGİLER

### 2.1 Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete içsel veya dışsal bir tehdide göre orantısız, gerçek yönelimli, öznel ve nesnel bedensel belirtilerin eşlik ettiği, korku ve tedirginlik hali olarak tanımlanabilir. Korku ise dışarıdan gelebilecek kaynağı belli gerçek bir tehlikeye karşı ruhsal ve bedensel olarak verilen bir tepkidir (Alkın 2007). Korku, kaçma ve sakınma gibi özgün davranış biçimleri ile ilişkiliyken, anksiyete kaçınılmaz ve kontrol edilemez olarak algılanan bir tehdit algısının sonucudur (Ohman 2000).

Anksiyete strese karşı oluşan yanıtın önemli bir parçasıdır ve kişiyi tehlikeli bir durum karşısında eyleme geçmeye hazırlar. Günlük yaşamda karşımıza çıkan birçok durum (yabancı bir ortamda bulunmak, yeni insanlarla tanışmak, sınavlara girmek gibi) anksiyeteye neden olmaktadır. Dolayısıyla anksiyete her zaman patolojik değildir. Normal anksiyetenin kişiyi uyarıcı, koruyucu ve motive edici özellikleri vardır. Kişinin fiziksel ve psikolojik bütünlüğünü tehlikeye sokan durumlarla başa çıkabilmesine yardımcı olur. Bu tehlikelerin mutlaka yaşamı tehdit eder nitelikte olması da şart değildir. İnsanlarla olan ilişkilerimizi olumsuz etkileyecek olaylar veya durumlar da anksiyeteye neden olmaktadır. Anksiyetenin patolojik olduğuna karar verebilmek için, uyarının şiddeti ile ortaya çıkan anksiyetenin orantılı olmaması, zamanla azalmak yerine değişmemesi ya da şiddetlenmesi, klinik tabloya ağırlıklı olarak anksiyetenin fiziksel belirtilerinin hakim olması, kişinin anksiyeteye katlanamaması ve işlevselliğin bozulması gerekir. Bu durumda anksiyete kişinin mesleki, sosyal ve ailevi yaşantısını etkilemeye başlar, kişilerarası ilişkilerinde bozulmalara neden olur, gün içinde sık sık ortaya çıkar ve günün büyük bir bölümünü kaplar ve kişi bu durumu kontrol edemez hale gelir. Bu belirtilerin yanında tedirginlik, huzursuzluk, sıkıntı, gerginlik, , daralma, çabuk yorulma, odaklanma güçlüğü, kolay irkilme ve tetikte olma da gözlenir (Alkın 2007).

Anksiyeteye hemen her zaman bedensel, bilişsel ve davranışsal öğeler eşlik etmektedir (Tablo 1). Bedensel öğede kalp çarpıntısı, nefes alamama hissi, terleme, irritabilite ve uykusuzluk gibi belirtiler yer almaktadır. Bu belirtiler emosyonel duyular ile endokrin ve otonomik fonksiyonların ortak bir sonucudur. Anksiyete halinde kişide bu belirtiler tek tek görülebileceği gibi genellikle birkaçı birlikte görülür. Bazen bu belirtilerin bizzat kendisi kişide anksiyeteye neden olmaktadır. Bilişsel öğede ise endişeler, katastrofik düşünceler, obsesyonlar yer almaktadır. Anksiyete bozukluğu hastalarında etyoloji ne olursa olsun bilişsel

içerik tehlike odaklı olan, anksiyete uyarıcı veya var olan anksiyeteyi arttırıcı ve sürdürücü düşüncelerle doludur. Üçüncü öge ise anksiyetenin davranışsal boyutudur. İnsanlar kendileri için tehlikeli durumlardan, yerlerden ve olaylardan uzak durma eğilimindedirler. Bu kaçınma davranışına neden olur. Kaçınma kişide anksiyeteyi geçici olarak azaltırken, hastalığı sürdürücü işlev görmekte ve kaçınma davranışı ilerleyen dönemlerde yeni belirtilerin oluşmasına neden olmaktadır. Tüm anksiyete bozukluklarında bu üç öge her bozuklukta kendine özgü biçimde bulunmaktadır (Alkın 2007).

Tablo 1. Anksiyetenin bedensel, bilişsel ve davranışsal belirtileri

Bedensel	Bilişsel	Davranışsal
Çarpıntı	Endişeler	Motor huzursuzluk
Boğulma hissi	Katstrofik düşünceler	Kaçınma
Nefes alamama	İntrusif düşünceler-imgeler	Yardım arama
Göğüste sıkışma	Obsesyonlar	Kompulsiyonlar
Terleme	Flashbackler	
Titreme		
Baş dönmesi		
Sersemlik hali		
Hiperventilasyon		
Epigastrik rahatsızlık		
Hipertansiyon		
Kas ağrıları		
Pupil dilatasyonu		

Amerkika Birleşik Devletleri'nde yapılan Ulusal eştanı araştırması (NCS) verilerine göre; anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlık oranları kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2'dir (Kessler ve ark. 1994). Epidemiyolojik alan çalışması verilerine göre tüm anksiyete bozuklukları için bir yıllık yaygınlık %12,6, yaşam boyu yaygınlık %14,6'dır (Reiger ve ark. 1990). DSM-IV-TR'de anksiyete bozuklukları 12 başlık altında sınıflandırılmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Anksiyete bozukluklarının DSM-IV-TR' de sınıflandırılması

1. Panik bozukluğu, agorafobili
2. Panik bozukluğu, agorafobisiz
3. Agorafobi, panik bozukluğu öyküsü olmayan
4. Yaygın anksiyete bozukluğu
5. Sosyal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi)
6. Özgül fobi
7. Obsesif kompulsif bozukluk
8. Travma sonrası stres bozukluğu
9. Akut stres bozukluğu
10. Tıbbi bir duruma bağlı anksiyete bozukluğu
11. Madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu
12. Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu

## 2.2 Panik Bozukluğu ve Agorafobi

Panik bozukluğu (PB) nefes almada güçlük, çarpıntı, baş dönmesi, titreme, çıldırma-ölüm korkuları gibi çeşitli bedensel ve bilişsel belirtilerin ön planda olduğu, yineleyici ve beklenmedik panik ataklarla karakterize yaygın bir bozukluktur (Fyer ve ark. 1995).

Panik atağı başta panik bozukluğu olmak üzere birçok psikiyatrik ve fiziksel hastalıklar sırasında görülebilen ani ve beklenmedik şekilde ortaya çıkan yoğun bir anksiyete nöbetidir. Panik atak aniden başlar, genellikle 10 dakikada doruk noktasına ulaşır ve daha sonra şiddeti azalarak kaybolur. Panik atağı yaklaşık 15-20 dakika sürer. Hastalar panik atağı belirtilerini kalp krizi geçireceği, felç olacağı, bayılacağı, kontrolünü kaybedeceği şeklinde yorumlar. Ani gelişen bu somatik belirtiler kişide yoğun ölüm korkusuna neden olur. Her durum ve koşulda hatta uyku sırasında bile panik atak gelişebilir. Hastalar panik atak nedeniyle acil servise ve sıklıkla kardiyoloji ve nöroloji hekimine başvururlar (Bayraktar 2007).

Panik atağı tanısı için atak sırasında toplam 13 somatik ve bilişsel belirtiden en az dördünün korku duyusuna eşlik etmesi gereklidir (APA 2000) (Tablo 3).

Tablo 3. DSM-IV-TR Panik atağı tanı kriterleri

Aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha fazlasının) birden başladığı ve 10 dakika içinde en üst düzeye ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ve huzursuzluk döneminin olması:

1. Çarpıntı,
2. Terleme,
3. Titreme ya da sarsılma,
4. Nefes darlığı ya da boğulma hissi,
5. Soluk kesilmesi,
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi,
7. Bulantı ya da karın ağrısı,
8. Baş dönmesi, dengesizlik, sersemlik hissi ya da bayılacakmış gibi olma,
9. Derealizasyon ya da depersonalizasyon,
10. Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu,
11. Ölüm korkusu.
12. Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma hissi),
13. Üşüme ya da ateş basmaları gibi belirtilerdir.

Panik atağının başlangıcı, tetikleyen etkenlerin varlığı ya da yokluğuna dayanarak 3 farklı panik atak tipi belirlenmiştir (DSM-IV-TR 2000).

**1-Beklenmedik Panik Ataklar:** Herhangi bir tetikleyici neden olmaksızın aniden ortaya çıkan panik ataklardır. Panik bozukluğu tanısı konulabilmesi için kişide beklenmedik panik atakların olması gerekir.

**2-Duruma Bağlı Panik Ataklar:** Hemen her zaman panik atağını başlatan tetikleyici bir neden vardır. Bazen kişide panik atağını tetikleyici nedenle karşılaşma düşüncesi bile panik atağına neden olur. Hasta atakların ne zaman ve nerede olacağını genellikle önceden kestirebilir. Duruma bağlı panik ataklar özgül fobilerde ve sosyal anksiyete bozukluğunda görülmektedir. Bazen panik bozukluğunda duruma bağlı panik ataklar görülebilir.

**3-Durumsal Yatkınlık Gösteren Panik Ataklar:** Bu tür panik ataklar çoğunlukla tetikleyici bir durumla karşılaşma sonucunda ortaya çıkar ancak her zaman böyle tetikleyici bir durumla karşılaşma sonrasında da ortaya çıkması da gerekmez.

Panik bozukluğu yineleyen beklenmedik panik ataklar ile karakterizedir (Tablo 4). Ancak bozukluğun gidişi sırasında bazı koşullanmalar panik atakları durumsal yatkınlık gösteren veya duruma bağlı hale getirebilir (Onur ve ark. 2006).

Tablo 4. DSM-IV-TR panik bozukluğu (agorafobisiz) tanı kriterleri

---

Aşağıdakilerden hem (1) hem (2) vardır:

1. Yineleyen beklenmedik panik atakları
2. Ataklardan en az birini, bir ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler:
  - a. Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı
  - b. Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (ör. Kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak sıkıntı duyma.
  - c. Ataklarla ilgili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme

A- Agorafobinin olmaması

B- Panik atakları bir maddenin (ör. kötüye kullanılabilen bir ilaç, sağaltım için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (ör. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

C- Panik atakları, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

---

### **Agorafobi**

Agorafobi bir panik atağının ya da kalp çarpıntısı, nefes almakta güçlük, baş dönmesi gibi panik benzeri belirtilerin ortaya çıkması durumunda kişinin yardım almasının ya da kaçıp kurtulmasının zor olacağı ortam ve durumlarda bulunurken anksiyete yaşamasıdır (Bayraktar 2007).

Spontan panik ataklarının yarattığı tehdit ve tehlike algısı hastada bir dizi aktif kaçınma eylemini tetikler. Kişiler anksiyete ya da huzursuzluk yaratabilecek durumlar, yerler ya da olaylardan uzak durma eğilimindedirler. Bazen bu kaçma davranışı oldukça şiddetlidir ve kişi kaçtığı olaya veya duruma girmeye zorlandığında panik atağı yaşayabilir (Tablo 5).

Fobik kaçınma ve güvenlik arama davranışları anksiyeteyi geçici olarak yatıştırmakla birlikte, hastalığı sürdürücü işlev görmekte ve hatta bu davranışların kendisi yeni belirtiler üretmektedir. Hastalar, bu durumlardan kaçınırlar ya da ancak kendilerine eşlik eden biri olduğunda bu durumlara girebilirler veya bu durumlarda belirgin bir gerginlik yaşarlar.



Tablo 5. DSM-IV-TR agorafobi tanı kriterleri

**A.** Beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek ya da durumsal olarak yatkınlık gösteren bir panik atağının ya da panik benzeri belirtilerin çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı doğurabileceği) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma. Agorafobik korkular arasında özel bir takım durumlar vardır ki, bunlar arasında tek başına evin dışında olma, kalabalık bir ortamda bulunma ya da sırada bekleme, köprü üzerinde olma ve otobüs, tren ya da otomobille geziye çıkma sayılabilir.

**B.** Bu durumlardan kaçınılır (örn. geziler kısıtlanır) ya da panik atağı ya da panik benzeri belirtiler olacak anksiyetesiyle ya da yoğun bir sıkıntıyla bu durumlara katlanılır ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinim duyulur.

**C.** Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, sosyal fobi (örn. utanacak olma korkusuyla giden toplumsal durumlarla sınırlı kaçınma), özgül fobi (örn. asansör gibi tek bir durumla sınırlı kaçınma), obsesif-kompulsif bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), travma sonrası stres bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılardan kaçınma) ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu (örn. evden ya da akrabalarından ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Genellikle agorafobinin gelişimi panik ataklarının sonucu olduğu kabul edilmektedir. Toplum çalışmalarında paniksiz agorafobi oranları çok düşüktür. Panik bozukluğu hastalarının 1/3 ile 3/4'ünde agorafobi eşlik etmektedir. Agorafobinin varlığı panik bozukluğunun şiddetini, yeti yitimini ve eş tanı oranlarını önemli ölçüde artırmaktadır. Agorafobi hastaların yaşam biçimini değiştirir. Hastalar güvenli bir bölge arayışına girerler. Agorafobi şiddetli ise, kişiyi eve ya da bazı kişilere bağımlı hale getirir. Hastalığın gidişi sırasında bazı olgularda panik atakları kaybolunca agorafobi de kaybolmakta, bazı olgularda ise agorafobi panik atağının varlığıyla ilişkisiz olarak devam etmektedir (Onur ve ark. 2006).

### **Eştanı**

Panik bozukluğuna eşlik eden yüksek oranlarda tıbbi durum ya da psikiyatrik bozukluk eştanısı bulunmaktadır. Panik bozukluğu hastalarında diğer ruhsal bozukluklar çok sık görülmektedir. Birinci basamakta saptanan panik bozukluğu hastalarının %70'inin psikiyatrik bir eştanı aldığı bildirilmiştir (Roy-Byrne ve ark. 1999). En sık eştanılar majör depresyon, diğer anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk, alkol ve madde kullanım bozukluklarıdır. Hastada başlangıçta beklenmedik panik atağı öyküsünün olması hemen her zaman panik bozukluğu tanısını düşündürür. Eğer hastanın panik atakları yalnızca durumsal ise, yani

beklenmedik panik atakları yoksa atağın oluştuğu koşullara göre diğer anksiyete bozuklukları ayırıcı tanıda düşünölmelidir (Onur ve ark. 2006).

### 2.3 Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) birçok fiziksel hastalıkla yaygın olarak birlikte bulunabilen kronik bir anksiyete bozukluğudur. Hastalarda birçok olay veya etkinlik hakkında aşırı bir anksiyete hali mevcuttur. Hastalar kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı, bir endişe duygusu tanımlar. Anksiyete, çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan panik derecesine varan bir yelpazede yer alabilir. Bozukluğun belirtileri iki ana kategoriden oluşmaktadır. Birincisi yaygın, hoş olmayan belirsiz bir tehlike beklentisi ve endişe hali; ikincisi ise fiziksel belirtilerdir (Çorapçioğlu ve ark. 2007).

DSM-IV-TR'ye göre YAB tanısı koymak için bu belirtilerin 6 ay boyunca hastada görülmesi gerekmektedir (APA 2000) (Tablo 6).

Tablo 6. DSM-IV-TR Yaygın anksiyete bozukluğu tanı kriterleri

- 
- A. En az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başarı gibi) aşırı anksiyete ve üzüntü (endişeli beklentiler) duyma.
- B. Kişi, üzüntüsünü kontrol etmeyi zor bulur.
- C. Anksiyete ve üzüntü, aşağıdaki altı belirtiden üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca hemen her zaman en azından bazı semptomlar bulunur).
- Not: Çocuklarda sadece bir maddenin bulunması yeterlidir.
- 1) Huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe
  - 2) Kolay yorulma
  - 3) Düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin durmuş gibi olması
  - 4) İrritabilite
  - 5) Kas gerginliği
  - 6) Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme)
- D. Anksiyete ve üzüntü odağı bir Eksen I bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir; örneğin, anksiyete ya da üzüntü bir panik atağı olacağı (Panik Bozukluğunda olduğu gibi), hastalık bulaşmış olma (Obsesif-Kompulsif Bozuklukta olduğu gibi), evden ya da yakın akrabalarından uzak kalma (Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğunda olduğu gibi), kilo alma (Anoreksiya Nervozada olduğu gibi), birçok fizik yakınmanın olması (Somatizasyon Bozukluğunda olduğu gibi) ya da ciddi bir hastalığın olması (Hipokondriyaziste olduğu gibi) ile ilgili değildir ve anksiyete ve üzüntü sadece Travma Sonrası Stres Bozukluğunda ortaya çıkmamaktadır.
- E. Anksiyete, üzüntü ya da fizik yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğın önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.
- F. Bu bozukluk bir maddenin ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağılı değildir ve sadece bir Duygudurum Bozukluğu, bir Psikotik Bozukluk ya da bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.
-

## **Epidemiyoloji**

YAB Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında 12 aylık dönem içinde kadınlarda %0,8, erkeklerde % 0.5 olarak bulunmuştur (Kılıç 1998). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ve tanı için DSM-III-R ölçütlerinin kullanıldığı Ulusal Eştanı Çalışması'nda (NCS) YAB'nin güncel yaygınlığı %1.6; bir yıllık dönemdeki yaygınlığı %3.1 ve yaşam boyu yaygınlığı %5.1 olarak bulunmuştur (Wittchen ve ark. 1994). YAB, yaşlılarda en yaygın olan anksiyete bozukluğudur. Yaşlılarda YAB panik bozukluğu ve fobilerden 3 kat; major depresyondan %20 daha fazla olarak bulunmaktadır. YAB'nin kadınlarda erkeklere kıyasla iki kat daha fazladır. Ayrıca işsizler, boşanmışlar, ayrı yaşayanlar, dullar ve 24 yaşın üzerindeki bireylerde bozukluk daha yaygın olarak görülmektedir. YAB'nin yaşam boyu yaygınlığı kentlerde ve düşük maddi gelir düzeyinde olanlarda daha yüksektir (Bayraktar 2006).

## **Eştanı**

YAB sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla özellikle diğer anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları ile birlikte bulunur (Kessler ve ark. 1998). YAB tanılı hastalarda agorafobili panik bozukluğu %3-%27, özgül fobi %21-%55, sosyal anksiyete bozukluğu %16- %59 oranında bulunmaktadır (Angst 1993). Hastaların %8-%39'da majör depresyon bulunmaktadır (Brawman ve ark. 1996).

Ulusal Eştanı Çalışması'nda YAB ile eş zamanlı olarak en sık birlikte bulunan psikiyatrik bozukluklar olarak major depresyon ve distimik bozukluk bulunmuştur. Bu bozuklukları sırasıyla alkol bağımlılığı, fobik bozukluklar, madde bağımlılığı ve panik bozukluğu izlemektedir (Kendler ve ark. 1992).

