

T.C. ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSIKİYATRİ ANABİLİM DALI

**PREMENSTRUAL SENDROMUN PSIKİYATRİK
ÖZELLİKLERİNİN MMPI İLE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Nesrin DİLBAZ /
Uzmanlık Tezi

ESKİŞEHİR - 1991

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	5
PMS'UN TARİHÇESİ VE TANIMI	5
EPİDEMİYOLOJİ	6
İnsidans	9
Risk Faktörleri	10
ETYOLOJİ	11
Organik Faktörler	11
Psikososyal Faktörler	15
KLİNİK ÖZELLİKLER	17
PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARLA İLİŞKİSİ	19
TANI	21
GEREÇ VE YÖNTEM	23
DENEKLER	23
VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	24
İŞLEM	28
BULGULAR	30
TARTIŞMA	48
SONUÇLAR	55
ÖZET	56
KAYNAKLAR	57
EKLER	67

ÖNSÖZ

Çevresel nedenler fiziksel veya ruhsal hastalık oluşmasına yol açabilir; ruh, bedenın uzak bölgelerinde organik bozukluklar oluşumunu etkiler; hastalık bunaltı doğururken bunaltı da hastalık doğurur... Bunlar yeni buluşlar olmayıp tıbbın başlangıcı kadar eskidirler. (T.N.A. Jeffcoate, 1962)

Premenstrual semptomlar kavramı son yıllarda "Premenstrual Sendrom" olarak adlandırılmış olup, yıllardan beri bilinmesine karşın son yıllarda bilimsel alanda dikkat çekici bir konu olmuştur. Etyolojisi, epidemiyolojisi, tanı kriterleri, optimal değerlendirme teknikleri ve etkin tedavisi konusunda henüz tam bir fikir birliği mevcut değildir.

Premenstrual Sendrom (PMS) oluşmasında biyolojik olduğu kadar ruhsal, kültürel ve sosyal faktörlerinde önemli olduğundan yola çıkarak, PMS tanısı alan kadınların ruhsal belirtilerini ve onları bu hastalığa yatkın kılan kişilik örüntülerini incelemek amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Ülkemizde ruh sağlığı alanında, PMS konusunda yok denecek sayıda az çalışma oluşu nedeniyle eğer bu çalışma ile bundan sonra PMS ile ilintili araştırmalara ışık tutabileceksek ne mutlu.

Tez konuyla ilgili çalışmalarımda ilgi ve desteğini esirgemeyen, sayın Hocam Prof. Dr. Durmuş TEKİN'e ve Doç. Dr. Hüsnü ERKMEN'e, Yrd. Doç. Dr. Gülten SEBER'e, MMPI değerlendirmeleri konusunda büyük yardımlarını gördüğüm Uzm. Psikolog Güner SATILMIŞ'a, olguları temin etmemde katkıları olan Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Ana Bilim Dalında'ki tüm meslektaşlarıma, istatistiksel değerlendirmeleri gerçekleştiren Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik bölümüne ve araştırmaya katılarak özveri ve içtenlikle bilgi veren kişilere içten teşekkürlerimi sunarım.

GİRİŞ VE AMAÇ

Son yıllarda menstrual siklus ile ilintili olarak bazı kadınlarda gelişen mizaç, davranış, kognitif ve somatik fonksiyonlardaki dramatik değişiklikler bilim adamlarının ilgisini çekmektedir. Menstruasyona bağlı çeşitli semptomlardan yakınan kadınların tedavisi amacıyla özel kliniklerin kurulmasının önemine paralel olarak "Premenstrual sendrom (PMS)" deyiminin kullanımı da artış göstermektedir.

Menstruasyon öncesi dönemde kadının huzursuz, gergin veya deprese oluşu ile birlikte sıklıkla kişiler arası ilişkilerinde de geçici bozulma olduğu bilinmektedir. Günümüzde toplum içinde kadının artan rolü ile PMS'un işe gelmeme ve iş etkinliğini azaltma üzerindeki etkisi sosyal bilimcilerin dikkatini çekmektedir.

Bugün premenstrual bozukluklar ile ilintili çeşitli tartışmalı çalışmalar mevcuttur. Bir yanda bu durumların "hayali değil gerçek" olduğunu vurgulayan ve kendi tedavi yöntemlerini pazarlayan farklı disiplinlere ait klinisyenler varken; diğer yanda böyle ayrı bir bozukluğun varlığını şüphe ile karşılayan, kusurlu araştırma yöntemlerinin ve kadınlara karşı oluşan olumsuz sosyal tutumların bu tür bulguları oluşturmada önemli rol oynadığını öne süren araştırmacılar da mevcuttur. Bir başka grup ise bazı kadınlarda menstruasyon öncesi belirgin problemlerin varlığını kabullenmesine karşın zihin-beden yaklaşımını ikiye ayırarak "psikiyatrik"

nedenlere göre "organik" nedenlere daha fazla önem vermektedir. Ayrıca, duygusal ve davranışsal değişikliklerin predominant klinik özellikler olduğunu belirtmelerine rağmen, PMS için psikiyatrik bir tanı koymanın kadına karşı olan ayrıcalığı da arttıracığını vurgulamaktadırlar(1).

PMS ile entellektüel bozulma arasındaki bağlantı tam olarak ortaya çıkarılmamış olsa da premenstrual dönemde kadınlarda psikiyatrik nedenle hastahaneye yatışta, kazalarda ve intihar girişimlerinde artış olduğu gösterilmiştir(2,3,4,5).

Birçok kadında menstruasyon bağlı olarak yakınmaların klinik yardım isteyecek şiddette oluşu ve mizaç bozukluklarının öne çıkışı nedeniyle PMS ruh sağlığı alanında önem kazanmıştır. Bir çok ruh sağlığı uzmanı henüz bu sendromu tanıma ve tedavi etme konusunda bilgilendirilmemiştir. Bugüne dek bu nedenle birçok hasta ya tedavi edilmemiş; ya da sanki fiziksel bir problemi (ör:dismenore) veya diğer bir psikiyatrik hastalığı (ör:distimi, major depresyon, kişilik bozukluğu) varmış gibi yanlış tanı alıp, yanlış tedavi uygulanmıştır. PMS ile ilintili bozukluklar üzerinde çalışma yapan birçok araştırmacı, mizaç bozukluğu egemen olan PMS olgularının yalnızca fiziksel belirtileri olanlardan ve menstruasyon öncesi alevlenme gösteren kronik mental hastalıklardan ayıracak tanı kriterlerine acilen gereksinim olduğu konusunda hemfikirdirler(6). Bu amaçla PMS, DSM-III-R sınıflamasında "Daha ileri çalışmalar gerektiren önerilmiş tanı kategorileri "alt grubu kapsamında "Geç luteal faz Disforik Bozukluğu" (Late Luteal Phase Dysphoric Disorder = LLPDD) başlığı altında tanımlanmış ve tanı kriterleri belirlenmiştir(7).

PMS, her ne kadar menstruasyon öncesi düzenli ve tekrarlayıcı şekilde başlayan ve menstruasyonun başlangıcı ile gerileyen mizaç ve fiziksel semptomlar kümesini açıklamak için kullanılıyor olsa da

henüz kesin bir tanımı yoktur(6,8,9). Psikiyatrist, diğer ruh sağlığı ve kadın doğum uzmanları tarafından sendromun tanımlanması ve ayırıcı tanısı(10,11,12,13), psikolojik ve hormonal süreçlerin etkileşimleri(14,15,16,17,18,19,20,21,22,23) etyolojisine ait teoriler(4,24,25,26,27,28,8) ve tedavisini içeren(1,29,30,31,32,33, 24,34,35,36,37,38) birçok çalışmalar yapılmıştır.

Ağır premenstrual semptomları olan kadınlarda endokrin bozukluklar gibi biyolojik anormallikler etyolojide henüz kesinlik kazanmadığına göre PMS yalnızca siklusun kendisinin bir bozukluğu olmayıp onunla ilintili bir bozuklukta olabilir. Bu nedenle etyolojiye yönelik çalışmalar yapılırken psikolojik ve sosyal faktörlerde mutlaka incelenmelidir. PMS ile kişilik ve diğer psikolojik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi bu konunun daha iyi anlaşılması yönünden gereklidir.

Yurt dışında PMS'un klinik tanımlanmasına, patofizyolojisinin açıklanmasına, ruhsal ve sosyal faktörlerle ilişkisine ait çok çeşitli çalışmalar yapılmış olmasına karşın ülkemizde bu konuda -özellikle ruh sağlığı alanında- yapılan çalışmaların sayısı çok sınırlıdır.

PMS'un oluşmasında biyolojik olduğu kadar ruhsal, kültürel ve sosyal faktörler de önemli olduğuna göre bizlerde bu çalışma ile ülkemizde PMS tanısı alan kadınların psikolojik özelliklerini incelemeyi ve bu kadınlarda menstruasyonlarının luteal döneminde oluşan ruhsal belirtilerin düzeyindeki değişiklikleri göstermeyi amaçladık.

Üzerinde durduğumuz bir başka nokta ise PMS olan kadınların temelde onları bu hastalığa yatkın kılan özgün bir kişilik örüntüleri olup olmadığını göstermekti.

Ayrıca DSM-III-R tanı kriterlerine göre LLPDD(PMS) tanısı alan hastaların luteal fazda oluşan belirtilerindeki alevlenmeyi kontrol

grubununki ile karşılaştırdık. Burada amacımız normalde oluşan hafif değişikliklerle PMS da görülen yoğun belirtiler arasında ki farklılıkları ortaya koymaktı.

Çalışmamızla ilgili varsayımlarımız şunlardır:

- 1.PMS tanısı alan kadınların normallere göre farklı, onları bu hastalığa yatkın kılan kişilik örüntüleri mevcuttur.
- 2.PMS'da menstruasyon öncesi dönemde oluşan belirtilerde normal gruba göre daha yoğun bir artış meydana gelir.
- 3.PMS'lu hastaların incelenmesinde Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)'in da önemli bir yeri olması beklenir.
- 4.PMS'un etyolojisinde psikolojik faktörler önemlidir.

GENEL BİLGİLER

PMS'UN TARİHÇESİ VE TANIMI

Menstrual siklus ve affektif bozukluklar arasındaki ilişki ilk kez Hipokrat tarafından gözlemlenmiş olmasına karşın, PMS kavramı 1931'de Frank tarafından hazırlanan "Premenstrual Gerilimin Hormanal Nedenleri" adlı yazıda ortaya atılmıştır(39).

Frank'den sonra özellikle Amerika'da daha sık olmak üzere PMS için "Premenstrual Gerilim" veya "Premenstrual Gerilim Sendromu" deyimini kullanılmış olup, PMS kavramı ancak 1970'lerde hem Avrupa hem de Amerika'da yaygın kullanım alanı bulmuştur.

1931'den bu yana birçok araştırmacı PMS konusunda çalışmalar yaparken çeşitli tariflemeler vermiştir.

1963'de Coppen ve Kessel(40) ve Moos(41) premenstrual döneme özgü belirtileri tanımlarken, 1979'da Taylor(42), 1968'de Casper(43) ve 1981'de Reid(4) ise PMS da ki belirtilerin sıklık özelliği üzerinde durmuştur.

1983'de Amerikan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü ise PMS'un tüm özelliklerini göz önüne alarak daha geniş bir tanımlama ortaya koymuştur. Buna göre birbirini takip eden iki ay içinde intermenstrual döneme (siklusun 5-10 günü) göre premenstrual dönemde (menstruasyondan 6 gün önce) semptom şiddetinin en az %30 arttığı hallerde PMS tanısı konulabileceği belirtilmiştir(44). Bu tarife uygun olarak PMS diyebilmek için semptomların mutlaka

menstrual siklus ile ilintili siklik komponentinin bulunması, tekrarlayıcı olması ve semptomlardan arınmış veya semptomların belirgin bir düzelme gösterdiği folliküler döneme rastlayan bir aranın olması;bunu da menstruasyon öncesi semptomların kötüleşmesinin takip etmesi gerekmektedir(45).

Tüm bu tanım karmaşasına karşın yazarların hem fikir oldukları konu PMS'un kesin bir tanımı yapılmadan anlamlı bir araştırma yapılamayacağıdır. Her ne kadar premenstrual özelliklerin değişkenliği biliniyor olsa da araştırmacılar sıklıkla premenstrual değişikliklerin farklı boyutlarını birleştiren tek bir PMS tanımı kullanmayı yeğlemişlerdir.

Bu amaçla tanımı için gelişimsel kriterlerin temelinde sendrom Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından "Geç Luteal faz Disforik Bozukluk" (LLPDD) olarak adlandırılıp psikiyatrik bir hastalık olup olmadığı tartışması daha ileri çalışmalarla çözümlenene dek sendromun "Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistik El Kitabının üçüncü basımının revizyonunun" (DSM-III-R) ekine konulmasına karar verilmiştir(6). DSM-III-R'da LLPDD, başka bir psikiyatrik tanı ölçütlerini karşılamayan, menstruasyondan bir hafta önce başlayan ve menstruasyonun başlamasından çok kısa bir süre sonra biten döngüsel özellikleri olan fiziksel ve psikolojik belirtiler olarak tanımlanmıştır(7).

EPİDEMİYOLOJİ

Premenstrual semptomların prevalansına ait bulgular hem çalışılan örneklem grubuna hem de semptomların değerlendirilmesi için kullanılan ölçeğe bağlıdır. Bir çok çalışmada genel üretken-yaş popülasyonunu temsil edebileceği beklenmeyen örneklem grubu kullanılmıştır. Bu grupların oluşmasındaki geniş farklılıklara karşın çalışmaların tümünün sonuçları şaşırtıcı şekilde birbiriyle

uyumludur. Kadınların büyük bir çoğunluğunda bir ölçüde premenstrual değişiklikler oluşurken bu değişikliklerin aşırı şiddette meydana gelişinin %20'den daha az bir oranla sınırlı oluşu gibi bir sonuçla çalışmaların tümünün bulguları birbirine benzemektedir(4,46,47).

Bu konuda birçok genel populasyon çalışması yapılmıştır. Premenstrual semptomların gerçek prevalansını daha iyi yansıtacağı için bu çalışmalar burada tek tek ele alınacaktır. İlk büyük populasyon çalışması 1963'de Coppen ve Kessel(40) tarafından yapılmıştır. İngiltere'nin farklı yerleşim alanlarında görevli 10 pratisyen hekimin hastalarından yaşları 18-45 olan rasgele seçilmiş 500 kadının mektupla menstrual siklusları süresince oluşan semptomları araştırılmıştır. Dört şiddet kategorisi kullanılan bu çalışmada deneklerin %6'sı ağır depresyon, %11'i şiddetli huzursuzluk ve baş ağrısı, %71.8'i ise şişkinlik yakınmaları olduğunu rapor etmiştir.

Moos 1968'de Moos Menstrual Zorluk Soru Formu'(Moos Menstrual Distress Questionnaire = MDQ)nu geliştirmek amacıyla 839 kişilik örneklem grubunda fiziksel (ağrı, otonomik reaksiyon, su tutulumu) ve psikolojik (olumsuz duygulanım, bozulmuş konsantrasyon ve davranışsal değişiklikler) semptomların prevalansını araştırmıştır. Buna göre su tutulumu ve olumsuz duygulanım premenstrual dönemde, ağrı ise menstruasyon döneminde en sık rastlanan semptomlar (%20-40 kadın semptomların şiddetini hafif ve orta, %5-10 kadın ise çok şiddetli olarak tanımlanmıştır). Yine %5-10 kadın otonomik reaksiyonlar, bozulmuş konsantrasyon ve davranışsal değişikliklerle ilgili belirtilerin çok şiddetli olduğunu vurgulamıştır(41).

Halbreich ve Endicott 156 tıbbi personel üzerinde yaptığı

çalışmada en sık rastlanan premenstrual semptomların "meme ağrısı" (%36 hafif, %48 orta ve şiddetli) ve "kilo artışı" (%49 hafif, %48 orta ve şiddetli) olduğunu belirtmişlerdir(48). Ayrıca en az %50 kadının çökkünlük hissi, ağlayacakmış gibi olma, sabırsızlık, huzursuzluk, hoşgörü gösterememe ve endişe gibi psikolojik semptomlar rapor ettiklerini de vurgulamışlardır. Diğer çalışmalara benzer şekilde kadınların yaklaşık %3'ü semptomlarının dayanılamayacak şiddette olduğunu da belirtmişlerdir.

Johnson ve ark. 20 yıllık bir dönem içinde Iowa Hemşirelik Yüksek Okulundan çıkışlı 730 kadında yaptıkları çalışmada Van Keep ve Leher'tin sonuçlarına yakın sonuçlar elde etmişlerdir. Deneklerin %85'i bu tip semptomlarla ilgili olumlu öykü verirken, %75'i çalışma anında da bu semptomların var olduğunu belirtmiştir. Bu grupta tedavi gereksinimi ve çalışma gücünü yaratan şiddetli semptomların yalnızca deneklerin %3.2'de bulunduğu da vurgulanmıştır(47).

Özetle 20 yıllık bir dönem içinde farklı yöntemlerle farklı ülkelerde yapılan bu çalışmaların sonuçları birbirine benzer bulunmuştur. Bu sonuçlar kadınların çoğunun yaşamlarının bazı dönemlerinde premenstrual semptomlardan yakındıklarını, ama yalnızca %10'dan azının bunu çok şiddetli yaşadıklarını yansıtmaktadır(40,41,46,47,48).

