

**T.C.**  
**İSTANBUL MALTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**PSİKİYATRİK BOZUKLUĞU OLAN VE  
OLMAYAN KADINLARDA ADET ÖNCESİ  
BELİRTİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS (MASTER) TEZİ**

**Şeyda KÜTSAL**

**İstanbul-2010**

**T.C.  
İSTANBUL MALTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**PSİKİYATRİK BOZUKLUĞU OLAN VE  
OLMAYAN KADINLARDA ADET ÖNCESİ  
BELİRTİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS (MASTER) TEZİ**

**Hazırlayan  
Şeyda KÜTSAL**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Figen KARADAĞ**

**İstanbul-2010**

## ÖNSÖZ

Tüm çalışma boyunca bana sonsuz destek, sabır ve anlayış gösteren; bilgi, deneyim ve zamanını esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Figen KARADAĞ'a;

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, her zaman desteklerini hissettiğim çok değerli dostlarım Psikolog Deniz Okutan AYTUĞRUL ve Psikolog Ayça BALCI'ya;

Çalışmaya katılımcı bulmamda yardımcı olan ve yönlendirmelerini esirgemeyen Uz. Dr. Hülya Eltutan ÖNCÜLOĞLU ve Psikolog Gülsen DEVRAN'a

Tezin her aşamasında benimle birlikte zaman ve emek harcayan Cem CENGİZ'e

Vakit ayırarak çalışmama katılmayı kabul eden tüm katılımcılara;

Koşulsuz destekleriyle her zaman yanımda olduklarını hissettiğim çok sevgili AİLEME teşekkürlerimi sunuyorum.

Şeyda KUTSAL

## ÖZET

Bu çalışma, panik bozukluk(PB) ve obsesif-kompulsif bozukluk(OKB) tanısıyla izlenen kadınlarda adet öncesi sendromun sıklığı ve klinik görünümünün araştırılması ve sağlıklı kadınlardan oluşmuş bir kontrol grubuyla karşılaştırılması amaçlanarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Eylül 2007-Eylül 2009 tarihleri arasında İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk tanısı almış ve İstanbul ilinde yaşayan bilinen bir psikiyatrik bozukluğu olmayan 18 yaş üzerindeki toplam 90 kadın oluşturmaktadır.

Araştırmanın verileri;

Sosyodemografik bilgi formu, Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, Yale Brown obsesif-kompulsif bozukluk ölçeği, panik agorafobi ölçeği, sorun şiddeti günlük kayıt çizelgesi kullanılarak toplanmıştır.

Elde edilen veriler; “SPSS 15.0 for Windows” programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda, sorun şiddeti günlük kayıt çizelgesi için Anova-R testi, sürekli değişkenler için Student-t testi ve Mann Whitney U testi, kategorik değişkenler için Ki-kare testi, gerekli olduğunda Fisher kesinlik testi kullanılmıştır.

Çalışmamızda; obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve kontrol grubunu oluşturan kadınların eğitim süresi, gebelik sayısı, adet döngü süresi, kanama süresi gibi durumları birbirine yakın düzeyde olup gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Depresyon ve anksiyete düzeyleri; obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluk grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Adet öncesi sendrom (AÖS) ve adet öncesi disforik bozukluk (AÖDB) bulunma durumuna baktığımızda yine obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluk tanısı almış kadınlarda AÖS ve AÖDB' si bulunan kadınların sayısı sağlıklı kadınlardan oluşan kontrol grubuna göre daha yüksektir.

AÖS belirtilerini alt gruplara göre değerlendirdiğimizde adet döngüsünün sonrası ve öncesi dönemi arasında, fiziksel şikâyetler obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluk grubunda adet öncesi dönemde anlamlı derecede daha yüksek bulunmuş; depresyon, öfke/ iritabilite şikâyetleri adet öncesi dönemde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

OKB ve panik bozukluğu olanlarda AÖS ve AÖDB normak kontrollere göre daha fazla görülmesinin bir nedeni bu bozuklukların adet öncesi dönemde alevlenmeleri ve bu bozuklukların belirtilerinin AÖS ve AÖDB tanı ölçütleri örtüşüyor olması olabilir. Bir diğer nedeni ise bu iki bozukluk ve AÖS ve AÖDB aynı ortak bozukluğun birer alt grubu olma olasılıkları olabilir.

Bu konu ile ilgili daha ileri araştırmalara gereksinim vardır.

## SUMMARY

The study compared the frequency of Pre-menstrual syndrome (PMS) and its clinical view in Panic disorder (PD) patients, Obsessive compulsive disorder (OCD) patients and normal controls.

90 women over age 18 were chosen from İstanbul Fatih Sultan Mehmet Araştırma Hastanesi Psychiatry Clinic patients who were also living in the same city for the sample of this study. Sociodemographic form, Beck depression scale, Beck anxiety scale, Yale-Brown obsessive compulsive scale, Panic and agoraphobia scale, Daily record of severity of problems form were used to gather information for the data. Data were analyzed running SPSS 15.0 for Windows. For the comparison among groups Anova-R test, for continuous variables Student t test and Mann-Whitney U test, for categorical variables Chi square test and also Fisher's exact test (when it is necessary) were used for assessment.

There were no significant difference between the sample groups in education levels, number of pregnancies, menstrual cycle duration and bleeding duration.

It is found that levels of depression and anxiety were high amongst OCD samples and PD samples and significantly different than normal controls.

Also experiencing Pre-menstrual syndrome (PMS) and Pre-menstrual dysphoric disorder (PMDD) were higher in OCD samples and PD samples than normal controls.

While suffering from physical complaints were higher and significantly different in OCD samples and PD samples than normal controls at premenstrual phase ; no statistically significant difference were found in depression, anger and irritability complaints within three samples.

The fact that OCD and PD symptoms flare up at premenstrual phase and most of their symptoms are same with PMS and PMDD may explain the reason of why OCD and PD patients experiencing more PMS and PMDD than normal controls. Also probability of OCD,PD,PMS and PMDD may be sub sections of the same disorder can be considered as another reason.

Further research is needed about the subject.

## **İÇİNDEKİLER**

### **BÖLÜM I**

#### **GİRİŞ**

#### **KAVRAMSAL ÇERÇEVE**

##### **1.1. Adet öncesi Sendrom**

1.1.2. Adet öncesi Sendromun Tarihsel Gelişimi

1.1.3. Adet öncesi Sendromun Görülme Sıklığı

1.1.4. Adet öncesi Sendromun Nedenleri

1.1.5. Adet öncesi Sendromun Tedavisi

##### **1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk**

1.2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tarihsel Gelişimi

1.2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Görülme Sıklığı

1.2.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nedenleri

1.2.4. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisi

##### **1.3. Panik Bozukluk**

1.3.1. Panik Bozukluğunun Tarihsel Gelişimi

1.3.2. Panik Bozukluğunun Görülme Sıklığı

1.3.3. Panik Bozukluğunun Nedenleri

1.3.4. Panik Bozukluğunun Tedavisi

##### **2. Araştırmanın Amacı**

##### **3. Hipotezler**

##### **4. Araştırmanın Önemi**

##### **5. Kapsam ve Sınırlılıklar**

5.1. Tezin Kapsamı

5.2. Tezin Sınırlılıkları

##### **6. Varsayımlar**

### **BÖLÜM II**

#### **Konu İle İlgili Araştırmalar**

##### **2.1. Adet öncesi Sendromun Psikiyatrik Hastalıklarla İlişkisi**

## BÖLÜM III

### YÖNTEM

#### 3.1 Araştırmanın Modeli

#### 3.2. Evren ve Örneklem

#### 3.3. Veri Toplama Araçları

##### 3.3.1. Sosyodemografik Form

##### 3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği

##### 3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği

##### 3.3.4. Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi

##### 3.3.5. Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği

##### 3.3.6. Panik Agorafobi Ölçeği

#### 3.4. Verilerin Toplanması

#### 3.5. Verilerin Analizi

## BÖLÜM IV

### BULGULAR VE YORUM

## BÖLÜM V

#### 5.1. Tartışma ve Sonuç

#### 6. Kaynaklar

#### 7. Ekler



## **TABLolar LİSTESİ**

**Tablo 1. Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri**

**Tablo 2. Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk Ve Kontrol Gruplarının Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri**

**Tablo 3. Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk Ve Kontrol Gruplarında AÖS/ AÖDB Tanıları**

**Tablo 4. Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk ve Kontrol Gruplarında Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesine Göre AÖS Belirtilerinin Adet Öncesi Dönem ve Sonrası Dönem Arasındaki Oranı**

**Tablo 5.OKB, Panik Bozukluk ve Kontrol Gruplarının Adet Dönemi Sonrası ve Öncesindeki Belirtilerinin Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesinde Alt Gruplara Göre Değerlendirilmesi**

**Tablo 6. 1. ve 2. ay Adet Döngüsünde Adet Öncesi ve Adet Sonrası Sorun Şiddet Günlük Kayıt Çizelgesindeki Toplam Puan ve Alt Ölçek Puan Farkları ve Yale Brown ve Panik Agorafobi Ölçekleri Puanlarının Korelasyonları (Spearman)**

## BÖLÜM I

### GİRİŞ

Adet döngüsü boyunca ve özellikle adet öncesi dönemde kadınlarda bir takım ruhsal ve bedensel değişikliklerin olduğu uzun yıllardan beri bilinmektedir. Adet öncesi sendrom (AÖS) olarak tanımlanması ve bu terimin bilimsel dile yerleşmesi ise son dönemlerde gerçekleşmiştir. Bununla birlikte sebepleri, tanısı, görülme sıklığı ve yaygınlığı, sınırları konusunda yapılmış olan çok sayıda çalışmaya rağmen henüz bir görüş birliğine varılamamış olduğu söylenebilir.

Adet öncesi disforik bozukluk (AÖDB) ise DSM-IV'te "başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluklar" grubu içinde duygudurum bozuklukları kategorisine yerleştirilmiştir. Çünkü AÖS ve özellikle AÖDB'nin duygudurum bozuklukları ve bu grubun içinde de başlıca depresyonla ilişkili olduğunu düşündüren çalışmalar vardır. AÖDB belirtileri arasında; depresif duygudurum, anksiyete, duygulanımda değişkenlik, iritabilite, konsantrasyon güçlüğü, enerji azlığı, iştahta değişiklik, uyku düzensizliği ve fiziksel belirtiler bulunmaktadır. Bu belirtileri içeren farklı psikiyatrik rahatsızlıklar da bulunmaktadır. Bu ortak durum AÖS ve AÖDB'nin diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla bağlantısı, etkileşimi olabileceğini düşündürmektedir ancak bu konuda yapılan daha önceki çalışmalar oldukça sınırlıdır.

AÖS' de tanı konulabilmesi için yakınmaların içeriği ve zamanlaması önem taşımaktadır. Adet döngüsünün adet öncesi döneminde belirtiler görülürken adet sonrası dönemde bu belirtilerin azalması, ortadan kalkması beklenmektedir. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda sonuçların daha sağlıklı yorumlanabilmesi için ileriye dönük günlük kayıtlarla takip etmek gerekmektedir. Bu durum araştırmaların sınırlı olmasına etki etmektedir.

Bu çalışmada; anksiyete veya gerginlik, iritabilite gibi durumların AÖS ve AÖDB'nin belirgin belirtileri olmasından yola çıkılarak DSM-IV'e göre anksiyete bozuklukları grubunda yer alan; obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk yaşayan kadınlarda AÖS/AÖDB varlığının ve klinik özelliklerinin araştırılması ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

## KAVRAMSAL ÇERÇEVE

### 1.1 Adet öncesi Sendrom

Adet öncesi sendrom (AÖS), kadın sağlığını yakından ilgilendiren, fiziksel ve psikolojik yakınmalarla seyreden ve kişilerarası ilişkileri etkileyen bir durumdur (Acar,1996).

Genellikle adet kanamasından 7–14 gün önce başlayan, kişisel farklılıklara göre değişik belirtiler kompleksi gösteren ve bu nedenle bir sendrom olarak isimlendirilen adet öncesi sendrom, ilk olarak ruhsal yapıda değişkenlik ve ödem oluşumuna eğilim olarak tanımlanmıştır. AÖS 150–200 kadar belirtisi saptanmış olan geniş spektrumlu semptomatolojiye sahip, bir psikonöroendokrin hastalıktır (Çolakoğlu ve Çiçek, 2001).

En sık görülen belirtiler; meme ağrısı, ödem, karın şişkinliği ve ruhsal değişkenliklerdir. Kadınların yaklaşık olarak %30-50'sinde adet öncesi sendrom vardır. Bu olguların %5-10'unda belirtiler çok şiddetli olabilmektedir. Genellikle 25–35 yaşlarında görülür.

Adet öncesi sendrom tanısını koyabilmek için ICD-10'a göre şunlar gereklidir ;

A.Belirtiler sadece adet döngüsünün adet öncesi evresinde ortaya çıkar, adet döneminden kısa süre önce zirveye ulaşır ve adet dönemiyle birlikte veya kısa bir süre içinde kaybolur.

B.Aşağıdaki belirtilerden bir tanesi yeterlidir:

- Hafif ruhsal huzursuzluk
- Şişkinlik hissi ve kilo alma
- Memelerde hassasiyet
- El ve ayaklarda şişme
- Çeşitli ağrılar
- Konsantrasyonda azalma

- Uyku bozukluğu
- İştah değişikliği (WHO 1996).

Tablo, DSM-IV'te adet öncesi disforik bozukluk (AÖDB) olarak adlandırılan tablo mevcuttur, başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluklar kümesinde sınıflandırılmıştır (APA, 2001).

Adet öncesi disforik bozukluk için DSM-IV araştırma ölçütleri;

A.Son 1 yıl içinde adet döngülerinin çoğunluğunda aşağdaki belirtilerden 5; (ya da daha fazlası) en az (1), (2), (3) ya da (4)'ten biri olmak kaydıyla adet döngüsünün adet öncesi evresinin son haftası sırasında zamanın çoğunluğunda vardır, adet döneminin başlamasından sonraki birkaç gün içinde iyileşme başlar ve adetten sonraki hafta içinde kaybolurlar.

- Belirgin çökkün duygudurum, umutsuzluk duygusu ya da kendini değersiz hissetme,
- Belirgin bunaltı, gerginlik, endişe ya da sabırsızlık,
- Duygulanımda belirgin ani değişiklikler (yani üzüntülü ya da ağlamaklı olma ya da reddedilmeye aşırı duyarlılık)
- Belirgin ve kalıcı öfke ya da huzursuzluk veya kişilerarası çatışmalarda artış,
- Olağan etkinliklere karşı ilgi azalması (iş, okul, arkadaşlar, hobiler gibi)
- Yoğunlaşma güçlüğu,
- Halsizlik yorulma ya da belirgin enerjisizlik,
- İştahta belirgin değişiklik, aşırı yeme ya da özel yiyeceklere aşırma,
- Uykusuzluk ya da aşırı uyuma,
- Başa çıkamama ya da kontrolü kaybetme duygusu
- Memelerde hassasiyet ya da şişme, baş, eklem ya da kas ağrıları, şişkinlik hissetme kilo alma gibi diğer fiziksel belirtiler.

B.Bozukluk iş ya da okul veya olağan sosyal etkinlikleri ve diğer insanlarla ilişkileri belirgin şekilde etkiler (yani sosyal etkinliklerde kaçınma, üretkenlikte ve iş ya da okul başarısında azalma)

C.Bozukluk sadece majör depresif bozukluk, panik bozukluk, distimik bozukluk ya da kişilik bozukluğu gibi diğer bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir (bu gibi bozuklukların üzerine binmiş olsa bile).

D.Ölçüt A, B ve C en az iki birbiri ardına gelen belirtilerin olduğu döngüler esnasında günlük ileriye dönük ölçümleme ile doğrulanmalıdır (APA, 2001).

ICD-10'daki adet öncesi sendrom tanısında fiziksel belirtiler ağırlıklıyken, DSM-IV' teki tanı ölçütleri duygudurum belirtilerinin önemini daha fazla vurgulamakta, tabloyu psikiyatrik bir sendroma daha yakın kılmaktadır. Adet öncesi disforik bozukluk tanısı için DSM-IV' te bildirilen 11 belirtiden en az beşinin bulunması, işlevsellikte bozulmanın olması ve ileriye yönelik olarak en az ardışık 2 ay belirtilerin görülmüş olması gerekmektedir. Adet öncesi sendrom tanısını koyarken işlev kaybı ve ileriye dönük takipler gerekmediği gibi, tek bir belirtinin varlığı yeterlidir (Yonkers,1997).

### **1.1.2 Adet Öncesi Sendromun Tarihsel Gelişimi**

Adet döngüsünün değişen fazlarına paralel olarak kadınlarda ruhsal ve fiziksel bakımdan bir takım farklılaşmaların olduğu şeklindeki görüşlerin geçmişi oldukça eskilere, Hipokrat dönemine dek uzanmaktadır. Hipokrat “ Sickness of Virgins” adlı eserinde, kadınlardaki bazı psikolojik ve davranışsal yakınmaların adet dönemleriyle bağlantılı olduğunu bildirmiştir. Trotula De Salerno 11. yüzyılda yazdığı kadın sağlığı, hastalıkları ve çocuk bakımı, eğitimi konusundaki kitabında adet öncesi sendrom ile ilgili bir değinmede bulunmuştur. 16. yüzyılda Padua Üniversitesi'nden Giovannita Monte adet döngüsü ile depresyon arasında bir ilişkinin olabileceğini bildirmiştir. İcard ise piromani, dipsomani, homisidal ve suisidal mani, erotomani, nimfomani, morbid kıskançlık, melankoli ile adet döneminin ilgisi olduğundan söz etmiştir. Leacock ise 1840'ta kadınların bu dönemde yaşadıkları histerik belirtilerinin mevcut hastalıkların bir alevlenmesi olabileceğini belirtmiştir (Sferaff ve ark., 1994). Adet öncesi döneme ait değişikliklerin tıbbi bir sendrom olarak tanımlanması 1931 yılında Amerikalı jinekolog Robert Frank tarafından gerçekleştirilmiştir. Frank adetten

önceki 7–10 gün boyunca ortaya çıkıp kanamanın başlamasıyla hafifleyen ödem, baş ağrısı, kilo artışı, huzursuzluk gibi yakınmaları olduğunu gözlediği 15 kadının durumunu “ Adet Öncesi Gerginlik” olarak ifade etmiştir (Johnson,1987). 1952’ de Katharina Dalton “Adet Öncesi Sendrom” terimini ilk kullanan kişi olmuştur. 1987 yılında “Amerikan Psikiyatri Birliği” tarafından Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk ya da Adet Öncesi Disforik Bozukluk olarak tanımlanmıştır. Adet öncesi disforik bozukluk; “başka psikiyatrik tanı ölçütlerini karşılamayan, adet döngüsünden bir hafta önce başlayan ve adet döneminin başlamasından çok kısa bir süre sonra biten tekrarlayıcı özelliği olan fiziksel ve psikolojik belirtiler” olarak tanımlanmaktadır (Kışnişçi,1996).

### **1.1.3 Adet Öncesi Sendromun Görülme Sıklığı**

Son 20 yıldır çeşitli yöntemlerle yapılan araştırmalar kadınların çoğunun yaşamlarının bazı dönemlerinde adet öncesi belirtilerden yakındıklarını göstermektedir.

Kadınların %70–90’ının yaşamlarının belirli dönemlerinde adet öncesi sendromu yaşadıkları, %20–40’ında bu şikâyetlerin fizik ve mental kapasitesini etkileyecek şiddette, %5–10 unda ise çok şiddetli olduğu kabul edilmektedir. Adet öncesi sendromlu kadınların %85’inde orta şiddette, %15 inde ise ciddi düzeyde olduğu bildirilmiştir (Atasü ve Şahmay; 2000).

Cohen ve arkadaşlarının (2002) Amerika’da 36–44 yaş arası 4164 kadınla adet öncesi sendrom görülme sıklığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada kadınların % 6’sında şiddetli adet öncesi sendrom olduğunu bulmuşlardır.

Silva ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2006) kadınların % 60,3’ü adet öncesi belirtilerden yakınmaktadırlar. Belirtilerden yakınan kadınların % 50’den fazlası huzursuzluk, şişkinlik, sinirlilik, baş ağrısı, yorgunluk ve meme ağrısından yakındıklarını belirtmişlerdir.

American College of Obstetricians and Gynecologist 1989'da bütün kadınların %20 ile % 40'ının bazı adet öncesi yakınmaları taşıdıkları ve yine bu yakınmaların bütün kadınların % 5'inin günlük hayatlarını etkileyecek boyutta olduğunu bildirmiştir (Adenaike, 1987; Börekçi,1998).

18–35 yaş arasındaki 179 kadının dahil edilerek yapılan çalışmada kadınların % 5–30'unun bir ya da daha fazla fiziki ya da psikolojik bir yakınmadan etkilendiği %2 ila % 8 arası ise günlük hayatını etkileyecek ölçüde belirti gösterdikleri ortaya çıkmıştır (Börekçi,1998; Woods, 1982).

İsviçre'de genel popülasyondan seçilerek, yaşları 18 ve 46 yaş arası değişen 1083 kadın üzerinde yapılan çalışmada adet öncesi sendrom belirtilerinin genel yaygınlığı %92 olarak bulunmuştur. Orta şiddette belirtileri taşıyan grup %31, ağır etkilenme ise % 3 olarak bulunmuştur (Beck ve ark., 1990).

Janinger ve arkadaşları (1972), Türk kadınlarının da içinde bulunduğu ve Nijeryalı, Yunan, Japon, Amerikalı gibi çeşitli ülke kadınlarının katıldığı bir çalışma gerçekleştirmiş, burada adet öncesi sendrom belirtilerinin Nijeryalı ve Türk kadınlarında en sık, Japon kadınlarında ise en az bulunduğu sonucunu elde etmişlerdir. Bu çalışmada Türk kadınlarında %88 ile birinci sıradaki belirtilerin gerginlik olduğu bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda;

Karavuş ve arkadaşları (1997) Marmara Üniversitesi'nde okuyan 406 kız öğrencide yaptıkları çalışmada, grubun %17.2' sinde adet öncesi belirtiler olduğunu belirlemişlerdir.