## **2.4 Sosyal Anksiyete Bozukluğu**

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) kişinin toplumsal ortamlarda mahcup ya da rezil olacağı, başkaları tarafından eleştirilebileceği kaygısı taşıdığı, bu konuda belirgin olarak sürekli korku duyduğu ve bu tür ortamlarda olabildiğince kaçındığı bir anksiyete bozukluğudur (Dilbaz 2007).

Uzun bir süre bu hastalığın normal bir kişilik özelliği veya aşırı utangaçlık gibi ele alınması SAB konusunun göz ardı edilmesine ve tedavisiz kalmasına yol açmıştır.

DSM-IV-TR tanı sisteminde sosyal fobide anksiyete belirtilerinin önemi vurgulanmış ve adı Sosyal Anksiyete Bozukluğu olarak değiştirilmiştir. Ayrıca bu tanının çocuklarda da konulabilmesi için yeni maddeler eklenmiştir (APA 2000) (Tablo 7).

Tablo 7. DSM-IV-TR SAB tanı kriterleri

- A. Sosyal ortamlarda ya da performans gerektiren durumlarda veya tanımadık insanlar önünde ortaya çıkan belirgin ve inatçı korku. Kişi burada aşağılanmasına veya utanmasına neden olacak biçimde davranacağından ya da anksiyete belirtileri göstereceğinden korkar.  
Not: Çocuklarda, tanıdık kişilerle yaşına uygun toplumsal ilişkilere girebilme becerisi olmalı ve anksiyete, yalnızca erişkinlerle olan ilişkilerde değil, akranlarıyla olan ilişkilerinde de ortaya çıkmalıdır.
- B. Korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur. Bu duruma bağlı veya durumsal olarak yatkınlık gösteren bir panik atağı biçimini alabilir.  
Not: Çocuklarda anksiyete ağlama, huysuzluk yapma, donakalma veya tanıdık olmayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak dışa vurulabilir.
- C. Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.  
Not: Çocuklarda bu özellik olmayabilir.
- D. Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.
- E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki işlevselliğini (ya da eğitimle ilgili olan), toplumsal etkinliklerini veya ilişkilerini bozar veya fobi olacağına dair yoğun bir sıkıntı vardır.
- F. 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.
- G. Korku veya kaçınma bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi amaçlı kullanılabilen bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkinliklerine veya genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental hastalıkla daha iyi açıklanamaz (örneğin, agorafobi ile birlikte olan veya olmayan panik bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu, yaygın bir gelişimsel bozukluk ya da şizotipal kişilik bozukluğu)
- H. Genel bir tıbbi durum veya başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçü-tünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir. Örneğin, kekemelik, Parkinson hastalığındaki titreme veya anoreksiya nervozadaki anormal yeme davranışına ait korku değildir.  
Varsa belirtiniz:  
*Yaygın:* Korkular, çoğu toplumsal durumları kapsıyorsa (Örneğin söyleşileri başlatma ve sürdürme, küçük topluluklara katılma, karşı cinsle çıkma, üstleriyle konuşma, partilere gitme).

SAB fiziksel, bilişsel ve davranış belirtileriyle karakterize bir hastalıktır. DSM-IV tanı sistemine göre B tanı ölçütünde korkulan durumla karşılaşmanın hemen her zaman anksiyete doğurduğu ve anksiyetenin duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösteren bir panik atağı biçimini alabileceği belirtilmiştir. Kişi korktuğu durumlarla karşılaşması için zorlandığında veya beklenmedik anda böyle bir durumla karşılaştığında yoğun anksiyete yaşar ve çeşitli bedensel belirtiler ortaya çıkar Bu belirtiler çarpıntı, tremor, terleme,

gastrointestinal rahatsızlık, diyare, kas gerginliği, yüz kızarması, konfüzyon gibi belirtilerdir (Dilbaz 2006 ).

SAB'ye sıklıkla eşlik eden özellikler arasında eleştirilmeye, olumsuz biçimde değerlendirilmeye ya da reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık, haklarını savunmada güçlük çekme ve benlik saygısında düşüklük ya da aşağılık duyguları yer alır. Bu kişiler sınava girme gibi, başkalarınca dolaylı olarak değerlendirilecekleri durumlardan da çoğu zaman korkarlar. Toplumsal becerilerde yetersizlikler gösterebilirler ya da anksiyetenin gözlenebilir bulguları ortaya çıkabilir. Sınav anksiyetesi ya da sınıf içi katılımdan kaçındıkları için okulda yeterince başarı gösteremezler. Bir grubun önünde, toplum önünde ya da üstleriyle meslektaşlarıyla konuşurken anksiyete duydukları ya da konuşmaktan kaçındıkları için işlerinde yeterli başarı gösteremeyebilirler. Toplumsal destek sistemleri zayıftır ve karşı cinsle ilişkide de sorun yaşadıkları için genelde evlenmezler. Olgular ağırlaştıkça okuldan atılma, işsiz kalma, iş görüşmesi yapamama gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Aile ortamı gibi dar bir ilişki alanında kalabilirler. SAB'de kişi korkularının aşırı ya da anlamsız olduğunun farkındadır. Ayrıca bu kişiler korku duydukları durumlardan genelde kaçınırlar. Daha az sıklıkla, kişi toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği duruma katlanmaya kendisini zorlar; ancak bu sırada yoğun bir anksiyete yaşar (Dilbaz 2006).

### **Epidemiyoloji**

ABD'de yapılmış olan epidemiyolojik ve topluma dayalı çalışmalarda, SAB'nin yaşam boyu görülme yaygınlığı %2.4-%13 arasında saptanmıştır. Bu verilere göre major depresif bozukluk ve alkol bağımlılığından sonra SAB en sık görülen üçüncü sıradaki bozukluktur (Dilbaz 2007).

Ülkemizde üniversite öğrencilerinde DSM-III-R tanı ölçütlerine göre yapılan bir çalışmada SAB tanısı konulanların yüzdesini %22 olarak saptamıştır.(Dilbaz 2002).

SAB tanısı konmuş hastalar genellikle genç, bekar, kadın, eğitim ve gelir düzeyi düşük ve düzenli işi olmama eğilimi gösteren hastalardır. Yapılan çalışmalarda, hastalığın başlangıç yaşının 15 yaş ve hastalık süresinin yaklaşık 19 yıl olduğunu bulunmuştur (Davidson ve ark. 1993).

### **Eştanı**

SAB'nin diğer psikiyatrik hastalıklar ile birlikteliği siktir. Eştanının olması, SAB'nin daha şiddetli seyretmesine ve tedaviye yanıtın daha kötü olmasına neden olur (Dilbaz 2006).

Hastalığın başlangıç yaşı ne kadar erken ise, eşanı görülme oranı o derecede artmaktadır (Wittchen ve ark. 1999). SAB ile en sık birlikte görülen bozukluklar; diğer anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır (Mennin ve ark. 2000). Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda eşanı oranı %67 olarak bulunmuştur (Gökalp ve ark. 2001). SAB'de en sık görülen eşanılar, özgül fobi, agorafobi ve panik bozukluğudur. Yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu ise göreceli olarak daha az görülen bozukluklardır. Depresyon ve alkol bağımlılığı SAB'ye sıklıkla eşlik eden diğer bozukluklardır (Dilbaz 2006).

## 2.5 Özgül Fobi

Özgül fobi (ÖF), sosyal fobi ve agorafobi için tanımlanan durumlar dışında kalan durumlar veya nesnelere duyulan mantıksız ve aşırı korku duyma halidir (Kılıç 2006). DSM-IV-TR (2000)'de özgül fobiler anksiyete bozuklukları başlığı altında sınıflandırılmış ve fobik uyarının tipine göre beş alt gruba ayrılmıştır.

**1-Hayvan Tipi:** Korkuyu hayvanlar ve böcekler başlatmaktadır. Bu alt tip genellikle çocukluk çağında başlamaktadır.

**2-Doğal Çevre Tipi:** Korkuyu yüksek yerler, su, fırtına gibi doğal çevredeki nesnelere başlatmaktadır. Bu alt tipin de başlangıcı genellikle çocuklukta olmaktadır.

**3-Kan- Enjeksiyon- Yara Tipi:** Korkuyu kan, yara görmek veya enjeksiyon olmak gibi durumlar başlatmaktadır. Bu alt tip aileseldir ve çoğunlukla güçlü vazovagal tepki ile birlikte görülür.

**4-Durumsal Tip:** Korku toplu taşıma araçlarında, tünellerde, köprülerde, asansörde bulunma, uçak yolculuğu yapma, araba kullanma, kapalı yerlerde kalma gibi durumlarda ortaya çıkmaktadır. Bu alt tipin başlangıç yaşı iki kez pik yapmaktadır. Birinci pik çocuklukta, ikinci pik ise yirmili yaşların ortalarında olmaktadır.

**4-Diğer Tip:** Tıkanıp boğulmaktan, soluğun kesilmesinden, kusmaya ya da hastalığa yakalanmaya yol açabilecek durumlardan, yüksek ses ya da masal kahramanlarından korkma ile belirli özgül fobi alt tipidir. Boğulma korkusu beslenme bozukluğu oluşturacak şiddette olabilir.

Bunlara ek olarak literatüre 500'den fazla tanımı yapılmış fobi bulunmaktadır. Ayrıca her bir alt grubun başlama yaşı, başlangıç tipi (travmatik ve travmatik olmayan), fizyolojik tepki (bazı durumsal fobiklerin karbondioksit zorlama (challenge) testine pozitif yanıt vermesi, kan-

yaralanma fobisi olanların hepsinde bradikardi ve hipotansiyon görülmemesi gibi) gibi konularda farklılıklar vardır (Cansever 2007).

Özgül fobisi olan hastalar genellikle fobik nesne ya da durum karşısında zarar göreceklelerinden endişe duyarlar. Özgül fobilerin en önemli özelliği kişinin korku duyduğu durumun oldukça belirli ve sınırlı olmasıdır. Ancak kişi fobik nesne ve durumla karşılaşmadan da anksiyete yaşayabilir (Tablo 8). Korkulan durumu düşünmek, imgelemekle veya karşılaşma öncesinde de kişi korku duyabilir. Fobik durumda yaşanacak korku beklentisi ciddi kaçınmaya yol açabilir. Kaçınma, bazı kişilerde anksiyeteyi başarılı biçimde kontrol etmeyi ve nispeten sorunsuz bir hayat sürmeyi sağlayabilir. Bazı durumlarda ise kaçınma yeterli olmaz veya kaçınmanın kendisi aşırı olduğu için kişinin yaşam kalitesini ciddi biçimde etkileyebilir. Birçok özgül fobik hasta fobik nesneyle ilgili olarak korkuya ek olarak güçlü bir iğrenme duygusu tarif eder. Özellikle kan-yaralanma fobisi ve hayvan fobilerinde bu durum oldukça yaygındır. Her ne kadar tanı ölçütlerinde korkunun saçmalığı ve mantıksızlığına vurgu yapılsa da, bazı hastalar korkularının saçma ve abartılı olduğunu kabul etmemektedir (Kılıç 2006).

Tablo 8. DSM-IV-TR Özgül fobi tanı kriterleri

- 
- A- Özgül bir nesne yada durumun (uçakla seyahat etme, yüksek yerler, hayvanlar, enjeksiyon yapılması, kan görme gibi) varlığı ya da böyle bir durumla karşılaşacak olma beklentisi ile başlayan aşırı ya da anlamsız, belirgin ve sürekli korku.
  - B- Fobik uyarımlarla karşılaşma hemen her zaman birden başlayan bir anksiyete tepkisi doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağı biçimini alabilir. (çocuklarda anksiyete; ağlama, huysuzluk gösterme, donakalma, sıkıca sarılma olarak dışavurabilir.)
  - C- Kişi, korkusunu aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.(çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.)
  - D- Fobik durumdan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla buna katlanılır.
  - E- Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan durumda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.
  - F- 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.
  - G- Özgül bir nesne ya da duruma eşlik eden anksiyete, panik atakları ya da fobik kaçınma, OKB, TSSB, ayrılma anksiyetesi bozukluğu (okula gitmekten kaçınma gibi), sosyal fobi (utanacak olma korkusu yüzünden toplumsal durumlardan kaçınma gibi), agorafobi ile birlikte panik bozukluğu ya da panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
-

## **Epidemiyoloji**

Özgül fobi en yaygın ruhsal rahatsızlıklar arasındadır ve anksiyete bozuklukları içinde en sık görülenidir. Özgül fobinin yaşam boyu görülme sıklığı %11 civarındadır. En yaygın görülen tipleri arasında hayvan, yükseklik, kapalı yer, kan ve yaralanma, gök gürültüsü ve fırtına, karanlık, uçak fobisi sayılabilir (Cansever 2007). Ülkemizde yapılan ulusal ölçekli bir çalışmada erişkinlerde son bir yılda özgül fobi görülme oranı %4.2 bulunmuştur. Özgül fobi, kadınlarda erkeklere oranla 2.5 kat daha fazladır (Kılıç 1998). Özgül fobi yaygın olmasına rağmen tedavi için başvurma oranları oldukça düşüktür. Son bir yılda herhangi bir tedaviciye başvurma oranı %15.8'dir (Essau ve ark. 2000). Psikiyatri kliniklerinde de yalnızca özgül fobisi nedeniyle başvuran hasta sayısı çok azdır. Genellikle başka sorunları için gelen hastalarda fobiler tesadüfen saptanır. Başvurunun düşük olmasının başlıca nedenleri arasında fobilerin hastalık değil, huy veya kişilik özelliği olduğunun düşünülmesi, tedavisinin olmadığı sanılması sayılabilir. Bazen hastalığın temel özelliği başvurmayı kısıtlar. Örneğin kan ve yaralanma fobisi olan hastaların bir çoğu korktukları şeyleri hatırlatan bir ortam olan hastanelerden korkar ve bu nedenle tedaviye gelmek istemezler. Hastaların başarılı kaçınma taktikleriyle sorunsuz bir hayat yaşıyor olmaları da tedavi için başvuru azlığının diğer bir nedenidir.

Hastalığın gidişi genellikle süregendir. Özgül fobinin başlama yaşı ortalama 16.5'tir. Bazı hastalar belli bir yaşa gelinceye kadar özgül fobilerinin farkına varmamış olabilirler. Bunun nedeni ise o fobik ortamla hiç karşılaşmamış olmalarıdır (Kılıç 2006).

## **Eştanı**

Çalışmalarda birden fazla özgül fobi tipinin aynı anda bir arada bulunduğu gösterilmiştir (Arrindell 1980, Liddell ve ark. 1991). Hastaların % 26.4'ünde iki, %23,5'inde üç, %10.4'ünde dört ve %17.3'ünde aynı anda dörtten fazla fobi bulunmaktadır (Cansever 2007). Özgül fobilerin diğer ruhsal hastalıklarla birlikteliği de siktir. Ancak başka bir hastalıkla birlikte görüldüklerinde genellikle diğer bozukluk daha ciddidir. Özgül fobiye en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar majör depresyon, agorafobili panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğudur (Kılıç 2006). Çalışmalar sonucunda agorafobili panik bozukluğunda %20, sosyal anksiyete bozukluğunda %21 ve yaygın anksiyete bozukluğunda %19 oranında özgül fobi bildirilmiştir (Goisman ve ark. 1995).



## 2.6 Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), yineleyici obsesyonlar ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süreğen, kimi zaman da epizodik gidiş gösteren, hastanın işlevselliğini belirgin olarak bozan ruhsal bir hastalıktır (Tükel ve ark. 2006) (Tablo 9).

Obsesyon, kişide anksiyeteye neden olan, benlikle uyumlu olmayan (egodistonik), ısrarlı ve zorlayıcı bir biçimde akla gelen, kişi tarafından saçma ve anlamsız olarak görülen, tüm çabalara rağmen kişinin aklından atamadığı, yineleyici özellikte düşünce, dürtü ya da imgelerdir. Kişi, obsesyonlarını zihninin bir ürünü olarak görür. Kompulsiyonlar, kişinin, obsesyonlarına yanıt olarak ya da belirli kurallara göre gerçekleştirmek zorunda olduğunu hissettiği, yineleyici ve belirli bir amaca yönelik olan törensel davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Kompulsiyonlar, obsesyona eşlik eden anksiyeteyi gidermek, korku yaratan bir durumu etkisizleştirmek ya da önlemek üzere yapılır. Ancak, yapılan etkinlik, önlenmek istenen şeyle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da aşırıdır. Kişi, kompulsiyonlarını engellemeye çalıştığında yoğun bir anksiyete yaşar (Çorapçıoğlu 2007).

En sık görülen obsesyonlar bulaşma, kuşku, somatik, simetri, saldırganlık, cinsel ve dinsel obsesyonlardır. En sık görülen kompulsiyonlar kontrol etme, el yıkama, tekrarlama, sayma, biriktirme şeklindedir. Kompulsiyonlar; yineleyici tarzda dua etme, otomobil plakalarını ve evlerin yerini sayma, bazı kelimeleri belli sayılarda yineleme gibi zihinsel eylemler olarak da gözlenebilir (Tükel ve ark. 2006).

OKB hastalarında obsesyon ve kompulsiyonlar bir arada bulunabileceği gibi hastalarda sadece obsesyonlar veya sadece kompulsiyonlarda bulunabilmektedir. Bir alan çalışmasında, 411 OKB'li hastanın %91'inde "karma obsesyon ve kompulsiyonlar", %8.5'inde "ağırlıklı olarak obsesyonlar", %0.5'inde ise "saf kompulsiyonlar" saptanmıştır (Foa ve ark. 1995).

Tablo 9. DSM-IV-TR Obsesif Kompulsif Bozukluk tanı kriterleri

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:

1. Bu bozukluk sırasında, kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da imgeler görülür.
2. Düşünceler, dürtüler ya da imgeler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.
3. Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da imgelerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirme çabası içindedir.
4. Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da imgelerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre, yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemlerdir (örn. dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).
2. Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında kişi, bir zaman, obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan sosyal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D. Başka bir I. Eksen bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotilomaninin olması durumunda saç koparma üzerinde durma; Beden Dismorfik Bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir Madde Kullanım Bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; Hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir Parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da düşlemler üzerinde düşünüp durma ya da Major Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü az olan: O sıradaki epizotta çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa.

## **Epidemiyoloji**

ABD’de yapılan alan tarama çalışmalarında, OKB’nin yaşam boyu yaygınlığı %2,5 olarak bulunmuştur (Robins ve ark. 1984, Karno ve ark. 1988). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre 12 aylık bir sürede genel toplumda OKB görülme oranı % 0.5; kadınlarda % 0.6; erkeklerde ise % 0.2 olarak bulunmuştur (Kılıç 1998).

