

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK PSİKİYATRİSİ ANABİLİM DALI

DEPRESİF BOZUKLUĞU OLAN ERGEN KIZLARDA
ADET DÖNGÜSÜNÜN DUYGUDURUM ÜZERİNE ETKİLERİ

123622

Dr. Saniye KORKMAZ

UZMANLIK TEZİ

123622

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ
TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Müge TAMAR

İZMİR - 2002

ÖNSÖZ

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi alanındaki eğitimimde her türlü olanağı tanıyan Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof.Dr. Cahide Aydın'a teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Uzmanlık eğitimi boyunca desteğini gördüğüm, zamanını ve emeğini bizimle paylaşan ve aynı zamanda tez danışmanım olan Doç. Dr. Müge Tamar'a en içten teşekkürü borç bilirim.

Bu araştırmanın birçok aşamasında yol gösteren, katkı ve yardımları yanısıra araştırma yapma becerisi kazandıran Yrd. Doç. Dr. Fisun Akdeniz'e teşekkür ederim.

Psikiyatri Anabilim Dalı ve Çocuk Nörolojisi Bilim dalında rotasyonum süresince emeği geçen tüm hocalarıma teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimi boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Yrd. Doç.Dr. Serpil Erermiş'e, Yrd. Doç. Dr. E. Sabri Ercan'a, birlikte çalıştığım, birçok anılar biriktirerek zenginleştiğim çalışma arkadaşlarıma ve kendilerinden birçok şey öğrendiğim çocuk ve gençlere teşekkür ederim.

Dr. Saniye Korkmaz

İZMİR- 2002

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ ve AMAÇLAR	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaçlar	2
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Premenstrüel Sendrom(PMS) ve Prementrüel Disforik Bozukluk(PMDB).....	4
2.1.1. Epidemiyoloji	9
2.1.2. Etiyoloji.....	11
2.1.3. Klinik bulgular.....	14
2.1.4. Tedavi.....	19
2.1.5. Dismenore	25
2.2. Ergenlik, Gelişim Zamanlaması ve Psikopatoloji.....	26
2.2.1 Pubertal Gelişim ve Depresyon	27
2.2.2 Depresyon Epidemiyolojisindeki Cinsiyet Farklılığı.....	28
2.2.3 Depresif Bozuklukta Yaşla İlişkili Klinik Bulgular	31
2.2.4 Depresif Bozukluk Bulgularında Cinsiyet Farklılığı	33
2.3. Premenstrüel Sendrom ve Psikopatoloji Arasındaki İlişki.....	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
3.1. Araştırmanın Hipotezleri	38
3.2. Araştırmada Kullanılan Tanım ve Kriterler.....	38
3.3. Araştırmanın Tipi	40
3.4. Araştırmanın Evreni	40
3.5. Örneklem Hacmi ve Verilerin Toplanma Yöntemi.....	40
3.6. Hasta Değerlendirme ve Ölçüm Araçları	49
3.7. İstatistiksel Değerlendirme	54
3.8. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	54
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	55
4. BULGULAR	56
4.1. Tanımlayıcı Bulgular.....	56
4.2. Premenstrüel Değerlendirme Formunun Doldurulduğu Adet Döngü Evresi ile İlgili Veriler.....	62
4.3. Depresif Bozukluk Tanısı İle İzlenen Hastaların Tanıtılması	62
4.4. Hasta ve Kontrol Gruplarının Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) İle Değerlendirilmesi.....	64
4.5. Adet Öncesi Belirtilerin Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesine (DRSP) Göre Değerlendirilmesi	69

4.6. Depresyon Şiddeti ve İzlem Sırasındaki BDE Puanının Adet Döngü Evresine Göre Değişimi İle İlgili Bulgular	74
4.7. İzlemi Yapılan Hasta Grubunun Foliküler ve Luteal Evredeki BDE Puanları ile DRSP Depresif Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	77
4.8. Prementrül Disforik Bozukluk ve Premenstrüel Sendromun Varlığı...	80
4.9. Ovulasyonun Belirlenmesi Serum Progesteron Düzeyi İle Adet Öncesi Belirti Şiddeti Arasındaki İlişki.....	82
4.10. Adet Öncesi Dönemde Depresyon Şiddetinde Dalgalanma Gösteren Bir Olgunun İncelenmesi.....	83
5. TARTIŞMA	84
6. SONUÇ	107
7. ÖZET	110
KAYNAKLAR.....	114
EKLER	

1. GİRİŞ ve AMAÇLAR

1.1. Giriş

Epidemiyolojik yazında depresyon oranlarının prepubertal dönemde kız ve erkekler arasında benzer olduğu, puberte ile birlikte hem depresif belirtilerin hem de depresif bozukluğun kızlarda erkeklerden daha sık görüldüğü vurgulanmaktadır (Larson 1990, Çuhadaroğlu ve Sonuvar 1992, Kessler 2001). Depresif bozukluktaki cinsiyet farkı erken ergenlikte ortaya çıkmaktadır.

Kız ve erkekler arasındaki depresif bozukluk görülme oranındaki farklılığın başlangıcı, erken ergenlik döneminde ortaya çıkmakta ve pubertedeki hormonal ve fiziksel değişiklikler ile aynı zamana rastlamaktadır. Depresyon gelişimi üzerinde etkili olan faktörlerden birinin pubertal gelişim olduğu gösterilmiştir (Fleming 1990, Angold 1998).

Ergenlik döneminde ortaya çıkan depresyonun incelenmesi, hem bu dönemde önemli yaşamsal tercihlerin yapılması, hem de daha sonraki yaşam dönemleri üzerine ciddi etkileri olması nedeniyle önemlidir. Ergenlik döneminde, depresif duygudurum üzerine etkili olabilecek fizyolojik gelişim olaylarından biri, hipotalamik, hipofizer ve ovaryan hormonlar tarafından kontrol edilen adet döngüsüdür.

Kızlardaki siklik adet öncesi duygudurum dalgalanmaları “mutlu bir öğrencinin akademik çalışma ve davranışı bozulan tembel, kötü huylu, bencil bir kişiye dönüşmesi” olarak tanımlanmıştır (Dalton 1979). Ergenlik dönemindeki kızların büyük bir kısmında, dismenore ve adet öncesi belirtilerin okul başarısı ve okula devamı etkileyen, psikososyal boyutu olan önemli bir sorun olduğu gösterilmiştir. Genç kızın yaşadığı adet öncesi belirtiler şiddetli olduğunda ve bu sorunlarla baş edemediğinde, kendilik değerinde azalma, beden algısında değişiklik, akran ilişkilerinde sorunlar ve eğitimdeki hedeflerini gerçekleştirme konusunda yaşadığı zorluklar nedeniyle toplumsal ve mesleki fonksiyonları gerileyip bozulabilmektedir (Wilson 1989).

Premenstrüel sendromun otuzlu yaşlarda ön plana çıktığını ileri süren görüşler olmakla birlikte (Galup 1976, Rausch 1993), son yıllarda yapılan çeşitli çalışmalarda premenstrüel yakınmaların yaygın olarak ergenlik ile 20’li yaşlar arasında olmak üzere menarştan sonra herhangi bir yaşta başladığı ortaya konmuştur (Fisher 1989, Wilson 1991, Kaplan 1998).

Adet öncesi belirtileri olan ergen kızlar, diğer duygusal distresleri yaşamaya yatkındır.

Deprese mizaç, duygudurum dalgalanmaları, uyku bozuklukları, ilgi kaybı, düşük enerji, dikkatte azalma gibi adet öncesi belirtiler depresif bozukluk bulgularıyla benzerdir. Adet öncesi duygudurum belirtileri, depresif bozukluk ile bir arada bulunabilir. Yetişkin kadınlarla yapılan çalışmalarda uygun sağaltıma rağmen majör depresif bozukluk tanılı hastaların bir grubunda adet döngüsünün luteal döneminde depresif belirtilerde şiddetlenme, yinleme ya da başka belirtiler (Yonkers ve White 1992) yanısıra sosyal geri çekilme, öfkenin kontrol edilememesi, özkıyım düşünce ve girişimleri gibi bulgular görülmüştür (Endicott 1993).

Depresif bozukluk tanısıyla antidepresan tedavisi alan ergen kızlarda duygudurum değişiklikleri ve adet döngüsü arasındaki bağlantıyı incelemek, duygudurum belirtilerinde şiddetlenme ve dalgalanma yaşayanların oranını ve belirti dağılımını araştırmak önemlidir. Bu gençlerde duygudurum bozuklukları seyrine katkıda bulunan potansiyel faktörlerin tanımlanması depresif bozukluklardaki duygudurum değişikliklerinin anlaşılmasına da yardımcı olacaktır.

Ergenlerde adet öncesi belirtiler konusunda yapılan çalışmalar daha çok belleğe dayalı olarak doldurulan ölçümlere ve depresif bozukluğu olmayan gençlerden elde edilen bulgulara dayanmaktadır. Bu araştırma, depresif bozukluk tanısı olan ergen kızlarda ileriye dönük olarak belirtilerin değerlendirildiği ölçeğin kullanıldığı ve adet döngüsünün duygudurum üzerine etkilerini ortaya koyan ilk araştırmadır.

Elde edilecek bulgular, genç kızlarda klinik değerlendirme yaparken adet döngü evresini göz önünde bulundurarak, klinisyenlerin yorum ve yargılarını belirtmelerinde katkıda bulunacaktır.

1.2. Amaçlar

1.2.1. Yakın Gelecek İçin Amaçlar

1. Depresif bozukluk tanısıyla antidepresan tedavisi alan ergen kızlarda duygudurum değişiklikleri ve adet döngüsü arasındaki bağlantıyı incelemek. Depresif bozukluğu

olan kızlarda adet öncesi dönemde duygudurum belirtilerinde şiddetlenme ve dalgalanma yaşayanların oranını ve belirti dağılımını araştırmak.

2. Araştırmaya alınan depresyonu olan hasta ve depresyonu olmayan kontrol grubunda adet öncesi belirtilerin dağılımı ve görülme oranlarını belirlemek. İki grup arasında belirti dağılımı ve belirti şiddeti açısından fark olup olmadığını saptamak.

3. Araştırmaya alınan depresif bozukluğu olan ergen kızlarda adet öncesi belirtiler, dismenore şiddeti ve dismenore nedeniyle okula devamsızlık açısından depresyonu olmayan kontrol grubu ile aralarında fark olup olmadığını saptamak

4. Araştırmaya alınan 13-18 yaş grubu depresif bozukluğu olan ergen kızlarda, belleğe dayalı olarak doldurulan Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) ile günlük olarak doldurulan Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesinin (DRSP) adet öncesi belirtileri saptamadaki ilişkisini ortaya koymak.

1.2.2. Uzak Gelecek İçin Amaçlar

1. Ergenlik dönemindeki kızları, adet öncesi dönemde yaşadıkları fiziksel, ruhsal ve davranışsal değişiklikler konusunda, sağlık ve eğitim kurumlarında bilgilendirmenin önemini vurgulamak.
2. Üreme dönemi boyunca kadınlara özgü duygudurum bozukluklarını yaşama riskinin yüksek olabileceği öngörülen depresif bozukluk ve premenstrüel sendromu olan genç kızları önceden belirlemenin ve bu risk grubundaki kızları koruyucu, geliştirici programlara yönlendirmenin önemini vurgulamak.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PREMENSTRÜEL SENDROM (PMS) VE PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUK (PMDB)

1) Tarihçe

Adet döngüsü ve duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki Hipokrat tarafından gözlemlenmiş olmasına karşın, premenstrüel sendrom (PMS) kavramı ilk kez 1931'de ortaya atılmıştır. Daha sonraki yıllarda birçok araştırmacı konuyla ilgili çalışmalar yaparak çeşitli tanımlar ileri sürmüşlerdir. Coppen ve Kessel (1963) premenstrüel döneme özgü belirtileri tanımlamıştır. Daha sonra premenstrüel sendromdaki belirtilerin döngüsel özelliği üzerinde durulmuştur. Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) ise 1983'de PMS'un tüm özelliklerini göz önüne alarak daha geniş bir tanımlama ortaya koymuştur.

2) Tanım

Üreme çağı boyunca, adet öncesi dönemde kadınların bir bölümünde farklı şiddette psikolojik ve somatik belirtilerin ortaya çıktığı bilinmektedir. Adet döngüsünün geç luteal evresinde, bu döneme özgü olarak oluşan, çoğu adet döngüsünde tekrarlayan, menstrüasyonun başlamasıyla kısa sürede hafifleyip kaybolan, foliküler evrede en az bir hafta süreyle görülmeyen, fiziksel, duygusal ve davranışsal değişikliklerin bulunduğu bir tablo olarak tanımlanmaktadır (Petersen 1987).

Premenstrüel Sendrom için tanı ölçütleri şöyledir (Link 2000):

- A- Premenstrüel Disforik Bozukluk için DSM-IV kriterlerinin değil, ancak premenstrüel sendrom için ICD-10 kriterlerinin karşılanmış olması.
- B- Semptomların yalnızca luteal fazda ortaya çıkıp, adet öncesi kısa bir pik yapıp ya adet kanaması sırasında ya da hemen sonrasında kaybolması.
- C- Aşağıdaki semptomlardan bir ya da daha fazlasının bulunması.
 - Orta derecede psikolojik huzursuzluk.
 - Şişkinlik ve kilo artışı.
 - Memelerde hassasiyet.

- El ve ayakların terlemesi.
- Konsantrasyon güçlüğü.
- Uyku bozuklukları.
- İştah değişiklikleri.

3) Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB)

Premenstrüel Sendrom gelişimsel ölçütlerin temelinde Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından “Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk” (LLPDD) olarak adlandırılmış; ruhsal bozukluk 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 (1987). DSM-IV’de “Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluklar” başlığı altında, Ek bölüm B’de tanımlanmaktadır.

Başlıca özellikleri belirgin biçimde depresif duygudurum, anksiyete, duygulanımda değişkenlik, ve etkinliklere yönelik ilgide azalmadır. Bu belirtiler önceki yıl içinde çoğu menstrüel döngüde düzenli olarak luteal evrenin son haftasında ortaya çıkmaktadır. Belirtiler menstrüasyonun başlangıcından sonraki birkaç gün içinde (foliküler evre) düzelmeye başlar ve menstrüasyonu izleyen haftada bulunmamaktadır.

DSM-IV’ de tanımlanan Premenstrüel Disforik Bozukluk için tanı ölçütleri:

- A. Son yıl içinde çoğu adet döngüsünde, luteal evrenin son haftası sırasında, zamanın büyük bir bölümünde belirtilerden en az bir tanesi aşağıdaki ilk dört maddeden biri olmak üzere, aşağıdaki belirtilerin beşi (veya daha fazlası) bulunmuştur. Foliküler evrenin başlangıcından sonra birkaç gün içinde bu belirtiler düzelmeye başlamıştır ve menstrüasyondan sonraki haftada kaybolmuştur.
1. Belirgin olarak depresif duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da değersizlik düşünceleri.
 2. Belirgin anksiyete, gerilim, “coşkulu” ya da “sınırdan” olma duyguları.
 3. Duygulanımda belirgin değişkenlik (örn: kendini aniden üzgün ya da ağlamaklı hissetme ya da reddedilmeye duyarlılıkta artma).

4. Sürekli ve belirgin öfke, irritabilite ya da kişilerarası çatışmalarda artma.
 5. Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma (örn: iş, okul, arkadaşlar, hobiler).
 6. Öznel olarak dikkati yoğunlaştırmada zorluk.
 7. Uyuşukluk, kolay yorulma ya da belirgin enerji yitimi.
 8. İştahta belirgin değişiklik, aşırı yeme ya da belirli gıdalara aşırma.
 9. Aşırı uyku ya da uykusuzluk.
 10. Öznel olarak bunalma ya da denetimden çıkma duygusu.
 11. Memelerde gerginlik ya da şişkinlik, baş ağrıları, eklem ya da kas ağrıları, “şişkinlik” duygusu, kilo alma gibi diğer fiziksel belirtiler.
- B. Bu bozukluk belirgin olarak iş ya da okulu ya da olağan toplumsal etkinlikleri ve diğer insanlarla ilişkileri engeller.
- C. Bu bozukluk sadece Majör Depresif Bozukluk, Panik Bozukluk, Distimik Bozukluk ya da Kişilik Bozukluğu gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.
- D. A, B, C ölçütleri en az iki ardışık belirtili döngüde ileriye dönük günlük ölçümlerle desteklenmelidir (tanı, bu saptamadan önce geçici olarak konabilir).

Bu belirti örüntüsü önceki 12 ayda, ayların çoğunda düzenli olarak luteal evrenin son haftasında ortaya çıkmaktadır. Belirtiler menstrüasyonun başlangıcından kısa bir süre sonra tamamen kaybolur. En tipik örüntü, menstrüasyonun orta döneminde sonlanan menstrüasyondan önceki hafta sırasında olan toplumsal ve mesleki olarak işlev görme yetisinde açık ve belirgin bozukluğa neden olmasıdır.

Tipik olarak, belirtiler Majör Depresif Epizodunkilerle benzer şiddettedir (ama sürede değil) ve menstrüasyondan önceki haftada toplumsal ve mesleki işlev görme yetisinde açık ve belirgin bir bozulmaya neden olmalıdır. Sosyal işlevsellikte bozulma evlilikte uyumsuzluk, arkadaşlar ve aile ile uyumsuzluk şeklinde kendini gösterebilir. Uzun süreli ilişki ve iş sorunlarıyla yalnızca premenstrüel dönemde ortaya çıkan işlev bozukluğunu karıştırmamak çok önemlidir. Bu günlerde kadınların depresif duyguları ve işlevsellikte zorluklarıyla, ayın geri kalanındaki duygudurumu ve yetileri arasında büyük zıtlık vardır. Bu belirtiler başka bir bozuklukla üstüste binebilir ama sadece

majör depresif bozukluk, panik bozukluk, distimik bozukluk ya da kişilik bozukluğu gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir. Belirtilerin döngüsel örüntüsü, en az iki ardışık döngüde ileriye dönük günlük ölçümlerle desteklenmelidir. Günlük belirti ölçümü kadın tarafından yapılmalıdır ya da birlikte yaşadığı başka birisi tarafından da yapılabilir. Bu günlüklerin, geriye dönük olarak bellek yardımıyla oluşturulmasından çok, gündelik temelde tutulması önemlidir.

DSM-IV'te, klinik görünümleri bu araştırma tanı ölçütlerini karşılayan bireylere **Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk** tanısı konur. Dönemleri sırasında birçok kadının yaşadığı geçici duygudurum değişiklikleri bir ruhsal bozukluk olarak kabul edilmemelidir. Yalnızca belirtiler belirgin biçimde okul ya da iş ya da olağan toplumsal etkinlikleri ya da başkalarıyla ilişkileri engellediği zaman **Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB)** tanısı göz önüne alınmalıdır (DSM-IV).

Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB), çok daha yaygın olan premenstrüel sendromdan (PMS) ileriye dönük günlük ölçümler ve PMDB'un DSM-IV' e göre tanı ölçütleri kullanılarak ayırt edilebilir. PMS'un PMDB'dan en önemli farkı tanı ölçütü olarak minimum sayıda bulgunun ortaya çıkma gereklilidir. Ayrıca tanısı için fonksiyonel bir bozukluk bulunması da gerekmemektedir. Psikopatoloji ve adet döngüsünün değişik zamanları arasındaki zaman ilişkisi çalışmalarda belirgin olarak tanımlanmıştır. Bu açıdan bulguların premenstrüel dönemde (luteal evre) ortaya çıkan bir bozukluk mu olduğu veya daha önceden var olan psikiyatrik bozukluğun şiddetlenmesinden mi kaynaklandığı ayırt edilmelidir.

PMS'un PMDB'dan farkları şöyledir:

- 1- Tanı kriteri olarak ICD –10 kullanılır
- 2- Premenstrüel Disforik Bozuklukta sağlık hizmeti verenler psikiyatrist ve diğer ruh sağlığı çalışanları iken, PMS'da kadın doğum uzmanları ve pratisyen hekimlerdir.
- 3- PMDB için 11 semptomun en az 5'i bulunması gerekirken, PMS için 8 belirtiden en az 1 tane bulunması yeterlidir.
- 4- PMS için sosyal ya da rol işlevselliğinde fonksiyonel bozukluk bulunması gerekli değildir.

5- PMS'de semptomların ileriye dönmük olarak en az iki adet döngüsü günlük ölçümlerinin yapılması gerekli değildir (Link 2000).

PMS daha çok memelerde hassasiyet, şişkinlik, baş ağrısı ve minor duygudurum değişiklikleri gibi daha hafif fiziksel bulgularla seyreden bir bozukluktur. Fiziksel belirtilerle birlikte psikolojik belirtilerin veya eş zamanlı olarak eksen I, II ve III bozukluklarının premenstrüel dönemde artış göstermesi de PMS'nin önemli bir özelliğidir. İki adet döngüsü ileriye dönmük tanı değerlendirmesinden sonra, kadınlar aşağıda bulunan gruplardan birine dahil edilebilmektedir (M.Steiner 1996).

1. **PMS** : Bu gruptaki kadınlar DSM-IV'ün PMDB için geçerli ölçütlerine uymamaktadır. Ancak ICD-10-CM'de yer alan premenstrüel sendrom kriterlerini karşılamaktadır. Bu kriterler arasında psikolojik rahatsızlık ve çeşitli fizyolojik değişiklikler yer almaktadır. Bu bulgulardan sadece birinin bulunması tanı için yeterlidir. Tanı için kriterlerin luteal evrede sınırlı olması gerekmektedir. Adet kanamasından önce pik yapması ve kanamadan sonra kaybolması gerekir.
2. **PMDB** : DSM-IV'ün PMDB için geçerli olan ölçütlerini karşılayan kadınlar bu grupta yer alır. Bu kadınlarda mevcut başka bir psikiyatrik bozukluk bulunmamalıdır ancak geçirilmiş bir psikiyatrik bozukluk öyküsü bulunabilir. Belirtilerin en az 2 adet döngüsü boyunca günlük artışlar göstermesi gerekir. Ayrıca belirtilerin en az 1 yıldır devam eden menstrüasyonların çoğunda ortaya çıkmış olması ve günlük ve sosyal aktivitelerle değişiklik göstermesi de önemlidir. Belirtiler premenstrüel dönemde belirgin şekilde artarken adet kanamasının kesilmesi ile azalmalı ve kaybolmalıdır. Ayrıca luteal ve foliküler fazlar arasında %50'den fazla fark bulunması da farmakolojik tedavi endikasyonudur.
3. **Psikiyatrik bir hastalıkla birlikte premenstrüel belirtiler**: Bu gruptaki kadınlar PMS veya PMDB ölçütlerini karşılamaktadırlar ancak ilk 2 gruptan farklı olarak eşlik eden majör bir ruhsal bozukluk vardır.
4. **Yalnızca diğer psikiyatrik bozukluk tanısı** : Bu olgularda PMS için tanımlanan premenstrüel belirtiler söz konusu değildir. Ancak DSM-IV'de yer alan bazı diğer önemli ruhsal bozuklukların tanı ölçütleri mevcuttur. Yineleyici depresif bozukluk ve siklotimik bozukluk tanısını karşılayan kadınlar, belirtilerin döngüsel özelliği nedeniyle bu grubun en iyi örneğidir.

5. Tanı yok : Belirtiler belli bir tanıyı destekleyecek kadar şiddetli değildir.

PMS'un tanısında kullanılacak objektif tanı kriterlerinin bulunmamasının doğal bir sonucu olarak, bu olgularda detaylı ve iyi bir anamnez alınmalıdır. Premenstrüel belirtilerin retrospektif değerlendirilmesine ek olarak, görüşmelerde fizyolojik sistemlerin ve tıbbi problemlerin detaylı bir şekilde değerlendirilmesi ve psikolojik problemlerin özellikle aile anamnezinin iyi bir şekilde ele alınması gerekmektedir. Anemi ve tiroid hastalıkları, kanser, endometriozis gibi hastalıkların PMS veya PMDB bulgularını iyi bir şekilde taklit edebilmesi nedeniyle hastalarda buna benzer durumları ortaya çıkaracak laboratuvar araştırmaları da uygulanmalıdır.

2. 1.1. EPİDEMİYOLOJİ

Premenstrüel belirtilerin yaygınlığına ilişkin bulgular çalışılan örneklem grubuna ve belirtilerin değerlendirilmesi için kullanılan ölçüğe göre değişmektedir. Bu konuda birçok genel popülasyon çalışması yapılmıştır. Coppen ve Kessel (1963) çalışmaya alınan deneklerin % 6'sında ağır depresyon, %11'inde şiddetli huzursuzluk ve baş ağrısı, %71.8'inde ise şişkinlik yakınmaları olduğunu rapor etmiştir. Moos (1968) ise %20-40 kadının belirtilerin şiddetini hafif ve orta, %5-10 kadının ise çok şiddetli olarak tanımladığını vurgulamıştır. Halbreich ve arkadaşları (1982) deneklerin %3'ünde, Johnson (1987) ise deneklerin %3.2'sinde çalışma gücünü yaratan ve tedavi gereksinimine neden olan şiddetli belirtiler bulunduğunu belirtmişlerdir (Dilbaz 1992-1).

Yetişkin kadınlarla yapılan çalışmalarda, PMDB prevalansı farklı analiz yöntemlerine göre % 1 ile % 7,1 arasında bulunmuştur (Gehlert 1997).

Ergen Kızlarda Yapılan Çalışmalar

Ergen kızlarda premenstrüel sendrom yaygınlığı, belirtileri değerlendirirken kullanılan ölçüğe göre değişmektedir. Premenstrüel sendrom prevalansı kız ergenlerde %14-30 arasında görüldüğü tanımlanmıştır (Raja 1992).

Premenstrüel sendromun varlığı şiddeti dikkate alınarak kız ergenlerde yapılan çalışmalar şöyledir:

- 14-15 yaşlarındaki tüm kızların en az % 25'inin adet öncesi belirtilerin bazılarını yaşadıkları, bunların %5'inde yaşam biçimlerini olumsuz olarak etkileyecek şiddette belirtilerin olduğu belirlenmiştir (Chihal 1981).

- Premenstrüel Değerlendirme Formu kullanarak 88 genç kızın değerlendirilmesinde, olguların %25'inde "orta şiddette", %11'inde "şiddetli" belirtiler saptanmıştır. En sık bildirilen adet öncesi belirtiler, yorgunluk, şişkinlik, memelerde şişlik, irritabilite, ruhsal dalgalanma ve özgüven kaybı olmuştur (Wilson 1989).
- 13-19 yaşları arasındaki 207 genç kızın PDF kullanılarak değerlendirildiği bir çalışmada, katılanlar %96'sı "hafif", %89'u "orta" şiddette en az bir adet öncesi belirti bildirmiştir. Katılanların %59'u belirtileri "şiddetli" ve % 43'ü "çok şiddetli" olarak rapor etmişlerdir (Fisher 1989).
- Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) kullanılarak 75 genç kızın değerlendirildiği bir başka çalışmada, çalışmaya alınan genç kızların %88'inde premenstrüel belirtiler saptanmıştır. Bu gruptaki premenstrüel belirtiler, %88'inde "orta", %73'ünde "şiddetli", %56'sında "çok şiddetli" olarak bulunmuştur. Çok sık olarak rapor edilen belirtiler; aşırı yeme isteği, memelerde şişme, karında rahatsızlık, ruhsal dalgalanma, stresli hissetme ve görünümünden hoşnutsuzluktur. Daha az rapor edilen belirtiler okulda zaman kaybı, eşya ve kişilere sert davranma, başına kötü bir şeylerin (trafik kazası gibi) geleceği düşüncesi, çok uyuma isteği, ölüm veya intihar düşünceleridir (Clecher-Smith 1998).

Türkiye'de kız ergenlerle yapılmış çalışma hemen hemen hiç yoktur. Yaş ortalaması 19.3 olan (16-28) 205 hemşirelik öğrencileri arasında Premenstrüel Değerlendirme Formunun (PDF) geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacıların sonuçları bulunmaktadır (Dereboy 1994). Ayrıca ergenlik dönemini ayrı bir grup olarak dikkate almadan, 15 – 49 yaşları arasında premenstrüel sendrom epidemiyolojisi, semptom dağılım ve şiddetinin değerlendirildiği araştırmalar bulunmaktadır (Gökkurt 1999, Adıgüzel 2001). Türkiye'de yetişkin kadınlarla ilgili yapılan çalışmalar şöyledir:

- 181 yetişkin kadının değerlendirildiği bir çalışmada, kadınların %55.2'sinde premenstrüel dönemde önemli bulgular saptanmakla birlikte yalnızca %3.3'ünde şiddetli premenstrüel belirtiler gözlenmiştir (Özmenler, 1997). Denekler özbildirimde %53.6 oranında yakınları tarafından fark edilebilen değişimler yaşadıklarını bildirmişlerdir. PDF toplamlarının küme analizinde ortaya çıkan ve puan şiddetine göre premenstrüel gerilimi orta ve ağır şiddette yaşayan kadınlar %55.2 olarak bulunmuştur.
- 15-49 yaşları arasındaki 213 kadın üzerinde yapılan bir başka çalışmada, kadınların %91.6'sında premenstrüel belirtiler gözlenirken, %5.9'unda PMS tanısı konmuştur.

Hiç bir premenstrüel belirti göstermeyen kadınların oranı ise %8.4 saptanmıştır (Gökkurt 1999).

- 15-49 yaşları arasındaki 541 kadının Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) kullanılarak değerlendirildiği epidemiyolojik alan çalışmasında, kadınların %6.1'inde "şiddetli", %93.9'unda "hafif" ve "orta" şiddette belirtilerin olduğu ve şiddetli belirtileri olan kadınların % 6,1'inin PMS açısından riskli grubu temsil ettiği saptanmıştır. İşlevsellik kaybının, PMS riski yüksek olan grupta PMS riski düşük gruba göre anlamlı derecede yüksek olduğu (%72,7'ye %27 oranında) bulunmuştur (Adıgüzel 2001).

2.1.2. ETİYOLOJİ

Premenstrüel sendromun altta yatan nedeni bilinmemektedir. Bununla ilgili olarak çok sayıda kuram mevcuttur. Bunların pekçoğu over kaynaklı steroidlerin anomalileri ya da dengesizlikleri ile ilgili iken, diğerleri merkezi sinir sistemindeki nörotransmitterlerle ilgili anormallikleri kapsamaktadır. Gerçekte ise premenstrüel sendrom, büyük bir olasılıkla her ikisinden de kaynaklanmaktadır.

Adet Döngüsü Fizyolojisinde Hipotalamus-Hipofiz- Gonad Ekseni:

Menarştan menapoza kadar olan sürede seks steroidlerinin (östrojen ve progesteron) etkisi ile endometriumun histolojik yapısı sürekli olarak değişir. Menstrüasyon bu siklik değişikliklerden sadece birisine işaret eder. Adet döngüsü hipotalamik, hipofizer ve ovaryan hormonlar tarafından kontrol edilmektedir. Adet döngüsü boyunca hipofizer hormonlar, ovaryum steroid düzeyleri, uterustaki meydana gelen değişiklikler şekil 1 a'da gösterilmektedir.

Hipotalamustaki nöronlarda sentezi yapılan gonodotropin releasing hormon (GnRH), hipotalamik-hipofizer portal sistem yoluyla hipofize ulaşır, burada gerek LH, gerekse folikül stimüle edici hormonun (FSH) sentez ve salgılanmasını kontrol altında tutar. GnRH'nun hipofiz gonodotropinlerinin normal sentez ve salgıları üzerindeki önemli etkilerine rağmen, dolaşımdaki gonodotropin miktarlarının başlıca düzenleyicisi ovarium steroidleri ve özellikle östradioldür.

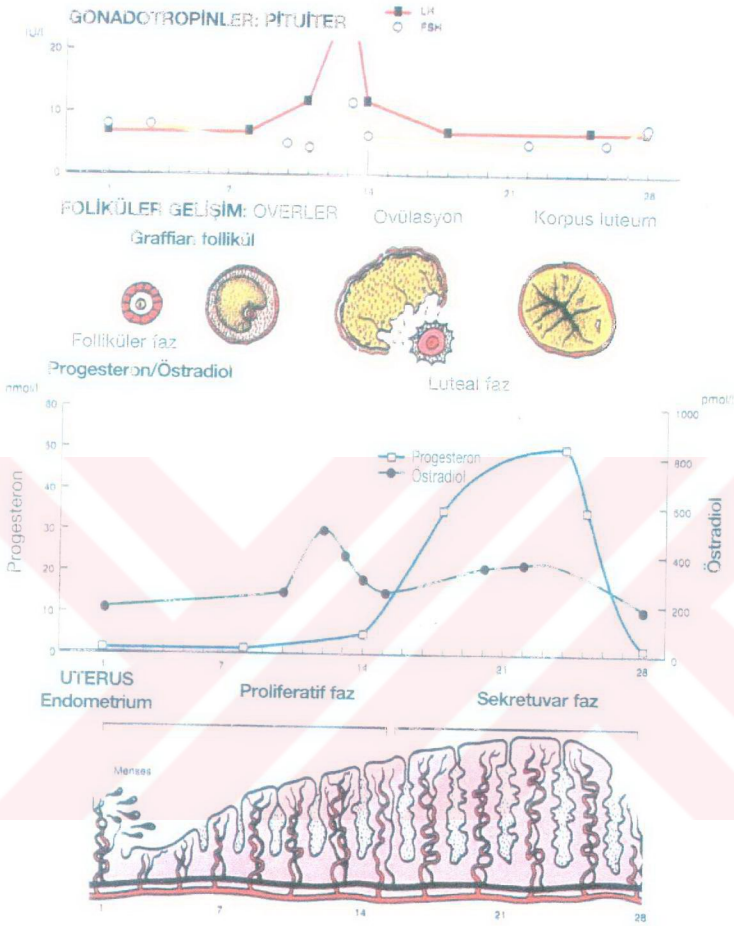
Erken ve orta foliküler fazda, periferik östradiol yoğunlukları nispeten düşüktür. Östradiolun bu düşük yoğunlukları, hipofize negatif "feedback" etkisiyle, LH ve FSH'nın, nispeten sabit bazal konsantrasyonlarını sürdürür. Gerekli gonodotropin uyarısıyla, ovariumda foliküler büyüme gerçekleşir ve östradiol salgısı artar (menstrüel siklusun foliküler dönemi).

Östradiol düzeyleri, birkaç gün sürekli olarak belli bir yoğunluğun (200-300 pg/ml) üzerinde kalırsa, bir pozitif “feedback” etkisi oluşur ve siklus ortası gonadotropin artışı, LH/FSH’nın maksimum seviyelere gelişi gerçekleşir. Bu pozitif “feedback” cevabının alınmasında, östradiol salgısının hem miktarı hem süresi kritik öneme sahiptir. LH’nın maksimum düzeyine gelişine cevap olarak, ovaryumda Graaf folikülünün çatlaması ve ovumun folikülden atılması gerçekleşmekte (menstrüel siklusun ovülasyon dönemi) ve “corpus luteum” oluşmaktadır. Corpus luteum geliştikçe, progesteron salgısı artmaktadır (menstrüel siklusun luteal dönemi). Aynı zamanda bu dönemde önemli miktarda östradiol de salgılanmaktadır. Luteal faz boyunca, progesteron, östradiolün hipofiz gonadotropin salgısına pozitif “feedback” etkisini engellemektedir. Progesteron salgısındaki artış, uterusu endometrial değişim ve hiperplaziye neden olarak sekreatuar endometriumu oluşturur. Gebelik yokluğunda “corpus luteumun” spontan gerilemesi gerçekleşir ve buna eşlik eden, steroid salgı düzeylerinin endometriumu korumaya yetmeyecek kadar düşmesi adet kanaması ile sonuçlanır. Ortalama 24-36 günde bir düzenli olarak tekrarlanan bu fizyolojik durum “adet döngüsü” (menstrüel siklus) olarak adlandırılır (Winiker 1998).

Premenstrüel Sendromda Nörotransmitterlerin Fonksiyonu:

Gonadal steroidlerin çoğu yağda eriyen maddeler oldukları için sinir hücrelerinin içine rahatça girebilir veya hücre nükleolusundaki ya da sitoplazmadaki spesifik reseptör proteinlere bağlanabilirler. Reseptör-hormon kompleksi de, DNA’nın spesifik düzenleyici dizilerine bağlanır ve bunun sonucunda spesifik proteinleri kodlayan genlerin ekspresyonunu artırır ya da azaltır. Östrojen ve progesteron, nörotransmitter sistemlerini doğrudan da etkileyebilir. Şizofreni, depresyon ve epilepsi gibi merkezi sinir sistemi bozukluklarının overlerin endokrin siklik düzeni ile yakın ilgisi olduğuna dair kanıtlar günümüzde gittikçe artmaktadır.

Beyinde, overlerin steroid hareketlerini düzenleyen çeşitli mediyatörlerin bulunması olasıdır. Bunların arasında endojen opioid peptidler (endorfinler), enkefalinler ve γ -aminobutyric asit sayılabilir. Yakın zamanda, endojen depresyon ve premenstrüel sendromda serotoninerjik aktivitenin rolü üzerine ilgi yoğunlaşmıştır. Premenstrüel sendrom tanısı konan hastaların kanlarında ve trombositlerinde serotonin düzeylerinin düştüğü, serotoninin geri alınımını önleyen (klomipramin, paroksetin ve fluoksetin) ilaçların premenstrüel sendromun belirtilerini düzelttiği de ortaya konmuştur (Steiner 1995).



Menstrüel siklus boyunca pitiiter hormonlar, ovaryan steroid seviyeleri ve uterusdaki meydana gelen değişiklikler

2.1.3. KLİNİK BULGULAR

1) Ergen Kızlarda Adet Öncesi Belirtiler

Dalton 1979'da kızlardaki siklik premenstrüel mizaç dalgalanmalarını "mutlu bir öğrencinin akademik çalışma ve davranışı bozulan tembel, kötü huylu, bencil bir bireye dönüşmesi" olarak tanımlamıştır. Dalton (1979), menstrüel sorunlara bağlı okul devamsızlığının yalnızca dismenoreye değil, aynı zamanda da premenstrüel migren ve astıma bağlı olduğunu öne sürmüştür. Ergenlerde gözlenen adet öncesi belirtiler konusunda hemen hemen hiç görüş birliği yoktur. Adet öncesi belirtiler gözardı edildiğinde, belirtilerin sağlık ve yaşam kalitesini etkileyebilen çok boyutlu soruna neden olabileceği bilinmektedir. Bu olayı kavramadan, algılamadan adet öncesi belirtileri "sessiz" bir şekilde geçiren genç kızın yaşamı olumsuz olarak etkilenebilir. Eğer bu dönemde yaşadığı belirtiler şiddetli olursa, öncelikle özgüvenini yitirebilir, kendilik değerinde bir azalma yaşayabilir. Yetersizlik duyguları arttıkça beden algısında bir değişiklik ortaya çıkabilir. En çok da bu dönemde akran ilişkileri için gerekli bir özellik olan kendini ortaya koyma duygusunu, isteğini yitirebilir. Bunun sonucunda, kişilerarası ilişkileri bozulup, yakın ilişkileri sorunlu hale gelmekte ya da sonlanabilmektedir. Kişilerarası ilişkilerdeki sorunlar, nişanlıkların bozulmasına, evlilik gerginliğine, boşanmalara ve gelecek kuşağı onarılması güç bir hasarla etkileyebilecek, anne çocuk ilişkilerindeki değişimlere neden olabilmektedir. Bu sorunlarla duygusal olarak başedemeyen, günlük işini ya da eğitimindeki hedeflerini gerçekleştiremeyen genç kızın fonksiyonel düzeyi gerileyip bozulabilmektedir (Wilson 1989).

Bu bulguları yaşayan ergen kızlarda, akademik performans, konsantrasyon ve okula devamlılık konusunun etkilenip etkilenmediği incelendiğinde, adolesan dönemindeki kızların büyük kısmında dismenore ve premenstrüel sendromun okul başarısı ve okula devam oranlarını etkileyen önemli bir sorun oluşturduğu gösterilmiştir. Adolesan kızların adet kanamasından 2 hafta öncesinde emosyonel ve fiziksel değişiklikler yaşayıp yaşamadıkları değerlendirildiğinde, %86'sı bu tür yakınmaları olduğunu, %13'ü olmadığını bildirmiş ve %1'i soruya yanıt vermemiştir. %44'ünde adet öncesi belirtilerin konsantrasyon eksikliğine, %17'sinde ise okul devamsızlığına neden olduğu bildirilmiştir. Bildirilen fiziksel PMS bulguları arasında akne, yorgunluk, şişkinlik, iştah

artışı, kilo artması, memelerde hassasiyet, ayaklarda şişme sayılabilir. Emosyonel belirtiler arasında en sık görüleni ise %50 olguda görülen depresyondur. İritabilite, ağlama, intolerans, sinirlilik ve kendine saygı kaybı da daha az görülen bulgulardır. Ancak şaşırtıcı olarak kızların %57'si bu yakınmaları için tedaviye yönelik hiçbir şey yapmamışlardır (Wilson 1989). Yaygın kanı adolesanların dismenoreden yakınmasıdır, oysa yetişkin kadınlar PMS'dan yakınrlar. Ancak premenstrüel belirtileri olan 256 kadınla yapılan bir çalışmada, kadınların %50'den fazlası yakınmalarının başlangıcının ergenlik döneminde olduğunu belirtmiştir. Bu kadınların yaklaşık % 25'i puberte dönemiyle, özellikle menarşla birlikte semptomlarının başladığını bildirmişlerdir (Keye 1983).