Bektaş (1995) hastanede çalışan 320 kadın ile yaptığı çalışmasında kadınların %62.5'inin adet öncesi belirtileri yaşadığını, %7.8'inin belirtileri çok şiddetli düzeyde yaşadığını, %3.1'inin ise hiçbirini yaşamadığını saptamıştır.



Manisa ilinde 15–49 yaş arası 541 kadın üzerinde yapılan çalışmada adet öncesi sendromun belirti örüntüsü ve yaygınlığı incelenmiştir. Kadınların %6.1’inde şiddetli adet öncesi sendrom belirtilerinin olduğu, %72.2’sinde DSM-IV’te belirtilen şekilde işlevsellik yitimi olduğu saptanmıştır. En sık görülen belirtiler; sinirli veya huzursuz hissetme, sıkıntılı hissetme, karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme, enerji azlığı veya çabuk yorulma ve bacaklarda yorgunluk hissidir (Adıgüzel ve ark., 2007).

Güneş ve arkadaşlarının (1997) Malatya’da lise öğrencilerinde adet öncesi sendrom sıklığını araştırdıkları çalışmada, 16–21 yaşları arasında 447 genç kız çalışmaya dahil edilmiştir. Kız öğrencilerde adet öncesi sendrom görülme sıklığı % 21 olarak bulunmuştur.

18–25 yaş arasındaki 230 yüksekokul öğrencisinin dâhil edildiği araştırmada, DSM-IV tanı ölçütlerine göre adet öncesi disforik bozukluk görülme sıklığı % 8 olarak bulunmuştur. Öğrenci grubunun belirtilerinin şiddeti, tedavi arayışı içinde olan ve evvelce adet öncesi disforik bozukluk teşhisi konulmuş 28-43 yaşlar arasında 13 kadından oluşan ikinci grubun belirtilerinin şiddeti ile karşılaştırıldığında; yüksek okul öğrencilerinden oluşan grupta adet öncesi dönemde içe kapanma ve aknedden şikayet daha şiddetli iken, daha yaşlı olan kadın grubunda baş ağrısı, göğüslerde ve bacaklarda ağrı ile konsantrasyon bozukluğu daha şiddetli bulunmuştur (Müderris ve ark.,1999).

Canbaz ve arkadaşları (1999) On Dokuz Mayıs Üniversitesi’nde birinci sınıfta okuyan 397 kız öğrenci ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerin % 58.2’sinin adet öncesi belirtileri yaşadıklarını saptamışlardır.

Derman ve arkadaşlarının (2004) 171 ergen kız ile DSM-IV tanı ölçütlerini kullanarak yaptıkları çalışmada örneklem grubunun % 61,4’ünde adet öncesi sendrom olduğunu saptamışlardır. Bunların %49,5’inin hafif, %37,1’inin orta, %13,4’ünün şiddetli düzeyde adet öncesi belirtileri yaşadıklarını belirlemişlerdir.

Karadağ ve arkadaşlarının (2004) bipolar bozukluk ve normal sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları çalışmalarında çalışma örnekleminin %2.9' unda DSM-IV tanı ölçütlerine göre AÖDB saptanmıştır.

Bir grup çalışan kadında adet öncesi belirtilerin görülme sıklığını saptamak ve tetikleyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; yaşın, medeni durumun, eğitim düzeyinin, görevinden memnun olma durumunun, işe ayrılan zamanın, ilk adet görme yaşının, adet döngüsüne karşı tutumun, ağrılı adet görme öyküsünün, yakın çevrede adet öncesi belirtilerin yaşanma durumunun, toplam gebelik/düşük/kürtaj sayısının, hormonal olmayan doğum kontrol yöntemleri kullanma durumunun, günlük tüketilen çay/kahve miktarının, sigara kullanma durumunun ve zorlayıcı yaşam olaylarının varlığının adet öncesi belirtiler üzerinde etkili olduğu ve çalışma kapsamına alınan kadınların %50.0–59.3'ünün adet öncesi alt grup belirtilerini yaşadığı belirlenmiştir (Gökçe, 2006).

#### **1.1.4 Adet Öncesi Sendromun Nedenleri**

Adet öncesi sendromun nedenleri konusundaki bilgiler tam olarak açıklık kazanmamıştır. Günümüze kadar değişik etkenler ve fizyopatolojik olaylarla adet öncesi sendromun nedenleri açıklanmaya çalışılmıştır.

Adet öncesi dönemde kadınların bilişsel ve duyuşsal algılarında değişiklikler olduğu gösterilmiştir. Adet öncesi dönemde görsel ve işitsel algıların ve dikkatin değiştiği, strese yanıtın abartılabilir hale geldiği, tat ve koku duyularında dahi farklılık olduğunun gösterildiği bilinmektedir. Bu dönemde kadınların intihara ve suç meyillerinin arttığı da gösterilmiştir. Adet öncesi sendrom tanısı olarak tekrarlayan bir biçimde ve adet öncesi bir alevlenme ile karakterize olduğundan yine sıklıkla düşünülen etken hormonlar olmuştur (Copeland ve Jarrell, 2000).

Adet öncesi sendromun nedenleri ile ilgisi olduğu düşünülen hormonlar; over hormonları, prolaktin, insülin, tiroksin, gonodotropin, kortisol, büyüme hormonu,

aldosteron, endojen opioidler, serotonin, prostaglandin ve testosterondur (Lurie ve Richard, 1990).

Adet öncesi sendromun nedenleri psikososyal açıdan değerlendirildiğinde; adet dönemi ve adet öncesi dönemdeki durum ve davranışların; kültürel inançlar, kişilik yapısı, kadınlık rolü, toplumsal tutumlar, inançlar, beklentiler, kadının kendilik algıları, hayat stresörleri gibi birçok faktörden etkilendiği belirtilir. (Kişnişçi, 1996; Dilbaz,1992; Özkan, 1993) Çalışmalarda adet öncesi sendrom belirtilerinin etnik köken, şehirleşme, evlilik durumu, ev içi eşitlik, eğitim ve iş durumu gibi sosyo-kültürel faktörlerden etkilendiği gösterilmiştir (Marvann ve ark., 1999;61:163–167). Kadınlar, kadınlığın reddi, erkeğe yönelik düşmanlık ve kendini cezalandırma gibi psikolojik faktörlerden de etkilenirler (Özkan, 1993).

Toplumun kadın ve adet görme ile ilgili değerleri bir diğer faktör olarak belirtilir. İlk adet dönemi hakkındaki bilgiler ve adet öncesi dönemdeki tecrübeler, adet döngüsüne karşı tutumu belirler (Mc Master ve ark. 1997). Adet döngüsü ile ilgili tutum, duygu ve düşünceler olumsuz ve ürkütücü ise, adet öncesi sendrom daha şiddetli olabilir. Hintli kadınlarla yapılan bir çalışma sonucunda, adet görmeye ilişkin olumlu tutumların adet öncesi sendrom yakınmalarını azalttığı ortaya çıkarılmıştır (Özkan, 1993) .

Adet öncesi sendromun nedenlerine yönelik sosyal teoriler, adet döngüsüne karşı sosyal ve kültürel tavırları kapsar. Adet öncesi dönemde olduğunu bilen kadınlarda, bilmeyenlere göre belirtilerin çok daha fazla olduğu saptanmıştır (Ünver,1996). Marvan ve Escobedo (1999) yaptıkları çalışma sonucunda, adet öncesi belirtiler hakkında bilgisi olan ve döngülerinin adet öncesi dönemlerini takip eden kadınların adet öncesi belirtileri daha çok yaşadıklarını saptamışlardır.

Adet öncesi sendromda ailesel çevre faktörlerinin etkili olabileceğini gösteren araştırmalar da vardır. İsrail’de yapılan bir araştırmada ergenlik döneminde ailesinde adet öncesi sendrom yakınması olan kadınlarda ve geleneksel aile yapısına sahip,

adet dönemini rahatsızlık verici ve engelleyici bir olay olarak gören kadınlarda adet öncesi sendrom belirtilerinin daha sık ortaya çıktığı iddia edilmektedir (Anson, 1999).

Adet öncesi sendrom tablosu gösteren ve adet öncesi dönemde hiçbir yakınması olmayan sağlıklı grubun karşılaştırılmasının yapıldığı çalışmada; hormon düzeyleri açısından gruplar arasında fark bulunmadığı, adet öncesi sendrom grubunda, adet öncesi dönemde depresyon ve anksiyete düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu, hormon düzeyleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında her iki grupta da anlamlı bir bağlantı bulunmadığı, AÖS grubundaki kadınların adet döngüsünü ve annelerini algılayışlarının kontrol grubunu oluşturan kadınlardan farklı olduğu sonuçları elde edilmiştir (Yücel, 1993).

Adet öncesi sendrom ile nörotizm arasındaki ilişki üzerinde de çok durulmuş, yapılan çalışmalarda adet öncesi sendromlu grupta benlik saygısının belirgin olarak düşük, depresyon ve stres düzeyinin ise yüksek olduğu bulunmuştur. Adet öncesi sendrom alanındaki diğer bir varsayım da adet öncesi sendrom belirtileri gösteren kadınlarda nörotizm veya diğer benzeri kişilik uyumsuzluklarının olduğudur. Bu kişilik örüntüsünün ya kadınların adet öncesi zorluk ile karşı karşıya kalmalarına yol açtığı ya da döngünün adet öncesi döneminde yaşadığı belirtileri algılamalarını etkilediği öne sürülür (Dilbaz, 1992).

Adet öncesi sendromun psikolojik belirtilerinin günlük yaşamı engelleyecek şekilde var olduğunun belirtilmesi, bu kadınlarda altta yatan başka bir psikolojik rahatsızlığın olup olmadığı sorusunu da beraberinde getirmektedir. Adet öncesi sendrom ilk tanımlandığı yıllarda psikosomatik bir rahatsızlık olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca majör duygulanım bozukluğu olan kadınların % 60'ında adet öncesi sendrom belirtilerinin olduğu da gösterilmiştir. Birincil depresyon tanısı almış kadınların en az % 30'u bu rahatsızlığa bağlı ilk yakınmalarının belirgin hormonal değişiklikler geçirdikleri bir dönemde ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Adet öncesi sendromlu kadınlar incelendiğinde, bu kadınların % 57- 100'ünün

hayatlarında en az bir majör depresif atak geçirdikleri, adet öncesi sendrom yakınması olmayanlarda ise bu yüzdenin % 20'nin altında olduğu saptanmıştır (Copeland ve ark., 2000). Yapılan araştırmalarda adet öncesi sendromlu kadınlar kontrol gruplarındaki kadınlara göre günlük hayatlarında kendilerini etkileyen daha çok sayıda negatif olay tanımlamakta ve adet öncesi dönemde diğer zamanlara göre bu olaylardan daha fazla etkilendiklerini ifade etmektedirler (Frackiewicz ve ark 2001).

Adet öncesi sendrom belirtileri gösteren bir grup kadının sadece plasebo tedavisi ile dört ay sonunda % 20'sinin belirgin, % 42'sinin de kısmi olarak tedaviden fayda gördüğü gösterilmiş, kalan % 32'si ise hiç fayda görmediğini bildirmiştir. Plaseboya yanıtın bu derece yüksek olması adet öncesi sendromun psikolojik kaynaklı olabileceğine dair fikirleri gündeme getirmiştir (Freeman ve Rickels, 1999).

### **1.1.5 Adet Öncesi Sendromun Tedavisi**

Adet öncesi sendromun nedenlerinin tam olarak aydınlatılmamış olması, bugüne kadar daha çok belirtilere yönelik tedavi ve genel tedavilerin uygulanmasına yol açmıştır.

Adet öncesi sendromda en popüler ve ucuz tedavi yöntemleri egzersiz, beslenme şeklinin düzenlenmesi ve stresle başa çıkma yollarının öğrenilmesidir. Bu yakınmaları olan kadınlara yakınmalarının özellikleri, bunlardan korunma ve yakınmaların azaltılması konularında danışmanlık yapılması da önerilmektedir (Copeland ve Jarrell, 2000).

Egzersizin, adet öncesi yakınmalardan; öfke ve çökkün duygu durumuna iyi geldiği ayrıca göğüslerde hassasiyet ve karında şişlik gibi somatik şikâyetlerde de gerilemeyi sağladığı belirtilmektedir (Kessel, 2000).

Adet öncesi sendrom ile diyet arasındaki olası ilişki de uzun zamandır kabul görmektedir. Tedavide özel bir diyet listesi bulunmamakla birlikte, bazı kadınlar kafein alınmasının kısıtlanması ile meme ağrısı şikâyetlerinin azaldığını ifade etmektedirler. Adet öncesi dönemde karbonhidrat ağırlıklı, proteini az olan bir diyet uygulanması adet öncesi sendrom belirtilerinde belirgin bir azalmaya yol açmaktadır (Atasü ve Şahmay, 2001).

Adet öncesi sendrom tedavisinde vücutta fazla sıvı birikimine bağlı olarak bazı belirtilerin gelişmesi idrar söktürücü ilaçlarla tedaviyi de ön plana çıkarmıştır. Bu ilaçların şişlik ve ödem yakınmalarını azaltmak için etkili olduğu, ancak diğer yakınmalara etkilerinin kısıtlı olduğu saptanmıştır (Copeland ve Jarrell 2000).

Adet öncesi sendrom yakınması nedeniyle hastalara sıkça doğum kontrol hapları da önerilmektedir. Doğum kontrol hapları göğüslerde şişkinlik ve hassasiyet, karında şişlik gibi somatik yakınmalar için faydalı olmakla birlikte duygu durumuna yönelik belirtiler üzerinde etkileri sınırlıdır. Bununla birlikte çok şiddetli yakınması olmayan hastaların bir kısmının bu yönde bir tedaviden fayda gördüğü de bilinmektedir (Copeland ve Jarrell, 2000).

Son yıllarda serotonin geri alım inhibitörü ile yapılan çalışmalar adet öncesi sendromun psikolojik belirtileri üzerinde belirgin bir etkinliği olduğunu göstermiştir. Serotonin geri alım inhibitörlerinin altı ay süreyle her gün kullanımına alternatif olarak adet öncesi dönemde kısa dönemli kullanımına ait çalışmalar da yapılmıştır. Tüm çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiş olmakla beraber, serotonin geri alım inhibitörleri daha çok psikolojik yakınmaları ön planda olan ciddi adet öncesi sendrom ve adet öncesi disforik bozukluk olgularında önerilmektedir (Kessel, 2000).

Farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri arasında psikolojik davranış tedavileri ve gevşeme egzersiz programları da bulunmaktadır. Gevşeme programlarının adet öncesi sendrom belirtilerinde azalmaya yol açtığı gösterilmiştir. Bazı hastaların bilişsel davranışçı tedavi yöntemlerinden de fayda gördükleri saptanmıştır. Bu tür

tedavilerin yan etki riskinin olmaması olumlu bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Kessel, 2000).

Adet öncesi sendrom belirtileri yaşayan kadınların yakınmalarının gruplanarak, uygun tedavinin uygulanması, farmakolojik tedavilerden önce ucuz ve yan etkisi olmayan destekleyici tedavilere şans verilmesi önerilmektedir. Kültürel olarak adet öncesi sendroma belli toplumlarda yatkınlık olması bu durumun öğrenilmiş, psikolojik bir tabanı olabileceğini de düşündürmektedir. Meksika’ da yapılan bir grup çalışmada öğrenim düzeyleri daha yüksek, profesyonel olarak çalışan kadınlarda adet öncesi sendrom yakınmalarının, çalışmayan, daha düşük öğrenim düzeyindeki kadınlara göre daha sık ve yoğun olduğu gösterilmiştir. Bu durumun nedenleri tartışılırken bu kadınların dış çevreye ve dünyaya daha çok açık oldukları, yani bunun öğrenilmiş psikolojik bir alt yapıya bağlanabileceği öne sürülmüştür. Kadınlar böyle bir hastalık varlığından haberdar oldukça, kendilerinin de bu tür yakınmaları olabileceğine dair beklentileri artmakta, hatta bu tür şikayetlerinin olması gerektiğine inanmaktadırlar. Kadınların yakınmalarının bu beklenti ve şikayetlerin olması gerektiğine olan inançlarından kaynaklanabileceği düşünülmekte, bu nedenle psikolojik danışmanlık ve gevşeme egzersizlerinin yakınmaların azalmasında faydalı olabileceği savunulmaktadır (Marvan, 1999).

## **1.2 Obsesif Kompulsif Bozukluk**

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) obsesyon ve kompulsiyonları içeren bir kaygı bozukluğudur. Zihinde tekrarlayan düşünce, dürtü veya imgeler obsesyon; obsesyonlar sonucu oluşan motor davranışlar ise kompulsiyon olarak nitelendirilmektedir (APA,1994).

Obsesyon, istenç dışı gelen, bireyi tedirgin eden, benliğe yabancı, bilinçli çaba ile kovulamayan, inatçı biçimde yineleyen düşüncelerdir. Kompulsiyon ise çoğu kez saplantılı düşünceleri kovmak için yapılan, istenç dışı yinelenen hareketlerdir. Kişi,

saplantılarının aklına gelmemesi ya da zorlantılı hareketleri yapmamak için kendini zorlar; fakat zorladıkça istenmeyen düşünceler yine gelir, istenmeyen hareketler tekrar tekrar yapılır (Öztürk, 2004).

Tipik obsesyonlar arasında mikrop veya kir bulaşması ya da zehirlenme, kendine veya başkalarına zarar verme korkuları; istenmeyen bir davranışta bulunacağına ilişkin düşünceler vardır. Genellikle bu obsesif düşünceler, hastanın değer sistemi ve yargıları ile çelişen özellikler taşır. Örneğin çocuğunu çok seven bir anne, ona zarar verebileceğinden; oldukça dindar bir kişi, tanrıya küfür etmekten korkabilir. "Ritüeller" olarak da adlandırılan kompulsiyonlar ise, ya görünür bir biçimde yapılan davranışlar (kapının açık olup olmadığını tekrar tekrar kontrol etmek gibi) ya da örtülü bir biçimde yürütülen zihinsel ritüeller (sessiz biçimde dua okumak gibi) şeklinde ortaya çıkar. Tipik kompulsiyonlar arasında aşırı derecede yapılan temizlik, el yıkama, kontrol etme, güvence arama, istifleme ve düzen oluşturma ritüelleri sayılabilir (Sungur, 2004).

Kompulsiyonlar çok zaman alabilir ve kişilerin sosyal ya da mesleki hayatını sekteye uğratabilir. Kişiler kompulsiyonları yapmak istemeseler ya da onlara karşı koymaya çalışsalar bile sonunda yaşadıkları kaygıyı azaltmak için onlara başvurmak zorunda kalırlar (APA,1994).

Günümüzde OKB olarak isimlendirilen tablo, DSM-III-R ve DSM-IV'te "Anksiyete Bozuklukları" arasında, ICD-10'da ise "Nevrotik, Strese Bağlı ve Somatoform Bozukluklar" grubu içinde anksiyete bozukluklarından bağımsız bir tanı olarak yer almaktadır.

Obsesif kompulsif bozukluk için DSM-IV tanı ölçütleri şu şekildedir;

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 belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.

2.Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.

3.Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ve düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

4.Kişi obsesif düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür.

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 (örneğin el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örneğin dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz 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 korunması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir. Ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B.Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder (Bu çocuklar için geçerli değildir.).

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

D.Başka bir 1. eksen bozukluğu varsa obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (Örneğin, bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durmak; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fantaziler üzerinde düşünüp durma; ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geviş getirircesine düşünme).

E.Bu bozukluk bir maddenin (örneğin kötüye kullanılan 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 atakta çoğu zaman kişi, obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa.

ICD-10'da ise OKB tanı ölçütleri şu şekildedir:

Kesin tanı koyabilmek için, obsesyonel belirtiler ya da kompulsif hareketler, en az iki hafta (üst üste iki hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır.

Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır.

A.Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar.

B. Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ve hareketler bulunabilir.

C. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da bunaltının giderilmesi söz konusudur).

D. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

OKB tanı ölçütleri açısından ICD-10 ve DSM-IV tanı ve sınıflandırma sistemleri arasında, genelde bir uyumlu olmasına karşın, bazı farklılıklar da bulunmaktadır (Özdemir 2000).

- ICD-10, belirtilerinin en azından iki hafta boyunca sürmesini gerekli görürken, DSM-IV’te süre için bir gereklilik yoktur.
- DSM-IV, o an içinde bulunulan tablo için içgörünün olmasını gerekli bulmazken, öyküde belli bir düzeyde içgörünün bulunmasını gerekli görmektedir. ICD-10 ise “en azından bir obsesyon ya da kompulsiyonun içinde bulunulan anda aşırı ya da mantıksız olduğunun farkında olunmasını” gerekli görmektedir.
- ICD-10’da “en azından bir obsesyon ya da kompulsiyona başarılı bir biçimde direnç gösterilmemesi” şartını ararken, DSM-IV’te bu tür bir gereklilik tanımlanmamıştır.
- ICD-10’da haz veren deneyimlerin obsesyon ya da kompulsiyon olarak tanımlanamayacağını belirten bir ölçüt bulunmaktadır. DSM-IV ise, haz veren etkinlikler için genel bir dışlama ölçütü getirmemektedir.
- ICD-10 sistemi içinde, zihinsel kompulsiyonlar için ayrı bir yer bulunmamaktadır.
- ICD-10’da, DSM-IV’teki içgörüsü zayıf olan tip biçiminde bir ayırım yoktur ve beş alt tip tanımlanmıştır. Diğer OKB’ler, başka türlü adlandırılmayan OKB, obsesyonel düşünceler ve ruminasyonların ön planda olduğu tip, kompulsif eylemlerin baskın olduğu tip, obsesyonel düşünce ve kompulsiyonların karışık olduğu tip.

### 1.2.1 Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tarihsel Gelişimi

Obsesyonlar ve kompulsiyonlar insanlık tarihi kadar eskidir. Çok eski din kitaplarında düşünce saplantılarına ve hareket zorlantılarına işaret eden davranış örnekleri bulunmaktadır. Dinsel ve büyüsel törenlerin kaynağında büyük oranda obsesif-kompulsif nevrozda benzer savunma düzeneklerinin işlendiği görülür (Öztürk, 2004).