Janiger ve ark(49). Türk, Nijerya'lı, Amerika'lı, Kızılderili, Hintli, Yunanlı ve Japon kadınlarını içeren değişik kültürlerde yaptıkları pilot çalışmada her grup kadında huzursuzluk, halsizlik, çökkünlük ve sıvı tutulumu gibi tipik premenstrual değişiklikler olduğunu belirtmişlerdir. Semptomların sıklığı ve şiddeti gruplar arasında değişirken Nijerya'lı ve Türk kadınlarda en fazla, Japon kadınlarda ise en az sıklık bulunduğu vurgulanmıştır. Yazarlar verilerinin premenstrual zorluğun artmış yaşam karmaşası veya rahatlığı ile

ilintili olduğunu belirten hipotezi desteklememesine karşın değişken de olsa semptomların evrenselliğini desteklediği sonucuna varmışlardır.

İnsidans

Birçok araştırmacı PMS'un insidansını, nedenlerini ve etkilerini tanımlamak amacıyla çalışmalar yapmışlardır(4,8,14,17,20,22,23, 24,25,26,27,28,29,40,41,47,48). Klinik manifestasyonların farklı değerlendirilmesi ve semptomların nicelleştirilmesindeki zorluklar nedeniyle PMS hakkındaki epidemiyolojik verileri karşılaştırma çabaları yanlış sonuç vermektedir. Bu çalışmalarda ki farklı sonuçların nedenleri şöyle özetlenebilir:

1. Deneklerin beklentileri ile ilintisi: Menstrual sıklusa ait semptomların araştırıldığını bilen kadınlar yoğun semptom farklılığı belirtirken, amaç gizlendiğinde bu farklılıkta azalma rapor edilmiştir(13,50,51,52).
2. Deneklerin motivasyonu: Premenstrual semptomlardan yakınmaları olan kadınların bu tip çalışmalara katılmaya daha motive oluşu ve verilen soru formlarını genelde onların doldurmaları da bu çalışmaların tarafsızlığını bozmaktadır(50).
3. Ölçeklerin çoğunlukla olumsuz semptomları içermesi: Yalnızca olumsuz önermelerle karşılaşan kişiler beraberinde olumlu önermelerle karşılaşanlara göre daha fazla olumsuz yanıtlar vermektedir.
4. Retrospektif çalışmalara dayanan sonuçlar: Retrospektif raporların kişilerin gerçek deneyimlerinden ziyade tutum ve stereotipilerini yansıtabileceği görüşü hakimdir(40,41,48).
5. Uygun karşılaştırma gruplarının çalışma kapsamına alınmamış olması da problem yaratmaktadır.

Yine de tüm verilere göre genel kanı kadın popülasyonunun %70-90'ının tekrarlayan premenstrual semptomlarla karşı karşıya iken, %20-40'ının bir ölçüde geçici ruhsal ve fiziksel yetersizlikle karşı karşıya olduğudur.

Risk Faktörleri

Risk faktörleri ile ilintili bilgiler, klinisyene bu tip problemi olabilecek kişileri belirlemesi, araştırmacıya ise etyoloji ile ilgili ipuçları sağlayabilir. Bugüne dek araştırılan değişkenlerde henüz risk faktörleri belirlenememiştir.

Yaş:

Birçok çalışma 12-40 yaş arası kadınların premenstrual semptomları olduğunu ve 25-40 yaş arası bu semptomların insidansının ve şiddetinin en yoğun bulunduğu konusunda hemfikir olsa da yaş ile bu semptomların oluşu arasında anlamlı bir ilişki henüz saptanamamıştır(41,46,48).

Parite (Gebelik Sayısı):

Yaş ile gebelik sayısının ilgisi nedeniyle herbirinin tek tek ilişkisini incelemek çok güçtür. Bu konuda yapılan çalışmalar parite ile premenstrual semptomların şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tam olarak ortaya koymaktan uzaktır(41,47,53).

Menstrual Siklus Özellikleri:

Bazı çalışmalar menstruasyonu düzensiz ve uzun süreli olan kadınlarda daha fazla semptom görüldüğünü rapor ederken(41), menstrual siklus düzensizliği ile PMS'un ilintisi olmadığını ortaya koyan çalışmalarda mevcuttur(54).

Sosyodemografik Özellikler:

Sosyodemografik özelliklerle premenstrual semptomlar arasında bir ilişki bulmaya yönelik çalışmalar yapılmışsa da semptomların varlığı ile eğitim, sosyoekonomik durum ve medeni hal arasında henüz kesin ilişki saptanamamıştır(47).

ETYOLOJİ

PMS olarak adlandırılan semptomların patofizyolojisi henüz yeterince bilinmemektedir. Genelde etyoloji konusunda ortaya atılan varsayımlar şunlardır:

Organik Faktörler

1. Seks Steroid Hormonları
2. Sıvı Tutulumu
3. Vitamin Eksikliği
4. Hipoglisemi
5. Endojen Hormon Allerjisi
6. Nörotransmitter Disfonksiyonu
7. Prolaktin
8. Prostaglandinler

Psikososyal Faktörler

1. Durum modeli
2. Sosyal tutum ve beklentiler
3. Stres faktörü
4. Kişilik özellikleri

Organik Faktörler

1. Seks Steroid Hormonları:

İlk kez premenstrual yakınmalardan östrojen fazlalığını itham eden Frank'den sonra ki çalışmaların progesteron eksikliği lehine oluşu araştırmacıların östrojen/progesteron dengesizliği varsayımını

ortaya atmalarına neden olmuştur.

KontROLSUZ yapılan çalışmalarda progesteronu yerine koyma tedavisinin etkili oluşu etyolojide progesteron eksikliğinin önem kazanmasına neden olurken daha sonraki biyokimyasal tetkikli ve çift kör placebo kontrollu çalışmaların bu varsayımı desteklemekten uzak olduğu görülmüştür(18,19,29,32).

Buna karşın progesteronun ajitasyon, anksiyete, insomnia ve sıvı tutulumu üzerindeki kontrol edici farmakolojik özellikleri onun PMS'un etyolojisinde olmasa da tedavideki önemini açıklar niteliktedir(28).

2. Sıvı Tutulumu:

Premenstrual dönemde şişkinlik oluşu kadında su ve tuz tutulumu olduğu düşüncesini gündeme getirmiştir. Ama normal kadında folliküler dönem ile karşılaştırıldığında luteal dönemde vücut tuz ve suyunda farklılık olduğunu destekler bilgiler henüz tatminkar değildir. Birçok yazar subjektif bulgu olan şişkinlikten sıvının dağılımındaki değişikliklerin sorumlu olduğunu öne sürmektedir(8,28).

3. Vitamin Eksikliği:

Anekdotal tedavi bulguları vitamin A, B6 ve E'nin PMS'un patofizyolojisi ile ilintili olduğunu ortaya atmıştır(4,28,8). Esansiyel yağ asitlerinden prostaglandin oluşumunda ve amino asitlerden serotonin ve dopamin sentezinde kofaktör olduğundan dolayı piridoksin özellikle dikkat çekmiştir. Östrojenin hem B6 ile rekabete giren hepatik enzimleri indükleyerek hem de B6'nın dokudaki dağılımı değiştirerek "relatif bir B6 eksikliğine" neden olduğu ve bunun sonucunda da ortaya çıkan huzursuzluk ve depresyon gibi

belirtilerin B6 tedavisi ile düzeltilebileceği öne sürülmüştür. Ama tedavide etkili oluşunun, nedenin o olduğu anlamına gelmediği de ayrıca vurgulanmıştır.

Ayrıca her ne kadar vitamin A'nın da direkt antiöstrojenik, diüretik etkisi ile veya tiroid hiperfonksiyonuna yol açarak PMS'u hafiflettiği belirtilmiş olsa da bu varsayımlar henüz tam kesinlik kazanmamıştır(4).

4. Hipoglisemi:

Yorgunluk, sinirlilik, terleme gibi bazı PMS semptomlarının hipoglisemiye andırması, ve bazı çalışmalarda ovulasyon sonrası glukoz toleransının azaldığının rapor edilmesi PMS ile menstrual hipoglisemi arasında bir ilişki olduğunu düşündürsede bu konuda ileri çalışmalar gerektiği konusunda birçok araştırmacı hemfikirdir(4,28).

5. Endojen Hormon Allerjisi:

Yapılan birçok araştırma sonrası kadında siklik olarak oluşan dermatit ile seks hormonu allerjisi arasında bir bağlantı olduğu fikri kabul görmüştür. Daha sonraları PMS semptomlarından da endojen hormon veya onların metabolitlerine karşı oluşan aşırı duyarlılığın sorumlu olduğu ortaya atılmış olsa da endojen hormon allerjisinin PMS'un patogenezindeki kesin rolünü açıklamak için daha ileri çalışmalar gerekmektedir(4).

6. Nörointermediate Lob Peptidleri:

Endorfin: 1981'de Reid ve Yen(4) PMS'un luteal dönemde oluşan endorfin düzeyindeki değişiklikler sonucu oluştuğu fikrini ortaya atmışlardır. Ayrıca C'huong, Coulam ve ark(20). 1985'de PMS olan ve olmayan kadınların menstruasyon sikluslarının 7. ve 25.

gününde periferik plasma endorfin düzeylerini ölçmüş ve kontrol grubunun luteal dönemde β endorfin düzeylerinde yükselme olurken PMS'lu grupta anlamlı bir düşüş olduğunu rapor etmişlerdir. Choung ve ark. her ne kadar PMS için biyokimyasal bir marker bulduklarını ortaya atmış olsalarda periferik plasma endorfin düzeyleri MSS'deki opiat düzeyini yansıtmadığına göre bu çalışma PMS'un endorfin eksikliğinden kaynaklandığını göstermemektedir. Peptidlerin biyokimyasal özellikleri ve onların davranış, duygu üzerindeki etkileri PMS'un görünüşte dağınık olan parçalarını birbirine yaklaştırır gibi görülsede henüz bu konu tam bir açıklık kazanmamıştır(28,37,39).

α -Melanosit Stimulan Hormon: Reid ve Yen PMS için tüm varsayımları gözden geçirdikten sonra α -melanosit stimulan ve endorfin dengesizliğin dopaminerjik hücre aktivitesini değiştirdiğini ve bu değişikliklerinde PMS'da belirtilen davranış semptomlarının oluşumunda aracı olduğunu ortaya atmışlardır(4,8,28).

Endorfin ve diğer peptidlerin PMS'da ki rolünün kesin olarak gösterilmesini sağlayacak daha ileri araştırmalara gereksinim vardır.

7. Prolaktin (PRL):

İnsanda PRL'nin rolü üzerindeki çalışmalar son yıllarda dopamin agonistlerinin gelişmesi ile daha çok önem kazanmıştır. Birçok araştırmacı(4,39,56,57) PMS'lu hasta grup ile kontrol grubu arasında PRL düzeyi yönünden anlamlı bir farklılık olmadığını belirtirken, Halbreich ve ark(14). ise 1976'da PMS'u olan hastaların menstrual sikluslarının 2-4. haftaları arasında PRL düzeylerinde anlamlı bir artış olduğunu rapor etmiştir. Ama Halbreich ve ark. larının bu çalışmada buldukları PRL düzeylerinin diğer çalışmalarda

rapor edilenlerin 3-4 misli olduğu da dikkat çekicidir. Tüm bunlara karşın PRL'i suprese eden Bromocriptin'in PMS semptomlarının tedavisinde etkili olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiş olsa da bu etkinin Bromocriptin'in dopaminerjik özelliğinden kaynaklandığı öne sürülmüştür(58).

8. Prostaglandinler (PG):

Kadınların üreme sisteminde üretilen PG'lerle ilintili çalışmalar aşırı miktarda lokal $PGF_{2\alpha}$ konsantrasyonunun "fonksiyonel dismenore" oluşturduğunu göstermişlerdir. Fonksiyonel uterus kanamasının artmış endometrial prostasiklinden kaynaklanması birçok araştırmacıda PMS'un da PG'lerle açıklanabileceği fikrini uyandırmıştır(34,39,59). PG'ler birçok dokuda lokal olarak üretildiğine göre birçok araştırmacıya göre PMS semptomları PG'lerin disfonksiyonu olarak değil de bu lokal hormonlar sonucu gelişmektedir.

Psikososyal Faktörler

Multivaryans analizler premenstrual semptomların değişkenliği ile sosyal ve psikolojik değişkenler arasındaki ilişkiyi açığa çıkarmaktadır(60).

1. Durum Modeli: Psikolojik fonksiyonların "durum modeli" PMS semptomlarının dağılımını başarılı bir şekilde entegre eder.

Durum modeline göre PMS fenomenolojisi aşağıdaki durumlar incelenince daha iyi anlaşılır hale gelir(26):

- a. Durum değişikliklerine hassasiyet
- b. Kişilik ölçümlerinde duruma bağlı değişiklikler
- c. Kognitif yetilerde duruma bağlı değişiklikler
- d. Algıda duruma bağlı değişiklikler
- e. Biyolojide duruma bağlı değişiklikler

2. Sosyal Tutum ve Beklentiler: İnançlar, beklentiler, yorumlar ve kadının kendilik algıları nasıl oluyorsa premenstrual olarak oluşan biyolojik değişikliklerin etkisini ayarlıyor veya değiştiriyor düşüncesi biyolojik kavramlarla içiçe olmalıdır. Retrospektif olanlara göre prospektif yapılan çalışmalarda kadınların daha az semptom belirtmeleri, retrospektif raporlarda kadınların bu deneyimi "mutlaka yaşamaları" gerektiği inancına bağlı olabilir(46). Çalışmanın amacı menstrual siklus ile ilintili olunca kadınlar daha fazla semptomlardan yakınmaktadırlar(51). Ayrıca kadınlar premenstrual olarak oluşan duyguları genelde sağlık etkenlerine bağlarken, intermenstrual olarak oluşan aynı duyguları kişiliğe veya çalışma şartlarına bağlamayı yeğlemektedirler(61).

3. Stres Faktörü: Bazı araştırmacılar PMS olarak tanı alan kadınların iç çatışmalardan doğan stres veya çevresel stres ile başa çıkma yeteneklerinde azalma olduğunu belirtmişlerdir(62). Logue ve Moos 1986'da ki derlemelerinde premenstrual değişikliklere hassas kıldığı için stres'in önemini vurgularken, stres olmazsa bu değişikliklerin daha iyi tolere edilebileceğini vurgulamışlardır(46).

4. Kişilik: Bazı araştırmacılar yaptıkları çalışmalarda nörotisizm ve ekstroversiyon ile premenstrual semptomlar arasında olumlu ilişki bulurken(40,63), bazıları da bu ilişkiyi gözleyemediklerini belirtmişlerdir(64,65,66).

Morse(67) ise hem PMS hem de kontrol grubunda nörotisizm, ekstroversiyon ve durumsal anksiyetenin arttığını; ama PMS'lu grupta benlik saygısının belirgin olarak daha düşük, depresyon ve stres düzeyinin ise yüksek olduğunu vurgulamıştır. PMS alanındaki diğer bir hipotezde premenstrual yakınmaları olan kadınların

nörotizm veya diğer benzer kişilik uyumsuzluğu gibi belirgin ortak kişilik özellikleri olduğudur(63,68,69,70,71). Bu belirgin kişilik örüntüsünün ya kadınların premenstrual zorluk ile karşı karşıya kalmalarına yol açtığı ya da sikluslarının o döneminde yaşadığı semptomları algılamalarını etkilediği öne sürülmüştür.

Beument(13) menstrual siklus boyunca psikolojik semptomatolojide dalgalanma olduğunu belirtirken, Ablanalp(16,17) sosyal aktivitelerden hoşnut olma ve mizaç ile siklus dönemleri arasında anlamlı bir ilişki saptayamamıştır.

Awaritefe ve ark(66). da 1980'de yaptığı çalışmada normal nörotizm ve ekstroversiyon skorları olan Nijerya'lı kadınların paramenstruum'da durumsal anksiyetelerinin arttığını belirtirken bu artışın onların kişiliklerinin süreklilik anksiyeteleri ile ilintili olduğunu vurgulamışlardır.

Görüldüğü gibi kişilik ile PMS arasındaki ilişki çok ilgi toplamış olmasına karşın bu konuda da henüz kesin sonuçlar elde edilememiştir.

KLİNİK ÖZELLİKLER

PMS'un klinik özellikleri üç alanda toplanabilir:

1. Somatik belirtiler
2. Davranışsal belirtiler
3. Emosyonel belirtiler

Daha önceki çalışmalarda premenstrual dönemde gözlenebilecek tüm semptomların kabul görmesine karşın 1968'de Moos(41) semptomları ağrı, konsantrasyonda ve davranışta değişiklikler, otonomik reaksiyon, su tutulumu, olumsuz duygulanım, uyarılma ve kontrol olmak üzere 8 alt grupta toplarken Halbreich ve Endicott(48) bu grupları da içine alacak şekilde 18 semptom alt grubu geliştirmiştir. Magos'da(72) yaptığı

çalışmada kadınların büyük bir çoğunluğunun fiziksel, psikolojik ve davranışsal yakınmaları olduğunu ve semptom tipine göre hastaları gruplandırmanın mümkün olmadığını belirtmiştir.

Premenstrual dönemde en sık görülen somatik semptomlar halsizlik, karın ağrısı, baş ağrısı, göğüslerde gerginlik, akne, eklem ağrısı, idrar yapmada azalma, kabızlık ve tekrarlayan herpetik veya vaginal mantar enfeksiyonlarıdır(73,74).