İsveç'li adolesan kızlarda menstrüasyonla ilişkili belirtilerin izlendiği çalışmaya 140 kişi alınmıştır. Abdominal ağrı, dismenore ve baş ağrısı yakınmalarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Daha büyük yaşlarda baş ağrısının azaldığı görülmüştür (Flug 1985).

13-19 yaşları arasındaki 207 genç kızın PDF kullanılarak değerlendirildiği bir çalışmada, katılanlar hafif (%96) veya orta şiddette (%89) en az bir adet öncesi belirti bildirmiştir. Kızların %59'u belirtileri şiddetli, % 43'ü çok şiddetli olarak rapor etmişlerdir. En sık bildirilen fiziksel değişiklikler, genel rahatsızlık hissi, su retansiyonu belirtileri, yorgunluk ve otonomik fiziki değişikliklerdir. En yaygın rapor edilen ruhsal ve davranışsal değişiklikler, sosyal işlevlerde bozulma, depresif değişiklikler ve düşüncesiz davranışlar olarak bulunmuştur. Bu değişikliklerin hepsi daha önce erişkinlerde bildirilen belirtiler ile karşılaştırıldığında, dismenore bildirilen ve oral kontraseptif kullanmayan adolesanlarda daha şiddetli olduğu gözlenmiştir. Premenstrüel belirtiler başlangıç günü olarak menstrüel kanamadan ortalama 4.4 gün önce ve her bir siklusta en az 3.1 gün olarak bildirilmiştir. Katılımcıların üçte birinden daha çoğu orta, şiddetli ve çok şiddetli değişiklikler olarak, sırt ağrısı, eklem sertliği, kas ağrısı, memelerde şişkinlik, yorgunluk ve azalmış enerji gibi benzer fiziksel yakınmalar, üçte birinden fazlası kavga etmeye veya tartışmaya yatkınlık, kederli bir hal ve iritabilite gibi emosyonel ve davranış değişiklikleri, üçte ikisi de majör veya minor depresif yakınmalar yaşadıklarını belirtmiştir (Fisher 1989).

Yapılan bir çalışmada 16-18 yaş arası 186 adolesan kız bir yıl dört ay boyunca takip edilmiştir. En sık karşılaşılan bedensel belirti baş ağrısı, en sık psikiyatrik belirti ise irritabilite olarak rapor edilmiştir (Kolarov 1996).

Premenstrüel belirtilerin prevalansını ve şiddetini incelemek için, hem kronolojik hem de jinekolojik yaşı dikkate alarak erken (13-15) ve geç (16-18 yaş) ergenlik döneminde premenstrüel semptom kümelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, 75 genç kızın fiziksel, ruhsal ve davranışsal adet öncesi belirtileri premenstrüel değerlendirme formu (PAF) ile değerlendirilmiştir. Erken ve geç ergenlik dönemlerinde görülen adet öncesi belirtiler arasındaki farklılıklar tanımlanmıştır. Sonuç olarak, katılanların tamamı "hafif" şiddette en az bir adet öncesi belirti tanımlamıştır. Bildirilen belirtilerin %88'i "orta", % 73'ü "şiddetli", % 56'sı "çok fazla" olarak tanımlanmıştır. En sık olarak, yeme isteği, göğüslerde dolgunluk, karında rahatsızlık hissi, duygudurum değişiklikleri, kendini stresli hissetme, görünümünden hoşnut olmama yakınmaları bildirilmiştir. Erken ergenlik döneminde (13-15 yaş), geç ergenlik dönemine oranla (16-18 yaş), anlamlı olarak daha az şiddette belirtiler yaşandığı gösterilmiştir (Clecher- Smith 1998).

Ülkemizde Premenstrüel Değerlendirme Formunun (PDF) geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacıların bulguları, genç kızlarda en önde gelen menstrüasyon öncesi yakınmaların yorgunluk, bunaltı, genel fiziksel rahatsızlık, sosyal geri çekilme ve atipik depresif özellikler olduğunu göstermektedir. Yetişkin kadınlarda başı çeken bedende su tutulumuyla ilgili yakınmaların bunlar arasında yer almaması dikkat çekicidir. Amerikan örneklemeyle karşılaştırıldığında, genel fiziksel rahatsızlık, yorgunluk ve atipik depresif özellikler premenstrüel belirtilerin değişik yaş ve kültürlerde kadınlar tarafından yaygın biçimde paylaşılan çekirdeği oluşturduğunu göstermektedir (Dereboy 1994).

2) Yetişkin Kadınlarda Adet Öncesi Belirtiler

Kadınlar adet öncesi dönemde ortaya çıkan 150'den fazla belirti tanımlamıştır. Bu belirtiler arasında en önemli yeri duygudurum ve davranış değişiklikleri almaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda irritabilite, çökkünlük, bunaltı, ve mizaçta dalgalanmalar, gerginlik, sinirlilik en sık görülen psikiyatrik belirtiler arasında yer alırken, meme

hassasiyeti, ödem, yorgunluk ve karın ağrısı en sık görülen bedensel belirtilerdir. PMDB belirtileri 25-35 yaş arasındaki kadınlarda diğer yaşlara göre daha şiddetlidir, ancak bu dönemdeki kadınlar tedavi için baş vurduklarında yaklaşık 10 yıldır bu belirtilere sahip olduklarını bildirmektedir, o zaman aslında premenstrüel belirtiler ergenlik döneminde başlamakta, belirtiler giderek şiddetlenmekte ve daha sonra kadın menopoza yaklaştıkça azalmaktadır.

Bir başka çalışmada premenstrüel sendroma sahip olan ve olmayan annelerin, ilk doğan kız çocuklarının ergenlik döneminde, premenstrüel sendrom araştırılmıştır. İki farklı grup olarak ergenler ve anneleri menstrüel, postmenstrüel ve premenstrüel belirtilerini karşılaştırmak için iki siklus boyunca takip edilmiş ve şu sonuçlara ulaşılmıştır: 1) Kızlar arasında menstrüel belirtileri ve premenstrüel belirtilerinin şiddeti açısından anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. 2) Luteal faz belirtilerinin şiddet ve sayısı PMS'li kadınlar ve kızlarında PMS olmayan kadınlar ve kızlarından daha fazladır (Wilson 1991).

3) Yetişkin Kadınlar İle Kız Ergenler Arasındaki Farklı Belirtiler.

Premenstrüel belirtiler menarştan sonra herhangi bir yaşta başlayabilir. Retrospektif olarak bildirilen başlangıç adolesan döneminin başlangıcından yirmili yılların sonuna kadardır. Premenstrüel sendromu olan 256 kadınla yapılan çalışmada kadınların %50'den fazlasında yakınmalarının başlangıcının adolesan dönemine dayandığı özellikle de menarşla birlikte başladığı bildirilmiştir (Keye 1983). Premenstrüel depresif değişiklikler bir "mini depresyon" olarak tanımlanmış ve bu dönemde artmış suisid girişimlerine dikkat çekilmiştir (Dalton 1979 Endicott 1993). Dört yıllık ileriye dönük izlem çalışmasında premenstrüel sendrom tanılı kadınların %37'sinde majör depresif bozukluk geliştiği saptanmıştır (Graze 1990).

Sağlıklı 127 bekar genç kız ile 54 evli erişkin kadından oluşan iki farklı gruptaki 181 kişiyle gerçekleştirilen bir çalışmada, medeni durum, menarş karşı tutum, aile yüküklüğü, yakınmaların şiddeti ve kişilik özellikleri gibi farklı değişkenler göz önüne alınarak premenstrüel dönemde yaşanan fiziksel ve ruhsal değişikliklerin sıklığı, dağılımı ve şiddeti değerlendirilmiştir. Deneklere genel bilgi anketi, Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF), Eysenck Kişilik Envanteri uygulanmıştır. Bu çalışmada genç-bekar veya evli-erişkin olarak ele alınan iki grubun adet öncesi dönemde ruhsal ve

bedensel değişiklik tanımlamaları bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. PDF alt ölçek puanları aynı doğrultuda değerlendirilince iki grup arasında su tutulumu dışında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Özmenler 1997).

Yayınlar gözden geçirildiğinde de yetişkin kadınlarda bedende su tutulumuyla ilgili yakınmaların önde geldiği görölmektedir. Bu yakınmanın yaş ilerledikçe artma eğilimi gösterdiği belirtilmektedir. Premenstrüel dönem belirtilerinin kültürle ve inançlarla ilişkili olduğu, kadınların adet dönemlerine karşı olumsuz tutumlarının belirti şiddetini artırdığı ileri sürölmektedir. Premenstrüel gerilim yaşayanların büyük çoğunluğunun aile öyküsünün pozitif olduğu bilinmektedir. Denekler ailelerindeki kadınlarda % 65.4 oranında menstrüasyon öncesi dönemde ruhsal ve fiziksel belirtiler olduğunu bildirmişlerdir. Bu bulgu deneklerin menstrüasyon öncesi dönemde kişisel yakınmaları ile karşılaştırıldığında, premenstrüel yakınmalar ile aile yüklölüğü arasında pozitif yönde bir birliktelik olduğu bulunmuştur. Aile yüklölüğü açısından PDF alt ölçeklerinin puanları karşılaştırıldığında ise aile yüklölüğü pozitif olanlarda PDF alt ölçeklerinden endojen depresif özellikler, labilite, histerik özellikler, düşmanlık, kızgınlık, sosyal geri çekilme, yorgunluk, çeşitli duygudurum ve davranış değişiklikleri ve çeşitli fiziksel değişimlerin anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu, bunların da ağırlıklı olarak affektif özellikleri içerdiği gösterilmiştir (Özmenler 1997).

Tablo 1-a 'da Premenstrüel Değerlendirme Formunu (PDF) dolduran 154 yetişkin kadın ve 207 adolesan değişim kategorileri gösterilmiştir. Yetişkin kadınlarla karşılaştırılan verilerde, genç kızların şiddet ve prevalans oranları çarpıcı şekilde yetişkinlerdeki bulgulara benzerlik göstermektedir. Yetişkinlerde sıvı retansiyonu anlamlı olarak daha fazla görülürken, sosyal fonksiyonlardan geri çekilme ve impulsif davranışlar genç kızlarda anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır (Halbreich 1983).

Tablo1-a: Premenstrüel Değerlendirme Formunu dolduran 154 yetişkin kadın ve 207 ergenin belirti dağılımı karşılaştırması (Halbreich 1983).

	Ergen kızlar	Yetişkin kadınlar
Fiziksel durumdaki değişiklikler		
Genel rahatsızlık	74.4	68.2
Su tutulma belirtileri	49.8	61.7*
Yorgunluk	32.4	22.7
Otonomik fiziksel değişiklikler	26.6	21.4
Duygulanım ve davranış değ.		
Sosyal fonksiyonlarda azalma	49.8	34.4*
“Majör” depresif değişiklikler	47.3	45.5
“Minör” depresif değişiklikler	18.4	18.8
İmpulsif davranışlar	37.7	25.6*

*p<0.05.

2.1.4. TEDAVİ

Premenstrüel sendrom için uygulanan tedavi girişimleri çok çeşitlidir. Aşağıda belirtilen yöntemlerden her biri, farklı olgular üzerinde etkili olabilir. Ancak bugüne kadar hiçbir yöntemin diğerine göre daha etkili ve üstün olduğu kanıtlanamamıştır. Belirgin olan bir konu ise görüşmelerin tek başına etkinliği değerlendirmede yetersiz kalmasıdır. Son zamanlarda özellikle premenstrüel sendrom takibinde, daha çok eskiden geçirilmiş olan psikiyatrik bozukluklar ve ailedeki psikiyatrik bozukluk öyküsü üzerinde durulmaktadır. Hangi tedavi yöntemi seçilirse seçilsin olgular 2 haftada bir izlenmelidir. Bu şekilde 2 veya 3 döngü boyunca önemli bir değişiklik saptanmazsa tedavi yöntemi değiştirilmelidir. Günlük takvimler etkinliğin değerlendirilmesinde önemlidir (Steiner 1996).

1) Hormon Agonisti ve Antagonistleri:

En çok çalışılan hormon, progesterondur. Luteal faz sırasında günlük 200-400mg dozda doğal progesteron kullanılarak yapılan 2 plasebo kontrollü randomize klinik çalışma vardır. Birçok çalışmada progesteron ile plasebodan daha fazla yarar sağlanamamıştır. Ancak fiziksel belirtilerde, progesteron ile iyileşme olabilmektedir (Kaplan 1998).

Yonkers (1997-2) ise, “ekzojen hormonların PMS’un etkin tedavisinde etkili olduğu bir mittir, gerçek olansa birçok çalışmada progesteronun plasebodan etkin olmadığıdır” görüşünü vurgulamıştır.

Progesteron ile tedavi sonrası premenstrüel sendrom belirtilerinin seyri ile ilgili çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada tedavinin bitiminden yaklaşık bir yıl sonra 128 olguyla telefon görüşmeleriyle iletişime geçilmiştir. Sonuçta orta düzeydeki belirtilerin devam ettiği de saptanmıştır (Freeman 1992).

2) Oral Kontraseptifler:

Araştırmacılar 72 kadında monofazik oral kontraseptifleri trifazik oral kontraseptiflerle karşılaştırmışlardır. Trifazik preparatlar monofazik olanlara göre daha üstündür. Başka çalışmada 45 kadında trifazik oral kontraseptif plasebo ile karşılaştırılmış, oral kontraseptif grubunda meme ağrısı, duyarlılık, şişkinlik belirtileri plasebo kullanan gruba oranla anlamlı olarak azalmıştır. Ancak irritabilite ve duygudurum için anlamlı fark bulunmamıştır. Yapılan plasebo kontrollü bir çalışmada, oral kontraseptiflerin PMS’da plasebo ile eşit etkinlikte olduğu sonucuna varılmıştır (Yonkers 1997-2).

3) Danazol:

Danazol, sentetik parsiyel androjen agonistidir, ovulasyonu baskılar. 100-400mg/gün dozunda kullanılmıştır. Meme ağrısı, letarji ve daha az olarak duygudurum belirtilerine yararı olmuştur. Ancak yan etkileri kullanımını sınırlamaktadır.

4) Gonadotropin Releasing Hormon Agonistleri:

Bunlar da danazol gibi ovulasyonu inhibe etmektedir. 4 adet çift kör plasebo kontrollü çalışmanın 3’ünde premenstrüel olarak görülen depresif belirtiler için yararlı bulunmuştur. Ancak riskleri fazladır.

5) Diüretikler:

Spironolakton, amonyum klorid, metaksolon premenstrüel sendrom tedavisi için kullanılmıştır. Spironolakton daha çok somatik belirtiler için kullanılmaktadır. Bu ajan psikiyatrik tedavi ile birlikte kullanıldığında yararlı olabilir.

6) Diğer Farmakolojik Tedaviler:

Dopamin agonisti bromokriptin kullanılmış ve prolaktin sekresyonunu inhıbe etmiştir. Sonuçlar uyumsuz olmasına karşın, bazı çalışmalar bromokriptinin meme ağrısına iyi geldiği yönündedir.

Mefenamik asid ve naproksen premenstrüel sendromda kullanılmış, ağrılara etkili olduğu saptanmıştır.

Atenolol, bir β blokördür. Melatonini baskılar. İki randomize klinik çalışmanın birinde premenstrüel dönemdeki irritabilitede yararlı olduğu gösterilirken, diğerinde atenolol'un etkisi plaseboya eşit bulunmuştur.

7) Psikiyatrik Tedaviler:

a. Lityum

Hastalığın tekrarlayıcı doğası ve üretken bir dönemde olan kadının bu hastalık nedeniyle yüksek enerjili bir durumdan letarjik bir duruma geçmesi ve bu dönemde düşük duygudurum düzeyi göstermesi, PMS'un bir çeşit bipolar duygudurum bozukluğu olduğunu düşündürmektedir. Lityumun etkinliğinin olmadığını gösteren çalışmaların yanısıra, az sayıda kişi üzerinde (15 kadından sadece 3'nde) etkili olduğu belirtilmiştir. (Yonkers 1997-2).

b. Alprazolam

zerinde durulan ikinci önemli psikotrop madde alprazolamdır. Anksiyolitik ve antidepresan etkileri nedeniyle bu seçim oldukça isabetli olmuştur. İrritabilite ve uyku bozuklukları bulunan kadınlarda sedatif etkisi nedeniyle de etkili olmaktadır. Beş plasebo kontrollü randomize çalışma yapılmıştır. Bu alışmalar az sayıda olgu içeren küçük çalışmalar olmalarına karşın olgu seçimi ve tanı kriterleri konusunda sıkı kurallara uyan ve belirtilerin prospektif olarak doğrulanmasını zorunlu kılan titiz çalışmalardır. Bu çalışmaların tümünde de alprazolam sadece luteal fazda uygulanmıştır. Uygulanan günlük doz çalışmaya göre 0.75 mg. ile 4 mg. arasında değişiklik göstermiştir. 4 çalışmada alprazolam plasebodan daha etkili bulunmuştur. Çalışmalarda alprazolamın, birkaç gün gibi kısa süren ve hafif şiddette belirtileri olanlarda etkili olduğu belirtilmiştir (Yonkers 1997-2).

c. Antidepresan İlaçlar

PMDB tedavisinde etkili olduğu bildirilen ilk serotonin geri alım inhibitörü, nonselektif trisiklik bir antidepresan olan klomipramindir (Eriksson 1990, Stone1991).

Daha sonra gerçekleştirilen pek çok plasebo - kontrollü çalışmada, serotonin geri alım inhibitörleri olan **klomipramin** (Sunblad 1993), **fluoksetin** (Steiner 1995, Ozeren 1997), **paroksetin**, **sertralin** (Young 1998) ve **sitalopramın** (Wikander 1998) etkinlikleri kanıtlanmıştır.

Yonkers (1997-2) PMS tanılı kadınlarda farklı sınıfların eşit etkinlikte olmamasına karşın antidepresan ilaçların en ümit verici tedavi olduğunu belirtmiştir. Hangi antidepresan ilaın daha etkili olduğu konusunda şöyle bir tablo oluşturmuştur.

Plasebodan daha etkili antidepresan ilaçlar:

- Fluoksetin
- Sertralin
- Paroksetin
- Klomipramin
- Venlafaksin

Plaseboya eşit ya da hafif iyi etkili antidepresan ilaçlar:

- Lityum
- Maprotilin
- Bupropion
- Fluvoksamin

Dozaj :

PMDB'lu kadınlarda yanıt almayı sağlayan klomipramin dozu depresyon veya OKB için gerekli olan dozdan (150- 200 mg/gün) daha düşüktür. PMDB ile gerçekleştirilen çalışmaların çoğunda test edilen SSRI dozları, depresyon için önerilen dozlarla aynı veya biraz daha düşüktür. Klomipramin 25 -75 mg/gün (adet kanamasından 14 gün önce), Fluoksetin: 20 mg/gün, Paroksetin: 10 -30 mg/gün, Sertralin : 50 – 150 mg /gün önerilmektedir (Link 2000).

Etki başlangıcı :

SSRI' ların depresyon, panik bozukluk ve OKB tedavisinde etkisinin başlaması için 1-4 haftalık tedavi süresi gereklidir. Buna karşın, yalnızca luteal fazdaki uygulamayı içeren aralıklı klomipramin uygulamasını değerlendiren bir çalışmanın ilk kez ortaya koyduğu gibi SSRI'ların etkisi 1 –2 gün gibi çok kısa sürede ortaya çıkmaktadır (Sundblad 1993).

Premenstrüel Disforik Bozukluk tedavisinde Eriksson'un (1999) sitalopram ile ilgili yaptığı plasebo kontrollü bir çalışmada, PMDB'lu kadınlara 3 siklus boyunca, aşağıda belirtilen doz ve sürelerden birine uyan sitalopram verilmiştir: a) Siklusun tüm günlerinde devam edecek sürekli uygulama (20 ±10 mg/gün) b) Yalnızca luteal fazı kapsayan aralıklı uygulama (20 ± 10 mg/gün) c) Yarı – aralıklı tedavi uygulaması (foliküler fazda 5 mg/gün gibi düşük dozda ve luteal fazda (20 ± 10 mg /gün) şeklinde yüksek dozda.) Yalnızca luteal fazda sitalopram kullanan hastalarda irritabilite hissi belirgin ölçüde azalmış ve aralıklı tedavinin yalnızca plasebo karşısında değil, sürekli ve yarı – aralıklı tedaviler karşısında da anlamlı derecede üstünlük taşıdığı bulunmuştur.

Etkinin kısa sürede ortaya çıkması, yalnızca premenstrüel evre ile sınırlı, aralıklı tedaviyi olanaklı kılmaktadır. PMBD ile depresyon arasında semptomlar ve hastalığın doğal öyküsü açısından büyük farklılıklar bulunsa da, DSM-IV'te Premenstrüel Disforik Bozukluk "Başka Türü Sınıflandırılmayan Depresif Bozukluklar" arasında yer almaktadır (APA 1994). Klomipramin ve SSRI gibi antidepresanların etkili olmaları nedeniyle, PMDB'un depresyonun bir varyasyonu olduğu iddia edilebilir. Ancak, klomipramin ve SSRI'ların PMDB'daki etkileri ile depresyondaki etkilerinin aynı olmadığını düşündüren nedenler bulunmaktadır:

- 1) PMDB tedavisinde SSRI dozu, depresyon tedavisinde gereken dozlardan genellikle çok daha düşüktür (Eriksson 1990).
- 2) SSRI'lar PMDB için kullanıldıklarında etki çok daha kısa sürede ortaya çıkmaktadır (Sundblad 1992).
- 3) Buspiron, fenfluramin MDB'de etkili olmalarına karşın depresyonda etkili değildir. Dolayısıyla, hem PMDB hem de depresyonda bu ilaçların ortak etki mekanizması "serotonin taşıyıcısının inhibisyonu" olsa da, antidepresan etkilere ve PMDB'daki etkilere farklı nöron yolları ve farklı postsinaptik serotonin reseptörlerinin aracılık ettiği düşünülmektedir.

Bazı çalışmalarda, klomipramin ve SSRI'ların PMDB'daki etkileri ile antidepresan etkilerinin aynı olmadığı belirtilmektedir. Bu çalışmalarda, PMDB'un depresyonun bir varyasyonu olarak kabul edilmemesi gerektiği ileri sürülmektedir. Neden olarakta, noradrenerjik veya dopaminerjik antidepresanların PMDB tedavisinde SSRI'lardan daha az etkili ya da etkisiz olmaları gösterilmektedir. Bu nedenle klomipramin ve SSRI'ların PMDB'daki belirgin etkileri antidepresan özellikleriyle değil, PMDB'daki

temel belirtinin irritabilite olmasıyla açıklanabilmektedir. Çünkü, irritabilite belirtisi de büyük oranda serotonerjik nöronlar tarafından düzenlenmektedir (Eriksson 1999).

8. Diyet, Vitamin Tedavisi:

Bazı araştırmacılar, vitamin B'nin premenstrüel sendrom için yararlı olabileceğini öne sürmektedir. Rafine şeker, tuz, alkol, kafeini diyetten çıkarmak önerilmektedir. Ancak bunları destekleyen bulgular yoktur.

9. Eğitim ve Destek Tedavisi, Kognitif Psikoterapi.

Kognitif-davranışçı veya relaksasyon terapileri premenstrüel sendromu olanlarda yardımcı olabilir. Ancak bu konuyla ilgili prospektif plasebo kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır.

Okul hemşireleri, beden eğitimi öğretmenleri, ebeveynler, sağlık eğitimcileri, hekimler ve diğer sağlık çalışanları sıklıkla dismenore ve premenstrüel sendrom bulguları bulunan kız ergenlerin sorunları ile karşı karşıya gelmektedir. Pek çok kişi bu tür yakınmaları bulunan kızların sadece dikkat çekmek veya okuldan kaçmak için bu şekilde yakınmalar geliştirdiğini düşünmektedir. Ancak bu yaklaşım sorunların çözümünü güçleştirmektedir. Olgularda, dikkat ve konsantrasyon eksikliği, okula devamsızlık gibi sorunlar aylık dönemler halinde ortaya çıkmaktadır.

PMS'un modern tedavisi çok etkenli, çok boyutlu bir yaklaşım gerektiren biyopsikososyal bir modeldir. Bu model; endokrinolojik, kronobiyolojik, davranışsal fenomenoloji, sosyal psikoloji ve nörobiyoloji ile ilgili olayların kendi aralarındaki etkileşimlerini tanımayı ve değerlendirmeyi gerektirmektedir.

Kız ergenlerin PMS'a uygun yaklaşımlarını sağlayacak iyi bir model geliştirilmiştir. Program premenstrüel belirtileri tanımlayan 30 - 45 dakikalık eğitim seansı ile başlar. Programa katılanlara PMS'u olan kadın ve kızların çılgın olmadığı söylenir. Programın ikinci kısmında kişilerin kendilerine yardım edebilme yöntemleri üzerinde durulur. Bunlar arasında 20-30 dakikalık aerobik uygulamaları, alkol, kafein, aşırı karbonhidrat veya tuz içermeyen dengeli bir beslenme veya aşırı diyet uygulamalarından kaçınmak gerektiği vurgulanır. Son olarak da PMS bulgularını arttıran çeşitli psikososyal stresörler üzerinde durulmaktadır. Kendine yardım yöntemleri başarılı olmazsa üçüncü aşamaya geçilir. Üçüncü aşamada, aile bilgilendirilir. Kızlarında önemli bir sağlık sorunu bulunabileceği, konuyla ilgili bir hekim tarafından değerlendirilmesinin gerekli olduğu belirtilmektedir (Wilson 1989).

2.1.5. DİSMENORE

Adet dönemindeki ağrıya dismenore, spesifik patolojik durum olmadan ağrılı adet görmeye “Primer Dismenore” denmektedir. Endometriozis, salpenjit veya müllerian sistemin kongenital anomalileri gibi pelvik organ patolojilerinde ağrılı adet görülmesi “sekonder dismenore” olarak adlandırılmaktadır.

Dismenorenin sınıflandırılması

	Çalışma Yeteneği	Belirti	Analjezik
Grade 0: Adet ağrılı değil, günlük aktivite etkilenmemiş	Etkilenmemiş	Yok	Gerekli değil.
Grade 1: Menstruasyon ağrılı ama günlük aktivite arada kısıtlanır.	Nadiren etkilenmiş	Yok	Nadiren
Grade 2: Günlük aktivite etkilenir. Analjezik gerekir ve belirtiler ortaya çıkar.	Orta etki	Az	Gereklidir
Grade 3: Aktivite belirgin etkilenir. Analjezik etkisi az, baş ağrısı, kusma, diare, halsizlik, bulantı ve ciddi ağrı	Belirgin etki	Belirgin	Zayıf etki

Katkı Pediatri Dergisi 2000 (6), 834-862

Dismenore, adolesan dönemi kızlarda oldukça yaygın olarak görülen bir durumdur. Adet gören lise öğrenci kızların yaklaşık 1/3'ünün sık olarak dismenore geçirdikleri ve kısa dönemli okula devamsızlığın önde gelen nedenlerinden birinin dismenore olduğu bilinmektedir. Dismenoreye eşlik eden karın ağrısı, kusma, baş ağrısı, ve diğer rahatsızlıklardan dolayı yılda yaklaşık 140 milyon saat iş saati kaybı olduğu ileri sürülmektedir. Wildholm (1979) Fin kökenli 13-20 yaş arası adolesanlarda dismenoreye bağlı okul devamsızlığının %23.4 gibi yüksek bir orana ulaştığını bildirmiştir.

Ağrı Şiddeti kendi ifadelerine göre, %49'unda hafif, %37'sinde orta, %14'nde Şiddetli olarak tanımlanmıştır. Şiddetli derecede yakınması olan kızların %50'si, hafif derecede yakınması olan kızların %17'si okul devamsızlığı yapmışlardır. Dismenore nedeniyle okula devam edemeyen kızların toplamı %14 olarak bulunmuştur. Öğretmenlerden alınan bilgilere göre okula devamsızlığın % 25 gibi daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir. Dismenore yakınması yaşayanların sadece % 14.5'i doktora baŐvurmuŐtur. Ayrıca ebeveynleriyle yapılan görüşmelerde, ailelerin pek çoğunun kızının adet görmeye baŐladıđının farkında olmadığı ve anababaların sadece %30'unun kızlarındaki ağrının farkına vardıkları gösterilmiştir (Klein 1981).

2.2. ERGENLİK, GELİŞİM ZAMANLAMASI VE PSİKOPATOLOĞİ

Psikopatolojiye ilişkin gelişimsel çalışmalar puberteyle ilgili hormonal değişikliklerin, ergenin ruh sağlığını etkilediğini ileri sürmektedir(Brooks- Gunn 1994). Puberteye geçiŐin zamanlaması, pubertal gelişimin, psikopatoloji ile birlikte olup olmayacağını belirlemede dikkati çeken bir konudur. Ergenlikteki gelişim zamanı ve düzeyi ile ilgili yapılan çalışmalar, daha erken gelişen kızların, psikopatoloji açısından risk altında olabileceklerini ne sürmektedir. Bir diğer görüş de, ergenliğe giriŐin getirdiği fiziksel, psikolojik ve sosyal değişikliklere daha az hazırlıklı olmalarından dolayı bu kızların daha az sorun yaŐayabilecekleri Őekindedir (Brooks –Gunn 1985). Kızların tersine geç gelişen erkek çocuklarda, fiziksel görünümlerinin akranlarına göre daha az geliŐmesi ve atletik yetersizliklerine bağlı olarak psikososyal sorunlar ve yetersizlik duyguları yaşadıkları gösterilmiştir (Jones 1965).

GeliŐimini erken tamamlayan kızlarda genel davranış sorunları kadar depresif duygulanım, yeme tutumuna ilişkin sorunlar, suçluluk duygusu gibi belirtilerin de yaşandığı, oysa geç gelişen kızlarda, zamanında olgunlaŐma gösterenlerle kıyaslandığında böyle bir uyum sorunu yaşamadıkları gösterilmiştir (Petersen 1991, Graber 1994).

Anderson ve Magnuson (1990) erken gelişen erkek çocukların yaŐıtlarından daha erken yaşta alkol içmeye baŐladıklarını ve geç gelişen erkeklerin genç eriŐkinlikte alkol sorunlarının daha fazla olabileceğini bildirmiştir.

2.2.1. Pubertal Gelişim ve Depresyon

Ergenlik döneminde ortaya çıkan depresyonun incelenmesi, hem bu dönemde önemli yaşamsal tercihlerin yapılması, hem de daha sonraki yaşam dönemleri üzerine ciddi etkileri olması nedeniyle önemlidir. Depresif epizodların etkisinin süregelen psikososyal zorluklarla birlikte, erişkinlik dönemini de etkilediği bilinmektedir (Lewinsohn 1993).

Pubertal dönem birçok hormonal değişim ve gelişimi içerir. Hormon konsantrasyonu duygudurum üzerinde her iki cinsten de etkilidir. Adrenal androjen konsantrasyonunun erkeklerdeki olumsuz duygulanımı etkilediği, kızlar içinse FSH'nin dolayısıyla östrojen artışının bu durumdan sorumlu olduğu gösterilmiştir. Puberte ile depresyon ilişkisini inceleyen çalışmalar depresif bozukluk görülme oranının erkeklerde 9 yaşından sonra düşerken, kızlarda 12 yaşından sonra yükselmeye başladığını göstermektedir. Bu sonuçtan yola çıkarak pubertal gelişimin depresyon gelişimi üzerinde etkili olduğu ileri sürülmüştür (Angold 1998). Kızlardaki depresif duygulanım düzeyindeki yükselmenin erken pubertal hormon artışıyla bağlantılı olduğu gösterilmiştir (Brooks - Gunn 1989).

Pubertenin endokrinolojik başlangıcı ile birlikte gonodotropin (GnRH) salınım sıklığı ve amplitüdünde belirgin artışa bağlı luteinizan hormon (LH) pikleri ortaya çıkar. Kızlarda pulsatif GnRH salınımının pubertenin bir özelliği olarak östradiol ve progesteron dalgalanmalarını yaratması cinsiyetler arasındaki fiziksel farklılıkları ortaya koyan önemli bir gelişmedir (Marshall 1991). Bu sürecin olgunlaşması menarştan önce başlayıp, düzenli ovülasyon ve luteal fonksiyon saptanana kadar birkaç ay ya da yıl sürebilir (Wennink 1990). Çocukluk çağında, özellikle aile içi çatışmalar ve baba yokluğu gibi stresli yaşam olayları menarş zamanını ve kişiler arası ilişkilerdeki tutumu etkilemektedir (Belsky 1991).

Puberte ve depresyon gelişimi arasındaki ilişki tanımlanırken her iki cinsten pubertenin biyolojik değişikliklerinin göz önünde tutulması gerekir. Bu konudaki önemli noktalar şunlardır:

- 1- Erken hormonal değişiklikler dışarıdan açık olarak gözlenmemektedir. Morfolojik değişiklikler her iki cinsten de pubertenin endokrin değişim düzeyini yansıtmaz. Ergenlik dönemi çalışmaları genellikle 10 yaşından sonra başladığı için bu erken hormonal değişikliklerin olası psikolojik etkilerini gösteren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Araştırmaların çoğu daha çok gözle görülebilen morfolojik

değişiklikler üzerine odaklanmıştır. Yine de hem endokrin durumu hem de gözlenebilir ergenlik belirtilerini dikkate alan araştırmalar yansız olarak devam etmektedir. Endokrin değişiklikler, puberteyi gözle görülebilen pubertal değişikliklere göre daha iyi belirleyen bir özelliktir (Paikoff 1991).

- 2- Nöroendokrin değişim sürecinin başladığı ergenlik dönemi olasılıkla depresyonun kızlarda artış gösterdiği 9-11 yaşlarına rastlamaktadır.
- 3- Erkeklerde ve kızlarda endokrin ve morfolojik değişiklikler arasındaki ilişki farklılık gösterir. Kızlarda birkaç seks karakterinin gelişimi menarştan önce ve pubertenin ilk yarısında gerçekleşirken, erkeklerde dış görünüş ve androjenizasyon büyük endokrin değişikliklerden sonra oluşmaktadır. Puberte, batıda kızlarda erkeklerden yaklaşık 2 yıl daha önce ortaya çıkmaktadır.
- 4- Pubertal durum, ilerleyen tek bir gelişim yolu ile açıklanamamaktadır.

2.2.2. Depresyon Epidemiyolojisindeki Cinsiyet Farklılığı

Çocuk ve ergenlerdeki epidemiyolojik yazında genellikle depresyon oranlarının prepubertal dönemde kız ve erkekler arasında benzer olduğu konusunda görüş birliği bulunmaktadır. Depresyonda cinsiyet farkı, erken ergenlikte ortaya çıkıp yaşla belirginleşmektedir (Fleming 1990). Çeşitli çalışmalarda kız ergenlerin erkeklerden daha fazla sayıda ve daha ağır depresif belirtiler bildirdiği gösterilmiştir (Kashani 1987, Larson - Melin 1990, Takakura 2000). Ergenlerle yapılan birkaç çalışmada cinsiyet farkı gözlenmemekle birlikte (Bird 1988, Kashani 1989) pekçok çalışmada hem depresif belirtilerin hem de depresif bozukluğun kızlarda erkeklerden daha sık görüldüğü saptanmıştır (Larson 1990, Çuhadaroğlu ve Sonuvar 1992, Kessler 2001).

Erişkinler ile yapılan depresyon epidemiyolojisi çalışmalarında, unipolar depresyonun, kadınlarda erkeklerden yaklaşık 2 kat daha fazla görüldüğü bilinmektedir (Weissman 1977). Geriye dönük verileri kullanarak yapılan araştırmalarda bu farklılığın başlangıcının ergenlik dönemine rastladığı 12 ile 15 yaşları arasında belirginleşmeye başladığı gösterilmiştir (Velez 1989, Mc Gee 1990, Anderson 1987, Bird 1988, Kashani 1987, Nolen-Hoeksema 1991, Angold- Rutter 1992).

Depresyonun görülme oranındaki değişikliklerin başlangıcı, pubertedeki hormonal ve fiziksel değişiklikler ile aynı zamana rastlamaktadır. Kız ve erkekler arasındaki depresif

bozukluk görölme oranındaki farklılığın nedeni olarak, cinsiyete ilişkin rollerin kızlar için daha az etkili başa çıkma mekanizmalarına olanak tanınması; kızların bu dönemde erkeklere oranla daha fazla güçlkle karşılaşması; kızların ergenliğe erkeklerden daha önce girmesi şeklinde çeşitli varsayımlar ileri sürülmüştür (Peterson 1993). Erkek ergenlerin öz bildirimine dayalı ölçeklerde bildirilen belirtiler açısından kızlardan pek farklı olmadıkları, ancak yüz yüze görüşmede kızlardan daha az belirti bildirdikleri gösterilmiştir. Araştırmacılar bu durumun erkeklerin öznel güçlüklerini, ölçeklerde daha kolay ifade edebilmelerine karşın bunları yüz yüze görüşmede bildirmeye zorlanmalarından, kızların ise ölçekle bildirdikleri belirtileri klinik görüşmede de ifade edebilmelerinden kaynaklanabileceğini öne sürmüşlerdir (Jolly 1994).

Ergenlik dönemi boyunca depresyondaki cinsiyet farklılığını açıklayan 3 temel kuramsal bakış açısı şunlardır:

1. Cinsiyetin özdeşimlerinin güçlenmesi kuramı (Hill 1983).
1. İçsel ve dışsal başetme kaynakları (Nolen-Hoeksema 1991, Abramson 1978).
2. Stres verici yaşam olayları (Compas 1987, Kessler - MC Leod 1984, Whethington 1987).

1. Cinsiyetin Özdeşimlerinin Güçlenmesi

Cinsiyet özdeşimlerinin güçlenmesi varsayımı, gelişimsel doğası olan tek varsayımdır. Özellikle erken ergenlik dönemine odaklanır. Bu varsayıma göre, erken ergenlik dönemindeki pubertal değişiklikler kız ve erkeklerin her ikisinde de, cinsiyetlerinin önemi konusuna ilgilerinin artmasına neden olmaktadır (Hill 1983). Bu ilgi gençlerde cinsiyetlerinin anlamı konusunda belirsizlik ve karmaşa olmasından kaynaklanmaktadır. Puberteye ulaştıklarında erkek çocuklar daha çok erkeksi rollerle özdeşleşirken, kızlar da kadınsı rollerle özdeşleşeceklerdir. Bu varsayım, cinsiyet ayrılaşmasını, gelişimsel kalıp içinde açıkladığı için önemlidir. Birçok çalışmada, lise öğrencilerinden depresyonu sınıflandırmaları istendiğinde, depresif özelliklerin kadınsı sosyal rollerle daha fazla, erkeksi sosyal rollerle daha az ilişkilendirildiği gözlemlenmiştir (Radloff 1975). Ergen ve yetişkinler arasında yapılan birçok çalışmada, cinsiyet rolleri ile depresyon düzeyleri arasında hiçbir ilişki bulunmazken, Whitley'in (1985) yaptığı çalışmada depresyon ile erkek cinsel rol kimliği arasında anlamlı negatif bir ilişki

belirlenmiştir. Bu sonuç, hem genç yetişkinler, hem de lise öğrencileri arasında gösterilmiştir (Stoppard 1989).

“Cinsiyet özdeşimlerinin güçlenmesi” kuramında bu süreç kızlar ve erkekler arasında oldukça farklı işler. Erkek ergenlerde, cinsel kimlik öncelikle anti feminen iken, kız ergenler hem feminen hem de maskülen özelliklerle özdeşleşir. Ergenlik döneminin her iki cinsiyet için farklı anlamı bulunmaktadır. Genellikle erkekler için, güç ve büyüklük açısından olumlu, kızlar içinse olumsuz bir anlamı olduğu ileri sürülmektedir (Peterson 1980). Kızlar için ergenlik, onlara hoş görünmeyen beden değişiklikleri ve üreme potansiyeli anlamına gelmektedir. Birçok araştırmada, erken gelişen genç kızların, beden imajları, benlik saygısı ve diğer alanlarda daha geç gelişen kızlara oranla daha fazla sorun yaşadıklarını, bu sorunlarının en azından 17 yaşına kadar devam ettiği gösterilmiştir. Erken gelişim gösteren kızlardaki beden algısı sorunu, depresyonun bu kızlarda görülme sıklığını açıklamaktadır. Depresif bozukluğu olan erkeklerle kızlar karşılaştırıldığında, beden algısı sorununun kızlarda erkeklere göre daha fazla belirleyici olduğu gösterilmiştir (Allgood- Merten 1990).