Kutsal kitaplarda İ.Ö. 11. yüzyılın ikinci yarısında İsrail'in ilk kralı olan Saul'un şeytandan gelen zararlı düşüncelere yakalandığı yer almaktadır. Orta çağda da obsesyonları olan kişileri şeytanın ele geçirdiği düşünülüp, bunlar büyü ya da işkenceyle düşüncelerinden arındırılmaya çalışılmıştır. 17. yüzyılda Shakespeare, Lady Macbeth kimliğinde suçluluk duygusundan doğan obsesyon ve el yıkama kompulsiyonlarının özgün örneğini vermiştir (Akgün,1989) .

1759'da kendisinde de obsesif kompulsif bozukluk olan yazar Samuel Johnson depresyon, melankoli ve obsesif belirtileri birleştirip bunları suçluluk duygusu ve batıl inançlara bağlayarak ilk OKB tanımını vermiştir. 1838'de Esquirol isimli bir araştırmacı-klinisyen psikiyatrik literatürde ilk defa tanımlamış, depresyon ve melankoli sonucunda ortaya çıktığını savunmuştur. Garip düşünceler, karar verememe, yavaşlık, uykudan ve yemekten önce kompulsif davranışlara sahip bir kadın hastasından bahsetmiştir. O yıllarda depresyon ya da melankolinin bir belirtisi olarak düşünülen bu hastalık, yirminci yüzyıl başlarına gelindiğinde ayrı bir klinik sendrom olarak ele alınmaya başlanmıştır (Steketee,1993; Tükel,2006).

20. yüzyılın başlarında Pierre Janet fobileri, obsesyonları ve kompulsiyonları bir başlık altında toplayarak psikasteniyi adını vermiş ve bunun irade zayıflaması sonucu ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Obsesif kompulsif nevroza şu ölçütleri getirmiştir:

- Belli bir şey düşünmeye, hissetmeye ya da yapmaya yönelik öznel bir zorlanmışlık duygusunun varlığı,
- Obsesyon içeriğinin saçma ya da mantık dışı benliğe yabancı olarak algılanması,
- Obsesyona direncin eşlik etmesi (Solyom ve ark., 1985).

Freud, fobilerdeki ruhsal kökenin, obsesif kompulsif bozukluktaki ruhsal kökenden ve psikodinamik etkenlerden farklı olduğunu göstererek, fobik nevroz ve obsesif kompulsif nevrozu ayrı bozukluklar olarak nitelemiştir ( Öztürk,1994).

### **1.2.2 Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yaygınlığı**

Hafif derecede belirtileri olan hastaların çoğu doktora başvurmadığı, bir kısmı hastalığını gizlediği, çevresine belli etmek istemediği için, OKB' nin sıklığını ve yaygınlığını saptamak kolay olmamaktadır.1980'li yıllara kadar OKB' nin nadir rastlanan bir hastalık olduğu düşünülmüştür. Sonraki yıllarda, ABD'de yapılan alan tarama çalışmalarında, OKB' nin yaşam boyu yaygınlığı % 2,5 olarak bulunmuştur (Robins ve ark, 1984; Karno ve ark.,1988).

Portoriko, Kanada, Almanya, Tayvan, Yeni Zelanda, Kore gibi farklı kültürlerde yapılan çalışmalarda; OKB için yaşam boyu görülme sıklığının %1.9 ile % 2.5, yıllık görülme sıklığının % 1.1 ile % 1.8 olarak, tüm bölgelerde tutarlı biçimde yüksek olduğu ortaya konmuştur. Bir çalışmada, 425 Japon öğrencisi Maudsley Obsesyon Kompulsiyon Envanteriyle değerlendirilmiş ve DSM-III-R ölçütlerine göre öğrencilerin % 1.7'sinde OKB bulunduğu ortaya konmuştur ( Tadaı ve ark.,1995).

OKB'nin görülme sıklığına cinsiyet dağılımına göre baktığımızda; A.B.D'de yapılan araştırmalar erkek ve kadın arasında büyük bir ayrım olmadığını göstermektedir

(Öztürk, 2004). Ülkemizde, Ankara’da yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre 7479 kişilik Türkiye örnekleminin % 0.5’inin OKB’ ye sahip olduğu görülmüştür. Aynı araştırmaya göre, OKB hastaları içerisinde, kadınların erkeklere göre 3 kat daha yüksek oranda bulunduğu belirlenmiştir (Kılıç,1998).

Rasmussen ve Eisen (1998), OKB tanısı konmuş olan 250 kişilik örneklem grubunda OKB başlangıç yaşını araştırdıklarında, OKB başlangıç yaşını tüm grupta 20.9, erkek hastalarda 19.5, kadın hastalarda 22.0 bulmuşlardır. Sonuç olarak, bu çalışmada erkek hastalarda OKB başlangıç yaşı ortalaması kadın hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde erken bulunmuştur. Hastaların büyük kısmında, OKB gelişmeden önce iş gücü kaybına neden olmayan obsesif kompulsif belirtilerin var olduğunu belirtmişlerdir.

OKB genellikle geç ergenlik döneminde başlasa da ergenlik öncesi başlama da nadir değildir. Pauls ve arkadaşları (1995), OKB’si olan 100 hastanın 82’sinde hastalığın 18 yaşından önce başlamış olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada hastalık başlangıç yaşı 18’den küçük olan OKB’li kişilerin akrabaları arasında OKB ve obsesif kompulsif belirtiler bulunma oranı, 18 yaşından sonra OKB gelişen kişilerin akrabalarından iki kat daha yüksek bulunmuştur.

Diğer benzer bir çalışmada, OKB başlangıç yaşı 14’den küçük olan hastaların akrabalarında OKB sıklığının, OKB başlangıç yaşı 14’den büyük olan hastaların akrabalarından yüksek bulunduğu ortaya konmuştur. Bu çalışmalar, OKB başlangıç yaşının ailesel geçiş açısından önemli olduğunu düşündürmektedir (Bellodi ve ark, 1992; Nestadt ve ark., 2000).

Bozukluk ortalama olarak 25 yaş dolaylarında başlamaktadır. Başlama yaşı erkeklerde biraz daha erken, 19 yaş; kadınlarda biraz daha geç, 22 yaştır. Hastalığın

% 65'inde bozukluk 25 yaşından önce, ancak %15 kadarında 35 yaşından sonra başlamaktadır. Bozukluğun yerleşmesinden önce, ancak % 15 kadarında 35 yaşından sonra başlamaktadır. Bozukluğun yerleşmesinden önce işlevselliği belirgin derecede bozmayan ve önemli rahatsızlık yaratmayan obsesif kompulsif belirtilerin bulunduğu çoğu hasta tarafından bildirilmektedir. Bu tür minor belirtilerin ortalama yaşı 13 yaş dolaylarındadır ve yine erkeklerde daha erken yaşlardadır (Güleç ve Köroğlu, 1997).

OKB olgularının yaklaşık % 72'sinde sinisi, % 28'inde kısa sürede başlangıç söz konusudur. Hastaların %25-65'inde hastalık, doğum, gebelik ya da aile üyelerinden birinin ölümü gibi bazı olaylar, ortaya çıkarıcı rol oynamaktadır (Lensi ve ark., 1996).

OKB; psikiyatrik bozukluklar içinde madde kullanımı, fobiler ve duygulanım bozukluklarından sonra sıklık açısından dördüncü sırada gelmekte, toplumda panik bozukluğu ya da şizofreniden iki kat daha sık görülmektedir (Myers ve ark., 1984; Robins ve ark., 1984).

Dünya sağlık örgütünün verilerine göre (1999) OKB, işlevselliği olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasında genelde onuncu sırada, 15-44 yaş arasındaki kadınlarda ise beşinci sırada yer almaktadır.

### **1.2.3 Obsesif Kompulsif Bozukluğunun Nedenleri**

Bugüne kadar yapılan çalışmalar, OKB'nin nedenlerinin tek bir kuramla açıklanamayacağını göstermektedir.

OKB' de kalıtımın rolü üzerinde durulmaktadır (Nestadt ve ark., 2000; Tükel, 2006). Yapılan bir çalışmada, ikizlerden birinin tedavi için başvurduğu 30 çift ikizi ( 15 tek

yumurta ve 15 çift yumurta ikizi) incelemişlerdir. OKB tanısı alan tek yumurta ve çift yumurta ikizlerinde eş hastalanma sırasıyla % 33 ve % 7 oranında saptanmıştır. Bununla birlikte eğer obsesif kompulsif belirtilerin varlığı analize katılırsa, çift yumurta ikizlerinin % 47'sinde görülen eş hastalanma oranının tek yumurta ikizlerinde % 87' ye çıktığı görülmektedir. Bu durum OKB'nin oluşumunda genetik faktörlerin önemine işaret etmiştir (Köroğlu, 1996). Aile çalışmalarında da OKB'li deneklerin ailelerinde OKB görülme sıklığı %3.4–25 olarak belirlenmiştir (Bellodi ve ark., 1992; Lenane ve ark., 1990; Pauls ve ark., 1995; Swedo ve ark., 1989; Tükel,2006) .

Aile tutum ve davranışlarının OKB üzerine etkilerini gösteren araştırmalar da bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada OKB hastalarının ailelerinin aşırı koruyucu, mükemmeliyetçi, talepkar, eleştirel ve suçluluk duygusunu artırıcı ebeveyn tutumlarını kullandıklarını göstermiştir (Frost ve ark.,1991).

Ehiobuche (1988) tarafından yapılan bir çalışmada, obsesyon ölçeğinde yüksek puanlar gösteren üniversite öğrencilerinin ebeveynlerinin, yüksek puanlar göstermeyen öğrencilerin ebeveynlerine göre daha reddedici, aşırı koruyucu ve duygusal paylaşımlarının daha az olduğu gösterilmiştir.

OKB'nin nörobiyolojik açıklamalarına katkı, beyin görüntüleme çalışmaları ile olmuştur. OKB'de yapılan yapısal ve işlevsel beyin görüntüleme çalışmalarının sonuçları bu hastalıkta orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, bazal gangliyon yapıları ve talamusun anormallikler gösterdiği şeklindedir (Topçuoğlu ve ark., 2003).

Öğrenme teorilerine göre OKB'nin oluşumu ve devamında Mowrer (1960)'in iki aşamalı öğrenme kuramının yeri önemlidir. Bu kurama göre klasik koşullanma yolu



ile öğrenilen korku, edimsel koşullanma yoluyla ( kaçınma davranışları ile) artarak pekişir ve devamlılık kazanır. Klasik koşullandırma ilkelerine göre özünde korkutucu olmayan veya anksiyete oluşturmeyen bir uyaran (koşullu uyaran), doğal olarak korkutucu bir uyaranla (koşulsuz uyaran) eşleştirildiğinde; koşullu uyaran yansız olma özelliğini kaybederek, rahatsız edici bir uyaran özelliği kazanır. Edimsel koşullandırma ilkesine göre, o davranışın oluşturduğu sonuçlardır. Bir davranış, sonucunda ödül getiriyorsa, tekrarlama olasılığı artar. Bir davranışın kendi oluşturduğu sonuçlara göre değişikliğe uğrama sürecine ise davranışı pekiştirme adı verilir. Olumlu pekiştirmede bir davranışı izleyerek alınan olumlu sonuçlar, davranışın sıklığını artırır.

Olumsuz pekiştirmede ise, bir davranışı izleyerek ortaya çıkması beklenen olumsuz sonuçların oluşmaması veya oluşmasının engellenmesi, yine aynı davranışın oluşma sıklığını artıracaktır. Çeşitli uyaranlara yönelik kaygı, klasik koşullanma yolu ile gelişir. Kaygı veren uyaranlardan kaçma/ kaçınmanın kaygısını azalttığını gören kişi, bu kaçınma davranışları sayesinde ödülleniş olur ve böylelikle kaçınma davranışları pekişir.

Bu yaklaşım OKB gelişimini açıklayan en önemli modellerden biri olmuştur.1980'lerde yeni modeller koşullanma teorilerini daha da geliştirmiştir. Bu yeni koşullanma modellerine göre koşullanma olaylar arasındaki ilişkinin öğrenilmesi sonucu gerçekleşir, bu nedenle tek başına uyaran eşleşmesi koşullanma sürecini açıklamakta yetersiz kalır. Hayvanlar ve insanlar kendileri için biyolojik olarak önem taşıyan bir olayın gerçekleşmesini tahmin edebilmelerine, bekleyebilmelerine ve kendilerini hazırlamalarını sağlayabilmelerine yardımcı olacak uyaranlar hakkında bilgi toplarlar. Bu görüşe göre sadece güvenilir ve gereksiz bilgi içermeyen uyaranlar koşullanmış tepki yaratabilirler. Bu nedenle, bir uyarının korku, anksiyete vb. gibi sorunlara yol açıp açmaması kişinin o uyaranla ilgili sahip olduğu bilgiye ve bu uyarıyı nasıl algıladığına bağlı olarak değişir (Rescorla,1988).

Davranışçı modele göre, özünde korkutucu olmayan ve herkesin aklına gelebilecek düşünceler (örn; mikrop kapma, hastalanma gibi) koşullanma yolu ile bireyde anksiyete duygularıyla eşleşmekte ve rahatsız edici özellikler (bu düşüncelerden korkma) kazanmaktadırlar. Bu tür düşüncelerin akla gelmesi artık bireyde anksiyete oluşturmakta ve birey anksiyeteden korunmak için kaçma ve kaçınma davranışları geliştirmektedir. Bu kaçma ve kaçınma davranışları ise anksiyeteyi azaltarak, bir tür pekiştirici gibi rol oynamaktadır. Bundan başka kişi bir dizi tekrarlayıcı davranışlar geliştirerek de anksiyetesini azaltmaya çalışmaktadır. Kompulsif davranışlar da anksiyeteyi azalttığı için pekiştirici gibi rol oynayarak, aynı davranışların artmasına yol açmaktadır. Anksiyete ile başa çıkmakta yalnızca kaçma/ kaçınma/ tekrarlama gibi stratejiler kullanıldığından, anksiyete arttıkça bu stratejiler daha da çok kullanılmakta ve böylelikle kısır döngü içine girilmektedir (Rachman, 1976; Rimm, 1977; Sungur,1990).

Bilişsel kurama göre obsesif kompulsif bozukluğu olan kişilerde gerçek dışı tehdit içeren değerlendirmeler vardır. Bu kişiler tehdidi en yüksek noktalarda yaşamaktadırlar. Çünkü hem olası ihtimali hem de gerçekleşmesi istenmeyen bu olasılığın gerçekleştiğinde olabilecekleri abartmaktadırlar. Sonuçta bu abartılı değerlendirmeler anksiyeteye ve kötü sonuçlanacak olayı etkisizleştirme, engelleme çabalarıyla törenselleştirilerek davranışlara yol açmaktadır (Carr 1974).

Hastalığın temelinde kişilerin nesnel gerçeğin mantıksız varsayımlar ve düşüncelerle, çarpıtmaları bulunur. Bir diğer deyişle kişinin sorunları deneyimlerden değil bu deneyimlerle ilgili çarpık algılamalarından kaynaklanır. Çarpık anlamalar ve yorumlar otomatik olarak ortaya çıkar, yani kişi olayları bu şekilde algılama ve yorumlama sorununun farkında değildir (Ellis, 1998; Beck, 1989).

Psikoanalitik kuramda ise; Freud obsesyonları bilinçaltı dürtülere verilen savunmaya yönelik psikolojik yanıtlar olarak açıklamıştır. Özellikle anne-çocuk ilişkisine yönelmiş, tuvalet eğitimi sırasındaki agresyon ve otonomi üzerinde durmuştur.

Bu dönemde çocuk yaşamında ilk olarak birbirine karşı e dürtüsel yönden yüklü iki yetiyi (tutma ve boşaltma) kullanabilme durumuna gelmiştir. Ancak bu yetileri başlangıçta kendisinin değil de annenin isteklerine ve eğitim biçimine göre kullanmaktadır. Çocuğun bu işlevlerinin aşırı denetlenmesi, cezalandırıcı ve suçlayıcı tutumlar bu dönem sorunlarına yol açar. Çocuk suçluluk korkusu ile öfke ve karşı koyma isteği arasında, sonraki yaşamında da her eylemin olumlu ve olumsuz yanları arasında bocalar (Freud, 1958;Öztürk, 2004).

OKB’de asıl sorun birbirine karşı dürtülerin baskısına karşı denetim sağlama çabasıdır. Kişi sürekli olarak kendi içinden gelen, bir türlü kabul edemediği; sanki büyüsel gücüyle bir etki yapabilecek gibi algılanan düşünce ve eğilimlere karşı savaşmaktadır.

Psikoanalitik teori obsesif kompulsif nevrozları, psişik aygıtın savunma amaçlı ödipal dönem öncesine anal-sadistik evreye gerilemesine bağlar. Kullanılan temel savunma mekanizmaları ise bastırma, yalıtma, karşı tepki kurma ve yapıp bozmadır (Koroğlu, 1997; Öztürk, 2001).

#### **1.2.4 Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisi**

Obsesif-kompulsif bozukluk sıklıkla süregelen bir gidiş gösteren ve işlevselliği önemli ölçüde etkileyerek yeti yitimine ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olan bir hastalıktır. OKB’de ilk basamak tedaviler, serotonin geri alım inhibitörleri ve bilişsel-davranışçı tedavi uygulamalarından oluşmaktadır. Serotonin geri alım

inhibitörleri; klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin ve sitalopramı içerir (Tükel ve Demet, 2006).

Günümüzde obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde bilişsel davranışçı ve davranışçı yaklaşımlar yaygın olarak kullanılmaktadır.

Davranışçı tedavide, hastanın belirli bir program dâhilinde, sıkıntısını ve kompulsiyonlarını artıran durumların üstüne gitmesi sağlanmakta ve bir yandan da kompulsiyonları önlenmektedir. Kompulsiyonların etkin bir biçimde durdurulması ya da önlenmesiyle, hastaların korktukları durumlarla karşı karşıya kalmaları sağlanmış olur. Bilişsel tedaviler, OKB'li hastalarda risk ve sorumluluk gibi konulardaki mantıklı gibi görünen yanlış bilişlerin değiştirilmesini hedefler. Obsesif kompulsif davranışın tedavisinde bilişsel yaklaşımların temel amacı hastaya endişelerinin üstesinden gelmesine yardımcı olmak ve hastanın problemlerine yönelik farklı ve yardımcı bakış açıları benimsemesini sağlamaktır. Bilişsel davranışçı yaklaşımda ise bir yandan hastanın bilişleri ile çalışılırken, diğer yandan davranışçı ilkelere kaçınma davranışları ile çalışılmaktadır. Tedavide kullanılan hem bilişsel hem de davranışçı tekniklerin hastanın hastalığını anlamasına ve hastalıkla baş etme becerileri kazanmasına yönelik olduğu ve bir eğitim niteliği taşıdığı düşünülmektedir (Duruduygu, 2003).

Bilişsel tedavilerde en önemli adım, hastanın kendi düşüncelerini daha az tehdit edici bir biçimde yorumlamasını sağlayacak yeni bir açıklama getirebilmektir (Salkovskis ve Kirk, 1977). Bu nedenle örneğin kirlendiğine inanan bir hastada temel yaklaşım, hastanın kirlendiğine ve bu nedenle başkalarını kirletebileceğine ilişkin inancının, kirletme korkusu ile yer değiştirmesini sağlamaktır. Bu hastanın gerçek bir risk gibi algıladığı durumun aslında yalnızca bir risk alma düşüncesi olduğunu vurgulamak anlamına gelir.

Bir sonraki aşamada bilişsel yapılandırma aracılığıyla, tehdit-tehlike-aşırı sorumluluk algılarının ne oranda gerçekçi olduğu, hasta ile birlikte gözden geçirilir. Bu süreçte, abartılı tehdit-tehlike-sorumluluk algılarının çeşitli bilişsel hatalar sonucu nasıl ortaya çıktığı hastaya aktarılır.

Tedavide bilişsel hataların belirlenmesi ve daha sonra işlevselliği olmayan bu düşüncelerin, yaşanan durumla daha gerçekçi ve uyumlu olabilecek düşüncelerle değiştirilmesi öğretilir. Amaç, daha olumlu düşünmeyi sağlamak değil, daha gerçekçi ve daha az tehdit edici düşünce biçimlerinin gelişmesini sağlamaktır (Sungur, 2004).

Foa ve Kozak (1997), bilişsel davranışçı tekniklerin kullanıldığı 13 kontrollü çalışmayı gözden geçirmişler ve hastaların % 83'ünde orta ve belirgin düzeyde iyileşme saptamışlardır. Aynı çalışmada iki yıllık izleme çalışması sonucunda, hastaların %76'sında iyilik halinin devam ettiği saptanmıştır.

Obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde psikanaliz ya da psikanalitik yönelimli psikoterapiler de kullanılmaktadır. Hastalar özellikle geçmiş travmatik yaşantılarına karşı ağır duygusal yalıtım yaptıklarından, yaşam olayları bütün ayrıntıları ile fakat duygudan yalıtılmış biçimde anlatılır. Bu nedenle hastalarda tedavide direnç görülür. Uzun süreli bir tedavi yöntemidir (Öztürk, 2004).

### **1.3 Panik Bozukluk**

Panik bozukluk; kendiliğinden ve beklenmedik bir biçimde ortaya çıkan panik ataklarla giden bir klinik tablodur. Panik atak aniden ve beklenmedik biçimde ortaya çıkan, yarım ile 1 saat süreli, bedensel belirtilerin eşlik ettiği yoğun bir anksiyete nöbetidir. Ataklarda çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı, boğulma hissi, göğüs ağrısı, bulantı, baş dönmesi, sersemlik, kontrolünü kaybedeceği korkusu, çıldıracağı korkusu, ölüm korkusu, uyuşma ve karıncalanmalar, üşüme, ürperme, çevrenin değiştiği duyguları gibi belirtilerden 4 ya da daha fazlasının olması gerekir (Öztürk, 2004).

Panik bozukluk için DSM-IV tanı ölçütleri şu şekildedir:

A.Aşağıdakilerden hem 1 hem de 2 vardır:

1. Yenileyen beklenmedik panik atakları

2. Ataklardan en az birinin bir ay süreyle ya da daha uzun bir süre aşağıdakilerden biri ya da daha fazlası izler:

- Başka atakların da olacağına dair sürekli bir kaygı.
- Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçları ile (örneğin kontrolü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak üzüntü duyma.
- Ataklarla ilgili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme.

B. Agorafobinin olması veya olmaması

C. Bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun, (örneğin hipertiroidizmin) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. 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.

Agorafobinin olmaması, agorafobi olmadan panik bozukluğu; agorafobinin olması, agorafobi ile birlikte panik bozukluğu tanıları alır.