Somatik semptomlara ek olarak davranışsal semptomlarda oluşur. Bunların en belirginleri sosyal ilişkilerden geri çekilme ve cinsel aktivitedeki(75) değişikliklerdir. Keye bu konuda yaptığı çalışmada kadınların luteal dönemde kişiler arası ilişkilerini bozacak nitelikte saldırganlık ve düşmanlık duyguları yaşadıklarını, başkalarına hoşgörü gösteremediklerini, genelde izole olmayı tercih ettiklerini belirtmiştir(73). Bazı kadınların yine bu dönemde eşlerine ve çocuklarına karşı fiziksel şiddet kullandıkları bilinmektedir.

En sık rastlanan emosyonel problemler ise anksiyete(%98), hostilete(%97) ve depresyon(%97) üçlüsüdür(72,73,74). Depresyonun şiddetinin bir yansıması olarak kadınların yaklaşık %70'nin tekrarlayan intihar düşünceleri olduğu ve %20'sinin ise luteal dönemde bir veya daha fazla intihar girişiminde buldukları belirtilmiştir. Mandell(3) ise intihara en sıklıkla menstruasyonun ilk günlerinde ikinci sıklıkla ise premenstrual dönemde raslandığını belirtmiştir. Ayrıca luteal dönemde kadınların paranoya, panik atak(76) ve korkudan yakındıkları da bildirilmiştir(74).

Her ay oluşan fiziksel, zihinsel, emosyonel ve davranışsal semptomlara ek olarak uzun süreli ve şiddetli PMS'u olan kadınlar da bu premenstrual değişikliklere karşı oluşan belirgin psikolojik reaksiyonlarda görülmektedir. Bu değişikliklerin diabet, kalp hastalığı, bağ dokusu hastalığı ve artiritis gibi çeşitli hastalıklarda

görülen psikolojik reaksiyonlara benzer olması şaşırtıcı bir özellik değildir. Bunlar suçluluk, utanç duygusu, azalmış benlik saygısı ve kendine güven, olumsuz vücut algısı ve umutsuzluk duygusudur. Bu ikincil psikolojik reaksiyonlar yalnız luteal döneme özgü olmayıp folliküler dönemde de sıklıkla oluşur(73).

Ayrıca uzun PMS öyküsü olan kadınların çoğu kişiler arası ilişkilerinin de bozukluğundan yakınır. Bu sık iş değiştirme veya tekrarlayan öfke nöbetleri nedeniyle iş performansında azalma akademik başarının düşmesi gibi olaylarla sonuçlanır(8). Bu dönemde sözlü olmayan iletişimin algılanmasında da bozukluk oluşur(77). Bazı kadınların evlilik ve aile ilişkileri o kadar bozulmuşturki evlilik ve aile terapisi tedavilerinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.

PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARLA İLİŞKİSİ

Bu konuda kaynaklar incelendiğinde birçok yazar psikiyatrik bozukluklar içinde özellikle affektif bozuklukların PMS ile ilişkisi olduğunu vurgulamışlardır(9,10,78,79,80,81,82,83). PMS ile ilintili çalışmaların çoğunda disfori, anksiyete ve huzursuzluk gibi affektif semptomların sıklıkla rapor edilişi premenstrual semptomlarla belirgin psikiyatrik bozukluklar arasında özel bir ilişki olduğuna dair spekülasyonlara neden olmuştur(78).

1983'de Halbreich ve Endicot(10) depresif yapıda ki premenstrual değişikliklerin bazı özgül tiplerinin affektif bozuklukları andırdığını ve bunun PMS ile ilintili çalışmalarda iyi bir model olabileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca PMS'da yaşanan mizaç değişiklikleri ile özellikle atipik depresyon(9,10) olmak üzere belirgin affektif bozukluk alt tipleri arasında benzer yönler olduğuda eklenmiştir(80).

Premenstrual semptomlu hastaların yaşam boyu yüksek depresyon insidansına sahip oldukları şu anda kesinlikle bilinmektedir(10,24,84,85). Premenstrual mizaç değişiklikleri (bu deyim mizaç değişiklikleri en belirgin semptomu olan PMS için kullanılmaktadır) rapor eden kadınlarda affektif bozukluk prevalansını araştıran çalışmalar yapılmıştır. Endicott ve Halbreich(1981) kontrollerle karşılaştırıldığında premenstrual affektif semptomları olanlarda major affektif bozukluk prevalansını %60 olarak tanımlarken(81) Dejung ve Rubinow (1989) yaşam boyu psikiyatrik hastalık prevalansını %45, major depresif episod prevalansını ise %30 olarak bildirmiştir(11). Wetzel ve ark. (1975) ise premenstrual semptomatoloji gösteren kolej öğrencilerinin %18'nin 4 yıllık takip sonucu affektif bozukluk geliştirdiklerini rapor ederken(79); Harrison ve ark (1989) premenstrual yakınmaları olan kadınların daha fazla jeneralize psikiyatrik bozuklukları olduğunu vurgulamışlardır(85).

PMS ve affektif bozukluklar arasında ki ilişkiyi destekleyen birçok bulgu mevcuttur(78,79,85,86). Bunlar;

1. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında premenstrual depresif değişiklikleri olan hastaların artmış bir oranda major depresif bozukluk öyküsü olmaları,
2. Premenstrual affektif semptomları olan kadınların 1^o akrabalarında depresif aile öyküsü insidansının yüksek oluşu,
3. Yaşam boyu major depresif öyküsü kadınların 2/3'ünden daha fazlasının belirgin premenstrual disforik değişiklikler sergilemesi(81),
4. Premenstrual dönemde acil psikiyatri servisine yatışlarda(2) ve intihar girişimlerinde(3) belirgin bir artış olması,

Literatürde de PMS ile ilintili psikolojik ve manik episod veya menstrual siklus ile ilintili major psikiyatrik hastalıkları vurgulayan

en az 34 çalışma mevcut olmasına karşın PMS ile affektif bozuklukların ilişkisini ortaya koyacak çok daha geniş kapsamlı epidemiyolojik çalışmalara gereksinim vardır. Anksiyete, bulimia, alkolizm ve psikoz premenstrual değişikliklerle pek fazla ilişkisi olmayan psikiyatrik bozukluklardır. Paramenstrual dönem bir kişinin uyarıcılar üzerindeki kontrolünün azaldığı dönemdir. Bu nedenle daha önce var olan psikiyatrik bozukluklarda artma oluşabilir. Ama bu konuda çok fazla çalışma henüz mevcut değildir(74).

TANI:

Birçok kadın menstrual siklusun belirli dönemleri ile ilintili fiziksel ve emosyonel değişikliklerden yakınır. Kadınların bir çoğu için bu değişiklikler sosyal veya iş yaşamına etki edecek şiddette değildir. PMS'da ise luteal dönemin son haftasında oluşan folliküler dönemin başlamasından birkaç gün sonra sona eren klinik olarak belirgin emosyonel, fiziksel ve davranışsal semptomları mevcuttur(87).

Bu konuda yapılan çalışmalarda bugüne dek çeşitli standart ölçekler kullanılmıştır. Bunlardan ilki ve yaygın kullanılanı 1968'de Moos'un(41) geliştirdiği MDQ'dur. Daha sonraki çalışmalarda tanının desteklenmesi amacıyla semptomların günlük takibini amaçlayan Taylor'un (1979) geliştirdiği Günlük Semptom Ölçüm Ölçeği (Daily Symptom Rating Scale=DSRS) de kullanılmaya başlanmıştır(42). Daha sonra 1980'de Steiner ve Haskett(88) PMS'un şiddetini ölçecek iki özgül araç geliştirmişlerdir. Bunlardan biri 36 önermelik kendi kendine yanıtlanan bir form olup diğeri de terapist veya araştırmacının kullandığı 10 önermelik bir formdur.

Bunların ardından 1982'de Halbreich ve Endicott(48)

premenstrual dönemde ki mizaç, davranış ve fiziksel durum değişikliklerini ölçen Premenstrual ölçüm formu (Premenstrual Assessment Form=PAF) nu geliştirmişlerdir.

PMS subjektif semptomlar ve objektif duygusal patlamalardan oluşan bir klinik sendromdur. Biyolojik göstergesi olabilecek laboratuvar ölçümleri ve özgül bir profil verecek psikolojik testler mevcut değildir. Menstruasyon öncesi semptomlarda artma ve menstruasyonla beraber başlayan semptomsuz dönem PMS tanısı koyabilmek için mutlaka gereklidir. Bu amaçla PMS'un tanımlanmasında klinisyenlerin iletişimini engelleyecek müphemliği açığa kavuşturmak için çaba sarfedilmiş ve PMS'un tanı kriterleri DSM-III-R kapsamına alınmıştır(Ek: 3).

GEREÇ ve YÖNTEM

DENEKLER

Menstrual siklus ile ilintili problemleri nedeniyle Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran

- 18-45 yaş arası olan,
- son 3 aydır 26-35 gün süren düzenli menstruasyon olan,
- son 3 aydır emzirmeyen, akut kronik enfeksiyon, allerji öyküsü olmayan ve başka bir jinekolojik rahatsızlığı tespit edilmeyen,
- son 6 ay içinde yaşamında önemli bir olay olmamış, büyük bir operasyon geçirmemiş,
- PMS ön tanısı alan,

31 kadın hastaya bir psikiyatrist tarafından psikiyatrik muayene uygulandı. Bu hastalardan aşağıdaki kriterlere uygun olanlar PMS grubuna dahil edildi.

1. Premenstrual semptom öyküsü olan ve DSM-III-R'a göre LLPDD tanısı olan,
2. MMDQ'dan aldığı puanlar menstruasyon bitiminde 80'nin üzerinde ve menstruasyon öncesi dönemde 95'den küçük olmayan,
3. Herhangi bir psikiyatri tanısı almamış ve kronik psikotrop ilaç kullanmayan,
4. MMPI'ı doldurabilecek eğitim düzeyine sahip hastalar.

PMS ön tanısı ile çalışmaya katılan ve yukarıda ki kriterlere

uygun olan 25 hasta çalışma kapsamına alındı. 6 kişi, kriterlere uygun olmadığı için kapsam dışı bırakıldı.

PMS'lu hastaların karşılaştırmalı değerlendirilmesinde kullanılan kontrol grubu sağlık personeli ve onların yakınlarından seçilmiş 25 kişiden oluşturulmuştur. Bu kişilerin seçiminde araştırma grubumuza yaş, parite, eğitim düzeyi ve medeni hal uygunluğu koşulları gözönüne alınmıştır. Ayrıca hasta seçiminde kadın Doğum Bölümü tarafından uygulanan tüm kriterlere uygun olan, MMDQ (Modifiye Moos Menstrual soru formu) formundan aldığı puanlar menstruasyon bitiminde 80'in üzerinde ve menstruasyon öncesi dönemde 94'den fazla olmayan ve herhangi bir premenstrual problemi ve psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan kişiler kontrol grubu kapsamına dahil edildi.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

1 - Anket Formu: Araştırmada olguların sosyodemografik özellikleri yanında obstetrik ve jinekolojik öyküleriyle ilgili bilgiler edinilmek amacıyla 14 sorulu bir anket formu düzenlendi. (Ek:1)

2 - Modifiye Moos Menstrual Zorluk Formu (MMDQ): Olguların premenstrual, menstrual ve intermenstrual dönemdeki yakınmaları ile ilgili bilgiler 1968'de Moos'un(41) geliştirdiği MDQ'nun 1979'da Taylor tarafından geliştirilen modifiye şekli (MMDQ) kullanılarak elde edildi(Ek:2)(42).

Menstruasyon siklusu boyunca gelişen 47 belirti içeren MDQ'da olgulardan menstruasyonda, menstruasyondan bir hafta önce (premenstrual) ve siklusun geri kalan süresinde (intermenstrual) belirtilerin kendilerinde hangi şiddetle bulunduğunu bildirmeleri istenmektedir.

MDQ kadının menstruasyon boyunca "hiç yaşamadığı" ile "çok rahatsızlık" verici olarak nitelendirdiği 0-6 arasında yedi dereceli

ölçüm sistemi olan bir belirti listesidir. Bu 47 belirtiyeye Moos tarafından interkorelasyon tekniği ve faktör analizi uygulanmış ve 8 belirti kümesi elde edilmiştir(41). Moos'a göre "ağrı" alt grubu genellikle dismenore ile ilintili belirtileri yansıtırken, "olumsuz duygu" alt grubu tanımsal premenstrual sendromu oluşturan belirtilerden oluşur. "Su tutulumu" "davranışsal değişiklikler" de aynı grup belirtilerdir. "Konsantrasyon" ve "otonomik reaksiyon" alt grupları genellikle literatürde pek tartışılmayan belirti kümeleri iken "cinsel uyarılma" alt grubu menstrual siklus ile ilintili oluşan olumlu belirtilerden oluşmaktadır. "Kontrol" alt grubu ise genelde yakınma eğilimini yansıtmaktadır(64).

Bu ölçeğin modifikasyonunda Taylor(42) tarafından MDQ'nun 14. belirtisi atılmış yerine yeni bir belirti olan "seksüel arzu" getirilmiştir. Bu belirtinin puanlanmasında çok artar (1 puan), artar (2 puan), değişmez veya ortalama (3 puan), azalır (4 puan), çok azdır (5 puan) şeklinde değiştirilmiştir. MDQ'daki "aktivite ve enerjide patlama", "iştah" ve "kilo" ile ilgili belirtilerde hem artma hemde azalmayı yansıtacak şekilde "seksüel arzu" da olduğu gibi puanlanması değiştirilmiştir. Geri kalan 43 belirti aynen kalırken Moos'un geliştirdiği 1-6 olan puanlama sistemi 0-5 olarak uyarlanmıştır.

Deneklerden formun menstruasyon, menstruasyondan bir hafta önce ve siklusun geri kalan zamanında ayrı ayrı yanıtlanması istenmiştir. Belirtileri "hiç yok" la "dayanılamayacak şiddette" arasında puanlamak gerekmektedir. Her dönem için puanlar tek tek toplanarak toplam puanlar elde edilmiştir.

3 - Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) (89,90)

MMPI duyguları, tutumları, fiziksel ve duygusal belirtileri ve

geçmiş yaşam deneyimlerini yansıtan 566 önermeden oluşan "doğru", "yanlış" ve "bilmiyorum" şeklinde kendine kendine yanıtlanan bir ölçektir.

Testin 10 kişilik ve 3 de geçerlik alt testleri vardır. Temel amaç ölçeğin kliniklerde kullanılması olduğu için geliştirilen 9 alt test geliştirmede kullanılan psikopatolojik gruplara göre ayrılmışlardır. Bu alt testler; 1- Hs (Hipokondri), 2- D (Depresyon), 3- Hy (Histeri), 4- Pd (Psikopatik sapma), 5- Mf (Maskulinite-Femininite), 6- Pa (Paranoya), 7- Pt (Psikastenî), 8- Sc (Skizofrenî), 9- Ma (Hipomani) dir. Daha sonra geliştirilen. 0-Si (Sosyal içe dönüklük) alt testi de standart test profiline eklenmiştir. Ancak her bir alt testin birbirinden ayrı etyolojik yada prognostik antiteyi ölçmesi beklenmemektedir. Klinik alt testlerden başka L, F ve K geçerlik alt testleri test alma tutumlarını değerlendirmeyi amaçlar ve elde edilen klinik puanların geçerlilik derecesiyle ilgili bilgi sağlar.

Test sonuçları her bir alt testten alınan puanların işaretlendiği bir profil kağıdında özetlenir. Ham puanlar, ortalaması 50 standart sapması 10 olan T standart puanına çevrilerek değerlendirilir.

1981'de Savaşır tarafından(89) Türkiye için standardizasyon çalışmaları yapılmış olan 566 önermeli bu ölçek 16 ve daha yukarı yaştaki bireylere uygulanmaktadır. Maddeler oldukça açık ve anlaşılması kolay almasına karşın testi alanın ortaokulu bitirmiş olması yeğlenmektedir. MMPI bireyin kendi başına yanıtladığı objektif bir testtir.

Premenstrual yakınmaları olan kadınları incelemek için MMPI'ın kullanışlı bir test olduğu, psikiyatrik hastalıkları tarama olanağı sağladığı belirtilmiştir. MMPI siklusun hem folliküler hem de luteal döneminde ayrı ayrı verilince temelde yani PMS'suz dönemde de ne kadar emosyonel zorluk olduğu ve premenstruum dönemde bu zorluğun ne kadar alevlendiği konusunda bilgi verir.