2. Başetme Kaynakları

Yetişkinlerdeki depresyonun oluşumu ve iyileşmesinde, içsel kaynaklar kadar, sosyal destek şeklindeki dışsal kaynaklar da etkilidir. Bu içsel ve dışsal kaynaklar kişinin başetme mekanizmalarını tanımlar (Lazarus 1984, Nolen-Hoeksema 1991). Sosyal desteğin, kadınlarla erkekleri farklı etkilediğini gösteren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda, kız ergenlerde depresyonun daha fazla görülmesinde sosyal desteğin olup olmasının ne oranda etkili olduğu belirlenmeye çalışılmaktadır. Anne baba ile özellikle baba ile olan ilişki, kızların uyum sağlamasında erkeklere oranla daha etkili bulunmuştur (Sarigiani 1989). 14 yaşındaki kızlarda aynı yaştaki erkeklere göre anneleriyle daha fazla çatışma, daha yüksek stres düzeyi daha çekingen başetme mekanizması saptanmıştır. Erken ve orta ergenlikte, stres verici yaşam olayları ile kaçınarak başetme eğilimi, geç ergenlik döneminde depresif belirti dağılımına katkıda bulunmaktadır (Nummer 2001).

Ergen kızlarda, stres verici olumsuz yaşam olaylarının oranının erkeklerden daha fazla olduğu gösterilmiştir (Newcomb 1986).

Buna ek olarak adolesan kızların “içe alım” savunmalarını (kendiliğine karşı gelme, entellektüalizasyon, rasyonalizasyon) erkeklerden daha fazla kullandıkları, bunun aksine erkeklerin ise “dışa atım” mekanizmaları olan projeksiyon ve başkalarına karşı gelmeyi kızlardan daha fazla kullandıkları bildirilmiştir (Cramer 1979).

3. Stres Verici Yaşam Olayları

Yetişkinlerle yapılan birçok çalışmada stres verici yaşam olayları ile, ruh sağlığı sorunları arasında bağlantılar olduğu gösterilmiştir (Cohen 1988). Çocuk ve ergenlerde bu konuda daha az sayıda araştırma bulunmaktadır. Çocukların ve ergenlerin de stres verici yaşam olayları yaşadıkları bilinmektedir. Ancak bunlar yetişkinlere ait yaşam olaylarından farklıdır. Compas ve arkadaşlarının (1987) araştırmasında, 12-14 yaş arasındaki ergen kızlarda, aynı yaştaki erkeklere oranla daha fazla olumsuz günlük olaya rastlanmış, ancak bu farklılık diğer yaş grubundaki ergenlerde bulunmamıştır. Yetişkin literatüründe, stres verici yaşam olaylarının, kadınları daha olumsuz etkilediği gösterilmiştir (Kessler- Mc leod 1984). Bu tür çalışmaların çoğunda yaşam olaylarına en fazla olumsuz tepki verenlerin kızlar olduğu bulunmuştur (Compas 1987).

Yaşam olaylarına ek olarak çocuk ve gençler yaşla ilişkili normal gelişimsel zorluklar yaşamaktadırlar. Okula başlama, yeni kardeşin doğumuna bağlı davranış değişiklikleri bu streslerden bazılarıdır. Bu stresler erken ergenlik dönemindeki hem sosyal hem de bireysel gelişimsel değişikliklerin bazılarını uyarırken, bazılarının da baskılanmasına neden olur. Erken ergenlik döneminde yaşanan değişikliklerin sayısının, düşük kendilik algısıyla anlamlı ilişkisi olduğu gösterilmiştir (Petersen 1994).

2.2.3. Depresif Bozuklukta Yaşla İlişkili Klinik Bulgular

Ergenler, içinde buldukları dönemin özelliği olarak duygu, düşünce ve ilişkilerinde belirgin ve ani değişiklikler yaşarlar. Algılama ve yargılamaları abartılıdır. Hızlı karar vererek dürtüsel davranışlarda bulunurlar. Depresyondaki ergenler bu değişiklikleri daha hızlı ve şiddetli yaşayabildikleri gibi, yetişkinlere benzer şekilde sosyal geri çekilme, ilgi ve etkinliklerde azalma, arkadaş ilişkilerinde bozulma, okul başarısında düşme, okul ve evden kaçma, madde ve alkol kullanma eğilimi ile intihar girişim ve düşünceleri de yaşayamaktadırlar. Okul çağı çocuklarında özellikle ergenlerde depresyon, bilişsel ve sosyal gelişimlerini olumsuz yönde etkilemekte ve işlevlerini bozmaktadır (Kovasc 1991).

Depresif bozuklukta yaşla birlikte gözlenen belirtilerin sıklığı değişse de temel özellikler aynı kalmaktadır. Bazı çalışmalarda, puberte boyunca olan özellikler ve belirtilerin yapısı incelendiğinde, cinsiyet farklılıkları ve yaş ile değişen özellikler dikkati çekmektedir. Mc Conville ve arkadaşları (1973), “affektif semptomlar”, “suç ve suçluluk”, “benlik saygısında düşüklük” ile karakterize depresyon şekli tanımlamıştır. Affektif tip, 6-8 yaşlarında daha sık görülürken, daha ileri yaşlarda benlik saygısında düşüklüğün ön planda olduğu belirtiler gözlenmektedir. Şuçluluk duygularının yoğun ve ön planda olduğu depresyon şekli, yetişkinlerde görülen psikotik bulgulu depresyona benzemekte ve 11 yaşından sonra görülme sıklığı artmaktadır. Depresif bozukluğu olan ergenlerde, motor ajitasyon ya da retardasyonun olmadığı ancak suçluluk sanrıları ve umutsuzluk duygularının bulunduğunu belirtilmektedir. Ancak bu belirtilerin erişkinlerde görülen suçluluk sanrıları ve umutsuzluktan daha seyrek olduğu gösterilmiştir (Inamder 1979).

Prepubertal çocuk ve ergenlerdeki majör depresif bozukluktaki belirtilerin K-SADS görüşmesiyle karşılaştırıldığı bir çalışmada (Ryan 1987). prepubertal çocuklarda somatik semptomlar, psikomotor ajitasyon, separasyon anksiyetesi, fobiler ve halüsinasyonlar daha çok görülürken, ergenlerde anhedoni, umutsuzluk, hipersomni, kilo değişiklikleri, yasal olmayan ilaç kullanımı ve ölümcül sonuçları olan suisid girişimlerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Ergenlerde hipersomnia ve kilo kaybı belirtilerinin de prepubertal çocuklardan daha sıklıkla bulunduğu bildirilmiştir.

Ergenlerin büyük bir çoğunluğu tam alt eşiği olan depresif semptomlar göstermektedir. Yetişkinler arasında yapılan çalışmalar bu tür subklinik sendromların, majör depresyonun tüm ölçütlerini karşılayan epizodlar için yüksek risk taşıdığını ortaya koymuştur (Horwath 1992).

Depresif semptom sıklığının 4 popülasyonda karşılaştırıldığı bir çalışmada (Carson 1988); 92 Okul öncesi, 95 prepubertal çocuk, 92 ergen ve 100 erişkinden oluşan örneklerin hepsiyle benzer ölçütler esas alınarak yapılan klinik görüşmeler sonucunda depresif bozukluk tanısı konulmuştur. Deprese duygudurum, azalmış konsantrasyon, uykusuzluk, intihar düşünceleri tüm yaş gruplarında benzer sıklıkta bulunmuştur. Anhedoni, diurnal varyasyon, umutsuzluk, psikomotor retardasyon ve sanrılar yaş ile birlikte artış gösterirken, deprese görünüm, düşük benlik saygısı ve somatik yakınmalar yaşın artmasıyla birlikte azalmış olarak gösterilmiştir.

2.2.4. Depresif Bozukluk Bulgularındaki Cinsiyet Farklılıkları

Çocukluk ve ergenlik dönemindeki belirti dağılımı, belirtilerin görülme oranları ve risk faktörleri açısından kız ve erkekler arasında farklar bulunmaktadır.

Kızlarda depresif hastalıklar için daha fazla risk olmasıyla ilgili ileri sürülen görüşler bulunmaktadır. Olumsuz aile ve düşük okul başarısı olan ve erken olgunlaşan kızların, geç olgunlaşan kızlara oranla daha fazla depresif duygulanım gösterdikleri, erken pubertal gelişimin, orta ergenlik dönemine kadar sadece kızlar için olumsuz etkisinin olduğu gösterilmiştir. Erken pubertal gelişim yaşayan kızlarda, depresyon açısından en çok etkili değişkenin olumsuz beden algısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Petersen 1994).

Depresif bozukluk tanılı kız ergenlerde, ergenlik öncesi kız çocukları ve tüm yaş grubundaki erkek çocuklarına göre uyku gereksiniminde artma, zevk alamama, bilişsel fonksiyonlarda değişiklik, dikkatini toplama güçlüğü ve özkıyım düşünceleri daha sık gözlenmiştir. Erkeklerde anhedoni ve davranışla ilgili bozukluklar devamlı yüksek düzeyler gösterirken, disforik duygudurum, fizyolojik semptomlar ve kendinden hoşnut olmama kız ve erkeklerde benzer olarak bulunmuştur (Angold 1992).

Dört yıllık bir izlem çalışmasında kız ergenlerde suisid girişim riskinin erkek ergenlerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu, kız ergenlerdeki yüksek özkıyım girişim riskinin ancak 19 yaşında erkek ergenlerle karşılaştırılabilir düzeye gerilediği gösterilmiştir. Ergenlik dönemindeki özkıyım girişimi kadınlar için genç erişkinlikteki özkıyım davranışını öngörürken, erkek ergenler için böyle bir öngörü söz konusu değildir (Lewinsohn 2001).

2.3. PREMENSTRÜEL SENDROM VE PSİKOPATOLOJİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ergenlik döneminde, adet öncesi ve adet sırasındaki duygudurum değişiklikleri ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ergenlik döneminde siklus değişikliklerine spesifik bir duygudurum değişikliği saptamayan çalışmalarda, kız ergenlerin adet öncesi dönemde ortaya çıkan şiddetli anksiyete ve depresyon açısından 30 yaş üzerindeki kadınlardan farklı oldukları ileri sürülmüştür (Golub 1981). Diagnostic Interview Scheduel for Children (DISC) ile değerlendirilen ergen kızlarda, PMS'un aynı zamanda yüksek anksiyete ve dikkatsizlik sonuçlarıyla birlikte olduğu, ancak yüksek depresyon skorlarıyla birliktelik göstermediği bildirilmiştir (Shaffer 1989). Bazı çalışmalarda ergen kızlarda anksiyete ve premenstrüel sendrom arasında yetişkin kadınlarda görülene benzer şekilde bir ilişki olduğu gösterilmiş ve premenstrüel sendromun ergenler için olan sosyal boyutu doğrulanmıştır. Chau ve arkadaşlarının (1998) 14-18 yaşları arasındaki 153 çinli kız ergende premenstrüel sendrom ve anksiyete arasındaki ilişkiye baktıkları çalışmada PMS skoru ile hem sürekli kaygı puanı arasında hem de depresyon skoru arasında anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır. Böylece, PMS ile anksiyete arasındaki benzerlik batılı kızlardakine benzer şekilde Çinli adolesanlarda da gösterilmiştir.

Premenstrüel sendrom öyküsü olan ya da premenstrüel sendrom ile ilgili retrospektif yakınmalar getiren kadınlarda ve üniversite öğrencisi genç kızlarda gelecekte yüksek oranda depresyon ataklarının görüldüğü belirlenmiştir (Graze 1990). Schuchit ve arkadaşları (1975) PMS' dan yakınan kolej öğrencilerinin % 11'inin bir yıl sonra depresyon tedavisi için başvurduklarını, PMS bildirmeyenlerde ise bu oranın %5 olduğunu göstermiştir.

Yaşları 15-19 arasındaki 165 ergen kızın adet öncesi belirtileri, dismenore ve emosyonel distres faktörleri arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada, premenstrüel belirtileri olan kızların SCL-90 skorları ve öz bildirim ölçeklerinde anlamlı olarak daha fazla emosyonel distres saptanmıştır. Aynı çalışmada premenstrüel semptom grubunda olanların 2 yıl sonraki değerlendirmesinde, fobik anksiyete dışındaki somatizasyon, obsesif - kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, paranoid fikirler ve psikotik özellikler şeklindeki tüm SCL skorları premenstrüel semptomları olanlarda, premenstrüel semptomları olmayan normal gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Freeman 1993).

Premenstrüel bozukluk ve psikopatoloji arasındaki ilişki, daha çok yetişkin kadınlarda yapılan araştırmalara dayanmaktadır. Premenstrüel belirtiler için tedaviye başvuran kadınların, diğer kadınlara göre depresif bozukluk, panik bozukluk, suisid girişimleri ve madde bağımlılığı açısından daha yüksek risk altında oldukları gösterilmiştir (Harrison 1989).

Duygudurum değişiklikleri, depresyon, anksiyete ve irritabilite premenstrüel dönemde saptanan öncelikli değişiklikler olduğu bilinmektedir. Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB) "BTA Depresif Bozukluklar" grubunda ve diğer duygudurum bozukluklarıyla aynı kategoriye yerleştirilmiştir (DSM-IV 1994). PMDB'un depresif bozukluklarla çok benzerliğinin olduğu bilinmektedir. Premenstrüel Disforik Bozukluk ile majör depresif bozukluk arasındaki olası ilişki iki şekilde ele alınabilir:

a) Premenstrüel Disforik Bozukluk tanısı olanlarda özellikle yaşam boyu ya da o sırada duygudurum bozuklukları gibi birinci eksen tanılarının sık görüldüğü ileri sürülmektedir. PMDB tanısı olan kadınlarda duygudurum bozukluğu oranı % 30 ile 70 arasındadır (Yonkers 1997-2). Geçmiş öykülerinde majör depresif bozukluk oranı ise %46 (Pearlstein 1998) ile % 70 arasındadır (Harrison 1989). PMDB ile majör depresif bozukluk arasındaki ilişkiye ait veriler uzun süreli izlem çalışmalarından çok geriye dönük olarak toplanan verilere dayanmaktadır. Tek ileriye dönük izleme çalışmasında dört yıllık sürede PMS tanılı kadınların %37'sinde majör depresif bozukluk görülmüştü (Graze 1990). Premenstrüel belirtiler gösteren kolej öğrencilerinin, 4 yıllık izlemi sonucunda da, % 18' inin affektif bozukluk geliştirdikleri bildirilmiştir (Wetzel 1975).

Premenstrüel Disforik Bozukluk ile majör depresif bozukluk arasında zayıf bir bağlantı olduğunu ileri süren bazı araştırmacılar şimdiki psikiyatrik bozuklukların varlığının premenstrüel belirtilerden etkilenmediğini ileri sürmüşlerdir (Hurt 1992). Majör depresif bozukluk ve premenstrüel belirtiler için genetik ve çevresel risk faktörlerinin karşılıklı ilişkisininin incelendiği ikiz çalışmasında (Kendler 1998), depresyon için risk faktörü olan genetik ve çevresel özelliklerin premenstrüel sendrom etyolojisinde orta derecede etkili olduğu ve şiddetli formdaki PMS'un altta yatan bir depresif bozukluğun göstergesi olduğu belirtilmiştir.

b) Duygudurum bozukluğu açısından bakıldığında; çeşitli çalışmalarda uygun sağaltıma rağmen majör depresif bozukluk tanılı kadın hastaların bir grubunda, adet döngüsünün luteal evresinde depresif belirtilerde şiddetlenme, yineleme ya da başka belirtiler görüldüğü bildirilmiştir (Yonkers 1992). Şiddeti artan belirtilerle birlikte sosyal geri çekilme, öfkenin kontrol edilememesi ya da özkıyım düşünceleri ve girişimleri gibi belirti ve bulgular da saptanmıştır (Endicott 1993, Hendrick 1996). Depresif bozukluğu olanlarda premenstrüel dönemde depresif belirtilerde alevlenme yaşayan hastaların oranı bilinmemektedir.

Yetişkinlerde yapılan bir izleme çalışmasında halen depresif bozukluğu olan kadınların olmayanlara göre premenstrüel belirti puanlarının daha yüksek olduğu belirlenerek adet öncesi belirtilerdeki yüksek puanlar yüksek depresif puanlarla ilişkili bulunmuştur (Harlow 1999).

İki olgu bildirisinde (Kimmel 1992) luteal evre sırasında ilaç metabolizmasındaki değişimlerin antidepresan ilaç düzeylerinde azalmaya ve dolayısıyla depresif belirtilerde artmaya yol açabileceği ileri sürülmüştür. Başarılı ve uygun antidepresan ilaç sağaltımına rağmen premenstrüel dönemde ısrarlı disforik değişiklikler ve irritabilite de bildirilmektedir (Yonkers 1992).

Premenstrüel dönemde depresif bozuklukların başlama ya da kötüleşme riskini artması ile ilgili diğer bulgular hastane kayıtlarının yanısıra suisid girişimi ve tamamlanması ile ilgili yapılan çalışmalardan elde edilmiştir. Majör depresyon tanılı kadınlarda, geç luteal dönemde hastaneye başvuru oranı artar iken, şizofrenik bozukluk tanılı kadınlarda bu döneme ait artış izlenmemiştir (Abramowitz 82).

Sonuç olarak, premenstrüel sendrom bulguları var olan depresif bozukluğun belirtilerinin üzerine mi çakışıyor yoksa luteal fazda belirtilerin alevlenmesine mi yol açıyor sorularının yanıtını ayırtırmak çok güçtür.

Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB), duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, kişilik bozukluğu gibi ruhsal bozukluğun premenstrüel dönemde alevlenmesinden ayırt edilmelidir (Yonkers 1992). Premenstrüel Disforik Bozukluktan çok daha yaygın olan bu bozukluklarda belirtilerin premenstrüel dönemde artması söz konusudur. Ancak artan bu belirtiler adet döngü boyunca sürmektedir. Bu durumun yalnızca başka bir ruhsal bozukluğun premenstrüel dönemde alevlenmesini yaşayan

kadınlarda göz önüne alınmaması gerekse bile, eğer kadınlar işlevsellik düzeyinde Premenstrüel Disforik Bozukluk için tipik olan belirtiler ve değişiklikler yaşarsa, var olan başka bir mental bozukluğun tanısına ek olarak bu durum da göz önüne alınabilir. Duygudurum değişiklikleri daha sık görülmesine karşın bu olgularda anksiyete bozukluklarının da sık görülmesi, PMS ile anksiyete bozuklukları arasında bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Bunu kanıtlayan en önemli gözlemlerden biri, panik atak ve panik bozukluğu olan kadınlarda premenstrüel dönemde panik atak bulgularının provoke edilebilmesidir. Premenstrüel sendromun döngüsel olarak tekrarlayıp, tekrar gerilemesine bakılarak psikiyatrik hastalıklardan en çok yineleyici depresyona veya panik bozukluğa benzediği belirtilmiştir.. PMS ve PMDB olarak tanımlanan kadınlarda, hayat boyu psikiyatrik hastalık ve panik bozukluk geçirmiş olma riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir (Yonkers1997).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Hipotezleri

1. Depresif bozukluk tanısıyla antidepresan sağaltımı alan ergen kızlarda adet döngüsünün luteal evresinde (premenstrüel dönem) adet döngüsünün foliküler evresine göre depresif semptomların şiddetinde artış olur.
2. Depresif bozukluğu olan ergen kızlarda, adet öncesi belirtilerin şiddeti depresif bozukluğu olmayan kızlarda görülen adet öncesi belirti şiddetinden daha yüksektir.
3. Depresif bozukluk tanısıyla izlenen ergen kızlarda, depresif bozukluk şiddeti (BDE puanı) arttıkça adet öncesi belirti şiddeti de artar.
4. Depresif bozukluğu olan ergen kızlarda, dismenore şiddeti ile adet öncesi belirti şiddeti ve depresyon şiddeti doğru orantılıdır. Adet öncesibelirtiler ve dismenore birbirinden ayırt edilemez.
5. İleriye dönük olarak günlük belirtilerin ölçüldüğü Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi (DRSP) kullanılarak konulan premenstrüel sendrom tanısı (ICD-10), geriye dönük olarak belirtilerin değerlendirildiği Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) ile desteklenmektedir.

3.2. Araştırmada Kullanılan Tanımlar ve Kriterler

3.2.1. Tanımlar:

Adet Döngüsü: Bir adet kanamasının ilk günü ile diğer adet kanamasının ilk günü arasındaki süre.

Foliküler Evre: Adet döngüsünde kanamanın başlangıcından ovülasyonun olduğu adet döngüsü ortasına kadar olan dönem. Bu evrede ovariumda foliküler büyüme gerçekleşir, östradiol salgısı artması sonucu kanda östradiol miktarı artar.

Luteal Evre : Ovülasyonun gerçekleştiği adet döngüsü orta döneminden, bir sonraki adet kanamasının başladığı ilk güne kadar geçen dönem. Bu evre foliküler evreye göre daha sabit uzunluktadır ve yaklaşık 14 gün sürmektedir. Ovaryumda korpus luteumun gelişmesiyle birlikte kanda progesteron düzeyi de artar.

Premenstrüel Sendrom “Var / Yok”:

ICD-10 tanı ölçütlerinde bulunan tanı kriterlerinden sadece birinin, luteal evrede görülüp, foliküler evrede kaybolması PMS “Var”, bu belirtilerin luteal eğerde görülmemesi ya da luteal evrede görülen belirtilerin foliküler evrede de süreklilik göstermesi PMS “Yok” olarak tanımlanmıştır.

Premenstrüel Sendrom Şiddeti:

Premenstrüel Değerlendirme Formunda (95 madde) işaretlenen maddelerden elde edilen toplam puanın, soru sayısı bölünmesiyle elde edilen puan (PDF oran) 1.7'nin altında ise “PMS yok” olarak tanımlanmıştır. 1.7 ile 2.8 arasında ise “hafif” şiddette, 2.8 ile 3.7 arasında ise “orta” şiddette ve 3.7'nin üzerinde ise “ağır” şiddette PMS olarak tanımlanmıştır (Dereboy 1994).

Kanama şiddeti : Adet kanaması sırasında günde ortalama kullandığı pet sayısı 1 -2 tane olduğunda “hafif” şiddette, 2-3 tane / gün “orta” şiddette, 3-4 / gün ise “şiddetli” kanama olarak tanımlanmıştır.

Dismenore : Ağrılı adet kanaması. Son 3 ayda, günlük aktivite, çalışma ve sosyal yaşamın etkilenmesine göre derecelendirilmiştir. Dismenore şiddeti;

Yakınma Yok (Grade 0): Adet ağrılı değil, günlük aktivite etkilenmemiş, analjezik gerekmiyor.

Hafif (Grade1): Adet ağrılı ancak çalışma yeteneği ve günlük aktivite çok az kısıtlanır, nadiren analjezik gerekir.

Orta (Grade 2): Günlük aktivite etkilenir, analjezik gerekir ve semptomlar ortaya çıkar.

Şiddetli (Grade 3): Aktivitenin belirgin etkilendiği, ağrı kesicilerin zayıf etkinlik gösterdiği, başağrısı, kusma, diare, halsizlik, bulantı ve ciddi ağrı yakınmalarının eşlik ettiği grup olarak belirtilmiştir.

Dismenore nedeniyle analjezik kullanımı ve okula devamsızlık:

Son 3 ay içinde, adet kanaması sırasındaki ağrı nedeniyle en az günde bir defa ağrı kesici ilaç kullananlar, dismenore nedeniyle analjezik kullanımı “Var”, kullanmayanlar ise dismenore nedeniyle analjezik kullanımı “Yok” olarak değerlendirilmiştir.

Son 3 ayda adet sırasındaki ağrı nedeniyle okula gitmeme ya da okulda iken derslere girememe ve eve izinli olarak dönme sıklığı sorgulanmıştır. Ardışık üç adet döngüsü içinde en az bir kez okula gitmeme yada okuldan izinli olarak ayrılma, okula devamsızlık “Var”, ağrı nedeniyle okula devamsızlığın olmadığı durum ise okula devamsızlık “Yok” olarak değerlendirilmiştir.

3.3.- Araştırmanın Tipi Doğal desende ileriye dönük izlem çalışmasıdır.

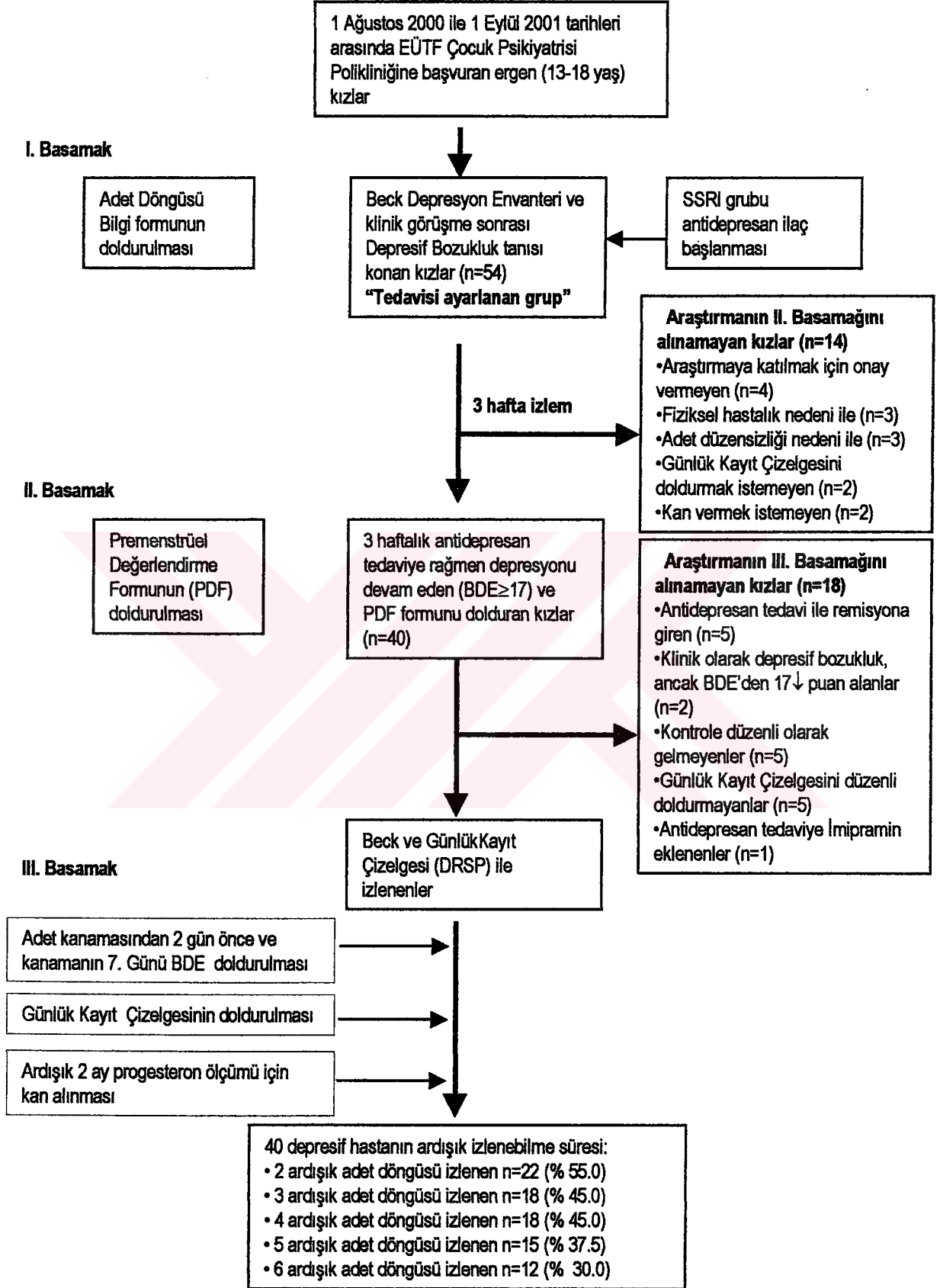
3.4.- Araştırmanın Evreni Depresif bozukluk tanısı alan kız ergenler (hasta grubu) ve hiçbir fiziksel ve ruhsal yakınması olmayan sağlıklı gönüllü genç kızlar (kontrol grubu) araştırma evrenini oluşturmaktadır.

3.5. Örneklem Hacmi ve Verilerin Toplanma Yöntemi

3.5.1 Hasta Grubunun Oluşturulması

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine 01.08.2000 ile 01.09.2001 tarihleri arasında başvuran ve yapılan görüşmeler sonucunda “Depresif Bozukluklar” (anksiyete bozukluğu belirtilerinin eşlik ettiği /etmediği, Majör Depresif Bozukluk ve /veya Distimik Bozukluk) tanısı nedeniyle tedavisi düzenlenen ya da bu tanılardan biri nedeniyle tedavi ve izlem altında olan 13-18 yaşlarındaki en az iki yıldır düzenli adet gören kızlar arasından çalışmaya onay verenler alınmıştır. Depresif bozukluğu olan hasta grubu için verilerin toplanması Akış Şeması 1’de sunulmuştur.

Akış Şeması 1. Depresif Bozukluğu Olan Hasta Grubunun oluşturulması



I. Basamak:

EÜTF Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğe 01.08.2000 ile 01.09.2001 tarihleri arasında ilk kez başvuruda bulunan ergen (13-18 yaş) kızlar arasından DSM-IV tanı ölçütleri ve Beck Depresyon Envanteri puanına göre “Depresif Bozukluk” tanısı alan ve başvuru sırasında herhangi bir psikofarmakolojik ilaç kullanmayan ergen kızlar “**tedavisi ayarlanan grup**” olarak değerlendirildi. Eğer psikofarmakolojik tedavi gerekli ise, tedaviyi standardize etmek için SSRI’lardan biri (Fluoksetin, Paroksetin, Sertralin veya Sitalopram) seçildi.

Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine başvuran kızlar arasından 54’üne depresif bozukluk tanısı konularak araştırmanın I. basamağına alındı. Depresif bozukluk tanısı alan kız ergenlerin sosyodemografik ve adet döngüsü (dismenore, okula devamsızlık ve analjezik kullanımı) bilgileri değerlendirildi. Tüm ergen kızlar ve ebeveynlerinden çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarını belirtir yazılı onay alındı. İlk görüşmeleri yapılan toplam 54 kişiden 14’ü aşağıda belirtilen nedenlerle dışlanarak çalışmanın II. basamağına alınamadı.

I.Basamaktan II. Basamağa geçişteki 14 (%25.9) kızın kayıp nedenleri:

1. Ebeveyni ya da kendisi çalışmaya katılmak için onay vermeyenler: 4 kişi (%7.40)
2. Fiziksel hastalık (diabetes mellitus, obezite ve hipotiroidi tanıları olan) nedeniyle dışlananlar: 3 kişi (%5.5)
3. Adet düzensizliği nedeniyle dışlananlar: 3 kişi (%5.5)i
4. Günlük izlem formlarını doldurmak istemeyenler: 2 kişi (% 3.7)
5. Kan vermek istemeyenler: 2 kişi (% 3.7)

II. Basamak

İlk değerlendirmesi yapılan 54 depresif bozukluk tanılı kız ergenden işleme kriterlerini karşılayan ve hem kızlardan hem de annelerinden çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair yazılı onay alınan depresif bozukluk tanılı kızlardan 40’ı araştırmanın II. basamağına alındı. Son adet başlama tarihine göre adetinin hangi evresinde olduğu saptanarak Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) ve ilk görüşmedeki depresif

bozukluk şiddetini belirtmek için Beck Depresyon Envanteri (BDE) dolduruldu. Etkin dozda en az 3 hafta antidepresan kullandıktan sonraki ilk adetinin 7. günü (foliküler evre) doldurulmak üzere bir tane BDE hastanın kendisine verildi, tahmini adet tarihi alınarak BDE'ini dolduracağı zaman telefonla anımsatıldı.

Bu basamakta 40 ergen kızın Premenstrüel Değerlendirme Formu bilgileri ve ilk değerlendirme sırasındaki hastalık şiddeti Bütünsel Klinik izlenim (CGI) ve Beck Depresyon Envanteri puanı ile ilgili verileri elde edildi.

II. Basamaktan III. Basamağa geçişteki 18 (%45) kızın kayıp nedenleri

1. En az 3 haftadır SSRI grubu antidepresan ilaçlardan birini kullandığı için, adet döngüsünün foliküler evresinde remisyon (klinik olarak değerlendirildiğinde depresyonu düzelmiş ve Beck Depresyon Envanterinden 17'nin altında puan alan) olarak değerlendirilip çalışma dışında kalanlar: 5 kişi (%12.5)
2. En az 3 haftalık SSRI grubu antidepresan ilaçlardan birini alıp adet döngüsünün foliküler evresinde değerlendirildiğinde klinik olarak depresif belirtileri devam ettiği halde, BDE'den 17'nin altında puan aldığı için çalışma dışında kalanlar: 2 kişi (%5)
3. Tedavi ve kontrollerine düzenli gelmeyip ilaç uyumu kötü olduğu için çalışma dışı kalanlar: 5 kişi (%12.5)
4. Tedavi ve kontrollerine düzenli olarak gelen, ancak ileriye dönük Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesini (DRSP) düzenli olarak doldurmadığı için çalışma dışı kalanlar: 5 kişi (%12.5)
5. Kullanılan SSRI grubu tedaviye "augmentasyon" amacıyla imipramin eklendiği için çalışma dışında kalanlar: 1 kişi (%2.5)

III. Basamak

İlk görüşmede depresyon şiddeti Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile hastalık şiddeti ve izlemdeki düzelme Bütünsel Klinik İzlenim (CGI) ile belirlendi, altı adet döngüsü boyunca premenstrüel belirtileri izlemek için Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi (DRSP) verilerek belirtilerin şiddetini günü gününe nasıl kayıt edecekleri öğretildi ve 6 ay boyunca ayda en az bir kez klinik görüşme yapıldı. Aynı görüşmede hasta ile birlikte formlar gözden geçirildi.

Duygudurum dalgalanmaları ve depresif belirtilerin şiddetini belirlemek için 6 ardışık adet döngüsü boyunca her adet döngüsünün foliküler (foliküler faz tanımı, adet kanamasının 6.- 10. günleri arasında) ve geç luteal (geç luteal fazın tanımı, adet kanamasından 1 ile 5 gün önceki dönem) fazında Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile depresif belirti şiddetinin değerlendirilmesi tekrarlandı.

Günlük kayıt çizelgesi DSRP'yi ardışık olarak dolduran ve ardışık iki adet döngüsünün luteal fazında progesteron ölçümü için kan verenler ve adetinin foliküler ve geç luteal fazında BDE dolduran ve her ay en az bir kez klinik görüşme ile değerlendirilerek izlenen kızlar 40 kişiden 22'sidir (%55).

İçleme Ölçütleri

- a) Anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği veya etmediği depresif bozukluk tanısı alan (MDB ve/veya Distimik Bozukluk) en az iki yıldır düzenli adet gören 13 -18 yaşları arasındaki kızlar arasından, en az 3 haftadır uygun dozlarda serotonin geri alım inhibitörü antidepresan ilaçlardan birini (Fluoxetine, Paroksetin, Sertralin veya Citalopram.) etkin dozda kullanmış olması.
- b) Depresif bozukluk tanısı alan kızların, en az üç haftadır SSRI grubu antidepresan ilaçlardan birini etkin dozda kullanmalarına karşın, ilk adet döngüsünün foliküler evresinde (adet kanamasının 6.-10. günleri arasında), depresif bulguların devam etmesi ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanının en az 17 ve üzerinde olması.

Dışlama Ölçütleri

- a) Halen gebe olanlar ve emzirenler.
- b) Hormonel ilaç kullanımı.
- c) Jinekolojik operasyon öyküsü.
- d) Son 6 ayda adet düzensizliği öyküsü: amenore: adet kanaması olmaması; oligomenore:35 günden daha uzun adet döngüsü; düzensiz adet döngüsü: adet döngüsünde döngüden döngüye 4 günden fazla olan değişiklikler (22 ile 35 gün arası.)
- e) Alkol veya madde kötüye kullanım bozukluğu öyküsü.
- f) Yoğun kimlik karmaşası yaşayanlar.
- g) Psikotik bozukluk ve/veya psikotik belirti öyküsü.
- h) Yeme bozukluğu öyküsü.
- ı) Tıbbi hastalık öyküsü (diyabet, hipotiroidi, epilepsi ve migren)

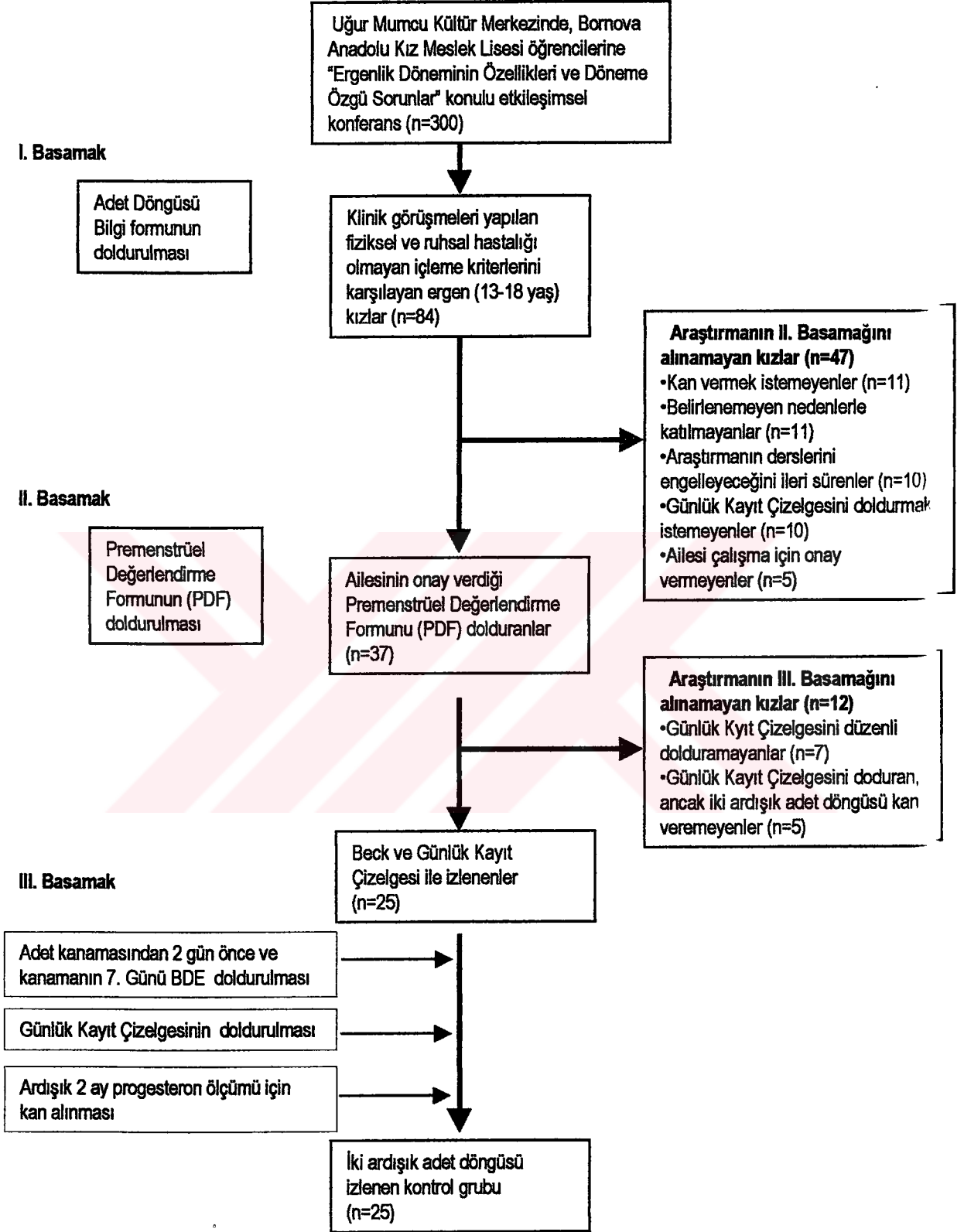
3.5.2. Kontrol Grubunun Oluşturulması

Ege Üniversitesi Çocuk Psikiyatri Anabilim dalının 31.10.2000 tarih ve 31-620 sayılı yazısı ile Bornova Milli Eğitim Müdürlüğünden lise öğrencisi ergen kızlarda yapılacak çalışma hakkında bilgi verilerek, bu ergen kızlarla çalışma izni istenmiştir. Bornova Kaymakamlığı tarafından 9.11.2000 tarihinde lise öğrenci kızlarla çalışma yapabilme onayı alınmıştır. Bornova Anadolu Kız Meslek Lisesinde öğrenim gören yaklaşık 300 kız öğrenciye, Doç Dr. Müge Tamar tarafından “Ergenlik Döneminin Gelişim Özellikleri ve Döneme Özgü Sorunlar” konulu interaktif bir konferans verilmiştir. Depresif bozukluğu olmayan kontrol grubunun oluşturulması Akış Şeması 2’de sunulmuştur.