ICD-10'a göre panik bozukluğu "Başka Bunaltı Bozuklukları" kategorisinde değerlendirilmiş, agorafobi ise fobik bozukluklar tanı kategorisinde ayrıca sınıflandırılmıştır.

ICD-10'a göre Panik Bozukluğu tanı ölçütleri şu şekildedir;

A. Kişi daima özel bir durum ya da nesne ile ilişkili olmayan ve kendiliğinden ortaya çıkan yineleyen panik nöbetleri geçirir (Örn. beklenmedik epizotlar). Panik Nöbetleri

belirgin ya da tehlikeli ya da yaşamı tehdit eden durumlarla karşılaşmakla ilişkili değildir.

B.Panik nöbeti aşağıdakilerin tümü ile tanımlanır.

1.Sınırlı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma dönemidir,

2.Aniden başlar,

3.Birkaç dakikada en üst düzeye ulaşır ve en az birkaç dakika sürer,

4.Aşağıdaki belirtilerden en az dördü bulunmalıdır; bunlardan biri “a-d” arasında olmalıdır.

- Otonom sistemde uyarılma belirtileri

a.Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması

b. Terleme

c. Titreme ya da sarsılma

d. Ağız kuruluğu (ilaç ya da dehidratasyon nedeniyle olmayan)

- Göğüs ve karınla ilgili belirtiler

e.Nefes darlığı

f. Boğuluyor gibi olma duyuları

g. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma hissi

h. Bulantı ya da karın ağrısı (örn. midede yanma)

- Mental durumlarla ilgili belirtiler

i. Baş dönmesi, sersemli hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma

j.Derealizasyon (gerçek dışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma)

k. Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu

## 1. Ölüm korkusu

- Genel belirtiler

m. Üşüme ürperme ya da ateş basmaları

n. uyuşma ya da karıncalanma duyumları

C. Panik nöbetleri fizik bir bozukluk, organik mental bozukluk ya da şizofreni ve benzeri bozukluklar, duygudurum bozuklukları ya da somatoform bozukluklar gibi başka ruhsal bozukluklar nedeniyle oluşmamalıdır.

DSM-IV'e göre agorafobi tanımı şöyledir:

Not: Agorafobi kodlanabilen bir bozukluk değildir. Agorafobinin ortaya çıktığı özgül bozukluğu kodlanır (örn: agorafobi ile birlikte panik bozukluğu ya da panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi).

A. Beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen 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 birtakım belirli 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.

Not: Kaçınma, bir ya da sadece birkaç özgül durum ile sınırlı ise özgül fobi tanısını, toplumsal durumlar ile sınırlı ise sosyal fobi tanısını düşünülür

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 korkusu ile giden toplumsal durumlar ile sınırlı kaçınma), özgül fobi (Örn. bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birisinin kir ve pislikten kaçınması), posttravmatik stres bozukluğu (Örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyaranlardan kaçınma) ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu (Örn. evden ya da akrabalardan ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Panik bozukluğuna özgül bir ruhsal/fizik muayene ya da laboratuvar bulgusu yoktur. DSM-IV'te panik bozukluğu tanısı için mutlaka bir beklenmedik panik atağının var olması gereklidir. Ancak atakların varlığı tek başına tanı koydurucu değildir. Tabloya beklenti anksiyetesi ya da ataklara ikincil davranış değişikliklerinin eşlik etmesi gerekir. Agorafobinin eklenmiş olup olmamasına bağlı olarak agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğu şeklinde adlandırılır. Ayrıca, panik bozukluğu tanısı konulabilmesi için, bozukluğun bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olarak gelişmemiş olması gerekmektedir ( Tükel, 1997).

Panik bozukluğunun yaşamsal bir tehlikesi yoktur. Ancak tedavi edilmezse kronikleşip, yaşam kalitesini oldukça olumsuz etkileyebilmektedir; alkole ya da ilaca bağımlılığı kolaylaştırabilir, kişiyi telaşlı, sıkıntılı, kararsız, değişken hale getirebilir, depresyon ve takıntılara itebilir ya da başkalarına bağımlı hale getirebilir. Panik bozukluk hastalarının % 30-40'ında saptanan agorafobi, bazı kişileri yıllarca evlerine kapatıp, dış dünyadan koparacak kadar sarsıcı boyutlarda olabilmektedir (Bouton ve ark., 2001).

### 1.3.1 Panik Bozukluğunun Tarihsel Gelişimi

Panik (panikos) sözcüğü, Yunan tanrısı Pan'dan türetilmiştir. Ansiklopedilerde “ bir kimseyi ya da bir topluluğu, akılcı bir nedeni olmaksızın saran dehşet ve bunun yol açtığı büyük şaşkınlık, kargaşa ve karışıklık” olarak tanımlanır (Dinçmen, 2001).

Panik bozukluğu antik dönemlerden bu yana bilinen bir hastalık olmasına rağmen ancak 1980 yılında ayrı bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmıştır. Bu bozukluk 1871'de, Da Costa tarafından askerlerde sık rastlanılan ve yoğun bir göğüs ağrısı, şiddetli çarpıntı, yapısal bozukluğun olmadığı bazı kardiyak belirtilerle giden işlevsel bir sendrom olarak “ iritabl kalp” adıyla tanımlanmıştır (Alkın,2000). Da Costa, birçok hastası üzerinde yaptığı incelemelerden kalbin yapısal bir bozukluğa ilişkin hiçbir kanıt bulunmadığını, kardiyak belirtilerinin nedeninin sempatik sinir sistemi fonksiyonlarındaki bir bozukluğa bağlı olduğunu bildirmiştir. Ona göre, kalp aşırı çalışmaktan ve sık uyarılmaktan hassas bir duruma girmektedir. Bir süre sonra, “Da Costa sendromu” klinik alanda tanınmış, o yıllarda özellikle de askeri cerrahlar tarafından sıkça kullanılan bir tanı olmuştur. Benzer panik sendromları Lewis tarafından da 1918 de tanımlanıp asker kalbi, efor sendromu olarak kaydedilmiştir (Nemiah, 1977).

Freud'un 1894'te tanımladığı “anksiyete nevrozu”nda DSM III'te panik atağı için tanımlanan 12 belirtiden 9'u yer almaktadır. Freud, anksiyetenin birçok psikopatolojik sendromun bir belirtisi olduğunu görmüş, günümüzde panik atağı olarak adlandırılan anksiyete ataklarının genel yaygın anksiyeteden ve fobilerden farklı olduğuna işaret etmiş ve panik atağının ani ve beklenmedik başlangıcını, beklenti anksiyetesi ve kaçınma davranışlarıyla olan ilişkisini belirtmiştir (Boer, 1997).

Panik bozukluğunu anksiyete nevrozundan ayırarak, ilk kez farklı bir tanı olarak tanımlayan kişi ise Klein olmuştur. Klein, daha sonradan “farmakolojik diseksiyon” adını verdiği bir yaklaşımla, imipramine yanıt veren panik ataklarını, yanıt vermede başarısız kalan yaygın anksiyeteden ayırmış ve bu ayırmadan yola çıkarak panik bozukluğunu farklı bir anksiyete bozukluğu kategorisi olarak tanımlamıştır. Daha sonra geliştirdiği yeni anksiyete bozukluğu kavramında ise, beklenti anksiyetesinin panik ataklarının ardılı olduğunu, panik atakları ve beklenti anksiyetesini takiple agorafobinin geliştiğini ortaya koymuş; panik ataklar ve agorafobiyi tek bir tanı kategorisi içinde ele almıştır (Tükel, 2002).

Panik bozukluğunun ayrı bir bozukluk olarak tanı sınıflamalarına girmesi 1980 yılında DSM-III tanı ölçütleriyle olmuştur. DSM-IV tanı ölçütlerine kadar panik bozukluğu tanı ölçütleri çeşitli değişiklikler göstermiştir. DSM-III (1980)’de, panik bozukluğu tanısı için 3 haftada en az 3 panik atak varlığı şartı istenirken, DSM-III-R’de (1987) bu şart ya dört haftada en az 4 panik atağın bulunması veya, bir ya da birkaç panik atağını izleyen ve en az bir ay süren bir beklenti anksiyetesinin gerekliliği şeklinde değiştirilmiştir.

DSM-IV (1994)’te panik atağı ayrı bir sendrom olarak ele alınmış, panik atağın bir bozukluk olmadığı ve panik bozukluk dışında birçok bozuklukta da görülebileceği özellikle belirtilmiştir (APA,1994).

### **1.3.2 Panik Bozukluğunun Yaygınlığı**

Panik bozukluk, genel toplumda sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur (Ceylan ve Yazan 2000).

Panik bozukluğunun ( agorafobi ile birlikte veya agorafobi olmaksızın) yaşam boyu yaygınlığı % 1.5–3.5 arasında, bir yıllık görülme sıklığı %1–2 arasındadır. Panik ataklarının yaşam boyu yaygınlığı ise % 4 civarındadır (Kocabaşoğlu, 2002). 8000 kişinin alındığı ve DSM-III-R tanı ölçütlerine göre yapılan çalışmada panik

bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı % 3.5 olarak bildirilmiştir (Kessler ve ark. 1994). Panik bozukluğu için DSM-III tanı ölçütlerine göre yapılan ve 40000 kişinin dâhil edildiği bir çalışmada yaşam boyu panik bozukluk yaygınlığı % 0.4–2.9 olarak belirlenmiştir (Weismann ve ark., 1997). Panik bozukluğu ölçütlerini karşılamayan panik atakları, sınırlı belirtileri olan panik atakları ve panik atağı öyküsü olmaksızın agorafobi de ele alındığında ise bu oranlar daha yükselmekte ve yaşam boyu yaygınlık yaklaşık % 3–5 olmaktadır. Genel toplumda yaşayanların % 10'u yaşamlarında en az bir panik atağı geçirmektedirler (Tükel 2000).

Avrupa da yapılan bazı çalışmalarda panik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı % 2.4; 6 aylık yaygınlığı ise % 1.1 ile %3.1 arasında tespit edilmiştir (Rauillon, 1997). Ülkemizde ise Avcılarda 413 kişi üzerinden yapılan bir çalışmada panik bozukluğu yaygınlığı %1.2 olarak bulunmuştur (Altınöz, 1992).

Panik bozukluğu birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlara başvuran hastalar arasında da sık görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan ve ICD 10'a göre tanı konulan uluslararası bir çalışmada, panik bozukluğunun birinci basamak sağlık kurumlarında görülen hastalar arasındaki yaşam boyu yaygınlığı %3.4 bulunmuştur. Panik bozukluğu hastaları, diğer uzmanlık alanlarına ait kliniklere de sıkça başvurabilmektedir. Vestibuler bozukluk nedeniyle başvuran hastaların % 15'inin, kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların % 16'sının, hiperventilasyon belirtileri nedeniyle hastaneye başvuranların % 35'inin panik bozukluğu hastası olduğu bildirilmiştir (Tükel 2002).

Bozukluk genellikle ergenlik ile 30 yaş arasında başlamaktadır. Ortalama başlangıç yaşı 25'tir ve tedavi için başvuranların çoğu 25-45 yaşlarındadır. Yaşlandıkça panik bozukluğu sıklığı azalmakta ve 65 yaş üzerinde ise nadiren görülmektedir (Tükel 2000). Yaş aralıklarına göre orana bakıldığında; 15–24 yaş grubunda kadınlarda

%2.5, erkeklerde %1.3 iken, ileri yaşlarda cinsiyetler arasındaki fark artmakta, 35–44 yaş grubunda kadınlarda %2.1 ve erkeklerde %0.6 olmaktadır (Sheikh ve ark., 2002).

Agorafobinin eşlik edip etmemesine göre de panik bozukluğunun başlangıç yaşının değişiklik gösterdiği; agorafobi ile birlikte panik bozukluğunun daha sık olarak yirmili yaşların başında, agorafobisiz panik bozukluğunun ise daha fazla sıklıkla yirmili yaşların sonlarında başladığı bildirilmiştir (Faravelli ve Paionni 1999).

Başlangıç yaşına göre panik hastalarında farklı gidiş şekli ve klinik belirtiler saptanabilmektedir. Bozukluğun başlangıç yaşının 15–25 ve 45–54 yaşları arasında iki kez tepe yapma eğilimi gösterdiği, ancak ergenlik ve çocukluk döneminde de olabileceği bildirilmiştir (Horwarth ve Weissman,2000). Başlangıç yaşı erken olan panik bozukluğu olguları, geç başlangıçlı olanlara göre panik atağı sırasında daha fazla oranda depersonalizasyon belirtisi göstermektedir. Yine fobik bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları erken başlangıçlı olgularda daha sık görülmektedir (Segui ve ark., 1999). Başlangıç yaşı ileri olan olgularda ise hastalığın şiddeti ve aile yüklülüğü daha düşük olup, başta distimik bozukluk olmak üzere duygudurum bozuklukları daha fazla görülme eğilimindedir (Segui ve ark., 2000). Panik bozukluğu belirtileri cinsiyetler arasında da farklılık sergileyebilmektedir. Bir çalışmada kadınlarda solunum sistemine ait belirtilerin daha çok saptandığı bildirilmiştir (Sheikh ve ark.. 2002).

Panik bozukluğunun cinsiyetler arası dağılımına baktığımızda, Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre sağlık ocaklarına başvuran hastalarda panik bozukluğu kadınlarda % 0.5, erkeklerde %0.2'dir. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla görülmektedir (Kılıç, 1998). Evli olmayanlarda panik bozukluğu riski evlilere göre iki kat artmaktadır. Panik bozukluğu şehirde yaşayanlarda, kırsal kesimde yaşayanlara göre 1.5-2 kat daha fazla görülmektedir (Tükel 2002).

### 1.3.3 Panik Bozukluğunun Nedenleri

Biyolojik yaklaşımlarda, panik bozukluğun kalıtsal bir nörokimyasal bozukluktan kaynaklandığı görüşü yaygındır. Aile çalışmaları panik bozukluğun belli ailelerde yoğunlaştığını göstermektedir (Arısoy 2004).

Yapılan çalışmalarda panik bozukluğu hastalarının birinci derece akrabalarında, panik bozukluğu olmayan kişilerin akrabalarına göre, yaşam boyu panik bozukluğu görülme riskinin 3–17 kat artmış olduğu ve panik bozukluğunun ailesel kümelenmesinin belirgin olduğu bildirilmiştir (Monkul ve ark., 2006; Smoller ve Tsuang 1999).

Yapılan araştırmalarda panik nöbetlerini tetikleyen faktörlerin hiperventilasyon, ayrılıklar, kafein ya da sodyum laktat, karbondioksit soluma gibi şeyler de olabildiği anlaşılmıştır. (Gorman ve ark,1989). Hiperventilasyonun panik nöbetlerine benzer belirtiler ortaya çıkarttığı bilinmektedir. DSM-III-R'de yer alan panik bozukluğu belirtileri ile Lewis (1954) tarafından tanımlanan hiperventilasyon belirtilerinin karşılaştırılması, bu benzerliği açık olarak ortaya koymaktadır. Çeşitli araştırmalarda ( Clark, 1986), bazı hastalarda panik atakları sırasında hiperventilasyona rastlandığı, ancak bunun hepsi için geçerli olmadığı bildirilmiştir. Hiperventilasyonun bir kısım hastada panik ataklarının oluşumua katkıda bulunmasına karşın, temel nedenin bu olmadığı söylenebilir.

Panik bozukluğun diğer biyolojik modelleri genellikle panik ataklarıyla, uyanmanın düzenlenmesi ve sempatik aktivitenin denetiminden sorumlu bir çekirdek olan lokus seruleusdaki noradrenalin içeren nöronların aşırı uyarılması ya da inhibitör mekanizmaların yetersiz olması arasındaki ilişkinin araştırılması üzerine odaklanmıştır. Önde gelen inhibitör mekanizmalardan olan presinaptik alfa-2

otoreseptörlerinin panik atakları olan hastalarda yetersiz işlev gördüğü ileri sürülmektedir. Çeşitli araştırmalardan, merkezi noradrenerjik sistemin işlev bozukluğunun panik ataklarının ortaya çıkışından sorumlu olduğunu destekleyen sonuçlar alınmıştır (Tükel, 1998).

Panik bozukluğunun bilişsel açıklaması bedensel duyuların felaketleştirici bir biçimde yorumlanması üzerinden yapılmaktadır. Sağlıklı bireyler tarafından normal olarak algılanıp dikkate alınmayan fiziksel duyular, panik bozukluk hastaları tarafından olduklarından daha tehlikeli algılanırlar. Kalp çarpıntısı bir kalp krizi olarak algılanabilir. Bu tür yanlış yorumlamalar daha çok kaygı üretir, bu kaygı da daha çok yanlış yorumlamaya götüren bedensel duyuları arttırır. Böylece panik atakla sonuçlanan bir kısır döngü ortaya çıkar (Clark, 1996).

Beck ve Emery (1985) benzer bir model sunmuş, panik bozukluğu hazırlayıcı ve başlatan faktörler üzerinde durmuşlardır. Kalıtsallık, belirli fiziksel koşullar, etkisiz başa çıkma yöntemleri ya da travma, panik bozukluğu başlatan faktörlere kişiyi duyarlı hale getiren hazırlayıcı faktörler olarak hizmet edebilir. Yakın birisinin kaybı, fiziksel hastalıklar, ölüm yıl dönümleri, ilaç kullanımı gibi stres yaratıcı faktörler de hastalığı başlatıcı bir rol üstlenebilir. Kaygı belirtileri zincirleme bir tepkiyi takip ederek ölüm duygusuna ulaşır. Bir dizi panik atağı yaşayan kişi, otomatik bir düşünce sistemi geliştirir ve tehlikeyi, zararı, delirme ya da ölümü engellemek üzere oluşturulan hatalı çıkarımlara doğrudan ulaşan ve az işlem gerektiren bilişsel kestirme yolları izler. Buradan yola çıkarak, agorafobinin de panik ataklarla belirli yer ve durumlar arasında kolayca kurulmuş bir ilişki olduğu belirtilir. Kaçınılan yerler; tüneller, yükseklikler, karanlık ya da kalabalıklardır. Kişi evden uzaklaşmaktan korkarak belli yerlere gitmekten kaçınır ya da onlara güven duygusu veren bir kişinin eşlik etmesini ister.

Psikanalitik kuram; anksiyete bilinçdışı savunma düzeneklerinin hem nedeni hem de sonucudur ve panik atağı anksiyete oluşturan uyaranlara karşı başarısız kalan

savunmaların sonucunda gelişmektedir şeklinde açıklar (Fyer ve ark., 1995). Panik hastalarında, alışkın olunmayan durumlar karşısında aşırı koruyucu ve kontrol edici ebeveyn davranışlarıyla beslenen ve çözümlenmemiş bağımlılık-bağımsızlık çatışmalarına yol açan, doğuştan gelen bir korku yanıtının gözlendiği varsayımına dayanmaktadır. Yalnız kalma, terk edilme ya da kapana kısılma ile etkinleşen bilinçdışı fantezilerin sonucu, tehlikeli bir ayrılık ya da tuzağa düşme olarak yorumlanan psikolojik güçlüklerle karşı, öfke ya da suçluluk duygusuyla tepki verme eğilimi ortaya çıkar. Altta yatan yapısal bir nörofizyolojik yatkınlıkla birlikte, olumsuz duygularla karşılaşma da beyni duyarlı kılar. Anksiyete karşısında savunma düzenekleri başarısız kaldığında panik anksiyetesi oluşur. Böylece gelişmemiş savunmaların denetlemede yetersiz kaldığı korku veren olumsuz bir duygulanımdan köken alan önemsiz fiziksel duyumlar kolayca paniği uyarabilir (Shear ve ark., 1993).

#### **1.3.4 Panik Bozukluğunun Tedavisi**

Panik bozukluğunun tedavisinde, farmakolojik tedaviler yanı sıra psikososyal tedaviler kullanılmaktadır.

Panik bozukluğunun nedenlerine yönelik araştırmalar panik ataklarının biyolojik bir temeli olduğu yolunda geçerli kanıtlar sunmaktadır. İlaç tedavileri ile hastalığı yaratan fizyopatolojik süreçlerin düzeltilmesi, altta yatan biyolojik yatkınlığın giderilmesi ve işlevselliğin onarılması beklenmektedir. Bu amaçlar çerçevesinde panik bozukluğu hastalarında yararlı olduğu düşünülen ilaç grupları antidepresan ilaçlar ve benzodiazepinlerdir (Tükel, 2004).

Panik bozukluğunun bilişsel kuramına göre psikolojik ve biyolojik olarak yatkınlığı bulunan bireylerde, stres verici yaşam olayları ile tetiklenen “korku sisteminin” oluşturduğu bedensel belirtiler ve duyumlara yönelik bir “korkudan korkma” hali söz



konusudur. Bu kuramsal çerçeveden hareketle bilişsel davranışçı tedavi uygulayıcıları beden duyumu fobileri, beklenti anksiyetesi ve agorafobi belirtilerine yönelik tedavi yöntemleri geliştirmiştir. Bilişsel davranışçı tedavi beden duyularının yanlış yorumlanması ve yorum hatalarının düzeltilmesi için “psikoeğitim ve bilişsel yeniden yapılandırma”; bedensel denetimin kazanılması için “solunum egzersizleri ile kas gevşeme tekniklerini”; beden duyularından korkmayı azaltmak için “iç uyaranlara alıştırmayı”, iç ve dış panik atağı tetikleyicilerini belirlemeye yönelik olarak “korku uyarıcı bilişlerin monitorizasyonu” ve agorafobiyi yenmek için de “gerçek yaşamda alıştırmayı” gibi bilişsel davranışçı teknikleri kullanmaktadır (Otto ve ark., 1994).

Psikodinamik açıdan anksiyete, ilk tanımlanmış biçimiyle, bilinçdışı çatışmalardan kaynaklanan ve diğer ego savunmalarının yetersiz kalmasıyla kişi tarafından yaşanan uyarıcı bir sinyaldir. Panik bozukluğu ile ilgili çağdaş psikodinamik kuramlar hastanın şu anki ruhsal işlevselliği ve şu anki ego savunmalarının olgunluk düzeyi ile erken yaşam deneyimleri ve süre giden ruhsal özellikleri arasında bir ilişki olduğunu vurgulamaktadır. Panik bozukluğunda ayrılma anksiyetesi, aleksitimi, savunma biçimleri, davranışsal engellenme ve bağımlılık-bağımsızlık çatışmaları gibi dinamik etkenlerin rolü olabileceği düşünülmektedir (Alkın 2004; Clemens, 2003).