MMPI'in PMS ile ilintili birçok profili mevcuttur(73):

1. Normal Folliküler Faz MMPI-Anormal Luteal Faz MMPI:

Sıklıkla şu şartlarda görülür:

- Ağır PMS
- Kronik intermittan psikiyatrik hastalık
- Luteal fazda oluşan akut stresli duruma cevap olarak

2. Anormal Folliküler Faz-Anormal Luteal Faz MMPI:

Folliküler fazdaki anormal MMPI şu durumlarda görülür:

- Kronik psikiyatrik hastalık
- Folliküler fazda oluşan akut emosyonel distress sonucu
- Uzun süreli, ağır PMS sonucu oluşan suçluluk, azalmış benlik saygısı, engellenme, kronik depresyon gibi luteal fazda olduğu kadar folliküler fazda da var olan sekonder psikolojik reaksiyonlar
- Yönergenin tam anlaşılması sonucu her iki MMPI'ında luteal fazda doldurulması

3. Normal Folliküler Faz-Normal Luteal Faz:

- Hafif PMS
- Sadece premenstrual fiziksel semptomları olan hasta
- Bilinçli olarak "iyi görünmek" isteyen hastalar
- Kronik ama intermittant emosyonel problemi olan ama şu anda remisyonda olan hasta

4. Anormal Folliküler Faz MMPI-Normal Luteal Faz MMPI:

- Folliküler ve luteal faz sonuçları değişmiş
- Folliküler fazda oluşan stresli yaşam olayına reaksiyon

- Uzun süren intermittant psikiyatrik hastalığın folliküler faz sırasında alevlenmesi

4 - DSM-III-R Geç Luteal Faz Disforik Bozukluğu (LLPDD) tanı kriterleri(91) (Ek: 3)

İŞLEM

Çalışma kapsamında ki hem hasta hem de kontrol grubundaki kadınlara menstruasyonlarının bitiminde (folliküler faz) ve menstruasyonlarında bir hafta önce (luteal faz) olmak üzere iki kez MMPI uygulanmıştır.

Ayrıca yine menstruasyon esnasında, menstruasyonlarının bitiminde ve bir hafta önce MMDQ uygulanmış ve her dönem için ayrı ayrı toplam puanlar elde edilmiştir. Her iki testin uygulama yönergeleri olgulara hem yazılı hem de sözlü olarak verilmiştir.

Her iki gruptan elde edilen MMPI profilleri çeşitli yöntemlerle değerlendirilmiştir. Önce kontrol grubundaki kadınların profili 1981'de Savaşır(89) tarafından yayınlanan genel Türk Kadınlarının normlarını yansıtan profil ile karşılaştırılmıştır. Böylece kontrol grubundaki kadın olguların genel Türk toplumu kadınlarının küçük bir örneklem grubunu oluşturabileceği gösterilmiştir. Ayrıca kontrol grubundan folliküler ve luteal fazda elde edilen profillerde ayrı ayrı değerlendirilmiş kontrol grubundaki kadınlarda oluşabilecek psikolojik durum değişiklikleri olasılığı araştırılmıştır. Üçüncü olarak PMS'lu hastaların folliküler faz MMPI profilleri, Türk kadınlarının normlarını yansıtan profil ve kontrol grubunun folliküler faz profili ile karşılaştırılmıştır.

Dördüncü olarak PMS'lu hastalardan folliküler ve luteal fazda elde edilen MMPI yanıt paternleri gözden geçirilmiştir. Son olarak PMS'lu hastalarla kontrol grubunun luteal faz profilleri karşılaştırılmıştır.

Tüm sonuçlar Anadolu Üniversitesi Biyoistatistik bölümü

tarafından Khi-kare istatistiksel veri değerlendirme yöntemiyle değerlendirilmiştir(92). Ayrıca MMPI değerlendirmeleri psikoloji laboratuvarı tarafından yapılmıştır.

BULGULAR

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Tüm olguların demografik özellikleri Tablo I'de verilmiştir.

Deneklerimizin yaş ranjı 18-45 arası olup PMS'lu grubun %84'ü kontrol grubunun ise %92'si 25-44 yaş aralığındaydı. PMS'lu grubun %76'sı evli %24'ü bekar iken kontrol grubunun %80'i evli %20'si ise bekar idi. Her iki grupta da dul veya boşanmış kadın yoktu. PMS'lu grubun %68'i kontrol grubunun ise %72'si yüksek okul mezunu iken PMS'lu grubun %32'si kontrol grubunun ise %28'i ortaokul ve lise mezunuydu.

TABLO I

YAŞ	PMS (sayı=25)		KONTROL (sayı=25)	
	%	n	%	n
18-24 %	16	4	8	2
25-34 %	52	13	60	15
35-45 %	32	8	32	8
EĞİTİM				
İlk				
Orta %	32	8	28	7
Yüksek %	68	17	72	8
MESLEK				
Çalışan %	76	19	80	20
Ev hanımı %	24	6	20	5
MEDENİ HAL				
Evli %	76	19	80	20
Bekar %	24	6	20	5

PMS'lu grubun %76'sı kontrol grubunun ise %80'i çalışan kadın iken PMS'lu grubun %24'i kontrol grubunun ise %20'si ev hanımı idi.

Tüm olguların jinekolojik ve obstetrik öyküleri de Tablo II'de verilmiştir.

PMS'lu grubun %68'i evli çocuklu iken %8'i evli çocuksuz, %24'ü ise bekar çocuksuz idi. Kontrol grubunun %56'sı evli çocuklu, %24'ü evli çocuksuz, %20'si ise bekar çocuksuz idi.

PMS'lu grubun %76'sında dismenore mevcut iken kontrol grubunun yalnızca %48'inde dismenore yakınması mevcuttur.

TABLO II

Obstetrik	PMS (sayı=25)		KONTROL (sayı=25)	
	%	n	%	n
Çocuk Durumu				
Çocuklu %	68	17	56	14
Çocuksuz (evli) %	8	2	24	6
Çocuksuz (bekar) %	24	6	20	5
Jinekoloji				
Dismenore				
Var %	76	19	48	12
Yok %	24	6	52	13

MENARŞ	PMS		KONTROL	
	%	n	%	n
ranj	10-17	1	10-17	
10-11 %	4	1	8	2
12-13 %	60	15	56	14
14-15 %	24	6	32	8
16-17 %	12	3	4	1

Tüm deneklerin menarj yaşı ranjı 10-17 arası olup PMS'lu grubun %84'ünün kontrol grubunun %88'inin menarş yaşı 12-15 yaş arasıydı.

MMPI BULGULARI

I) Kontrol Grubu ile Normal Türk kadınlarının MMPI'lerinin ile karşılaştırılması: Kontrol grubunun menstrual siklusunun hem folliküler hem de luteal fazındaki MMPI profilleri normal sınırlar içinde bulunmuştur. Kontrol grubunun T skorları hem folliküler (TABLO III)(Şekil 1), hem de luteal faz (TABLO IV)(Şekil 2) için normal Türk kadınlarının T skorları ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiyordu. (Tüm p değerleri >0.05) Bu da kontrol grubumuzdaki kadın deneklerin genel Türk toplumu kadınlarının küçük bir örneklem grubunu oluşturabileceğini belirtmektedir.

II- Kontrol Grubunun MMPI skorlarının İntersiklus Değişiklikleri (Tablo V-Şekil 3)

Kontrol grubunun D ve Pt skalaları hariç diğerlerinde folliküler ve luteal faz profilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak hiçbir farklılık tespit edilmemiştir. Kontrol grubunun, Depresyon (D) ve Psikastenî (Pt) skalalarında folliküler faza göre luteal fazda ($p<0.05$) düzeyinde anlamlı bu farklılık tespit edilmesine karşın profilde de görüldüğü gibi bir çok önemli bir farklılık olmayıp her iki dönemde elde edilen tüm skorların normal sınırlarda olması kontrol grubunun her iki dönemde de anlamlı farklılık göstermediği şeklinde yorumlanmıştır. Depresyon skalasında skor ($t=2.665$, SD fark= 7.430 $p<0.05$); ve Psikastenî skalasında skor ($t=2.495$, SD fark=-3.360 $p<0.05$) folliküler faza göre luteal fazda biraz daha yükselmiştir.

TABLO III

Kontrol grubunun folliküler faz MMPI skorları ile normal Türk kadınlarının MMPI skorlarının karşılaştırılması

Skala	KONTROL (folliküler faz)		NORMAL		t
	HAMSKOR	T SKOR	HAMSKOR	T SKOR	
L	5.2 ± 0.4	47	6 ± 2.25	50	t=-0.071 p>0.05 ns
F	4.7 ± 0.6	41	9.38 ± 5.16	50	t=-0.180 p>0.05 ns
K	11.5 ± 0.7	49	11.82 ± 3.80	50	t=-0.017 p>0.05 ns
Hs	13.4 ± 1.0	45	15.89 ± 4.88	50	t=-0.101 p>0.05 ns
D	20.08 ± 1.0	43	23.86 ± 5.08	50	t=-0.148 p>0.05 ns
Hy	20.72 ± 1.0	47	22.33 ± 5.31	50	t=-0.060 p>0.05 ns
Pd	20.0 ± 0.9	45	22.84 ± 4.51	50	t=-0.125 p>0.05 ns
Mf	30.8 ± 0.9	53	32.98 ± 3.67	50	t=-0.118 p>0.05 ns
Pa	9.16 ± 0.7	42	11.93 ± 4.17	50	t=-0.132 p>0.05 ns
Pt	23.3 ± 1.2	39	29.90 ± 6.59	50	t=-0.199 p>0.05 ns
Sc	22.3 ± 1.2	39	31.06 ± 8.2	50	t=-0.212 p>0.05 ns
Ma	18.1 ± 0.8	47	19.72 ± 4.36	50	t=-0.074 p>0.05 ns
Si	23.9 ± 1.4	42	29.88 ± 7.52	50	t=-0.158 p>0.05 ns

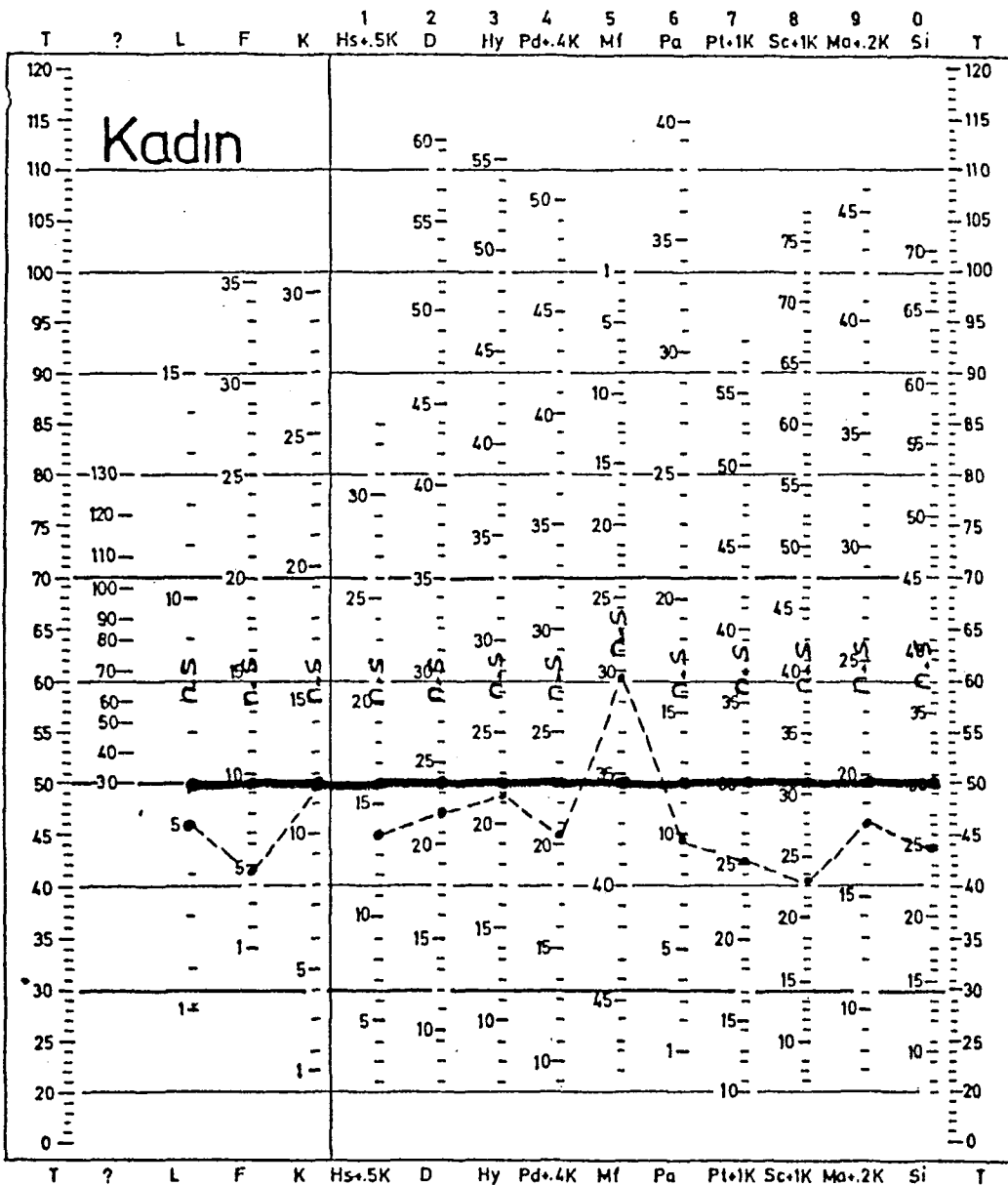
ns → anlamlı farklılık yoktur.

TABLO 4

Kontrol grubunun luteal faz MMPI skorları ile normal Türk kadınlarının skorlarının MMPI karşılaştırılması.

Skala	KONTROL (luteal faz)		NORMAL TÜRK KADINLARI		t
	HAMSKOR	TSKOR	HAMSKOR	TSKOR	
L	5.0 ± 0.4	47	6 ± 2.25	50	t=-0.088 p>0.05 ns
F	4.8 ± 0.6	41	9.38 ± 5.16	50	t=-0.180 p>0.05 ns
K	11.9 ± 0.7	50	11.82 ± 3.80	50	t=0.004 p>0.05 ns
Hs	13.9 ± 0.9	46	15.89 ± 4.88	50	t=-0.081 p>0.05 ns
D	22.0 ± 0.9	47	23.86 ± 5.08	50	t=-0.073 p>0.05 ns
Hy	21.5 ± 1.1	49	22.33 ± 5.31	50	t=-0.031 p>0.05 ns
Pd	20.4 ± 1.1	45	22.84 ± 4.51	50	t=-0.107 p>0.05 ns
Mf	30.4 ± 0.9	55	32.98 ± 3.67	55	t=-0.140 p>0.05 ns
Pa	9.7 ± 0.8	44	11.93 ± 4.17	50	t=-0.106 p>0.05 ns
Pt	25.2 ± 1.2	43	29.90 ± 6.59	50	t=-0.142 p>0.05 ns
Sc	23.6 ± 1.3	41	31.06 ± 8.2	50	t=-0.181 p>0.05 ns
Ma	17.9 ± 1.0	47	19.72 ± 4.36	50	t=-0.083 p>0.05 ns
Si	24.7 ± 1.6	43	29.88 ± 7.52	50	t=-0.137 p>0.05 ns

ns → anlamlı farklılık yoktur.



Ham puan —————

K ekleri —————

K eklenmiş puan —————

İsim _____

Adres _____

Meslek _____ Uygulama tarihi _____

Eğitim _____ Yaş _____

Medeni durumu _____ istekte bulunan _____

K oranları

K	S	L	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
9	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

Şekil 2

————— Normal Türk kadınları
(Savaşır, I., 1981)

----- Kontrol grubu (Luteal faz)

n.s. → anlamlı farklılık yok

PROFİL
MINESOTA ÇOK YÖNLÜ KİŞİLİK ENVANTERİ

TABLO V

Kontrol Grubunun MMPI skorlarının İntersiklus değışiklikleri.

Skala	KONTROL (folliküler faz)		KONTROL (luteal faz)		t
	HAMSKOR	T SKOR	HAMSKOR	T SKOR	
L	5.2 ± 0.4	47	5.0 ± 0.4	47	t=0.948 p>0.05 ns
F	4.7 ± 0.6	41	4.8 ± 0.6	41	t=0.278 p>0.05 ns
K	11.5 ± 0.7	49	11.9 ± 0.7	50	t=0.950 p>0.05 ns
Hs	13.4 ± 1.0	45	13.9 ± 0.9	46	t=0.947 p>0.05 ns
D	20.08 ± 1.0	43	22.0 ± 0.9	47	t=2.665 p<0.05* ns
Hy	20.72 ± 1.0	47	21.5 ± 1.1	49	t=1.704 p>0.05 ns
Pd	20.0 ± 0.9	45	20.4 ± 1.1	45	t=0.165 p>0.05 ns
Mf	30.8 ± 0.9	53	30.4 ± 0.9	55	t=0.972 p>0.05 ns
Pa	9.16 ± 0.7	42	9.7 ± 0.8	44	t=1.215 p>0.05 ns
Pt	23.3 ± 1.2	39	25.2 ± 1.2	43	t=2.495 p<0.05* ns
Sc	22.3 ± 1.2	39	23.6 ± 1.3	41	t=1.889 p>0.05 ns
Ma	18.1 ± 0.8	47	17.9 ± 1.0	47	t=0.129 p>0.05 ns
Si	23.9 ± 1.4	42	24.7 ± 1.6	43	t=1.356 p>0.05 ns

ns → anlamlı farklılık yoktur.

* → önemli düzeyde farklılık vardır.