OKB tipik olarak geç ergenlikte ya da erken erişkinlikte başlamaktadır. Yapılan çalışmalarda hastalığın başlangıç yaşının 20’li yaşların başları olduğu bildirilmiştir (Tükel ve ark. 2005). Birçok çalışmanın ortak bulgusu, erkeklerde hastalığın kadınlara göre daha erken yaşlarda başladığıdır (Tükel ve ark 2004).

Erken başlangıcın OKB’de ayırt edici bir özellik olduğu belirtilmektedir. Erken ve geç başlangıçlı erişkin hastalar arasında obsesif-kompulsif belirtilerin şiddeti, dağılımı ve sayısı açısından farklılıkların olduğu bildirilmiştir. Araştırmalarda, erken başlangıçlı OKB hastalarında geç başlangıçlılara göre, kompulsiyonların obsesyonlardan daha önce ortaya çıktığı; obsesyon ve kompulsiyonların sayısının daha fazla, obsesif-kompulsif belirti şiddetinin daha yüksek olduğu; tedaviye yanıtın daha kötü olduğu belirlenmiştir (Rosario-Campos ve ark. 2001, Fontenelle ve ark. 2003, Millet ve ark. 2004).

Çalışmalarda, erişkin yaştaki OKB’li hastalarda kadın ve erkeklerin eşit bir dağılım gösterdiği bulunmuştur (Foa ve ark. 1995). Ayrıca kadın hastaların sıklığının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur. Kadın hastalarda daha yüksek oranda bulaşma obsesyonları ve temizleme kompulsiyonları; erkeklerde ise daha yüksek oranda cinsellik, saldırganlık, simetri obsesyonları ve tekrarlama, kontrol etme kompulsiyonları görülmektedir (Tükel ve ark. 2004).

OKB’de belirtiler genellikle yavaş bir başlangıç göstermektedir. Belirtilerin klinik olarak anlamlı bir düzeye gelmesi bazen yıllar alabilmektedir. Bununla birlikte, OKB’li hastaların bir kısmında belirtiler, gebelik ya da yakınıni kaybetme gibi psikososyal stresler nedenlerle ani bir başlangıç gösterebilir (Tükel ve ark. 2006).

## **Eştanı**

OKB hastalarında yapılan çalışmalar OKB’ye en az %50 oranında Eksen I bozukluklarının eşlik ettiğini ortaya koymuştur (Pigott ve ark. 1994). OKB hastalarında en yüksek oranda görülen Eksen I bozukluğu major depresyondur ve OKB hastalarında %30-43 oranlarında major depresyon eştanısı bulunmaktadır. Eştanılı OKB eştanısıza göre daha şiddetli seyretmektedir ve tedavi daha güç olmaktadır. (Tükel ve ark. 2002). Çeşitli

çalışmalarda, OKB hastalarının %40-%60'ının yaşam boyu diğer bir anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur (Rasmussen ve Tsuang 1986). OKB'ye en sık eşlik eden anksiyete bozuklukları ise panik bozukluğu, basit fobi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğudur (Yaryura-Tobias ve ark. 2000). Çeşitli araştırmalarda, OKB hastalarında bipolar bozukluğun sıklığı %2,7 - %21.5 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (Lensi ve ark. 1996).

## **2.7 Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu**

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), çok şiddetli bir ruhsal stres veya travmadan sonra ortaya çıkan bir bozukluktur. Ruhsal travma, kişinin veya yakınlarının fiziksel bütünlüğünü tehdit eden insanın deneyim sınırları dışındaki olaylara verdiği yoğun korku, dehşet ve çaresizlik olarak tanımlanır (Aker ve Önen 2006).

TSSB ile ilişkili travmatik olaylar arasında saldırıya veya tecavüze uğramak, kaza geçirmek, yaralanmak, ölümcül bir hastalığa yakalanmak, kaçırılmak veya ölümcül bir saldırıya uğramak, birinin öldürüldüğüne veya yaralandığına tanık olmak, işkence maruz kalmak veya tanık olmak, savaş ortamında bulunmak, deprem, sel baskını gibi doğal felaketleri yaşamak sayılabilir. Travmatik olayı doğrudan yaşamamanın yanı sıra, olaya tanık olmanında kişiler üzerinde TSSB'ye yol açtığı kabul edilmektedir (Aker ve Önen 2006).

Travmatik bir olay sonrası akut stres tepkileri yaygın olarak gözlenir ve bu tepkiler genellikle olayı takip eden bir ay içinde azalarak kaybolur. Ancak, öznel deneyimin yoğunluğu ve şiddeti, akut tepkilerin ortaya çıkmasını kolaylaştırmakla birlikte psikopatolojinin süregelenleşmesini de etkilemektedir (Aker ve Önen 2006). Çeşitli çalışmalarda travma sırasındaki korkunun şiddeti TSSB ile ilişkili bulunmuştur. Travma küçük ölçekli bile olsa travmatik olaya dair çok şiddetli bir korkunun yaşanması, TSSB gelişimini belirleyen önemli etmenlerdendir (Livanou ve ark. 2005).

TSSB tanısı için travmatik bir olayın yaşanması gerekli ancak tek başına yeterli değildir. DSM-IV-TR (2000)'de, TSSB travmatik bir olayı takip eden, yeniden yaşantılama, kaçınma ve küntleşme, aşırı uyarılmışlık belirtileri ile ortaya çıkan bir sendrom olarak tanımlanır. Bu belirtilerin en az bir ay süreyle devam etmesi ve önemli yaşam alanlarından en az birinde, kişinin işlevselliğinde klinik anlamda ciddi bir bozulmanın bulunması gerekmektedir (APA 2000) (Tablo 10).

Tablo 10. DSM-IV-TR Travma sonrası stres bozukluğu tanı kriterleri

- 
- A- Aşağıdakilerin her ikisinde bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır.
- (1) Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olay yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya kalmıştır.
  - (2) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. (Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler.)
- B- Travmatik olay aşağıdakilerden biri ya da daha fazlası yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır.
- (1) Olayı, elde olmadan tekrar tekrar anımsatan sıkıntı veren anılar; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır. (Çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler.)
  - (2) Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme
  - (3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme
  - (4) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma
  - (5) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme
- C- Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)
- (1) Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları
  - (2) Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları
  - (3) Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama
  - (4) Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması
  - (5) İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları
  - (6) Duygulanımda kısıtlılık
  - (7) Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama gibi)
- D- Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:
- (1) Uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük
  - (2) İrritabilite ya da öfke patlamaları
  - (3) Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmakta zorluk çekme
  - (4) Hipervijilans
  - (5) Aşırı irkilme tepkisi gösterme
- E- Bu bozukluk (B,C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.
- F- Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.
- Varsa belirtilecek ek hususlar:
- Akut:** Semptomlar üç aydan daha kısa sürerse
- Kronik:** Semptomlar üç aydan daha uzun sürerse
- Gecikmeli başlangıçlı:** Semptomlar, stres etkeninden en az 6 ay sonra başlamışsa.
-

DSM-IV-TR’de, üç aydan daha kısa süren TSSB belirtileri için akut TSSB, 3 aydan daha uzun süren TSSB belirtileri için kronik TSSB tanısını konur. TSSB travmatik olaydan 6 ay sonra ortaya çıktığında ise, hastaya geç başlangıçlı TSSB tanısı konulur (DSM-IV-TR 2000). Geç başlangıçlı TSSB’nin, aslında geç tanı konmuş TSSB vakaları veya travmatik stres belirtilerinin alevlendiği vakalar olduğuna düşünülmektedir. Solomon ve ark. bu hastaların aslında daha önceden çeşitli TSSB belirtilerini taşıdığını, ancak başka bir stresör ile belirtilerin şiddetinin artmasıyla kliniklere başvurduğunu belirtmiştir. Bu tanının konduğu bir grup hastanın ise, başka psikiyatrik tanılarla takip edildiği ve daha sonrasında TSSB tanısının konulduğu anlaşılmıştır (Solomon ve ark. 1989).

### **Akut stres Bozukluğu**

Travmaya maruz kalan kişilerde ilk 30 gün içinde gelişen normal ruhsal tepkiler ile, sağlıksız ruhsal tepkileri ayırt etmek amacıyla, DSM-IV-TR (2000)’de “akut stres bozukluğu” tanısı eklenmiştir. Akut stres bozukluğu (ASB), 2 ile 30 gün arasında ortaya çıkıp kaybolan aşırı stres belirtileri ile tanımlanmıştır ve ASB tanısı koyabilmek için kişide travma sonrasında beş disosiyasyon belirtisinden en az üçünün bulunması gerekmektedir (APA 2000) (Tablo 11).

Tablo 11. DSM-IV-TR Akut stres bozukluğu tanı kriterleri

- 
- A- Aşağıdakilerin her ikisinde bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır.
- (1) Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olay yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya kalmıştır.
  - (2) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.
- B- Sıkıntı doğuran olayı yaşarken ya da bu olayı yaşadktan sonra kişide aşağıdaki disosiyatif belirtilerden üçü (ya da daha fazlası) bulunur.
- (1) Öznel uyuşukluk, dalgınlık duyumları ya da duygusal tepkisizlik
  - (2) Çevrede olup bitenlerin farkına varma düzeyinde azalma
  - (3) Derealizasyon
  - (4) Depersonalizasyon
  - (5) Disosiyatif amnezi (travmanın tamamını ya da önemli bir bölümünü hatırlayamama)
- C- Travmatik olay şunlardan en az biri yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır: Göz önüne tekrar tekrar gelen görüntüler, tekrarlayan düşünceler, rüyalar, illüzyonlar (flashback), o yaşantıyı yeniden yaşar gibi olma ya da travmatik olayı anımsatan şeylerle karşılaşınca sıkıntı duyma.
- D- Travma ile ilgili anıları uyandıran uyaranlardan belirgin kaçınma (örneğin düşünceler, duygular, konuşmalar, etkinlikler, yerler, insanlar).
- E- Belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlık belirtileri (örneğin uyumakta zorluk çekme, irritabilite, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü, hipervijilans, aşırı irkilme tepkisi gösterme, motor huzursuzluk).
- F- Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur ya da bireyin travmatik yaşantısı aile bireylerine anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirmek ya da yardım almak gibi gerekeni yapmasının peşinde koşma yetisini bozar.
- G- Bu bozukluk en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkar.
- H- Bu bozukluk bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilir bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Kısa psikotik bozukluk olarak açıklanamaz ve daha önceden var olan Eksen I ya da Eksen II bozukluğunun sadece alevlenmesi değildir.
- 

### **Epidemiyoloji**

ABD’de yapılmış olan bir çalışmaya göre, dünyada 3 milyar insan çeşitli felaketlerden etkilenmiştir. İnsan eliyle yaratılan travmalar ise beklenildiğinden daha yaygındır. Çeşitli

kültürlerde yapılan çalışmalarda erkeklerin kadınlara göre daha fazla sayıda travmatik olaylarla karşılaştıkları saptanmıştır. Travmatik olaylarla yaşam boyu karşılaşma oranları erkekler için %61-%83 arasında değişirken, aynı oranlar kadınlar için %51-%74 arasındadır. Kadınlar daha çok cinsel travmalar ve çocukluk çağı kötüye kullanımı ile karşılaşırken, erkekler yangın, kaza, fiziksel saldırı, kaçırılma, tehdit ve savaş gibi olaylar yaşamaktadır (Breslau ve ark. 1997).

TSSB ile ilgili az sayıda epidemiyolojik alan çalışması vardır. TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığının %1-%12,3 arasında olduğu belirtilmektedir (Breslau ve ark. 1991, Resnick ve ark. 1993). ABD'de yapılan Ulusal Eşitlik Çalışmasında (NCS) TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı %7,8 oranında bulunmuştur (Kessler ve ark. 1995). Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaşam boyu TSSB oranı %14,6, çalışmanın yapıldığı dönemdeki TSSB oranı ise %11,7 bulunmuştur. (Tural ve ark. 2004).

Travmatik olay sonucu gelişen ruhsal sorunlar bakımından cinsiyetler arasında farklılıklar vardır. Kadınlarda TSSB görülme riski erkeklere göre iki kat fazladır. Farklı çalışmalarda bu oranlar kadınlarda %10,4-%19, erkeklerde ise %5-%10 arasında bulunmuştur. TSSB'nin gerek yaşam boyu gerekse noktasal yaygınlıkları kadınlarda daha fazladır. Hastalığın kronikleşmesi ise yine kadınlarda daha fazladır (Breslau ve ark. 1997). Doğal afetler sonrası yapılan TSSB çalışmalarında da hastalığın kadınlarda daha sık olduğu bulunmuştur. (Helzer ve ark. 1987).

Cinsel travmalarda, öznel yanıt açısından kadın ve erkek cinsiyetleri arasında belirgin bir fark olmadığı öne sürülmektedir. Bu nedenle, travmatik olayların nitelik farklılığı ve özellikle cinsel travmaların çok belirgin olumsuz etkileri nedenleriyle kadın ve erkeğin genel olarak travmalardan ne oranda etkilendiklerini söylemek güçleşmektedir (Davidson ve ark. 1991).

Doğal afetler sonrası TSSB yaygınlığı, genel olarak insan eliyle yapılan travmalardan daha düşüktür. Ancak, doğal afetleri inceleyen çalışmalar, afetten etkilenen daha büyük grupları kapsamakta ve doğrudan etkilenenlerin yanı sıra daha az şiddetteki travmatik olaylara maruz kalan grupları da içermektedir. Bu sebeple, doğal afetlerde bulunan TSSB yaygınlığının örnek seçimi sebebiyle daha düşük bulunabileceği düşünülmektedir (Galea ve ark. 2005).

## **2.2 Premenstrüel Disforik Bozukluk**

Premenstrüel sendrom (PMS) veya daha şiddetli formu olan premenstrüel disforik bozukluk (PMDB), menstrüel siklusun ikinci yarısında, emosyonel ve fiziksel semptomlarla



kendini gösteren kronik, siklik bir bozukluktur. PMS kadınların %30-80'ini etkilemektedir (Singhn ve ark. 2000).

Ovulatuvar fonksiyonlu kadınların çoğunda, menstrüel siklusun luteal fazında, normalde o kişide bulunmayan çeşitli semptomlar ortaya çıkmaktadır. Bu semptomlar arasında, memelerde hassasiyet, abdominal şişkinlik ve yeme alışkanlıklarında değişiklik sayılabilir. Bu semptomlar kişinin normal yaşamını etkilemezse “premenstrüel molimina” adını almaktadır (Kessel 2000). Bu semptomlar kişinin günlük yaşam aktivitelerini etkiler ve tıbbi yardım gerektirecek şiddette olursa patolojik kabul edilmekte ve premenstrüel sendrom olarak adlandırılmaktadır (Moline ve Zendel 2000). Ağır PMS DSM-III-R (1987)' de geç luteal faz disforik bozukluğu, DSM-IV-TR (2000)'de ise premenstrüel disforik bozukluk (PMDB) olarak adlandırılmıştır.

PMDB siklik overyen aktivite ile ilgili olduğu için prepubertal, postmenapozal ve gebelik döneminde görülmez. Kişide menstrüel siklusla ilgili organik bir patoloji olmamalıdır. Menstruasyon şart değildir. Overleri korunmuş histerektomi yapılmış kadınlara da PMDB tanısı konulabilir ancak ovulasyonun olması gereklidir. Ovulasyonun gerçekleşmediği sikluslarda görülmez. Bu nedenle overektomi yapılmış kadınlara PMDB tanısı konulamaz. Kişi folliküler fazda en az yedi gün tamamen asemptomatik olmalı ve menstrüasyonun başlaması ile semptomlar kaybolmalıdır. Semptomlar kişinin yaşam ve iş kalitesini etkileyecek düzeyde olmalıdır. Semptomlar en az iki menstrüel siklus boyunca görülmelidir (Acar 1996)

PMDB' de görülen en önemli semptomlar şu şekilde sıralanabilir:

1-Kognitif Semptomlar: Konsantrasyon bozukluğu, kararsızlık, unutkanlık.

2-Affektif Semptomlar: Üzüntü, huzursuzluk, gerginlik, anksiyete, kızgınlık, öfke, irritabilite, ajitasyon, depresyon, labil ruh hali

3-Diğer psikiyatrik semptomlar: İntihar düşünceleri, şüphecilik ve düşünce içeriği semptomları.

4-Ağrı: Baş ağrısı, memelerde hassasiyet, kas ve eklem ağrıları.

5-Nörovejetatif semptomlar: İnsomnia, hipersomnia, iştah değişiklikleri, halsizlik, letarji, libido değişiklikleri

6-Davranışsal semptomlar: Motivasyon azalması, toplumdan ve iş ortamından kaçma, iş verimliliğinde düşme.

7-Otonomik semptomlar: Bulantı, konstipasyon veya diyare, çarpıntı, terleme, sıcak basmaları.

8- Santral sinir sistemi: Baş dönmesi, parestezi, tremorlar.

9- Metabolik: Abdominal şişkinlik, ağırlık artışı, ekstremitelerde ödem, oligüri.

10- Dermatolojik: Akne, cilt ve saçlarda yağlanma, saçların kuruması, hirsütismus.

Bu semptomlardan başka PMDB ile ilgili 100'den fazla semptom tanımlanmıştır (Rubinow ve Roy-Byrne 1984). PMDB'de önde gelen psikolojik semptomlar, depresyon, irritabilite ve halsizliktir (Breaux ve ark. 2000). PMDB'li kadınların %75'inde labil ruh hali görülürken, üçte ikisinde luteal faz boyunca ağlama krizleri, %50'inde konsantrasyon güçlüğü ve unutkanlık bildirilmiştir. Daha sık rastlanan fiziksel semptomlar ise abdominal şişkinlik, baş ağrısı ve memelerde hassasiyettir. PMDB'li kadınların %48'inde luteal fazda gastrointestinal sistem değişiklikleri, %18'inde vazomotor flushing, %13'ünde ise kalp çarpıntılarını gözlenmektedir (Mortola 1992).

Tablo 12. DSM-IV-TR Premenstruel Disforik Bozukluk tanı kriterleri

---

A. Semptomların menstrüel siklusla ilişkili olması. Luteal fazın son haftasında başlayıp mens sonrası bulguların hafiflemesi.

B. Teşhis için aşağıdaki semptomlardan en az beş tanesi gereklidir ve semptomlardan biri mutlaka ilk dört esas semptomdan biri olmalıdır:

1. Belirgin depresif ruh hali
2. Belirgin anksiyete veya gerginlik
3. Sürekli ve belirgin kızgınlık veya tedirginlik
4. Duygusal değişkenlik
5. Her zamanki aktivitelere ilgisizlik
6. Konsantrasyon güçlüğü
7. Enerji eksikliği, halsizlik
8. İştah değişikliği, aşırı yeme arzusu (özellikle karbonhidratlı gıdalara karşı)
9. Uyku düzensizliği
10. Fiziksel semptomlar (memelerde hassasiyet, şişkinlik, baş ağrısı)

Bu kriterler, ardışık iki menstrüel siklus boyunca görülmelidir.