Uzun yıllar anksiyete nevrozu psikanalitik psikoterapiler ile tedavi edilmeye çalışılmıştır. Bilinçdışı düşünce, serbest çağrışım ve aktarım süreçleri kullanılarak, ayrılma ve bağımsızlıkla ilgili güçlükler, öfkenin tanınması ve ifadesi, cinsel uyarılmanın yarattığı tehlike algısı gibi dinamikler psikoterapilerde ele alınmıştır (Tükel, 2004).

## **2.Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmada, panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluk tanısıyla izlenen kadınlarda adet öncesi sendromun sıklığı ve klinik görünümünün araştırılması ve sağlıklı kadınlardan oluşmuş bir kontrol grubuyla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

### **3. Hipotezler**

**3.1.** Panik bozukluğu olan kadınlarda adet öncesi sendrom görülme sıklığı sağlıklı gruba göre daha fazladır.

**3.2.** Obsesif-kompulsif bozukluğu olan kadınlarda adet öncesi sendrom görülme sıklığı sağlıklı gruba göre daha fazladır.

**3.3.** Panik bozukluğu olan kadınların adet öncesi dönem klinik özellikleri sağlıklı gruba göre farklılık göstermektedir.

**3.4.** Obsesif kompulsif bozukluğu olan kadınların adet öncesi dönem klinik özellikleri sağlıklı gruba göre farklılık göstermektedir.

### **4.Araştırmanın Önemi**

İnsan sağlığı, kadın sağlığına verilen önemle yakından ilişkilidir. Kadının doğumdan ölüme kadar ruhen ve bedenen sağlıklı olması üzerinde durulması gereken önemli konulardan biridir.

Kadın nüfusu, toplum nüfusunun büyük bir bölümünü oluşturması nedeniyle kadın sorunlarının ülkenin toplumsal yaşamına yansması kaçınılmazdır (TBMM Kadın Statüsü Araştırma Komisyonu Raporu,1998).

Kadın sağlığının geliştirilmesi için, kadının yaşam kalitesini ve verimliliğini etkileyen sorunların ele alınması ve incelenmesi gerekmektedir. Kadınların zamanlarının % 25'i adet öncesi dönemde geçmektedir. Kadınların çoğu da her ay adet döngüsüne bağlı hafif de olsa fiziksel ve emosyonel değişimler geçirmektedir. Adet öncesi dönemde yaşanan problemler, kadın sağlığını olumsuz etkilemekte,

aile, iş ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar yaratabilmekte, eğitim ve iş gücü kaybına, verimliliğin azalmasına, hata/kaza oranlarının yükselmesine sebep olabilmektedir.

Günümüzde AÖS'dan yakınan kadın sayısı giderek artmaktadır. Toplumsal değişimle birlikte kadınlar giderek daha az gebelik ve emzirme dönemi yaşamakta ve buna bağlı olarak da daha çok sayıda adet döngüsü yaşamaktadırlar. Öte yandan kadınlar giderek ev dışında daha fazla çalışmakta ve yakınma dönemlerinde dinlenme şansları olmadığı için iş verimi ve iş ilişkileri konularında daha dikkatli davranmak zorunda kalmaktadırlar (Coombes, 2000). Tüm bunlar AÖS'nin yaşamı daha fazla etkileyen bir sağlık sorunu olmasına neden olmaktadır.

Yapılan araştırmalarda AÖS tanısı almış kadınların çoğunun tanı konulmadan önce şikayetleri için birden fazla hekime başvurdukları ancak tanı alma sürecinin ortalama beş yıl sürdüğü belirtilmektedir (Fryre ve Silverman, 2000). Bu durum hekimlerin bu tanıyı koymakta ne kadar geciktiklerini göstermektedir. AÖS tanısı almış kadınların % 30'u verilen tedaviden fayda gördüklerini belirtirken, büyük bir kısmı ise hekimlerin kendilerini yeterince iyi anlamadıklarını ve yardımcı olamadıklarını bildirmektedirler.

Öte yandan; AÖS ve AÖDB belirtileri arasında; depresif duygudurum, anksiyete, duygulanımda değişkenlik, iritabilite, konsantrasyon güçlüğü, enerji azlığı, iştahta değişiklik, uyku düzensizliği ve fiziksel belirtiler olduğu bilinmektedir. Bu belirtileri içeren farklı psikiyatrik rahatsızlıklar da bulunmaktadır. AÖS'nin diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla etkileşimini araştıran çalışmalarda adet öncesi dönemde yaşanan psikiyatrik rahatsızlıklarda artış olduğu, bu dönemlerde depresif belirtilerde, intihar girişimlerinde artış, sosyal içe çekilme, soyutlanma gibi belirtilerin olduğu; yeme bozukluğu hastalarında yine bu dönemde yeme nöbetlerinin sıklığının arttığı bildirilmiştir. Ancak bu konuda yapılan araştırmalar sınırlı sayıdadır.

Kadın ve toplum sağlığını bu kadar yakından ilgilendiren AÖS'nin daha etkin bir şekilde tedavi edilebilmesi için, tanısının, seyrinin ve diğer hastalıklarla etkileşiminin daha etkin bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluğu ve panik bozukluğu olan kadınlarda adet öncesi sendrom belirtileri ve klinik özelliklerine bakılması ve sağlıklı kadınlardan oluşan bir kontrol grubuyla karşılaştırılması amaçlanarak bu konudaki açığa katkı sağlaması açısından bir önem oluşturduğu düşünölmektedir.

## **5. Kapsam ve Sınırlılıklar**

### **5.1 Araştırmanın Kapsamı**

Araştırmanın konusu psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan kadınlarda adet öncesi sendromun karşılaştırılmasıdır. Araştırmanın coğrafi kapsamı, evrenini obsesif-kompulsif bozukluk, panik bozukluk tanısı alan ve bilinen bir psikiyatrik bozukluğu olmayan kadınlar oluşturmaktadır. Örneklemini ise, İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk tanısı almış ve İstanbul ilinde yaşıyan bilinen bir psikiyatrik bozukluğu olmayan 18 yaşı üzerindeki kadınlar oluşturmaktadır. Araştırma Eylül 2007-Eylöl 2009 tarihleri arasında yapılmıştır.

### **5.2 Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran, obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluk tanısı almış ve İstanbul ilinde yaşıyan bilinen hiçbir psikiyatrik bozukluğu olmayan kadınlarla sınırlıdır.

## 6. Varsayımlar

- Araştırmanın örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
- Örneklemin ölçeklere içten ve yansız yanıtlar verdiği varsayılmıştır.
- Araştırmada kullanılan ölçme ve değerlendirme araçlarının ölçtükleri özellikler bakımından geçerli ve güvenilir olduğu varsayılmıştır.

## **BÖLÜM II**

### **KONU İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR**

#### **2.1. Adet öncesi Sendromun Psikiyatrik Hastalıklarla İlişkisi**

Literatüre baktığımızda adet öncesi sendromun duygudurum bozukluklarıyla etkileşimini araştıran çalışmalar bulunmaktadır.

Adet öncesi sendrom tanısı konan kadınların belirti örüntüsünü, adet öncesi ve sonrası dönemdeki belirti şiddetlerini araştırmak amacıyla yapılan araştırmada; kadınlarda adet öncesi dönemde ruhsal belirtilerin daha çok ortaya çıktığı ve bu belirtilerin şiddetinin adet öncesi dönemde adet sonrası döneme göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Bedensel belirtilerde ise anlamlı düzeyde değişiklik gözlenmemiştir.

Danacı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2001) adet öncesi disforik bozukluk tanısı konan kadınlarda adet öncesi yorgunluk hissi, çabuk sinirlenme, dikkatini toplayamama, isteksizlik, işlerin gözünde büyümesi gibi ruhsal belirtiler başta olmak üzere ruhsal belirtilerin bedensel belirtilere göre daha sık görüldüğü; ruhsal belirti, depresyon ve anksiyete şiddetlerinin adet öncesi dönemde adet sonrasına oranla istatistiksel anlamda daha yüksek olduğu saptanmıştır.

İki uçlu duygudurum bozukluğu olan kadınlarda adet öncesi sendrom değerlendirildiği çalışmada, duygudurum ve kontrol gruplarında adet öncesi sendrom sıklığı birbirine yakın ve yüksek çıkmış, DSM-IV ölçütlerine göre ileriye dönük gözlemlenilen adet öncesi disforik bozukluk tanısı her iki grupta da oldukça düşük olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki adet öncesi sendrom olgularının daha fazla fiziksel yakınmalar ve depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır. (Karadağ ve ark.,2004).

Çetin ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada (2005) depresif bozukluk tanılı genç kızlarda depresyon şiddeti ile adet öncesi belirti şiddeti arasındaki ilişkiye bakılmış, depresif bozukluk tanılı genç kızların adet öncesi belirtilerinin sağlıklı gruba göre daha şiddetli olduğu ve depresif bozukluk şiddeti arttıkça adet öncesi belirtilerin şiddetinde de bir artış olduğu saptanmıştır.

Kadın hastalıkları ve psikiyatri servislerine adet öncesi sendrom ya da adet öncesi disforik bozukluk sağaltımı için başvuran kadınların çoğunda adet öncesi kötüleşen duygudurum bozukluğu olduğu görülmüştür (Harrison ve ark., 1989; Akdeniz ve Karadağ 2006).

Majör depresif bozukluk tanılı kadın hastaların bir grubunda uygun sağaltıma karşın, adet döngüsünün adet döneminden önceki evrede depresif belirtilerde şiddetlenme, yinleme ya da başka belirtilerin yanı sıra sosyal geri çekilme, öfkenin kontrol edilememesi, özkıyım düşüncesi ve girişimleri de görülmüştür (Endicott,1993).

Genç kadınlarda adet öncesi belirtiler ve psikopatoloji arasındaki ilişkiye bakan çalışmada adet öncesi sendrom skoru ile sürekli kaygı ve depresyon düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğu ve adet öncesi sendrom belirtileri olan kadınların olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla duygusal sıkıntı yaşadıkları saptanmıştır (Freeman ve ark., 1993).

Yonkers ve White (1992) etkin antidepresan tedavi ile iyileşme gözlenen bir grup depresif kadın hastada adet öncesi evrede disfori ve iritabilitede artış gözlemlenmiştir. Kornstein'in yaptığı bir çalışmada (2001) benzer bir şekilde kronik depresyonu olan kadınların yarısında adet öncesi evrede depresif duygudurum iritabilite ve duygusal değişkenlik gibi belirtilerde alevlenme gözlemlenmiştir.

Kolej öğrencileri ile yapılan bir çalışmada adet öncesi depresif sendrom ölçütlerini dolduran genç kızların %18'inin 4 yıllık izleme süresinde affektif bozukluk gösterdikleri ifade edilmiştir (Logue ve ark.,1986) .

Benzer bir biçimde DSM-III-R ölçütlerine göre psikiyatrik hastalığı olanlarda da adet öncesi olarak depresif sendrom ya da afektif bozukluk yaygınlığı daha yüksek, ortalama % 65 kadar bulunmuştur (DeJong vd. 1985; Polat 2001).

Adet döneminin intihar düşüncesi ve girişimi açısından riskli bir dönem olduğunu ifade eden yazarlar vardır. Yapılan bir çalışmada AÖS grubunda intihar girişimi % 21, intihar fikri %75 ve psikiyatrik tedavi görme oranı % 55.9 bulunurken, rastgele seçilmiş jinekoloji hastalarında ise intihar girişimi % 3 ve intihar düşüncesi % 17 olarak bildirilmektedir (Keye ve ark; 1986).

Şiddetli depresyonu olan kadınların AÖS belirtileri skorları yüksek bulunmuştur. Depresyon, hastaların belirtileri algılama ve değerlendirmesini, derecelendirmeyi değiştirmekte ancak altta yatan adet öncesi işlev bozukluğu ve belirti sıralaması aynı kalmakta, sadece verdikleri şiddet puanları artmaktadır (Siegel ve ark., 1986; Polat, 2001).

Bir çalışma da agorafobiyle birlikte olan panik bozukluğu ve sosyal fobi eş tanılarının AÖS'lü kadınlarda daha yüksek olduğunu göstermiştir (Veening ve ark.; 1994). Bazı çalışmalar yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu belirtilerinin adet öncesi dönemde şiddetlendiğini göstermiştir. Ancak bunların AÖS'ye mi yoksa altta yatan bozukluğun alevlenmesine mi bağlı olduğunu söylemek güçtür (Cook ve ark.,1990; Polat; 2001).

Bazı çalışmalarda, bulimia nevrosada adet öncesi dönemlerde yeme nöbetlerinin sıklığının arttığı bildirilmektedir (Pearlstein,1998). AÖS ve yeme bozuklukları olan kadınlarda yapılan araştırmada her iki gruptaki kadınların anksiyete ve duygulanım bozukluklarının benzer olduğu ve kontrol gruplarına göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu gösterilmektedir. Bu iki gruba ait kadınların kişilik yapıları ve zarardan kaçınma davranışlarının da benzerlik gösterdiği saptanmıştır (Veri ve ark., 1997).



AÖS’da en sık rastlanan duygusal problemlerin anksiyete, hostilite ve depresyon olduğu gözlemlenmektedir. Oldukça yüksek oranlarda bildirilen emosyon değişikliklerinin olduğu bir tablodaki kişilerin psikiyatrik muayene ile değerlendirilmesi altta yatabilen psikiyatrik bozuklukların ayırt edilmesi açısından önemli görünmektedir. Gerginlik, huzursuzluk, anksiyete, depresyon gibi belirtiler AÖS’a özgü olmayıp değişik psikiyatrik bozukluklarda gözlenebilmektedir. Bu yüzden AÖS tablosu sergileyen kadınlarda; birincil tablonun psikiyatrik bir bozukluk olabileceği düşüncesinin akılda tutulması gerekmektedir (Yücel,1993).

### **BÖLÜM III**

## YÖNTEM

### 3.1 Araştırmanın Modeli

Araştırmada psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan kadınlarda adet öncesi sendromun karşılaştırılmasına bakılmıştır.

Araştırmada deneme modeli kullanılmıştır. Deneme modelleri, neden sonuç ilişkilerini belirlemeye çalışmak amacı ile doğrudan araştırmacının kontrolü altında, gözlenmek istenen verilerin üretildiği araştırma modelleridir. Tarama modelleri ile var olan durum gözlenirken, deneme modelinde, gözlenmek istenenlerin araştırmacı tarafından üretilmesi söz konusudur. Deneme modeli bir araştırmada, amaçlar genellikle, denence ( hipotez ) şeklinde ifade edilir. ( Karasar, N., 2005 )

### 3.2 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan ve psikiyatrik bir bozukluğu olmayan kadınlar oluşturmaktadır. Örneklemi ise İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri bölümüne başvuran 18 yaş üstündeki, araştırmanın içleme ve dışlama ölçütlerine uyan, panik bozukluk (N=30), obsesif kompulsif bozukluk (N=30) tanısı almış ve bilinen bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan (N=30), 90 kadın oluşturmaktadır.

### 3.3 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak sosyodemografik form, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi, Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği, Panik Agorafobi Ölçeği kullanılmıştır.

#### 3.3.1.Sosyodemografik Form

Çalışmada kişilerin yaş, medeni durum, eğitim gibi sosyodemografik özelliklerini ve adet döngüsü öyküsü, hastalık başlama yaşını gibi verileri saptamaya yönelik soruları da içeren, bu çalışma için hazırlanan bir görüşme formu kullanılmıştır.

### **3.3.2.Beck Depresyon Ölçeği**

Kişide depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini şiddet ve değişimini ölçmek amacıyla kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0 – 3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam puan 0 – 63 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Ölçek üniversite öğrencilerine iki hafta ara ile iki kez uygulanmış ve test – tekrar test güvenirlik katsayıları Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon tekniğiyle hesaplanarak .65 bulunmuştur. Ölçeğin, iki-yarım test güvenirlik katsayısı öğrenci grubu için .78, depresif hastalar için .61 olarak saptanmıştır. Depresif ve şizofren hastalardan oluşan iki ayrı grup ile normallerden oluşan bir gruba Beck Depresyon Ölçeği ile Depresyonda Bilişsel Tepkiler Ölçeği uygulanmış. Pearson Momentler Çarpımı katsayısı normal grup için .20, depresif grup için .52 ve şizofren grup için -.33 olarak bulunmuştur. Depresif grubun iki ölçek puanları arasında .01 düzeyinde; şizofrenik grubun puanlarında ise .05 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Hisli (1988) tarafından yapılmıştır.

### **3.3.3.Beck Anksiyete Ölçeği**

Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Ergen ve yetişkinlere uygulanmaktadır. Süre kısıtlaması yoktur. 21 maddeden oluşan 0 -3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Formun başında nasıl yanıtlanacağı ile ilgili bilgi bulunmaktadır. Her madde için “hiç”, “hafif derecede”, “orta derecede” ve “ciddi derecede” seçeneklerinden birinin seçilip işaretlenmesi istenir. Verilen cevaplara 0 – 3 arasında değişen puanlar verilir. Puan aralığı 0 – 63’tür. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir.. Geçerlik güvenirlik çalışması Ulusoy tarafından 1993 yılında yapılmıştır. Ölçeğin bir hafta ara ile uygulanması sonucu elde edilen test – tekrar test güvenirlik katsayıları  $r=.75$  ve  $r=.67$ dir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısının .92 olduğu belirtilmektedir.

Ölçeğin STA-T ile korelasyonu ise .50 olarak bulunmuştur. Klinik gruplarla yapılan çalışmalarda ölçeğin, anksiyeteli hastaları depresyonlu hastalardan anlamlı olarak ayırt edebildiği belirtilmektedir.

#### **3.3.4 Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi**

Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi, DSM-IV' te yer alan AÖDB tanı ölçütlerini kapsayan toplam 14 maddeden oluşur. İlk 11 madde psikolojik ve fiziksel belirtileri, son üç madde de işlevselliği değerlendirmektedir. Depresif belirtiler (1,5,8-10. maddelerin toplamından oluşmaktadır), “öfke/iritabilite” (4. madde) ve “fiziksel” belirtileri (11.madde) içeren üç tane alt ölçeği mevcuttur. Toplam puan ve 3 alt ölçek puanları ve diğer ölçek maddelerinin puanları hesaplanır. 4. ve 11. madde dışında “üzgün, çökkün hissetme” (1. madde), “anksiyete” (2. madde), “duygudurum dalgalanmaları” (3. madde), “anhedoni” (5. madde), “konsantrasyon azalması” (6. madde), enerji azalması (7. madde), “iştah değişiklikleri” (8.madde), “uyku bozuklukları” (9. madde), “kontrol kaybı duygusu” (10. madde) değerlendirilir. Puanlar adet sonrası 6-10. günlerin ortalaması ve adetten önceki -5 ve -1. günler arasındaki değerlerin ortalaması alınarak hesaplanır. Formun başında nasıl yanıtlanacağı ile ilgili bilgi bulunmaktadır. Her madde için “hiç yok”, “çok hafif”, ”hafif”, “orta”, “şiddetli” ve “çok şiddetli” seçeneklerinden birinin seçilip, günlük olarak işaretlenmesi istenir. Her madde için 1–6 arasında puan verilir. Ölçek 1990 yılında Endicott ve Harrison tarafından geliştirilmiştir. Adet öncesi belirtilerin zamanlamasını, şiddetini ve işlevsellik üzerindeki etkisini belirlemeye yarayan ileriye dönük bir kendini değerlendirme formudur.. Bu çizelge, adet öncesi belirtileri izlemek amacıyla, günlük doldurulması gereken bir formdur.

#### **3.3.5. Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği**

Obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla kullanılır. Ölçek 0–4 arası puanlanan 19 maddeden oluşur. İlk beş madde toplamı obsesyon ara puanını, ikinci beş madde toplamı kompulsiyon ara puanını ve bu ikisinin toplamı da toplam hastalık şiddet puanını verir. İlk on maddede obsesyon ve kompulsiyonlar için sırasıyla kapladığı zaman, yaşamın etkilenmesi, duyulan rahatsızlık, direnç ve

kontrol ölçülür. Bu ilk on madde dışındaki ek maddelerde içgörü, kaçınma, kararsızlık, yavaşlama, şüphe, kuşku, global ciddiyet ve düzelme ve hasta hikâyesinin güvenilirliği gibi klinisyene yararlı bir takım özellikler değerlendirilir. Ancak bu son maddeler araştırmalarda kullanılmamakta, daha çok klinik bilgi için yararlanılmaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşme ile doldurulduğundan değerlendirme kolaydır. Türkiye’ de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır. Karlaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmiştir. Goodman, Price ve Rassmussen (1989) tarafından geliştirilmiş, Karamustafaoğlu ve arkadaşları (1993) tarafından uyarlaması yapılmıştır.

### **3.3.6.Panik Agorafobi Ölçeği:**

Panik bozukluğu tanısı almış olan hastada panik ataklarını, fobik kaçınmayı, beklenti anksiyetesini, sosyal ilişkilerdeki kısıtlanmayı, bedensel hastalık inancını göz önüne alarak alt bölümler halinde şiddet derecelendiren bir ölçektir. Başlıkları panik atağı özellikleri, agorafobi/kaçınma davranışı, beklenti anksiyetesi, yetiyitimi, sağlık konusunda endişe olmak üzere toplam 14 soru içermektedir. Beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulanması kolaydır. Yönerge ölçeğin başında bulunmaktadır. Her bir başlığın başlık puan toplamı, o başlık puanınıve tüm başlıklar toplamı toplam panik bozukluğu ve bileşenleri şiddet puanını vermektedir. Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda kesme puanı 11–12 puan olarak belirlenmiştir. Bandelow (1995) tarafından geliştirilmiş, Tural ve arkadaşları (2000) tarafından uyarlaması yapılmıştır.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Bu çalışmayı, İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri bölümüne 01.08.07–01.09.09 tarihleri arasında, poliklinikten başvuran hastalardan, DSM-IV tanı ölçütlerine göre panik bozukluk tanısı almış 30 kadın, obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış 30 kadın ve İstanbul ilinde yaşayan ve bilinen bir psikiyatrik bozukluğu olmayan 30 kadın oluşturmaktadır.