I.Basamak

Bornova Anadolu Meslek Lisesinde rastgele yöntemle belirlenen 90 kız öğrenci ile iki görüşmeci tarafından sekiz kez okula gidilerek okulda bire bir görüşme yapılmıştır. Bunlardan 3’ü fiziksel hastalık, 3’ü adet düzensizliği nedeniyle çalışmaya alınmamıştır. Herhangi bir fiziksel ve ruhsal hastalığı olmayan, en az 2 yıldır düzenli adet gören 84 kız öğrencinin menarş yaşı, adet döngüsü bilgileri, dismenore şiddeti ve dismenore nedeniyle okula devamsızlığı sorgulayan Adet Döngüsü Bilgi Formu bilgileri doldurulmuştur. Çalışma hakkında aileyi bilgilendiren ve ailenin onayı istenen form, günlük izlem formları ve adet öncesi belirtileri geriye dönük olarak değerlendiren PDF kendilerine verilmiştir. Ailenin de onay vermesi durumunda bu formların nasıl doldurulacağı anlatılmıştır. İlk görüşmeden yaklaşık bir hafta sonra yapılan telefon görüşmesiyle edinilen bilgiye göre, 47 kişinin çalışmaya katılmayacağı anlaşılmıştır. 84 kişiden 37’si çalışmanın II. basamağına alınabilmektedir.

Akış Şeması 2. Depresif Bozukluğu Olmayan Kontrol Grubunun oluşturulması



I.Basamaktan II. Basamağa geçişte kontrol grubundan 47 (%55.9) kızın kayıp nedenleri

1. Kan vermek istemeyenler: 11 kişi (%13)
2. Neden belirtmeksizin katılmayanlar:11 kişi (%13)
3. Derslerinin engelleneceği düşüncesiyle katılmak istemeyenler:10 kişi (%11.9)
4. Günlük izlem formlarını doldurmak istemeyenler: 10 kişi (%11.9)
5. Aileleri çalışma için onay vermeyenler: 5 kişi (%5.9)

II. Basamak

Ailelerinin çalışmaya onay verdiği ve işleme ölçütlerini karşılayan 37 kişi çalışmaya alınmıştır. Her ay telefonla adet döngülerinin 21. ve 22. günü anımsatılarak kan vermeleri için kliniğe davet edilmiştir. İleriye dönük olarak her gün doldurdukları Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi ve adet kanamasından 2 gün önce ve kanamanın 7. günü doldurdukları Beck Depresyon Envanteri, her ay birlikte gözden geçirilmiştir.

II.Basamaktan III. Basamağa geçişte kontrol grubundan 12 (%32.4) kızın kayıp nedenleri

1. DRSP'yi düzenli ve günü gününe dolduramayanlar: 7 kişi (%18.9)
2. DRSP'yi düzenli doldurduğu halde iki ardışık adet döngüsünde kan veremeyenler: 5 kişi (%13.5)

III. Basamak

Bu basamakta değerlendirilen 25 genç kız, yaklaşık 3 ay süre ile (2 ardışık adet döngüsü süresince) Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi (DRSP) ve foliküler ve geç luteal evrede BDE'ni doldurmuştur. İki ardışık adet döngüsünün 21. ya da 22. gününde kanda progesteron bakışı için kliniğimize gelerek kan vermişlerdir. Çalışmayı düzenli takip etmeleri amacıyla Hayat Kimya A.Ş tarafından karşılanan hijyenik pet ile ödüllendirilmiştir. Kontrole ve kan vermeye geldikleri her ay genç kızlara belli sayıda hijyenik pet verilmiştir. Çalışma sonunda ruhsal bakıları tekrarlanmıştır.

İçleme Ölçütleri:

1. Yaşları ve sosyokültürel düzeyleri eşleştirilmiş ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören 13-18 yaşında kız öğrenciler.
2. Herhangi bir fiziksel ya da ruhsal yakınması / bozukluğu olmayan.
3. En az 2 yıldır düzenli adet gören, kız öğrenciler arasından yukarıda tanımlanan üç basamak sonucunda oluşturulmuştur.

Dışlama Ölçütleri:

Hasta grubunu oluştururken geçerli olan dışlama ölçütleri kontrol grubu için de uygulanmıştır.

Serum Progesteron Düzeyinin Belirlenmesi

Ovülasyonu belirlemek için adet döngüsünün 19 ile 21. günleri arasında kan progesteron düzeyi saptanmıştır. Hem hasta hem de kontrol grubundakiler çalışmaya alındıktan sonra ardışık olarak iki ay adetlerinin 19 ya da 21. günlerinde, progesteron ölçümü için kan vermişlerdir. Alınan kanların serumları, kan progesteron ölçümleri daha sonra yapılmak üzere -4 derecede derin dondurucuda uygun koşullarda saklanmış ve çalışma sonunda serum progesteron düzeyleri değerlendirilmiştir.

Biyokimyasal yöntem: Kullanılan kitin luteal dönemde geçerli serum progesteron düzeyi 1.6 ile 21.0 ng/ml arasındadır. Hasta grubunun (n=22) hepsi, ardışık iki adet döngüsünde ovulatuvar olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda (n=25) ise, beş hastanın iki döngüden birinde yada her ikisinde serum progesteron düzeyi luteal evre için normal sayılan değerin altında bulunmuştur.

Her iki grubun ortalama serum progesteron düzeyleri: Hasta grubu için 1. ay serum progesteron düzeyleri 8.41 ± 5.55 ng/mL, 2. ayda ise 8.71 ± 5.42 ng/ml olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise 1. ayda 5.19 ± 4.06 ng/mL ve 2. ayda 6.03 ± 6.8 ng/mL olarak belirlenmiştir.

3.6. Hasta Değerlendirme ve Ölçüm Araçları

3.6.1 Adet Döngüsü Bilgi Formu

Araştırmanın I.basamağında veri toplarken araştırmacı tarafından geliştirilen Adet Döngüsü Bilgi Formu kullanılmıştır (EK1). Bu form aşağıda tanımlanan sosyodemografik, adet döngüsü , dismenore ve dismenore ile ilişkili durumlar, soygeçmişi ile ilgili bilgileri içermektedir.

a) Sosyodemografik bilgiler:

1. Yaş ve eğitim durumu.
2. Tıbbi hastalık öyküsü (şimdi ya da daha önce geçirilmiş tıbbi hastalık, cerrahi girişim öyküsü, daha önce ya da halen kullandığı ilaçlar).

b) Adet döngüsü bilgileri:

1. Menarj yaşı.
2. Adet döngüsünün düzeni, kaç günde bir kanama olduğu.
3. Kanama süresi ve şiddeti.
4. En son adet tarihi.
5. Oral kontraseptif kullanım öyküsü (nedeni, süresi, ilaç adı ve dozu)

c) Dismenore şiddeti:

Son 3 ayda, günlük aktivite, çalışma ve sosyal yaşamın etkilenmesi ve semptomları geçirmek için ağrı kesici kullanmasına göre, dismenore şiddetini sınıflandırmak için;

Yakınma Yok (Grade 0): Adet ağrılı değil, günlük aktivite etkilenmemiş, analjezik gerekmiyor.

Hafif (Grade1): Adet ağrılı ancak çalışma yeteneği ve günlük aktivite çok az kısıtlanır, nadiren analjezik gerekir.

Orta (Grade 2): Günlük aktivite etkilenir, analjezik gerekir ve semptomlar ortaya çıkar.

Şiddetli (Grade 3): Aktivitenin belirgin etkilendiği, ağrı kesicilerin zayıf etkinlik gösterdiği, başağrısı, kusma, diare, halsizlik, bulantı ve ciddi ağrı yakınmalarının eşlik ettiği grup olarak belirtilmiştir.

d) Okula devamsızlık:

Son 3 ayda adet sırasındaki ağrı nedeniyle okula gitmeme ya da okulda iken derslere girememe ve eve izinli olarak dönme sıklığı sorgulanmıştır. Ardışık üç adet döngüsü içinde en az bir kez okula gitmeme yada okuldan izinli olarak ayrılma, okula devamsızlık “Var”, ağrı nedeniyle okula devamsızlığın olmadığı durum ise okula devamsızlık “Yok” olarak değerlendirilmiştir.

e) Soy geçmişi ile ilgili bilgiler:

1. Anne ve babanın ruhsal ve veya fiziksel hastalık öyküsü
2. Annenin menstrüel öyküsü (menarş yaşı, adet düzeni, premenstrüel belirtilerinin Premenstrüel Değerlendirme Formu ile değerlendirilmesi, dismenore yakınmasının varlığı). Aşağıdaki açıklamaya bakınız.

Not: Genç kızlar ile annelerinin premenstrüel sendrom sıklığı ve belirti dağılımının araştırıldığı çalışma 2001 yılında 5. Bahar sempozyumunda poster olarak sunulmuş ve Türkiye Psikiyatri Derneğinin poster birincilik ödülünü almıştır.

Hastalara adet düzeni ve döngü uzunluğu sorulduktan sonra son adet kanamasının tarihine göre ilk görüşme sırasında hastanın adet döngüsünün hangi fazında olduğu belirlenmiştir.

3.5.2. Premenstrüel Değerlendirme Formu - Geçmiş Dönem (PDF) (Premenstrüel Assessment Form)

Kadınların kendilerinde gözlemledikleri değişimleri ölçmeye yönelik 95 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir (Ek 2). Halbreich ve arkadaşları tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dereboy ve arkadaşları tarafından 1994 yılında hemşirelik öğrencilerinde yapılmıştır. Sorular altılı likert skalası üzerinden yanıtlanmaktadır. Bir seçeneği “değişim yok” anlamına gelirken, 6 seçeneği “aşırı değişim” anlamına gelmektedir. PDF ‘nun 18 alt ölçeği bulunmaktadır. Bir alt ölçekten alınan ham skorun o ölçekten alınacak en yüksek skora oranı “olanaklı maksimum değişim yüzdesini”ni oluşturmaktadır.

Premenstrüel Değerlendirme Formu Alt Ölçekleri :

1. Çökkün duygudurum.
2. Endojen depresif özellikler.
3. Labilite.
4. Atipik depresif özellikler.
5. Histeroid özellikler.
6. Düşmanlık / kızgınlık.
7. Sosyal geri çekilme.
8. Bunaltı.
9. Kendini iyi hissetmede artış.
10. İmpulsivite.
11. Organik mental özellikler.
12. Su tutulumu.
13. Fiziksel rahatsızlık.
14. Otonomik değişimler.
15. Yorgunluk.
16. Sosyal işlevsellikte bozulma.
17. Çeşitli duygudurum / davranış değişiklikleri
18. Çeşitli fiziksel değişimler.

3.5.3. Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi (Daly Record of Severity of Problems - DRSP)

Kadınların ileriye dönük olarak kendilerinde gözlemledikleri değişimleri değerlendirmek için geliştirilen 14 maddelik özbildirim ölçeğidir (Ek 3). Endicott ve Harrison tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir, Akdeniz ve arkadaşları tarafından 2000 yılında Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır, çalışma yayın aşamasındadır. İlk 11 madde adet öncesi psikolojik ve fiziksel belirtileri (DSM-IV'de tanımlanan Premenstrüel Disforik Bozukluk-PMDB ve ICD-10'da tanımlanan premenstrüel sendrom tanılarının) sorgulamaktadır. Son üç madde ise işlevselliği değerlendirmektedir. Sorular altılı likert skala üzerinden yanıtlanmaktadır, 1 seçeneği "değişim yok" anlamına gelirken 6 seçeneği "aşırı değişim" anlamına gelmektedir. Kısa formunda her bir PMDB tanı ölçütüne karşılık tek bir envanter maddesi vardır. Kısa formunu doldurmak hem daha kolay hem de çabuktur. Her gece yatmadan önce doldurulması önerilmektedir. Yazarlar sadece PMDB tanısı için değil, premenstrüel sendrom varlığını yada var olan bozukluk sırasında premenstrüel alevlenmeyi değerlendirmek için de kullanılması önermektedir. Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesinin DSM-IV'de tanımlanan PMDB tanı ölçütleri açısından değerlendirilmesi Ek 6'da sunulmuştur.

Ölçeğin 11 maddesi şöyledir:

1. Depresif duygudurum: “Kendimi üzgün, çökkün, hüzünlü ya da umutsuz ya da suçluymuşum gibi hissettim.”
2. Anksiyete: “Kendimi sıkıntılı, endişeli ya da gergin hissettim.”
3. Emosyonel labilite: “Duygularımda ani değişiklikler (yani aniden üzüntülü ve ağlamaklı) oldu ya da reddedilmeye çok duyarlıydım, çok kolay incindim.”
4. Öfke: “Kendimi sinirli ya da kızgın hissettim.”
5. Anhedoni: “Olağan etkinliklerime (yani iş, okul, arkadaşlar, hobilerim, ev işleri) karşı ilgim azaldı.”
6. Dikkat dağınıklığı: “Dikkatimi toplamada güçlük çektim.”
7. Yorgunluk: “Kendimi halsiz, yorgun ya da enerjisiz hissettim.”
8. İştah artışı: “İştahım açıldı ya da bugün çok yedim; özellikle bazı yiyeceklere aşardım.”
9. Uyku değişikliği: “Daha çok uyudum, gün içinde uyukladım, sabah uyanmakta zorluk çektim; ya da uykuya dalmakta güçlük çektim; gece sık uyandım.”
10. Kontrol dışı hissetme: “Herşey üzerime geliyor gibi geldi, başa çıkamayacakmış gibi hissettim; ya da kontrolden çıkıyormuş gibi hissettim.”
11. Fiziksel belirtiler: “Memelerimde hassasiyet ve şişme oldu, kendimi şişmiş hissettim, kilo aldım, baş - eklem – kas ağrısı veya başka bedensel yakınmalarım oldu.”

İşlevselliğin değerlendirildiği 3 soru şöyledir:

1. İşlev alanlarının belirlenmesi: “Evde, işte, okulda ya da günlük yaşamımda yukarıdaki sorunlardan en az biri üretkenliğimi azalttı ya da verimsizleştirdi.”
2. İşlev bozukluğu: “Yukarıdaki sorunlardan en az biri hobilerim ya da sosyal yaşamdan kaçmama ya da daha az katılmama neden oldu.”
3. Kişiler arası ilişkilerin değerlendirilmesi: “Yukarıdaki sorunlardan en az biri başka insanlarla ilişkilerimi olumsuz (kötü) yönde etkiledi.”

Alt ölçekler :

I. Depresif alt ölçek = 1 + 5 + 8 + 9 + 10. maddelerden alınan puanların toplamı.

1. madde: üzüntü, hüznün çökkünlük, umutsuzluk yada suçluluk duyguları şeklindeki depresif duygulanımları sorgulayan madde

5. madde: tüm etkinliklere (iş, okul, hobilere) karşı ilgide azalmayı sorgulayan madde

8. madde: İştah değişikliklerini sorgulayan madde

9. madde: her zamankinden daha çok uyuma, gün içinde uyuklama, uykuya dalma güçlüğü ya da sık uyanma şeklinde olan uyku düzensizliklerini sorgulayan madde

10. madde: yetersizlik, değersizlik ve kontrolden çıkıyormuş duygularının olmasını sorgulayan madde.

II. Fiziksel alt ölçek = 11. madde

Memelerde hassasiyet - şişkinlik, baş-eklem -kas ağrıları ve şişkinlik hissini sorgulayan

III. Öfke alt ölçek = 4. madde

Sinirlilik, kızgınlık ve öfke duygularını sorgulayan madde

3.5.4. Beck Depresyon Envanteri (BDE):

1961 yılında Berk tarafından geliştirilen bu ölçek hastanın algıladığı depresif belirtileri nicel olarak değerlendiren, depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçen 21 maddelik öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 21 belirti kategorisinden oluşmuştur. Bu belirti kategorileri, duygudurum, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duyguları, kendinden hoşnutsuzluk, intihar istekleri, ağlama nöbetleri, tedirginlik, sosyal çekilme, kararsızlık, bedensel imajın çarpıtılması, çalışma inhibisyonu, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik uğraşlar, libido kaybı ve cezalandırılma duygusudur. Her belirti kategorisi dört kendini değerlendirme maddesinden oluşmuştur. Bu maddeler 0-3 arası puan almaktadır. Her kategori grubu depresif hastalarda açıkça görülebilen belirtilere dayanılarak geliştirilmiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmektedir. Hisli ve arkadaşları (1988, 1989) çalışmalarında Türk üniversite öğrencileri için önerdiği puan aralıkları; depresyonsuz grup için 0-9, hafif depresyon için 10-15, ciddi düzeyde depresyon için 17-63'tür. Ergenlerde depresyon şiddetini ölçmek için yaygın olarak kullanılan envanterdir.

3.5.5. Bütünsel Klinik İzlenim(CGI):

Bu ölçek sağaltımın risk - yarar değerlendirilmesi için 1976'da Guy ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (EK 5). Gözlemci tarafından doldurulan hastalık şiddeti ve düzelmeyi değerlendiren bir ölçektir. Önceki iki gün dahil olmak üzere, hastalığın şiddetinin 7 aşamada değerlendirilmesi ve sağaltımın başından itibaren klinik durumdaki değişimle ilgili 7 aşamalı bütünsel bakıştan ibarettir. Ölçek sağaltım başlamadan önce sadece şiddet skorunu gösterir. Bu ölçekte hastalık şiddeti (1 "normal" ile 7 "en şiddetli") ve düzelme (1 "çok düzelme" ile 7 "çok kötüleşme") ile belirlenir.

3.7. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmaya katılan depresif bozukluk tanısı alan hasta ve kontrol grubunun verileri SPSS 10.0 paket programı ile bilgisayara yüklenmiştir. Verilerin analizinde Epi Info 5.0, SPSS 10.0 paket programlarından yararlanılmıştır.

Sayısal değişkenlere ait gruplar arasındaki ortalamaların karşılaştırılmasında student- t testi, kategorik değişkenlere ait gruplar arası frekansların karşılaştırılmasında ki- kare testi, bağımlı olan iki grubun karşılaştırılmasında Wilcoxon signed ranks testi, bağımsız olan iki grubun karşılaştırılmasında Mann Witney – U testi uygulanmıştır. Bağımlı iki değişken arasındaki ilişki Spersman's rho korelasyon testi ile değerlendirilmiştir.

3.8 Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

1. Depresif bozukluğu olan ve PDF formunu dolduran 40 kız ergenden 22'si (%55.0) iki ardışık adet döngüsü izlenebilmiştir.Hasta grubunda 6 aylık izlemin planlanmasına karşın, 40 kişiden ancak 12'si (%30) 6 ardışık adet döngüsü izlenebilmiştir. Ergenlik döneminde yapılacak izlem çalışmalarında ergenlik döneminin özelliklerinden de kaynaklanan güçlükler yaşanmıştır. Ayrıca, ders çalışma zamanlarının azaltacağı varsayımıyla, günlük izlem formu doldurmak istemeyenler olmuştur. Hem hasta hem de kontrol grubunda, düzenli doldurulamayan günlük izlem formu nedeniyle çok sayıda kız ergen çalışma dışı kalmıştır.
2. Örneklem grubunda, adetlerinin 21. –22. günü serum progesteron ölçümü için kan vermelerinde hem zamanlama hem de ardışık olarak verilmesi konusunda güçlük yaşanmıştır.

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

- 1 Depresif bozukluk tanısı olanların, adet dōngü evresine göre duygudurum dalgalanmaları izlenmiştir. Ancak ergenlik dōneminde duygudurum üzerine etkili olabilecek yaşam olaylarını dışlanamamıştır. Bu durum ergenler için Tūrke geçerlilik ve gūvenilirlięi yapılmış yaşam olayları ۆleęinin olmamasından kaynaklanmıştır.
- 2 Ergenlik dōneminde, psikopatoloji ile adet ۆncesi belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar az sayıdadır. Yapılan çalışmalarda da, daha çok sağlıklı kızlar da adet ۆncesi belirtileri saptanmış, daha sonraki dōnemde geliştirdikleri psikopatolojiye bakılmıştır. Depresif bozukluğu olan kız ergenlerde adet ۆncesi belirtilerin dağılımı ve seyri konusunda yapılan ilk çalışma olması nedeniyle, bulgularımızı değerlendirmede daha çok yetişkin kadınlarla yapılan çalışmalardan yararlanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniğine başvuran 13-18 arasındaki kızlar arasından “Depresif Bozukluk” (Majör Depresif Bozukluk ve /veya Distimik Bozukluk) tanısı alan ve tedavisi düzenlenen kızlardan oluşturulmuştur. Araştırmanın başlama tarihi 1.08.2000 dir. Örneklem büyüklüğüne (n=54) ulaşılan 1.09.2001 tarihinden itibaren depresif bozukluk tanısı alan kız ergenler araştırmaya alınmamıştır. 1.08.2000 ile 1.09.2001 tarihleri arasında polikliniğe başvuran 13-18 yaşları arasındaki “Depresif bozukluk” tanısı alan kızlar depresif bozukluğu olan hasta grubunu oluşturmuştur. Hasta grubunu oluşturan kızlar akış Şeması-1’de sunulmuştur.

Kontrol grubu 01.12.2000 – 01.02 2001 tarihleri arasında Bornova Anadolu Kız Meslek Lisesi öğrencileri arasından oluşturulmuştur. Kontrol grubunu oluşturan kızlar akış şeması-2 sunulmuştur.

Depresif Bozukluk tanısı olan hasta grubunu oluşturan kızlar ile fiziksel ve ruhsal hastalığı olmayan kontrol grubundaki sağlıklı kızların adet döngüsü bilgileri (şimdiki yaşı, ilk adet yaşı-menarş yaşı, adet döngü süresi ve kanama süresi ile ilgili bilgiler) **Tablo 1’** de sunulmuştur.

4.1.1. Adet Döngüsü İle İlgili Bilgiler

Adet döngüsü bilgi formunun doldurulduğu araştırmanın I. basamağında hasta grubundaki depresif bozukluğu olan kızların (n=54) **yaş ortalaması** 16.3 (16.3±1.0) yaş iken, kontrol grubundaki depresif bozukluğu olmayan kızlarda (n=84) yaş ortalaması 16.4 (16.4±0.7) yaş olarak saptanmıştır. Kontrol grubunun yaş ortalamasının hasta grubunun yaş ortalamasından büyük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [t=-0.834 (p=0.406)].

Adet döngüsü bilgi formunun doldurulduğu araştırmanın I. basamağında hasta grubundaki depresif bozukluğu olan kızların (n=54) **menarş yaşı** ortalaması 12.6 (12.6±0.9) iken, kontrol grubundaki depresif bozukluğu olmayan kızların menarş yaşı ortalaması 12.7 (12.7±0.9) olarak saptanmıştır. Hasta ve kontrol grubundaki kızlar arasında menarş yaşı ortalamaları bakımından anlamlı fark bulunmamıştır [t= -0.774 (p=0.439)].

Tablo 1. Araştırmaya Alınan 13-18 Yaş Grubu Depresif Bozukluk Tanısı Olan Kızların, Adet Döngüsü Bulgularına Göre Depresif Bozukluğu Olmayan Kızlarla Karşılaştırılması. (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı.İzmir-2002)

	I. Basamak ^a			II. Basamak ^b			III. Basamak ^c					
	Hasta n=54 Ort ± SS	Kontrol n=84 Ort ± SS	t	p	Hasta n=40 Ort ± SS	Kontrol n=37 Ort ± SS	t	p	Hasta n=22 Ort ± SS	Kontrol n=25 Ort ± SS	t	p
Yaş	16.3±1.0	16.4±0.7	-0.834	0.406	16.4±1.0	16.5±0.6	-0.554	0.575	16.5±0.7	16.3±0.7	0.904	0.371
Menarş yaşı	12.6±0.9	12.7±0.9	-0.774	0.439	12.5±1.0	12.6±1.0	-0.633	0.529	12.6±1.0	12.6±1.0	-0.338	0.737
Adet döngü süresi (gün)	28.7±1.5	28.8±0.6	-0.227	0.821	28.5±1.5	28.9±1.96	-1.045	0.300	28.5±1.6	28.7±2.1	-0.405	0.682
Kanama süresi (gün)	5.4±1.3	5.0±1.2	1.639	0.104	5.4±1.4	5.1±1.1	1.198	0.235	5.6±1.7	5.2±1.2	0.902	0.373

^a :Tüm hasta ve kontrollerin Adet Döngüsü Bilgi Formu ile değerlendirildiği basamak
^b :PDF'nin değerlendirildiği basamak
^c :BDE ve DRSP ile izlem yapıldığı basamak
Ort: Ortalama, SS: standart sapma
Bulguların karşılaştırılmasında kullanılan istatistiksel yöntem: Student-t-testi.

Araştırmanın I. basamağında hasta grubundaki depresif bozukluğu olan kızların (n=54) adet döngü süresi ve adet kanama süresi sıra ile, 28.7 (28.7±1.5) ve 5.4 (5.4±1.3) gün iken, kontrol grubundaki depresif bozukluğu olmayan kızlarda (n=84) adet döngü süresi ve adet kanama süresi sıra ile 28.8 (28.8±0.6) ve 5.0 (5.0±1.2) gün olarak bulunmuştur. Hasta ve kontrol grubundaki kızlar arasında adet döngü süresi ve adet kanama süresi bakımından anlamlı fark bulunmamıştır [$t = -0.227$, ($p=0.821$); $t = 1.639$, ($p=0.104$)].

Araştırmanın II. ve III. basamağında da, değerlendirilen depresif bozukluğu olan hasta ve depresif bozukluğu olmayan kontrol grubu yaş, menarş yaşı, adet döngü süresi, adet kanama süresi değişkenlerine göre karşılaştırıldığında iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 1’de $p>0.05$).

4.1.2. Hasta ve Kontrol Grubundaki Kızların Adet Kanaması ve Dismenore ile İlgili Bulguları

I.,II. ve III. basamakta değerlendirilen depresif bozukluğu olan hasta ve depresif bozukluğu olmayan kontrol grubunun adet kanaması miktarı, dismenore şiddeti, dismenore nedeniyle okula devamsızlık, dismenore nedeniyle ağrı kesici ilaç kullanımı ile ilgili bulgular **tablo 2'** de sunulmuştur.

Adet Döngüsü Bilgi Formunun doldurulduğu araştırmanın I. basamağında adet kanama miktarına göre hasta ve kontrol grupları arasında karşılaştırma yapıldığında, orta şiddetli kanaması olan kızların hasta (%51.9) ve kontrol (%75.0) gruplarında çoğunluğu oluşturduğu saptanmıştır. Kanama miktarına göre hasta ve kontrol grupları karşılaştırıldığında, her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [ki-kare= 8.828 (p=0.012)].

Araştırmanın I. basamağında araştırmaya alınan hasta grubunu oluşturan tüm kızların (n=54), %42.6'sı dismenore şiddetini ağır olarak bildirmiştir. Hasta ve kontrol grupları arasındaki fark dismenore şiddeti bakımından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [t= 5.007 (p=0.171)]. Dismenore nedeniyle analjezik kullanımına göre; hasta grubundaki kızların (n=54) %50'si dismenore nedeniyle analjezik kullanırken , kontrol grubundaki kızların (n=84) %31'i dismenore nedeniyle analjezik kullanmaktadır. Dismenore nedeniyle analjezik kullanımına göre hasta ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [ki-kare = 5.041 (p=0.025)].

Adet öncesi değişikliklerin PDF ile değerlendirildiği araştırmanın II. basamağında Dismenore nedeniyle analjezik kullanımı göre hasta (n=40) ve kontrol(n=37) grupları karşılaştırıldığında hasta grubundaki kızların %50'si (n=20) dismenore nedeniyle ilaç kullanırken, kontrol grubundaki kızların %24.3'ü (n=28) dismenore nedeniyle analjezik kullanmaktadır. Dismenore nedeniyle analjezik kullanımına göre hasta ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [ki-kare= 5.397 (p=0.020)].

Araştırmanın II. basamağında değerlendirilen depresif bozukluğu olan hasta (n=40)ve depresif bozukluğu olmayan kontrol (n=37) grubu kanama miktarı, dismenore şiddeti, dismenore nedeniyle okula devamsızlık değişkenlerine göre karşılaştırıldığında iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 2’de $p>0.05$).

DRSP ve BDE izlemin yapıldığı araştırmanın III. basamağında kanama miktarına göre hasta (n=22) ve kontrol (n=25) grupları karşılaştırıldığında, hasta grubunun %40.9’unda orta, %40.9’unda şiddetli kanama miktarı olan kızların çoğunluğu oluşturduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise kanama miktarına göre orta şiddetli kanaması olan kızlar (%76.0) çoğunluğu oluşturmuştur. Kanama miktarına göre hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [ki-kare= 5.594 ($p=0.05$)].

Araştırmanın III. basamağında değerlendirilen depresif bozukluğu olan hasta (n=22) ve depresif bozukluğu olmayan kontrol (n=25) grubunu oluşturan kızlar, dismenore şiddeti, dismenore nedeniyle okula devamsızlık ve dismenore nedeniyle analjezik kullanımı değişkenlerine göre karşılaştırıldığında iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 2’de $p>0.05$).

4.1.3 Dismenore Şiddeti İle Premenstrüel Yakınmaların Karşılaştırılması

Hasta grubunda (n=22) dismenore şiddeti ile ilk başvuru BDE puanı ($r=-0.081$, $p=0.720$), PDF toplam puanı ($r=0.047$, $p=0.837$) ve 1. adet döngüsünün luteal ile foliküler evre toplam puan farkları ($r=0.029$, $p=0.900$) arasında spersman’s rho analizine göre bağıntı bulunmamıştır.

Tablo 2. Araştırmaya Alınan 13-18 Yaş Grubu Depresif Bozukluk Tanısı Olan Kızların, Adet Kanaması ve Dismenore ile İlgili Bilgilerinin Depresif Bozukluğu Olmayan Kızlarla Karşılaştırılması. (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir-2002)

	I. Basamak ^a				II. Basamak ^b				III. Basamak ^c			
	Hasta	Kontrol	ki-kare	p	Hasta	Kontrol	ki-kare	p	Hasta	Kontrol	ki-kare	p
	n=54 n (%)	n=84 n (%)	ki-kare	p	n=40 n (%)	n=37 n (%)	ki-kare	p	n=22 n (%)	n=25 n (%)	ki-kare	p
Kanama miktarı												
Hafif	11 (20.4)	6 (7.1)	8.828	0.012*	8 (20.0)	3 (8.1)	5.498	0.064	4 (18.2)	2 (8.0)	.594	0.050*
Orta	28 (51.9)	63 (75.0)			20 (50.0)	28 (75.7)			9 (40.9)	19 (76.0)		
Şiddetli	15 (27.8)	15 (17.9)			12 (30.0)	6 (16.2)			9 (40.9)	4 (16.0)		
Dismenore şiddeti												
Yok	2 (3.7)	-	5.007	0.171	2 (5.0)	-	5.622	0.132	2 (9.1)	-	4.159	0.245
Hafif	14 (25.9)	32 (38.0)			7 (17.5)	13 (35.0)			4 (18.2)	8 (32.2)		
Orta	15 (27.8)	22 (26.2)			10 (25.0)	11 (29.7)			4 (18.2)	7 (28.0)		
Ağır	23 (42.6)	30 (35.5)			21 (52.5)	13 (35.1)			12 (54.5)	4 (16.0)		
Dismenore nedeniyle okula devamsızlık												
Var	18 (33.3)	23 (27.4)	0.558	0.455	14 (35.0)	9 (24.3)	1.046	0.306	7 (31.8)	6 (24.0)	0.357	0.550
Yok	36 (66.7)	61 (72.6)			26 (65.0)	28 (75.7)			22 (68.2)	19 (76.0)		
Dismenore nedeniyle Analjezik kullanımı												
Var	27 (50.0)	26 (31.0)	5.041	0.025*	20 (50.0)	9 (24.3)	5.397	0.020*	12 (54.5)	7 (28.0)	3.42	0.064
Yok	27 (50.0)	58 (69.0)			20 (50.0)	28 (75.7)			10 (45.5)	18 (72.0)		

^a : Tüm hasta ve kontrollerin Adet Döngüsü Bilgi Formu ile değerlendirildiği basamak

^b : PDF'nun değerlendirildiği basamak.

^c : BDE ve DRSP ile izlem yapıldığı basamak.

Ort: Ortalama, SS: standart sapma Basamaklardaki bulguların kendi içinde karşılaştırılmasında ki-kare testi yapılmıştır (* p<0.05).

4.2. Premenstrüel Değerlendirme Formunun Doldurulduğu Adet Döngü Evresi ile İlgili Veriler

II. basamakta Premenstrüel Değerlendirme Formu'nu dolduran hasta ve kontrol grubunun, PDF'nu doldurduğu sırada, adet döngüsünün hangi evresinde olduğu Tablo 3'de sunulmuştur. Hasta ve kontrol grubu arasında PDF'nun doldurulduğu adet döngüsü evresi bakımından istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır (ki kare =0.312, p=0.958). PDF toplam puanı ile PDF'nun doldurulduğu evre arasında hem hasta grubunda (r=0.137, p=0.544) hem de kontrol grubunda (r=0.098, p=0.640) istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 3. Araştırmaya Alınan 13-18 Yaş Grubu Depresif Bozukluk Tanısı Olan Kızların, PDF'nun Doldurulduğu Adet Döngüsü Bakımından Depresif Bozukluğu Olmayan Kızlarla Karşılaştırılması. (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı. İzmir-2002)

	HASTA GRUBU n=40 (%)		KONTROL GRUBU n=37 (%)	
Foliküler Evrede	16	(%40.0)	16	(%43.2)
Luteal Evrede	12	(%30.0)	9	(%24.3)
Premenstrüel Evrede	6	(%15.0)	6	(%16.2)
Adet kanaması olan	6	(%15.0)	6	(%16.2)
ki-kare=0.312 P=0.958				

4. 3. Depresif Bozukluk Tanısı İle İzlenen Hastaların Tanıtılması

Akış şeması 1'de gösterilen, araştırmaya alınan 13-18 yaşları arasındaki depresif bozukluğu olan 40 kızın 22'sinin (%55.0)' sinin BDE ve DRSP ile izlemi yapılmıştır. Depresif bozukluk tanısı ile izlem ve tedavisi yapılan 40 kız ergenden, 12 kişi (%30.0) toplam 6 ardışık adet döngüsü; 15 kişi (%37.5) toplam 5 ardışık adet döngüsü; 18 kişi (%45.0) toplam 4 ardışık adet döngüsü; 22 kişi (%55.0) toplam 2 ardışık adet döngüsü olarak izlenmiştir. BDE ve DRSP ile izlemi yapılan depresif bozukluk tanılı ergenlerden en az iki ardışık adet döngüsü bulguları olan 22 kız, en fazla altı adet döngüsü bulguları olan 12 kız değerlendirmeye alınmıştır. Ardışık adet döngü sayısına göre izlemi yapılan depresif bozukluğu olan kızların dağılımı tablo 4'de sunulmuştur.

Tablo 4. Depresif Bozukluğu Olan Gruptaki (n=40) Kızların BDE ve DRSP ile Ardışık İzlem Süresi Dağılımı. (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı. İzmir-2002)

Ardışık izlem süresi (adet döngüsü olarak)	Hasta sayısı n=22	Yüzdesi (%)
İki ardışık adet döngüsü izlenen	22	(%55.0)
Üç ardışık adet döngüsü izlenen	18	(%45.0)
Dört ardışık adet döngüsü izlenen	18	(%45.0)
Beş ardışık adet döngüsü izlenen	15	(%37.5)
Altı ardışık adet döngüsü izlenen	12	(%30.0)

4.3.1. Depresif Bozukluk Tanısı İle İzlemi Yapılan Hasta Grubunda Antidepresan Kullanımı

Depresif bozukluk tanısı nedeni ile tedavisi planlanan ve izlemi yapılan hasta grubunda (n=22) kullanılan SSRI grubu antidepresanların kullanılma oranı ve doz aralıkları şöyledir: sitalopram kullanan 4 kişi (%18.2), 20-40 mg/gün doz aralığında, fluoksetin kullanan 8 kişi (%36.4), 20-40 mg/gün doz aralığında, paroksetin kullanan 4 kişi (%18.2), 50-100 mg/gün doz aralığında, sertralin kullanan 2 kişi (%9.1), 50 mg/gün doz aralığında ilaç kullanmıştır.

Depresif bozukluk tanı hastaların izlem sürelerine göre SSRI grubu antidepresanlardan birini kullanan kızların antidepresanları kullanım süreleri, etkisizlik ya da yan etki nedeni ile yapılan ilaç değişimleri şöyledir:

- İki adet döngüsü izlenen 4 olguda antidepresan etkinliği sağlanmış, ancak günlük izlem formunu 2 aydan sonra doldurmamışlardır.
- Dört adet döngüsü izlenen 4 olgudan 2'si antidepresan kullanımını 2. ayda bırakmış, izlem ilaçsız olarak sürdürülmüştür. Diğer iki olguda ilaç değişikliği olmaksızın tedavi ve izlem sürdürülmüştür.
- Beş adet döngüsü izlenen 2 olgudan 1 tanesinde etkin doz ve sürede kullanılan antidepresana karşın yanıt alınmayınca diğer antidepresana geçilmiştir. (paroksetinden fluoksetine)
- Altı adet döngüsü izlenen 12 olgudan 1 tanesi, antidepresan kullanımını 2. ayda bırakmış ve ilaçsız olarak izlenmiştir. 12 olgudan 4 tanesinde yan etki ya da klinik yanıt alınmaması nedeniyle antidepresan değişikliğine gidilmiştir.

Antidepresan ilaç değişimleri şu şekildedir:

1. Bir olguda; 3 ay kullanım ile klinik yanıt alınamaması sonucunda paroksetinden fluoksetine geçilmiştir.
2. Bir olguda; sedasyon yan etkisi nedeni ile paroksetinden fluoksetine geçilmiştir.
3. Bir olguda; 3 ay kullanım ile klinik yanıt alınamaması sonucunda fluoksetinden paroksetine geçilmiştir.
4. Bir olguda; 3 ay etkin dozda kullanılması ile klinik yanıt alınamaması sonucunda sertralinden fluoksetine geçilmiştir.

İzlemi yapılan depresif bozukluğu olan hasta grubunda, klinik olarak düzelme görölse de, BDE puan ortalaması 6. adet döngüsünün foliküler evre puan ortalaması olan 19.8 (19.8±11.8)'in altına inmemiştir. İzlemi yapılan kızların hiç birinde klinik olarak tam remisyona ulaşılmamıştır.

Depresif bozukluk tanısı ile izlemi yapılan hasta grubundaki 22 kişiden 3'ü (%13.6) izlem sırasında özkıyım girişiminde bulunmuştur. Her üç özkıyım girişi de adet döngüsünün geç luteal evresinde gerçekleşmiştir.

4.4. Hasta ve Kontrol Gruplarının Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) İle Değerlendirilmesi

Premenstrüel Değerlendirme Formundan yararlanılarak, PDF’de sorulan sorular uygun olarak gruplandırıldığında alt ölçekler oluşturulmuştur. PDF toplam puanı, PDF oran ve 18 alt ölçeğe göre araştırmaya alınan hasta (n=40) ve kontrol(n=37) grubundaki kızlar arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bulgular **tablo 5.**’de sunulmuştur. PDF’nun doldurulduğu araştırmanın ikinci basamağında, hasta grubunda PDF toplam puanı (279.43±99.89), kontrol grubunun PDF toplam puanından (237.92±69.85) yüksek olması anlamlı bulunmamıştır [$z = -1.851$ ($p=0.064$)].

PDF oranı, hasta grubunda 3.022±1.07, kontrol grubunda ise 2.52±0.75 olarak bulunmuştur. Hasta grubunun PDF oranının kontrol grubunun PDF oranından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$z = -2.207$ ($p=0.027$)].

PDF alt ölçeklerinden olan yorgunluk (PDF 15) hissine göre karşılaştırma yapıldığında hasta grubunun adet öncesi yorgun hissetme değişimini puan ortalaması 0.627±0.23; kontrol grubunun ise 0.529±0.19 olarak saptanmıştır. Hasta grubunun adet öncesi belirti değişim şiddeti açısından kendini yorgun hissetme puan ortalamasının kontrol grubunun kendini yorgun hissetme puan ortalamasından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$z = -1.992$ ($p=0.046$)].

II. basamaktaki hasta ve kontrol grubunun diğer alt ölçek puanlarına göre karşılaştırma yapıldığında hasta grubundaki kızların PDF alt ölçek puan ortalamaları, kontrol grubundaki kızların PDF alt ölçek puan ortalamalarından yüksek olması anlamlı bulunmamıştır (Tablo 5’de $p>0.05$).

DRSP ve BDE izlemin yapıldığı araştırmanın III. basamağında. PDF toplam puanı, PDF oran ve 18 alt ölçeğe göre araştırmaya alınan hasta (n=22) ve kontrol (n=25) grubundaki kızlar arasında karşılaştırma yapılmıştır (tablo 5) PDF toplam puanı hasta grubunda 285.91±84.49, kontrol grubunda ise 240.24±72.76 olarak bulunmuştur. Hasta grubunun PDF toplam puanının kontrol grubunun PDF toplam puanından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$z = -1.983$ ($p=0.047$)].