K

KADIN

İsim _____

Adres _____

Meslek _____ Uygulama tarihi _____

Eğitim _____ Yaş _____

Medeni durumu _____ İstekte bulunan _____

K oranları

K	5	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
9	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

Şekil 2

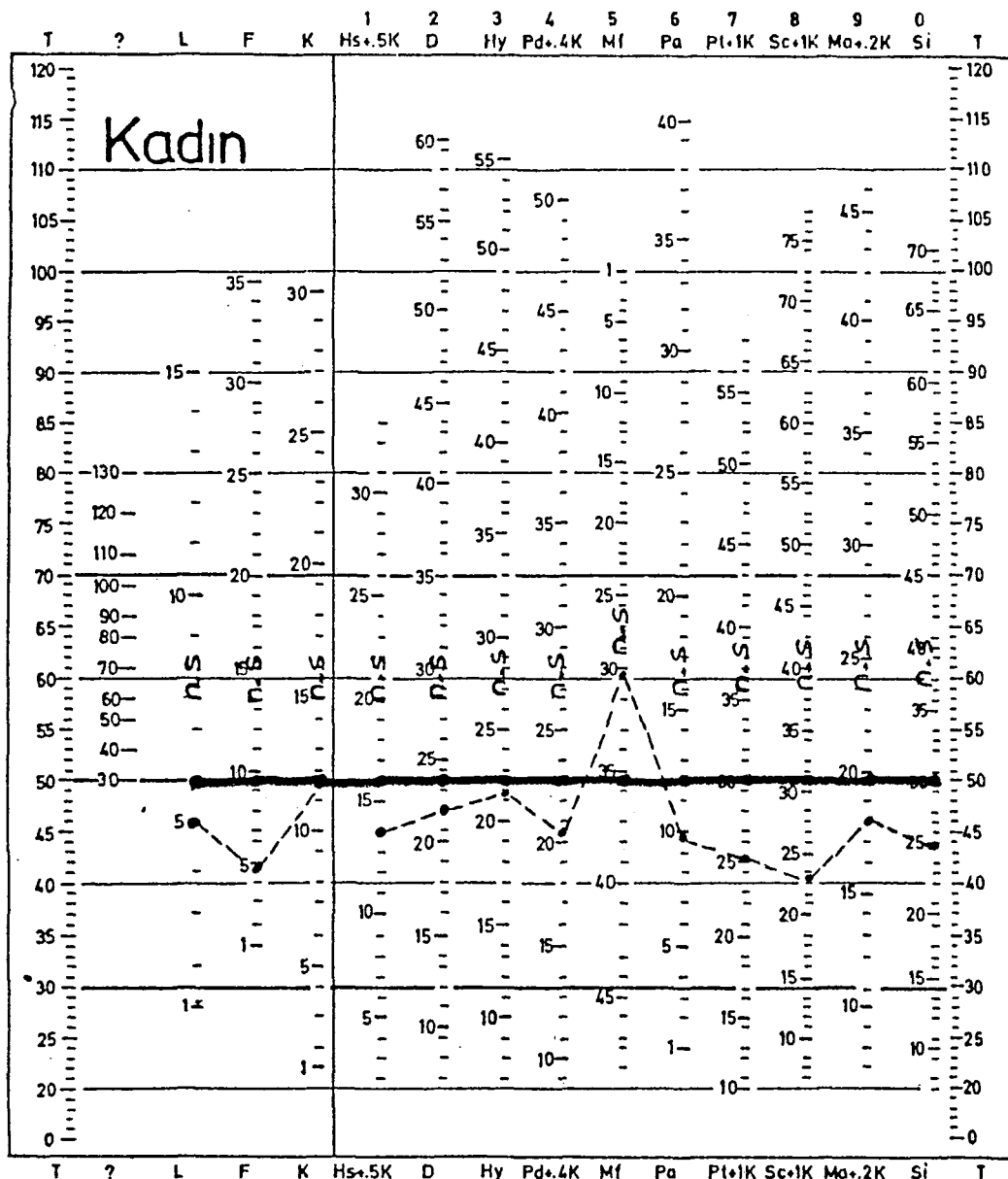
— Normal Türk kadınları
(Savaşır, I., 1981)

- - - - - Kontrol grubu (Luteal faz)

n.s. → anlamlı farklılık yok

PROFİL

MINESOTA ÇOK YÖNLÜ KİŞİLİK ENVANTERİ



Ham puan _____

K ekleri _____

K eklenmiş puan _____

3 - PMS Grubunun Folliküler Fazda MMPI'lerinin Kontrol Grup ve Normal Türk Kadınlarının MMPI'leriyle Karşılaştırılması

PMS'lu karşı grupun folliküler fazdaki ortalama T skorları Türk kadını normlarından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiyordu (Tablo VI, Şekil 4) Tüm p değerleri >0.05 idi.

Buna karşı PMS'lu grubun $L(t=2.828, SD=48, p<0.01)$

$F(t= 4.022, SD=48, p<0.001),$ $Hs(t= 3.902, SD=48, p<0.001),$

$D(t= 2.86, SD=48, p<0.01),$ $Hy(t= 2.374, SD=48, p<0.05),$

$Pa(t= 3.28, SD=48, p<0.01),$ $Pt(t= 3.504, SD=48, p<0.01)$

$Sc(t= 3.688, SD=48, p<0.001)$ skalaları ortalama puanları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu. F, Hs, Sc skalalarında ileri düzeyde önemli farklılık varken, ($p<0.001^{***}$) L, D, Pa, Pt, skalalarında çok önemli ($p<0.01^{**}$), Hy skalasında ise önemli düzeyde ($p<0.05^*$) farklılık vardır. (Tablo VII, Şekil 5)

4 - PMS Grubunun MMPI skorlarının İntersiklus Değişiklikleri

PMS grubunda folliküler ve luteal faz arasında çeşitli MMPI skalaları farklı bulundu. (Tablo VIII., Şekil 6) K, Pa, Ma ve Si hariç tüm klinik ölçeklerde luteal fazda anlamlı farklılık tespit edildi. F, Hs, D, Hy, Pd, Pt, Sc skalalarında luteal fazda anlamlı olarak yükselme olurken L ve Mf skalalarında anlamlı olarak düşüş tespit edildi. L, Hs, Pt ve Sc skalalarında farklılık çok önemli iken ($p<0.01^{**}$), F, D, Hy, Pd, Mf skalalarında farklılık ise önemli ($p<0.05^*$) düzeyde idi.

TABLO VI

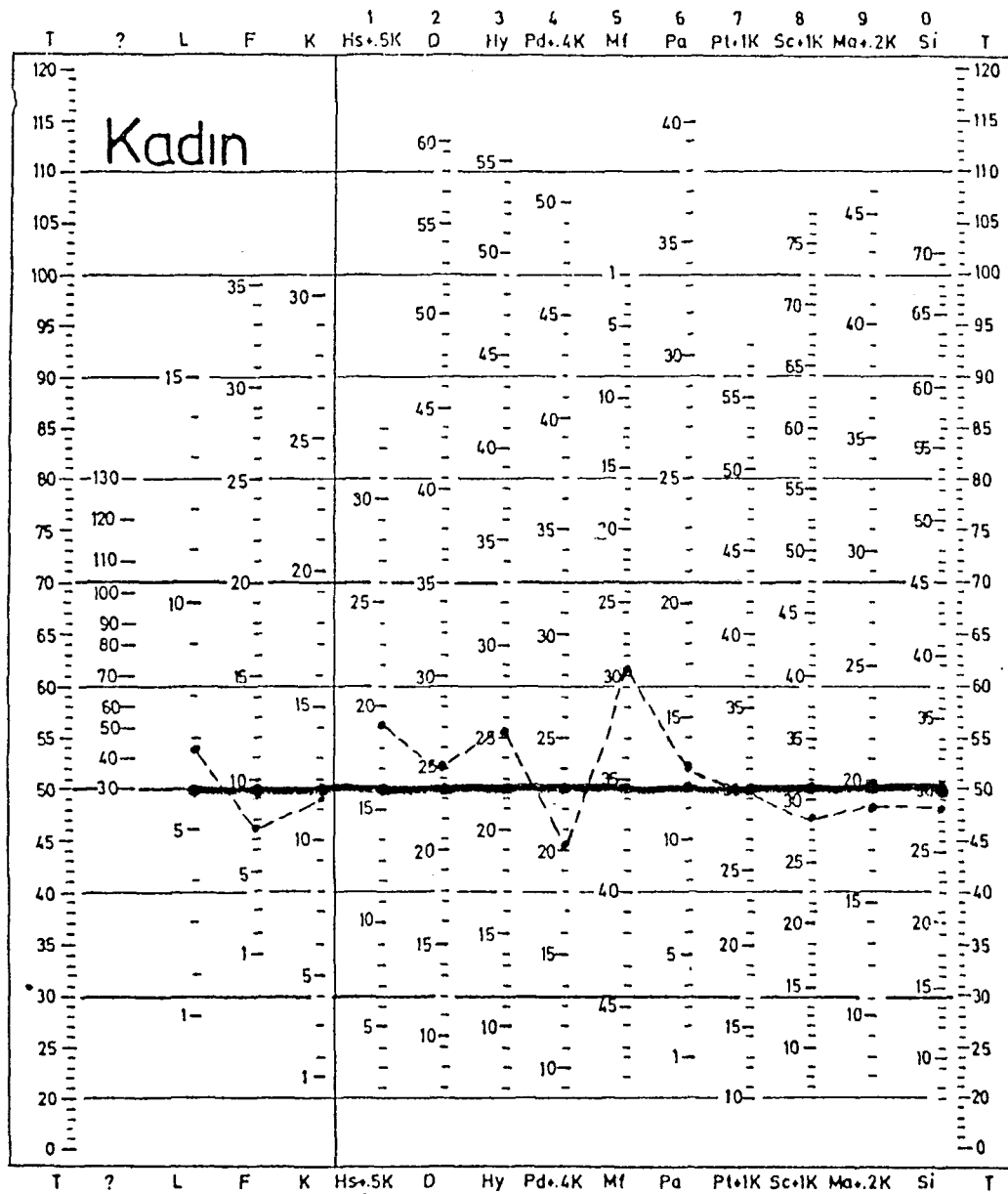
PMS'lu grubun folliküler faz MMPI skorları ile normal Türk kadınlarının MMPI skorlarının karşılaştırılması.

Skala	PMS (folliküler faz)		Normal Türk kadını		t
	HAMSKOR	T SKOR	HAMSKOR	T SKOR	
L	6.8 ± 0.4	54	6 ± 2.25	50	t=0.071 SD=656 p>0.05 ns
F	7.6 ± 0.7	47	9.38 ± 5.16	50	t=-0.069 SD=656 p>0.05 ns
K	11.3 ± 0.8	48	11.82 ± 3.80	50	t=-0.027 SD=656 p>0.05 ns
Hs	19.2 ± 1.1	56	15.89 ± 4.88	50	t=0.135 SD=656 p>0.05 ns
D	25.0 ± 1.4	52	23.86 ± 5.08	50	t=0.045 SD=656 p>0.05 ns
Hy	25.2 ± 1.6	55	22.33 ± 5.31	50	t=0.107 SD=656 p>0.05 ns
Pd	20.2 ± 1.0	44	22.84 ± 4.51	50	t=-0.116 SD=656 p>0.05 ns
Mf	29.3 ± 1.0	61	32.98 ± 3.67	55	t=-0.199 SD=656 p>0.05 ns
Pa	12.9 ± 0.9	52	11.93 ± 4.17	50	t=0.046 SD=656 p>0.05 ns
Pt	29.5 ± 1.3	49	29.90 ± 6.59	50	t=-0.012 SD=656 p>0.05 ns
Sc	29.1 ± 1.4	47	31.06 ± 8.2	50	t=-0.047 SD=656 p>0.05 ns
Ma	19.0 ± 0.9	48	19.72 ± 4.36	50	t=-0.033 SD=656 p>0.05 ns
Si	28.4 ± 2.1	48	29.88 ± 7.52	50	t=-0.039 SD=656 p>0.05 ns

ns → anlamlı farklılık yoktur.

K

KADIN



İsim _____

Adres _____

Meslek _____

Uygulama tarihi _____

Eğitim _____

Yaş _____

Medeni durumu _____

İstekte bulunan _____

K oranları

K	.5	.4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
9	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

Şekil 4

Normal Türk kadınları
(Savaşır, I., 1981)

PMS grup (folliküler faz)

n.s. → anlamlı farklılık yok

PROFİL
MINESOTA ÇOK YÖNLÜ KİŞİLİK ENVANTERİ

Ham puan _____

K ekleri _____

K eklenmiş puan _____

TABLO VII

PMS'lu grubun folliküler faz MMPI skorları ile kontrol grubunun folliküler faz MMPI skorları karşılaştırılması

Skala	PMS (folliküler faz)		KONTROL (folliküler faz)		t
	HAMSKOR	T SKOR	HAMSKOR	T SKOR	
L	6.8 ± 0.4	54	5.2 ± 0.4	47	t=2.828 p<0.01**
F	7.6 ± 0.7	47	4.7 ± 0.6	41	t=4.022 p<0.001***
K	11.3 ± 0.8	48	11.5 ± 0.7	49	t=-0.188 p>0.05 ns
Hs	19.2 ± 1.1	56	13.4 ± 1.0	45	t=3.902 p<0.001***
D	25.0 ± 1.4	52	20.08 ± 1.0	43	t=2.86 p<0.01**
Hy	25.2 ± 1.6	55	20.72 ± 1.0	47	t=2.374 p<0.05*
Pd	20.2 ± 1.0	44	20.0 ± 0.9	45	t=0.149 p>0.05 ns
Mf	29.3 ± 1.0	61	30.8 ± 0.9	53	t=-1.115 p>0.05 ns
Pa	12.9 ± 0.9	52	9.16 ± 0.7	42	t=3.28 p<0.01**
Pt	29.5 ± 1.3	49	23.3 ± 1.2	39	t=3.504 p<0.01**
Sc	29.1 ± 1.4	47	22.3 ± 1.2	39	t=3.688 p<0.001***
Ma	19.0 ± 0.9	48	18.1 ± 0.8	47	t=0.747 p>0.05 ns
Si	28.4 ± 2.1	48	23.9 ± 1.4	42	t=1.783 p>0.05 ns

ns → anlamlı farklılık yoktur.

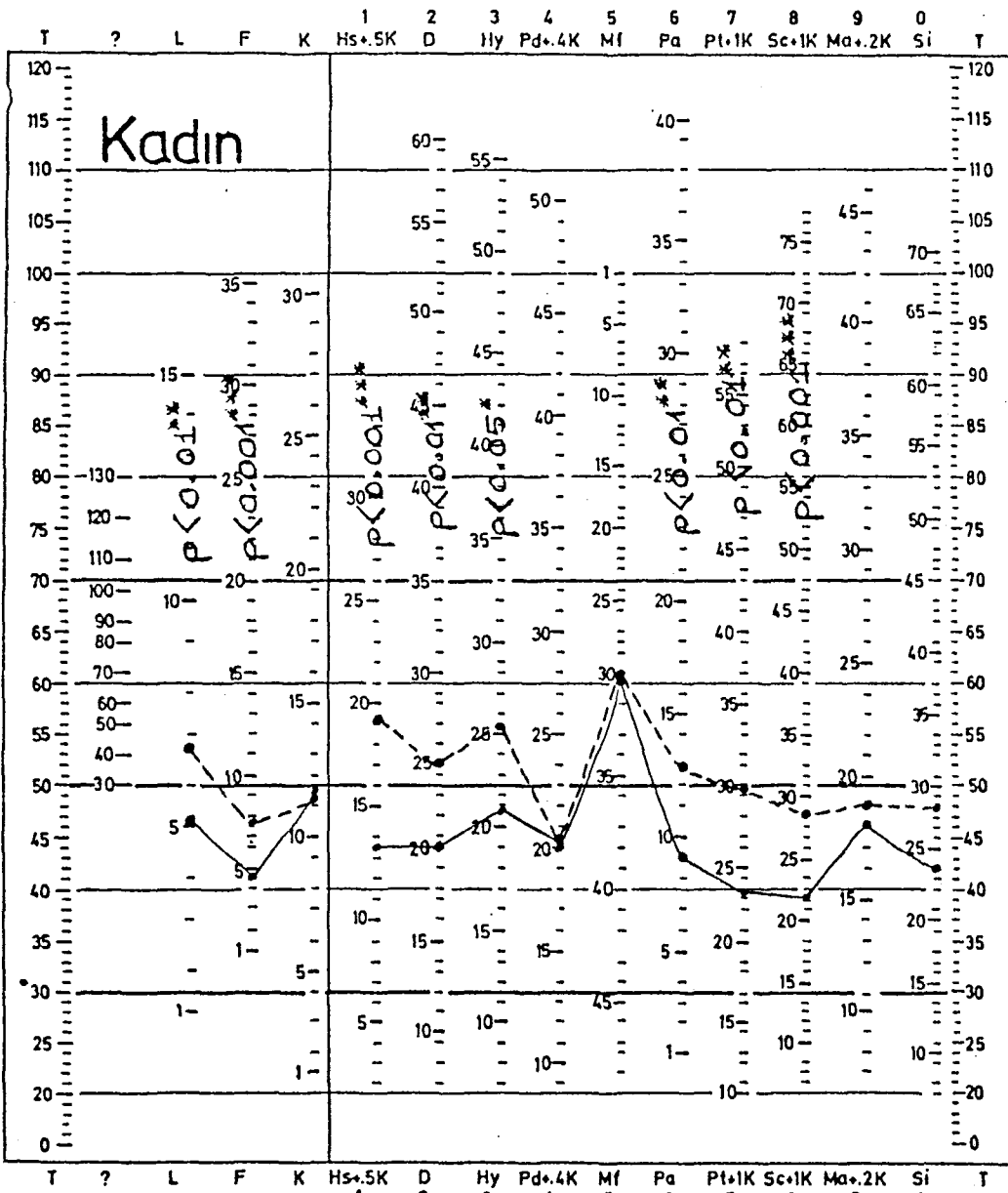
* p<0.05 önemli farklılık vardır

** p<0.01 çok önemli farklılık vardır

*** p<0.001 ileri düzeyde önemli farklılık vardır.

K
KADIN

İsim _____
 Adres _____
 Meslek _____ Uygulama tarihi _____
 Eğitim _____ Yaş _____
 Medeni durumu _____ İstekte bulunan _____



K oranları

K	S	L	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

Şekil 5

— Kontrol grubu (folliküler faz)
 - - - - PMS grubu (folliküler faz)
 p < 0.05* → önemli farklılık vardır.
 p < 0.01** → çok önemli farklılık vardır.
 p < 0.001*** → ileri düzeyde önemli farklılık vardır.