İçleme ölçütleri;

- 18 yaşın üstünde olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Son 6 aydır düzenli adet olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek

#### Dışlama Ölçütleri;

- İlk adet yaşı ile çalışmaya alınma tarihi arası iki yıldan kısa olanlar
- Halen gebelik ve emzirme öyküsü olanlar
- Halen oral doğum kontrol kullanımı
- Öyküde overektomi ya da histerektomi
- Son 6 aydır adet düzensizliği öyküsü (amenore, oligomenore, adet döngüsünün uzaması ya da düzensizliği)
- Alkol ve madde kullanım bozukluğu
- Yeme bozukluğu

DSM-IV ölçütlerine göre obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluk tanısı konmuş olan 18 yaş üstündeki kadın hastalar ve hasta grubuyla demografik özellikler açısından eşleştirilmiş, bilinen hiçbir psikiyatrik tanısı olmayan kadınlar da kontrol grubunu oluşturmak amacıyla belirlenmiş, işleme ve dışlama ölçütlerine uyan hastalar çalışmaya davet edilmiştir. Bu kişilere araştırmanın özellikleri, amacı, elde edilen bilgilerin ne şekilde kullanılacağı konusunda ayrıntılı olarak bilgi verilmiş, istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları ifade edilmiştir ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözel olarak onayları alınmıştır.

Çalışmaya başlamadan önce İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne, çalışmanın amacı ve uygulanan ölçekler hakkında bilgi verilerek gerekli izin alınmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların demografik verileri (yaş, eğitim durumu, medeni durum), hastalık ile ilgili veriler (hastalık başlangıç yaşı, çalışmaya alındığı sırada kullandığı ilaç) ve adet düzeni bilgileri (adet yaşı; adet düzeni; daha önceki gebelikleri, düşükleri ve doğumları; son 6 aydır uyguladığı doğum kontrol şekli) alınmıştır. Hastalık şiddetini belirlemek amacıyla, obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış kadınlara Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği, panik bozukluk tanısı almış kadınlara Panik Agorafobi Ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca DSM-IV ölçütleri göz önüne alınarak, ileriye dönük olarak 2 ay boyunca sorun şiddeti günlük kayıt çizelgesi doldurmaları istenmiştir. Her gruba da iki aylık takip boyunca adet döngülerinin adet öncesi döneminde depresyon değerlendirmesi için Beck Depresyon Ölçeği ve anksiyete değerlendirmesi için Beck Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır.

Uygulama her gruptan 30 kadına ulaşılan kadar devam etmiştir. Uygulama aşamasında iki ay boyunca doldurulması istenen sorun şiddeti günlük kayıt çizelgesinin doldurulması ile ilgili olarak ilk görüşmeden sonra hastalarla 7–10 gün içerisinde tekrar randevu belirlenmiş, ölçeğin uygulanabilirliği kontrol edilmiştir. Yanlış uygulamalar olduğunda hastalar tekrar bilgilendirilip ölçekleri tekrar doldurmaları istenmiştir. İşleme ve dışlama ölçütlerine göre belirlenip çalışma hakkında bilgilendirici ilk görüşmenin yapılması sonrasında çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler arasından, obsesif kompulsif bozukluk grubunda olan 1 kişinin şehir dışına yerleşmesi, 2 kişinin de çalışmaya devam etmek istemediğini belirtmesi, panik bozukluğu grubunda olan 3 kişiyle iletişimin sağlanamaması ve 2 kişinin ölçekleri doldurmakta zorlandığını belirterek çalışmadan ayrılmak istemesi sebebiyle toplam 8 kişi çalışma dışı bırakılmıştır.

### **3.5. Verilerin Analizi**

DSM-IV'e göre adet öncesi disforik bozukluk tanısı; iki ay süreyle, adet başlangıcından önceki 5 gün içinde, en az iki gün süreyle, en az 4 puan almış, en az biri duygudurum belirtisi olmak üzere, en az beş madde işaretlemiş olan ve adet başlangıcından önceki 5 gün içinde en az iki gün süreyle işlevselliği değerlendiren üç maddeden birine en az 4 puan veren olgulara konulmuştur.

ICD-10'a göre adet öncesi sendrom tanısı, adet başlangıcından önceki 5 günlük dönem içinde en az iki gün süreyle, en az 4 puan almış en az bir madde olan olgulara verilmiştir

İstatistiksel değerlendirme "SPSS 15.0 for Windows" programı kullanılarak yapılmıştır. Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda, sorun şiddeti günlük kayıt çizelgesi için Anova-R testi, sürekli değişkenler için Anova-R, Student t testi ve Mann Whitney U testi, kategorik değişkenler için Ki-kare testi, gerekli olduğunda Fisher kesinlik testi uygulanmıştır.



**BÖLÜM IV**  
**BULGULAR ve YORUM**

**4.1.Sosyodemografik Özellikler**

**Tablo 1. Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri**

	OKB (n=30)		PB (n=30)		Kontrol (n=30)		F	p	
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss			
Yaş	28.2	5.8	31.4	6.4	31.6	6.5	2.82	0.065	
Eğitim	10.6	3.6	10.3	3.6	11.3	3.8	0.55	0.579	
Hastalık başlama yaşı (t testi)	22.8	4.6	25.9	5.3			2.44	0.018*	
Menarş yaşı	13.1	1.5	12.9	1.5	12.9	1.4	0.23	0.799	
Adet döngü süresi	26.4	2.0	26.8	2.1	26.9	2.7	.35	0.709	
Kanama süresi	5.0	1.4	4.6	1.1	5.1	1.1	1.85	0.164	
Gebelik sayısı	1.1	1.1	1.3	1.2	1.4	1.2	0.59	0.556	
Düşük sayısı	0.1	0.3	0.3	0.2	0.0	0.0	1.85	0.164	
Doğum sayısı	0.9	1.0	1.2	1.2	1.3	1.1	1.23	0.298	
Kürtaj sayısı	0.1	0.3	0.1	0.3	0.1	0.3	0.15	0.861	
İlk Gebelik yaşı	22.5	2.2	23.3	3.3	22.8	2.9	0.36	0.697	
	N	%	N	%	N	%	X <sup>2</sup>	df	p
Bekar	8	26.7	6	20.0	11	36.7	3.17	2	0.530
Evli	17	56.7	19	63.3	17	56.7			
Boşanmış	5	16.7	5	16.7	2	6.7			

OKB: obsesif kompulsif bozukluk

PB panik bozukluk

\*p <.05

Obsesif kompulsif bozukluğu oluşturan kadınların yaş ortalaması  $28.2 \pm 5.8$  olarak bulunmuştur. %56.7 si evli, % 16.7 si boşanmış, % 26.7 si ise bekârdır. Olguların eğitim süresi  $10.6 \pm 3.6$  yıldır. Gebelik sayısı ortalaması  $1.1 \pm 1.1$ ; ortalama düşük sayısı  $0.1 \pm 0.3$ ; doğum sayısı ortalaması  $0.9 \pm 1.0$ ; kürtaj sayısı ortalaması  $0.1 \pm 0.3$ ; ilk gebelik yaşı ise  $22.5 \pm 2.2$  olarak saptanmıştır. Ortalama adet döngü süresi  $26.4 \pm 2.0$ ; ortalama kanama süresi ise  $5.0 \pm 1.4$  olarak saptanmıştır. Obsesif kompulsif bozukluk ise ortalama  $22.8 \pm 4.6$ 'dır.

Panik bozukluk grubundaki kadınların yaş ortalaması  $31.4 \pm 6.4$  olarak bulunmuştur. %63.3 ü evli, % 16.7 si boşanmış, % 20.0 ı ise bekârdır. Olguların eğitim süresi  $10.3 \pm 3.6$  yıldır. Gebelik sayısı ortalaması  $1.3 \pm 1.2$ ; düşük sayısı ortalaması  $0.2 \pm 0.0$ ; doğum sayısı ortalaması  $1.2 \pm 1.2$ ; kürtaj sayısı ortalaması  $0.1 \pm 0.3$ ; ilk gebelik yaşı ise  $23.3 \pm 3.3$  olarak saptanmıştır. Adet döngü süresi ortalaması  $26.8 \pm 2.1$ ; kanama süresi ortalaması ise  $4.6 \pm 1.1$  olarak saptanmıştır. Panik bozukluk başlangıç yaşı ortalaması ise  $25.9 \pm 5.3$ 'dür.

Kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması  $31.6 \pm 6.5$  olarak bulunmuştur. %56.7 si evli, % 6.7 si boşanmış, % 36.7 si ise bekârdır. Olguların eğitim süresi  $11.3 \pm 3.8$  yıldır. Gebelik sayısı ortalaması  $1.4 \pm 1.2$ ; düşük sayısı ortalaması  $0.0 \pm 0.0$ ; doğum sayısı ortalaması  $1.3 \pm 1.1$ ; kürtaj sayısı ortalaması  $0.1 \pm 0.3$ ; ilk gebelik yaşı ise  $22.8 \pm 2.9$  olarak saptanmıştır. Adet döngü süresi ortalaması  $26.9 \pm 2.7$ ; kanama süresi ortalaması ise  $5.1 \pm 1.1$  olarak saptanmıştır.

OKB olan hastalarda bozukluk panik bozukluğa göre daha erken yaşta başlamıştı ( $t=2.44$ ,  $p<.05$ ). Bunun dışındaki diğer sosyodemografik özellikler açısından obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

#### 4.2. Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile İlgili Sonuçlar

**Tablo 2. Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk ve Kontrol Gruplarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri**

	OKB Grup 1		P B Grup 2		Kontrol Grup 3		F	p	Bonferroni
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss			
BDÖ-1	16.1	7.6	17.1	6.9	8.9	4.6	14.16	<0.001*	1>3 2>3
BDÖ-2	15.6	7.1	16.2	7.5	8.3	4.1	14.2	<0.001*	1>3 2>3
BAÖ-1	19.8	13.3	23.9	9.6	5.5	5.6	27.94	<0.001*	1>3 2>3
BAÖ-2	18.1	11.9	23.6	10.6	4.3	5.2	32.70	<0.001*	1>3 2>3

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

\*p < .05

Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçekleri her üç gruba da, adet döneminin başlangıcından önceki 5 günlük dönem içinde uygulanmıştır. Her iki ay içinde Beck depresyon ve Beck anksiyete puanları; 3 grup arasında anlamlı farklılık göstermektedir. Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluk grubunun puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir.

**Tablo 3. Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk ve Kontrol Gruplarında AÖS ve AÖDB Tanıları**

	OKB		PB		Kontrol		X <sup>2</sup>	df	p
	n	%	n	%	n	%			
AÖS	22	73.3	21	70.0	12	40.0	8.51	2	0.014*
AÖDB	4	13.3	5	16.7	1	3.3	2.93	2	0.232

\* p<.05

Obsesif kompulsif bozukluğu olan kadınların 22 tanesi (% 73.3), panik bozukluğu olan kadınların 21 tanesi (%70.0) adet öncesi sendrom tanısı alırken bu rakam kontrol grubunda 12 (%40.0) kişi olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna karşılık OKB grubunda 4 kadın (%13.3), panik bozukluk grubunda 5 kadın (%16.7), kontrol grubunda ise 1 kadın (%3.3) adet öncesi disforik bozukluk ölçütlerini karşılamaktadır. Ancak gruplar arasındaki fark anlamlı değildir.

90 kişinin 55'inde (%61.1'inde) adet öncesi sendrom,10'unda (%11.1'inde) adet öncesi disforik bozukluk bulunmaktadır.

OKB olan hastaların 13'ü (%43.3), PB olanların ise 9'u (%30), yani toplam 22 (%24.4) kişi bozukluklarının tedavisi için ilaç kullanmaktaydılar. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $x^2=1.15$ ,  $df=1$ ,  $p=0.211$ ). 3 kişi dışında 19 hasta Serotonin geri alım engelleyicileri, 2 kişi beta bloker, 1 kişi antihistaminik kullanmaktadır.

İlaç kullanmayan kişilerin 44'ünde (%64.7) ilaç kullananların ise 11 inde (%50.0) adet öncesi sendrom saptanmıştır ve aralarındaki fark anlamlı değildir (ki-kare= 1.51  $p=0.219$ ). Ancak ilaç kullananların hiçbirinde (n=0) ve ilaç kullanmayanların 10

tanesinde (%14.7) aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamasına rağmen adet öncesi disforik bozukluk saptanmıştır (Fisher's doğrulama testi=0.111).

Ancak hasta gruplarını kontrol gruplarından ayırdığımızda, bir başka deyişle obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluk gruplarını ele aldığımızda ilaç kullanan hastaların 11 inde (%50), ilaç kullanmayanların 32 sinde (%84.2) adet öncesi sendrom saptanmıştır. Bu fark anlamlıdır (ki-kare=8.03, df=1, p=0.005). İlaç kullananların hiçbirinde (n=0), ilaç kullanmayanların ise 9'unda (n=23.7) adet öncesi disforik bozukluk saptanmıştır. Aradaki fark anlamlıdır (Fisher's doğrulama testi=0.020).

**Tablo 4.OKB, Panik Bozukluk ve Kontrol Gruplarında Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesine Göre AÖS belirtilerinin Adet Öncesi Dönemle Sonrası Dönemin Oranı**

	OKB		PB		30% fark				OKB		PB		50% fark			
					KONTROL		X <sup>2</sup>	P					KONTROL		X <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	N	%			N	%	N	%	N	%		
<b>Toplam puan</b>	16	30.8	22	42.3	14	26.9	4.34	0.114	11	45.8	8	33.3	5	20.8	1.574	0.455
<b>Depresif alt ölçek</b>	17	32.7	20	38.5	15	28.8	4.10	0.129	11	47.8	4	17.4	8	34.8	3.66	0.160
<b>1. Üzgün çökkün hissetme</b>	15	31.9	21	44.7	11	23.4	5.35	0.069	10	34.5	14	48.3	5	17.2	3.88	0.144
<b>2. Anksiyete</b>	15	44.1	10	29.4	9	26.5	2.73	0.255	14	46.7	8	26.7	8	26.7	4.85	0.089
<b>3. Duygudurumda dalgalanma</b>	13	29.5	18	40.9	13	29.5	1.82	0.403	8	34.8	9	39.1	6	26.0	0.18	0.916
<b>4. Öfke/iritabilite.</b>	15	38.5	14	35.9	10	25.6	3.79	0.15	10	43.5	6	26.0	7	30.4	0.74	0.691
<b>5. Anhedoni</b>	15	32.6	18	39.1	13	28.3	3.92	0.141	12	44.4	11	40.7	4	14.8	4.60	0.100
<b>6. Konsantrasyon azalması</b>	11	28.9	15	39.5	12	31.6	3.18	0.204	7	31.8	7	31.8	8	36.4	0.31	0.856
<b>7. Enerji azalması</b>	12	27.9	18	41.9	13	30.2	3.71	0.157	6	28.6	8	38.0	7	33.3	1.07	0.586
<b>8. İştah değişiklikleri</b>	10	28.6	10	28.6	15	42.8	1.64	0.443	6	33.3	3	16.6	9	50.0	4.88	0.087
<b>9. Uyku bozuklukları</b>	16	37.2	17	39.5	10	23.2	4.00	0.135	14	50.0	8	28.6	6	21.4	3.08	0.215
<b>10. Kontrol kaybı duygusu</b>	13	33.3	11	28.2	15	38.5	0.51	0.775	11	45.8	5	20.8	8	33.3	2.14	0.343
<b>11. Fiziksel belirtiler</b>	21	33.3	27	42.8	15	23.8	10.82	0.004*	16	29.6	26	48.1	12	22.2	9.69	0.008*

\* p< .05

Tanı grupları dikkate alındığında her iki ay için adet öncesi (premenstruel, luteal evre) -5 ve -1. günler arası ve adet sonrası (postmenstruel, folliküler evre) 6. ve 10. günlerdeki ölçek maddelerinin ve alt ölçek toplamlarının ve toplam puanları değerleri hesaplanmış ve adet öncesi evredeki puanları adet sonrasındaki evreden en az %30 ve % 50 daha fazla olan kişiler saptanmıştır. % 30 farklara baktığımızda hem OKB, hem de PB grubunda kontrol grubuna göre fiziksel belirtiler açısından anlamlı ölçüde daha fazla kişi yakınmakta olduğu görülmüştür. %50 fark açısından değerlendirildiğinde PB grubunda anlamlı ölçüde çok daha fazla kişinin fiziksel yakınmaları vardır (Tablo 4).

**Tablo 5.OKB, Panik Bozukluk ve Kontrol Gruplarının Adet Dönemi Sonrası ve Öncesindeki Belirtilerinin Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesinde Alt Gruplara Göre Değerlendirilmesi**

	OKB		PB		KONTROL				Adet Döngüsü		Döngü ve Grup		Grup					
	Adet Öncesi		Adet Sonrası		Adet Öncesi		Adet Sonrası		Adet Öncesi		Adet Sonrası		F p		F p			
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	F	p	F	p	F	p
Toplam																		
1. ay	141.9	42.6	100.3	32.5	152.8	43.4	108.7	36.1	108.2	35.3	79.1	23.7	173.56	<0.001*	2.55	0.084	9.89	<0.001*
2. ay	137.5	42.7	96.1	31.6	152.6	45.0	103.2	36.0	101.1	35.2	75.0	23.8	140.64	<0.001*	4.30	0.017*	11.73	<0.001*
Depresif																		
1. ay	61.8	18.9	43.9	15.0	68.1	20.0	49.7	16.9	47.1	15.6	35.8	11.4	131.55	<0.001*	2.71	0.072	10.21	<0.001*
2. ay	60.5	18.8	42.2	14.2	68.1	19.3	47.8	16.8	44.6	15.6	33.3	10.9	123.46	<0.001*	3.26	0.043*	13.27	<0.001*
Fiziksel																		
1. ay	13.5	4.3	7.1	2.5	15.2	4.8	8.1	3.1	10.8	4.3	6.7	2.4	206.17	<0.001*	4.97	0.009*	6.29	0.003*
2. ay	12.1	4.3	7.5	3.0	15.2	5.2	7.5	3.0	10.4	4.4	6.3	2.4	147.66	<0.001*	6.35	0.003*	6.71	0.002*
Öfke-irritabilite																		
1.ay	14.5	4.6	10.6	3.9	14.6	4.2	10.8	3.8	10.8	3.8	7.8	2.4	140.28	<0.001*	0.82	0.443	8.76	<0.001*
2. ay	12.1	4.3	7.5	3.0	15.2	5.2	7.5	3.0	10.4	4.4	6.3	2.4	147.66	<0.001*	6.36	0.003*	6.71	0.002*

\*p<.05

Tüm örneklem grubuna bakıldığında, ANOVA-R ile anlamlı adet döngüsü etkisi bulunmuştur. Tüm olgular adet sonrası dönemden adet öncesi döneme doğru toplam, depresif, öfke/iritabilite ve fiziksel alt ölçek puanlarında anlamlı ölçüde farklılık göstermektedir (adet döngüsü etkisi). Yani tüm gruplarda birbiri ardına gelen 2 ay boyunca adet sonrası dönemden adet öncesi döneme doğru anlamlı ölçüde puanlar yükselmektedir. Gruplar arası farklılıklara baktığımızda hem OKB hem de PB grubu kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde daha fazla yine toplam, depresif, öfke/iritabilite ve fiziksel alt ölçeklerinde gerek adet öncesi, gerekse adet sonrası dönemlerde daha yüksek puan aldığı görülmüştür (grup etkisi).

Döngü ve grup etkisine baktığımızda ise toplam puanda 2. ayda OKB ve PB hastaları kontrollerden anlamlı ölçüde daha fazla adet öncesi döneme doğru dalgalanmaktadır. Benzer sonuçlar 2. ay depresif alt ölçek puanında, 1. ve 2. ay fiziksel ve 2 ay öfke/iritabilite alt ölçeklerinde gözlenmektedir (Tablo 5). 1. ay toplam, depresif ve öfke/iritabilite puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.



**Tablo 6. 1. ve 2. ay adet döngüsünde adet öncesi ve adet sonrası Sorun Şiddet Günlük Kayıt Çizelgesindeki toplam puan ve alt ölçek puan farkları ve Yale Brown ve Panik Agorafobi ölçekleri puanlarının korelasyonları (Spearman)**

		OKB		PB	
		r değeri	p	r değeri	p
Toplam puan farkı (1)		.48	0.007*	.58	0.001*
Toplam puan farkı (2)		.192	0.309	.50	0.005*
Depresif alt ölçek farkı (1)		.46	0.010*	.51	0.004*
Depresif alt ölçek farkı (2)		.21	0.258	.41	0.027*
Fiziksel alt ölçek farkı (1)		.36	0.049*	.56	0.001*
Fiziksel alt ölçek farkı (2)		.03	0.864	.50	0.005*
Öfke alt ölçek farkı (1)		.33	0.078	.31	0.099
Öfke alt ölçek farkı (2)		.24	0.205	.33	0.072

\* p<.05

Her bir ayın luteal evre puanından (adetten önceki -1 ve -5. günler arası) folliküler evre puanının (adetten sonraki 6-10. günlerin puanları) çıkarılması ile elde edilen toplam ve alt ölçeklerin puanlarının Yale-Brown ve Panik Agorafobi ölçeği puanlarının korelasyonlarına bakıldığında; OKB si olan hastalarda sadece 1. aydaki depresif alt ölçek ve 1. ay toplam puanları ile hastalık şiddeti anlamlı bir biçimde ilişkidir. Yani hastalık şiddeti arttıkça (Yale-Brown ölçeği puanları arttıkça), adet

öncesi dönemde sonrasına göre anlamlı ölçüde çok daha fazla yüksek puanlandığı görülmüştür. Panik bozukluk hastalarında ise öfke alt ölçeği hariç her iki ayda da toplam, depresif ve fiziksel alt ölçek puanları pozitif olarak korele bulunmuştur. Yani hastalık şiddeti arttıkça (panik agorafobi ölçeği puanı arttıkça) adet öncesi evredeki puanlar daha da yükselmektedir (Tablo 6).