---

### **Epidemiyoloji**

Genel olarak yapılan çalışmalardan elde edilen verilerde; kadın popülasyonunun %70-%90'ının yaşamlarının belirli dönemlerinde premenstrüel yakınmaları olduğu,

%20-%40'ında semptomların fiziki ve zihinsel kapasiteyi etkileyecek şiddette olduğu, %5-%10'unda ise semptomların çok şiddetli düzeyde yaşandığı görülmektedir (Acar 1996, Atasü ve Şahmay 2000). PMDB yaygınlığı %2-%10 aralığında bildirilmektedir (Halbreich 2003). Bununla beraber birçok kadın bu menstrüel döneme özgü yakınmaları, kadınlığın doğal sonucu, katlanılması gereken bir durum olarak düşünmektedir. Bu nedenle PMDB'nin gerçek sıklığının saptamak zordur. Çeşitli toplumlardaki yaygınlığına ilişkin sağlıklı veriler bulunmamaktadır. Çeşitli geleneksel, kültürel nedenlerle kadınlığa, cinselliğe özgü durumların konuşulmaması, bu durumun bir yakınma olarak gündeme gelmesini ve tıbbi, bilimsel olarak değerlendirilip tedavi edilmesini güçleştirmektedir. Semptomların çok çeşitli olması ve geriye dönük olarak değerlendirilmesi yayınlanan çalışmalardaki karmaşıklığın önemli nedenlerindedir.

Kadınların yaklaşık %75'inde hafif düzeyde premenstrüel semptomlara rastlanmaktadır. Kadınların yaklaşık %40'ında sıklusla ilgili belirgin problemler tespit edilmiştir (Halbreich 2003). Premenstrüel şikayetler açısından kültürler arası farklılıklar mevcuttur. Premenstrüel semptomların prevalansı, Japon kadınlarında Türk ve Amerikan kadınlarına göre daha düşüktür (Woods ve ark. 1982).

Yapılan epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen verilere göre premenstrüel disforik bozukluk ve yaşam boyu major depresyon tanısı arasında bir ilişki olduğu ve PMDB'nin major depresyon riskini artırdığı bulunmuştur (Elliot 2002, Halbreich 2003). PMDB'lilerin yarısından fazlasında yaşam boyu anksiyete ve duygudurum bozukluklarının görüldüğü bildirilmiştir (Atasü ve Şahmay 2000). Yine premenstrüel dönemde obsesif kompulsif bozukluk, alkolizm, şizofreni, bipolar bozukluk, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklarda alevlenme olduğu, intihar riskinin arttığı bildirilmektedir. Bundan başka epilepsi, migren, çeşitli otoimmün hastalıklar, astım, fibromiyalji, multiple skleroz gibi rahatsızlıklar da premenstrüel dönemde alevlenme gösterebilmektedir (Limosin 2001, Elliot 2002, Halbreich 2003).

### **Patofizyoloji**

PMDB ile ilgili çalışmalar da birçok mekanizma üzerinde durulmasına rağmen halen, patofizyolojisine ışık tutabilecek tek bir etiyolojik faktör bulunamamıştır.

Etiyolojide rol oynadığı düşünülen faktörler şu şekilde özetlenebilir:

- 1- Genetik
- 2- Nörotansmitter işlevlerinde bozukluk

- a- Serotonin işlev bozukluğu
  - b- Endojen opiat peptidlerde azalma
  - c- GABA (Gama amino butirik asit) işlevinde yetersizlik
  - d- Noradrenerjik sistem aktivitesinde düzensizlik
  - e- Prolaktin (PRL) işlevinde düzensizlik
- 3- Gonadal hormonlar ve nörosteroidlerde işlev bozukluğu
  - 4- Hipotalamo-pituiter-adrenal (HPA) eksen aktivitesinde anormallik
  - 5- Tiroid fonksiyonlarında bozukluk
  - 6- Prostaglandin metabolizmasındaki dengesizlik
  - 7- Sıvı retansiyonu
  - 8- Vitamin ve mineral eksiklikleri: Pridoksin (vitamin B6), kalsiyum, magnezyum ve çinko eksikliği
  - 9- Hipoglisemi
  - 10- Psikososyal ve sosyokültürel faktörler

## **1- Genetik**

PMDB’de genetik faktörlerin rolü olabileceği düşünülmektedir. Annesinde PMDB olan kadınlarda %70 oranında PMDB geliştiği bildirilmiştir. Bu oran annesinde PMDB olmayanlarda %37’dir. Monozigot ikizlerde eş hastalanma oranı %93, dizogotik ikizlerde %44, kardeşlerde %31 olarak bildirilmiştir (Barbara ve ark. 2005).

## **2- Santral Sinir Sistemi Nörotransmitterleri**

PMDB’nin patofizyolojisinde serotonerjik sistem, opioid sistemi, GABA’erjik sistem, noradrenerjik sistem gibi santral sinir sistemi nörotransmitterleri ve PRL yer almaktadır (Halbreich 2003, Barbara ve ark. 2005)

### **A- Serotonin**

Serotonerjik sistem emosyonel durum ve davranışta önemli modülatörlerden biridir. Ayrıca uyku, iştah ve yeme davranışı, gastrointestinal motilite, cinsellik, duygudurum, dürtü kontrolü gibi birçok durumda da düzenleyici bir role sahiptir (Stahl 2003). Serotonerjik işlevdeki bozulma anksiyete bozuklukları, depresyon, dürtü kontrol bozukluğu, intihar davranışı ve yeme bozuklukları ile ilişkilidir (Sundstrom 1998). PMDB patogenezine yönelik yapılan son dönem çalışmaların büyük bir kısmı serotonerjik sistem üzerinde durmaktadır (Steiner 2000).

PMDB'nin karakteristik semptom ve seyriinin çoğunda serotoninin rolü olduğu düşünülmektedir (Eriksson 1990, Barbara ve ark. 2005). PMDB'deki azalmış dürtü kontrolü, depresif duygudurum, irritabilite ve artmış karbonhidrat isteğinin beyinde azalmış serotonin nörotransmisyonu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Rapkin 1992, Steiner 1997, Halbreich 2003). Ancak serotonerjik sistemin PMDB'de tam olarak nasıl bir rol oynadığı henüz ortaya konamamıştır (Rasgon ve ark. 2000, Inoue ve ark. 2007). Bugüne kadar yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen bilgiler PMDB'de serotonerjik sistemin nedensel olmaktan daha çok düzenleyici bir rol oynadığı yönündedir. PMDB'deki serotonerjik işlev bozukluğunun luteal fazla sınırlı olduğu, folliküler fazda bulunmadığı bunun da semptomatoloji ile uyumlu olduğu düşünülmektedir (Su ve ark. 1997). Yapılan çalışmalarda PMDB tanısı almış kadınlar ile kontrol grubu arasında periferik serotonin ölçümleri açısından farklılık bildirilmiştir (Ashby ve ark. 1990).

### **B- Opioid Sistemi**

Endorfinler biyojenik amin üretimini inhibe ederek, ruh hali, iştah ve susama gibi durumları değiştirebilirler. Endojen opioidler, arcuat nükleustaki GnRH salınımından sorumlu nöronları doğrudan inhibe ederek pulsatil gonadotropin salgılanmasının regülasyonunda önemli rol oynarlar (Taşkın ve ark. 1998). Bu etkilerinden dolayı endorfinlerin PMDB patofizyolojisinde rolleri olabileceği düşünülmüştür (Meczekalski ve Warenik 1995). Luteal fazda endojen opioid seviyelerinin ani olarak azalmasıyla irritabilite ve duygudurum değişikliklerinin meydana geldiği ileri sürülmektedir (Rapkin ve ark. 1996). Normal bir menstrüel siklusta  $\beta$ -endorfin seviyeleri luteal fazda artmakta, folliküler fazda ise azalmaktadır. Çalışmalarda PMDB'li kadınlarda  $\beta$ -endorfin seviyeleri periovulatuvar faz boyunca kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (Meczekalski ve Warenik 1995). Ayrıca  $\beta$ -endorfin ve östrojen düzeylerinin paralellik gösterdiği bilinmektedir. Östrojenler arttığı zaman  $\beta$ -endorfin miktarı da artmaktadır. Bazı araştırmacılar bu bilgiye dayanarak PMDB'deki vazomotor semptomları menapozdaki sıcak basmalarına benzetmişler ve PMDB'deki vazomotor semptomlardan hipoöstrojenemi sonucu düşük olan  $\beta$ -endorfin seviyelerini sorumlu tutmuşlardır (Chuong ve ark. 1994).

### **C- GABA Sistemi**

Beyinde bulunan ana inhibitör transmitter olan GABA, vitamin B6'nın (pidoksin) koenzim olarak rol aldığı reaksiyonla glutamik asitten meydana gelir. GABA aktivitesinin

anksiyete bozukluklarında ve major depresif bozuklukta düşük olduğu bildirilmektedir (Lyod ve ark. 1989, Halbreich 2003). PMDB'li olgularda da GABA'nın midfolliküler fazdan geç luteal faza geçişte düşüş gösterdiği bulunmuştur (Halbreichve ark. 1996, Elliot 2002). Bir benzodiyazepin olan alprazolam, luteal fazda 6 gün süreyle 0.25-4 mg/gün kullanılırsa PMDB'de iritabilite, anksiyete ve depresif duygudurumu azalttığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Freeman ve ark. 1995, Limosin 2001). Bu da GABA'nın PMDB patogenezindeki rolünü desteklemektedir.

#### **D- Noradrenerjik Sistem**

PMDB'de anormal  $\beta$ 2-adrenerjik reseptör regulasyonu olduğu düşünülmektedir (Gurguis ve ark. 1998). Yapılan çalışmalarda PMDB'de adrenalın ve noradrenalin seviyeleri kontrol grubuna göre daha yüksek tespit edilmiştir (Odink ve ark. 1990). Premenstrüel dönemde idrarda ve beyinde 3-metoksi 4-hidroksifenilglükol (MHPG) düzeyinin arttığı gösterilmiştir (Barbara ve ark. 2005). Bununla birlikte sadece noradrenerjik sistem üzerinden etki gösteren ilaçlar PMDB tedavisinde yarar sağlamamaktadır (Pearlstein 2002, Halbreich 2003).

#### **E- Prolaktin**

Prolaktin ile duygu durumu ve stres arasındaki ilişkinin yanı sıra prolaktinin, sodyum, potasyum ve sıvı retansiyonu üzerine olan etkileri, prolaktinin premenstrüel şikayetler ile olası ilişkisinin incelenmesine sebep olmuştur. Normal menstrüel siklus sırasında, dolaşımdaki prolaktin düzeyleri çeşitli araştırmacılar tarafından ölçülmüş ve serum prolaktin konsantrasyon paterninin, menstrüel siklus sırasında bifazik nitelikte olduğu anlaşılmıştır. Ovulasyon evresinde prolaktin düzeyinin pik yaptığı ve luteal evredeki ortalama prolaktin düzeyinin, folliküler evredekinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Mc Neily ve Chard 1974, Vekemans ve ark. 1977, Reid ve Yen 1981). Premenstrüel sendromlu kadınlarda prolaktin düzeylerinin siklus boyunca yüksek olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir hatta Benedek-Jaszmann (1976) prolaktinin etyolojideki en önemli faktör olduğunu ileri sürmüştür. Prolaktin salınımını inhibe eden bromokriptin, premenstrüel şikayetlerin sağaltımında kullanılmaya başlanmış, plasebo kontrollü dört çalışmada, bromokriptinin somatik semptomlar üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Wilson 1984).

### 3. Gonadal Hormonlar ve Nörosteroidler

Yapılan çalışmalar sonucunda PMDB patogenezinde kesin bir hormonal dengesizlik ortaya konamamıştır. Daha çok normal menstrüel siklus hormonal aktivitesine karşı santral sinir sisteminde artmış bir duyarlılığın olabileceği düşünülmektedir (Elliot 2002, Halbreich 2003). PMDB'nin siklik karakterli oluşu ve semptomların luteal fazda görülmesi, araştırmacıları seks steroid hormon düzeylerini incelemeye yöneltmiştir. Ancak çalışmalarda PMDB'li kadınlarla kontroller arasında östradiol, progesteron ve gonadotropin seviyeleri bakımından farklılık gösterilememiştir (Roca ve ark. 1996, Halbreich 2003). PMDB'de gonadal hormon düzeylerinde farklılık olmamasına rağmen bunların salınımındaki küçük dalgalanmaların semptomlara neden olabileceği düşünülmektedir (Halbreich 2003).

Çoğu araştırmacı üreme hormonlarındaki değişikliklerin PMDB'deki biyolojik yatkınlığı tetiklediğine inanmaktadır (Barbara ve ark. 2005). Allopregnanolon GABA reseptör sistemi ile ilişkiye girerek anksiyolitik etki gösteren bir progesteron metabolitidir. PMDB'li kadınlarda allopregnanolon seviyeleri kontrol grubuna göre belirgin olarak düşük bulunmuştur (Rapkin ve ark. 1997, Monteleone ve ark. 2000). Allopregnanolon seviyesindeki bir yetmezlik PMDB'de artmış anksiyete ile sonuçlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda SSRI'ların allopregnanolon sentezindeki enzimlerde değişiklik yaparak bu nörosteroidin düzeyini artırdığı ve bu yolla PMDB semptomlarında düzelmeye sağladığı ortaya konmuştur (Griffin ve Mellon 1996, Pearlstein 2002).

Androjenler agresyon ve akne artışına neden olmaktadır. Bu nedenle PMDB etiolojisinde yeri araştırılmıştır. Ancak PMDB'de artmış androjen düzeyleri ile ilgili bulgular sınırlıdır (Eriksson ve ark. 1992).

Nörosteroidler PMDB (Girdler ve ark. 2001), depresyon (Eşel 2002, Kartalcı ve Eşel 2004), anksiyete bozukluklarında, yeme bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, Alzheimer hastalığındaki agresif davranışlarda, hafızanın düzenlenmesinde, agresyonda ve alkol etkileri gibi birçok durumda işe karışmaktadır (Kartalcı ve Eşel 2004). Steroid hormonlar hücre içi reseptörlere bağlanarak gen ifadesinin düzenlenmesinde transkripsiyon faktörleri gibi rol oynarlar ve nöronal fonksiyonu etkilerler (Rupprecht ve Holsboer 1999, Eşel 2002). Bazı steroidler ise hücre yüzeyinde bulunan nörotransmitter reseptörleriyle etkileşerek nöronal uyarılabilirliği değiştirirler (Rupprecht ve Holsboer 1999).

#### 4. HPA Eksen Anormallikleri

PMDB ve major depresyon şiddet ve fenomenolojik olarak benzer özellikler taşır. (Warner ve ark. 1991). Major depresyonda HPA eksen aktivitesinde önemli değişiklikler olduğu bilinmektedir (Eşel 2002). DSM-IV-TR'de depresif bozukluklar içinde yer alan PMDB'de de HPA eksen aktivitesi oldukça sık çalışılmıştır. Ancak PMDB'de HPA eksenle ilgili bilgiler henüz major depresyondaki kadar kesinlik kazanamamıştır. PMDB'de HPA eksen ile ilgili literatür bilgilerine bakıldığında birbirinden farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda PMDB'li kadınlarda kortizol düzeyleri kontrollere kıyasla düşük (Rabin ve ark. 1990, Odber ve ark. 1998), normal (Bancroft ve ark. 1991, Su ve ark. 1997, Inoue ve ark. 2007) ya da yüksek (Rasgon ve ark. 2000) olarak bildirilmiştir. Major depresyonda HPA eksen aktivitesinde artış bildirilmiştir. Burada artan kortizol salınımı, depresyonun düzelmesiyle normale dönmektedir (Musselman ve Nemeroff 1996). Ayrıca depresyonlu bireylerde kortizolün bazal düzeylerinde artışın dışında normal sirkadiyen ritmi de bozulmuştur ve genellikle bu HPA eksen değişiklikleri depresyonu daha şiddetli olanlarda ve daha yaşlı olan depresyonlularda daha belirgindir (Beck- Friis ve ark. 1985). PMDB'de de kortizolün sirkadiyen ritminde bir bozulmanın olduğu bildirilmiştir (Parry ve ark. 2000).

PMDB'de menstrüel siklusun midluteal fazında, HPA eksenin glukortikoid geri bildirim düzenlenmesinin azaldığı, bu durumun irritabilite ve disfori gibi premenstrüel semptomlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Altemus ve ark. 1997). PMDB'de HPA eksen uyarım çalışmalarında da farklı sonuçlar elde edilmiştir. CRH uyarımına (Rabin ve ark. 1990, Facchinetti ve ark. 1994) ve psikolojik stresörlere (Marinari ve ark. 1976, Kirschbaum ve ark. 1999) artmış kortizol cevabı bildiren çalışmaların yanında, psikolojik (Collins ve ark. 1999) veya insülinle indüklenmiş hipoglisemi (Long ve ark. 2000), egzersiz (Galliven ve ark. 1997, Roca ve ark. 2003) gibi fizyolojik stresörlere yetersiz HPA eksen aktivitesi bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Ayrıca PMDB'li kadınlarda serotonerjik uyarıma kortizol cevapları açısından farklı bulgular bulunmaktadır. Serotonerjik uyarıma normal kortizol cevabı (Bixo ve ark. 2001) yanında azalmış cevap (Yatham 1993, Su ve ark. 1997) bildiren çalışmalar da vardır. Üstelik menstrüel siklusun fazları arasında da farklı cevapların olduğu dikkat çekmektedir. Folliküler fazda kortizol cevaplarını normal (Steiner ve ark. 1999, Rasgon ve ark. 2000), azalmış (Bancroft ve ark 1991, Veeninga ve ark. 1992) ya da artmış (Bancroft ve Cook 1995, Inoue ve ark. 2007) bulan çalışmalar vardır. Luteal fazda da normal (Rojansky ve ark. 1991, Bancroft ve Cook 1995, Steiner ve ark. 1999) ya da azalmış



(Bancroft ve ark. 1991, Su ve ark. 1997, Inoue ve ark. 2007) kortizol cevapları bildirilmiştir. Bütün bu verilerin ışığında PMDB’de HPA eksen aktivitesinde sadece artma veya azalma şeklinde bir bozukluktan çok, eksenin düzenlenmesinde bir aksaklık olduğu sonucuna varılabilir.