PDF oranı, hasta grubunda 3.07 ± 0.93 , kontrol grubunda ise 2.55 ± 0.78 olarak bulunmuştur. Hasta grubunun PDF oranının kontrol grubunun PDF oranından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$z = -2.079$ ($p=0.038$)].

PDF alt ölçeklerinden olan “bunaltı” (PDF 8) hissine göre karşılaştırma yapıldığında hasta grubunun adet öncesi bunaltı hissetme değişimi puan ortalaması 0.632 ± 0.20 ; kontrol grubunun ise 0.449 ± 0.18 olarak saptanmıştır. Hasta grubunun adet öncesi belirti değişim şiddeti açısından bunaltı hissetme puanının, kontrol grubunun bunaltı hissetme puanından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$z=-2.424$ ($p=0.015$)]. PDF alt ölçeklerinden olan dikkat ve konsantrasyonu sorgulayan “organik mental özellikler” (PDF 11) bakımından karşılaştırma yapıldığında hasta grubunun adet öncesi organik mental özellikler değişim puan ortalaması 0.495 ± 0.18 ; kontrol grubunun ise 0.388 ± 0.19 olarak saptanmıştır. Hasta grubunun adet öncesi organik mental özellikler alt ölçek puan ortalamasının kontrol grubunun organik mental özellikler alt ölçek puanından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$z= -2.049$ ($p=0.040$)]. PDF alt ölçeklerinden olan yorgunluk (PDF 15) hissine göre karşılaştırma yapıldığında hasta grubunun adet öncesi yorgun hissetme değişiminin puan ortalaması 0.659 ± 0.20 ; kontrol grubunun ise 0.546 ± 0.18 olarak saptanmıştır. Hasta grubunun adet öncesi belirti değişim şiddeti açısından kendini yorgun hissetme puan ortalamasının kontrol grubunun kendini yorgun hissetme puan ortalamasından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$z = -2.085$ ($p=0.037$)].

III. basamaktaki hasta ve kontrol grupları arasında diğer alt ölçek puanlarına göre karşılaştırma yapıldığında hasta grubundaki kızların PDF alt ölçek puan ortalamasının, kontrol grubundaki kızların PDF alt ölçek puan ortalamasından yüksek olması anlamlı bulunmamıştır (Tablo 5’de $p>0.05$).

Tablo 5. Hasta ve Kontrol Gruplarının PDF Değeri ve PDF Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması. (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir-2002)

	II. Basamak ^a				III. Basamak ^b			
	Hasta grubu n=40 Ort ± SS	Kontrol grubu n=37 Ort ± SS	z	p	Hasta grubu n=22 Ort ± SS	Kontrol Grubu n=25 Ort ± SS	z	p
PDF Toplam Puanı	279,43±99,89	237,92±69,85	-1,851	0,064	285,91±84,49	240,24±72,76	-1,983	0,047*
Premenstrüel belirti şiddeti (PDF oran)	3,022±1,07	2,52±0,75	-2,207	0,027*	3,07 ±0,93	2,55±0,78	-2,079	0,038*
Çökkün duyudurum (PDF 1)	0,579±0,24	0,472±0,21	-1,948	0,051	0,588±0,22	0,473±0,23	-1,696	0,090
Endojen Depresif Öz. (PDF 2)	0,482±0,22	0,412±0,14	-1,485	0,137	0,501±0,19	0,426±0,14	-1,409	0,159
Labilite (PDF 3)	0,525±0,23	0,482±0,21	-0,899	0,368	0,588±0,22	0,471±0,21	-1,775	0,076
Atipik Depresif Öz. (PDF 4)	0,603±0,23	0,543±0,18	-1,424	0,155	0,646±0,20	0,542±0,19	-1,868	0,062
Histeroid Öz. (PDF 5)	0,488±0,21	0,438±0,18	-1,067	0,286	0,513±0,20	0,430±0,20	-1,505	0,132
Düşmanlık/Kızgınlık (PDF 6)	0,513±0,24	0,415±0,19	-1,740	0,082	0,539±0,22	0,429±0,19	-1,707	0,088
Sosyal Geri Çekilme (PDF 7)	0,562±0,25	0,452±0,20	-1,849	0,064	0,535 ±0,24	0,449±0,20	-1,047	0,295
Bunaltı (PDF 8)	0,610±0,24	0,509±0,19	-1,945	0,052	0,632±0,20	0,499±0,18	-2,424	0,015*
Kendini İyi Hissetme (PDF 9)	0,365±0,18	0,343±0,17	-0,548	0,584	0,391±0,19	0,356±0,17	-0,536	0,592
İmpulsivite (PDF 10)	0,532±0,26	0,429±0,20	-1,680	0,093	0,562±0,26	0,446±0,21	-1,516	0,130
Org. Mental özellikler (PDF 11)	0,473±0,21	0,394±0,17	-1,587	0,112	0,495±0,18	0,388±0,19	-2,049	0,040*
Sıvı Tutulumu (PDF 12)	0,437±0,18	0,393±0,17	-0,852	0,394	0,450±0,20	0,443±0,18	-0,213	0,831
Fiz. Rahatsızlık (PDF 13)	0,515±0,24	0,467±0,21	-0,737	0,461	0,522±0,25	0,495±0,20	-0,214	0,831
Otonomik Değ. (PDF 14)	0,424±0,17	0,354±0,13	-1,766	0,077	0,435±0,16	0,369±0,13	-1,334	0,182
Yorgunluk (PDF 15)	0,627±0,23	0,529±0,19	-1,992	0,046*	0,659±0,20	0,546±0,18	-2,085	0,037*
Sosyal İşlevlerde bzk (PDF 16)	0,486±0,19	0,415±0,16	-1,759	0,079	0,490±0,19	0,410±0,15	-1,707	0,088
Duyg./Dav. Değişimler (PDF 17)	0,449±0,19	0,369±0,12	-1,642	0,101	0,448±0,19	0,376±0,12	-1,227	0,220
Fiziksel Değişimler (PDF 18)	0,465±0,17	0,425±0,13	-1,158	0,247	0,465±0,17	0,424±0,13	-0,886	0,376

^a: PDF'nun değerlendirildiği basamak.

^b: BDE ve DRSP ile izlem yapıldığı basamak.

Ort: Ortalama, SS: standart sapma

Mann-Whitney U testi: Z değeri, P değeri verilmiştir. *p < 0,05

Çalışmanın III. basamağında izleme alınan hasta (n=22) ve kontrol (n=25) grubundaki kızların PDF'nun 18 alt ölçeğine göre aldıkları puanlarının (olanaklı maksimum değişimin yüzdesi) Hasta ve kontrol grubu arasındaki dağılımı **şekil 3**'de sunulmuştur.

Hasta grubunda PDF alt ölçeklerinden alınan "maksimum değişimin yüzde"leri, kontrol grubunun aldığı "maksimum değişimin yüzde" lerinden yüksek bulunmuştur.

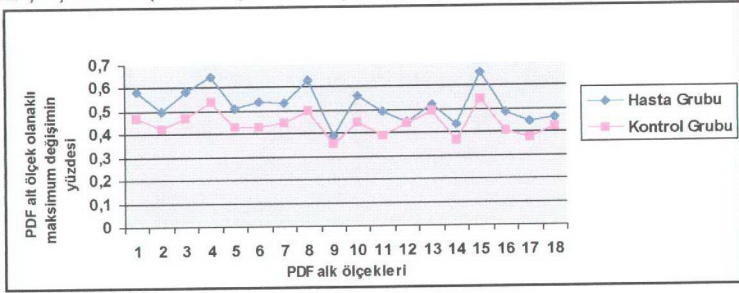
Hasta grubunda (n=22) olanaklı maksimum değişimin yüzdesinde en önemli değişimlerin olduğu alt ölçekler sırasıyla şu şekilde belirlenmiştir:

1. Yorgunluk (PDF8): %65.9
2. Atipik depresif özellikler (PDF4): %64.6
3. Bunaltı (PDF8): %63.2
4. Çökkün duygudurum (PDF1):% 58.8 ve Labilite (PDF3): % 58.8
5. İmpulsivite (PDF 10): % 56.2 .
6. Düşmanlık / kızgınlık (PDF6):%53.9

Kontrol grubunda(n=25) olanaklı maksimum değişimin yüzdesinde en önemli değişimlerin olduğu alt ölçekler sırasıyla şu şekilde belirlenmiştir:

1. Yorgunluk (PDF8) : %54.6
2. Atipik depresif özellikler (PDF4): %54.2
3. Bunaltı (PDF8): %49.9
4. Fiziksel rahatsızlık (PDF13): %49.5
5. Çökkün duygudurum (PDF1): % 47.3
6. Labilite (PDF3): % 47.1

Şekil 3. İzlemi Yapılan Hasta ve Kontrol Gruplarının PDF Alt Grup Oranlarının Karşılaştırılması (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir-2002)



4.5. Adet Öncesi Belirtilerin Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesine (DRSP) Göre Değerlendirilmesi

Günlük Kayıt Çizelgesindeki (Ek.3) sorulardan elde edilen adet döngüsünün foliküler ve luteal dönemlerine ait depresif, fiziksel ve öfke durumunu yansıtan alt ölçekler, en az 2 ardışık adet döngüsü izlenen hasta (n=22) ve kontrol (n=25) gruplarında karşılaştırılmıştır. Bulgular **tablo 6'**da sunulmuştur. Adet döngüsünün hem foliküler, hem luteal evresinde Günlük Kayıt Çizelgesinin (DRSP), depresif, fiziksel ve öfke alt ölçek puanları ve DSRP toplam puanları hasta grubunda, kontrol grubundan yüksek olarak bulunmuştur. Adet döngüsünün foliküler evresinde hasta grubunun fiziksel alt ölçek puanının (12.5 ± 6.5) kontrol grubunun fiziksel alt ölçek puanından (10.2 ± 4.2) yüksek olması ve adet döngüsünün luteal evresinde hasta grubunun fiziksel alt ölçek puanının (15.4 ± 7.6) kontrol grubunun fiziksel alt ölçek puanından (13.0 ± 6.1) yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [Foliküler evre; $t = 3.018$ ($p=0.157$), luteal evre; $t = 1.189$ ($p=0.241$)]. Adet döngüsünün hem foliküler hem luteal evresinde DRSP'nin toplam puan, depresif ve fiziksel alt ölçek puanlarının hasta grubunda kontrol grubundan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 6'da $p < 0.05$).

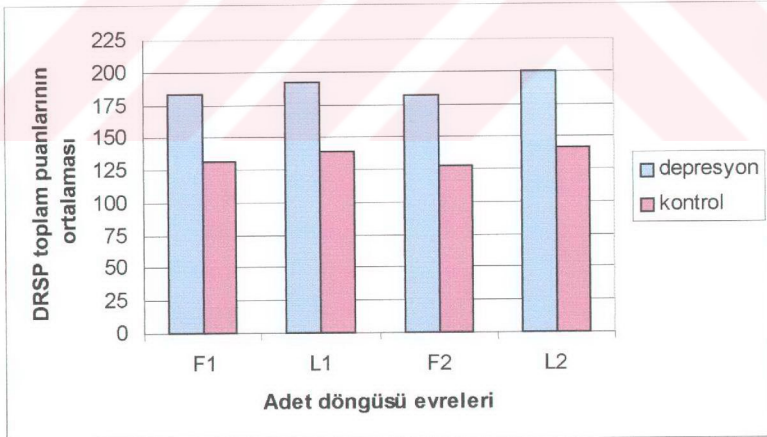
En az iki adet döngüsü süresince izlenen hasta (n=22) ve kontrol (n=25) gruplarının adet öncesi belirtilerinin şiddetinin DRSP toplam puanı foliküler ve luteal evrelere göre **şekil 4'**de sunulmuştur. Her iki adet döngüsünde de depresif bozukluğu olan hasta grubunda adet öncesi belirti şiddetinin toplam puan ortalamaları depresif bozukluğu olmayan kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.

Tablo 6. Günlük Kayıt Çizelgesi (DRSP) ile İzlemi Yapılan Hasta Grubundaki Kızların, DRSP Toplam Puanı ve DRSP Alt Ölçek Puanlarına Göre Kontrol Grubundaki Kızlarla Karşılaştırılması (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir-2002)

DRSP toplam puan ve alt ölçekleri	Hasta Grubu (n=22) Ort ± SS	Kontrol grubu (n=25) Ort ± SS	t	p
Foliküler dönem				
Toplam DRSP	182.6 ± 58.9	129.7 ± 36.1	3.758	0.000*
Depresif alt ölçek	80.5 ± 27.8	60.4 ± 17.6	3.005	0.041*
Fiziksel alt ölçek	12.5 ± 6.5	10.2 ± 4.2	1.439	0.157
Öfke alt ölçek	17.5 ± 5.8	13.1 ± 4.2	3.018	0.040*
Luteal dönem				
Toplam DRSP	196.2 ± 63.3	140.4 ± 41.9	3.594	0.001*
Depresif alt ölçek	85.1 ± 30.3	61.7 ± 20.0	3.172	0.003*
Fiziksel alt ölçek	15.4 ± 7.6	13.0 ± 6.1	1.189	0.241
Öfke alt ölçek	19.1 ± 6.3	14.0 ± 4.1	3.358	0.002*

DRSP: Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi
Ort: Aritmetik Ortalama
SS: Standart Sapma
Hasta ve kontrol grubunu karşılaştırmada student-t test uygulanmıştır.*p< 0.05

Şekil 4. Araştırmaya Alınan En Az İki Adet Döngüsü İzlenen Hasta Ve Kontrol Grubundaki Kızların Adet Döngü Evrelerine Göre DRSP Toplam Puanlarının Karşılaştırılması. (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir-2002)



F1= Birinci adet döngüsünün foliküler evresi
L1= Birinci adet döngüsünün luteal evresi
F2= İkinci adet döngüsünün foliküler evresi
L2= ikinci adet döngüsünün luteal evresi

4.5.1. İzlemi Yapılan Hasta Grubunda Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi (DRSP) Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Foliküler ve Luteal Evreye Göre Karşılaştırılması

Hasta grubunda (n=22) Günlük Kayıt Çizelgesi ile izlemin yapıldığı ardışık adet döngüsü süresinde aynı adet döngüsünün foliküler evre ile luteal evre puanları karşılaştırılmıştır (Tablo 7 ve Şekil 5). Hasta grubunun belirti şiddeti toplam puanı (toplam DRSP) ve depresif, fiziksel, öfke alt ölçek puanları luteal evrede foliküler evreden yüksektir. Luteal evre DRSP puanlarının, foliküler evre DRSP puanlarından yüksek olmasının istatistiksel olarak önemli olduğu adet döngüleri şunlardır:

İkinci adet döngüsünde; luteal evre belirti şiddeti toplam puanının (199.7±63.8) (DRSP toplam puan) foliküler evre belirti şiddeti toplam puanından (182.4±65.7) yüksek olması anlamlı bulunmuştur [z = 2.156 (p=0.031)]. Aynı adet döngüsünde luteal evre fiziksel alt ölçek puanının (15.8±7.9) foliküler evre fiziksel alt ölçek puanından (12.7±7.3) yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [z = 2.197 (p=0.028)].

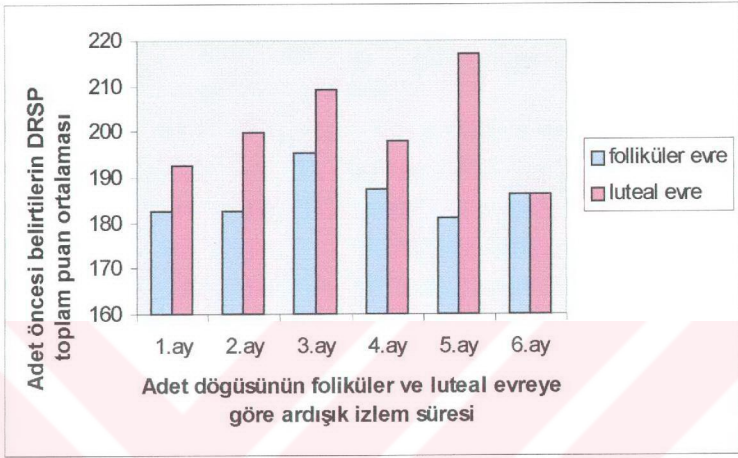
Üçüncü adet döngüsünde; luteal evre fiziksel alt ölçek puanının (15.7±8.9) foliküler evre fiziksel alt ölçek puanından (12.4±7.5) yüksek olması anlamlı bulunmuştur [z= 2.521 (p=0.012)].

Beşinci adet döngüsünde; luteal evre belirti şiddeti toplam puanının (217.1±60.7) (DRSP toplam puan) foliküler evre belirti şiddeti toplam puanından (181.1±54.2) yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [z = 3.067 (p=0.002)]. Luteal evre depresif alt ölçek puanının (98.1±28.7) foliküler evre depresif alt ölçek puanından (85.1±30.3) yüksek olması anlamlı bulunmuştur. [z = 2.672 (p=0.008)].

luteal evre fiziksel alt ölçek puanının (15.5±7.7) foliküler evre fiziksel alt ölçek puanından (11.1±5.0) yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [z = 2.012 (p=0.044)].

Luteal evre öfke alt ölçek puanının (20.2±6.7) foliküler evre öfke alt ölçek puanından (16.8±4.5) yüksek olması anlamlı bulunmuştur [z = 1.967 (p=0.049)].

Şekil 5. İzlemi Yapılan Hasta Grubunun Foliküler Evre DRSP Toplam Puanlarının Aynı Adet Döngüsünün Luteal Evre DRSP Toplam Puanlarıyla Karşılaştırılması. (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı İzmir-2002)



Tablo 7. İzlemi Yapılan Hasta ve Kontrol Gruplarının Foliküler ve Luteal Evrelerde DRSP Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Açısından Kendi İçlerinde Karşılaştırılması. (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir-2002)

	HASTA GRUBU					KONTROL GRUBU				
		Foliküler evre	Luteal evre	z	p		Foliküler evre	Luteal evre	z	p
		Ort ± SS	Ort ± SS				Ort ± SS	Ort ± SS		
1. ADET DÖNGÜSÜ DRSP toplam puanı	n=22	182.8 ± 65.9	192.6 ± 66.3	1.039	0.299	n=25	131.3 ± 38.1	139.4 ± 45.8	1.319	0.187
Depresif alt ölçek puanı	n=22	80.0 ± 30.9	82.2 ± 31.7	0.309	0.758	n=25	61.6 ± 20.6	61.7 ± 20.6	0.057	0.954
Fiziksel alt ölçek puanı	n=22	12.7 ± 7.4	15.0 ± 8.6	1.432	0.152	n=25	9.6 ± 4.4	10.9 ± 4.7	0.896	0.058
Öfke alt ölçek puanı	22	17.1 ± 7.3	19.1 ± 7.5	1.273	0.203	n=25	13.7 ± 4.5	14.2 ± 5.0	0.825	0.410
2. ADET DÖNGÜSÜ DRSP toplam puanı	n=22	182.4 ± 65.7	199.7 ± 63.8	2.156	0.031*	n=25	128.1 ± 41.5	141.4 ± 44.7	1.186	0.236
Depresif alt ölçek puanı	n=22	81.1 ± 30.5	88.1 ± 31.6	1.826	0.068	n=25	59.2 ± 19.4	61.6 ± 23.3	0.300	0.764
Fiziksel alt ölçek puanı	n=22	12.7 ± 7.3	15.8 ± 7.9	2.197	0.028*	n=25	10.9 ± 4.7	12.8 ± 5.8	1.574	0.116
Öfke alt ölçek puanı	n=22	17.8 ± 6.0	19.2 ± 5.8	1.087	0.277	n=25	12.4 ± 4.7	13.7 ± 4.4	1.435	0.151
3. ADET DÖNGÜSÜ DRSP toplam puanı	n=18	195.4 ± 71.7	209.3 ± 72.7	0.971	0.332					
Depresif alt ölçek puanı	n=18	91.3 ± 34.8	93.5 ± 33.8	0.710	0.478					
Fiziksel alt ölçek puanı	n=18	12.4 ± 7.5	15.7 ± 8.9	2.521	0.012*					
Öfke alt ölçek puanı	n=18	19.5 ± 7.5	20.4 ± 7.2	0.398	0.690					
4. ADET DÖNGÜSÜ DRSP toplam puanı	n=18	187.2 ± 68.6	197.9 ± 60.1	1.285	0.199					
Depresif alt ölçek puanı	n=18	89.0 ± 32.7	89.1 ± 28.4	0.196	0.45					
Fiziksel alt ölçek puanı	n=18	12.2 ± 7.6	13.4 ± 7.5	1.192	0.233					
Öfke alt ölçek puanı	n=18	17.4 ± 6.8	18.0 ± 6.9	0.380	0.704					
5. ADET DÖNGÜSÜ DRSP toplam puanı	n=15	181.1 ± 54.2	217.1 ± 60.7	3.067	0.002*					
Depresif alt ölçek puanı	n=15	85.1 ± 30.3	98.1 ± 28.7	2.672	0.008*					
Fiziksel alt ölçek puanı	n=15	11.1 ± 5.0	15.5 ± 7.7	2.012	0.044*					
Öfke alt ölçek puanı	n=15	16.8 ± 4.5	20.2 ± 6.7	1.967	0.049*					
6. ADET DÖNGÜSÜ DRSP toplam puanı	n=12	186.3 ± 62.9	186.1 ± 68.4	0.089	0.929					
Depresif alt ölçek puanı	n=12	82.3 ± 33.1	84.9 ± 34.2	0.314	0.753					
Fiziksel alt ölçek puanı	n=12	11.5 ± 5.2	14.3 ± 6.8	1.602	0.109					
Öfke alt ölçek puanı	n=12	17.6 ± 7.5	17.7 ± 7.2	0.236	0.814					

Aynı adet döngüsünde foliküler ve luteal evre puanlarını karşılaştırmak için Wilcoxon signed ranks test uygulanmıştır. (z ve p değerleri). *p < 0.05
Ort: Aritmetik Ortalama
SS: Standart Sapma

4.5.2. İzlemi Yapılan Kontrol Grubunda Foliküler ve Luteal Evre DRSP Puanları

Kontrol grubunda (n=25) Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi (DRSP) ile izlemin yapıldığı ardışık 2 adet döngüsü süresinde aynı adet döngüsünün foliküler evre ile luteal evre puanları grup içinde karşılaştırılmıştır (Tablo 7). Her iki adet döngüsünde de belirti şiddeti toplam puanı, (toplam DRSP) ve depresif, fiziksel, öfke alt ölçek puanları luteal evrede foliküler evreden yüksektir. Kontrol grubunda belirti şiddeti toplam puanı ve depresif, fiziksel, öfke alt ölçek puanlarının luteal evrede foliküler evreden yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$)

4.6. Depresyon Şiddeti ve İzlem Sırasındaki BDE Puanının Adet Döngü Evresine Göre Değişimi İle İlgili Bulgular

01.08.2000 ile 01.09.2001 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran 13-18 yaş grubu kız ergenler arasından 54'üne DSM –IV tanı kriterlerine göre yapılan klinik görüşmeye ve Beck Depresyon Envanterine göre "Depresif Bozukluk" tanısı konulmuştur. Depresyon tanısı alan 54 hastadan 3'ü (%5.5) Beck depresyon envanterini eksik doldurdıkları için değerlendirmeye alınmamıştır. Depresif Bozukluk tanısı konan 51 hastanın İlk klinik görüşme sonucundaki ortalama BDE puanı 28.2 ± 9.2 olarak saptanmıştır. Beck Depresyon Envanteri ve adet öncesi belirtilerin şiddetlerinin günlük kayıt çizelgesi ile izlemin yapıldığı araştırmanın III basamağındaki depresif bozukluk tanısı konmuş 22 hastanın ilk klinik görüşme sırasındaki BDE puanı 28.3 ± 7.4 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda BDE ve PDF ile değerlendirmenin yapıldığı araştırmanın ikinci basamağındaki 37 kızdan 5'i Beck Depresyon Envanterini eksik doldurdıkları için değerlendirmeye alınmamıştır. Depresif bozukluğu olmayan sağlıklı kontrol grubundaki 32 kızın ilk değerlendirmedeki ortalama BDE puanı 14.0 ± 8.9 olarak bulunmuştur. Beck Depresyon Envanteri ve adet öncesi belirtilerin şiddetlerinin günlük kayıt çizelgesi ile izlemin yapıldığı araştırmanın III basamağındaki sağlıklı 25 kızın ortalama BDE puanı 14.4 ± 8.6 olarak bulunmuştur. İzlemi yapılan hasta ve kontrol grubundaki kızların adet döngüsünün foliküler ve luteal evresinde doldurdıkları BDE puan ortalamaları **tablo 8 ve 9**'da sunulmuştur.

Tablo 8: İzlemi Yapılan Hasta Grubu ve Kontrol Grubunun Adet Döngüsünün Foliküler ve Luteal Evresindeki Ortalama Beck Depresyon Envanteri Puanları. (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı,İzmir-2002)

Adet döngüsü evreleri	Hasta grubu		Kontrol grubu	
	n	Ort ± SS	n	Ort SS
1. adet döngüsü	22		25	
Foliküler evre		24.0 ± 11.0		13.1 ± 10.4
Luteal evre		27.3 ± 11.3		14.4 ± 8.1
2. adet döngüsü	22		25	
Foliküler evre		24.1 ± 12.8		10.1 ± 8.5
Luteal evre		24.6 ± 12.2		14.4 ± 8.9
3. adet döngüsü	18			
Foliküler evre		20.9 ± 13.2		
Luteal evre		24.2 ± 13.2		
4. adet döngüsü	18			
Foliküler evre		21.5 ± 14.9		
Luteal evre		24.1 ± 12.5		
5. adet döngüsü	15			
Foliküler evre		21.3 ± 13.4		
Luteal evre		24.6 ± 14.8		
6. adet döngüsü	12			
Foliküler evre		19.8 ± 11.8		
Luteal evre		25.8 ± 13.5		

4.6.1. İzlemi Yapılan Hasta ve Kontrol Grubundaki Ergen Kızların Adet Döngüsü Evresi ile BDE Puanları Arasındaki İlişki

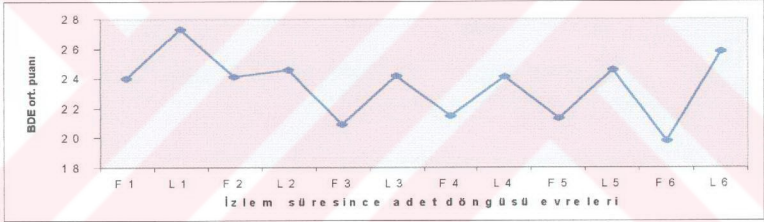
İzlemi yapılan hasta grubunun (n=22) 6 adet döngüsünün foliküler (adet kanamasından 2 gün önce) ve luteal (adet kanamasının 7. günü) evresinde aldıkları BDE puanları, kendi içinde karşılaştırılmıştır. İzlemi yapılan kontrol grubunun (n=25) 2 adet döngüsünün foliküler ve luteal evresinde aldıkları BDE puanları adet döngüsü evresine göre karşılaştırılmıştır. Hasta ve kontrol grubunun bulguları **tablo 9**'da sunulmuştur.

Hasta grubunda izlemin yapıldığı 6 adet döngüsünün tamamında luteal evrede doldurulan BDE puanları foliküler evrede doldurulan BDE puanlarından yüksek olması **tablo 8, tablo9 ve şekil 6**'da sunulmuştur.

Beşinci. Adet döngüsünde luteal evre puanının (24.6 ± 14.8) foliküler evre puanından (21.3 ± 13.4) yüksek olması önemli bulunmuştur [$z=2.100$ ($p=0.036$)]. Altıncı. adet döngüsünde de luteal evre puanının (25.8 ± 13.5) foliküler evre puanından (19.8 ± 11.8) yüksek olması önemli bulunmuştur [$z=2.549$ ($p=0.011$)].

Kontrol grubunda izlemin yapıldığı 2 adet döngüsünün her ikisinde de luteal evre BDE puanı foliküler evre BDE puanından yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunda 1. adet döngüsünün luteal evre BDE puanının (14.4 ± 8.1) foliküler evre BDE puanından (13.1 ± 10.4) yüksek olması önemli bulunmazken, 2. adet döngüsünün luteal evre BDE puanının (14.4 ± 8.9) foliküler evre BDE puanından (10.1 ± 8.5) yüksek olması önemli bulunmuştur [$z=2.877$ ($p=0.004$)].

Şekil 6. İzlemi Yapılan Depresyon Grubunun Ortalama BDE Puanlarının Adet Döngüsünün Foliküler ve Luteal Evresine Göre Dağılımı (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir-2002).



Tablo 9. Depresyon ve Kontrol Gruplarının Foliküler Evre BDE Puanı İle Luteal Evre BDE Puanlarının Kendi İçlerinde Karşılaştırılması. (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı.İzmir-2002).

HASTA GRUBU ADET DÖNGÜSÜ				
Ardışık adet döngüleri	Foliküler evre BDE puanı Ort ± SS	Luteal evre BDE Puan Ort ± SS	z	p
1. adet döngüsü (n=22)	24.0 ± 11.0	27.3 ± 11.3	1.895	0.058
2. adet döngüsü (n=22)	24.1 ± 12.8	24.6 ± 12.2	0.141	0.888
3. adet döngüsü (n=18)	20.9 ± 13.2	24.2 ± 13.2	1.481	0.139
4. adet döngüsü (n=18)	21.5 ± 14.9	24.1 ± 12.5	1.282	0.200
5. adetdöngüsü (n=15)	21.3 ± 13.4	24.6 ± 14.8	2.100	0.036*
6..adet döngüsü (n=12)	19.8 ± 11.8	25.8 ± 13.5	2.549	0.011*
KONTROL GRUBU ADET DÖNGÜSÜ				
1.adetdöngüsü (n=25)	13.1 ± 10.4	14.4 ± 8.1	1.524	0.127
2.adet döngüsü (n=25)	10.1 ± 8.5	14.4 ± 8.9	2.877	0.004*
Aynı adet döngüsünde foliküler ve luteal evre BDE puanlarını karşılaştırmak için Wilcoxon signed ranks test uygulanmıştır (z ve p değerleri). *p< 0.05 Ort: Aritmetik Ortalama SS: Standart Sapma BDE: Beck Depresyon Envanteri				

4.7. İzlemi Yapılan Hasta Grubunun Foliküler ve Luteal Evredeki BDE Puanları ile DRSP Depresif Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.

Beck Depresyon Envanteri ve DRSP (Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi) ile izlenen depresif bozukluk tanılı kızların (n=22) 6 adet döngüsü boyunca aldıkları BDE ve DRSP toplam ve DRSP depresif alt ölçek puanları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Bulgular **tablo 10'**da sunulmuştur.

İzlemi yapılan hasta grubunda ilk BDE ile premenstrüel belirtilerin geriye dönük olarak dalgalanmanın değerlendirildiği PDF toplam puanı arasında pozitif bir ilişki ($r=0.085$) saptanmasına rağmen, aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.706$).

Altıncı adet döngüsünün foliküler evresinde depresif alt ölçek ile aynı evreye ait BDE puanı arasında pozitif bir ilişki ($r=0.554$) saptanmasına rağmen, aradaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p=0.062$). Diğer adet döngülerinin hem foliküler hem de luteal evrelerindeki DRSP toplam (belirti şiddeti toplam puanı) ve alt ölçek puanları ile hem foliküler hemde luteal evre BDE puanları arasında pozitif bir ilişki saptanmış ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (tablo 10'da $*p<0.01$, $**p<0.05$)

İzlemi yapılan hasta grubunun PDF'nu doldurduğu sıradaki ilk BDE puanı ile PDF'nin depresif duygudurum ile ilişkili alt ölçekleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. PDF'nin depresif duygudurum ile bağlantılı olan üç alt ölçeğinden, çökkün duygudurum alt ölçeği (PDF 1) ile ilk BDE puanı arasında pozitif bir ilişki ($r=0.029$) saptanmasına rağmen, aradaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p=0.898$). PDF'nun endojen depresif özellikler alt ölçeği (PDF 2) ile ilk BDE puanı arasında negatif bir ilişki ($r=-0.061$) olması anlamlı bulunmamıştır ($p=0.789$). PDF'nin atipik depresif özellikler alt ölçeği ile (PDF 4) ile ilk BDE puanı arasında negatif bir ilişki ($r=-0.225$) olması anlamlı bulunmamıştır ($p=0.314$).

Tablo 10. İzlemi Yapılan Hasta Grubunda BDE ile Toplam PDF, DRSP Toplam ve Depresif Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki. (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir-2002)

	İlk BDE	BDE F1	BDE L1	BDE F2	BDE L2	BDE F3	BDE L3	BDE F4	BDE L4	BDE F5	BDE L5	BDE F6	BDE L6
PDF	0.085 0.706												
DRSP F1		0.558 0.007*											
Dep F1		0.572 0.005*											
DRSP L1			0.775 0.0001*										
Dep L1			0.734 0.0001*										
DRSP F2				0.694 0.0001*									
Dep F2				0.684 0.0001*									
DRSP L2					0.764 0.0001*								
Dep L2					0.767 0.0001*								
DRSP F3						0.585 0.011**							
Dep F3						0.606 0.008*							
DRSP L3							0.688 0.002*						
Dep L3							0.562 0.015**						
DRSP F4								0.733 0.001*					
Dep F4								0.620 0.006*					
DRSP L4									0.683 0.002*				
Dep L4									0.664 0.002*				
DRSP F5										0.635 0.011**			
Dep F5										0.530 0.042**			
DRSP L5											0.677 0.006*		
Dep L5											0.601 0.018**		
DRSP F6												0.601 0.039**	
Dep F6												0.554 0.062	
DRSP L6													0.808 0.001*
Dep L6													0.723 0.008*

İlişkinin araştırılması için Spearman's rho analizi kullanılmıştır. Tabloda ilk sayı r değeri ve altındaki ise p değeridir. * p<0.01, ** p<0.05

Kısaltmalar: BDE: Beck Depresyon Envanteri, PDF: Premenstrüel Değerlendirme Formu, DRSP: Sorun şiddeti Günlük Kayıt, Çizelgesi. Dep: aynı ölçeğin depresif alt ölçeği, F1: 1. adet döngüsünün foliküler evresi, L1: 1. adet döngüsünün luteal evresi, F2: 2. adet döngüsünün foliküler evresi, L2: 2. adet döngüsünün luteal evresi, F3: 3. adet döngüsünün foliküler evresi, L3: 3. adet döngüsünün luteal evresi, F4: 4. adet döngüsünün foliküler evresi, L4: 4. adet döngüsünün luteal evresi, F5: 5. adet döngüsünün foliküler evresi, L5: 5. adet döngüsünün luteal evresi, F6: 6. adet döngüsünün foliküler evresi, L6: 6. adet döngüsünün luteal evresi

4.8. Prementr el Disforik Bozukluk ve Premenstrüel Sendromun Varlığı

DRSP ile izlemin yapıldığı hasta (n=22) ve kontrol (n=25) grubundaki hiçbir hasta DSM-IV'te tanınlanan Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB) tanısını almamıştır. Depresif bozukluk tanısı olan hasta grubunda günlük kayıt izelgesinde (DRSP) işlevselliğin değerlendirildiği maddeler ile PMDB tanısı dışlanmıştır.

Premenstrüel sendromun varlığı, geriye dönük olarak belirtilerin değerlendirildiği PDF ve günlük olarak sorun şiddetinin değerlendirildiği Günlük Kayıt izelgesi ile (DRSP) konulmuştur. Örneklem grubumuzda PDF'nun analizleri ile adet öncesi belirti şiddeti yok, hafif, orta ve ağır olmak üzere dört grupta sınıflandırılmıştır PDF'nun değerlendirilmesinde, toplam PDF skorunun soru sayısına bölünmesi ile elde edilen PDF oranı 1.7'nin altında ise PMS yok olarak tanımlanmıştır. 1.7 ile 2.8 arasında ise hafif şiddette, 2.8 ile 3.7 arasında ise orta şiddette ve 3.7'nin üzerinde ise ağır şiddette PMS olarak değerlendirilmektedir. (Dereboy ve ark 1994).

PMS tanısını "Var" ya da "Yok" şeklinde koymak için Sorun şiddeti Günlük Kayıt izelgesinden (DRSP) yararlanılmıştır. Bunun için ICD-10 tanı  l tleri kullanılmıştır (Link 2000). Hasta ve kontrol grubundaki PMS varlığı ve adet öncesi belirti şiddeti ile ilgili bulgular **tablo 11**'de sunulmuştur.

PDF'nun değerlendirildiği araştırmanın II. basamağında, depresif bozukluğu olan hasta grubunun(n=40) PMS şiddeti %32.5'inde (n=13) "orta"ve %37.5'inde (n=15) "ağır", olarak bulunurken, depresif bozukluğu olmayan kontrol grubunun (n=37) ise PMS şiddeti, % 62.2'sinde (n=23) "hafif" olarak bulunmuştur. Araştırmanın her iki grubu PMS şiddetine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterilmiştir [ki-kare=14.641, (p=0.002)].

Günlük Kayıt izelgesi ile izlemin yapıldığı araştırmanın III. basamağında PMS tanısı depresif bozukluğu olan hasta grubunun %40.9'unda (n=9), kontrol grubunun %28'inde (n=7) saptanmıştır. PMS varlığına göre her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır [ki-kare=0.869, (p=0.351)].

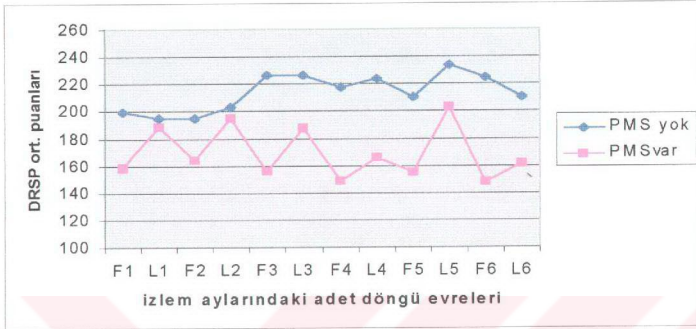
Tablo 11. Depresif Bozukluk Tanısı Olan Kızların, PDF'na Göre PMS Şiddeti ve DRSP'ye Göre PMS Varlığının Depresif Bozukluğu Olmayan Kızlarla Karşılaştırılması. (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı.İzmir-2002)

			Hasta grubu	Kontrol grubu
			n (%)	n (%)
PDF	II. basamak ^a	Yok	2 (5.0)	4 (10.8)
		Hafif (1.7-2.8)	10 (25.0)	23 (62.2)
		Orta (2.8-3.7)	13 (32.5)	6 (16.2)
		Ağır (3.7 ve üstü)	15 (37.5)	4 (10.8)
		Toplam	40 (100)	37 (100)
				Ki-kare= 14.641 p=0.002*
	III.basamak ^b	Yok	2 (9.1)	2 (8.0)
		Hafif (1.7-2.8)	2 (9.1)	17 (68.0)
		Orta (2.8-3.7)	9 (40.9)	2 (8.0)
		Ağır (3.7 ve üstü)	9 (40.9)	4 (8.0)
		Toplam	22 (100)	25 (100)
		Ki-kare= 18.102 p=0.0001*		
DRSP	III.basamak ^b	PMS yok	13 (59.1)	18 (72.0)
		PMS var	9 (40.9)	7 (28.0)
		Toplam	22 (100)	25 (100)
				Ki-kare=0.869 p=0.351
PMS: Premenstrüel Sendrom				
PDF: Premenstrüel Değerlendirme Formu				
DRSP: Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi				
^a : PDF'nun değerlendirildiği basamak.				
^b : BDE ve DRSP ile izlemin yapıldığı basamak.				
Ki-kare testi *p< 0.01				

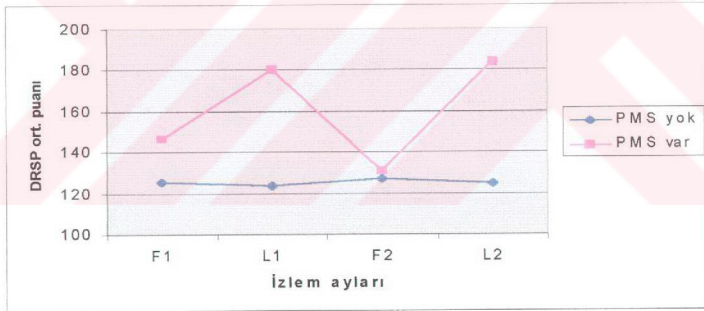
Hasta grubunda geriye dönük verilere dayanarak koyulan PMS şiddeti ile ileriye dönük verilere dayanarak koyulan PMS tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür ($r=0.361$, $p=0.099$). Kontrol grubunda da istatistiksel anlamlı ilişki gösterilmemiştir ($r=0.307$, $p=0.136$).