## BÖLÜM V

### SONUÇ VE TARTIŞMA

Araştırmada panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk tanısıyla izlenen kadınlarda adet öncesi sendromun sıklığı ve klinik görünümün araştırılması ve sağlıklı kadınlardan oluşmuş bir kontrol grubundan farklı olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda; panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve sağlıklı kadınlardan oluşan bir kontrol grubunun, bir değerlendirme formuyla sosyodemografik bilgileri, Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçekleri ile klinik özellikleri ve sorun şiddeti günlük kayıt çizelgesi formu ile ileriye yönelik olarak adet döngüsü ile ilgili belirti değişiklikleri değerlendirilmiştir.

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre; obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve kontrol grupları arasında yaş, medeni durum, çocuk sayısı, ilk gebelik yaşı, eğitim süresi, adet döngü süresi, kanama süresi açısından fark bulunamamıştır. Kontrol grubunu oluştururken yaş, medeni durum, eğitim süresi gibi özelliklerin uygun olmasına dikkat edilmiştir. OKB olan hastalarda bozukluk panik bozukluğa göre daha erken yaşta başladığı görülmüştür. Rasmussen ve Eisen (1993) çalışmalarında kadın hastalarda ortalama hastalık başlangıç yaşını 22.0 olarak bulmuştur. Bizim çalışmamızda da OKB başlangıç yaşı 22.8 dir.

İlaçların adet öncesi sendrom üzerine etkisine bakıldığında; literatürde, serotonin geri alım engelleyicileri ile yapılan çalışmalar adet öncesi sendromun psikolojik belirtileri üzerinde belirgin bir etkinliği olduğunu göstermiştir. Serotonin geri alım

engelleyicileri daha çok psikolojik yakınmaları ön planda olan ciddi adet öncesi sendrom ve adet öncesi disforik bozukluk olgularında önerilmektedir (Kessel, 2000). Bu çalışmada da ilaç kullanmayan kişilerin 44'ünde (%64.7) ilaç kullananların ise 11 inde (%50.0) adet öncesi sendrom saptanmıştır. Ancak ilaç kullananların hiçbirinde (n=0) ve ilaç kullanmayanların 10 tanesinde (%14.7) aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamasına rağmen adet öncesi disforik bozukluk saptanmıştır. Hasta gruplarını kontrol gruplarından ayırdığımızda, bir başka deyişle obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluk gruplarını ele aldığımızda ilaç kullanan hastalarda anlamlı ölçüde daha az oranda AÖS ve AÖDB saptanmıştır. Bu durum SGAE'lerin adet öncesi disforik bozukluğunda etkili olduklarına dair bulguları desteklemektedir (Kessel, 2000, Eriksson ve ark., 2008).

Kontrol grubundaki adet öncesi sendromun yaygınlığı; ICD-10 ölçütleri göz önüne alınarak ileriye dönük olarak yapılan değerlendirme sonucunda % 40.0 olarak saptanmıştır. Bu olguların sadece bir tanesi (%3.3) adet öncesi disforik bozukluk için DSM-IV tanı kriterlerini karşılamaktadır. Daha önce yapılan çalışmalar da adet öncesi sendrom yakınmalarının genel nüfusta görülme sıklığının % 20-90 arasında değişiklik gösterdiği (Steiner 1992; Sanders ve ark., 1983, Sherry ve ark., 1988, Merikangas ve ark.,1993, Eriksson ve ark., 2000) ileriye dönük günlük kayıtlarla yapılan değerlendirmeler sonucu konan adet öncesi disforik bozukluk yaygınlığının ise Steiner'in ( 1992) bildirdiğine göre Haskett ve arkadaşları ( 1987) ve Rivera-Tovar ve arkadaşları (1990) tarafından yapılan çalışmalarda sırasıyla %3.4 ve % 4.6 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki adet öncesi sendrom ve adet öncesi disforik bozukluğa ilişkin veriler literatürle uyumluluk göstermektedir.

Adet öncesi sendromun psikiyatrik bozukluklarla ilişkisini değerlendiren daha önce yapılan çalışmalara baktığımızda;

Şiddetli depresyonu olan kadınların adet öncesi sendrom skorlarının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Siegel ve ark., 1986; Polat,2001).

Çetin ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada (2005) depresif bozukluk tanılı genç kızlarda depresyon şiddeti ile adet öncesi belirti şiddeti arasındaki ilişkiye bakılmış, depresif bozukluk tanılı genç kızların adet öncesi belirtilerinin sağlıklı gruba göre daha şiddetli olduğu ve depresif bozukluk şiddeti arttıkça adet öncesi belirtilerin şiddetinde de bir artış olduğu saptanmıştır.

Bulimia nevrosada adet öncesi dönemlerde yeme nöbetlerinin sıklığının arttığı bildirilmiştir (Pearlstein,1998).

Bir başka çalışma da agorafobiyle birlikte olan panik bozukluğu ve sosyal fobi eş tanılarının adet öncesi sendromlu kadınlarda daha yüksek olduğunu göstermiştir (Veening ve ark.;1994). Bazı çalışmalar yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu belirtilerinin adet öncesi dönemde şiddetlendiğini göstermektedir (Cook ve ark.,1990; Polat, 2001).

Bizim çalışmamızda da adet öncesi sendrom ve adet öncesi disforik bozukluğun; panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluğu olan kadınlarda sağlıklı kadınlardan oluşan kontrol grubuna göre daha sık görüldüğü bulunmuştur. Obsesif kompulsif bozukluğu olan kadınların 22 tanesi (% 73.3), panik bozukluğu olankadınların 21'i (%70.0) adet öncesi sendrom tanısı alırken bu rakam kontrol grubunda 12 (%40.0) kişidir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna karşılık OKB grubunda 4 olgu (%13.3), panik bozukluk grubunda ise 5 kadın (%16.7), kontrol grubunda ise 1 kadın (%3.3) adet öncesi disforik bozukluk ölçütlerini karşılamaktadır.Yine hastalık şiddeti arttıkça adet öncesi dönem puanlarının da

yükseldiği görülmüştür. Bu durumun iki nedeni olabilir. Birincisi hasta grupta adet öncesi belirtilerin alevlenmesi ve bu belirtilerin AÖDB belirtileri ile örtüşmesine bağlı olabilir. Hsiao ve arkadaşlarının (2004) yılında yaptıkları çalışmada PB olan hastaların %68'inde AÖS ve %36'sında ise adet öncesi belirtilerin alevlenmesi olduğunu bulmuşlardır. Son olarak da adet öncesi disforik bozukluk sıklığı OKB ve PB hastalarında daha sık görülüyor olmasıdır. Bu çalışma anksiyete bozukluğu olan hastalarda yapılan bildiğimiz kadarıyla ilk çalışmadır. Bu olasılığın doğrulanması için başka çalışmalara gereksinim vardır.

Hastalık gruplarında hem adet öncesi sendrom, adet öncesi disforik bozukluk görülme sıklığı hem de depresyon ve anksiyete düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek çıkması her iki durumunda birbiriyle ilişkili olup olmayacağını düşündürmektedir. Ancak tanı grupları dikkate alınarak her iki ay için adet öncesi (premenstruel, luteal evre) -5 ve -1. günler arası ve adet sonrası (postmenstruel, folliküler evre) 6. ve 10. günlerdeki ölçek maddelerinin ve alt ölçek toplamalarının ve toplam puanları değerleri hesaplandığında hem OKB, hem de PB grubunda kontrol grubuna göre fiziksel belirtiler açısından anlamlı ölçüde daha fazla kişinin yakınmakta olduğu görülürken, depresyon/ iritabilite gibi belirtilerin oranında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Bu durumun OKB ve panik bozukluğu olan kişilerin bedensel duyumlarına yoğunlaşmaları ve sağlıklı bireyler tarafından normal olarak algılanıp dikkate alınmayan fiziksel duyumların, panik bozukluk hastaları tarafından daha dikkat edilir bir durumda olmasının verdiği bir etki olarak düşünülmekte ancak literatürde bu durumu destekler daha önce yapılmış bir araştırma bulunmamaktadır.

Bu çalışmanın kısıtlılıklarından birisi ölçeklerin kendini değerlendirme ölçeği olması, diğeri bir kısıtlılık ise gerek hastalarda ve gerekse kontrol grubunda yumurtlamanın belirlenmesi için gerekli hormonlara bakılmamış olmasıdır. Bilindiği

gibi yumurtlamanın olduğu evrelerde AÖS ya da AÖDB ortaya çıkmakta ve ergenlik öncesi, menopoz döneminde veya yumurtlamanın olmadığı adet döngülerinde AÖS belirtileri görülmemektedir.

Sonuç olarak adet öncesi sendrom ve adet öncesi disforik bozuklukta; anksiyete, depresyon, iritabilite, ruhsal yapıda değişkenlik gibi belirtiler belirgin özelliktedir. Bu belirtiler farklı psikiyatrik rahatsızlıkların da belirtisi olabilmektedir. Adet öncesi sendrom ve adet öncesi disforik bozuklukta göz önünde bulundurulması gereken bu belirtilerin adet döngüsünün adet öncesi döneminde ortaya çıkıp adet sonrası dönemde yok olmasıdır. Tedavi amaçlı başvuran kişilerde bu belirtilerin farklı bir psikiyatrik rahatsızlığa bağlı olabileceği ya da var olan bir psikiyatrik rahatsızlıkta alevlenme yaşanmış olabileceği, kişinin farklı eksenlerde de incelenmesi gerektiği psikiyatri dışındaki dallardaki hekimler tarafından da dikkat edilmesi gereken bir durum olduğu düşünölmektedir.

Bu çalışmadan yola çıkılarak; adet öncesi sendrom ve adet öncesi disforik bozukluğun diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkisini değerlendiren; adet öncesi alevlenmeyi ayırt etmeye yönelik uygun yöntemlerin geliştirildiği; toplumun farklı kesimlerinde adet öncesi belirtilerin dağılımının, sıklığının değerlendirildiği ileriye dönük çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## **KAYNAKLAR**

Acar, B. (Ed.). (1996) *Premenstruel sendrom, temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi.*, Ankara: Güneş Kitapevi.

Adenaike, O.; Abidoye R. (1987). A study of the incidence of the premenstrual syndrome in a group of nigerian women, *Public Health*,101:49

Adıgüzel, H; Taşkın, O; Danacı, E. (2007) Manisa ilinde premenstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 215–222

Akdeniz,F., Gönül, A., (2004) Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi, *Klinik Psikiyatri*, 2; 70–74

Akdeniz, F., Karadağ, F., (2006) Adet döngüsünün duygudurum bozuklukları üzerine etkisi var mıdır? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4); 296–304

Akgün, N. (1989) *Obsesyonel nevroz*, Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.

Alkın, T. (2000). Panik bozukluğu ve agorafobi, R. Tükel ve T. Alkın (Ed.). *Anksiyete bozuklukları*, 5–37. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.

Alkın, T. (2004) Panik bozukluğunda tedavi kılavuzu, R. Tükel ve T. Alkın (Eds.). *Anksiyete bozuklukları tedavi kılavuzu*. 1–53. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.



Altınöz, F. (1992). *İstanbul'da Bir Gecekondu Bölgesinde Mizaç Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları Yaygınlığı Üzerine Bir Epidemiyolojik Çalışma*. Uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2001). Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı, *Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması (Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı)* (DSM-IV-TR) ,Çev: Koroğlu E., Ankara:Hekimler Yayın Birliği.

Anson, O. (1999). Exploring the bio-pycho-social approach to premenstrual experinces. *Social Sciences in Medicine*, 49(1), 67–80

Arısoy, Ö. (2004). Psikiyatrik genetik, düşünen adam. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*; 17 (2): 109–125

Atasü, T., Şahmay S.(2001). *Jinekoloji*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

Aydemir, Ö., Koroğlu, E. (Eds). (2006) *Psikiyatride kullanılan ölçekler*. Ankara: Medicographics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri.

Bandelow, B. (1995) Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. II. the panic and agoraphobia scale. *International Clinical Psychopharmacology*, 10; 73–81

Beck AT., Emery G. (1985) *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Newyork: Basic Boks/ Harper Collins Publishers.

Beck, L., Gevirtz R, Mortolo, J. (1990). The predictive role of psychosocial stres on syptom severity in pms . *Psychosomatic Medicine*, 52, 536–543

Bektaş M, (1995). *Bir grup çalışan kadında premenstrual disforik bozukluk yaygınlığı ve bazı sosyodemografik özelliklerle olan ilişkisi*. Yüksek lisans tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıbbi Psikoloji Anabilim Dalı, Trabzon

Bellodi, L., ve ark. (1992). *Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disoreders*, *Psychiatry Research*, 42;111–120

Boer, JA (1997). Defining panic-adiagnostic dilemma. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*,12(1),3-6

Bouton , M., Barlow, D., Mİneka, S. (2001). A modern learning theory perspective in the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108;4–32

Börekçi, B. (1998) *Premenstrual sendromun medikal tedavisinde fluoxetin kullanımı*. Uzmanlık tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Erzurum.

Canbaz, S., Dünder C., Sunter A, Kılınçer A, Peşken Y.(1999) Ondokuz mayıs üniversitesi kız öğrencilerinde premenstrual sendrom prevelansı . *Klinik Bilimler ve Doktor*,5(5) 680–684

Carr, AT., (1974). A review of the literature. *psychological bulletin*, *Compulsive Neurosis*, 81; 311–318

Ceylan, E., Yazan, B., (2000). *Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, anksiyete bozuklukları*. İstanbul

Clark, DM., (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24;461–470

Clark, DM., (1996). Panic disorder: from theory to therapy. PM. Salkovskis (Ed.) *Frontiers of cognitive therapy*, 318–344, New York, The Guilford Press.

Clemens, N., (2003). A psychodynamic perspective on anxiety. *J Psychiatry Pract*, 9;385–387

Cohen, LS., ve ark (2002). Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder in older premenopausal women the harvard study of moods and cycles. *J Affective Disorder*; 70(2):125–132

Cook, BL., Noyes, R., Garvey, MJ., Beach, V., Sobotka, J., Chaudhry, D. (1990). Anxiety and the menstrual cycle in panic disorder. *J Affective Disorder*; 19.221–226

Coombes, R., (2000) The violent curse of east enders jackie, *Nursing Times*; 99(22);13

Coughlin, PC., (1990). Pms: How marital satisfaction and role choice affect symptom severity. *Social Work*; 35; 351–355.

Copeland L.J., Jarrell J.F., (2000). *The textbook of gynecology*, Philadelphia: W.B. Saunders.

Çetin, S., Akdeniz, F.,Tamar, M.,(2005). Depresif bozukluk tanılı genç kızlarda adet öncesi belirti dağılımı ve şiddeti. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 6;145–153

Çolakoğlu, M., Çiçek. N.,(2001) *Jinekoloji el kitabı*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi

Danacı, A., Taşkın, E., Katlan, S., Uyar, Y., (2001) Premenstrüel disforik bozuklukta semptomatolojinin adet döngüsüyle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,2(1):15–20

Dejong, R., Rubinow, DR., Roy-Byrne, P., Hoban, MC., Grover GN.(1985) Premenstrual mood changes: Characteristic patterns in women with and without premenstrual syndrome. *J Affect Disorder*,10;85–90

Derman, O., (2004) Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. *European Journal of Obsterics Gynecology Reproductive Biology*,15116(2):201-206

Dinçmen , K., (2001). *Psikiyatri ve mitoloji*, İstanbul: Scala Yayıncılık.

Dilbaz, N., (1992) Premenstrual sendrom. *Türk Psikiyatri Dergisi*,3(1):42–47

Duruduygu, M., (2003). Obsesif kompulsif bozukluğun bilişsel ve davranışçı tedavisi. *3P Dergisi*,11; 55–58

Ehiobuche, I., (1988). Obsessive-compulsive neurosis in relation to parental child-rearing patterns amongst the greek, İtalian and Anglo-Austrlian subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 344,115–120

Ellis, A.,(1998). *Reason and emotion in psychotherapy*, USA:Citadel Pres

Endicott, J., (1993). The menstuel cycle and mood disorders. *J Affect Disorder*, 29;293–300

Endicott J, Harrison W.(1990) Daily record of severity of problems form. New York, NY: Department of research. assessment and training, New York State Psychiatric Institute.

Erdoğan, G., (2003). *Ankara'da bazı liselerde öğrenim gören bir grup kız öğrencinin menstrüasyon ve premenstrüel sendrom konularındaki bilgileri ve premenstrüel yakınmalarının saptanması*. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Eriksson, E., Sundblad, C.,Yonkers,KA., Steiner, M.,(2000) Premenstrual dysphoria and related conditions: symptoms, pathophysiology and treatment. M.Steiner, KA. Yonkers, E. Eriksson (Eds.) *Mood Disponders in Women*.269-293. London. Martin Dunitz.

Faravelli C., Paionni, A., (1999). Panic disorder: clinical course, etiology and prognosis. DJ. Nett, JC. Ballenger, (Eds.) *Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms*, London, Martin Dunitz

Frackiewicz, E.J., Shiovitz T.M., ( 2001) . Evaluation and management of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Journal of The American Pharmaceutical Association*, 41(3); 437–447

Freeman EW., Rickels K., Sondheimer SJ. (1993) Premenstrual symptoms and dysmenorrhea in relation to emotional distress factors in adolescents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 14(1); 41–50

Freeman EW., Rickels, K.; (1999). Characteristics of placebo responses in medical treatment of premenstrual syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 156(9); 1403–1408

Freud, S., (1958) *The disposition of obsessional neurosis, the standart edition of the complete psychological works*, London: The Hogart Press.

Fryre, GM., Silverman, SD., (2000) Is it Premenstrual Syndrome? *Postgraduate Medicine*, 107(5);s 151–159

Frost, R.O., Lahart C.M., Rosenblate, R., (1991). The development of perfectinism: A study of daughters and their parents. *Cognitive Therapy and Research*, 14;469–489

Foa, EB., Kozak, MJ., (1997). Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder. MR Mavissakalian, RG Prien (Eds) *Long term treatments of anxiety disorder*, 285–309, Washington DC: American Psychiatry Press.

Fyer, AJ., Mannuza, S., Coplan, JD., (1995). Anxiety disorders, HT. Kaplan, BJ. Sadock (Eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 191–203, Baltimore: Sixth Edition.

Goodman, WK., Price, LH., Rasmussen, SA. (1989) The yale-brown obsessive-compulsive scale, I: development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49;1006

Gorman, JM., Liebowitz, MR., Fyer, AJ., Stein, J., (1989) A neuroanatomical hypothesis for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*. 146;148-161

Gökçe, G.,(2006). *Bir grup çalışan kadında premenstruel semptom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Mersin.

Güleç, C., Köroğlu, E., (1997) *Psikiyatri temel kitabı cilt 1*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Güneş G,(1997) Malatya’da lise öğrencilerinde premenstrual sendrom sıklığı. *İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*; 4(4):403-406

Harrison, WM., Endicott, J., Nee, J., ve ark. (1989) Characteristics of women seeking treatment for premenstrual syndrome. *Psychosomatics*, 30:405-411.

Hisli, N., (1988) Beck depresyon envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği, *Psikoloji Dergisi*, 7 (23); 3-13

Horwarth, E., Weissman, MM. (2000). Anxiety disorders epidemiology, comprehensive textbook of Psychiatry, Baltimore: Williams & Wilkins.

Hsiao MC., Hsiao CC., Liu CY. (2004) Premenstrual symptoms and premenstrual exacerbation in patients with psychiatric disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 58(2):186-90

Janiger, O., Riftenburg, R., Kersh, R., (1972) Cross cultural study of premenstrual symptoms. *Psychosomatics*;12;226–235

Jenike, M.A., (1986) Theories of etiology in obsessive compulsive disorder. MA., Jenike, L. Baer, W. Minichiello (Eds),165-177, Chicago:YearBook

Johnson, SR., (1987) The epidemiology and social impact of premenstrual symptoms . *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2;30-35

Karadağ F, Akdeniz F, Erten E.,Pirildar,S., Yucel, B., Polat, A., Atmaca, M. (2004) Menstrually related symptom changes in women with treatment-responsive bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 6;253-9.

Karamustafalıoğlu, OK, Üçışık, AM., Ulusoy, M., Erkmen. H. (1993) *Yale-brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. 29. ulusal psikiyatri kongresi program ve bildiri özetleri kitabı, Bursa: Savaş Ofset.



Karasar, N., ( 2005 ). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Karavuş, M., Cebeci, D., Bakırcı, M.,Hayran, O.(1997) Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom, *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*;17(3):184-190

Karno, M., Golding, JM., Sorenson, SB., Burnam, MA.,(1988) . The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five us communities. *Archives of General Psychiatry*; 45;1094–1099

Keye, WR., Hammond, DC., Strong, T. (1986). Medical and psychologic characteristics of women presenting with premenstrual symptoms .*Obstetricians and Gynecologists*; 68(5);634–637

Kesler, RC., Gonagle KA., Zhao, S., Nelson, CB., Higher, M., Eshleman, S., ittchen, HU., Kendler, KS. (1994) Lifetime and 12 months prevalence of DSM-R psychiatric disorder in the united states: results form the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*; 52;8–19

Kessel, B., (2000). Premenstrual syndrome . *Obstetrics and Gynecology of North America*, 27(3);625–639

Kişnişçi, H.,Gökşin, E., Durukan, T.,(1996). *Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi*, Ankara: Güneş Kitabevi

Kılıç, C., (1998). *Türkiye ruh sağlığı profili: erişkin nüfusta hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları*. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları

Kocabaşoğlu, N., (2002). Panik bozukluğu, agorafobi ve diğer komorbid durumlar. *Yeni Symposium*, 40 (2): 68–75

Kornstein, SG., (2001). Depression in women across the life span. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62:11-17

Lensi, P. Cassano, GB., Correddu, S., Kunovac, JL., Akiskal, HS.,(1996) Obsessive-compulsive disorder familial-development history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *The British Journal of J Psychiatry*; 169:101–107

Lenane, MC., Swedo, SE., Leonard, H., (1990) Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *American Academy of Child-Adolescent Psychiatry*; 29:407–412

Lewis, BI (1954) Chronic hyperventilation syndrome. *Jama*,155:1204–1208

Lurie, S., Richard, B., (1990) The premenstrual syndrome. *Obstetrical and Gynecological Survey*; 45(4):220–228).