### **5- Tiroid Fonksiyonları**

Yapılan çalışmalarda kadınlarda, tiroid bezinin hacminde menstrüasyonla ilgili değişiklikler olduğu saptanmıştır. Luteal evrenin ikinci yarısında bez hacminde artış tespit edilmiştir (Hegedus ve ark. 1986). Yapılan bazı çalışmalarda ise, PMDD’li kadınlarda TRH’ya TSH yanıtının artmış olduğu gözlenmiştir (Roy-Bryne ve ark. 1987, Halbreich ve ark. 1988). Bununla birlikte literatürde PMDB’deki tiroid fonksiyonları ile ilgili bilgiler tutarsızdır (Schmidt ve ark. 1993, Korzekwa ve ark. 1996). Bu nedenle PMDB etiopatogenezinde tiroid fonksiyon bozukluğunun rolü olmadığı düşünülmektedir.

### **6- Prostaglandinler**

Prostaglandinler termoregülasyonu etkilemekte, baş ağrısı, irritabilite, konsantrasyon güçlüğü, sedasyon, kapiller permeabilitede artış gibi semptomlara neden olabilmektedir. Prostaglandinlerin SSS’deki mediyatör rolü, kapiller permeabilite üzerine etkisi, prolaktin salgılanmasını arttırıcı etkilerine dayanılarak, prostaglandinsentetaz inhibitörleri premenstrüel sendrom tedavisinde kullanılmıştır ve dismenore ile ona eşlik eden baş dönmesi, bulantı, fenalık hissi gibi semptomların giderilmesinde etkili bulunmuştur (Harrison ve ark. 1985). Etki mekanizması prostaglandin sentezini inhibe etme ve prostaglandin reseptör bölgelerinde bağlanma için yarışmaya girme şeklinde olan Mefenamik asitin premenstrüel sendrom tanılı hastalardaki gerginlik, irritabilite, ağrı ve depresif mizaç yakınmalarını, plaseboya kıyasla etkin bir şekilde düzelttiği saptanmıştır (Chihal 1987). Diğer yandan PMDB’de prostaglandin yetmezliği olduğu öne sürülmüş ve yapılan bazı çalışmalarda PMDB’li kadınlarda geç luteal fazda prostaglandin F2 $\alpha$  plazma konsantrasyonu kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Burada çelişkili bir durum ortaya çıkmaktadır (Koshikawa ve ark. 1992).

### **7- Sıvı Retansiyon Teorisi**

Abdominal şişkinlik ve sıvı retansiyonu PMDB’de sıklıkla görülen semptomlar olduğundan mineralokortikoid değişikliklerinin etiolojide yeri olabileceği düşünülmüştür.

Şişkinlik ve sıvı retansiyonu şikayetleri hiperaldosteronizme bağlanmış, ancak PMDB'li kadınlar ve kontrolleri arasında aldosteron düzeylerinde herhangi farklılık gösterilememiştir (rubinow ve Roy-Byrne 1984). Serum aldosteron düzeyleri ovulasyonda ve midluteal fazda artıp, menstrüasyon öncesinde düşmektedir. Premenstrüel dönemde deride suyun kapiller filtrasyon katsayısında artış ve plasma onkotik basıncında azalma nedeniyle intravasküler sıvının interstisiyel alana kaçma eğiliminde olduğu bildirilmiştir (Tollan ve ark. 1993).

## **8- Vitamin-Mineral Eksiklikleri**

PMDB'nin patofizyolojisinde vitamin ve mineral eksiklikleri üzerinde durulmuş ancak patofizyolojide nutrisyonel bir eksiklik olduğu henüz kesin olarak ortaya konamamıştır (Thys-Jacobs 2000).

**A- Vitamin B6:** Dopamin ve serotonin biosentezinde son basamakta koenzim olarak rol aldığı için, vitamin B6 seviyesindeki azalmanın PMDB'nin bazı semptomlarına yol açabileceği ileri sürülse de PMDB'de kesin bir eksiklik gösterilmemiştir (Thys-Jacobs 2000).

**B- Çinko:** Çinko SSS'deki nörotransmitterlerin değişiminde ve prostaglandin E sentezinde rol almaktadır. Dolayısıyla emosyonel ve mental olaylarla ilgili hormonların sekresyonunu etkileyebileceğine inanılmaktadır (Posacı ve ark. 1994). Aynı şekilde eksikliği kesin olarak ortaya konamamıştır (Posacı ve ark. 1994, Thys-Jacobs 2000).

**C- Kalsiyum:** Kalsiyum dengesindeki değişiklikler birçok affektif bozuklukla birliktelik göstermektedir. PMDB ve hipokalsemi semptomları arasındaki benzer özellikler bulunmaktadır. Çalışmalar PMDB'li kadınlarda kalsiyumun düzenlenmesinde bir bozukluk olabileceğini göstermektedir (Thys-Jacobs 2000). Kalsiyum karbonatla (1200mg) plasebonun karşılaştırıldığı bir çalışmada PMDB semptomlarının, kalsiyumla tedavi görenlerde %48, plasebo grubunda ise %30 azaldığı bildirilmiştir (Thys-Jacobs ve ark. 1998).

**D- Magnezyum:** Magnezyum enzimatik olaylarda kofaktör olarak rol almaktadır. Birkaç çalışmada PMDB'li kadınlarda kontrol grubuna göre, luteal fazda serum magnezyum düzeylerinde düşüklük olduğu bildirilmiştir (Posacı ve ark. 1994, Muneyvirci-Delale ve ark. 1998).

## **9- Hipoglisemi**

Hipoglisemi semptomlarının PMDB'nin bazı semptomlarına benzemesinden yola çıkılarak PMDB etiolojisinde hipogliseminin rol oynayabileceği düşüncesi oluşmuştur. Ancak bu konuda yapılan araştırmalar sonucunda PMDB'de glukoz metabolizmasında bir

bozukluk olduğu gösterilememiştir (Barbara ve ark. 2005). Hem oral hem intravenöz glukoz tolerans testleri, menstrüel siklusun değişik fazlarında uygulanarak insülin, glukoz, glukagon düzeyleri kontrol grubuyla karşılaştırılmış ancak bir farklılık saptanmamıştır (Denicoff ve ark. 1990).

### **10- Psikososyal ve Sosyokültürel Faktörler**

Menstrüel ve premenstrüel tutum ve davranışlar, şüphesiz kültürel inançlar, sosyal faktörler ve yaşamın içindeki streslerden etkilenmektedir. PMDB’de psikososyal ve sosyokültürel faktörlerle ilgili farklı yorumlar vardır. Farklı yorumlar bulunmasının en önemli nedeni, bu konunun kapalılık tutumu nedeniyle yeterince incelenememesidir. Kişilik yapısı, kadınlık rolü, toplumsal tutumlarla ilişkisine dair farklı yorumlar vardır. Kimi araştırmacılar adet görmeye ilişkin bozuklukların “kadında feminitenin reddi” ile ilgili olduğunu belirtmekteyken, kimileri de kadının gebelik ve doğumla ilgili bilinç dışı çatışmaları ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Kadının, kadınlığı algılayışındaki tutum, geleneksel baskıcı yaklaşımdan liberal tutuma doğru geliştikçe, PMDB şiddetinin azaldığı bildirilmiştir. Adet görmeye ilişkin korkular, psikolojik zorlanma ve stresler, evlilik ve cinsellikteki doyumsuzluklar ve eşlerin birbirine karşı olumsuz tutumları PMDB şiddeti artmaktadır (Bancroft 1993).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Örneklem

Bu çalışmaya Ekim 2012- Mart 2013 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre anksiyete bozuklukları tanısı konulan ve çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan 18–40 yaş arası 183 kadın hasta alındı.

#### Çalışmaya alınma kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- En az ilkokul mezunu olmak,
- Son üç aydır herhangi bir psikotrop ilaç kullanmıyor olmak,
- Düzenli adet görüyor olmak,
- 18-40 yaş arası olmak.

#### Çalışmanın dışlama kriterleri

- Öyküde bipolar bozukluk, şizofreni gibi psikotik bozuklukların olması,
- Son 6 ayda majör depresyon tanısı almak,
- Herhangi bir nörolojik, kardiyovasküler, endokrinolojik, pulmoner ve romatolojik hastalığın olması,
- Son üç aydır oral kontraseptif kullanıyor olmak,
- Hamile veya emziriyor olmak,
- Histerektomi ve/veya overektomi öyküsü olması,
- Alkol ya da madde bağımlılığı olması,
- Perimenopozal veya postmenopozal dönemde olmak.

#### 3.2. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada katılımcıların sosyodemografik bilgilerini kaydetmek için oluşturulan ‘Sosyodemografik Bilgi Formu’ (bkz: Ek 1), anksiyete bozukluklarını değerlendirmek için SCID-I/CV (Structured Clinical Interview for DSM-IV/Clinical Version) yapılandırılmış görüşme formu, katılımcılardaki anksiyete ve depresif belirtilerin şiddetini değerlendirmek amacıyla sırasıyla Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) (bkz:Ek-2) ve Beck depresyon ölçeği (BDÖ) (bkz:Ek-3) kullanıldı.

### **Sosyodemografik Bilgi Formu**

Çalışmaya alınan katılımcıların yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu gibi sosyodemografik ve kişisel bilgilerini kaydetmek amacıyla oluşturduğumuz formdur.

### **SCID-I/CV**

DSM-IV-TR' ye göre eksen I ruhsal bozuklukların tanısını araştırmak için görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. First ve ark. (1997) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır ve Türkçe formunun adı DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme / Klinik Versiyon'dur (Özkürkçügil ve ark. 1999). Tecrübeli bir klinisyen tarafında uygulanması gerekir. SCID-I/CV altı modülden oluşmaktadır. İki modül duygudurum epizodları ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik semptomlar ve psikotik bozukluklar için ayrılırken, madde kullanım bozuklukları, anksiyete ve diğer bozukluklar birer modülde yer almaktadır. SCID-I/CV'nin 18 yaşından büyüklerde kullanılması önerilmektedir. Ağır bilişsel kusurları, ağır psikotik belirtileri ve ajitasyonu olan bireylerde kullanımı uygun değildir. Her ne kadar yapılandırılmış görüşme olarak belirtilse de, kullanımı yarı yapılandırılmış görüşme biçimindedir ve görüşmeci ek sorular sorarak araştırmayı sürdürebilir.

### **Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)**

21 maddeden oluşan ve anksiyete semptomlarının şiddetini değerlendirmeye yarayan bir öz bildirim ölçeğidir. Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark. (1998) tarafından yapılmıştır. Her madde kendi içinde "hiç", "hafif", "orta" ve "ciddi düzeyde" olmak üzere derecelendirilmiştir. Bu sıklara sırası ile 0, 1, 2, ve 3 puan verilmektedir. Ölçeğin toplam puanı 0 ile 63 arasında değişmektedir. Toplam puan üzerinden 0-7 puan minimal, 8-15 puan hafif, 16-25 puan orta ve 26-63 puan şiddetli anksiyete belirtilerinin olduğunu göstermektedir.

### **Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)**

Ruh sağlığı taramalarında ve depresyon ile ilgili araştırmalarda sıklıkla kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Beck ve ark. (1961) tarafından geliştirilmiştir. 15'i psikolojik, 6'sı somatik belirtileri içeren dörtlü likert tipinde cevaplanan 21 maddeden oluşmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeğinde her madde 0 ile 3 puan arasında değerlendirilir. Bu puanların toplanmasıyla ölçeğin toplam puanı elde edilir. Ölçeğin en düşük puanı 0, en yüksek puanı 63'tür. Ölçek depresyon şiddetini 4 derecede değerlendirmektedir. 0-9 puan arası normal, 10-18 puan arası hafif-orta, 19-29 puan arası orta-şiddetli ve 30-63 puan arası şiddetli depresyonu göstermektedir. Hisli, yapmış olduğu geçerlilik güvenilirlik çalışmasında kesme noktasını 17 olarak belirlemiş, 17 ve üstündeki Beck Depresyon Ölçeği puanlarının sağaltım gerektirecek şiddetteki depresyonu %90 doğrulukla ayırt edebileceğini bildirmiştir (Hisli 1989, Hisli 1998).

### **Bilgilendirilmiş Onam Formu**

Çalışmanın başlangıcında hastaları çalışmanın şekli ve yapılacak görüşme konusunda bilgilendirmeyi amaçlayan yazılı formdur (bkz:Ek-4).

### **3.3 Verilerin Toplanması ve Uygulama**

Çalışma yöntemi Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu tarafından onaylandı. Çalışmaya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran ve SCID-I/CV aracılığıyla yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ile anksiyete bozuklukları tanısı alan hastalardan çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan 183 hasta alındı. Bu hastalara çalışma konusunda bilgi verildi ve onamları alındı. Hastaların sosyodemografik bilgileri sosyodemografik bilgi formuna kaydedildi. Çalışmaya alınan hastalarla psikiyatrik görüşme yapılarak DSM-IV-TR kriterlerine göre PMDB komorbiditesi araştırıldı.

### **3.4. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi**

Veriler SPSS 15.0 yazılımı ile kaydedildi ve verilerin analizi R 3.0.0 yazılımı ile değerlendirildi. Verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Varyans homojenliği için Levene testi kullanıldı. Gruplar arası karşılaştırmalar nitel değişkenler için kıkare analizleri ile, nicel değişkenler için bağımsız iki örneklem t testi ve Mann-Whitney U testleri ile değerlendirildi. Veriler frekans ile yüzde, ortalama ile standart sapma ve ortanca ile minimum-maksimum değerler ile ifade edildi.  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyi kabul edildi.

#### 4. BULGULAR

Çalışmaya alınan 183 hastaya ait yaş, beden kitle indeksi (BKİ), eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, aylık gelir, çocuk sayısı ve evlilik yaşı gibi sosyodemografik özellikler tablo 13’de gösterilmiştir. Hastaların yaş ortalaması  $29,01\pm 6,53$  idi. Hastalardan çoğunluğu ilk ve ortaöğretim mezunuydu ve yaklaşık yarısı evliydi (Tablo 13).

Tablo 13. Örneklem Sosyodemografik Özellikleri

	<b>Toplam (n=183)</b>
<b>Yaş</b> (ort.±SS)	29,01±6,53
<b>BKİ</b> (ort.±SS)	23,61±3,51
<b>Eğitim</b> n (%)	
<b>İlkokul</b>	22(12,0)
<b>Ortaokul</b>	29(15,8)
<b>Lise</b>	79(43,2)
<b>Üniv. ve üstü</b>	53(29,0)
<b>Medeni durum</b> n (%)	
<b>Bekar</b>	69(37,7)
<b>Evli</b>	98(53,6)
<b>Boşanmış</b>	16(8,7)
<b>Çalışma durumu</b> n (%)	
<b>Çalışmıyor</b>	91(50,0)
<b>Çalışıyor</b>	91(50,0)
<b>Aylık Gelir</b> n (%)	
<b>&lt;1000 TL</b>	25(13,7)
<b>1000-3000 TL</b>	114(62,3)
<b>&gt;3000 TL</b>	44(24,0)
<b>Çocuk Sayısı</b> ortanca (min-max)	1(0-4)
<b>Evlilik Yaşı</b> (ort.±SS)	20,89±4,05

\* Veriler n(%), ortalama±SD ve ortanca (min-max) olarak ifade edilmiştir.

Çalışmaya alınan kadınlarda (n=183) en sık saptanan bozukluklar PB (n=55, %30,1), YAB (n=47, %25,7) ve OKB (n=40, %21,9) idi. Kadınlarda saptanan diğer bozukluklar ise TSSB (n=20, %10,9), SAB (n=13, %7,1) ve ÖF (n=8, %4,4) idi. 183 kadından 57'si (%31,2) PMDB ek tanısı aldı. (Tablo 14).

Tablo 14. Örneklemede Saptanan Psikiyatrik Bozukluklar

	<u><i>n</i></u>	<u><i>%</i></u>
<b>OKB</b>		
<b>Var</b>	40	21,9
<b>Yok</b>	143	78,1
<b>PB</b>		
<b>Var</b>	55	30,1
<b>Yok</b>	128	69,9
<b>YAB</b>		
<b>Var</b>	47	25,7
<b>Yok</b>	136	74,3
<b>SAB</b>		
<b>Var</b>	13	7,1
<b>Yok</b>	170	92,9
<b>TSSB</b>		
<b>Var</b>	20	10,9
<b>Yok</b>	163	89,1
<b>ÖF</b>		
<b>Var</b>	8	4,4
<b>Yok</b>	175	95,6

\* Veriler *n* ve (%)olarak ifade edilmiştir.

PMDB ek tanısı alan hastalarla almayan hastalar arasında eğitim düzeyi (p=0,379), medeni durum (p=0,685), çalışma durumu (p=0,786), aylık gelir (p=0,589) ve evlilik yaşı (p=0,661) açısından anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 15).



PMDB ek tanısı alan hastaların yaş ortalaması 27,56±5,26 almayanların ise 29,66±6,95 idi. PMDB ek tanısı alan hastaların yaş ortalaması, PMDB almayan hastalardan anlamlı olarak daha küçük bulundu (p=0,026) (tablo 15).

PMDB ek tanısı alan hastaların BKİ'si 22,22±2,74 ve PMDB ek tanısı almayan hastaların BKİ'si ise 24,23±3,65 bulundu. PMDB ek tanısı alan hastaların BKİ'si, almayan hastalardan anlamlı olarak daha düşüktü (p=0,001) (Tablo 15).

Tablo 15. PMDB Ek Tanısı Alan ve Almayan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

	<b>PMDB var (n=57)</b>	<b>PMDB yok (n=126)</b>	<b>p</b>
<b>Yaş</b> (ort.±SS)	27,56±5,26	29,66±6,95	0,026
<b>BKİ</b> (ort.±SS)	22,22±2,74	24,23±3,65	<0,001
<b>Eğitim</b> n (%)			0,379
<b>İlkokul</b>	5(8,8)	17(13,5)	
<b>Ortaokul</b>	6(10,5)	23(18,3)	
<b>Lise</b>	28(49,1)	51(40,5)	
<b>Üniv. ve üstü</b>	18(31,6)	35(27,8)	
<b>Medeni durum</b> n (%)			0,685
<b>Bekar</b>	23(40,4)	46(36,5)	
<b>Evli</b>	28(49,1)	70(55,6)	
<b>Boşanmış</b>	6(10,5)	10(7,9)	
<b>Çalışma durumu</b> n (%)			0,786
<b>Çalışmıyor</b>	28(49,1)	64(50,8)	
<b>Çalışıyor</b>	29(50,9)	62(49,2)	
<b>Aylık Gelir</b> n (%)			0,589
<b>&lt;1000 TL</b>	10(17,5)	15(11,9)	
<b>1000-3000 TL</b>	34(59,6)	80(63,5)	
<b>&gt;3000 TL</b>	13(22,8)	31(24,6)	
<b>Çocuk Sayısı</b> ortanca	1(0-3)	1(0-4)	
<b>Evlilik Yaşı</b> (ort.±SS)	21,14±2,26	20,79±4,57	0,661

\* Veriler n(%) ve ortalama±SD olarak ifade edilmiştir.