Hasta ve kontrol grubunda PMS tanısı alan ve almayanların DRSP toplam puanlarının foliküler ve luteal evrede dalgalanma gösterdiği Şekil 7 ve şekil 8'de sunulmuştur.

Şekil 7. Günlük Kayıt Çizelgesi İle İzlemi Yapılan Depresif Bozukluk Tanısı Alan Hasta Grubunda (n=22) PMS Varlığına ve Adet Döngü Evrelerine Göre DRSP Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı,İzmir-2002)



Şekil 8. Günlük Kayıt Çizelgesi İle İzlemi Yapılan Kontrol Grubunda (n=25) PMS Varlığına ve Adet Döngü Evrelerine Göre DRSP Toplam Puanlarının Karşılaştırılması. (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı,İzmir-2002)



4.9. Ovulasyonun Belirlenmesi ve Serum Progesteron Düzeyi İle Adet Öncesi Belirti Şiddeti Arasındaki İlişki

Adet döngüsü sırasında ovulasyonun olup olmadığını belirlemek için orta luteal evrede (adet döngüsünün 19-22. günleri arasında) serum progesteron düzeylerine ardışık iki ayda bakılmıştır. Kullanılan kitin luteal evredeki geçerli serum progesteron düzeyi 1,6 ile 21,0 ng/ml arasındadır.

Hasta grubu için 1. ay serum progesteron düzeyleri 8.41 ± 5.55 ng/mL, 2. ayda ise 8.71 ± 5.42 ng/ml dir. Hasta grubunun hepsi her iki adet döngüsünde ovulatuvar olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda ise 1. ayda 5.19 ± 4.06 ng/mL ve 2. ayda 6.03 ± 6.8 ng/mL'dir. Kontrol grubunda 5 kişinin iki aylık ölçüm düzeyine göre anovulatuvar olduğu bulunmuştur. Serum progesteron düzeyleri ile DRSP luteal evre puanları arasında ilişki olup olmadığına Spearman's rho bağıntı analizi ile bakıldığı zaman arada bağıntı olmadığı görülmüştür (Tablo 12).

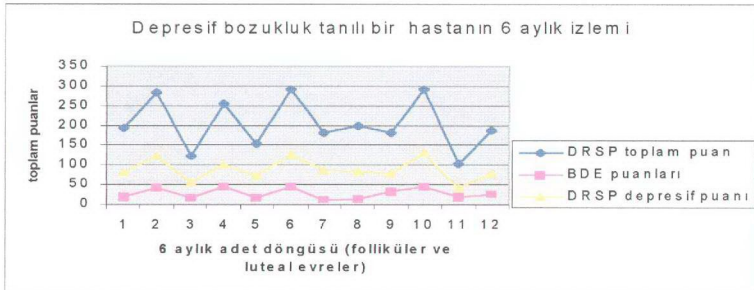
Tablo 12. Serum Progesteron Düzeyleri ile DRSP Luteal Evre Toplam Puanları Arasındaki İlişki. (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir-2002)

		Serum Progesteron Düzeyleri	
		1. ay	2. ay
Hasta grubu (n=22)	DRSP luteal toplam puan	r=-0.028	r=0.142
		p=0.901	p=0.660
Kontrol grubu (n=25)	DRSP luteal toplam puanı	r=-0.053	r=0.010
		p=0.795	p=0.961

4.10. Adet Öncesi Dönemde Depresyon Şiddetinde Dalgalanma Gösteren Bir Olgunun İncelenmesi

Depresif bozukluk tanısı ile izlenen bir hastanın, 6 aylık izlem sırasında foliküler evrede DRSP ve BDE puanlarında düşme gözlenirken luteal evrede yükselme görülmektedir. Yine aynı olgu premenstrüel dönemde özkıyım girişiminde bulunmuştur. (Özkıyım girişim tarihi: 24.02.2001, Adet tarihi: 28.02.2001)

Şekil 9. Depresif Bozukluk Tanısıyla 6 Ay İzlenen Bir Hastanın BDE, DSRP Depresif Alt Ölçek ve DSRP Toplam Puanlarının Adet Döngüsünün Foliküler ve Luteal Evresine Göre Dağılımı. (E.Ü.T.F Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir-2002)



5.TARTIŞMA

Depresif bozukluk tanısıyla antidepresan tedavisi alan ve izlem altında olan kız ergenlerde, duygudurum bozuklukları seyrinde etkili olduğu düşünölen adet öncesi belirtilerin incelenmesi önemlidir. Ayrıca depresyonu olan hasta ve depresyonu olmayan kontrol grubu arasında adet öncesi belirti dağılımı ve belirti şiddeti açısından fark olup olmadığını belirlemek ve belleğe dayalı olarak doldurulan Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) ile günlük olarak doldurulan Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesinin (DRSP) adet öncesi belirtileri saptamadaki ilişkisini göstermeyi amaçladığımız çalışmanın bulguları şu şekilde özetlenebilir; ilk klinik görüşme ve demografik verilerin değerlendirildiği I. basamakta 54 depresif bozukluğu olan kız ergenin yaş ortalaması 16.3 ± 1.02 , kontrol grubundaki 84 kız ergenin yaş ortalaması 16.4 ± 0.7 olarak saptanmıştır. Aralarında istatistiksel anlamlı fark olmaması, örneklem grubu ile kontrol grubunun şimdiki yaş açısından karşılaştırılabilir olduğunu göstermektedir. Menarş yaşı ortalamasının hasta ve kontrol grubunda sırasıyla 12.6 ± 0.9 ve 12.7 ± 0.9 olması pubertal gelişim açısından da iki grubun birbiri ile benzer olduğunu göstermektedir. Literatüre göre normal kız çocuklarında ortalama olarak 11 yaş civarında (8.5-13 yaşları arasında) bazı puberte işaretleri belirlemektedir (Goldsmith 1990). Bizim araştırmamızda hasta ve kontrol grubunun menarş yaş ortalaması literatürde belirtilen ortalama menarş yaşı olan 12.3-12.8 yaş ile uyumludur. Hasta ve kontrol grubu arasında menarş yaşları açısından fark olmaması iki grubun eş pubertal gelişim düzeyinde olduğuna işaret etmektedir. Çünkü takvim yaşı her zaman pubertal gelişim zamanlamasını yansıtmayabilir (Angold 1998).

Adet döngü süresi ve kanama süresi açısından, her üç basamakta hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı fark olmaması (Tablo 1) her iki grubun normal, düzenli adet döngüsü içinde olduklarını göstermektedir. Her iki grupta da adet döngü süresi 24 ile 34 gün arasında değişmektedir. I. basamakta değerlendirilen 54 depresif bozukluk tanısı alan kız ergenin adet döngü süresi 28.7 ± 1.5 bulunurken, kontrol grubundaki 84 kız ergenin adet döngü süresi 28.8 ± 0.6 gün olarak bulunmuştur. Literatürde normal döngü uzunluğu ortalama 28 gün olarak verilmekteyken, 23 ile 35 gün arasındaki adet döngüsü uzunluğu da normal olarak kabul edilmektedir (Goldsmith 1990).

Türkiye'deki kız ergenlerin demografik ve epidemiyolojik özelliklerinin 13-18 yaş grubundaki 13665 kız öğrencide araştırıldığı bir çalışmada, ortalama menarş yaşı 13.28 ± 1.09 olarak bulunurken, adet döngü süresi de 20-35 gün arasında bulunmuştur (Vicdan 1996). Başka bir çalışmada, örneklem grubunun %85.3'ünün adet döngü uzunluğu 14-31 gün olarak belirtilmiştir (Clecher-Smith 1998). Bizim çalışmamızda adet döngü süresinin 24-34 gün arasında bulunması yapılan bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Menarşı izleyen ilk 1-2 yılda anovulatuvar sıkluslara rastlanabilir. Anovulatuvar sıkluslarda düzensiz adet döngü süreleri görülebileceği ve bu durumda adet öncesi belirti değişikliklerinden söz edilemeyeceği bilinmektedir (Lee,1992). Bu nedenle, örneklem grubumuz en az 2 yıldır düzenli adet gören (24-36 günde bir) kız ergenlerden oluşturulmuştur. Yine de ovülasyonun biyokimyasal parametresi olarak, luteal evrenin 21.-22. günlerinde serum progesteron düzeyine bakılmıştır. Adet döngü ortasında lüteninizan hormonun (LH) doruğa ulaşması sonrasında, progesteronun korpus lüteumdan salınarak serumdaki düzeyinin artması fizyolojik bir durumdur. Hasta grubundan izlemi yapılan 22 genç kızın hepsinin ovülasyonu gösterilmiştir. Kontrol grubunda ise, beş genç kızın serum progesteron düzeyleri luteal evre için normal kabul edilen değerlerin altında bulunmuştur. Progesteron düzeyinde gün içi dalgalanmalar fizyolojik olarak ortaya çıkabilmektedir. Kontrol grubundaki kızlarda gün içerisinde belli zamanda alınan tek kan örneğinin, fizyolojik dalgalanma nedeniyle, beklenen piki göstermeyebileceği göz önünde bulundurulmuştur. Sonuç olarak, adet kanamasının tam olarak beklenen günde gerçekleşmediği ve günün değişik zamanlarında kan verildiği için, serum progesteron düzeyi luteal evre için beklenen değerlerin altında bulunan kontrol grubundaki 5 kız, iki yıldır düzenli adet döngüleri olması nedeniyle ovülatuvar olarak kabul edilmiş ve değerlendirmeye alınmıştır. Çünkü serum progesteron düzeyinin luteal evre için normal sınırlarda olması ovülasyonu desteklerken, serum progesteron yüksekliğinin gösterilememesi ovülasyonun olmadığı anlamına gelmemektedir (Goldsmith90).

Dismenore ile ilgili bulgularımızı konuyla ilgili literatür eşliğinde incelediğimizde, dismenore şiddeti açısından her üç basamaktaki hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel anlamlı fark görülmemiştir. I. basamak depresyon grubunda, aktivitenin

belirgin etkilendiği, analjeziklerin etkisinin az olduğu, başağrısı, kusma, diare, halsizlik, bulantı ve ciddi ağrı yakınmalarının bulunduğu ağır dismenore oranı % 42.6 ile en fazla görülürken, normal kontrol grubunda ağır dismenore % 35.5 olarak daha düşük oranda bulunmuştur. Adet gören kadınların yaklaşık yarısında, dismenore şikayeti vardır. Vicdan'ın yaptığı çalışmada (1996) adet sırasındaki ağrı %78,1 oranında bulunmuştur. Bu çalışmada ağrı şiddeti hafif, orta ve ağır olarak sınıflandırılmadığı için çalışmamızın sonuçlarıyla karşılaştıramamıştır. Ayrıca dismenore şiddetini tanımlamada kız ergenlerin bildirdiği subjektif değerlendirmeler dikkate alındığı için genel bir yargıda bulunmak zordur.

Dismenore nedeniyle okula devamsızlık I. basamak hasta grubunda %33.3, kontrol grubunda % 27.4 dır. Çalışmamızın II. basamağındaki depresyon grubunda % 35, kontrol grubunda %24, III. basamak depresyon grubunda %31.8, kontrol grubunda %24 olarak bulunmuştur. Hasta gruplarının okula devamsızlığı her üç basamakta da kontrol grubundan daha fazladır, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Dismenore okula ve işe devamsızlığın en sık nedenlerindedir. Wilson ve arkadaşlarının (1989) yaptıkları çalışmada, kız ergenlerin %86'sının adet öncesi bir hafta boyunca duygusal, davranışsal veya fiziksel değişiklik yaşadıkları, kızların yaklaşık yarısının (%44) bu belirtiler nedeniyle çalışmaya konsantre olma, test yapma becerilerinin etkilendiği ve %17'sinin belirtiler nedeniyle okul devamsızlıklarının olduğu belirtilmiştir. Vicdan ve arkadaşlarının (1996) yaptığı bir başka çalışmada, dismenore nedeniyle kız ergenlerin %25.6'sının okula devamsızlık gösterdiği bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bulunan, kontrol grubunda, dismenore nedeniyle okula devamsızlık oranları bu çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur. Bu sonuçlar, kız ergenlerin adet öncesi ve adet döneminde yaşadıkları değişikliklerin günlük aktivitelerini bozacak kadar güçlük oluşturduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Dismenore nedeniyle analjezik kullanımı hasta ve kontrol grubunda sırasıyla şöyledir. (I. basamakta: % 50' ye % 31, II. basamakta: %50'ye % 24.3, III. basamak:%54.5'e % 28).

Dismenore nedeniyle analjezik kullanımı hasta grubunda normal kontrol grubundan daha yüksek olması istatistiksel olarak I. ve II. basamakta anlamlı bulunurken, bu fark

III. basamakta anlamlı bulunmamıştır. Bu farkın III. basamakta anlamlı bulunmaması, örneklem sayısının I. basamağa oranla III. basamakta daha az olmasından kaynaklanmış olabilir. Bu nedenle bu konuyla ilgili değerlendirmede daha çok sayıda örneklemin bulunduğu I. basamaktaki bulgularımız dikkate alınmıştır. Bizim çalışmamızda gösterilen dismenore nedeniyle ağrı kesici ilaç kullanım oranı Wilson'un (1989) bulgularındaki % 49 ile benzerlik göstermektedir. Ancak söz konusu çalışmada depresif bozukluğu olan kızlar ayrı bir grup olarak dikkate alınmamıştır.

Jay ve arkadaşlarının (1986) yaptığı bir çalışmada, ruhsal sorunları olan ergenlerin primer dismenore tedavisine yanıt vermediği gösterilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları, depresif gruptaki ergenlerin dismenore tedavisine yanıt almak için daha fazla oranda ilaç kullanma gereksinimleri olduğunu gösteren sonuçlarımızı desteklemektedir. Carol ve arkadaşları (1989), kızların büyük bir kısmının adet öncesi belirtiler, dismenore olayının nedenleri ve uygulanabilecek tedavi yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir. Kızların kendi bulgularını denetleyip kontrol edebilmeleri için bu konuda eğitim verecek profesyonel ekiplerin gerekli olduğunu ileri sürmüşlerdir. Yetişkinlerle yapılan bir çalışmaya göre, sosyokültürel düzeyi yüksek olan kadınların adet öncesi belirtiler nedeniyle daha sık tedaviye başvurdukları gösterilmiştir (Staut 1986). Bundan dolayı ergen kızlarda, yapılacak bilgilendirme ve eğitim çalışmalarının önemli olduğu, bu çalışmalar sonucunda yardım arama ve tedaviye başvurma girişimlerinin artabileceği düşünülmüştür.

Bizim çalışmamızda, dismenore şiddeti ile depresif bozukluk şiddeti ve adet öncesi belirti şiddeti (PDF ve DRSP ölçeklerine göre) arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. “ Dismenore şiddeti ile adet öncesi belirti şiddeti doğru orantılıdır” varsayımımız doğrulanmamıştır. Dolayısıyla kızlar adet öncesi belirti ile dismenoreyi birbirinden ayırt edebilmektedir. Bu araştırmada depresif bozukluk tanısı alan kız ergenlerin, dismenore şiddetli ile adet öncesi belirti ve depresyon şiddetini birbirinden ayırt edebildiği bulunmuştur. Bizim sonuçlarımız literatürde premenstrüel semptomlar ile dismenore arasında bağlantı bulmayan çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (Rupani 1993, Freemann 1993).

Ancak bazı çalışmalarda, kız ergenlerin dismenore ile adet öncesi belirtileri birbirinden ayırmada güçlük yaşadığı, adet öncesi belirtilerle dismenorenin iç içe geçtiği belirtilerek, ortaya çıkan huzursuzluğun adet öncesi belirtilerden mi yoksa dismenoreden mi kaynaklandığının kızlar tarafından ayırt edilmediği de bildirilmektedir (Tomruk 1991, Berkow 1992). Bizim çalışmamızda, iki durumun birbirinden ayırt edilemediğini ileri süren bu çalışmaların tersine, kızlar tarafından adet öncesi belirti ve dismenorenin birbirinden ayırt edilebildiği gösterilmiştir. Çalışmalardaki bu farklı bulguların, kız ergenlerin dismenore şiddetini ifade etmedeki sübjektif değerlendirmelerinden kaynaklanmış olabileceği de düşünülmüştür.

Serum progesteron düzeyleri hasta ve kontrol grubunda adet döngüsünün luteal evresinde, 2 ay ardışık olarak bakılmıştır. Adet öncesi dönemdeki serum progesteron düzeyi ile aynı dönemdeki adet öncesi belirtiler arasındaki ilişkiye bakılmıştır. 1. ve 2. aylardaki ortalama serum progesteron düzeyi ile adet öncesi belirtiler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Serum progesteron düzeyi ile adet öncesi belirtiler, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında doğrudan bağlantı olmadığını ileri süren çalışmalar bulunmaktadır (Kerr 1980, Yücel 1995). Bizim çalışmamızda, progesteron düzeyi ile adet öncesi belirtiler arasında doğrudan bir ilişki bulunmaması yapılan çalışma sonuçlarıyla benzer olarak bulunmuştur. Sonuç olarak, adet öncesi belirtilerin etyolojisinde, yalnızca serum progesteron düzeyinin etkili olmadığı düşünülmüştür. Literatürde, premenstrüel sendromun, over kaynaklı steroidlerin dengesizlikleri ile ilgili olabileceği gibi merkezi sinir sistemindeki nörotransmitterlerle ilgili anormalliklerden ya da her ikisinden de kaynaklanabileceği ileri sürülmektedir (Steiner 1995).

Premenstrüel Değerlendirme Formunun (PDF) doldurulduğu sırada içinde bulunan adet döngü evresinin, sorulara verilen yanıtı etkileyebileceği bilinmektedir (Clecher-Smith 1998). Bu nedenle 40 hasta ve 37 sağlıklı kız ergenin PDF'ni doldurduğu sırada içinde buldukları adet döngüsü evresi dikkate alınmıştır. Bu araştırmada hasta ve kontrol grubu arasında PDF'nun doldurulduğu adet döngü evresi açısından anlamlı fark olmaması (Tablo3) iki grubun PDF'yi doldurdukları adet döngü evresi açısından karşılaştırılabilir olduğunu göstermiştir.

İkinci basamakta PDF ile değerlendirilen 40 hasta ve 37 kontrolün PDF toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, PDF dolduran depresif hastaların PDF toplam puan ve 18 alt ölçeğinden elde edilen puanlar kontrol grubunun aldığı puanlardan yüksek bulunmuştur. Ancak sadece **premenstrüel belirti şiddeti** ve **yorgunluk** alt ölçeğindeki yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İzlemi yapılan III basamaktaki hasta ve kontrol gruplarının Premenstrüel Değerlendirme Formu bilgileri karşılaştırıldığında, (22 hasta ve 25 kontrol) depresif hastaların **PDF toplam puanları, premenstrüel belirti şiddeti, bunaltı, organik mental özellikler** (dikkat, konsantre olma) ve **yorgunluk** alt ölçek puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur. Geriye dönük ölçekle yapılan değerlendirmede, hasta grubunun kontrol grubuna oranla premenstrüel yakınma şiddetinde daha fazla artış bildirdikleri görülmektedir. Freeman (1993), premenstrüel belirtileri olanlarda emosyonel distrese normal sağlıklı gruba göre daha fazla rastlandığını belirtmiştir. Aynı zamanda adet öncesi belirtiler ile emosyonel distres faktörlerinin bir arada bulunduğu gösterilmiştir. Bizim sonuçlarımız bu çalışmanın sonuçlarıyla benzer bulursa da söz konusu çalışmada sağlıklı kız ergenler alınarak psikopatoloji araştırıldığı için bizim çalışmamızla bire bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Hasta ve kontrol gruplarının PDF alt ölçeklerinin karşılaştırmasını değerlendirdiğimizde, izlemi yapılan depresif bozukluk tanımlı hasta grubunda, adet öncesi belirti dağılımında en fazla değişimin görüldüğü alt ölçekler sırasıyla; 1.Yorgunluk (%65.9), 2.Atipik depresif özellikler (%64.6), 3.Bunaltı (%63.2) olarak bulunmuştur. Sağlıklı kontrol grubunda ise adet öncesi belirti dağılımı, 1.Yorgunluk (%54.6), 2.Atipik depresif özellikler (%54.2) 3.Bunaltı (%49.9) sıralaması şeklindedir. Bu belirti sırası iki grup arasında benzerdir. Adet öncesi belirtilerden yorgunluk, atipik depresif özellikler ve bunaltının hem depresif bozukluğu olan grupta, hem de sağlıklı kontrol grubunda ortak belirti kümesini oluşturduğu görülmektedir. Kız ergenlerde adet öncesi belirtiler konusunda çalışmalar yapan ilk araştırmacılardan olan Widholm ve arkadaşları (1971), adet görmekte olan 5485 kız ergenin adet öncesi belirtilerini değerlendirmiştir. Bu çalışmada, yorgunluk, şişkinlik, irritabilite gibi adet öncesi belirtilerin tek olarak ya da bir arada görüldüğünü, en sık olarak yorgunluk ve irritabiliteye rastlandığını belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda depresif bozukluk nedeniyle izlemi yapılan 22 hasta ve 25 kontrol grubunda, yorgunluk, bunaltı ve organik mental özelliklerin, kontrol grubundan anlamlı ölçüde daha yüksek olarak bulunması Widholm ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma sonuçlarıyla benzerdir.

Ancak belirtilen çalışma sadece sağlıklı kızlarla yapılmış ve geniş bir örneklem kullanılmıştır. Bizim çalışmamızda ise, depresif bozukluğu olan ve sağlıklı gruplar arasında karşılaştırma yapılmıştır. Ancak yine de iki gruptaki belirti sıralamasının birbirine benzer olduğu gösterilmiştir.

Fisher ve arkadaşları (1989) 207 kız ergende adet öncesi belirti dağılımını saptamak amacıyla PDF formunu kullanarak çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada fiziksel durumda en sık bildirilen değişiklikler yorgunluk, genel rahatsızlık hissi, su tutulumu ve otonomik değişiklikler olarak bulunmuştur. Chau ve arkadaşları (1998) 14-18 yaşları arasındaki 153 kız ergenle yaptıkları bir çalışmada, yorgunluk (%45.8) ve karında şişkinlik (%41.2) belirtilerini sık olarak göstermişlerdir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde yorgunluk her iki grupta yüksek oranda bulunmuştur. Aynı çalışmada duygulanım ve davranışlardaki yaygın olarak belirtilen değişiklikler ise, sosyal fonksiyonlarda yetersizlik, depresif duygulanım, impulsif davranışlar olarak gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda, duygulanım ve davranışlarda ortaya çıkan belirti dağılımında, atipik depresif özellikler ve bunaltı ön planda olmakla birlikte çökkün duygudurum ve impulsivite belirtilerine de yüksek oranda rastlanması bu çalışmanın sonuçlarıyla uygunluk göstermektedir.

Dereboy ve arkadaşları (1994), genç kızlarda en önde gelen adet öncesi yakınmaları değerlendirmiştir. Yorgunluk, bunaltı, genel fiziksel rahatsızlık, sosyal geri çekilme ve atipik depresif özellikleri önde gelen belirtiler olarak saptamıştır. Aynı çalışmada fiziksel rahatsızlık, yorgunluk ve atipik depresif özelliklerin değişik yaş ve kültürlerde kadınlar tarafından yaygın görülen adet öncesi belirtilerin çekirdeğini oluşturduğu görüşü ileri sürülmüştür. Bu çalışma, bizim araştırmamızda en fazla değişimin görüldüğü yorgunluk, atipik depresif özellikler ve bunaltı belirtilerinin bulunmasını desteklemektedir.

Bugüne kadar gerek kız ergenlerde gerekse yetişkin kadınlarda adet öncesi belirtileri değerlendirmek için kullanılan araçlar geriye dönük ölçüm araçlarına dayanmaktadır. Tanı ve tedavinin değerlendirilmesinde hangi araçların daha güvenilir olduğu henüz kesinleşmemiştir.

Ancak belirtilerin döngüsel örüntüsü, en az iki ardışık adet döngüsünde ileriye dönük günlük ölçümlerle desteklenmesi DSM-IV'de tanımlanan Premenstrüel Disforik Bozukluk tanısı için gereklidir. Çoğu çalışmada 2 veya 3 ölçüm aracı bir arada kullanılmaktadır. Geriye dönük ölçümlerin genel bir sorunu, deneklerin ölçeği doldururken içinde buldukları ruh halinin geriye dönük yargılamalarını kaçınılmaz olarak etkilemesi ve yanlış yargılara neden olabilmesidir (Endicott 1989). Bugünkü var olan eğilim daha çok ileriye dönük olarak kendi yakınmalarını kendilerinin bildirmesine dayanmakta, araçların uygulanması kolaylaşmakta ve ortaya çıkan skorların geçerliliği bozması engellenmektedir. Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesinde (DRSP) premenstrüel sendromda ortaya çıkan belirtileri değerlendirirken aynı zamanda işlevsellik de değerlendirilmekte, çalışma ve sosyal koşullardaki değişiklikler üzerinde durulmaktadır. Bizim çalışmamızda II. basamakta değerlendirilen depresif bozukluğu olan 40 kız ergenden 22'si (%55.0) ve kontrol grubundaki 37 kız ergenden 25'i (%67.5) tarafından iki ardışık adet döngüsü günlük izlem formu doldurulmuştur. Gökkurt ve arkadaşlarının (1999) yetişkin kadınlarda Taylor'un "Günlük Semptom Hız Ölçeği"ni (DRSR) kullandıkları çalışmada 34 yetişkin kadından ancak 16'sı (%47) tarafından iki ardışık adet döngüsü günlük izlem formu gereğince doldurulabilmiştir. Bizim çalışmamızdaki kız ergenlerdeki en az iki ay günlük izlem formu doldurma oranı daha yüksektir. Bu durumu çalışmaya katılanların eğitim düzeyi ile açıklayabiliriz; Gökkurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (1999) günlük izlem formunu dolduran kadınların ancak % 41.1'i lise ve üstü eğitim düzeyinde iken bizim çalışmamızda örneklem grubumuzun tamamının lise eğitim düzeyinde olması günlük izlem formunun yetişkin kadınlara göre daha yüksek oranda ve gereğince doldurulmuş olmasını açıklayabilir. Günlük izlem formu kullanarak izlemi yapılan örneklem grubumuzun yaş ortalaması, depresif bozukluğu olan kızlar için 16.5 ± 0.7 ile kontrol grubunda 16.5 ± 0.7 olarak saptanmıştır. Literatürde günlük izlem formu kullanarak yapılmış çalışmalarda genç örneklem grubu olarak Rivera ve arkadaşlarının (1990) 17-25 yaşları arasındaki gençlerle yaptığı çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada da iki ardışık adet döngüsü günlük izlem formu kullanılmıştır. Bir başka çalışmada, 13-55 yaşları arasında ileriye dönük izlem formları kullanılmıştır (Gehlert 1997). Ancak bu çalışmada oldukça geniş bir yaş dağılımının bir arada olduğu örneklem grubu alınmıştır. Bu nedenle kız ergenlerde günlük izlem formu doldurulması yeterliliği yetişkin kadınlarla yapılan çalışma sonuçlarına göre yorumlanabilmiştir.

Günlük İzlem Formu ile 2 ay izlemi yapılan 22 hasta ve 25 kontrol grubunun DSRP toplam ve alt ölçeklerinden, foliküler ve luteal evrede aldıkları puanları karşılaştırılmıştır (Tablo 6). İzlemi yapılan 2 ardışık adet döngüsünün hem foliküler hem de luteal evresinde DRSP toplam, depresif ve öfke alt ölçek puan ortalamaları hasta grubunda kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Memelerde hassasiyet, şişme, kendini şişkin hissetme, kilo artışı, baş - eklem - kas ağrısı ve bedensel yakınmaların sorgulandığı fiziksel alt ölçekte ise hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Adet öncesi belirti şiddetinin depresif ve öfke alt ölçek puanlarının hem foliküler fazda hem de luteal evrede, kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunması ile “depresif bozukluk tanısı olan ergen kızlarda, adet öncesi belirtilerin şiddeti depresif bozukluğu olmayan kızlarda görülen adet öncesi belirti şiddetinden daha yüksektir” varsayımımız doğrulanmamıştır. Adet öncesi belirti şiddetlenmesinin, yalnızca adet döngüsünden kaynaklandığını söyleyebilmek için, adet öncesi belirti şiddetindeki yüksekliğin adet sonrasında bulunmaması gereklidir. Ancak bizim sonuçlarımızda, depresif bozukluk tanısı olanlarda, sağlıklı kız ergenlere oranla, adet öncesi belirti yüksekliğinin adet sonrasında da süreklilik gösterdiği bulunmuştur. Adet öncesi dönemde ortaya çıkan belirtilerin depresif bozukluktan bağımsız olarak yalnızca premenstrüel belirtilerden kaynaklandığını söyleyebilmek için, bu hastaların depresif epizod düzeldikten sonra da Günlük Kayıt Çizelgesi (DRSP) ile takibi gereklidir. Ancak bizim çalışmamızda hastaların izlendiği sürede depresif bozuklukta klinik olarak kısmi düzelme görülse de tam remisyona görülmemiştir.

Sonuç olarak, depresif bozukluğu olan grup ile kontrol grubu arasındaki karşılaştırmada, depresif bozukluğu olan kız ergenlerde depresyon ve öfke gibi duygudurum değişimlerinin yalnızca adet döngü evresinden etkilenip etkilenmediği ortaya konamamıştır. Literatürde adet öncesi belirtileri olan kız ergenlerde şimdiki emosyonel distres ve 2 yıl sonraki psikopatolojiyi değerlendiren (Freeman 1993) ve yetişkin kadınlarda premenstrüel depresyon şiddetinin 4 yıllık izlem sonucunda majör depresif epizodun öncüsü olduğunu gösteren çalışmalar (Graze 1990) bulunmasına rağmen bizim çalışmamızda olduğu gibi depresif bozukluğu olan kızlardaki adet öncesi belirti şiddetinin sağlıklı kızların adet öncesi belirtileriyle karşılaştırıldığı başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Depresif bozuklukta görülen depresif duygudurum, duygudurum dalgalanmaları, uyku bozuklukları, ilgi kaybı, yorgunluk, dikkatte azalma aynı zamanda sık görülen premenstrüel belirtilerdir (Pearlstein 1998). Adet öncesi belirtilerle depresif bozukluk belirtilerinin örtüşme olasılığı yüksektir.

Depresif bozukluk tanısıyla izlemi yapılan 22 kız ergenin ilk 2 adet döngüsünün foliküler ve luteal evreye göre aldıkları puanlar kendi içinde karşılaştırılmıştır (Tablo 9). Birinci adet döngüsünde adet öncesi belirti şiddetinin adet sonrasına göre yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durumun depresif bozuklu olan kızlarda, tedavinin ilk ayında depresyonlarının daha şiddetli (1.adet luteal evre BDE ortalaması: 27.3 ± 11.3) olması nedeniyle, adet öncesi belirtilerin ve depresif belirtilerin örtüşmesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Aynı hasta grubunda ikinci adet döngüsünde, adet öncesi belirti şiddeti luteal evrede foliküler evreden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu durum depresif bozukluğu olan kızların tedavinin 2. ayında remisyona girmese bile antidepresan tedavi ve izlemde yararlanarak depresyon şiddetinde (2.adet luteal evre BDE ortalaması: 24.6 ± 12.2) ilk ay BDE puanına (27.3 ± 11.3) oranla kısmi bir azalma olmasından kaynaklanmıştır. Depresyonun kısmi düzelmesi sonucunda, adet öncesi belirtilerin daha açık ve görünür duruma geldiği düşünülmüştür. Bu bulgumuzu daha rahat tartışabilmek için depresif bozukluk grubundaki kızların tam remisyona girmesi gerekli iken, izlem sırasında depresif bozukluk şiddetinde klinik olarak kısmi iyileşme görülse bile tam düzelme hem klinik gözlem hem de BDE puanına göre sağlanamamıştır.

Depresif bozukluğu olan grubun adet öncesi ve sonrası belirtilerini ve belirti dalgalanmalarını kendi içinde değerlendirdiğimizde, depresif bozukluk grubundaki 22 kızın, 6 aylık izleminde, DRSP toplam ve alt ölçek puanları 6 ay boyunca luteal evrede foliküler evreden yüksek bulunmuştur (Tablo 7, Şekil 5). Altı ay boyunca yapılan izlemde her adet döngüsündeki hasta sayısı dikkate alınarak 22 depresif bozukluğu olan kızın foliküler ve luteal dönem için ortalamaları kendi içinde karşılaştırılmıştır (Birinci ve ikinci adet döneminde 22 kız, 3. ve 4. adet döneminde 18 kız, 5. adet döneminde 15 kız, 6. adet döneminde 12 kızın ortalamaları). Luteal ve foliküler evre arasındaki istatistiksel olarak anlamlı olan farklılığın her adet döngüsünde tutarlı ve sürekli olmadığı görülmektedir.

İlk 5 ay boyunca olan izlemde luteal dönemdeki DRSP toplam puanı foliküler dönem DRSP puanından yüksek bulunmuştur. Bu yükseklik 2. ve 5. adet döngülerinde anlamlı olarak belirlenmiştir. Altıncı adet döngüsünde ise luteal ve foliküler evre toplam puanlarının hemen hemen aynı bulunmasının hasta sayısının azalmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Depresif bozukluğu olan kızlarda, adet döngüsündeki dalgalanma, her adet döngüsünde tutarlı olarak gösterilememiştir. Bu durum adet öncesi belirtilerin yapısından ve seyirinden kaynaklanmaktadır. Yaşam stresörlerinin PMS üzerinde etkili olduğu ve çok çeşitli değişkenlerin adet öncesi belirtileri etkileyebileceği bilinmektedir (Abraham 1983). Önemli premenstrüel yakınmaları olanlarda, premenstrüel sendrom şiddeti ile anksiyetenin çeşitli özellikleri arasında anlamlı ilişki olduğu tanımlanmış ve stresli yaşamın PMS üzerinde etkili olabileceği ileri sürülmüştür (Chau1998). Bizim çalışmamızda, depresif bozukluğu olan kız ergenlerin hepsinde ardışık her adet döngüsünde belirti şiddetlenmesinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gösterilmiştir. Bu durumun adet öncesi belirtiler üzerinde çeşitli değişkenlerin etkili olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle 12 depresif kız ergenin 6 aylık izlemde adet döngüsü dalgalanmaları tek bir sonuç olarak verilememiştir.

Adet öncesi belirtiler üzerinde çevresel ya da genetik faktörlerden hangisinin daha etkili olduğu konusunda görüş birliği bulunmamaktadır. Adet öncesi belirtilerin, ebeveynler, sosyokültürel düzey ve dinsel çevreden kız çocuklarının öğrendiği “kadınsı role” karşı takınılan tutumlardan güçlü bir şekilde etkilendiğini ileri süren çalışmalar (Akker 1987) bulunurken, ailesel ve çevre koşullarından çok fazla etkilenmediğini, kalıtılabilirliğin %56 gibi yüksek oranda olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Kendler 1998).

Altı ay izlemi yapılan 12 depresif kız ergenden 2’sinde her adet döngüsünün luteal evresinde adet döngüsünün foliküler evresine göre duygudurum dalgalanması 6 ay boyunca gösterilmiştir. Şekil 9’da depresif bozukluk tanısı olan ve 6 aylık izlem boyunca adet öncesi duygudurum dalgalanmaları bulunan iki hastamızdan biri gösterilmiştir.

Bu hastamızda adet öncesi dönemdeki depresif duygudurum artışları hem BDE hem de DRSP toplam ve depresif alt ölçek puanlarıyla gösterilmiştir. Adet döngüsünün luteal evresinde hem depresif duygudurumda, hem de adet öncesi belirti şiddetinde aynı adet döngüsünü foliküler evresine oranla daha yüksek puanlar almıştır. Aynı olgu adet öncesi dönemde özkıyım girişiminde bulunmuştur (Özkıyım girişim tarihi: 24.02 2001, Adet kanamsı tarihi: 28.02.2001).

Yetişkinlerle yapılan bir çalışmada, duygudurum bozukluğu olan tüm kadınlar için komorbidite geçerli olmasa da, iki bozukluğu bir arada komorbid olarak bulunduran bir alt grubun olduğu gösterilmiştir. Yonkers ve arkadaşları (1992) tarafından yapılan bu çalışmada, depresif bozukluğu olan kadınlarda premenstrüel dönemdeki dalgalanmalar değerlendirilmiş ve şu sonuçlara ulaşılmıştır: Premenstrüel sendromun depresif bozukluktan ayrı tanı kategorileri olmasına karşın iki hastalığın bir arada komorbid koşullarda da bulunabileceği bildirilmiştir. Aynı çalışmada hem majör depresyonu hem de DSM-III-R'de tanımlanan Geç Luteal faz Disforik Bozukluğu (LLPDD) olan kadınların adet öncesi dönemde alevlenen majör depresif bozukluğu varmış gibi görülebileceği ve depresyonun etkin tedavisine karşın adet öncesi belirtilerin devam ettiği ileri sürülmüştür. Çalışmasında bu iki ayrı sürecin bir arada bulunduğu 5 kadın gösterilmiştir. Bu nedenle depresyon tedavi edildikten sonra da adet öncesi dönemde belirtileri olanlarda antidepresan tedaviye devam edilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu bilgiler göz önüne alındığında, bizim çalışmamızda premenstrüel sendrom ve depresif bozukluğun komorbid olarak bir arada bulunması iki olguda gösterilebilmiştir. Bu iki kişi komorbiditeyi gösteren bir alt grup olarak değerlendirilmiştir.

Bizim çalışmamızda adet öncesi belirtiler ve depresyonun ayrı süreçler mi yoksa iki hastalığın belirtilerinin üst üste çakışması mı olduğunu ayırt etmek tüm depresif bozukluğu olan kızlarda mümkün olamamıştır. Çünkü, izlemin yapıldığı süre içinde depresif bulgularda klinik olarak kısmi düzelme görülse de, tam düzelme elde edilememiştir.

Premenstrüel sendrom ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki uzun zamandan beri dikkat çekmektedir. Bu konu ile ilgili bilgilerimiz daha çok yetişkin kadınlarda yapılan araştırmalara dayanmaktadır. Premenstrüel Disforik Bozukluğu olan kadınlarda

geçirilmiş duygudurum bozukluğu görülme oranı %46 (Pearlstein1998) ile % 70 (Harrison 1989) arasındadır. Bu kadınlar aynı zamanda gelecekte majör depresif bozukluk geçirme açısından da yüksek risk altındadır. PMS öyküsü olan ya da PMS ile ilgili retrospektif yakınmalar getiren kadınlarda ve üniversite öğrencisi genç kızlarda gelecekte yüksek oranda depresyon ataklarının görüldüğü belirlenmiştir (Graze 1990). Schuchit ve arkadaşları (1975) PMS'dan yakınan kolej öğrencilerinin % 11'inin bir yıl sonra depresyon tedavisi için başvurduklarını, PMS bildirmeyenlerde ise bu oranın %5 olduğunu göstermiştir.

Mc Millan ve arkadaşları (1989), geçirilmiş affektif bozukluk öyküsü olup değerlendirmenin yapıldığı sırada affektif bozukluğu olmayan kadınlarda premenstrüel dönemde depresif duygudurumu değerlendirmiştir. 16 yetişkin kadın bir adet döngüsü boyunca belirtilerini günlük olarak derecelendirmiştir. Disforik bozukluk grubunda anlamlı premenstrüel yükselme gösterilmiştir. Affektif bozukluk ile adet öncesi depresyon arasında güçlü birliktelik olduğu ileri sürülmüştür. Başka bir çalışmada, premenstrüel dönemde depresif bozuklukların başlama ya da kötüleşme riskinin artması ile ilgili bulgular hastane kayıtlarının yanısıra özkıyım girişimi ve tamamlanması ile ilgili yapılan çalışmalardan da elde edilmiştir. Majör depresyon tanılı kadınlarda, geç luteal dönemde hastaneye başvuru oranı artar iken şizofrenik bozukluk tanılı kadınlarda bu döneme ait hastaneye başvuru oranında artış izlenmemiştir (Abramowitz 82). Kimmel ve arkadaşları (1992) duygudurum bozukluğundaki adet öncesi dönemde belirtilerinin şiddetlenmesini bu dönemde antidepresan ilaç metabolizmasındaki değişiklik ile açıklamıştır. Antidepresan tedavi ile izlem altında olan iki kadında luteal faz sırasında ilaç metabolizmasındaki değişimlerin serum antidepresan ilaç düzeylerinde azalmaya, ve dolayısıyla depresif belirtilerde artmaya yol açabileceğini bildirmiştir. Endicott ve arkadaşlarının (1993) yaptığı bir çalışmada, adet öncesi dönemde şiddeti artan belirtilerle birlikte sosyal geri çekilme, öfkenin kontrol edilememesi ya da özkıyım düşünceleri ve girişimleri gibi belirtiler ve bulgular da saptanmıştır. Adet öncesi dönemde duygudurum dalgalanmalarına dikkati çekmiştir.