PROFİL
 MINESOTA ÇOK YÖNLÜ KİŞİLİK ENVANTERİ

Ham puan _____
 K ekleri _____
 K eklenmiş puan _____

TABLO VIII

PMS Grubun MMPI skorlarının intersiklus değişiklikleri .

Skala	PMS (folliküler faz)		PMS (luteal faz)		t
	HAMSKOR	TSKOR	HAMSKOR	TSKOR	
L	6.8 ± 0.4	54	5.4 ± 0.5	48	t=3.656 p<0.01**
F	7.6 ± 0.7	47	9.2 ± 0.8	50	t=2.243 p<0.05*
K	11.3 ± 0.8	48	10.7 ± 0.8	47	t=0.809 p>0.05 ns
Hs	19.2 ± 1.1	56	21.8 ± 1.2	62	t=3.218 p<0.01**
D	25.0 ± 1.4	52	28.5 ± 1.1	59	t=2.691 p<0.05*
Hy	25.2 ± 1.6	55	28.6 ± 1.6	62	t=2.578 p<0.05*
Pd	20.2 ± 1.0	44	22.1 ± 0.9	49	t=2.753 p<0.05*
Mf	29.3 ± 1.0	61	30.9 ± 1.1	58	t=2.619 p<0.05*
Pa	12.9 ± 0.9	52	12.6 ± 0.8	51	t=0.292 p>0.05ns
Pt	29.5 ± 1.3	49	33.1 ± 1.3	55	t=3.277 p<0.01**
Sc	29.1 ± 1.4	47	32.4 ± 1.4	52	t=2.810 p<0.01**
Ma	19.0 ± 0.9	48	19.6 ± 1.0	50	t=0.627 p>0.05 ns
Si	28.4 ± 2.1	48	29.0 ± 1.8	49	t=0.561 p>0.05 ns

ns farklılık yoktur

* önemli düzeyde farklılık vardır

** çok önemli düzeyde farklılık vardır

5 - PMS Grubunun Luteal Fazda MMPI skorlarının Kontrol Grubu İle Karşılaştırılması

Kontrol grubunun luteal faz skorları ile PMS grubundakiler karşılaştırıldığında F, Hs, D, Hy, Pa, Pt ve Sc ölçeklerinde luteal fazda aldıkları skorlar anlamlı olarak farklı bulundu. (Tablo IX, Şekil 7). F, Hs, D, Hy, Pa, Pt ve Sc ölçeklerinde PMS grubun luteal fazda aldıkları skorların anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi. F, Hs, D, Hy, Pt ve S ölçeklerinde bu anlamlılık ileri düzeyde önemli (p<0.001***) iken Pa da önemli düzeyde (p<0.05*) idi.

TABLO IX

Luteal fazda PMS ve Kontrol Grubunun MMPI skorlarının karşılaştırılması

Skala	PMS (luteal faz)		KONTROL (luteal faz)		t
	HAMSKOR	TSKOR	HAMSKOR	TSKOR	
L	5.4 ± 0.5	48	5.4 ± 0.4	47	t=0.625 p>0.05 ns
F	9.2 ± 0.8	50	4.8 ± 0.6	41	t=4.5 p<0.001***
K	10.7 ± 0.8	47	11.9 ± 0.7	50	t=-1.129 p>0.05 ns
Hs	21.8 ± 1.2	62	13.9 ± 0.9	46	t=5.267 p<0.001***
D	28.5 ± 1.1	59	22.0 ± 0.9	47	t=4.573 p<0.001***
Hy	28.6 ± 1.6	62	21.5 ± 1.1	49	t=3.657 p<0.001***
Pd	20.1 ± 0.9	49	20.4 ± 1.1	45	t=1.196 p>0.05 ns
Mf	30.9 ± 1.1	58	30.4 ± 0.9	55	t=0.352 p>0.05 ns
Pa	12.6 ± 0.8	51	9.7 ± 0.8	44	t=2.563 p<0.05*
Pt	33.1 ± 1.3	55	25.2 ± 1.2	43	t=4.465 p<0.001***
Sc	32.4 ± 1.4	52	23.6 ± 1.3	41	t=4.606 p<0.001***
Ma	19.6 ± 1.0	50	17.9 ± 1.0	47	t=1.202 p>0.05 ns
Si	29.0 ± 1.8	49	24.7 ± 1.6	43	t=1.785 p>0.05 ns

ns → anlamlı farklılık yoktur.

* p<0.05 önemli farklılık vardır

** p<0.01 çok önemli farklılık vardır

*** p<0.001 ileri düzeyde önemli farklılık vardır.

K

KADIN

İsim _____

Adres _____

Meslek _____ Uygulama tarihi _____

Eğitim _____ Yaş _____

Medeni durumu _____ istekte bulunan _____

K oranları

K	S	L	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
9	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

Şekil 7

_____ Kontrol grubu (luteal faz)

- - - - - PMS grubu (luteal faz)

p<0.05* → önemli farklılık vardır.

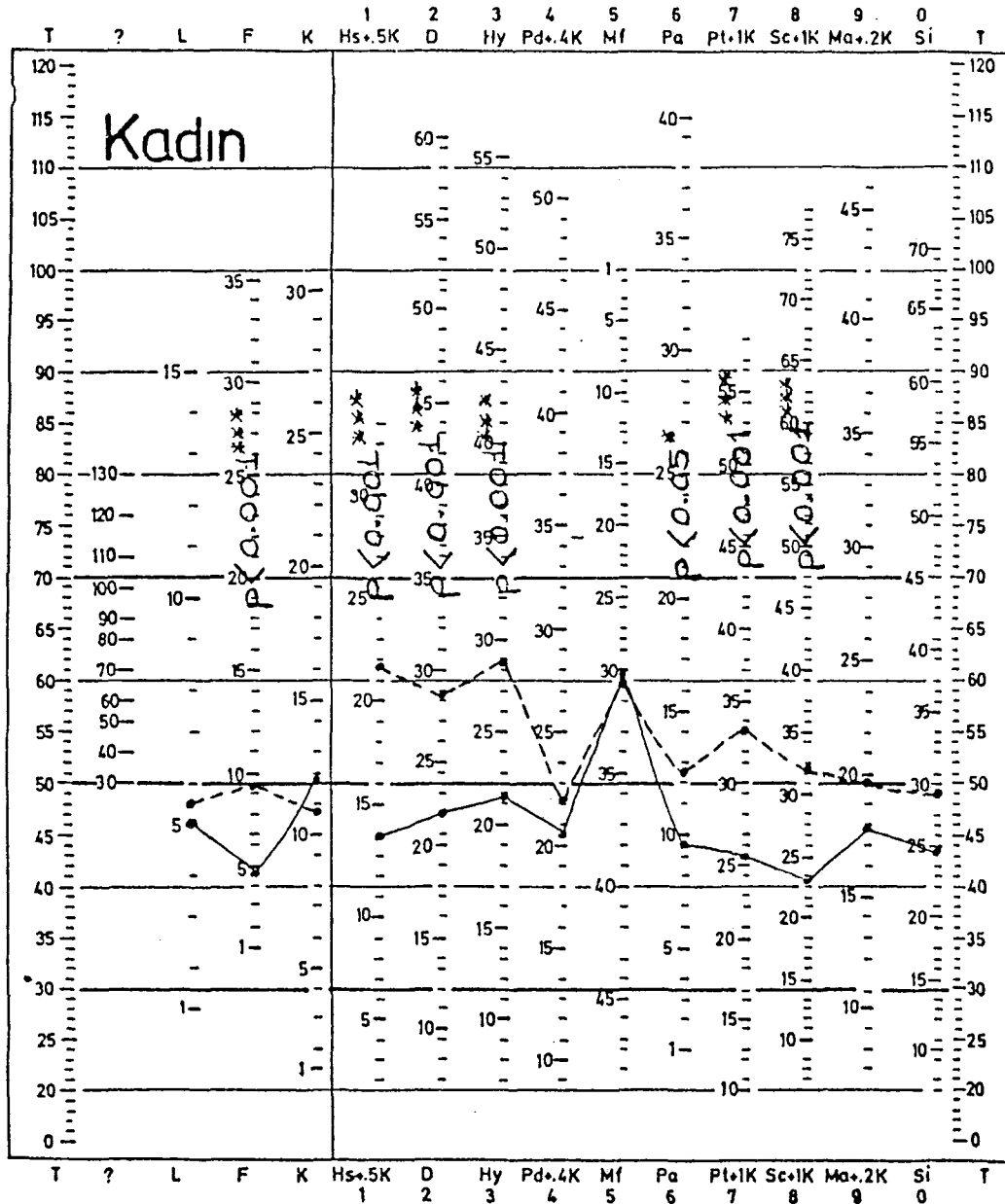
p<0.01** → çok önemli farklılık vardır.

p<0.001*** → ileri düzeyde önemli farklılık vardır.

PROFİL

MINESOTA ÇOK YÖNLÜ KİŞİLİK ENVANTERİ

47



Ham puan _____

K ekleri _____

K eklenmiş puan _____

TARTIŞMA

PMS'un değerlendirilmesinde rutin fizik muayene ve laboratuvar çalışmalarına ek olarak menstrual siklus boyunca fizyolojik değişikliklere eşlik eden psikolojik değişikliklerin şiddetini ve siklik özelliğini incelemek çok önemlidir. Premenstrual değişiklikler ile altında yatan psikolojik problemlerin veya psikiyatrik bozuklukların ilintisi uzun yıllardır incelenmekte olup; (86) PMS ile ilintili araştırma yapmanın zorlukları çok iyi belgelenmiştir(39). Çalışmamızın verileri bize PMS'lu hastaları incelerken MMPI'in yararlı bir araç olduğunu göstermesine rağmen klinisyenlerin MMPI'in hangi menstrual siklus döneminde yanıtlandığına dikkat etmeleri önemlidir(69,93).

Çalışmamızdaki kontrol grubumuzun T skorları değerleri hem folliküler hemde luteal faz için normal Türk kadınlarının T skoru değerleri(89) ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemesine karşın Chuong ve ark. (94) her ne kadar kontrol grubunun folliküler ve luteal faz Tskorlarının normal sınırlar içinde bulmuş olacaklar da; folliküler faz için F, K, Hs, D, Pa, Pt ve Si skorlarında, luteal faz içinde F, K, Hs, D, Pa, Pt ve Si skorlarında kontrol grubunu normal kadınlardan anlamlı olarak farklı bulmuştur. Kontrol grubu ve normal Türk kadınlarının (Tablo III, IV; şekil 1,2), profilleri incelendiğinde kontrol grubunun normal gruba göre daha dikkatli, aktif, dışa dönük, diğer insanlarla iken rahat, kendinden emin, duygusal olarak stabil, başarıya yönelik,

gerçekçi normallerden daha az fiziksel yakınmaları, gerilimi, anksiyetesi ve endişeleri olduğu görülmektedir.

Kontrol grubumuzun luteal fazda depresyon ve psikastenik skalaları folliküler faza göre anlamlı olarak yükselmiş bulunmasına karşın (tablo V, şekil 3), skorların normal sınırlar içinde oluşu nedeniyle bu konuyu yorumlamak oldukça zordur. Ama folliküler fazla luteal faz arasında çok önemli psikolojik değişikliklerin olmayışı bu kişilerde PMS olmadığını ve psikolojik açıdan normal bir örneklem grubu olduklarını destekler nitelikte olup Choung ve ark. larının bulguları ile uyum içindedir(94).

Sıra PMS'lu grubumuza geldiğinde bu grubun folliküler fazdaki L, F, Hs, D, Hy, Pa, Pt ve Sc skalaları T skorlarının kontrol grubunun T skorlarından anlamlı olarak yüksek bulunuşu (Tablo VII, Şekil 5) bu grubun normal olarak kabul edilen folliküler dönemde bile bazı psikolojik özellikleri olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Buna göre PMS'lu grubumuz kontrole göre daha fazla fiziksel yakınmaları olan semptomatik depresyonu yansıtacak tutum ve davranış sergileyen, daha fazla histerik dinamik ile ilintili davranışları olan, daha hassas, şüpheli, kuruntulu, tutum ve fikirlerinde katı, gergin, sinirli ve anksiyeteli kişiler olduğu ortaya çıkmıştır.

PMS'lu kadınlarımızın MMPI skorları genellikle somatoform bozukluklarında gözlenen profili oluşturmuşlardır. Hy ve Hs'nin yükselmesi ve D'den yüksek oluşu konversiyon "V"si dediğimiz konfigürasyonu oluşturmuştur. Bu, kişilerin kişisel olarak kendilerine sıkıntı veren problemleri daha rasyonel veya kabul edilebilir problemlere dönüştürdüğünü yani kişilerin psikolojik problemlerini somatik yakınmalara dönüştürdüğü anlamındadır(90). Aynı "V" konfigürasyonunun kontrol grubunda görülmeysi bunun PMS'lu gruba özgü bir özellik olduğunu akla getirmektedir. Acaba bu kadınlar genelde kişisel problemlerini

somatik yakınmalara dönüştürerek premenstrual semptomların oluşumunu kolaylaştırıyorlar mı? Bu çalışma ile her ne kadar bu soruya tam bir yanıt veremiyorsakda PMS'lu kadınların kontrollere göre daha fazla nörotik eğilimli oldukları sonucu, bu kadınların nörotisizm gibi belirgin ortak kişilik özellikleri olduğunu vurgulayan bazı çalışmalarla uyum içindedir(40,63,68,70,71).

Menstruasyon ve kişiliğin ilişkisini gösterme çabaları çok yeni bir şey değildir. Coppen ve Kessel(40) huzursuzluk, gerilim, şişkinlik gibi premenstrual semptomların nörotizm ölçeği ile anlamlı ilişkisi olduğunu belirtirken Sampson(64) ile Awaritefe(66) ve ark. bu tür bir ilişki gözlemeyemediklerini belirtmişlerdir. Hallman'da(63) PMS'lu hastaların kontrollara göre daha fazla somatik anksiyete, kas gerilimi indirek ve sözlü agresyon ve nörotisizm ile daha düşük düzeyde sosyalizasyon göstermelerini bu çalışmasındaki hasta grubun çok özel seçildiğine bağlamıştır. Ona göre bu hastalar semptomlarından o kadar rahatsızdırlarki tedavi için kendileri başvurmuşlardır. Bunu aynen hipertansiyon nedeniyle tedaviyle gelenlerin rasgele toplumdan seçilen hipertansiflerden daha nörotik olmalarına benzetilmiştir. Bu konuda yapılan çalışmaların çoğu Eysenk Kişilik Envanterinin Nörotisizm skorları ile premenstrual ve menstrual semptomlar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Blank'e(68) göre de belirle kişilik örüntüleri kadının premenstrual dönemde kendini rahatsız hissetmesine neden olurken, siklusun bu döneminde semptomlarını algılayışını da etkileyebilmektedir. Her ne kadar Awaritefe va ark.(66) kişilik ile PMS'un kesin bir ilişkisini gösterememiş olsa da sürekli anksiyete ile premenstrual durumsal anksiyetesi arasında ilişki olduğunu bildirirken, temelde var olan anksiyeteye bağlı olarak o dönemde daha yoğun bir anksiyete yaşandığını vurgulamışlardır.

MMPI ile yapılan çalışmaların bazıları araştırmannın yalnızca luteal fazda uygulanışı nedeniyle tam anlamıyla PMS'u yansıtmadığı veya altında yatabilecek herhangi bir psikiyatrik bozukluğu ekarte edemediği için eleştiri almışlardır. Bizde bu amaçla çalışmamızda her iki grup için hem folliküler hem de luteal fazda olmak üzere iki kez MMPI'ı uyguladık. Trunnel (71) MMPI ile yaptığı çalışmada folliküler fazda PMS olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirtirken Choung ve ark(94). MMPI sonucuna göre PMS'lu kadınların olmayanlara göre daha fazla kişiler arası hassasiyetleri, şüphecilikleri olduğunu, belirgin depresyon, gerilim ve anksiyete sergilediklerini, profillerine göre %25'inin ileri psikiyatrik muayeneye gereksinim gösterdiklerini vurgulamıştır. Bizim her ne kadar PMS'lu grubumuz genel kişilik örüntüleri yönünden kontrole göre daha nörotik bulunmuş olsa da hasta seçimi DSM-III-R'ın LLPDD tanı kriterine göre yapıldığı için ileri psikiyatrik muayeneyi gerektirecek psikiyatrik bozukluk profili elde edilen hastamız olmamıştır. Bu da tanı kriterinin MMPI tarafından desteklenecek nitelikte olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Tüm bu bulgular ışığında bizim sonuçlarımızda PMS'u olan kişilerin nörotik eğilimli kişiler olduğunu belirten çalışma sonuçları uyum içindedir(40,63,68,70,71).