PMDB ek tanısı alan hastalarla almayan hastalar beslenme özellikleri açısından karşılaştırıldığında, PMDB ek tanısı alan hastalarla, almayanlar arasında çay ( $p=0,658$ ), kahve ( $p=0,051$ ), kola ( $p=0,432$ ), süt ürünleri ( $p=0,261$ ) tüketimi ve sigara ( $p=0,065$ ) kullanımı açısından anlamlı fark bulunmadı. PMDB ek tanısı alan hastalarda çikolata tüketimi almayan hastalardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p=0,005$ ) (Tablo 16).

Tablo 16. PMDB Ek Tanısı Alan ve Almayan Hastaların Beslenme Özellikleri

	PMDB var ( $n=57$ )	PMDB yok ( $n=126$ )	p
<b>Çay Tüketimi (bardak/gün)</b>			0,658
Az (0-5)	15(26,3)	28(22,2)	
Orta (6-10)	31(54,4)	64(50,8)	
Çok (11 ve üzeri)	11(19,3)	34(27,0)	
<b>Kahve Tüketimi</b>			0,051
Hiç veya nadiren	26(45,6)	80(63,5)	
Ara sıra	17(29,8)	31(24,6)	
Her gün	14(24,6)	15(11,9)	
<b>Kola Tüketimi</b>			0,432
Hiç veya nadiren	18(31,6)	50(39,6)	
Ara sıra	18(31,6)	38(30,2)	
Her gün	21(36,8)	38(30,2)	
<b>Çikolata Tüketimi</b>			0,005
Hiç veya nadiren	14(24,6)	55(43,6)	
Ara sıra	21(36,8)	51(40,5)	
Her gün	22(38,6)	20(15,9)	
<b>Süt Ürünleri Tüketimi</b>			0,261
Hiç veya nadiren	30(52,6)	47(37,3)	
Ara sıra	24(42,1)	68(54,0)	
Her gün	3(5,3)	11(8,7)	
<b>Sigara Kullanımı</b>			0,065
Evet	20(35,1)	26(20,6)	
Hayır	37(64,9)	100(79,4)	

PMDB ek tanısı olan ve olmayan hastalar psikiyatrik bozukluk açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında OKB ( $p=0,552$ ), SAB ( $p=0,999$ ), TSSB ( $p=0,907$ ) ve ÖF ( $p=0,428$ ) tanıları yönünden anlamlı fark saptanmadı. PB tanısı; PMDB ek tanısı olan gruptaki hastalarda (%40,4) olmayan gruptaki hastalara (%25,4) göre anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p=0,041$ ). YAB tanısı ise PMDB ek tanısı olan gruptaki hastalarda (%15,8) olmayan gruptaki hastalara (%30,2) göre anlamlı olarak düşük bulundu ( $p=0,039$ ) (Tablo 17).

Tablo 17. PMDB ek tanısı alan ve almayan hastalarda saptanan psikiyatrik bozukluklar

	<b>PMDB var</b> <i>(n=57)</i>	<b>PMDB yok</b> <i>(n=126)</i>	<b>p</b>
<b>OKB</b>			
<b>Var</b>	14(24,6)	26(20,6)	0,552
<b>Yok</b>	43(75,4)	100(79,4)	
<b>PB</b>			
<b>Var</b>	23(40,4)	32(25,4)	0,041
<b>Yok</b>	34(59,6)	94(74,6)	
<b>YAB</b>			
<b>Var</b>	9(15,8)	38(30,2)	0,039
<b>Yok</b>	48(84,2)	88(69,8)	
<b>SF</b>			
<b>Var</b>	4(7,0)	9(7,1)	0,999
<b>Yok</b>	53(93,0)	117(92,9)	
<b>TSSB</b>			
<b>Var</b>	6(10,5)	14(11,1)	0,907
<b>Yok</b>	51(89,5)	112(88,9)	
<b>OF</b>			
<b>Var</b>	1(1,8)	7(5,6)	0,428
<b>Yok</b>	56(98,2)	119(94,4)	

\* Veriler  $n(\%)$  olarak ifade edilmiştir.

PMDB ek tanısı alan hastaların ilk adet yaş ortalaması  $12,84 \pm 1,29$ , adet görme aralığının ortancası 26 (minimum: 22, maksimum: 30) gün, adet kanama süresinin ortancası 5 (minimum: 4, maksimum: 7) gün idi. Hastalardan 49'u (%86) her adet döneminde, 6'sı (% 10,5) bazı adet döneminde ağrısı olduğunu bildirdi. 2 (%3,5) hasta ise adet dönemlerinde ağrısı olmadığını bildirdi. Bu gruptaki hastalardan tamamı adetten önceki hafta kendisini diğer zamanlara göre daha kötü hissettiklerini bildirdi (Tablo 18).

PMDB ek tanısı almayan hastaların ilk adet yaş ortalaması  $12,80 \pm 1,31$ , adet görme aralığının ortancası 26 (minimum: 22, maksimum: 30) gün, adet kanama süresinin ortancası 5 (minimum: 4, maksimum: 7) gün idi. Hastalardan 16'sı (% 12,7) her adet döneminde, 65'i (% 51,6) bazı adet döneminde ağrısı olduğunu bildirdi. 45 (% 35,7) hasta adet dönemlerinde ağrısı olmadığını bildirdi. Bu gruptaki hastaların 34'ü (% 27) adetten önceki hafta kendisini diğer zamanlara göre aynı, 92'si (% 73) daha kötü hissettiğini bildirdi (Tablo 18).

PMDB ek tanısı saptanan hastalarla saptanmayan hastalar ilk adet yaşı, adet süresi, adet kanama süresi, adete ağrının olması, ağrı şiddeti ve adetten önceki hafta kendisini nasıl hissettiği gibi menstrüal özellikleri açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında ilk adet yaşı ( $p=0,846$ ), adet süresi ( $p=0,798$ ) ve adet kanama süresi ( $p=0,909$ ) açısından anlamlı fark saptanmadı. PMDB ek tanısı olan hastalarda adet döneminde ağrı ( $p < 0,001$ ), ağrının sıklığı ve şiddeti ( $p < 0,001$ ) PMDB ek tanısı olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha fazla bulundu. PMDB ek tanısı saptanan gruptaki hastaların saptanmayan hastalara göre adetten önceki hafta kendilerini anlamlı olarak daha kötü hissettiği bulundu ( $p < 0,001$ ) (Tablo 18).

Tablo 18. PMDB Ek Tanısı Alan ve Almayan Hastaların Adet Dönemi Özellikleri

	<b>PMDB var (n=57)</b>	<b>PMDB yok (n=126)</b>	<b>p</b>
<b>İlk adet yaşı</b>	12,84±1,29	12,80±1,31	0,846
<b>Adet süresi (gün)</b>	26(22-30)	26(22-30)	0,798
<b>Kanama süresi (gün)</b>	5(4-7)	5(4-7)	0,909
<b>Adette ağrı</b>			<0,001
<b>Her adette</b>	49(86,0)	16(12,7)	
<b>Bazen</b>	6(10,5)	65(51,6)	
<b>Yok</b>	2(3,5)	45(35,7)	
<b>Ağrı şiddeti</b>			<0,001
<b>Hafif</b>	5(8,7)	34(42,0)	
<b>Orta</b>	15(26,3)	37(45,6)	
<b>Ağır</b>	37(65,0)	10(12,4)	
<b>Adet öncesi durumu</b>			<0,001
<b>Daha iyi</b>	0(0,0)	0(0,0)	
<b>Aynı</b>	0(0,0)	34(27,0)	
<b>Daha kötü</b>	57(100,0)	92(73,0)	
<b>Bilmiyorum</b>	0(0,0)	0(0,0)	

\* Veriler *n* (%), ortalama±SD ve ortanca(min-max) olarak ifade edilmiştir.

Hastaların BAÖ ve BDÖ ortalama puanlarına bakıldığında; PMDB ek tanısı saptanan hastaların BAÖ ortalama puanları  $26\pm 2,42$ , BDÖ ortalama puanları  $9\pm 3,27$  idi. PMDB ek tanısı bulunmayan hastaların BAÖ ortalama puanları  $21\pm 2,19$ , BDÖ ortalama puanları  $9\pm 4.01$  idi. PMDB ek tanısı olan hastaların BAÖ ortalama puanları saptanmayan hastalardan anlamlı olarak daha yüksekti ( $p=0,003$ ). Her iki grup arasında BDÖ ortalama puanları açısından anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,965$ ) (Tablo 19).

Tablo 19. PMDB Ek Tanısı Alan ve Almayan Hastaların BAÖ ve BDÖ Puanları

	<b><u>PMDB var (n=57)</u></b>	<b><u>PMDB yok (n=126)</u></b>	<b><u>p</u></b>
<b>BAÖ ort. puanı</b>	26±2,42	21±2,19	0,003
<b>BDÖ ort. puanı</b>	9±3,27	9±4.01	0,965

\* Veriler ortalama±SD olarak ifade edilmiştir.

PMDB ek tanısı saptanan hastaların premenstruel şikayetlerinin özellikleri incelendiğinde şikayetlerinin geçme süresi ortancası 2 gün (minimum: 1, maksimum: 5), bozukluk süresinin 12 yıl (minimum: 5, maksimum: 25) olduğu saptandı. Hastalardan 1'i (% 3) şikayetlerinin doğumdan sonra arttığını, 7'si (% 21,2) azaldığını ve 25'i (%75,8) değişmediğini bildirdi. Hastalardan 3'ü (% 5,3) şikayetlerinin yaşla beraber arttığını, 8'i (% 14) azaldığını ve 46'sı (%80,7) değişmediği bildirdi. Hastalardan hepsi şikayetlerinin günlük yaşamlarını etkilediğini bildirdi. Elli bir (% 89,5) hasta şikayetlerinin başkaları ile olan ilişkilerini etkilediğini, 6 (% 10,5) hasta ise şikayetlerinin başkaları ile olan ilişkilerini etkilemediğini bildirmiştir. Elli dört (% 94,7) hastada premenstruel şikayetlerinin yaşam kalitesini etkilediğini 3 (% 5,3) hastada ise etkilemediği bulundu. On iki (% 21,1) hasta daha önce premenstruel şikayetleri nedeniyle doktora başvurduğunu, 45 (% 78,9) hasta ise daha önce doktor başvurusu olmadığını bildirdi. Kırk dört (% 77,2) hasta benzer şikayetlerinin annesinde ya da kız kardeşlerinde de bulunduğunu, 2 (% 3,5) hasta bulunmadığını ve 11 (% 19,3) hasta bu konuda bilgisinin olmadığını bildirdi. Kırk altı (% 80,7) hasta premenstruel şikayetleri nedeniyle bundan sonra doktora gitmek istediğini, 11 (% 19,3) hasta ise doktora gitmek istemediğini bildirdi (Tablo 20).

Tablo 20. PMDB Ek Tanısı Alan Hastalarda Premenstruel Şikayetlerin Özellikleri

	<b>n=57</b>
<b>Şikayetlerin geçme süresi (gün)</b>	2(1-5)
<b>Şikayetlerin bulunma süresi (yıl)</b>	12(5-25)
<b>Şikayetlerin doğumla değişimi</b>	
<b>Arttı</b>	1(3,0)
<b>Azaldı</b>	7(21,2)
<b>Değişmedi</b>	25(75,8)
<b>Şikayetlerin yaşla değişimi</b>	
<b>Arttı</b>	3(5,3)
<b>Azaldı</b>	8(14,0)
<b>Değişmedi</b>	46(80,7)
<b>Günlük yaşamı etkileme</b>	
<b>Evet</b>	57(100,0)
<b>Hayır</b>	0(0,0)
<b>Başkalarıyla ilişkileri etkileme</b>	
<b>Evet</b>	51(89,5)
<b>Hayır</b>	6(10,5)
<b>Yaşam kalitesini etkileme</b>	
<b>Evet</b>	54(94,7)
<b>Hayır</b>	3(5,3)
<b>Doktor başvurusu</b>	
<b>Evet</b>	12(21,1)
<b>Hayır</b>	45(78,9)
<b>Annede veya kardeşte benzer şikayetler</b>	
<b>Var</b>	44(77,2)
<b>Hayır</b>	2(3,5)
<b>Bilmiyorum</b>	11(19,3)
<b>Doktora gitme isteği</b>	
<b>Evet</b>	46(80,7)
<b>Hayır</b>	11(19,3)

\* Veriler n(%) olarak ifade edilmiştir.

## 5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışmamızda anksiyete bozuklukları tanılı hastalarda PMDB ek tanı oranı %31,2 bulunmuştur. Müderris ve ark. (1999)'nın DSM-IV Premenstruel Disforik Bozukluk tanı kriterleri kullanılarak PMDB'nin sıklığını araştıran çalışmaları bu konuda ülkemizde yapılmış ilk çalışmalardan biridir. Bu çalışmada 18-25 yaş aralığındaki 230 kız öğrencide PMDB yaygınlığı %8 olarak bulunmuştur (Müderris 1999). Manisa ilinde 15-49 yaş grubu doğurganlık çağındaki 541 kadınla yapılan çalışmada kadınların %6,1'inde şiddetli PMS belirtileri saptanmış ve bu kadınların da yaklaşık %72'sinin DSM-IV PMDB tanı kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir (Adıgüzel ve ark. 2007). Malatya ilinde 16-21 yaşlarındaki 447 genç kızla yaptıkları bir çalışmada PMS yaygınlığı %21 olarak bulunmuştur (Güneş ve ark. 1997). Bizim bulgumuz PMDB'nin genel toplumda yaygınlığını araştıran çalışmalardaki (Güneş ve ark. 1997, Müderris ve ark. 1999, Bhatia 2002, Wittchen ve ark. 2002, Borenstein ve ark. 2003, Steiner ve ark. 2003, Adıgüzel ve ark. 2007) oranlardan daha yüksektir. Bunun nedeni çalışmanın psikiyatrik bozukluğu olan bir grupta yapılmış olması olabilir. PMDB tanısı almış kadınların yarısından fazlasında yaşam boyu anksiyete ve duygudurum bozukluklarının görüldüğü bildirilmiştir (Elliot 2002, Halbreich 2003). Ancak psikiyatrik ve psikiyatrik olmayan tanılarla izlenen hastalarda PMDB komorbiditesini araştıran çok az sayıda çalışma vardır. Çalışmamız anksiyete bozuklukları tanılı kadınlarda PMDB komorbiditesi araştırması yönü ile bildiğimiz kadarı ile ülkemizde yapılmış ilk çalışmadır.

Polat ve ark. 2004 yılında yaptıkları çalışmada iki uçlu duygudurum bozukluğu olan 31 kadın hastada PMS ve PMDB yaygınlığı araştırmış ve PMS yaygınlığı %38,7, PMDB yaygınlığı ise %9,7 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada 31 hastadan 25'i en az bir duygudurum düzenleyici ilaç kullanıyordu. Kamışlı ve ark. 16-46 yaş aralığında epilepsi tanılı 93 kadın hasta ile yaptıkları bir çalışmada PMDB yaygınlığı %25,8 olarak bildirmiştir (Kamışlı ve ark. 2013).

Çalışmamızdaki PMDB yaygınlık oranı Polat ve ark. çalışmalarındaki PMDB yaygınlığına (%9,7) göre daha yüksektir. Bunun nedeni Polat ve ark.'nın örneklemindeki hastaların çoğunluğunun en az bir duygudurum düzenleyici ilaç kullanıyor olması olabilir.

Kamışlı ve ark.'nın yaptığı çalışmada PMDB yaygınlığı (%25,8) bizim bulgumuza benzerdir. Ancak Kamışlı ve ark. çalışmalarında PMDB yaygınlığını psikiyatrik bozukluğu olan bir grupta değil; nörolojik hastalığı olan bir grupta araştırmışlardır. Ayrıca Kamışlı ve ark.'nın çalışmasında hastalar anti-epileptik tedavi almaktaydı. Bizim çalışmamızdaki



hastalar son üç aydır herhangi bir psikotrop ilaç kullanmıyordu. Bu çalışmamızı diğer çalışmalardan ayıran önemli bir özelliktir.

Çalışmamızda sosyodemografik değişkenlerle PMDB arasındaki ilişki incelendiğinde PMDB ile eğitim, medeni durum, çalışma durumu, aylık gelir, evlilik yaşı ve çocuk sayısının ilişkili olmadığı görülmektedir. Bu bulgular daha önce ülkemizde yapılmış bazı çalışmalardaki (Müderris 1999, Polat ve Yücel 2004) bulgularla uyumludur. Çalışmamızda PMDB ek tanısı alan hastaların yaş ortalaması ve BKİ'si ek tanı almayan hastalardan anlamlı olarak daha küçük bulunmuştur. Bulgularımız PMDB'nin çoğunlukla 30 yaşın üzerindeki kadınları etkileyen bir bozukluk olduğu fikrine zıt düşmektedir (Türkçapar 2011). Ancak yaş PMDB ilişkisini araştıran daha önce yapılmış çalışmalardaki (Müderris 1999, Adıgüzel 2007) bulgular bizim çalışmamıza benzerdir. Daha önce bu konuda ülkemizde yapılmış çalışmalarda (Güneş ve ark. 1997, Müderris ve ark. 1999, Polat ve Yücel 2004, Adıgüzel ve ark. 2007, Kamışlı ve ark. 2013) PMDB ile BKİ ilişkisi araştırılmamıştır.

Çalışmamızda PB tanısı PMDB ek tanısı alan hastalarda; ek tanı almayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. YAB tanısı ise PMDB ek tanısı alan gruptaki hastalarda almayan gruptaki hastalara göre anlamlı olarak düşük bulundu. Bunun nedeni PB'nin daha erken yaş grubunda başlaması ve YAB'nin nispeten daha yaşlı kadınlarda bulunması olabilir. Ayrıca çalışmamızda anksiyete bozukluklarının kendi arasında ek tanılarının değerlendirilmemeside bu bulguyu etkilemiş olabilir. Çalışmamızın bulgularının anksiyete bozuklukları tanıli hastalardan elde edilmesi bu konuda yapılmış benzer çalışma olmadığı için önceki çalışmalarla karşılaştırmayı güçleştirmektedir.