Logue, CM., Moos, RH.,(1986). Perimenstrual symptoms: prevalence and risk factors. *Psychosomatic Medicine*; 48;388–414

Marvann, L., Escobedo, C., (1999) Premenstrual symptomatology: role prior knowledge about premenstrual syndrome. *Psychosomatic Medicine*;61:163-167

Master, J.; Cormie, K.; Pitts, M., (1997) Menstrual and premenstrual experiences of women in a developing country. *Health Care for Women International*; 18(6):533–541

Merikangas, KR., Foeldenyi M., Angst, J. (1993). XIX: Patterns of menstrual disturbances in the community: results of the zurich cohort study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 243;23–32

Mowrer, OH., (1960) Learning theory and behaviours, New York: Wiley

Müderris, İ., Gönül, S., Sofuoğlu, S., (1999) Genç kadınlarda premenstrüel disforik bozukluk prevalansı. *Klinik Psikiyatri*; 2:197–201

Myers, J.K., Weissmann, MM., Tischler, GL., (1984) Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980–1982. *Archives of General Psychiatry*, 41; 949–958

Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., (2000). A family study of obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*; 57;358–363

Nemiah, JC., (1977) Alexithymia: theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 28;199-206

Otto, MW, Gould, RA., Pollack, MH.,(1994) Cognitive-behavioral treatment of panic disorder: considerations for the treatment of patients over the long term. *Psychiatric Ann*;24:307-315

Özkan, S., (1993) *Psikiyatrik tıp: konsültasyon-liyezyon psikiyatrisi*, İstanbul:Roche

Öztürk, O., (2004). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*, Ankara: Nobel Tıp Kitapevi

Öztürk O. (1994). *Obsesif-kompulsif bozukluk, ruh sağlığı ve hastalıkları*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği

Pauls, DL., Alsobrook, JP., Goodman, W.,(1995). A family study of obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*,152; 76–84

Pearlstein, TB., Stone, AB.,(1998). Premenstrual syndrome .*The Psychiatric Clinics of North America* 2;21–23

Polat, A. (2001) *İki uçlu duygudurum bozukluğu olan kadınlarda premenstrüel sendromun değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Rasmussen SA ve Eisen JL. (1993) Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *Clinical Psychiatry* ; 54:372-379

Roullion, F., (1997). Epidemiology of panic disorder. *Human Psychofarmacology*;12:7-12

Rescorla, RA., (1988). Pavlovian conditioning; It's not what you think it is. *Am Psychologist*,3; 151–160

Robins, LH., Helzer, JE., Weissman, MM., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, JD., (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*;41.949–58

Robins, LH.; Regier, DA., (1991). The epidemiologic catchment area study. *Psychiatric Disorder in America*;174–181

Salkovskis, PM., Kirk, J.,(1997). Obsessive compulsive disorder. D Clark (Ed.). *Science and practice of cognitive-behaviour therapy*. 179-208,Oxford: Oxford University Press

Sanders D., Warner P., Backström T., Bancroft J. (1983) Mood, sexuality, hormones and the menstrual cycle I. changes in mood and psychical state. *Psychosomatic Medicine*. 45;487-501

Sherry S, Notman, MT:, Nadelson CC., Kanter F., Salt, P.,(1988) Anxiety, depression and mensrual symptoms among freshman medical students. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49; 490-493

Segui, J., Marguez, M., Canet, J., (1999). Differential clinical features of early-onset panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 54;109–117

Segui, J., Marguez, M., Canet J.,(2000) Differential Clinical Features of Late-onset Panic Disorder. *J Affect Disord*, 57; 115–119

Sheikh, JI., Leskin, GA., Klein, DE., (2002). Gender differences in panic disorder: findings from the national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry*; 159: 55–58

Shear, MK., Cooper, AM., Klearman, GL., Busch, FN., Shapiro, T., (1993). A psychodynamic model of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*; 150:859–866

Siegel, JP, Meyers SB, Dineen MK (1986). Comparison of depressed and non-depressed women with severe premenstrual tension syndrome. *Psychother Psychosom*, 45; 113–117

Sferaff, L.; Glass, Rh.; Kase, NG. (1994). Clinical gynecologic endocrinology and infertility. *Menstrual Disorders*, 15; 515–530.

Silva, CM., Gigante, DP., Carret, ML., Fasa, AG., (2006). Population study of premenstrual syndrome . *Rv Saude Publica*; 40(1) :47-56

Solyom, L. Dinicola, VF., Phil, M.,(1985). Is there an obsessive psychosis? etiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive compulsive neurosis. *Journal of Psychiatry*, 30, 372–380

Steiner, M.,(1992) Female-specific mood disorders. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 35; 599-611

Sungur, ZM.,(1990). *Fobik hastalarda iki değişik biçimde uygulanan yüzleştirme tedavisinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

Sungur, ZM., (2004). Obsesif kompulsif bozukluğun bilişsel davranışçı tedavisi, R. Tükel, T Alkın (Eds.) *Anksiyete Bozuklukları Tedavisi*, 170–188,Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.

Stout, AL., Steege, JF., (1985). Psychological assesment of women seeking treatment for premenstrual syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*;29.621–629

Steketee, GS.,(1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*, New York: The Guilford Pres

Smoller, JW., Tsuang, MT.,(1999) . Panic and phobic anxiety: defining phenotypes for genetic studies. *American Journal of Psychiatry*;155:1152–1162

Tadai, T., Nakamura, M., Okazaki, S., (1995) The prevalance of obsessive compulsive disorder in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 49; 39–41

Topçuoğlu, V.; Aksoy,A.; Cömert, B.,(2003). Obsesif kompulsif bozuklukta beyin görüntüleme çalışmaları. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*;13.151–160

Tural, Ü., Fidaner, H., Aklın, T.,Bandelow, B.(2000) Panik ve agorafobi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1),29-39

Türkiye TBMM kadın statüsü araştırma komisyonu raporu (1998). Kadın Sağlığı, Ankara: Takav Matbaacılık

Tükel, R.; Demet, M.; Topçuoğlu, V.(2006), Obsesif-kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. R. Tükel, T. Alkın (Eds.), *Anksiyete Bozuklukları*,145–151, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları,

Tükel, R., (1997) Panik bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*; 1; 12–17

Tükel, R., (2002). Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*; 3,5–13

Ulusoy M. (1993) *Beck anksiyete envanteri: geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

Ünver, M.,(1996). *Kadın hastalıkları*. Ankara: Palme Yayınevi

Veening, AT. ve ark.( 1994). The relationship between late luteal phase dysphoric disorder and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*; 8;207–215

Veri,A.ve ark. (1997). Premenstrual dsyphoric disorder and eating disorders. *Cephalalgia*,17; 25-28.

Weissman, MM., Bland, RC., Canino, GJ. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*; 55(3):5–10



Weissman, MM., Bland, RC., Canino, GJ., Greenwald, S., Hwu, HG., Lee, CK. (1997). The cross national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*; 54; 305–309

Woods, N.; Most, A.; Dery, GK.; (1982) Prevalence of perimenstrual symptoms. *American Journal of Public Health*;72;1257–1264

Yonkers, KA., (1997). Antidepressants in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Clinical Psychiatry*, 58; 4–10

Yonkers, KA., White, K. (1992) Premenstrual exacerbation of depression: One process or two? *Journal of Clinical Psychiatry*, 53:289-292.

Yücel, B., (1993). *Premenstrüel sendromda anksiyete, depresyon; benlik saygısı ve hormon ölçümlerinin karşılaştırılması*. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

## **EKLER**

**EK I : BİREYSEL BİLGİ FORMU**

**EK II : BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

**EK III: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ**

**EK IV : YALE-BROWN OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK ÖLÇEĞİ**

**EK V : PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ**

**EK VI: SORUN ŞİDDETİ GÜNLÜK KAYIT ÇİZELGESİ**

**EK I**  
**BİREYSEL BİLGİ FORMU**

**Hasta adı soyadı:**

**Hasta no:** \_ \_ \_

**Telefon:**

**Yaşı:** \_ \_

**Eğitimi (yıl olarak):** \_ \_

**Eğitimi:**

1. İlk                      2. Orta                      3. Lise                      4. Yüksek

**Medeni durumu:** \_

1. Bekar              2. Evli              3. Boşanmış/ayrı              4. Dul              5. Başka

**Tanı:** \_                      1. OKB                      2. Panik Bozukluk(A+, A-)                      3. Kontrol

**Hastalık başlama yaşı:** \_ \_

**Menstrüel öykü:**

Menarj yaşı: \_ \_

Adet düzeni: \_ \_ gün

Adet kanaması süresi ortalama: \_ \_ gün

Gebelik sayısı: \_ \_      Düşük sayısı: \_ \_      Doğum sayısı: \_ \_      Kürtaj sayısı: \_ \_

İlk gebe kaldığı yaşı: \_ \_

**Kontrasepsiyon şekli (tanımla):** \_

1. kondom
2. takvim
3. spiral (RİA)
4. geri çekilme
5. başka (tanımla)

**İlk görüşmede adet dönemi (tahmini):** \_ \_

1. Folliküler      2. Luteal              3. Adet öncesi              4. Kanama var

1. ay DRSP puanı: \_ \_

1. BECK-D: \_ \_ \_

1. BECK-A: \_ \_ \_

2. ay DRSP puanı: \_ \_

2. BECK-D: \_ \_ \_

2. BECK-A: \_ \_ \_

**Yale Brown OKB ölçeği skoru:**

**Panik Agorafobi ölçeği skoru:**

**Randevu dışı görüşme tarihi:** \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Görüşme nedeni:  
BECK-D puanı: \_\_  
BECK-A PUANI: \_\_  
Adetin hangi dönemi:

## EK II

### BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. SADECE 1 SEÇENEK İŞARETLEYİNİZ. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

**A.0.** Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

**B.0.** Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

**C.0.** Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

**D.0.** Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

**E.0.** Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
  3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- F.0.** Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
  2. Kendime çok kızıyorum.
  3. Kendimden nefret ediyorum.
- G.0.** Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
  2. Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
  3. Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- H.0.** Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
  2. Kendimi öldürmek isterdim.
  3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- I.0.** her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
  2. Çoğu zaman ağlıyorum.
  3. Eskiden ağlayabilirdim, şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- J.0.** Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
  2. Şimdi hep sinirliyim.
  3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- K.0.** Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
  2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
  3. Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.
- L.0.** Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

3. Artık hiç karar veremiyorum.

**M.0** Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2. Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.

3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

**N.0** Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.

2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3. Hiçbir şey yapamıyorum.

**O.0.** Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2. Her zamankinden 1–2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

**P.0.** Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2. Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.

3. Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

**R.0.** İştahım her zamanki gibi .

1. İştahım eskisi kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.

3. Artık hiç iştahım yok.

**S.0.** Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.

2. Dört kilodan fazla kilo verdim.

3. Altı kilodan fazla kilo verdim.

Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum.

Evet ( )

Hayır ( )

**T.0** Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1.Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.

2.Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

**U.0.** Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.

2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

3. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

**V.0.**Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

1.Cezalandırılabileceğimi seziyorum.

2.Cezalandırılmayı bekliyorum.

3.Cezalandırıldığımı hissediyorum.



### EK III

### BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatli okuyunuz. Daha sonra her maddedeki belirtinin bugün dâhil son 1 haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki uygun rakama işaret koyarak belirleyiniz.

**Sizi ne kadar rahatsız etti?** 0(hiç) 1(hafif derecede) 2(orta derecede) 3(ciddi derecede)

- 1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma 0 1 2 3
- 2.Sıcak ateş basmaları 0 1 2 3
- 3.Bacaklarda halsizlik,titreme 0 1 2 3
- 4.Gevşeyememe 0 1 2 3
- 5.Çok kötü şeyler olacak korkusu 0 1 2 3
- 6.Baş dönmesi veya sersemlik 0 1 2 3
- 7.Kalp çarpıntısı 0 1 2 3
- 8.Dengeyi kaybetme duygusu 0 1 2 3
- 9.Dehşete kapılma 1 2 3 4
- 10.Sinirlilik 1 2 3 4
- 11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu 1 2 3 4
- 12.Ellerde titreme 0 1 2 3
- 13.Titreklilik 0 1 2 3
- 14.Kontrolü kaybetme korkusu 0 1 2 3
- 15.Nefes almada güçlük 0 1 2 3
- 16.Ölüm korkusu 0 1 2 3
- 17.Korkuya kapılma 0 1 2 3
- 18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi 0 1 2 3

**19.**Baygınlık 0 1 2 3

**20.**Yüzün kızarması 0 1 2 3

**21.**Terleme(sıcağa bağlı olmayan) 0 1 2 3

## EK V

### YALE-BROWN OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK ÖLÇEĞİ

	0 (yok)	1(Hafif)	2(orta)	3(ciddi)	4(ileri)
1.Obsesyonlarla geçen zaman	:0	1	2	3	4
2.Obsesyonlardan etkilenme	:0	1	2	3	4
3.Obsesyonlardan rahatsız olma	:0	1	2	3	4
4.Obsesyonlara karşı direnme	:0	1	2	3	4
5.Obsesyonların kontrolü	:0	1	2	3	4
6.Kompulsiyonlarla geçen zaman	:0	1	2	3	4
7.Kompulsiyonlardan etkilenme	:0	1	2	3	4
8.Kompulsiyonlardan rahatsız olma	:0	1	2	3	4
9.Kompulsiyonlara karşı direnme	:0	1	2	3	4
10. Kompulsiyonların kontrolü	:0	1	2	3	4
11.Obsesyon ve kompulsiyonları hakkında hastanın içgörüsü	:0	1	2	3	4
12. Kaçınma	:0	1	2	3	4
13. Kararsızlık	:0	1	2	3	4
14. Patolojik sorumluluk	:0	1	2	3	4
15. Yavaşlama	:0	1	2	3	4
16 Patolojik kuşku	:0	1	2	3	4
17. Global ciddiyet	:0	1	2	3	4
18. Global düzelme	:0	1	2	3	4

## EK VI

### PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ

Bu anket panik atakları ve agorafobiden yakınan kişiler için hazırlanmıştır. Geçtiğimiz hafta içindeki belirtilerinizin şiddetini puanlayınız.

Panik atakları aşağıdaki belirtilerin eşlik ettiği bunaltı nöbetleri olarak tanımlanmaktadır.

- Çarpıntılar veya kalp atımlarının güçlü olması veya hızlanması
- Terleme
- Titreme, sarsılma
- Ağız kuruluğu
- Nefes almada güçlük
- Boğulma duygusu
- Göğüste ağrı, sıkışma hissi
- Bulantı ya da karın bölgesinde rahatsızlık hissi
- Baş dönmesi, düşecek gibi olma, baygınlık ya da başta sersemlik hissi
- Nesnelerin gerçek dışı olduğu veya benliğin yabancılaşması ya da "tam olarak burada değilim" duyguları
- Denetim kaybı "delirme" ya da bayıla korkusu
- Ölüm korkusu
- Ateş basması ya da ürperme
- Uyuşma ya da karıncalanma duyguları

Panik atakları aniden başlar ve şiddeti on dakika içinde artar.

A.1. Ne sıklıkta panik atağı geçirdiniz?

0. Geçen hafta hiç panik atağı olmadı

1. Geçen hafta içinde 1 panik atağı oldu

2. Geçen hafta içinde 2-3 panik atağı oldu
  3. Geçen hafta içinde 4-6 panik atağı oldu
  4. Geçen hafta içinde 6 dan fazla panik atağı oldu
- A.2. Geçen hafta içindeki panik ataklarınız ne şiddetteydi?

- 0.Panik atağı olmadı
- 1.Ataklar çok az şiddetteydi
- 2.Ataklar orta şiddetteydi
- 3.Ataklar epeyce şiddetliydi
- 4.Ataklar çok şiddetliydi

A.3. Panik atakların her biri genellikle ne kadar sürüyordu?

0. Panik atağı olmadı
- 1.1-10 dakika kadar sürdü
2. 10 dakikadan çok 1 saatten az sürdü
3. 1 saatten çok 2 saatten az sürdü
- 4.2 saatten daha uzun sürdü

B.1. Geçtiğimiz hafta panik atağı geçireceğiniz veya rahatsız olacağınızdan korkmanız nedeniyle belirli durumlardan kaçındınız mı?

- 0.Kaçınma yok
- 1.Oldukça nadir kaçındım
2. Bazen kaçındım
- 3.Sık sık kaçındım
4. Her zaman kaçındım

B.2.Lütfen kaçındığınız durumları ya da birisi yanınızda değilken panik atağı geçirdiğiniz veya rahatsız olduğunuz durumları işaretleyiniz

- |                       |                                    |
|-----------------------|------------------------------------|
| 01.Uçaklar            | 09. Parti ya da sosyal toplantılar |
| 02.Metro              | 10.Kalabalıklar                    |
| 03.Otobüsler, trenler | 11. Lokantalar                     |
| 04. Gemiler           | 12.Müzeler                         |

- |                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| 05.Tiyatrolar, sinemalar | 13.Asansörler                    |
| 06.Kuyrukta beklemek     | 14.Kapalı yerler                 |
| 07.Konser salonları      | 15.Sınıflar, konferans salonları |
| 08.Süpermarketler        | 16.Otomobile binmek veya sürmek  |

- |                                 |                           |
|---------------------------------|---------------------------|
| 17.Geniş salonlar               | 21.Köprülerden geçmek     |
| 18.Sokakta yürümek              | 22.Evden uzaklara gitmek  |
| 19. Tarlalar, caddeler, avlular | 23.Evde tek başına kalmak |
| 20.Yüksek yerler                |                           |

Diğer durumlar.....

B.3. Kaçındığınız bu durumlar sizce ne kadar önemliydi?

- 0.Önemli değil
- 1.Çok az önemli
- 2.Orta derecede önemli
- 3.Epeyce önemli
- 4.Çok önemli

C.1. Geçen hafta içinde panik atağı geçirmekten korkunuz oldu mu?

- 0. Hiçbir zaman olmadı
- 1.Oldukça nadiren korktum
- 2. Bazen korktum
- 3.Sık sık korktum
- 4.Her zaman korktum

C.2. Bu korkudan korkmak ne kadar şiddetliydi

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3. Epeyce

4. Çok şiddetli

D.1. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobinin aile ilişkilerinizde kısıtlanmaya ya da bozulmaya yol açtı mı?

0. Bozulma yok

1. Çok az bozulma oldu

2. Orta derecede oldu

3. Epeyce oldu

4. Çok şiddetli bozulma oldu

D.2. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobinizin iş veya evdeki sorumluluklarınızın yerine getirmenizde kısıtlanma ya da bozulma oldu mu?

0. Bozulma yok

1. Çok az bozulma oldu

2. Orta derecede oldu

3. Epeyce oldu

4. Çok şiddetli bozulma oldu

D.3. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobinizin toplumsal yaşamınız veya boş zamanlarınızı değerlendirmenizde kısıtlanma ya da bozulma oldu mu?

0. Bozulma yok

1. Çok az bozulma oldu

2. Orta derecede oldu

3. Epeyce oldu

4. Çok şiddetli bozulma oldu

E.1. Geçen hafta içinde bunaltı belirtilerinizden dolayı zarar göreceğiniz endişesini yaşadınız mı?

0. Yok

1. Çok az bozulma oldu

2. Orta derecede oldu

3. Epeyce oldu

4.Çok şiddetli oldu

E.2. Doktorunuz sizin çarpıntı, baş dönmesi, karıncalanma, nefes tıkanması gibi belirtilerinizin ruhsal nedenli olduğunu söylediğinde onun yanlış düşündüğüne inandığımız olur mu? Gerçek nedeninin henüz adı konmamış bedensel bir durum olduğunu düşünür müsünüz?

0. Hiçbir zaman

1.Oldukça nadir

2. Bazen

3. Sık sık

4. Her zaman



**EK VI**  
**SORUN ŞİDDETİ GÜNLÜK KAYIT ÇİZELGESİ (KISA FORM)**

Hasta adı soyadı:

Hasta numarası:

Başlama tarihi: --/--/----

Her akşam aşağıda sıralanan sorunların şiddetini işaretleyiniz. Sorunun şiddetini derecesine göre yuvarlak içine alınız:

	1. Hiç yok							2. Çok hafif (minimal)							3. Hafif							4. Orta							5. Şiddetli							6. Çok şiddetli						
Doğru günün altını işaretleyiniz**	Pzt.	Salı	Çar	Per	Cuma	Cmt	Pazar	Pzt.	Salı	Çar	Per	Cuma	Cmt	Pazar	Pzt.	Salı	Çar	Per	Cuma	Cmt	Pazar	Pzt.	Salı	Çar	Per	Cuma	Cmt	Pazar	Pzt.	Salı	Çar	Per	Cuma	Cmt	Pazar	Pzt.	Salı	Çar	Per	Cuma	Cmt	Pazar
Günün altına tarihi yazınız: Lekelenme ya da adet kanamasını L ya da A ile kaydedin.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1. Kendimi üzgün, çökkün, hüzünlü ya da umutsuz ya da değersiz ya da suçluymuşum gibi hissettim.	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
2. Kendimi sıkıntılı, endişeli ya da gergin hissettim.	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
3. Duyularımda ani değişiklikler (yani aniden üzüntülü ve ağlamaklı) oldu ya da reddedilmeye çok duyarlıydım, çok kolay incindim.	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
4. Kendimi sinirli ya da kızgın hissettim.	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
5. Olağan etkinliklerime (yani iş, okul, arkadaşlar, hobilerim, ev işleri) karşı ilgilim azaldı.	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
6. Dikkatimi toplamada güçlük çektim.	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
7. Kendimi halsiz, yorgun ya da enerjisiz hissettim.	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
8. İştahım açıldı ya da bugün çok yedim; ya da özellikle bazı yiyeceklere aşerdim.	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
9. Daha çok uyudum, gün içinde uyukladım, sabah uyanmakta zorluk çektim; ya da uykuya dalmakta güçlük çektim; gece sık uyandım.	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
10. Herşey üzerine geliyor gibi geldi, başa çıkamayacakmış gibi hissettim; ya da kontrolden çıkıyormuş hissettim.	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
11. Memelerimde hassasiyet ve şişme oldu, kendimi şişmiş hissettim, kilo aldım, baş-eklem- kas ağrısı veya başka bedensel yakınmalarım oldu.	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
Evde, işte okulda ya da günlük yaşamımda yukarıdaki sorunlardan en az biri üretkenliğimi azalttı veya verimsiz leştim.	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
Yukarıdaki sorunlardan en az biri hobilerim ya da sosyal yaşamdan kaçmama ya da daha az katılmama neden oldu.	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
Yukarıdaki sorunlardan biri başka insanlarla ilişkilerimi olumsuz (kötü) yönde etkiledi.	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6