PMS grubumuzun follikül ve luteal fazdaki MMPI profilleri incelendiğinde (Tablo VIII, Şekil 6) çeşitli sahalarda anlamlı farklılıklar bulunması PMS tanısı koymak için folliküler fazda normal olan semptomların şiddetlenip kişiye rahatsızlık verecek düzeye gelmesi gerekliliği kriteri ile uyumludur(7,44,45). PMS'lu kadınlar luteal dönemde normalden daha fazla fizik yakınmaları olan, vücut fonksiyonları ve fiziksel sıhhat durumları hakkında endişeleri olan, immatur, inatçı, daha fazla semptomatik depresyonu yansıtan yakınmaları bulunan, daha gösterişçi, dışa dönük, yüzeysel,

ben merkezci, problemlerini yadsıyan, yaşamın hoş olmayan yönlerinden kaçan, biraz daha fazla otoriteye başkaldıran kişiler olarak tariflenmiştir. Ama yükselme gösteren skalalar profilde incelendiğinde bunların zaten folliküler fazda da normale göre yükselme gösteren skalalar olduğu görüldü. Bu da PMS'lu grubun luteal fazda temelde var olan bazı semptomlarının alevlendiği şeklinde yorumlanmıştır(94).

Ayrıca folliküler fazdaki "V" konfigürasyonun luteal fazda da yükselmesine karşın özelliğini koruması PMS'lu hastaların luteal fazda yaşadıkları psikolojik sıkıntının arttığını gösterir. Bu bulguda bizim PMS tanımımız ile uyumlu bir sonuç olup PMS'lu hastaların luteal dönemde fiziksel semptomlarda olduğu kadar emosyonel semptomlarda da alevlenme olduğunu belirten diğer çalışmaları desteklemektedir(21,67).

PMS'lu grubun luteal fazda elde edilen skorları kontrol grubundakilerle karşılaştırılınca anlamlı olarak farklılık bulunması luteal fazda PMS'lu kadınların semptomlarının ne kadar şiddetlendiğinin bir göstergesidir. Her iki grubun folliküler faz skorları karşılaştırıldığında L, F, Hs, Hy, Pa, Pt ve Sc skalalarında anlamlı bulunan farklılık luteal fazda da devam etmektedir(Tablo IX; Şekil 7). Her ne kadar profil tüm olarak yorumlandığında PMS'lu kadınların kontrollara göre luteal dönemde daha fazla fiziksel yakınmaları, olan, vücut fonksiyonları hakkında endişeleri bulunan, immatür, deprese, benmerkezci ve hassas oldukları şeklinde çıkıyor olsada bizce zaten temelde var olan bu farklılık luteal dönemde biraz belirginleşiyor. Bu sonuçlar PMS'lu olmayan kadınlara göre olanların luteal fazda daha fazla depresyon(21,53,67, 71) anksiyete(66,67) psikopatoloji(95), gösterdiğini belirten çalışmalarla uyum içindedir.

Çalışmamızın tüm bulguları gözden geçirildiğinde PMS'lu kadınların temelde onları bu hastalığa yatkın kılan nörotik eğilimi olan kişilik örüntüleri olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu örüntü nedeniyle bu kadınların belkide semptomlarını algılamaları değişiyor ama böyle bir algılama değişikliğini tek başına kişilik örüntüsüne bağlamak folliküler fazda da bu semptomların neden bu kadar şiddetli görülmediğini gözardı etmek demektir. Yine de bulgularımız ışığında bu kişilik örüntülerinin bu kadınları PMS'a daha predispoze kıldığını söyleyebiliriz.

Ayrıca PMS'un kabul edilen tanımına uygun olarak DSM-III-R tanı kriterlerine göre seçimi yapılan hastaların temelde var olan bazı semptomlarının şiddetlenmesinin MMPI ile vurgulanması, MMPI'nin bu hastaların incelenmesinde yararlı bir araç olduğunu ortaya koyarken, tanı kriterlerinin bu hastaları mükemmele yakın ayırttığını de vurgulamaktadır. Ayrıca, bu tip hastalar ilk kez yalnızca psikiyatrist tarafından görülmediğine göre, PMS'un diğer organik bozukluklardan veya psikiyatrik hastalıklardan ayırd etmek nasıl mümkün olacaktır? Bu çalışmanın temelinde orta veya şiddetli premenstrual semptomları olan kadınların iç hastalıkları uzmanı, aile hekimi veya kadın doğum uzmanı gibi bir hekimle beraber, psikiyatrist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanından oluşan multidisipliner bir ekip tarafından gözetilmesi gerektiğini vurgulamak istiyorum.

Her ne kadar premenstrual yakınmalarından dolayı hekime başvuran kadınlarda tıbbi problemler ve premenstrual psikolojik zorluklar var olsa da, bu kadınların çoğunun kronik bir psikiyatrik hastalıkları mevcut değildir. Bu hastalar kendi istekleri ile hekime başvurduklarına göre eğer hekim onu yalnızca herhangi bir semptomu olmayan folliküler fazda görürse tanıyı atlayabileceği gibi tam tersine luteal fazda görürse psikiyatrik bir bozukluğu

olduğunda düşünülebilir. Bu çalışmada da belirtildiği gibi hastalığın gerçek yapısı, gidişi ortaya çıkarılmadan uygun tedaviye karar vermek hatalı olur.

Bu çalışma ile PMS'lu kadınlarla ilgilenen hekimleri, kendilerinde PMS olduğunu düşünen kadınların gerçekte daha yoğun fiziksel veya psikososyal inceleme gerektirecek bozuklukları olabileceği konusunda uyarmak istiyorum.

Bu çalışma ile her ne kadar PMS'lu kadınların özgül bir kişilik örüntüleri olduğu ve bunun da PMS geliştirmelerine yatkınlık sağlamalarına neden olduğu belirtiliyor olsa da tek başına kişilik örüntüsünün PMS'un nedeni olmayacağı açıktır. Bu konu ile ilintili olabilecek diğer psikososyal faktörlerinde incelenmesinin konuya ışık tutacağı düşüncesindeyiz.

SONUÇLAR

Çalışmamızın önemli bazı sonuçlarını şöyle sıralayabiliriz.

- 1- Araştırmamızdaki PMS'lu kadınların temelde onları bu hastalığa yatkın kılan nörotik eğilimi olan kişilik örüntülerinin mevcut olduğu gözlemlendi.
- 2- PMS tanımına uygun olarak luteal dönemde fiziksel olduğu kadar ruhsal belirtilerde de şiddetlenme saptandı.
- 3- PMS ile adet öncesi alevlenme gösteren affektif bozuklukların ayırıcı tanısı hastanın tedavisinde çok önemlidir.
- 4- MMPI ile PMS'lu hastaların belirtilerindeki şiddetlenme objektif olarak gözlemlendi.
- 5- MMPI'nin, PMS'lu hastaların değerlendirilmesinde önemli bir işlevi vardır.
- 6- PMS için ortaya konan DSM-III-R kriterlerinin MMPI ile desteklendiği gözlemlendi.
- 7- PMS ile ilgili tüm hekimlerce bu hastalığın biyolojik olduğu kadar ruhsal yönlerinin, doğru tanı konulup uygun tedavi uygulama açısından bilinmesinin gerekliliği ortaya konmuştur.

ÖZET

Bu çalışmada PMS tanısı olan olguların kişilik özellikleri araştırılmıştır. DSM-III-R kriterlerine göre PMS tanısı olan 25 kişinin, MMPI ile kişilik özellikleri ve ruhsal belirtilerinin değerlendirmeleri yapılmış, elde edilen bulgular, kendi içinde ve kontrol grubuna ait verilerle karşılaştırılmıştır.

Çalışmamız ilk bölümünde PMS'un tanısı, organik ve psikososyal etyolojik varsayımları, tanı yöntemleri ve tedavisi ele alınmıştır.

İkinci bölümde araştırma yöntemimiz, gereçler anlatılmış ve araştırma bulgularımız verilmiştir. Bu bulgulara göre PMS tanısı olan kadınların kontrollara göre farklı olan, temelde onları bu hastalığa yatkın kılan nörotik eğilim olan kişilik örüntülerinin mevcut olduğu bulunmuştur. Ayrıca DSM-III-R tanı kriterlerine uygun olarak kontrollara göre PMS'lu kadınlarda luteal dönemde anlamlı olarak hem fiziksel hemde ruhsal belirtilerde şiddetlenme olduğu gözlenmiş ve bu farklılık MMPI ile objektif olarak ortaya konmuştur. Böylece PMS'lu hastaların ruhsal değerlendirmelerinde MMPI'in önemli bir işlevi olduğu vurgulanmıştır.

Son bölümde ise, elde edilen tüm veriler literatür ışığında tartışılarak belirgin sonuçlara varılmıştır.

KAYNAKÇA

1. Haskett,R.F.: Premenstrual Dysphoric Disorder: Evulation, pathophysiology and treatment. Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psych., 11:129-135, 1987.
2. Luggin,R., Bernsted,L., Peterson,B., et al: Acute Psychiatric admission related to the menstrual cycle. Acta Psych. Scand., 69: 461-465, 1984.
3. Mandell,A.J., Mandell,M.P.: Suicide and the menstrual cycle (Clinical notes). Jama, 200(9): 132-133, 1967.
4. Reid,R.L., Yen,S.S.C.: Premenstrual Syndrome. Am J.Obstet. Gynecol., 139(1): 85-104, 1981.
5. Kaplan,H.S: The New Sex therapy. New York Times Book Company, New York, 1976, s.78-81.
6. Spitzer,R.L., Severino,S.K., Willams,J.B.W., et al.: Late Luteal Phase dysphoric disorder and DSM-III-R. Am J. Psych. 146(7): 829-897, 1989.
7. APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition-Revised. Washington, DC pub. APA, Washington, 1987, s. 367-369.
8. Strickler,R.C.: Premenstrual Syndrome. In: Sciarra, J.J., McElin, T.W.: Gynecology and Obstetrics, Vol. I.(23). Harper and Row Pub., Maryland, 1977, s. 1-11.
9. Blumenthal,S.J., Nadelson,C.C.: Late luteal phase dysphoric disorder (PMS): Clinical Implications. J. Clin. Endoc. Metab., 68(1): 125-130, 1989.

10. Halbreich,U., Endicott,J.: Premenstrual depressive changes. *Arch. Gen. Psych.*, 40:535-542, 1983.
11. Dejong,R., Rubinow,D.R., Roy-Byrne,P., et al: Premenstrual mood disorder and psychiatric illness. *Am. J. Psych.*, 142(11): 1359-1361, 1985.
12. Rubinow,D.R., Roy-Byrne,P., Hoban, C., et al: Prospective assessment of menstrually related mood disorders. *Am. J. Psych.*, 141(5) : 684-686, 1984.
13. Beumont,P.J.V., Richards,D.H., Gelder,M.G.: A study of minor psychiatric and physical symptoms during the menstrual cycle. *Brit.J.Psych.*, 126:431-434, 1975.
14. Halbreich.U., Assael,M., Ben-David,M., et al: Serum prolactin in women with PMS. *Lancet.*, ii=654, 1976.
15. Taylor,J.W.: Plasma progesterone, oestradiol 17 β and premenstrual symptoms. *Acta Psych. Scand.*, 60: 76-86, 1979.
16. Abplanalp,J.M., Donnely,A.F., Rose,R.M., et al: Psychoendocrinology of the menstrual cycle: I. Enjoyment of daily activities and moods. *Psychosom. Med.*, 41(8): 587-604, 1979.
17. Abplanalp,J.M., Donnely,A.F., Rose,R.M., et al: Psychoendocrinology of the menstrual cycle: II. The relationship between enjoyment of activities, moods and reproductive hormones. *Psychosom. Med.*, 41(8): 605-615, 1979.
18. Sanders,D., Warner,P., Bäckström,T., et al: Mood, sexuality, hormones and the menstrual cycle. I. Changes in mood and physical state: Description of subjects and method. *Psychosom. Med.*, 45(6): 487-501, 1983.
19. Bäckström,T., Sanders,D., Leask,R., et al.: Mood, sexuality, hormones and the menstrual cycle. II. Hormone levels and thier relationship to the premenstrual syndrome. *Psychosom. Med.*, 45(6): 503-507, 1983.

20. Chuong,C.J., Coulam,C.B., ChihKao,P., et al: Neuropeptide levels in PMS. *Fert. and Ster.*, 44(6): 760-765, 1985.
21. Trunnell,E.P., Turner,C.W., Keye,W.R.: A comparison of the psychological and hormonal factors in women with and without PMS. *J. Abnormal Psychol.*, 97(4): 429-436, 1988.
22. Hamilton,J.A., Parry,B.L., Blumenthal,S.J.: The menstrual cycle in context, I: Affective syndromes associated with reproductive hormonal changes. *J. Clin. Endoc. Metab.*, 68(1): 474-479, 1989.
23. Hamilton,J.A., Parry,B.L., Blumenthal,S.J.: The menstrual cycle in context, II: Human gonadal steroid hormone variability. *J. Clin. Endoc. Metab.*, 68(1): 480-483, 1989.
24. Rausch,J.L., Janowsky,D.S., Golshan,S., et al.: Atenolol treatment of late luteal phase dysphoric disorder. *J. Aff. Disorder.*, 15: 141-147, 1988.
25. Hammarbäck,S., Damber,J.E., Bäckström,T.: Relationship between symptom severity and hormone changes in women with premenstrual Syndrome. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 68(1): 125-130, 1989.
26. Rubinow,D.R., Schmidt,P.J.: Models for the development and expression of symptoms in Premenstrual Syndrome. *Psych. Clin. North Am.*, 12(1): 53-68, 1989.
27. Casper,R.F., Hearn,M.T.: The effect of hysterectomy and bilateral oophorectomy in women with severe Premenstrual Syndrome. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 162(1): 105-109, 1990.
28. Strickler,R.C.: Endocrine hypotheses for the etiology of premenstrual syndrome. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 30(2): 377-385, 1987.
29. Maddocks,S., Hahn,P., Moller,F., et al.: A double-blind placebo-controlled trial of progesterone vaginal suppositories in the treatment of PMS. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 154(3): 573-581, 1986.

30. Smith,S., Rinehart,J.S., Ruddock,V.E., et al.: Treatment of PMS with Alprazolam: Result of a double-blind, placebo-controlled, randomized cross over clinical trial. *Obstet. Gynecol.*, 70(1): 37-43, 1987.
31. Sarno,A.P., Miller,E.J., Loundblad,E.G., et al.: Premenstrual Syndrome: Beneficial effects of periodic, low-dose Danazol. *Obstet. Gynecol.*, 70(1): 33-36, 1987.
32. Sampson,G.A., Heathcote,P.R.M., Wordsworth,J., et al.: Premenstrual Syndrome: A double-blind cross over study of treatment with dydrogesterone and placebo. *Brit. J. Psych.*, 153: 232-235, 1988.
33. Deicken,R.F.: Verapamil treatment of premenstrual syndrome. *Biol. Psych.*, 24: 689-692, 1988.
34. Magos, A.: Advances in the treatment of the premenstrual syndrome (Commentaries). *Brit. J. Obstet. Gynecol.*, 97:7-10, 1990.
35. Bancroft,J., Boyle,H., Warner,P., et al.: The use of an LHRH agonist, Buserelin, in the long-term management of premenstrual syndromes. *Clin. Endocrinol.*, 27:171-182, 1987.
36. Kendall,K.E., Schnurr,P.P.: The effects of Vitamin B6 supplementation of premenstrual symptoms. *Obstet. Gynecol.*, 70: 145-149, 1987.
37. Giannini,A.J., Sullivan,B., Sarachene,J., et al.: Clonidine in the treatment of premenstrual syndrome : A subgroup study. *J. Clin. Psych.*, 49: 62-63, 1988.
38. Parry, B.L., Berga, S.L., Mostofi, N., et al.: Morning versus evening bright light treatment of LLPDD. *Am. J. Psych.*, 146(9): 1155-1160, 1989.
39. Rubinow,D.R., Roy-Byrne,P.: Premenstrual Syndrome: Overview from a methodologic perspective. *Am. J. Psych.*, 141: 163-172, 1984.
40. Coppen,A., Kessel,N.: Menstruation and Personality. *Brit. J. Psych.*, 109: 711-721, 1963.

41. Moos,R.H.: The development of the menstrual distress questionnaire. *Psychosom. Med.*, 6: 853-869, 1968.
42. Taylor,J.W.: The timing of menstruation-related symptoms assessed by a daily symptom rating scale. *Acta Psych. Scand.*, .60:87-105, 1979.
43. Casper,R.F., Powel,A.M.: Premenstrual syndrome: Documentation by a linear analog scale compared with two descriptive scales. *Am J. Obstet. Gynecol.*, 155(4): 862-867, 1986.
44. Anderson,M., Severino,S.K., Hurt,S.W.,et al.: Premenstrual research: Using the NIMH Guidelines.*J. Clin. Endocrinol and Metab.*, 68(1): 484-485, 1989.
45. Osofky,H.J., Keppel,W., Kuczmierczyk,A.R.: Evaluation and management of premenstrual syndrome in clinical psychiatric practice. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 68(1): 494-498, 1989.
46. Logue,C.M., Moos,R.H.: Perimenstrual symptoms: Prevalence and risk factors. *Psychosom. Med.*, 48(6): 388-414, 1986.
47. Johnson,S.R.: The epidemiology and social impact of premenstrual symptoms. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 30(2): 367-376, 1987.
48. Halbreich,U., Endicott,J., Schacht,S., et al.: The diversity of premenstrual changes as reflected in the premenstrual assessment form. *Acta psych. Scand.*, 65: 46-65, 1982.
49. Janiger,O., Riffenburg,R., Kersh,R.: Cross cultural study of premenstrual symptoms. In: Johnson S.R.: The epidemiology and social impact of premenstrual symptoms. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 30(2): 367-376, 1987.
50. McFarlene,J., Martin,C.L., Williams,T.M.: Mood Fluctuations: Women versus men and menstrual versus other cycles. *Psychology Wom. Quarter.*, 12: 201-223, 1988.