Çalışmamızda katılımcılara çay, kahve, kola, çikolata ve süt ürünleri gibi yiyecek ve içecekleri ne sıklıkla tükettikleri sorulmuş ve diyetetik faktörlerin PMDB ile ilişkisi araştırılmıştır. Çay, kahve, kola ve süt ürünleri tüketimi ile PMDB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgular Güneş ve ark. (1997)'nin çalışmalarındaki bulgulardan farklıdır. Güneş ve ark.(1997)'nin çalışmalarında kola ve çay tüketimi fazla olan kadınlarda PMS yaygınlığını daha fazla bulunmuştur. Çalışmamızda çikolata tüketimi ile PMDB yaygınlığı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. PMDB'de özellikle karbonhidratlı gıdalara karşı iştah artışı olmaktadır. Çalışmamızdaki çikolata tüketimi ile PMDB yaygınlığı arasındaki pozitif ilişkiye PMDB'deki iştah artışının (özellikle karbonhidratlı gıdalara karşı) neden olduğu düşünülmektedir. Güneş ve ark. (1997) çalışmalarında çikolata tüketimi ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bildirmemiştir. İki çalışmanın bulguları arasındaki farklılık örneklem ve değerlendirme arasındaki farklılıktan kaynaklanabilir. Çalışmamızda PMDB ile

sigara kullanımı arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Daha önceki çalışmalarda (Güneş ve ark. 1997, Müderris ve ark. 1999, Polat ve Yücel 2004, Adıgüzel ve ark. 2007, Kamışlı ve ark. 2013) PMS/PMDB ile sigara kullanımı arasındaki ilişki araştırılmamıştır.

Bazı çalışmalar PMDB etyolojisinde genetik faktörlerin rol oynayabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda PMDB saptanan hastaların %77,2'sinin annesinde ya da kız kardeşinde premenstruel semptomlar bulunduğu saptanmıştır. Güneş ve ark.'nın çalışmalarında da annesinde veya kız kardeşinde premenstruel semptomlar olan kadınlarda PMS yaygınlığı daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu bizim çalışmamızdaki bulgularla benzerdir.

Çalışmamızda PMDB ek tanısı alan hastalarla olmayanlar arasından ilk adet yaşı, adet süresi, menstruel kanama süresi açısından anlamlı fark saptanmamıştır. PMDB komorbiditesi saptanan grupta adette ağrı (dismenore) şikayeti ve ağrının şiddeti saptanmayan hastalardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. PMS'nin dismenore ile ilişkisi çeşitli çalışmalarda da (Freeman 1993, güneş ve ark. 1997) gösterilmiştir. PMDB ek tanısı olan hastaların hepsi adetten önceki hafta kendisini kötü hissettiğini belirtmiştir. Bu bulgu PMDB ek tanısı olmayanlardan anlamlı olarak yüksektir. Hastaların adetten önceki hafta kendilerini kötü hissetmelerin nedeni olarak PMDB semptomlarından dolayı yaşam aktivitelerinin kısıtlanması ve kişiler arası ilişkilerin bozulması düşünülmüştür. Nitekim PMDB ek tanısı alan hastaların tamamı PMDB semptomlarından dolayı günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiğini, %89,5'i kişiler arası ilişkilerinin etkilendiğini ve %94,7'si yaşam kalitesinin bozulduğunu bildirmiştir. Adıgüzel ve ark.'nın çalışmalarında da şiddetli PMS semptomları olan kadınlarda işlevsellik yitimi %72,7 bulunmuştur.

Hastaların %78,9'u premenstuel yakınmalarından dolayı daha önce doktor başvurularının olmadığını ifade etmiştir. Bu durum premenstrüel yakınmalarının kadınlar arasında bir hastalık olarak görülmediğinden kaynaklanmış olabilir. Doktor başvurusunun az olmasının diğer bir nedenle kültürel nedenlerden dolayı kadınların premenstruel şikayetlerini ifade etmeye çekinmesi olabilir. Hastalar premenstruel dönem ve PMDB konusunda bilgilendirildikten sonra %80,4'ü ilerleyen dönemde premenstuel yakınmalarından dolayı doktora gideceklerini bildirmiştir. Bu bulguda PMDB tedavisinde hastaları bilgilendirmenin tedaviye uyumunu arttırdığını ortaya koymaktadır. Çalışmamızda PMDB saptanan hastaların %80,7'si premenstruel şikayetlerinin yaşla birlikte değişmediğini ve PMDB saptanan ve doğum yapmış olanlardan % 75,8'i şikayetlerinin doğumla değişmediğini bildirmiştir. Literatürde gebelik ve doğumla sonrasında premenstruel şikayetlerde artış olabileceğini

bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Halbreich 1996). Adıgüzel ve ark.'nın çalışmalarında da premenstruel Şikayetlerin yaşla birlikte değişmediği bildirilmiştir.

Çalışmamızda BDÖ puanlarında PMDB ek tanısı olan ve olmayan hastalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bunun nedeni çalışmamıza halen depresyonu olan hastaların alınmamış olması olabilir. Diğer bir neden ise çalışmanın anksiyete bozuklukları tanısı ile izlenen hastalarda yapılmış olması ve hastalarda depresif belirtilerden çok anksiyete belirtilerinin tabloya hakim olması olabilir. Nitekim alışmamızda BAÖ puanları PMDB ek tanısı alan hastalarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Erdem ve ark.'nın çalışmalarında da PMDB tanısı alan kadınlarda BAÖ puanları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu bulgu bizim bulgumuzu desteklemektedir.

### **Çalışmanın Kısıtlılıkları**

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Örneklelimiz nispeten az olup üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar alındığı için toplumdaki tüm anksiyete bozuklukları tanılı hastaları temsil etmemektedir. Çalışmamızın bir başka kısıtlılığı ise hastalara premenstruel Şikayetlerinin Şiddetini belirlemek için her hangi bir ölçek uygulanmamış olmasıdır. Çalışmamızda anksiyete bozukluklarının kendi arasında ek tanıları değerlendirilmedi. Ayrıca PMDB tanısı alan hastaların bu bozukluk nedeniyle yaşam kalitesi ve kişiler arası ilişkilerinin bozulması hastaların öz bildirimini ile değerlendirilmiş olup, hastalara bu amaçlı bir ölçek uygulanmamıştır.

### **Sonuç**

Çalışmanın bulguları psikiyatri polikliniğine başvuran anksiyete bozuklukları tanısı ile izlenen kadınlarda PMDB'nin nispeten yaygın olduğu ve bu hastalarda genç yaş, dismenore, fazla çikolata tüketiminin PMDB ile ilişkili olduğunu göstermektedir. PMDB ek tanısı anksiyete bozukluklarının Şiddetini ve klinisyenin tedavisini yönlendirmesi üzerinde etkili olabileceğinden özellikle anksiyete bozuklukları tanısı alan kadın hastalarda PMDB'nin sorgulanması hastaların tedavisi açısından önemli olabilir.

## KAYNAKLAR

- Acar B. Premenstrüel sendrom. In: Kişnişçi HA, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, eds. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, Ankara 1996;810-822
- Adıgüzel H, Taşkın EO, Danacı AE. Manisa İlinde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18(3):215-222
- Akdeniz F. Diğer Depresif Bozukluklar. Köroğlu E, Güleç C (Editörler). Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayınevi 2007:292-295
- Aker T, Önen P. Travma Sonrası Stres Bozukluğun Fenomenolojisi. Tükel R, Alkın T. Editörler. Anksiyete Bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 2006:384-404
- Alkın T, Onur E. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. Köroğlu E, Güleç C (Editörler). Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayınevi 2007:296-303
- Altemus M, Redwine L, Leong YM, et al. Reduced sensitivity to glucocorticoid feedback and reduced glucocorticoid reseptor mRNA expression in the luteal phase of menstrual cycle. Neuropsychopharmacol 1997;17:100-9
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş üçüncü baskı (DSM-III-R). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC 1987
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000. Köroğlu E (çeviren). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001
- Angst J. Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. Int Clin Psychopharmacol 1993; 8 (suppl. 1): 21-5
- Arrindell WA. Dimensional structure and psychopathology correlates of the Fear Survey Schedule (FSS-III) in a phobic population: a factorial definition of agoraphobia. Behav Res Ther 1980; 18: 229-42
- Ashby Jr CR, Carr LA, Cook CL, et al. Alteration of 5-HT uptake by plasma fractions in the premenstrual syndrome. J Neural Transm (Gen Sect). 1990;79:41-50
- Atasü T, Şahmay S. Jinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2000. Australian Bureau of Statistics. National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of Results. Canberra, 2007.
- Bancroft J, Cook A, Davidson D, Bennie J, Goodwin G. Blunting of neuroendocrine responses to infusion of L-tryptophan in women with perimenstrual mood changes. Psychol Med 1991;21:305-12
- Bancroft J. The premenstrual syndrome, a reappraisal of the concept and the evidence. Psychol Med Supp 1993;24:1
- Bancroft J, Cook A. The neuroendocrine response to d-fenfluramine in women with premenstrual depression. J Affect Disord 1995;36:57-64

- Barbara L, Parry MD, and Sarah L. Premenstrual Dysphoric Disorder: Genetic factors. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds), Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th ed). Lippincott Williams & Wilkins, New York 2005, pp. 2315-23
- Bayraktar E. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi. Tükel R, Alkın T. Editörler. Anksiyete Bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 2006:469-479
- Bayraktar E. Panik Bozukluğu ve Agorafobi. Köroğlu E, Güleç C. Editörler. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayınevi 2007:304-317
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry; 1961; 4:561-571
- Beck AT, Epstein N, Brown G. An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric properties. J Consult Clin Psychol, 1988; 56:893-897
- Beck-Friis J, Ljunggren JG, Thoren M, et al. Melatonin, cortisol, and ACTH in patients with major depressive disorder and healthy human with special reference to the outcome of the dexamethasone suppression test. Psychoneuroendocrinology 1985;10:173-186
- Benedek-Jaszmann LJ, Hearn-Sturtevant MD. Premenstrual tension and functional infertility. Aetiology and treatment. Lancet, 1976;22, 1095-1098
- Bixo M, Allard P, Bancroft T, et al. Binding of [3H] paroxetine to serotonin uptake sites and of [3H] lysergic acid diethylamide to 5-HT<sub>2A</sub> receptors in platelets from women with premenstrual dysphoric disorder during gonadotropin releasing hormone treatment. Psychoneuroendocrinology 2001;26:551-564
- Brawman-Mintzer O, Lydiard RB. Generalized anxiety disorder: issues in epidemiology. J Clin Psychiatry 1996; 57 (suppl. 7): 3-8
- Breaux C, Hartlage S, Gehlert S. Relationships of premenstrual dysphoric disorder to major depression and anxiety disorders: a re-examination. J Psychosom Obstet Gynecol 2000;21:17-24
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL. Traumatic Events and Post-traumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. Arch Gen Psychiatry 1991;48:216-22
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR. Sex differences in post-traumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 1044-1048
- Cansever A. Özgül Fobi. Köroğlu E, Güleç C. Editörler. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayınevi 2007:318-324
- Chihal HJ: Indications for drug therapy in premenstrual syndrome patients. J Reprod Med. 1987;32(6): 449-452.
- Chuong CJ, Hsi BP, Gibbons WE. Periovulatory beta-endorphin levels in premenstrual syndrome. Obstet Gynecol 1994;83:755-760
- Collins A, Eneroth P, Landgren B. Psychoneuroendocrine stress responses and mood as related to the menstrual cycle. Psychosom Med 1999;47:512-527
- Çorapçıoğlu Özdemir A, Kocabaşoğlu N. Yaygın Anksiyete Bozukluğu. Köroğlu E, Güleç C Editörler. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayınevi 2007:360-368

- Danacı AE, Taşkın O, Uyar Y. Premenstruel Disforik Bozuklukta Semptomalojinin Adet Döngüsüyle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2(1):15-20
- Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med* 1991; 21: 713-721
- Davidson JR, Hughes DL, George LK. The epidemiology of social phobia: findings from Due Epidemiological Catchment area study. *Psychol Med* 1993; 23: 709-718
- Denicoff KD, Hoban C et al. Glucose tolerance testing in women with the premenstrual syndrome. *Am J Psychiatry* 1990;147:477
- Dilbaz N. The prevalence of social phobia among the Turkish university students. XII. World Congress of Psychiatry, Yokohama, August 2002:24-29
- Dilbaz N, Güz H. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi. Tükel R, Alkın T. Editörler. *Anksiyete Bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları* 2006:185-212
- Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi). Köroğlu E, Güleç C. Editörler. *Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayınevi* 2007:325-342
- Erdem M, Doruk A, Özgen F. Adet Öncesi Disforik Bozuklukta Trombosit Serotonin Düzeyi *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2009;19:396-401
- Elliot H. Premenstrual dysphoric disorder a guide treating clinician. *NCMJ* 2002;63:72-75
- Eriksson E, Humble M. Serotonin in psychiatric pathophysiology: a review of data from experimental and clinical research. In: Pohl R, Gershon S, eds. *The biological basis of psychiatric treatment*. Basel: Karger 1990; 66-119
- Eriksson E, Sunblad C, Lisjo P, et al. Serum levels of androgens are higher in women premenstrual irritability and dysphoria than in controls. *Psychoneuroendocrinology* 1992;17:195-204
- Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *J Clin Child Psychol* 2000; 29: 221-231
- Eşel E. Depresyondaki nöroendokrinolojik bulgular. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002;4:35-50
- Facchinetti F, Fioroni L, Martignoni E, et al. Changes of opioid modulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in patients with severe premenstrual syndrome. *Psychosom Med* 1994;56:418-422
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV)* Washington D.C. American Psychiatric Press 1997
- Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 90-96
- Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *J Psychiatric Res* 2003; 37: 127-133
- Freeman E, Rickers K, Sondheim SJ, et al. A double-blind controlled trial of oral progesterone, alprazolam and placebo in treatment of severe premenstrual syndrome. *JAMA* 1995;274:51-77

- Fyer AJ, Mannuza S, Coplan JD. Anxiety disorders. Kaplan HI, Sadock BJ (ed.) Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sixth Edition. Baltimore; Williams & Wilkins, 1995: 1191-1203
- Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev* 2005; 27: 78-91
- Galliven EA, Singh A, Michelson D, et al. Hormonal and metabolic responses to exercise across time of day and menstrual cycle phase. *J Appl Physiol* 1997;83:1822-1831
- Girdler SS, Straneva PA, Light KC, et al. Allopregnanolone levels and reactivity to mental stress in premenstrual dysphoric disorder. *Biol Psychiatry* 2001;49:788-797
- Goisman RM, Goldenberg I, Vasile RG, Keller MB. Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study. *Compr Psychiatry* 1995; 36: 303-311
- Gökalp PG, Tükel R, Solmaz D, Demir T, Kiziltan E, Demir D ve ark. Clinical features and co-morbidity of social phobics in Turkey. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 115-121
- Griffin LD, Mellon SH. Selective serotonin reuptake inhibitors directly alter activity of neurosteroidogenic enzymes. *Proc Natl Acad Sci USA* 1999;96:135-142
- Gurguis GN, Yonkers KA, Blakeley JE, et al. Adrenergic receptors in premenstrual dysphoric disorder. II. Neutrophil beta2-adrenergic receptors: Gs protein coupling, phase of menstrual cycle and prediction of luteal phase symptom severity. *Psychiatry Res* 1998;79:31- 42
- Güneş G, Pehlivan E, Genç M, Eğri M. Malatya'da Lise Öğrencilerinde Premenstruel Sendrom Sıklığı. *Journal of Turgut Özal Medikal Center*. 1997;4:403-406
- Halbreich U, Holtz I, Paul L. Premenstrual Changes. Impaired hormonal changes. *Endocrinol Metab Clin N Am*.1988;17(1):173-194
- Halbreich U, Petty F, Yonkers K, et al. Low plasma gamma-aminobutyric acid levels during the late luteal phase of women with premenstrual dysphoric disorder. *Am J Psychiatry* 1996;153:718-720
- Halbreich U. The etiology, biology, and evolving pathology of premenstrual syndromes. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28:55-99
- Harrison W, Sharpe L, Endicott J. Treatment of premenstrual symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* 1985; 7: 54-65
- Hegedus L, Karstrup S, Rasmussen N. Evidence of cyclic alterations of thyroid size during the menstrual cycle in healthy women. *Am J Obstet Gynecol*.1986; 155(1): 142-145
- Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-Traumatic Stress Disorder in the General Population. Findings of the Epidemiologic Catchment Area Survey. *N Engl J Med* 1987;317(26):1630-1644
- Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1989; 7:3-13
- Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1998; 6:118-126

- Inoue Y, Terao T, Iwata N, et al. Fluctuating serotonergic function in premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome: finding from neuroendocrine challenge tests. *Psychopharmacology* 2007;190:213-219
- Kamışlı Ö, Kamışlı S, Kartalçı Ş, Bakır M, Kaplan Y, Özcan C. Epilepsi Hastalarında Premenstruel Disforik Bozukluğun Sıklığı ve Antiepileptik İlaçlarla İlişkisinin Araştırılması. *Epilepsi* 2013;19(1):24-28
- Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US Communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1094-1099
- Kartalçı S, Eşel E. Nörosteroidler: Psikofarmakolojik ve davranışsal etkileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004;14:38-49
- Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Generalized anxiety disorder in women. A population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 267-272
- Kessel B. Premenstrual syndrome. Advances in diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27:625–639
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Life time and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Post-traumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-1060
- Kessler RC, Stang PE, Wittchen HU, Ustün TB, Roy-Byrne PP, Walters EE. Lifetime depression comorbidity in the National Comorbidity Study. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 801-8. s.109-118
- Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili. Erişkin nüfusta hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı 1998
- Kılıç C. Özgül Fobiler Fenomenolojisi. Tükel R, Alkın T. Editörler. Anksiyete Bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 2006:147-182
- Kirschbaum C, Kudielka BM, Gaab J, et al. Impact of gender, menstrual cycle phase, and oral contraceptives on the activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Psychosom Med* 1999;61:154-162
- Korzekwa MI, Lamont JA, Steiner M. Late luteal phase dysphoric disorder and the thyroid axis revisited. *J Clin Endocrinol Metab* 1996;81:2280
- Koshikawa N, Tatsunuma T, Furuya K, et al. Prostaglandins and premenstrual syndrome. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids* 1992;45:33-36
- Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 101-107
- Liddell A, Locker D, Burman D. Self-reported fears (FSS-II) of subjects aged 50 years and over. *Behav Res Ther* 1991; 29: 105-112