Premenstrüel sendromu olan olgularda, duygudurum değişiklikleri daha sık görülmesine karşın, anksiyete bozukluklarının da sık görüldüğü gösterilmiştir. PMS ile anksiyete bozuklukları arasında da bir ilişki olduğunu kanıtlayan en önemli gözlemlerden biri, panik atak ve panik bozukluğu olan kadınlarda premenstrüel dönemde panik atak bulgularının provoke edilebilmesidir. PMS ve PMDB olarak tanımlanan kadınlarda, hayat boyu psikiyatrik hastalık ve panik bozukluk geçirmiş olma riski oldukça yüksektir (Yonkers,1997). Chau ve arkadaşlarının (1998) kız ergenlerle yaptıkları çalışmada, anksiyete ve premenstrüel sendrom arasında yetişkin kadınlarda görülene benzer şekilde bir ilişki olduğu gösterilmiş ve premenstrüel sendromun ergenler için olan sosyal boyutu doğrulanmıştır.

Premenstrüel sendromdaki belirtilerin siklik olarak nüks edip gerilemesi sürecine bakarak premenstrüel sendromun psikiyatrik hastalıklardan en çok tekrarlayıcı depresyona veya panik bozukluğa benzediği söylenebilir. PMDB'un psikiyatrik hastalık geçirmiş ve geçirmekte olan grupta, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan kadınlara göre en az 3 kat daha sık görüldüğü saptanmıştır (Severino 1989).

Bizim çalışmamızda, "Depresif bozukluk tanısıyla antidepresan sağaltımı alan ergen kızlarda adet döngüsünün geç luteal fazında (premenstrüel dönem), adet döngüsünün foliküler fazına göre depresif semptomların şiddetinde artış" olur varsayımımız doğrulanmıştır. Günlük izlem formlarından elde edilen bulgularda tüm adet döngülerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da duygudurum bozukluğu olanlarda adet öncesi belirtilerin adet sonrası döneme oranla daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu sonucu klinik pratiğimize uyguladığımızda, depresif bozukluğun tedavi ve izlemi sırasında klinik düzelmeye ve alevlenmeleri değerlendirirken depresif bozukluk seyrinde etkili olduğu bilinen sosyal destek faktörleri ve başa çıkma mekanizmaları (Nunmer 2001) yanı sıra, fizyolojik bir durum olarak her ay tekrarlayan adet döngüsü evrelerini de dikkate almanın depresif bozukluğun izleminde önemli ve yararlı olacağını düşündürmüştür.

Araştırmaya alınan kız ergenlerin depresyon şiddeti ve depresif duygudurumdaki değişiklikleri Beck Depresyon Envanteri ortalama puanlarıyla değerlendirilmiştir.

DSM –IV tanı kriterlerine göre yapılan klinik görüşmeye ve Beck Depresyon Envanteri puanına göre “Depresif Bozukluk” tanısı alan 54 kız hastadan 3’ü (%5.5) Beck Depresyon Envanterini eksik doldurdıkları için değerlendirmeye alınmamıştır. Depresif bozukluk tanısı konup BDE’ni dolduran 51 hastanın ilk klinik görüşme sonucundaki ortalama BDE puanı 28.2 ± 9.2 olarak saptanmıştır. Araştırmanın III basamağındaki depresif bozukluk tanısı konmuş 22 hastanın ilk klinik görüşme sırasındaki ortalama BDE puanı 28.3 ± 7.4 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda, 37 kızdan 5’i Beck Depresyon Envanterini eksik doldurdıkları için değerlendirmeye alınmamıştır. Depresif bozukluğu olmayan sağlıklı kontrol grubundaki 32 kızın ilk değerlendirmedeki ortalama BDE puanı 14.0 ± 8.9 olarak bulunmuştur. İzlemi yapılan 22 depresif kız ergenin izlem süresince değerlendirilmesinde, ergen kızlarda klinik görüşmelerde kısmi klinik iyileşme görülse de BDE puanlarının pek değişmediği ve hiç birisinde tam remisyona sağlanamadığı görülmüştür. Ergenlerde majör depresif bozukluk epizodunun ortalama süresinin 7-9 ay ve toplum örneğinde ise 1-2 ay bulan (Emslie 1997-a, Kovasc 1996) araştırmalar bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda 6 aylık tedavi ve izlem sürecinde tam remisyona görülmemesinin bu araştırma sonuçlarıyla açıklanabileceği düşünülmüştür. Bu konuda genellebilir yargıya ulaşmak için daha geniş örneklem grubuyla çalışılmalıdır. Ayrıca depresif bozukluk seyrinde etkili olduğu bilinen ergenin başatme kaynakları, sosyal destek sistemleri ve yaşam stresörleri gibi değişkenlerin de değerlendirmede dikkate alınmasının gerekli olduğu düşünülmüştür.

Kız ergenlerde depresif bozukluklarla ilgili yapılan çalışmalarda (Petersen 1994), depresif bozukluk üzerine etkili olabilecek yaşına göre bedensel gelişim düzeyi, beden algısı, özdeğer duygusu, stres verici yaşam olaylarının ne oranda yaşadığı ve bu olaylar karşısında başatme kaynaklarının neler olduğu izlem sırasında araştırmacı tarafından dikkate alınsa da, bu etkenlerin ölçülememesi nedeniyle, depresyon şiddeti üzerindeki etkileri dışlanamamıştır. Gençlerde stres verici yaşam olayları ile ilgili yapılan çalışmalarda, yaşam olaylarına olumsuz tepki verilmesinin erkek ergenlere göre kızlarda daha fazla olduğu da bilinmektedir (Nummer 2001). İzlem sırasında stres verici yaşam olaylarının dışlanamaması, gençler için geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış yaşam olayları ölçeğinin olmamasından kaynaklanmıştır. Bu araştırmanın en önemli kısıtlılığı olarak düşünülmüştür.

BDE ile ölçülen depresyon şiddeti ile adet evresi arasındaki ilişkiye baktığımızda, depresif bozukluk nedeniyle izlemi yapılan 22 hastada her adet döngüsünde luteal evre BDE puanları foliküler evre BDE puanından yüksek olarak bulunmuştur (Şekil 6 ve Tablo 9). Yalnızca 5. ve 6. adet döngüsündeki luteal evre BDE puanının foliküler evre BDE puanından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum 5. ve 6. adet döngüsünde izlemi yapılan hasta sayısının az olmasından kaynaklanabileceği gibi, tedavi ve izlemlerine daha uzun süre devam eden ve 3 haftada bir klinik görüşmelere gelen kız ergenlerin depresyon şiddetlerinin daha ağır olmasından da kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

“Depresif bozukluk tanısıyla antidepresan sağaltımı alan ergen kızlarda adet döngüsünün geç luteal fazında (premenstrüel dönem), adet döngüsünün foliküler fazına göre depresif semptomların şiddetinde artış olur” varsayımımız Beck Depresyon Envanteriyle de desteklenmiştir. Daha önce bu varsayımımızı destekleyen günlük izlem formlarıyla yapılan değerlendirmede de, depresif alt ölçek puanlarının luteal evrede foliküler evreden daha yüksek olduğu gösterilmişti. Varsayımımızı destekleyen aynı sonuç hem BDE hem de DRSP'nin depresif alt ölçeğiyle gösterilmiştir.

Aynı zamanda, izlemi yapılan depresif bozukluk tanılı 22 kız ergende, 6 adet döngüsü boyunca aldıkları BDE ile DRSP toplam ve depresif alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır (Tablo10). DRSP toplam ve depresif alt ölçek puanları ile BDE puanları arasında orta ve ortanın üstü derecede pozitif ilişki olduğu ve 6. adet döngü dışındaki tüm adet döngülerinde bu pozitif ilişkinin anlamlı olduğu görülmüştür. Altıncı adet döngüsünün foliküler evresindeki BDE ile aynı adet döngü evresindeki depresif alt ölçek puanı arasında pozitif ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durumun, 6. ayda izlemini sürdüren hasta sayısının azalmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Dereboy ve arkadaşlarının (1994) yaptıkları çalışmada, PDF'unda daha fazla premenstrüel değişim belirten gençlerde Beck Depresyon Envanteri (BDE), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) ve Toronto Aleksitimi Skalası (TAS) puanlarının yüksek olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da depresyon şiddeti ile adet öncesi belirti şiddeti arasında ilişki olduğunun gösterilmesi bu çalışmanın sonuçlarıyla desteklenmektedir. Sonuç olarak, “Depresif bozukluk tanısıyla izlenen ergen kızlarda, depresif bozukluk şiddeti (BDE puanı) arttıkça adet öncesi belirti şiddeti de artar” varsayımımız doğrulanmıştır.

Depresyon şiddeti ile günlük izlem formunun depresif alt ölçek ve toplam puanları arasında anlamlı ilişki gösterilirken, PDF'nun doldurduğu sıradaki ilk BDE puanı ile PDF'nin depresif duygudurum ile ilişkili alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki gösterilememiştir. PDF'nin depresif duygudurum ile bağlantılı olan üç alt ölçeği; çökkün duygudurum (PDF 1), endojen depresif özellikler (PDF 2) ve atipik depresif özellikler (PDF 4) dir. Bu alt ölçeklerden hiçbirisi ile ilk değerlendirmedeki depresyon şiddeti arasında anlamlı bir bağlantının olmaması depresif bozukluğu olan ergenlerde adet öncesi belirtileri değerlendirmek için geriye dönük bilgilere dayanarak doldurulan formların güvenilir olmayabileceğini düşündürmüştür. Bu sonucumuz Endicott ve arkadaşlarının (1989) geriye dönük olarak bilgileri değerlendiren ölçekler doldurulurken, deneklerin içinde buldukları ruh halinin geriye dönük yargılamalarını kaçınılmaz olarak etkileyeceği görüşüyle desteklenmektedir.

İzlemi yapılan hasta ve kontrol grubundaki premenstrüel sendrom (PMS) tanısı ve şiddetine baktığımızda; premenstrüel sendromun varlığı ve şiddeti PDF ve DRSP ölçekleriyle konulmuştur. Bu iki ölçeğin hem hasta hem de kontrol grubunda premenstrüel sendrom tanısı koyabilme açısından ilişkisine bakılmıştır. Her iki örneklem grubunda Premenstrüel Değerlendirme Formlarının analizi ile adet öncesi belirti şiddeti yok, hafif, orta ve ağır olmak üzere dört grupta sınıflandırılmıştır. PDF'nun değerlendirilmesinde, toplam PDF skorunun soru sayısına bölünmesi ile elde edilen PDF oranı 1.7'nin altında ise PMS yok olarak tanımlanmıştır. 1.7 ile 2.8 arasında ise hafif şiddette, 2.8 ile 3.7 arasında ise orta şiddette ve 3.7'nin üzerinde ise ağır şiddette PMS olarak değerlendirilmiştir (Dereboy 1994).

PMS tanısını "var" ya da "yok" şeklinde koymak için Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesinden (DRSP) yararlanılmıştır. Bunun için ICD-10 tanı ölçütleri kullanılmıştır (Link 2000).

Depresif bozukluğu olan 40 kız ergen ile kontrol grubundaki 37 kız ergeni adet öncesi belirti şiddetine göre karşılaştırdığımızda, depresif bozukluk grubundaki kız ergenlerin %5'i "değişiklik yok", %25'i "hafif", %32.5'i "orta", %37.5'i "ağır" şiddette premenstrüel dalgalanma bildirmiştir. Depresif bozukluğu olanlar daha çok "orta" ve "ağır" şiddette premenstrüel sendrom grubunda yoğunlaşmıştır. Normal kontrol grubundaki katılımcıların ise %10'u "değişiklik yok", %62.2'si "hafif" şiddette, %16.2'si "orta" şiddette, %10.8'i "ağır" premenstrüel dalgalanma bildirmiştir. Depresif bozukluğu olmayan grupta adet öncesi belirtiler daha çok "hafif" şiddet grubunda yoğunlaşmıştır. İki grup arasında belirti şiddeti açısından anlamlı farklılık orta ve ağır şiddetteki belirtilerin depresif bozukluk grubunda daha yüksek olmasından kaynaklanmıştır. Depresif bozukluğu olan kızlarda adet öncesi belirtilerin kontrol grubuna göre daha şiddetli yaşandığı geriye dönük ölçekle gösterilmiştir. Literatüre baktığımızda depresif kızlarla sağlıklı kızlar arasında PDF formu kullanılarak belirtilerin karşılaştırıldığı başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Freeman ve arkadaşlarının (1993) yaşları 15-19 arasındaki 165 ergen kızın adet öncesi belirtileri ile dismenore ve emosyonel distres faktörleri arasındaki ilişkiyi değerlendirildiği bir çalışmada, premenstrüel belirtileri olan kızların SCL-90 skorları ve öz bildirim ölçeklerinde anlamlı olarak daha fazla emosyonel distres saptanması depresif bozukluğu olan kızlarda anlamlı olarak daha yüksek oranda adet öncesi belirtiler olması sonucumuzla benzerlik göstermektedir. Ancak bu değerlendirmeyi yaparken belleğe dayalı doldurulan ölçeklerin yanılma payı göz önünde bulundurulmalıdır. Depresif bozukluğu olan bireylerin olumsuz bilişleri nedeniyle olumsuz sözcük /cümlelerin dikkatlerini daha çok çekmesi ve öz bildirim ölçeği doldururken olumsuz cümlelerden daha fazla etkilenmiş olmaları da dikkate alınmalıdır. Literatürde sağlıklı ergen kızlarda adet öncesi belirtilerle ilgili çalışmaları dikkate aldığımızda; kontrol grubunda bulunan 37 sağlıklı kız ergenin %10'u "değişiklik yok", %62.2'si "hafif" şiddette, %16.2'si "orta" şiddette, %10.8'i "ağır" şiddette adet öncesi belirtiler yaşaması, Wilson ve arkadaşlarının (1989) 88 kız ergeni PDF kullanarak değerlendirdikleri araştırmada, kızların %25 orta ve %11 ağır şiddette adet öncesi yakınma bildiren çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur.

Dereboy ve arkadaşlarının (1994) yaptıkları araştırmada 205 hemşirelik öğrencisinde, “hafif” düzeyde yakınması olanlar %62.9, “orta” düzeyde yakınması olanlar %26.6, “şiddetli” yakınması olanlar %10.2 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları ile bizim araştırmamızda sağlıklı 37 kız ergende bulunan, adet öncesi belirti dağılımı benzerlik göstermektedir. Ancak bizim çalışmamızda, daha çok depresif bozukluğu olan ve olmayan kızlarda adet öncesi belirti dağılımı karşılaştırılmıştır. Ayrıca depresif bozuklukta adet öncesi değişikliklerin duygudurumu nasıl etkilediği üzerinde durulmuştur.

Araştırmanın III. basamağında depresif bozukluğu olan 22 kız ergen ile kontrol grubundaki 25 kız ergen, PDF ile premenstrüel sendrom şiddeti ve DRSP ile premenstrüel sendrom varlığı yönünden karşılaştırılmıştır. Depresif bozukluk grubundaki 22 kız ergenin %9.1’i “değişiklik yok”, %9.1’i “hafif”, %40.9’u “orta”, %40.9’u “ağır” şiddette premenstrüel dalgalanma bildirmiştir. Depresif bozukluğu olanlar daha çok “orta” ve “ağır” şiddette premenstrüel sendrom grubunda yoğunlaşmıştır. Kontrol grubundaki 25 kız ergenin %8’i “değişiklik yok”, %68.0’ı “hafif” şiddette, %8.0’ı “orta” şiddette, %8.0’ı “ağır” şiddette olmak üzere premenstrüel dalgalanma bildirmiştir. Depresif bozukluğu olmayan grupta adet öncesi belirtiler daha çok “hafif” şiddet grubunda yoğunlaşmıştır. İki grup arasında premenstrüel belirti şiddeti açasından anlamlı farklılık orta ve ağır şiddetteki belirtilerin depresif bozukluk grubunda daha yüksek olmasından kaynaklanmıştır.

Günlük izlem formu ile III basamakta izlenen depresif bozukluğu olan 22 kız ergen ile kontrol grubundaki 25 kız ergeni ICD-10’ tanı ölçütlerine göre premenstrüel sendrom “Var” ya da “Yok” şeklindeki tanıları karşılaştırılmıştır. Depresif bozukluğu olan 22 kızın 9’u (%40.9) ve kontrol grubundaki 25 kızın 7’si (%28) premenstrüel sendrom “var” olarak tanı almıştır. PMS varlığına göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Burada dikkatimizi çeken, aynı hasta ve kontrol grubu PMS tanısı açısından iki farklı ölçekle değerlendirildiğinde gruplar arasında farklı sonuçlara ulaşılmış olmasıdır. Günlük Kayıt Çizelgesine (DRSP) göre iki grup arasında PMS varlığı açısından anlamlı fark görülmezken, aynı grubun Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) ile değerlendirilmesinde iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu nedenle PMS tanısı koyma açısından iki ölçek arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Hasta grubunda PDF ile konulan PMS tanısı ile DRSP'ye dayanarak konulan PMS tanısı arasında pozitif bir ilişki olmasına karşın bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($r=0.361$, $p=0.099$). Kontrol grubunda da, PDF ile konulan PMS tanısı ile DRSP'ye dayanarak konulan PMS tanısı arasında pozitif bir ilişki olmasına karşın bu ilişkinin de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($r=0.307$, $p=0.136$). Elde ettiğimiz sonuç, "Kız ergenlerde, ileriye dönük değerlendirme ile konulan PMS tanısı geriye dönük değerlendirme ile koyulan premenstrüel dalgalanma tanısını desteklenmektedir" varsayımımızı doğrulamamıştır.

Bu sonuçlarla depresyon tanılı bireylerde premenstrüel semptomların varlığını ve şiddetini belirlemek için geriye dönük ölçeklerin uygun olmayacağı iddia edilebilir. Özellikle ergenlik döneminde kimlik bocalaması, duygulanımda hızlı değişiklikler ve cinsel kimliğe ait değerlerin benimsenmesi ile ilgili sorunlar olduğu da düşünülürse geriye dönük olarak adet öncesine ait duygulanım ve davranış değişimlerini tanımlamak daha da güçleşmektedir. Depresyonu olan bireylerde premenstrüel duygulanım dalgalanmalarını ve sağlıklı genç kızlardan premenstrüel sendrom klinik özelliklerini belirlemek için adet öncesi değişimlerin günlük ileriye dönük ölçeklerle değerlendirilmesi daha yararlı olacaktır. Özellikle depresif bozukluğu olan ergenlerde premenstrüel sendrom tanısı koyarken geriye dönük ölçeklerin güvenilir olmadığı düşünülmüştür. Kesin yargıda bulunabilmek için çok sayıda örneklemin olduğu gruplarda karşılaştırma yapılmalıdır. Bu gruplarda iki ölçeğin kullanılmasıyla birlikte, dikkatli klinik görüşmelerle de tanının doğrulanmasına gereksinim vardır.

DRSP ile izlemin yapıldığı 22 hasta ve 25 kontrol grubundaki kız ergenlerin hiçbiri DSM-IV'te tanımlanan premenstrüel disforik bozukluk (PMDB) tanısını almamıştır. Depresif bozukluğu olan hasta grubunda günlük kayıt çizelgesinde (DRSP) işlevselliğin değerlendirildiği maddeler ile PMDB tanısı dışlanmıştır.

DSM-IV'e göre PMDB diyebilmek için öncelikle adet öncesi dönemde bozulmuş bulunan işlevselliğin, adet sonrası dönemde düzelmesi beklenmektedir. Ancak depresif bozukluğu olan grupta, işlevsellik hem adet öncesi hem de adet sonrası dönemde bozulmuş olduğu için PMDB tanısı dışlanmıştır.

Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB), çok daha yaygın olan Premenstrüel Sendrom (PMS)'dan ileriye dönük günlük ölçümler ve DSM-IV' e göre tanı ölçütleri kullanılarak ayırt edilebilir. PMS'un PMDB'dan en önemli farkı tanı koymada minimum sayıda bulgu varlığının yeterli olmasıdır. Ayrıca PMS tanısı koymak için, belirtilerin işlevsellikte bozulmaya yol açması zorunluluğu aranmamaktadır.

PMS'un PMDB'dan farkları şöyledir,

- 1- PMS tanısını koymak için ICD –10 kullanılır.
- 2- PMDB'da sağlık hizmeti verenler daha çok psikiyatrist ve diğer ruh sağlığı çalışanları iken, premenstrüel sendromda sağlık hizmeti verenler kadın doğum uzmanları ve pratisyen hekimlerdir.
- 3- PMDB için 11 belirtiden en az 5'i bulunması gerekirken, PMS için 8 belirtiden en az 1 tane bulunması yeterlidir.
- 4- PMS için sosyal ya da rol işlevselliğinde fonksiyonel bozukluk bulunması gerekli değildir.
- 5- PMDB' da tanı için en az iki adet döngüsü günlük ölçümlerinin yapılması gerekirken, PMS'da tanı için belirtilerin tek bir adet döngüsünde bulunması yeterlidir (Link 2000).

Chilal (1981) tüm kadınların %25'inin 14-15 yaşlarında PMS'un bir şekli ile karşılaştığını ve bunların %5'inde belirtilerin yaşam aktivitesini değiştirecek kadar şiddetli olduğunu belirtmiştir. PMS daha çok minor duygudurum değişiklikleri, memelerde hassasiyet, şişkinlik, baş ağrısı gibi daha hafif fiziksel bulgularla seyreden bir bozukluktur. Fiziksel belirtilerle birlikte psikolojik belirtilerin veya I. II. eksen bozukluklarının premenstrüel dönemde artış göstermesi de PMS'nin önemli bir özelliğidir (Steiner,1996).

Rivera ve arkadaşlarının çalışmasında (1990), 17-29 yaş grubundaki 217 üniversiteli kadın incelenmiştir. Örneklem grubu iki ardışık adet döngüsü belirtilerini günlük olarak kaydetmiştir. Bu çalışmanın sonucunda, 217 genç yetişkinden 10'unda (%4.6) DSM-IIIR'de tanımlanan Geç Luteal Faz Disforik Bozukluğu (LLPDB) saptanmıştır. Bizim araştırma grubumuzun hiç birisinin PMDB tanısı almaması bu araştırmanın sonucuyla uyumsuzdur. Ancak bu çalışmadaki örneklem grubu yaş aralığının, bizim araştırmamızdaki örneklem grubu yaş aralığından daha büyük olması bu çalışmaya göre yorumda bulunmamızı güçleştirmektedir. Literatürde, 13-18 yaşları arasında günlük izlem formları kullanılarak PMDB tanısına bakılan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle PMDB tanısıyla ilgili sonucumuz genç yetişkinlerde yapılan çalışmanın sonuçlarıyla karşılaştırılabilmektedir. Clecher-Smith ve arkadaşlarının (1988) 13-18 yaşları arasındaki 75 kız ergenle yaptıkları araştırmada, erken ergenlik dönemindeki (13-15) kızların, geç ergenlik (15-18) döneme oranla daha az şiddette adet öncesi belirtiler gösterdikleri bulunmuştur. Bu nedenle, bizim örneklem grubumuzun yaş ortalaması, Rivera ve arkadaşlarının (1990) 17-29 yaş grubundaki genç yetişkinlerde LLPDB'ü tanısını inceleyen araştırmasındaki yaş ortalamasından küçük olduğu için daha az şiddette adet öncesi belirtiler göstermeleri literatürle uyumlu bulunmuştur. Bizim sonuçlarımızda, kız ergenlerin adet öncesi belirtileri, yukarıda verilen oranlarda PMS tanısı almalarını sağlamıştır. Ancak işlevsellikte bozulmaya neden olacak, dolayısıyla PMDB tanısı alacak kadar şiddette adet öncesi değişiklikler yaşamadıkları gösterilmiştir.

Yetişkinlerde PMDB'un yaygınlığı konusunda yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Yetişkin kadınlardaki PMDB yaygınlığı %1-7.1 arasında değişmektedir. (Gehlert 1997). Chaturverdi ve arkadaşlarının (1993) çalışmasında, 112 yetişkin kadının hiçbirisi DSM-IIIR'de tanımlanan LLPDB tanısını almamıştır. Ancak bu kadınların %8'inde şiddetli premenstrüel değişiklikler belirtilmiştir. Bizim sonuçlarımızda da, örneklem grubumuzda hiç kimse PMDB tanısı almamış olsa da, bu çalışmaların farklı yaş grubunda yapılmış olması nedeniyle karşılaştırılması uygun görülmemektedir. Kız ergenlerle, PMDB ve PMS yaygınlığı ile ilgili, çalışmaların yapılmasına gereksinim olduğu düşünülmüştür.

PMS tanısı konması için, ICD-10 tanı ölçütündeki 8 bulgudan yalnızca birinin 1 adet döngüsü bulunması yeterlidir (Link 2000). Depresif bozukluğu olanlarda, premenstrüel sendrom tanısı alan ve olmayanların foliküler ve luteal evrelerine göre adet öncesi belirti şiddeti (DRSP toplam puan) değişimleri şekil 6'da sunulmuştur.

Depresif bozukluk tanısı olanlarda, günlük izlem formu toplam puanları luteal evrede yüksek, foliküler evrede daha düşük bulunmuştur. PMS'u olanlarda olmayanlara göre adet öncesi belirtilerinin daha fazla dalgalanma gösterdiği görülmektedir. Bu sonuç bize, hem depresif bozukluğu hem de premenstrüel sendromu olanlarda luteal evrede adet öncesi belirtilerin, adet sonrasına oranla daha şiddetli yaşandığını göstermiştir. Şekil 8'de kontrol grubundaki 25 kız ergenin 2 aylık izleminde de, PMS tanısı alanların adet öncesi dönemde dalgalanma gösterdiği, PMS tanısı olmayanların ise dalgalanma göstermedikleri izlenmiştir. Hem hasta hem de kontrol grubunda PMS'u olanlarda PMS'u olmayanlara oranla adet öncesi belirtilerde dalgalanmaların bulunması şu nedenle önemli bulunmuştur; PMS tanısı tek bir belirtiyle konabildiği halde, adet öncesi belirtilerde (DRSP toplam puanın) dalgalanma, PMS tanısı alanlarda belirgin olarak görülmüştür. Premenstrüel sendrom tanısı alan ve olmayan kız ergenlerin, psikopatoloji açısından 2 yıl sonra tekrar değerlendirildiği bir çalışma yapılmıştır (Freeman 1993). Bu çalışmada iki yıl sonraki psikopatolojiye bakıldığında SCL faktörlerinde somatizasyon, obsessif-kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, paranoid fikirler ve psikotik özelliklerin PMS'u olanlarda, PMS'u olmayan normal gruba göre anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda PMS tanısı alan kız ergenlerin yetişkinlik döneminde tekrar değerlendirilmesinin gelecekteki psikopatolojiyi öngörme açısından değerli olabileceği düşünülmüştür.

Premenstrüel belirtiler için yardım aramanın sosyokültürel faktörlerle ilişkili olduğu bilinmektedir (Stout 1986). Premenstrüel sendrom, pek çok kadın tarafından doğal bir süreç olarak kabul edilerek herhangi bir yardım arama içine girilmemektedir. Ancak kadınların % 50'sinden fazlasında, yakınmalarının ergenlik döneminden itibaren başladığı bilinmektedir (Graze 1990). Tedavi edilmeyen premenstrüel sendromum özellikle duygudurum bozuklukları yönünden yüksek risk taşıdığı hem ergenlerle hem de yetişkin kadınlarla yapılan çalışmalarda (Wetzel 1975, Graze 1990, Freeman 1993, Yonkers 1997-2). gösterilmiştir.

Sonuç olarak, depresif bozukluk ve premenstrüel sendromu olan genç kızları önceden belirlemenin ve bu risk grubundaki kızları koruyucu, geliştirici programlara yönlendirmenin önemli olabileceği düşünülmüştür. Bu konuyla ilgili sağlık ve eğitim çalışanlarıyla yapılacak eğitim ve bilgilendirme çalışmaları, koruyucu ruh sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

6. SONUÇLAR

1. “Depresif bozukluk tanısıyla antidepresan sağaltımı alan ergen kızlarda adet döngüsünün geç luteal fazında (premenstrüel dönem), adet döngüsünün foliküler fazına göre depresif semptomların şiddetinde artış olur” varsayımı Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi (DRSP) ve Beck Depresyon Envanteriyle doğrulanmıştır. Luteal evre depresif belirti şiddeti foliküler evreye oranla her adet döngüsünde yüksek olarak bulunsa da bu yüksekliğin sabit ve tutarlı şekilde her adet döngüsünde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür.
2. “Depresif bozukluğu olan ergen kızlarda, adet öncesi belirti şiddeti, depresif bozukluğu olmayan kontrol grubundaki kızlarda görülen adet öncesi belirti şiddetinden daha yüksektir” varsayımı doğrulanmamıştır. Depresif bozukluğu olan kızlarda Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi (DRSP) toplam ve alt ölçek puan ortalamaları hem adet öncesi hem de adet sonrası evrede kontrol grubuna göre yüksek olarak bulunmuştur. Aynı grubu Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) ile karşılaştırdığımızda depresif bozukluğu olan gruptaki adet öncesi belirti şiddeti kontrol grubuna oranla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
3. Depresif bozukluk tanısı olan hasta ve depresif bozukluğu olmayan kontrol grubu geriye dönük olarak Premenstrüel Değerlendirme Formu ile değerlendirildiğinde şu sonuçlara ulaşılmıştır:
 - a. Yorgunluk, bunaltı ve organik mental özellikler (dikkat, konsantre olabilme) depresif bozukluğu olan 22 kız ergende, depresif bozukluğu olmayan 25 kız ergene oranla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.
 - b. Adet öncesi belirtilerden yorgunluk, atipik depresif özellikler ve bunaltının hem hasta hem de kontrol grubunda ortak adet öncesi belirti kümesini oluşturduğu gösterilmiştir.

4. Depresif bozukluğu olan kız ergenlerde, depresif belirti şiddeti (BDE puanı) arttıkça, adet öncesi belirti şiddetinin de arttığı gösterilmiştir. “Depresif bozukluk şiddeti arttıkça adet öncesi belirti şiddeti de artar” varsayımı doğrulanmıştır. Depresif bozukluk tanısı ile izlemi yapılan 22 kız ergenden 3’ü (%13.6) tedavi ve izlem sırasında özkıyım girişiminde bulunmuştur. Özkıyım girişimlerinin tümü adet döngüsünün geç luteal evresinde gerçekleşmiştir.
5. Depresif Bozukluğu olan hasta grubunda, dismenore şiddeti ile depresyon şiddeti (BDE puanı) ve adet öncesi belirti şiddeti (hem PDF hem de DRSP ile belirlenen) arasında pozitif bir ilişki olmasına rağmen bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Depresif bozukluğu olan kız ergenler tarafından ağrılı adet görme belirtileri ile adet öncesi belirtilerin birbirinden ayrı bir durum olarak ayırt edilebildiği gösterilmiştir. “Depresif bozukluğu olan ergen kızlarda, şiddetli dismenore ile adet öncesi belirti şiddeti ve depresyon şiddeti arasında doğru orantı vardır ve iki durum birbirinden ayırt edilemez” varsayımı doğrulanmamıştır.
6. **Premenstrüel Sendrom ve Premenstrüel Disforik Bozukluk.**
 - a. Adet öncesi belirtiler, Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) ile değerlendirildiğinde, depresif bozukluk tanısı olan kız ergenler daha çok “orta” ve “ağır” şiddet grubunda dağılım gösterirken, depresif bozukluğu olmayan sağlıklı kızlarda daha çok “hafif” şiddet grubunda dağılım göstermiştir. “Orta” ve “ağır” şiddetteki premenstrüel sendrom depresif bozukluk tanısı olan grupta, depresif bozukluğu olmayan kız ergenlere göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.
 - b. İleriye dönük olarak günlük belirtilerin ölçüldüğü Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi (DRSP) kullanılarak konulan premenstrüel sendrom tanısının, geriye dönük olarak belirtilerin değerlendirildiği Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) ile desteklenmediği bulunmuştur. “İleriye dönük olarak günlük belirtilerin ölçüldüğü “Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi” (DRSP) kullanılarak konulan premenstrüel sendrom tanısı, geriye dönük olarak belirtilerin değerlendirildiği Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) ile desteklenmektedir” varsayımı doğrulanmamıştır. Bu durum gençlerde belleğe dayalı olarak doldurulan formların değerlendirilmesi konusunda dikkatli olunması gerektiğini düşündürmüştür.

7. Hem depresif bozukluğu olan hem de olmayan kız ergenler DSM-IV'de tanımlanan Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB) tanısı almamıştır. Premenstrüel sendrom tanısının PMDB'a oranla daha yaygın olduğu belirlenmiştir.
8. Araştırmanın I. basamağında depresif bozukluk tanısı alan 54 kız ergenle, fiziksel ve ruhsal hastalığı olmayan 84 kız ergenin Adet Döngüsü Bilgi Formu bilgileri aşağıda özetlenmiştir:
 - a. Hasta ve kontrol grubu arasında, ortalama menarş yaşı, adet döngü süresi ve kanama süresi açısından farklılık olmadığı bulunarak, iki grubun benzer pubertea gelişim düzeyinde oldukları gösterilmiştir.
 - b. Depresif bozukluğu olan kız ergenlerde, kontrol grubundaki kız ergenlere göre dismenore şiddeti daha ağırdır.
 - c. Dismenore nedeniyle okula devamsızlık açısından hasta ve kontrol grupları arasında fark olmadığı gösterilmiştir.
 - d. Dismenore nedeniyle analjezik kullanımı depresif bozukluğu olan hasta grubunda depresif bozukluğu olmayan kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir.

8.ÖZET

Kız ergenlerde döngüsel premenstrüel mizaç dalgalanmaları “mutlu bir öğrencinin akademik çalışma ve davranışı bozulan tembel, kötü huylu, bencil bir bireye dönüşmesi” olarak bilinmektedir. Ergenlerdeki premenstrüel sendromun klinik özellikleri ve seyri hakkında sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Premenstrüel yakınmaları olan kadınlardan alınan geriye dönük bilgilere göre, yakınmalarının menarş ile 20’li yaşlar arasında başladığı gösterilmiştir. Kız ergenlerde premenstrüel sendrom yaygınlığı, kullanılan ölçeğe göre değişmekle birlikte %14-30 arasındadır.

Depresyon ile premenstrüel sendrom birlikteliği sıktır, depresyon tanılı kadın hastalarda premenstrüel yakınmalara ve depresif semptomların alevlenmesine sık rastlanmaktadır. Tedavi edilmeyen premenstrüel sendromum psikopatoloji yönünden yüksek risk taşıdığı hem ergenlerle hem de yetişkin kadınlarla yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.

Bu çalışmada, depresif bozukluk tanısıyla antidepresan tedavisi alan ve izlem altında olan kız ergenlerde duygudurum bozuklukları seyrinde etkili olduğu düşünülen adet öncesi belirtilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca depresyonu olan hasta ve depresyonu olmayan kontrol grubu arasında adet öncesi belirti dağılımı ve belirti şiddeti açısından fark olup olmadığı değerlendirilmiştir. PMS şiddetini belirleme ve tanı koymada, belleğe dayalı olarak doldurulan Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) ile günlük olarak doldurulan Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesinin (DRSP) birbirleriyle olan ilişkileri incelenmiştir. Kız ergenlerin, dismenore yakınması ile adet öncesi belirtileri birbirinden ayırt edebilmelerine ve dismenore nedeniyle okula devamsızlık ve analjezik kullanım oranlarına bakılmıştır.

Örnekleme grubu, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine 01.08.2000 ile 01.09.2001 tarihleri arasında başvuran kızlar arasından, yapılan görüşmeler sonucunda “Depresif Bozukluklar” (anksiyete bozukluğu belirtilerinin eşlik ettiği /etmediği, Majör Depresif Bozukluk ve /veya Distimik Bozukluk) tanısı alan ve antidepresan sağaltımı düzenlenen 13-18 yaşlarında en az iki yıldır düzenli adet gören kızlar arasından çalışmaya onay veren 54 kız ergen alınmıştır.

Kontrol grubu, Bornova Anadolu Kız Meslek Lisesinde öğrenim gören kız öğrenciler arasından herhangi bir fiziksel ve ruhsal hastalığı olmayan, en az 2 yıldır düzenli adet gören 13-18 yaşlarındaki 84 kız öğrenciden oluşmuştur.

Araştırmanın III. basamağında 22 depresif bozukluk tanısı olan kız ile kontrol grubunu oluşturan 25 kız ergenin Günlük Kayıt Çizelgesi (DRSP) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile izlemi yapılmıştır.

Araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

1. Depresif bozukluk tanısıyla antidepresan sağaltımı alan kız ergenlerde adet döngüsünün geç luteal fazında (premenstrüel dönem), adet döngüsünün folliküler fazına göre depresif semptomların şiddetinde artış saptanmıştır. Bu sonuç Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi (DRSP) ve Beck Depresyon Envanteriyle (BDE) gösterilmiştir.
2. Altı ay izlemi yapılan 12 kız ergenden 2'sinde her adet döngüsünün lüteal evresinde adet döngüsünün foliküler evresine göre duygudurum dalgalanması 6 ay boyunca gösterilmiştir. Yetişkin kadınlarda gösterilen, premenstrüel sendrom ile depresif bozukluk birlikteliğinin, kız ergenlerde de bir alt grup olarak bulunabileceği düşünülmüştür.
3. Depresif bozukluğu olan ergen kızlarda, adet öncesi belirti şiddeti, depresif bozukluğu olmayan kontrol grubundaki kızlarda görülen adet öncesi belirti şiddetinden daha yüksek olması, Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) ile gösterilirken, Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi (DRSP) ile gösterilememiştir. DRSP puanları, depresif bozukluğu olan kızlarda, hem adet öncesi hem de adet sonrası evrede kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. Bu yüksekliğin yalnızca adet öncesi belirtilerden kaynaklandığını söyleyebilmek için, adet sonrası dönemde bulunmaması gereklidir. Depresif bozukluk grubunda tam remisyona görülmediği için, adet öncesi belirti şiddetlenmesinin, yalnızca adet döngüsünden kaynaklanmış olabileceği söylenememiştir.

4. İleriye dönük olarak günlük belirtilerin ölçüldüğü “Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi” (DRSP) kullanılarak konulan premenstrüel sendrom tanısı, geriye dönük olarak belirtilerin değerlendirildiği Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) ile desteklenmemektedir. Bu durum gençlerde belleğe dayalı olarak doldurulan formların kullanılması konusunda dikkatli olunması gerektiğini düşündürmüştür. Depresyonu olan bireylerde premenstrüel duygulanım dalgalanmalarını ve sağlıklı genç kızlardan premenstrüel sendrom klinik özelliklerini belirlemek için adet öncesi değişikliklerin günlük olarak doldurulan, ileriye dönük ölçeklerle değerlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmüştür.
5. PDF formuna göre, adet öncesi belirtilerden yorgunluk, atipik depresif özellikler ve bunaltının görülme oranı depresif bozukluk tanısı olanlarda olmayanlara oranla daha fazla olsa da, her iki grupta da ortak adet öncesi belirti kümesini oluşturduğu gösterilmiştir.
6. Depresif bozukluk tanısıyla ilk 2 adet döngüsü izlemi yapılan kız ergenlerde, depresif belirti şiddeti (BDE puanı) arttıkça, adet öncesi belirti şiddetinin de arttığı saptanmıştır.
7. Depresif bozukluğu olan kız ergenler tarafından ağırlı adet görme belirtileri ile adet öncesi belirtilerin birbirinden ayrı bir durum olarak ayırt edilebildiği gösterilmiştir.
8. Hem depresif bozukluğu olan hem de olmayan kız ergenler, DSM-IV’de tanımlanan Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB) tanısını almamıştır. Premenstrüel sendrom tanısı hasta ve kontrol grubunda farklı dağılımda olsa da PMDB’a oranla daha yaygın olduğu gösterilmiştir.
9. Dismenore nedeniyle okula devamsızlık açısından hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
10. Dismenore nedeniyle analjezik kullanımı depresif bozukluğu olan hasta grubunda depresif bozukluğu olmayan kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak,

Depresif bozukluğun tedavi ve izlemi sırasında klinik düzelme ve alevlenmeleri değerlendirirken, fizyolojik bir durum olarak her ay tekrarlayan adet döngü evrelerini dikkate almanın önemli ve yararlı olacağı düşünülmüştür.

Kız ergenleri, adet öncesi dönemde yaşadıkları fiziksel, ruhsal ve davranışsal değişiklikler konusunda, sağlık ve eğitim kurumlarında bilgilendirmek, adet öncesi belirtileriyle ilgili yardım arama girişimlerine katkıda bulunacaktır.

Üreme dönemi boyunca kadınlara özgü duygudurum bozukluklarını yaşama riskinin yüksek olabileceği öngörülen depresif bozukluk ve premenstrüel sendromu olan genç kızları önceden belirlemenin ve bu risk grubundaki kızları koruyucu, geliştirici programlara yönlendirmenin önemli olacağı düşünülmüştür.