51. Aubuchon,P.G., Calhoun,K.S.: Menstrual symptomatology: The role of social expectancy and experimental demand characteristics. *Psychosom. Med.*, 47(1): 35-45, 1985.
52. Sommer,B.: The effect of menstruation on cognitive and perceptual-motor behavior: A review. *Psychosom. Med.*, 35(6): 515-534, 1973.
53. Gunston,K.D.: Premenstrual syndrome in Cape Town. *SAMJ*, 70: 156-158, 1986.
54. Freidman,J., Meares,R.A.: The menstrual cycle and habituation. *Psychosom. Med.*, 41(5): 369-381, 1979.
55. Freeman,E.W., Sondheimer,S.J., Rickels,K., et al.: PMS treatment approaches and progesterone therapy. *Psychosom.*, 26(10): 811-816, 1985.
56. Rubinow,D.R., Hoban,M.C., Grover,G.N., et al.: Changes in plasma hormones across the menstrual cycle in patients with menstrually related disorder and in control subjects. *Am J. Obstet. Gynecol.*, 158: 5-11, 1988.
57. Sondheimer,S.J., Freeman,E.W., Scharlop,B., et al.: Hormonal changes in PMS. *Psychosom.*, 26(10): 803-810, 1985.
58. Massil,H.Y., Shaughn,O.B.: Approach to the management of premenstrual syndrome. *Clin Obstet. Gynecol.*, 30(2): 443-452, 1987.
59. Budoff,P.W.: Use of Prostaglandin Inhibitors in the treatment of premenstrual syndrome. *Clin Obstet. Gynecol.*, 30(2): 453-464, 1987.
60. Steege,J.P., Stout,A.L., Rupp,S.L.: Relationships among premenstrual symptoms and menstrual cycle characteristics. *Obstet. Gynecol.*, 65(3): 398-402, 1985.
61. Bains,G.K., Slade,P.: Attributional patterns, moods and the menstrual cycle. *Psychosom. Med.*, 50:469-476, 1988.

62. Heilburn,A.B., Renert,D.: Psychological defences and menstrual distress. *Brit. J. Med. Psychol.*, 61: 219-230, 1988.
63. Hallman,J., Oreland., Edman,G., et al.: Trombocyte MAO activity and personality traits in women with severe premenstrual syndrome. *Acta Psych. Scand.*, 76: 225-234, 1987.
64. Sampson,G.A., Jenner,F.A.: Studies of daily recordings from the Moos Menstrual Distress Questionnaire. *Brit. J. Psych.*, 130: 265-271, 1977.
65. Hammarbäck,S., Bäckström,T.: A demographic study on subgroups of women seeking help for premenstrual syndrome. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 68: 247-253, 1989.
66. Awaritefe,A., Awaritefe,M., Diblib,F.M.E., et al.: Personality and menstruation. *Psychosom. Med.*, 42(2): 237-251, 1980.
67. Morse,C.A., Dennerstein,L., Varnavides,K., et al.: Menstrual cycle symptoms: Comparison of a non-clinical sample with a patient group. *J. Aff. Disord.*, 14: 41-50, 1988.
68. Blank,A.M., Goldstein,S.E., Chatterjee,N.: Premenstrual tension and mood change (The reviews). *Can. J. Psych.*, 25(7): 577-585, 1980.
69. Keye,W.R., Hammond,C., Strong,T.: Medical and psychologic characteristics of women presenting with premenstrual symptoms. *Obstet. Gynecol.*, 68(5): 634-637, 1986,
70. Jonas,L.: The relationship of menstrual distress to personality, marital status, marital adjustment and male attitudes. *Diss. Abstr. Intern.*, 47(07): 3092, 1986.
71. Trunnel,E.P.: A comparison of immune, psychological and hormone factor in women with and without PMS. *Diss. Abstr. Intern.*, 47(06): 2361, 1986.

72. Magos,A.L., Brincat,M., Studd,J.W.W.: Trend analysis of the symptoms of 150 women with a history of premenstrual syndrome. *Am. J. Gynecol.*, 155(2): 277-282, 1986.
73. Keye,W.R.: General evaluation of menstrual symptoms. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 30(2):396-407, 1978.
74. Kathol,R.G.: Evaluation of psychiatric symptoms in patients presenting with symptoms of premenstrual tension syndrome. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 30(2): 408-416, 1987.
75. Harvey,S.M.: Female sexual behavior: Fluctuations during the menstrual cycle. *J. Psychosom. Res.*, 31(1): 101-110, 1987.
76. Cameron,O.G., Kuttesch,D., McPhee,K., et al.: Menstrual fluctuation in the symptoms of panic anxiety. *J. Aff. Disord*, 15:169-174, 1988.
77. Giannini,A.J., Sorger,L.G., Martin,D.M., et al.: Impaired reception of nonverbal cues in women with Premenstrual tension syndrome. *J. Psychol.*, 122(6): 591-596, 1989.
78. Coppen,A.: The Prevalence of menstrual disorders in psychiatric patients. *Brit. J. Psych.*, 111: 155-167, 1965.
79. Wetzler,R.D., Reich,T., McClure,J.N., et al.: Premenstrual affective syndrome and affective disorder. *Brit. J. Psych.*, 127:219-221, 1975.
80. Sherry,S., Notman,M.T., Nadelson,C.C., et al.: Anxiety, depression and menstrual symptoms among freshman medical student. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 68(1): 490-493, 1989.
81. Endicott,J., Halbreich,U., Schacht,S., et al.: Premenstrual changes and affective disorders. *Psychosom. Med.*, 43: 519-530, 1981.
82. Mortola,J.F., Girton,L., Yen,S.S.C.: Depressive episodes in premenstrual syndrome. *Am J. Obstet. Gynecol.*, 161:1682-1687, 1989.

83. Roy-Byrne,P.P., Hoban,M.C., Rubinow,D.R.: The relationship of menstrually mood disorder to psychiatric disorders. Clin. Obstet. Gynec., 30(2): 386-395, 1987.
84. Endicott,J., Halbreich,U.: Clinical significance of premenstrual dysphoric changes. J. Clin. Endocrinol. Metab., 68(1): 486-489, 1989.
85. Harrison,W.M., Rabkin,J.G., Endicott,J.: Psychiatric evaluation of premenstrual changes. Psychosom., 26(10): 789-799, 1985.
86. Halbreich.J., Endicott,J.: Relationship of dysphoric premenstrual changes to depressive disorders. Acta Psych. Scand., 71: 331-338, 1985.
87. Scully,J.H.: Psikiyatri. Çeviri editörü: Saygılı R., Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1990, s. 287-289.
88. Steiner,M., Haskett,R.F., Carroll,B.J.: Premenstrual tension syndrome: The development of research diagnostic criteria and new rating scales. Acta Psych. Scand., 62: 177-190, 1980.
89. Savaşır,I.: Minnesota çok yönlü kişilik envanteri el kitabı (Türk Standardizasyonu), Sevinç Matbaası, Ankara, 1981.
90. Greene,R.L.: The MMPI an Interpretive Manual. Grune and Stratton Inc., Orlando, 1980, s. 82-84.
91. Amerikan Psikiyatri Birliği: DSM-III-R. Çeviren: Köroğlu, E. Hekimler yayın birliği, Ankara, 1989, 207-208.
92. Özdamar,K.: Biyoistatistik. Bilim Teknik yay., İstanbul, 1989.
93. Freeman,E.W., Sondheimer,S.J., Rickels,K.: Medical and Psychologic characteristics of women presenting with premenstrual symptoms (letter). Obstet. Gynecol., 70(1): 142-143, 1987.
94. Chuong, C.J., Colligan, R.C., Coulam, C.B., et al.: The MMPI as an aid in evaluating patients with premenstrual syndrome. Psychosom., 29(2): 197-202, 1988.

95. Hurst, M., Daphne, A.: Psychological evaluation of premenstrual syndromes: A descriptive study. *Diss. Abstr. Intern.*, 49(03): 917-B, 1987.

Ek: 1

- 1 - Adı ve soyadı:
- 2 - Yaşı
 - a. 15-20
 - b. 20-25
 - c. 25-30
 - d. 30-35
 - e. 35-40
 - f. 40 +
- 3 - Medeni durum
 - a. Evli
 - b. Bekar
 - c. Dul (Ölmüş)
 - d. Dul (Boşanmış)
- 4 - Çocuk durumu
 - a. Çocuklu
 - b. Çocuksuz
- 5 - Mesleği
 - a. Ev hanımı
 - b. Memur
 - c. İşçi
 - d. Mimar-Mühendis
 - e. Doktor
 - f. Ebe-Hemşire
 - g. Öğretmen
 - h. İdari kadroda
- 6 - Doğum kontrol yöntemi
 - a. Oral kontraseptif (hap)
 - b. Spiral
 - c. Prezervatif
 - d. Dışa boşalma
 - e. Korunmuyor
- 7 - Sancılı adet görüyorsunuz (Dismenore)
 - a. Evet
 - b. Hayır
- 8 - İlk adet yaşınız
 - a. 10-11
 - b. 12-13
 - c. 14-15

- d. 16-17
- 9 - İlk adetinizi görmeden önce bu konuda bilginiz var mıydı?
- Evet
 - Hayır
- 10 - Bilgileri nereden edindiniz?
- Anne veya anne yerindeki kişiden
 - Okuldan
 - Gazete ve dergilerden
 - Arkadaşlardan
 - İlk kez ablam olunca farkettim
- 11 - İlk kez donunuzda kan gördüğünüzde ne hissettiniz?
- Hastalandığımı
 - Kadın olduğumu sanıp paniğe kapıldım
 - Üzüldüm, çünkü istemiyordum. Her ayın belli günlerinde buna tahammül etmek zordu
 - Hiçbir şey düşünmedim
 - Zaten geciktiği için arkadaşların yanında kendimi kötü hissediyordum, onun için sevindim
 - Sevindim, çünkü bu artık genç kız olduğumun belirtisiydi
- 12 - Şu anda neler hissediyorsunuz?
- Kadın olduğumuza göre mecburum katlanacağım
 - Diğer günlerden hiçbir farkı olmuyor
 - Bazen keşke erkek olsaydım diyorum
 - Çok hastalandığım için dört gözle tamamen kesileceği zamanı bekliyorum
- 13 - Adetin süresi;
- 20-22
 - 23-25
 - 26-28
 - 29-31
 - 32-34
- 14 - Adetiniz kaç gün sürüyor?
- 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7

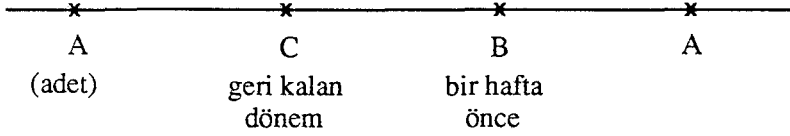
Ek: 2

ADET ZORLUĞU FORMU

Aşağıda kadının adet öncesi adet döneminde bazan yakınabileceği şikayetlerin bir listesi bulunmaktadır. Bu şikayetlerinizi aşağıda belirtilen dönemlerde, dönemine ve şikayetine göre işaretleyiniz.

Yardımlarınız için teşekkürler.

- I. sütun (A) adet sırasında
 II. sütun (B) adetten bir hafta önce
 III. sütun (C) dönemin geri kalan zamanında



- 0 = hiç böyle bir şikayetim olmadı
 1 = çok hafif hissedilecek şekilde (varla yok arası)
 2 = az mevcut
 3 = orta derecede mevcut
 4 = şiddetli derecede mevcut
 5 = çok şiddetli iş yapmamı engelliyor

	Adet dönemi	Bir hafta önce	Geri kalan dönem
1 - Uykusuzluk			
2 - Ağlama			
3 - Okul ve iş yerinde normale göre iş yapabilmeye kötüleşme			
4 - Kas katılığı			
5 - Unutkanlık			
6 - Konfüzyon (Aklının karışması), şaşkınlık			
7 - Uyuklama ve uyuma			
8 - Baş ağrısı			
9 - Cilt bozukluğu (ör:sivile)			
10 - Yalnızlık			
11 - Bunalma duygusu			
12 - Hergüne göre daha duygusallık			
13 - İşten veya okuldan gelip evde oturma			
14 - Kramplar			
15 - Heyecan			
16 - Baygınlık, baş dönmesi			
17 - Göğüs ağrısı			
18 - Sosyal faaliyetlerden kaçınma			
19 - Endişe, kaygı (anksiyete)			
20 - Sırt ağrısı			
21 - Soğuk soğuk terleme			
22 - Kararsızlık			
23 - Bitkinlik			
24 - Bulantı veya kusma			
25 - Yerinde duramama			
26 - Sıcak basması			
27 - Konsantrasyon güçlüğü			
28 - Ağrılı gergin memeler			
29 - İyi hissetme			
30 - Kulaklarda çınlama			
31 - Çıldıracağı gibi olma			
32 - Karın, meme ve ayak bileklerinde şişkinlik			

- 33 - Ev kazaları (ör: tabak kırma,
elini kesme)
- 34 - Huzursuzluk
- 35 - Genel ağrı ve sancılar
- 36 - Mizaçta sallantılar (iyiye
veya kötüye doğru)
- 37 - Kalp çarpıntısı
- 38 - Depresyon (üzgün,
mutsuz hissetme)
- 39 - Etkinliğin azalması
- 40 - Hantallık
- 41 - Ellerde hissizlik veya
karıncalanma
- 42 - Gerilim
- 43 - Görmede bulanıklık
- 44 - Aktivite veya enerjisinde
Patlama
1 = Çok artar
2 = Artar
3 = Değişmez veya ortalamadır
4 = Azalır
5 = Çok azalır
- 45 - Seksüel arzu
1 = Çok artar
2 = Artar
3 = Değişmez
4 = Azalır
5 = Çok azalır
- 46 - İştah
1 = Çok artar
2 = Artar
3 = Değişmez
4 = Azalır
5 = Çok azalır
- 47 - Kilo
1 = Artar
2 = aynı
3 = Azalır

Ek: 3.

Geç Luteal Evre Disforik Bozukluğu için tanı ölçütleri(91)

A. Geçen yıl boyunca çoğu menstrual siklusta, luteal evrenin son haftası sırasında B maddesindeki semptomlar ortaya çıkmış ve folliküler evrenin başlamasından sonraki birkaç gün içinde bu semptomlar düzelmiştir. Menstruasyon gören bayanlarda bu evreler menstruasyonların başlamasından önceki bir haftaya ve sonraki bir kaç güne karşılık gelir. (Histerektomi geçirmiş, menstruasyon görmeyen bayanlarda, luteal ve folliküler evrelerin zamanlarının ölçümü gerekebilir.)

B. Her semptomatik geç luteal evre sırasında çoğu zaman aşağıdaki semptomlardan en az beşi olmuştur, semptomlardan en az biri (1), (2), (3) ya da (4) olmuştur:

(1) belirgin affektif labilite (oynaklık), örn. birden kendini üzgün, ağlamaklı, irritabl ya da kızgın hissetme

(2) sürekli ve belirgin öfke ya da irritabilite

(3) belirgin anksiyete, gerginlik, "heyecanlanma" ya da "endişeli olma"

(4) belirgin depresif duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da kendi kendini küçük görme düşünceleri

(5) olağan etkinliklere karşı ilgide azalma, örn. iş, arkadaş, hobiler

(6) kolay yoruluyor olma ya da belirgin enerji kaybı

(7) düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma güçlüğüne ilişkin öznel duyum

(8) belirgin iştah değişikliği, aşırı yemek yeme ya da özel birtakım yiyeceklerin özlemini çekme (aşırma)

(9) hipersomnia (aşırı uykululuk) ya da insomnia (uykusuzluk)

(10) göğüslerde duyarlılık ya da şişme, baş ağrıları, eklem ya da kas ağrısı, "şişkinlik" hissi, kilo alma gibi diğer fizik semptomlar

C. Bu bozukluk, iş yaşamını, olağan toplumsal etkinlikleri ya da başkalarıyla olan ilişkileri önemli ölçüde olumsuz olarak etkiler.

D. Bu bozukluk, sadece Major Depresyon, Panik bozukluğu, Distimi ya da bir Kişilik Bozukluğu gibi başka bir bozukluğun semptomlarının alevlenmesi değildir (bu bozukluklardan herhangi birinin üzerine binebilirse de).

E. A, B, C, ve D maddelerindeki tanı ölçütleri, daha sonra ortaya çıkacak en az iki semptomatik siklus sırasında her gün kendi-kendine-uygulanan-ölçeklerle doğrulanır. (Bu doğrulamanın öncesinde tanı geçici olarak konulabilir).