- Limosin F, Ades J. Psychiatric and psychological aspects of premenstrual syndrome. *Encephale* 2001;27(6):501-508
- Livanou M, Kasvikis Y, Basoglu M, Mytskidou P, Sotiropoulou V, Spanea E ve ark. Earthquake-related psychological distress and associated factors 4 years after the Parnitha earthquake in Greece. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 137-144
- Long TD, Ellingrod VL, Kathol RG, et al. Lack of menstrual cycle effects on hypothalamic-pituitary-adrenal axis response to insulin-induced hypoglisemia. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2000;52:781-787
- Lyod KG, Zirkovic B, Scatton B, Morselli PL, Bartholoni G. The GABAergic hypothesis of depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1989;13:341-351
- Marinari KT, Leschner AI, Doyle MP. Menstrual cycle status and adrenocortical reactivity to psychological stress. *Psychoneuroendocrinology* 1976;1:213-218
- Mc Neily AS, Chard T. Circulating levels of prolactin during the menstrual cycle. *Clin Endocrinol.* 1974; 3: 105-112
- Mennin DS, Heimberg RG, Jack MS. Comorbid generalized anxiety disorder in primary social phobia: symptom severity, functional impairment, and treatment response. *J Anxiety Disord* 2000; 14: 325-343
- Meczekalski B, Warenik-szymankiewicz A. Beta-endorphin: physiologic role and menstrual cycle disorders. *Ginecol Pol* 1995;66.586-595
- Millet B, Kochman F, Gallarda T, Krebs MO, Demonfaucon F, Barrot I ve ark. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *J Affect Disord* 2004; 79: 241-246
- Moline ML, Zendel SM. Evaluating and managing premenstrual syndrome. *Medscape Womens Health* 2000;5:10
- Monteleone P, Luisi S, Tonetti A, et al. Allopregnanolone concentrations and premenstrual syndrome. *Eur J Endocrinol* 2000; 142:269-273
- Mortola JF. Issues in the diagnosis and research of premenstrual syndrome. *Clin Obstet Gynecol* 1992;35:587-598
- Muneyvirici-Delale O, Nacharaju VL, Altura BM, et al. Sex steroid hormones modulate serum ionized magnesium and calcium levels throughout the menstrual cycle in women. *Fertil Steril* 1998;69:958-962
- Musselman DL, Nemeroff CB. Depression and endocrine disorders: focus on the thyroid and adrenal system. *Br J Psychiatry* 1996;168:123-138
- Müderris İİ, Gönül AS, Sofuoğlu S. Genç Kadınlarda Premenstruel Disforik Bozukluk Prevalansı. *Klinik Psikiyatri* 1999;2:197-201
- Odber J, Cawood EH, Bancroft J. Salivary cortisol in women with and without perimenstrual mood changes. *J Psychosom Res* 1998;45:557-568
- Odink J, Van der Ploeg HM, Van der Berg, et al. Circadian and circatrigintan hythms of biogenic amines in premenstrual syndrome. *Psychosom Med* 1990;52:346-356
- Ohman A. Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive and clinical perspectives. *Handbook of emotions.* New York: The Guilford Press, 2000: 573-593

- Onur E, Monkul S, Alkın T. Panik Bozukluğunun Fenomolojisi. Tükel R, Alkın T. Editörler. Anksiyete Bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 2006:41-68
- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;12:233-236
- Parry BL, Javeed S, Laughlin GA, et al. Cortisol circadian rhythms during the menstrual cycle and with sleep deprivation in premenstrual dysphoric disorder and normal control subjects. Biol Psychiatry 2000;48:920-931
- Pearlstein T. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual dysphoric disorder. Drugs. 2002;62(13):1869-1885
- Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL. Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. J Clin Psychiatry 1994; 55 (Suppl 10): 15-27
- Polat A, Yücel B. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Olan Kadınlarda Premenstruel Sendromun Değerlendirilmesi. Nöropsikiyatri Arşivi. 2004;41:5-20
- Posacı C, Erten O, Üren A, et al. Plasma copper, zinc and magnesium levels in patients with premenstrual tension syndrome. Acta Obstet Gynecol Scand 1994;73:452-455
- Rabin DS, Schmidt PJ, Campbell G. Hypothalamic-pituitary-adrenal function in patients with the premenstrual syndrome. J Clin Endocrinol Metab 1990;71:1158-1162
- Rapkin AJ. The role of serotonin in premenstrual syndrome. Clin Obstet Gynecol 1992;35:629-636
- Rapkin AJ, Shoupe D, Reading A, et al. Decreased central opioid activity in premenstrual syndrome. J Soc Gynecol Investig 1996;3:93-98
- Rapkin AJ, Morgan M, Goldman L. Progesterone metabolite allopregnanolone in women with premenstrual syndrome. Obstet Gynecol 1997;90:709
- Rasgon N, McGuire M, Tanavoli S, et al. Neuroendocrine response to an intravenous L-tryptophan challenge in women with premenstrual syndrome. Fertility and sterility. 2000;73:144-149
- Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1986; 143: 317-322
- Reid RL, Yen SC. Premenstrual syndrome. Am J Obstet Gynecol.1981;139:85-104
- Reiger DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders. J Psychiatry Res Suppl, 1990: 2:3-14
- Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HS, Sada P ve ark. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 2001; 158: 1899-1903
- Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of Civilian Trauma and Post-traumatic Stress Disorder in a Representative National Sample of Women. J Consult Clin Psychol 1993;61(6):984-991
- Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD Jr ve ark. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Arch Gen Psychiatry 1984; 41: 949-958

- Roca CA, Schmidt PJ, Bloch M et al. Implications of endocrine studies in premenstrual syndrome. *Psychiatr Ann* 1996;26:576
- Roca CA, Peter J, Schmidt PJ, Altemus M, et al. Differential menstrual cycle regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal axis in women with premenstrual syndrome and controls. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88(7):3057-3063
- Rojansky N, Halbreich U, Zander K, et al. Imipramine receptor binding and serotonin uptake in platelets of women with premenstrual changes. *Gynecol Obstet Invest* 1991;31:146-152
- Roy-Bryne P, Rubinow DR, Hoban MC, Grover GN, Blank D. TSH and prolactin responses to TRH in patients with premenstrual syndrome. *Am J Psychiatry* 1987; 144(4):480-484
- Roy-Byrne P, Stein MB, Russo J, Mercier E, Thomas R, McQuaid N ve ark. Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization and treatment. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 492-499
- Rubinow D, Roy-Byrne P. Premenstrual syndromes: overview from a methodologic perspective. *Am J Psychiatr* 1984;141:163
- Rupprecht R, Holsboer F. Neuroactive steroids: mechanisms of action and neuropsychopharmacological perspectives. *Trends Neurosci* 1999;22:410-416
- Schmidt PJ, Grover GN, Roy-Bryne PP, et al. Thyroid function in women with premenstrual syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 1993;76:671-674
- Singhn BB, Berman BM, Simpson RL, et al. Incidence of premenstrual syndrome and remedy usage: a national probability sample study. *Altern Ther Health Med* 1998;4:75-79
- Solomon Z, Kotler M, Shalev A. Delayed post traumatic stress disorders. *Am J Psychiatry* 1989; 52: 428-36
- Stahl S. Temel Psikofarmakoloji Nörobilimsel Temeli ve Pratik uygulamaları Kitabı.2000 Basım. Türkçe Basım 2003. Çeviri Edit. Prof. Dr. B. Taneli. 171-1796
- Steiner M, LePage AS, Dunn E. Serotonin and gender specific psychiatric disorders. *Int J Psych Clin Pract* 1997;1:3-13
- Steiner M, Yatham LN, Coote M, Wilkins A, et al. Serotonergic dysfunction in women with pure premenstrual dysphoric disorder: is the fenfluramine challenge test still relevant? *J Psychiatry Res* 1999;87:107-115
- Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. *J Psychiatry Neurosci* 2000;25:459-468
- Su TP, Schmidt PJ, Danaceau M, et al. Effect of menstrual cycle phase on neuroendocrine and behavioral responses to the serotonin agonist m-chlorophenylpiperazine in women with premenstrual syndrome and controls. *J Clin Endocrinol Metab* 1997;82:1220-1228
- Sundstrom I. & Backstrom T. Citalopram increases pregnanolone sensitivity in patients with premenstrual syndrome: an open trial. *Psychoneuroendocrinology* 1998;23:73-88
- Taşkın O, Gökdeniz R, Yalçınoglu A, et al. Placebo-controlled cross-over study of effects of tibolone on premenstrual symptoms and peripheral beta-endorphin concentrations in premenstrual syndrome. *Hum Reprod* 1998;13:2402-2405

- Thys-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D. Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: Effects on premenstrual and menstrual symptoms. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:444
- Thys-Jacobs S. Micronutrients and the premenstrual syndrome: the case for calcium. *J Am Coll Nutr* 2000;19:220-227
- Tollan, Qian P, Fadnes HO, Maltau JM. Evidence for altered transcapillary fluid balance in women with the premenstrual syndrome. *Acta Obstetrica GynecolScand* 1993;72:238
- Tural Ü, Aker T, Önder E, Yüksel G, Kılıç C, Özten E, ve ark. PTSD and comorbid depression after the marmara earthquake: an epidemiological study. 4th International Congress of Disaster Psychiatry: Approaches to Disaster Psychiatry: Good Science or Good Intentions? Miami, USA, 2004
- Tükel R, Polat A, Özdemir Ö, Aksüt D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2002; 43: 204-209
- Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atlı H. Gender-related differences among the Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 362-366
- Tükel R, Ertekin E, Batmaz S, Alyanak F, Sözen A, Aslantaş B ve ark. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2005; 21: 112-117
- Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V. Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Fenomenolojisi. Tükel R, Alkın T. Editörler. *Anksiyete Bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları* 2006:277-298
- Türkçapar AF, Türkçapar MH. Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi. *Klinik Psikiyatri* . 2011;14:241-253
- Ulusoy M, Erkmen H, Şahin N. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother*, 1998; 12:163-172
- Vance ML, Evans WS, Thorner M. Bromocriptine. *Ann Inter Med.*1984; 100:78-91
- Veeninga AT, Westenberg HGM. Serotonergic function and late luteal phase dysphoric disorder. *Psychopharmacology* 1992;108:153-158
- Vekemans M, Delvoeye P, L'Hermite M Robyn C. Serum Prolactin levels during the menstrual cycle. *J Clin Endocrinology.* 1977;44(5):989-993
- Warner P, Bancroft J, Dixon A, et al. The relationship between perimenstrual depressive mood and depressive illness. *J Affect Disorder* 1991;23:9-23
- Wilson MA. Menstrual disorders: Premenstrual syndrome, dysmenorrhea, amenorrhea *JOGN Nursing(Suppl)*,1984;11-19
- Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 355-364
- Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med* 1999; 29: 309-323
- Woods NF, Most A, Dery GK. Prevalance of perimenstrual symptoms. *Am J Public Health* 1982;72:1257-1264

- Yaryura-Tobias JA, Grunes MS, Todaro J, McKay D, Neziroğlu FA, Stockman R. Nosological insertion of Axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2000; 14: 19-30
- Yatham LN. Is 5HT1A receptor subsensitivity a trait marker for late luteal phase dysphoric disorder? A pilot study. *Can J Psychiatry* 1993;38:662-664.

## Ek-1 Sosyodemografik Veri Formu

### ANKSİYETE BOZUKLUKLARI TANILI HASTALARDA PMDB KOMORBİDİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI

1. Yaşınız:

2. Öğrenim durumunuz:

1.İlkokul 2.Ortaokul 3.Lise 4.Üniversite ve üstü

3. Medeni durumunuz:

1. Bekar 2. Evli 3. Dul

4. Mesleğiniz:

1. Ev hanımı 2. Çalışıyor

5. Aylık gelirin ne kadar?

1. 1000tl altında 2-1000-3000tl 3-3000tl üstü

6. Son iki yıl içinde tedavi aldığınız ruhsal bir rahatsızlığınız oldu mu?

1.Hayır 2.Evet .....

7. Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?

1 Hayır 2. Evet (..... )

8. Aşağıdaki yiyecek/içecekleri tüketme sıklığınız?

Kahve: 1. Hergün 2. Arasıra 3. Nadiren 4. Hic

Çay: 1. Günde (..... ) bardak

Kola: 1. Hergün 2. Arasıra 3. Nadiren 4. Hic

Çikolata: 1. Hergün 2. Arasıra 3. Nadiren 4. Hic

Süt ürünleri: 1. Hergün 2. Arasıra 3. Nadiren 4. Hic

9. Sigara kullanma durumunuz

1. Halen içiyorum 2. İçmiyorum

10. Sigara kullanıyorsanız günde kaç tane içiyorsunuz ?.....

11. Kaç yaşında evlendiniz?.....

12. Toplam gebelik sayınız.....Düşük sayınız.....Kürtaj sayınız..... Canlı doğum sayınız ..... Ölü doğum sayınız.....

13. Doğum kontrol hapı kullanıyor musunuz?

1. Evet      2. Hayır

14. Kullanıyorsanız kaç yıldır / aydır kullanıyorsunuz .....ay/.....yıl

15. İlk adetinizi kaç yaşında gördünüz?.....

16. Adetleriniz düzenli mi?

1. Evet      2. Hayır

17. Kaç günde bir adet görüyorsunuz?.....

18. Adetiniz kaç gün sürüyor?.....

19. Adetleriniz ağrılı oluyor mu?

1. Evet her zaman      2. Evet bazen      3.Hayır

20. Cevabınız evet ise; adet sancılarınızın şiddetini nasıl derecelendirebilirsiniz?

1. Hafif      2. Orta      3. Ağır

21. Adetiniz başlamadan önce ki hafta kendi durumunuzu her zamankine göre nasıl değerlendirirsiniz?

1. Daha iyi      2. Aynı      3. Daha kötü      4. Bilmiyorum

22.Boyunuz: ..... 32. Kilonuz: .....33.BMI.....

23. PMDB      1.Var      2.Yok

24.Şikayetleriniz adet görmeye başladıktan kaç gün sonra geçiyor? ..... gün

25. Bu şikâyetleriniz kaç yıldır devam ediyor? ..... yıl

26. Doğum yaptıysanız, doğumla birlikte bu şikâyetlerinizde bir değişim oldu mu?

1. Arttı      2. Azaldı      3. Değişim olmadı

27. Yasla birlikte şikâyetlerinizde bir değişim oldu mu?

1. Arttı      2. Azaldı      3.Değişmedi

**28.** Bu şikâyetler günlük yaşantınızı etkiliyor mu?

1. Evet      2. Hayır

**29.** Bu şikâyetler başkaları ile olan ilişkilerinizi etkiliyor mu?

1. Evet      2. Hayır

**30.** Bu şikâyetler yaşam kalitenizi etkiliyor mu?

1. Evet      2. Hayır

**31.** Bu şikâyetler nedeni ile hiç doktora başvurduğunuz mu?

1. Evet      2. Hayır

**32.** Benzer şikâyetler annenizde veya kız kardeşinizde de var mı?

1. Evet      2. Hayır      3. Bilmiyorum

**33.** Şimdiye kadar doktora gitmediyseniz, gitmeyi düşünüyor musunuz?

1. Evet      2. Hayır

**34.**BDÖP:

**42.** BAÖP:

**35.**OKB      1.Var      2.Yok

**36.**Panik Bozukluk      1.Var      2.Yok

**37.**Yaygın Ank. Boz.      1.Var      2.Yok

**38.**Sosyal Fobi      1.Var      2.Yok

**39.**TSSB      1.Var      2.Yok

**40.**Özgül Fobi      1.Var      2..Yok



## Ek- 2 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüme korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

### **Ek-3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)**

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatlice okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

- 1- 0- Kendimi üzgün hissetmiyorum.
  - 1- Kendimi üzgün hissediyorum.
  - 2- Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
  - 3- O kadar üzgün ve mutsuzum ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0- Gelecekte umutsuz değilim.
  - 1- Gelecek konusunda umutsuzum.
  - 2- Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
  - 3- Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
- 3- 0- Kendimi başarısız görmüyorum.
  - 1- Herkesten daha çok başarısızlıklarım oldu sayılır.
  - 2- Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
  - 3- Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
- 4- 0- Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
  - 1- Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
  - 2- Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
  - 3- Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
- 5- 0- Kendimi suçlu hissetmiyorum.
  - 1- Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
  - 2- Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
  - 3- Kendimi her an suçlu hissediyorum.

- 6- 0- Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
- 1- Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
  - 2- Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
  - 3- Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
- 7- 0- Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
- 1- Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
  - 2- Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
  - 3- Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0- Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
- 1- Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
  - 2- Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
  - 3- Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9- 0- Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- 1- Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
  - 2- Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
  - 3- Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
- 10- 0- Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
- 1- Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
  - 2- Şimdilerde her an ağlıyorum.
  - 3- Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0- Eskisine göre daha sinirli ve tedirgin sayılmam.
- 1- Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
  - 2- Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
  - 3- Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.

- 12- 0- Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
- 1- Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
  - 2- Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
  - 3- Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13- 0- Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
- 1- Eskine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
  - 2- Eskisine göre, karar vermekte oldukça çok güçlük çekiyorum.
  - 3- Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0- Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
- 1- Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzüldüğüm.
  - 2- Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
  - 3- Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15- 0- Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- 1- Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
  - 2- Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
  - 3- Hiç çalışmıyorum.
- 16- 0- Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
- 1- Şimdilerde eskisi kadar rahat ve kolay uyuyamıyorum.
  - 2- Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
  - 3- Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0- Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
- 1- Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
  - 2- Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
  - 3- Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.

18- 0- İştahım eskisinden pek farklı değil.

1- İştahım eskisi kadar iyi değil

2- Şimdilerde iştahım epey kötü.

3- Artık hiç iştahım yok.

19- 0- Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.

1- Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.

2- Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.

3- Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.

20- 0- Sağlığım beni pek endişelendirmiyor

1- Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.

2- Sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.

3- Sıkıntılarım beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.

21- 0- Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.

1- Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.

2- Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.

3- Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

#### **Ek-4 Bilgilendirilmiş Onam Formu**

Katılımınızı talep ettiğimiz bu çalışmanın amacı ‘Anksiyete Bozuklukları Tanılı Hastalarda Premenstruel Disforik Bozukluk Komorbiditesi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması’ adını taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı anksiyete bozuklukları tanılı hastalarda premenstruel disforik bozukluk ek tanısını araştırmaktır. Bu nedenle sizinle yüzyüze görüşülerek bazı formlar doldurulacak ve bazı ölçek formlarını doldurmanız istenecektir. Bu çalışmaya katılmanız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmada kimlik bilgileriniz gizli tutulacak kamuoyuna açıklanmayacaktır ancak bulgular kullanılabilir. Araştırma sonuçları yayınlandığında da kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu çalışma sırasında katılımcılara herhangi bir girişimsel işlem ya da ilaçla tedavi uygulanmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığımız için size bir ücret ödenmeyecektir.

Çalışma hakkındaki bilgileri yukarıdaki metinde okudum. Çalışma hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bana yapılan yazılı ve sözlü açıklamaları tüm ayrıntılarıyla anladım. Belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu çalışmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi hür irademle katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı, Soyadı, İmzası, Adresi, Tel no:

Katılımcı ile görüşen hekim:

Dr. Hüda Murat SOYAK

Tel: 0 332 223 6838

Tarih

...../...../.....