8. KAYNAKLAR

1. Abramson L.Y., Seligman M.E.P., Teasdale J.D., (1978), Learned helplessness in humans, critique and reformulation, *J. Abnorm. Psychol*, 87,49-74
2. Abromovitz E.S., Baker A.H., Freischer S.P., (1982), Onset of depressive psychiatric crises and the menstrual cycle, *Am. J. Psychiatry*, 139, 475 - 478
3. Adıgüzel H., (2001), Premenstrüel sendrom, riskli grubun belirlenmesi ve belirti dağılımı (epidemiyolojik alan çalışması), Uzmanlık tezi, Manisa- 2001
4. Allgood-Merten B., Lewinsohn P.M, Hops H., (1990), Sex differences and adolescent depression, *J Abnorm Psychol*, 99 (1), 55-63
5. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren: Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara-1995
6. Anderson T., Magnusson D., (1990), Biological maturation in adolescence and the development of drinking habits and alcohol abuse among young males: a prospective longitudinal study, *J. Youth.* 29,193-200
7. Angol A., Costello E.J., Wortman C.M., (1998), Puberty and depression: the roleroles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*, 28:51-61
8. Angold A., Rutter M., (1992), The effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample, *Dev. Psychopathol*, 4, 5-28
9. Angold A., Costello E.J., Worthman C.M. (1998), Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing, *Psychological Med.*, 28, 51-61
10. Belsky J., Steinberg L., Draper P., (1991), Childhood experience, interpersonal development and reproductive strategy: an evolutionary theory of socialization, *Child. Dev.*, 62, 647-671
11. Berkow R., Fletcher A.J., (1992), The merck manual of diagnosis and therapy. Sixteenth edition. Merck & co, Inc. Rahway NJ : 1791-2
12. Bird H.R., Canino G., Rubio-Stipec M.,(1988), Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico, *Arch Gen Psychiatry*, 45, 1120-1126

13. Brooks – Gunn J., Graber J.A., Paikoff R.L. (1994), Studying links between hormones and negative affect: models and measures, *J. Res. Adolesc*, 4, 469-486
14. Brooks – Gunn J., Petersen A.C., Eichorn D., (1985), The study of maturational timing effects in adolescence, *J. Youth. Adolesc*, 14, 149-161
15. Brooks-Gunn J., Warren M.P., (1989), Measuring physical status and timing in early adolescence: developmental perspective, *J. Youth. Adolesc.*, 14, 163-189
16. Carson G.A., Cashani J.H., (1988), Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies, *Am. J. Psychiatry*, 145:10
17. Chaturvedi S.K., Chandra P.S., Issac M.K., (1993), Premenstrual experiences: the four profiles and factorial patterns. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 14: 223-235
18. Chau J.P., Phil M., Chang A.M.,(1998), Relationship between premenstrual tension syndrome and anxiety in Chinese adolescents, *Journal of Adolescent Health*, 22, 247-249
19. Chihal J., (1981), Not simply “all in her head” *Consultant*, October. 197-200
20. Clecher-Smith C.S., Doughty A.S., Grossman J.A., (1998), Prevalance and severity in an adolescent sample, *Journal of Adolescent Health*, 22, 403-408
21. Cohen L.H., (1988), Life events and psychological functioning, theoretical and methodological issues, Sage Publications, Cohen L.H. (Ed.), Newbury Park CA.
22. Compas B.E., (1987), Stress and life events during childhood and adolescence, *Clin. Psycho. Rev*, 7, 275-302
23. Coppen A., Kessel N., (1963), Menstruation and personality. *Br.J Psychiatry* 109:771
24. Cramer P., (1979), Defence mechanism in adolescence, *Develop Psychol*, 15, 476-477
25. Çuhadaroğlu F., Sonuvar B., (1992), Adolesanlarda depresyon, 1992 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre Kitabı, 350-358, İzmir.
26. Dalton K.,(1979), *Once a month*. Pomona, Hunter house, 1979,72
27. Dereboy Ç., Dereboy İ.F., Yiğitol F., (1994), Premenstrüel değerlendirme formunun psikometrik verileri: Küme analitik bir çalışma, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5, 83-90

28. Derman O., Bükülmez O., (2000), Adolesanda jinekolojik sorunlar, *Katkı Pediatri Dergisi*, 21 (6), 834 – 862
29. Dilbaz N., (1992-1), Premenstruel Sendrom (PMS), *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3, 42-46
30. Emslie G.J., Rush A.J., Weinberg W.A., (1997-a), Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescent, *J. Am. Acad. Child. Adolesc Psychiatry*, 36, 785-792
31. Endicott J., (1993), The menstrual cycle and mood disorders, *Journal of Affective Disorders*, 29, 293-200
32. Eriksson E., (1999), Treatment of premenstrual dysphoria, *International Clinical Psychopharmacology*, 14 (2), 27-33
33. Eriksson E., Lisjö P., Anderson K.,(1990), Effect of clomipramin in the premenstrual syndrome, *Acta Psych Scand*, 81, 87-88
34. Feeman E.W., Sondheimer S.J., Rickels K., (1988),. Effects of medical history factors on symptom severity in women meeting criteria for premenstrual syndrome. *Obstet. Gynecol.* 72: 236-239
35. Fisher M., Trieller K. N., Napolitana B., (1989),Premenstrual symptoms in adolescents, *Journal of adolescent health care*, 10, 369-375
36. Fleming J.E., Offord D.R., (1990), Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review, *J. Am. Acad. Child. Adolesc Psychiatry*, 29, 571-580
37. Flug D., Largo R.,(1985), Symptoms related to menstruation in adolescent Swiss girls, a longitudinal study, *Ann Hum Biol.*, 12 (2), 161-168
38. Freeman E.W., Rickels K., Sondheimer S.J.,(1992), Course of premenstrual syndrome symptom severity after treatment, *Am J. Psychiatry*, 149 (4), 531-533
39. Freeman E.W., Rickels K., Sondheimer S.J., (1993), Premenstrual symptoms and dysmenorrhea in relation to emotional distress factors in adolescents. *J. Psychosom. Of Obstetrics/ Gynecology.* 14 (1993) 41-50
40. Freeman E.W., Rickels K., Sondheimer S.J.,(1993), Premenstrual symptoms and dysmenorrhea in relation to emotional distress factors in adolescents, *J. Psychosom. Of Obstetrics/ Gynecology*, 14, 41-50

41. Gehlert S., Hartlage S., (1997), A design for studying the DSM-IV research criteria of depressive disorder, *Acta Psychiatr Scand* 81, 201-209
42. Glass R.H., Kasse N.G., (1989), *Clinical gynecologic endocrinology and infertilité*, Thirth edition, Williams and Wilkins Baltimore, Maryland, s: 91-92
43. Goldsmith L.T, Weiss G., (1990), Puberta, menarş ve normal menstürasyonun klinik özellikleri. Danforth's obstetrik ve jinekoloji 6. baskı içinden (Türkçe çeviri ed: Prof.Dr. Selcuk Erez) Yüce yayınları-istanbul
44. Golub S., (1976), The magnutude of premenstrual anxiety and depression. *Psychosomatic medicine*, 38, 4-14
45. Golub S.,(1981), Premenstrual and menstrual mood changes in adolescent women, *J.Personality and Social Pscology*, 41(5), 961-965
46. Gökkurt S., (1989), Park eğitim sağlık ocağı bölgesi'inde 15-49 yaş grubu kadınlarda premenstrüel sendrom prevalansı, *Türkiye'de Psikiyatri*, 1999 (2), 123-132
47. Graber J.A., Brooks - Gunn J., Paikoff R.L., Warren M.P., (1994), Prediction of eating problems: an eight year study of adolescent girl. *Dev .Psychol.*, 30, 823-834
48. Graze K.K., Nee J., Endicott J., (1990), Premenstrual depression predicts future major depressive disorder, *Acta. Psychiatr. Scand*, 81, 201-209
49. Halbreich U., Endicott J., Nee J., (1983), Premenstrual depressive changes, *Arch Gen Psychiatry*, 40, 535-542
50. Harrison W.M., Endicott J., Nee J.,(1989), Characteristics of women seeking treatment for premenstrual syndrome, *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 30, 405-410
51. Hendrick V., Altshuler L.L., Burt V.K.,(1996), Course of psychiatric disorders across the mentruel cycle, *Harv. Rev. Psychiatry*, 4(4), 200-207
52. Hill J.,P., Lynch M.E., (1983), The intensification of gender- related role expectations durig early adolescence, Brooks- Gunn J. ve Petersen A.C. (ed.), *Girls at puberty içinde. Biological and Psychological Perspectives*. Plenum, New York.

53. Horwath E., Johnson J., Klerman K., Weissman M. (1992), Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression, *Arch Gen Psychiatry*, 49, 817-823
54. Hurt S.W., Schnurr P., (1992), Late luteal phase dysphoric disorder in 670 women evaluated for premenstrual complaints, *Am.J.Psychiatry*, 149 (4), 525-530
55. Inamder C.S., Siomopoulos G., Osborn M., (1979), Phenomenology associated with depressed moods in adolescents, *Am. J. Psychiatry*, 136, 156-159
56. Jay M.S., Durant R.H., Shoffitt T., Linder C.W., (1986), Differential responses by adolescents to naproxen sodium therapy for spasmodic and congestive dysmenorrhea. *J. Adolesc. Health Care*, 7, 395-400
57. Jolly J.B., Wiesner D.C., Wherry J.N., (1994), Gender and the comparison of self and observer ratings of anxiety and depression in adolescents, *J. Am. Acad. Child. Adolesc Psychiatry*, 33, 1284-1288
58. Jones M.C., (1965), Psychological correlates of somatic development, *Child. Dev.* 5, 899-911
59. Kaplan H.I., Sadock B.J., (1998), Contributions of the psychosocial sciences to human Behavior, *Synopsis of Psychiatry*, 171-173
60. Kashani J.H., Carlson C.A., Beck N., (1987), Depression, depressive symptoms and depressed mood among a community sample of adolescents. *Am. Acad. Child. Adolesc Psychiatry*, 144: 931-934
61. Kashani J.H., Orvaschel H., Rosenberg T.K., (1988), Psychopathology in a community sample of children and adolescents, *J. Am. Acad. Child. Adolesc Psychiatry*, 28,701-706
62. Kerr G.D., Day J.B., Munday M.R., Brush M.G., Dydrogesteron in the treatment of the premenstrual syndrome. *Practitioner*, 224,852-855
63. Kendler K.S., Karkowski L.M., Corey L.A., Neale M.C., (1998), Longitudinal Population-Based Twin Study of Retrospectively Reported Premenstrual Symptoms and Lifetime Major Depression, *Am .J. Psychiatry*, 155,1234-1240
64. Kessler R.C., Avenevoli S., Ries Merikangas K., (2001), Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective, *Biol Psychiatry*, 15; 49(12), 1002-1014

65. Kessler R.C., McLeod J.D., (1984), Sex differences in vulnerability to undesirable events, *Am. Adolesc.* 14, 149-161
66. Keye W., (1983), Premenstrual syndrome, *Proceeding of a conference on PMS and related biobehavioral disorders*, 1-10. Published by the BYU division of conferences, Provo UT
67. Kimmel S., Gonsalves L., Young D., Gidwani G., (1992), Fluctuating levels of antidepressants premenstrually, *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 113, 277- 280
68. Klein J.I., (1981), Epidemiology of adolescent dysmenorrhea, *Pediatrics*, 68:5
69. Kolarov G., Sirakov M.,(1996), The premenstrual syndrome in adolescents, *Akush. Ginekol.* 35 (4), 10-11
70. Kovacs M., (1996), Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span, *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 35, 705-715
71. Kovacs M., Goldston D., (1991), Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents, *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 30,388-392
72. Larsson B., Melin L., (1990), Depressive symptoms in Swedish adolescents. *J Abnorm Child Psychol*, 94, 298-307
73. Lazarus R.S., Folkman S., (1984), *Stress, Appraisal and Coping*. Springer, New York.
74. Lee K.A., (1992), Health and perimenstrual symptoms. *Women Health.* 19 (1), 65-78
75. Lewinsohn P.M., Hops H., Roberts R.E., Seeley J.R., Andrews J.A., (1993), Adolescent psychopathology I: prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students, *J. Abnorm. Psychol.* 102, 133-144
76. Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J.R., Baldwin C.L., (2001), Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood, *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40 (4), 427-434
77. Link W.F., (2000), Recognizing and treating premenstrual dysphoric disorder in the obstetric, gynecologic, and primary care practices, *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 9-16

78. Marshall J.C., Dalkin A.C., Haisenieder D.J., Paul S.J., Ortalano G.A., Kelch R.P., (1991), Gonadotropin - realising hormone pulses regulators of gonadotropin synthesis and ovulatory cycles. *Rec. Progr. Horm. Res.*, 47, 155-187
79. Mc Conville B.J., Boag L.C., Purohit A., (1973), Three types of childhood depression, *J Can. Psychiatr. Assoc.*, 18, 133-137
80. Mc Gee R., Feehan M., Williams S., (1990), DSM-III-R disorders in a large sample of adolescents, *J. Am. Acad. Child. Adolesc Psychiatry*, 29, 611-619
81. Newcomb M.D., Huba G.J., Bentler P.M., (1986), Desirability of various life change events among adolescents, Effects of exposure, sex, age and ethnicity, *J. Res Personal*, 20, 207-227
82. Nolen-Hoeksema S., Girgus J.S., Seligman M.E.P., (1991), Sex differences in depression and explanatory style in children, *J. Youth Adolesc.*, 20, 233-245.
83. Nummer G., Seiffge-Krenke I., (2001), Can differences in stress perception and coping explain sex differences in depressive symptoms in adolescents?, *J Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 29(2), 89-97 *ociol.Rev.*, 49,620-631
84. Ozeren S., Corakci A., Yucesoy I., Mercan R., Erhan G., (1997), Fluoxetine in the treatment of premenstrual syndrome, *Eur. J. Obst. Gynecol. Reprod. Biol.*, 73, 167-170
85. Öner N., *Türkiyede kullanılan psikolojik testler*, 3. basım, Eylül 1997, İstanbul, s:298-304
86. Özmenler K.N., Özşahin A., Karlıdere T., (1997), Adet öncesi dönemde belirti dağılımının gruplar arası karşılaştırılması, *Bahar Sempozyumları İkinci Kitabı*, 17-22
87. Paikoff R.L., Brooks-Gunn J., Warren M.P., (1991), Effects of girls' hormonal status on depressive and aggressive symptoms over the course of one year, *J. Youth. Adolesc.*, 20,191-215
88. Pearlstein T., Stone A., (1998), Premenstrual syndrome, *Psych. Clinics of North America*, 21,576-591
89. Petersen A.C., Compas B.E., Brooks-Gunn J., (1993), Depression in adolescence. *American Psychologis*, 48(2), 155-168
90. Petersen A.C., Sarigiani P.A., Kennedy R.E., (1991), Adolescent depression: Why more girls?, *J. Youth. Adolesc.*, 20, 247-271

91. Petersen A.C., Sarigiani P.A., Kennedy R.E., (1994), Adolescent depression: Why More Girls? *Journal of Youth and Adolescence*, 20.2, 247-271
92. Petersen A.C., Taylor B., (1980), The biological approach to adolescence: Biological change and psychological adaptation, Adelson J (ed.), *Handbook of adolescent Psychology*, Wiley, New York.
93. Petersen J.L., (1987), Obstetric and gynecology. Stoudemire A., Fogel B.S. (Ed.), *Principles of Medical Psychiatry*, Grune- Stratton, S: 619-622
94. Radloff L., (1975), Sex differences in depression: The effects of occupation and marital status, *Sex Roles*, 1, 249-265
95. Raja S.N., Feehan M.; Standon W., (1992), Prevalence and correlates of the premenstrual syndrome in adolescence. *J. Am Acad Child. Adolesc Psychiatry*, 31, 783-789
96. Rivera –Tovar A.D., (1990), Late luteal phase dysphoric disorder in young women. *Am J Psychiatry*, 147 (12), 403-411
97. Rupani NP, Lema VM (1993), premenstrual tension among nurses in Nairobi, *Enst. Afr. Med J*: 12, 71-80
98. Ryan N., Puig- Antich J., Ambrosini P.J., Rabinovich H., Robinson D., (1987) The clinical picture of major depression in children and adolescents, *Arch. Gen Psychiatry*, 44, 854-861
99. Sarigiani PA, Petersen AC, (1989). Perceived closeness with parents and adjustment in adolescence.
100. Schuckit M.A., Daly V., Herrman G., (1975), Premenstrual symptoms and depression in university population, *Dis. Nerv. Syst*, 37, 516 –517
101. Severino S.K., Hurt S.,(1989), Spectral analysis of cyclic symptoms in late luteal phase dysphoric disorder, *Am J Psychiatry*, 146(9), 1155-1160
102. Shaffer D., Fisher P., Piacentini J., Schwab-Stone M., Wicks J., (1989), Diagnostic interview schedule for children, (DISC – 2.I)
103. Steiner M., Steinberg S., Steward D., (1995), Fluoxetine treatment of premenstrual dysphoria., *N. Engl. J. Med.*, 333, 1529-34

104. Steiner M., Steinberg S., Stewart D., Carter D., Berger C., Reid R., (1995), Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria, *N. Engl. J. Med.*, 332, 1529-1534
105. Steiner M., Wilkins A., (1996), Diagnosis and assessment of premenstrual dysphoria, *Psychiatric Annuals*, 26 (9), 571-575
106. Stone A.B., Pearlstein T.B., Brown W.A., (1991), Fluoxetine in the treatment of late luteal phase dysphoric disorder, *J. Clin. Psychiatry.*, 52, 290-293
107. Stoppard J.M., Paislet K.J. (1987), Masculinity, femininity, life stress and depression, *Sex Roles* 16, 489-496
108. Sundblad C., Hedberg M.A., Eriksson E., (1993), Clomipramine administered during the luteal phase reduces the symptoms of premenstrual syndrome: a placebo-controlled trial, *Neuropsychopharmacology*, 9, 133-145
109. Takakura M., Sakihara S., (2000), Gender differences in the association between psychosocial factors and depressive symptoms in Japanese junior high school students, *J Epidemiol*, 10 (6), 383-391
110. Tomruk N.B., (1991). Premenstrual sendrom (PMS) (uzmanlık tezi) İstanbul.
111. Velez C.N., Johnson J., Cohen P., (1989), Longitudinal analysis of selected risk factors of childhood Psychopathology, *J. Am. Acad. Child. Adolesc Psychiatry*, 28, 861-864
112. Vicdan K, Kukner S, Dabakoğlu T, Ergin T, Keles G (1996) Demographic and epidemiologic features of female adolescents in Turkey, *J Adolesc Health*, 18, 154-58
113. Vicdan K., Kukner S., Dabakoğlu T., Ergin T., Keles G., Gökmen Ö., (1996), Demographic and epidemiologic features of female adolescents in Turkey. *J. Adolesc Health*, 18, (1), 54-58
114. Viniker David A., (1998), Üreme Tıbbına Pratik Yaklaşımlar (ed: Rainsbury P.A, Viniker DA. Çeviri: Işık A.Z, Vicdan K, Alaybeyoğlu L.), Atlas Kitapçılık-Ankara
115. Weissman M.M., Klerman G.L., (1977), Sex differences and the epidemiology of depression, *Arch. Gen. Psychiatry*, 34, 98-111
116. Wennink J.M.B., Shoemaker R., Shoemaker H., Shoemaker J., (1990), Luteinizing hormone and follicle stimulating hormone secretion patterns in girls, throughout puberty measured using highly sensitive immunoradiometric assays, *Clin. Endocrinol.*, 33, 333-344

117. Wetzel R.D., Reich T., McClune J.N., Wald J.A.,(1975), Premenstrual affective syndrome and affective disorder, *BR. Psychiatry*, 127, 219-221
118. Whethington E., McLeod J.D., Kessler R.C., (1987), The importance of life events for explaining sex differences in psychological distress, Barnett RC, Biener L, Baruch GK (ed). *Gender and Stress içinde. Free Press, New York.*
119. Whitely B.E., (1985), Sex-role orientation and psychological well-being: Two meta-analyses, *Sex Roles* 12, 207-225
120. Wikander I., Sundblad C., Andersch B., Dagnell I., Eriksson E., (1998), Citalopram in premenstrual dysphoric disorder: is intermittent treatment more effective than continuous drug administration? *J. Clin. Psychopharm.*, 18, 390-398
121. Wildholm O.,(1979), Dysmenorrhea during adolescence, *Acta. Obstet. Gynecol. Scand Suppl.* 61-87
122. Wilson C.A., Keye W.R., (1989), A survey of adolescent dysmenorrhea and premenstrual symptom frequency, *Adolesc Health Care*, 10 (4),317-322
123. Wilson C.A., Turner C.W.,(1991), Firstborn adolescent daughters and mothers with and without premenstrual syndrome, *Journal of Adolescent Health*, 12,130-137
124. Yonkers K.A.,(1997-2), Antidepressants in the treatment of premenstrual dysphoric disorder, *J.Clin Psychiatry*, 58, 4 –10
125. Yonkers K.A.,(1997-2), Antidepressants in the treatment of premenstrual dysphoric disorder, *J.Clin Psychiatry*, 58, 4 –10
126. Yonkers K.A., White K., (1992), Premenstrual exacerbation of depression: one process or two? *Journal Clin. Psychiatry*, 53, 286-292
127. Young S.A., Hurt P.H., Benedek D.M., Howard R.S., (1998), Treatment of premenstrual dysphoric disorder with sertraline during the luteal phase: a randomized, double-blind, placebo-controlled crossover trial, *J. Clin. Psychiatry.* 59, 76-80
128. Yücel B., Özkan S., (1995), Premenstrüel sendromda depresyon, anksiyete, hormon ölçümleri ve menstruasyona karşı tutumun değerlendirilmesi, *Nöropsikiyatri arşivi*, 32 (3), 128-135

EKLER

EK 1: ADET DÖNGÜSÜ BİLGİ FORMU

EK 2: PREMENSTRÜEL DEĞERLENDİRME FORMU (PDF)

EK 3: SORUN ŞİDDETİ GÜNLÜK KAYIT ÇİZELGESİ (DRSP)

EK 4: BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)

EK 5: BÜTÜNSEL KLİNİK İZLENİM (CGI)

**EK 6: DSM-IV PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİNİ
DEĞERLENDİRMEYE YÖNELİK SORUNLARIN ŞİDDETİNİ ÖLÇEN GÜNLÜK
KAYIT ÇİZELGESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

EK 7: DSM-IV PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ.

EK 8: PREMENSTRÜEL SENDROM TANI ÖLÇÜTLERİ

ADET DÖNGÜSÜ BİLGİ FORMU**Adı Soyadı:****Hasta No:****Yaşı: __****Doğum Tarihi: __/__/__****Adres:****İlk görüşme Tarihi: __/__/__****Telefon:****Adet Döngü Öyküsü:**

Menarj Yaşı : __

Kaç yıldır adet görüyor? __

Adetleri düzenli mi?: 1) Evet 2)Hayır

Adet düzeni: __ günde bir.

Adet kanaması süresi ortalama: __ gün.

Kanama miktarı: 1) Hafif.(1-2 pet/gün)

2) Orta. (2-3 pet/gün)

3) Şiddetli (3-4 pet/gün)

Geçirilmiş hastalık ve ilaç kullanım öyküsü:

Bilinen fiziksel hastalık: 1) Var 2) Yok.

(varsa açıklayınız.).....

Bilinen bir ruhsal hastalık: 1) Var 2)Yok

(varsa açıklayınız.).....

Sürekli olarak kullandığı bir ilaç: 1) Var 2) Yok

(varsa belirtiniz.).....

Dismenore (son 3 ayda):

Ağrının şiddeti: 1) Yakınma yok 2)Hafif 3) Orta 4) Şiddetli

Ağrı nedeniyle okula devamsızlık: 1) Evet 2) Hayır

Ağrı nedeniyle analjezik kullanımı: 1) Evet 2) Hayır

İlk görüşmede son adet tarihi:**İlk görüşmede tahmini adet dönemi:**

1) Folliküler evre 2) Luteal evre 3) Kanama var

İlk görüşmeden sonraki tahmini adet dönemi:

İlk adet döngüsünün 21. günü tarihi:

Adet döngülerindeki BECK Depresyon puanları:

	1. döngü		2. döngü		3. döngü		4. döngü		5. döngü		6. döngü	
Olası adet tarihi												
Kesin adet tarihi												
Bulunduğu Evre	Foliküler	lüteal	Foliküler	lüteal	Foliküler	lüteal	Foliküler	lüteal	Foliküler	lüteal	Foliküler	lüteal
BDE puanı												

Kan progesteron düzeyleri:

	1. döngü (21.günü)	2. döngü (21. gün)	3. döngü (21.gün)	4. döngü (21. gün)	5. döngü (21.gün)	6. döngü (21.gün)
Tarih						
Serum Progesteron Düzeyi						

Soy Geçmiş:

ANNE
Fiziksel hastalık: 1) Var. 2) Yok

BABA
1) Var. 2) Yok.

Ruhsal hastalık: 1) Var. 2) Yok

1) Var. 2) Yok.

Annede Menstrüel öykü: Menarj yaşı: __

Adet düzeni: 1) Düzenli. 2) Düzensiz. 3) Menapozda

Adet kanaması süresi ortalama gün: __

PMS semptomları: 1) Var. 2) Yok.

Dismenore yakınması (Son üç ayda): 1) Var. 2) Yok.

ADETÖNCESİ DEĞERLENDİRME FORMU - GEÇMİŞ DÖNEM

Bu ölçek adet öncesi dönemlerde ortaya çıkabilen değişiklikleri sorgulamaktadır. Değerlendirmeyi yaparken son üç adet öncesi dönemde kendinizde fark ettiğiniz değişiklikleri düşünün. Her bir maddede söz edilen durumun, adet öncesi dönemlerde diğer zamanlara göre ne oranda şiddetlendiğini karar verin. Değişimin şiddetini uygun sayıyı daire içine alarak belirtin.

1. Değişim yok (belirti hiçbir zaman yok ya da her zamankinden farklı değil)
2. Çok az değişim (sadece sizin tarafınızdan hafifçe fark edilmektedir, başkaları sizdeki bu değişikliğin muhtemelen farkında değildir.)
3. Hafif değişim (sizin için belirgindir ve belkide sizi iyi tanıyanlar tarafından fark edilebilmektedir.)
4. Orta şiddette değişim (siz ve sizi iyi tanıyanlar tarafından kesin olarak farkedilmektedir.)
5. Şiddetli değişimi (siz ve sizi iyi tanıyanların gözünde çok belirgindir.)
6. Aşırı değişim (değişim o kadar şiddetlidir ki, hem kendiniz sizi iyi tanımayan kişiler bile fark edebilmektedir.)

Adet Öncesi Dönemde Var Olan Değişiklikler

Değişimin Şiddeti

1. Aynı gün içinde ruhsal durumda hızlı değişimler (gülme, ağlama, kızma, mutluluk gibi).....	1	2	3	4	5	6
Enerji azlığı veya çabuk yorulmaya eğilim	1	2	3	4	5	6
Sakarlaşma	1	2	3	4	5	6
Sıkıntılı hissetme veya her zamankinden daha sıkıntılı olma	1	2	3	4	5	6
Çok fazla uyuma, sabahları yada gündüz uykularından güç uyanma	1	2	3	4	5	6
Kendini hasta hissetme (yani genel bir kötülük hali, bedensel yada ruhsal olarak rahatsızlık hissi)	1	2	3	4	5	6
Sinirli veya huzursuz hissetme	1	2	3	4	5	6
İştah kaybı	1	2	3	4	5	6
Göğüslerde acı, duyarlılık, büyüme, şişme	1	2	3	4	5	6
Baş ağrıları veya migren nöbetleri	1	2	3	4	5	6
Dikkatini toplayamama (yani dikkatin kolaylığı ve çabucak dağılması)	1	2	3	4	5	6
Kaza yapmaya yatkınlık, düşme, kesme veya istemeden birşeyleri kırma	1	2	3	4	5	6
Mide bulantısı veya kusma	1	2	3	4	5	6
Bedensel huzursuzluk, sıkıntılı davranışlarda bulunma (tedirginlik, devamlı ellerini ovuşturma, sürekli dolanma, rahat oturamama)	1	2	3	4	5	6
Güçsüzlük, dermansızlık hissi	1	2	3	4	5	6
Günlük işlerin altından kalkamama duygusu	1	2	3	4	5	6
Kendini güvensiz hissetme	1	2	3	4	5	6
Alerjik olayların alevlenmesi, nefes alma zorluğu, tıkanma duygusu, burun akıntısı	1	2	3	4	5	6
Kendini çökkün hissetme	1	2	3	4	5	6
Baş dönmesi, göz kararması, bayılma hissi, kulak çınlaması, deride uyuşukluk, karıncalanma, titreme, sersemlik hissi	1	2	3	4	5	6
Önemsiz konularda sürekli söylenme veya tartışma çıkarma	1	2	3	4	5	6
Kendine birşey yapmanın nasıl olacağını düşünme (arabayı çarpma gibi, uykuya dalıp uyanmamayı isteme, ölüm veya intiharı düşünme)	1	2	3	4	5	6
23. Konuşmak veya yerinden kıpırdamak konusunda isteksiz olma (bunları yapmak çaba gerektirir) ..	1	2	3	4	5	6

1. Değişim yok 2. Çok az değişim 3. Hafif değişim 4. Orta şiddette değişim 5. Şiddetli değişim 6. Aşırı değişim

Adet Öncesi Dönemde Var Olan Değişiklikler

Değişimin Şiddeti

4. Daha unutkan olma	1	2	3	4	5	6
Dış görünüşünden hoşnut olmama	1	2	3	4	5	6
Kişilere veya eşyalara şiddet gösterme (kasıtlı olarak birşeyler kırma, birine vurma)	1	2	3	4	5	6
Gün içerisinde uyuma veya dayanılmaz bir uyuma isteği duyma	1	2	3	4	5	6
Gerçeklikten uzaklaşma duygusu, rüyada olma, gerçek olmama gibi	1	2	3	4	5	6
Kalbin çarpıntısını veya hızlı attığını hissetme	1	2	3	4	5	6
1. Küçük şeylerden daha fazla haz alma veya heyecan duyma	1	2	3	4	5	6
Zihnini bir noktada toplamada güçlük çekme	1	2	3	4	5	6
Kendini kafası karışık ve serserim gibi hissetmek	1	2	3	4	5	6
Azalan yargılama gücü (adet öncesi dönemdeki yargıların her zaman ki kadar iyi olmadığını farketme)	1	2	3	4	5	6
Kendini pasif hissetme, kararları başkalarının vermesini sorumluluğunu yüklenmesi isteme gibi	1	2	3	4	5	6
Kendini iyi hissetme duygusunda artış	1	2	3	4	5	6
Kendini kontrol edememe	1	2	3	4	5	6
Daha çocuksu olmaya eğilim gösterme	1	2	3	4	5	6
Kendini ağlamaklı hissetme, gözü yaşlı olma veya ağlama	1	2	3	4	5	6
Daha sık idrara çıkma veya idrar miktarında artma	1	2	3	4	5	6
Kabızlık çekme	1	2	3	4	5	6
Zamanı kullanma, para harcama ve yemek konusunda kendini düşünme, kendini hoş görme	1	2	3	4	5	6
Düşünmeden ve elinde olmadan ani davranışlarda bulunma	1	2	3	4	5	6
Daha fazla sigara içme, alkol alma veya alışkanlık yapan ilaçları kullanma	1	2	3	4	5	6
Kendini baskı altında hissetme	1	2	3	4	5	6
Derisini ovuşturma, kaşıma, dişleme veya tırnak yeme gibi davranışlar	1	2	3	4	5	6
Ruhsal durumda yükselmeler, alçalmalar	1	2	3	4	5	6
Bir şeye canı sıkıldığında ortalığı telaşa verme, fevran etme	1	2	3	4	5	6
Suçluluk duyguları	1	2	3	4	5	6
Kendini bomboş hissetme	1	2	3	4	5	6
Parlamaya hazır olma veya hırçınlık	1	2	3	4	5	6
Kendini mutsuz veya üzgün hissetme	1	2	3	4	5	6
Bacaklarda yorgunluk hissi (güçsüzlük, sızı, titreme gibi)	1	2	3	4	5	6
Sırt, eklem ve kas sertliği ya da ağrıları çekmeye yatkınlık	1	2	3	4	5	6
Arkadaşlar ve aile tarafından "bugün huylu gününde" diye bilinme	1	2	3	4	5	6
Sabahleyin sinirleri ayakta uyanma ya da eski sorunları gündeme getirme ve patlama	1	2	3	4	5	6
Kindar davranışlar gösterme	1	2	3	4	5	6
Kendini yalnız hissetme	1	2	3	4	5	6
Daha seyrek idrara çıkma veya idrar miktarında azalma	1	2	3	4	5	6
Kilo alma	1	2	3	4	5	6
Hoşgörüsüz veya sabırsız olmaya eğilim gösterme, başkalarının ihtiyaçlarına cevap verme veya hatalarını anlama yeteneğini kaybetme	1	2	3	4	5	6
1. Çok konuşma eğiliminde olma	1	2	3	4	5	6

1. Değişim yok 2. Çok az değişim 3. Hafif değişim 4. Orta şiddette değişim 5. Şiddetli değişim 6. Aşırı değişim

Adet Öncesi Dönemde Var Olan Değişiklikler

Değişimin Şiddeti

62	Nispeten kalıcı olarak karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme	1	2	3	4	5	6
	Artmış cinsel ilgi veya aktivite (cinsel hayaller kurma, kendiyle veya başkalarıyla ilgili)	1	2	3	4	5	6
	Uyku sorunları	1	2	3	4	5	6
	Sabah erken uyanıp tekrar uykuya dalamama varsa işaretleyin						
	Karında ara ara ağrı veya kramplar olması	1	2	3	4	5	6
	Kendine saygıda azalma (kendinden memnun olmama veya başarısız hissetme)	1	2	3	4	5	6
	Sorunlar için başkalarını suçlama (kişisel, ev, iş, okul gibi)	1	2	3	4	5	6
	Evde veya işte artmış etkinlik, düzenlilik, yetkinlik veya başkalarıyla daha çok birlikte olma	1	2	3	4	5	6
	Hoş olmayan olaylar üzerinde kafa yorma	1	2	3	4	5	6
70	Sivilce veya çiban gibi cilt problemleri	1	2	3	4	5	6
	Ödem, şişkinlik veya vücutta "su tutulumu"	1	2	3	4	5	6
	Evde daha fazla oturma	1	2	3	4	5	6
	Daha cinsel ilgi veya aktivite (cinsel hayaller, kendiyle veya başkalarıyla ilgili)	1	2	3	4	5	6
	İnsan içine karışmaktan kaçınma eğilimi	1	2	3	4	5	6
	Kendini şiş gibi hissetme	1	2	3	4	5	6
	İş, ev veya hobilerle ilgili görevleri yerine getirmede zorluk çekme, yetersiz kalma	1	2	3	4	5	6
	Adet öncesi değişikliklerden dolayı çalışırken zaman kaybetme	1	2	3	4	5	6
	Yalnız kalmayı isteme	1	2	3	4	5	6
	İlham ve yaratıcılıkta azalma hissetme	1	2	3	4	5	6
80	Özel bazı yiyecekleri ısrarla arama (tatlılar, hamur işi, çikolata, turşu gibi)	1	2	3	4	5	6
	İştahta artış veya daha fazla yemeğe eğilim	1	2	3	4	5	6
	Sabahları-kendini daha kötü hissetme	1	2	3	4	5	6
	Nasıl görüldüğüne daha az dikkat etme	1	2	3	4	5	6
	Üşüme ve / veya ısı değişimlerine daha fazla duyarlı olma	1	2	3	4	5	6
	Enerji patlaması veya kendini daha fazla enerjik hissetme	1	2	3	4	5	6
	Reddedilmeye karşı daha duyarlı olma veya katlanamama	1	2	3	4	5	6
	Kendini daha sevgi dolu hissetme	1	2	3	4	5	6
	Basit konularda veya daha sık olarak başkalarına akıl danışma eğilimi	1	2	3	4	5	6
	Karamsar görünme	1	2	3	4	5	6
90	Kahve, çay veya kafeinli soğuk içecekleri (kola gibi) daha fazla içme	1	2	3	4	5	6
	Cinsel ilişki sırasında acı veya rahatsızlık hissetme	1	2	3	4	5	6
	Daha az evişi yapma (temizlik, çamaşır gibi)	1	2	3	4	5	6
	Boş zaman faaliyetlerine daha az zaman ayırma (hobiler, TV, okuma)	1	2	3	4	5	6
	"Ateş basması" veya soğuk algınlığı görünümü, ishal, kendiliğinden olan çürükler, varis damarları, hemoroid, uyuşukluk, çınlama, sara nöbeti, cildin güneşe duyarlı olması (Hangisinin olduğunu belirtiniz)	1	2	3	4	5	6
95	Göz problemlerinde artış veya görüntüde değişimler (arpacık, kızarıklık, sulanma, dumanlı görme, yanma, işığa duyarlılık gibi)	1	2	3	4	5	6

BECK ENVANTERİ
SORU FORMU

İsim :

Cinsiyeti :

Doğum tarihi :

Eğitim Durumu :

YÖNERGE : Arkada, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her madde de o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, cevap kâğıdında, o madde numarasının karşısında, size uygun ifadeye tekabül eden seçeneği bulup SADECE CEVAP KAĞIDINA İŞARETLEYİNİZ.

ÖRNEK :

Soru formu :

- 1— (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(a) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm. Ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

Cevap Formu

	a	b	c	d
1—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eğer bizim için uygun ifade «a» seçeneği ise yukarıda görüldüğü gibi cevap kâğıdında «a» seçeneğinin altındaki boşluğu karalayınız.

BECK ENVANTERİ

- 1— (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Herzaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- 2— (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Gelecek konusunda umutsuzum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
- 3— (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Heskestenden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
- 4— (a) Her şeyden eskisi kadar doyum alabiliyorum (zevk alabiliyorum).
(b) Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum.
(d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
- 5— (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- 6— (a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
(b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
(c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
(d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
- 7— (a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
(b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
- 8— (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9— (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
(d) Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
- 10— (a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
(c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.

- 11— (a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
(b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
(c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
(d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
- 12— (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13— (a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
(b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
(c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14— (a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
(b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştirir değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15— (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
(c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiç çalışmıyorum.
- 16— (a) Eskisi kadar kolay ve rahat uyuya biliyorum.
(b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17— (a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
(c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
(d) Artık hiçbir şey yapamıyacak kadar yoruluyorum.
- 18— (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.
- 19— (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
- 20— (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka bir şey düşünmüyorum.
- 21— (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık, cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı.

Bütünsel Klinik İzlenim

Bütünsel izlenim şiddeti
(Son iki günü dikkate alarak.)

- /---/---
- Normal, sağlıklı.
 - Sınırdaki hasta.
 - Hafif derecede hasta.
 - Orta derecede hasta.
 - Belirgin derecede hasta.
 - Şiddetli hasta.
 - Ağır şiddette hasta.

Bütünsel izlenimde değişiklik.

- Tam iyileşme.
- Orta derecede iyileşme.
- Az derecede iyileşme.
- Değişiklik yok.
- Hafif kötüleşme.
- Orta derecede kötüleşme.
- İleri derecede kötüleşme.

Bütünsel Klinik İzlenim

Bütünsel izlenim şiddeti
(Son iki günü dikkate alarak.)

- /---/---
- Normal, sağlıklı.
 - Sınırdaki hasta.
 - Hafif derecede hasta.
 - Orta derecede hasta.
 - Belirgin derecede hasta.
 - Şiddetli hasta.
 - Ağır şiddette hasta.

Bütünsel izlenimde değişiklik.

- Tam iyileşme.
- Orta derecede iyileşme.
- Az derecede iyileşme.
- Değişiklik yok.
- Hafif kötüleşme.
- Orta derecede kötüleşme.
- İleri derecede kötüleşme.

Bütünsel Klinik İzlenim

Bütünsel izlenim şiddeti
(Son iki günü dikkate alarak.)

- /---/---
- Normal, sağlıklı.
 - Sınırdaki hasta.
 - Hafif derecede hasta.
 - Orta derecede hasta.
 - Belirgin derecede hasta.
 - Şiddetli hasta.
 - Ağır şiddette hasta.

Bütünsel izlenimde değişiklik.

- Tam iyileşme.
- Orta derecede iyileşme.
- Az derecede iyileşme.
- Değişiklik yok.
- Hafif kötüleşme.
- Orta derecede kötüleşme.
- İleri derecede kötüleşme.

Bütünsel Klinik İzlenim

Bütünsel izlenim şiddeti
(Son iki günü dikkate alarak.)

--/ /--

- Normal, sağlıklı.
- Sınırdaki hasta.
- Hafif derecede hasta.
- Orta derecede hasta.
- Belirgin derecede hasta.
- Şiddetli hasta.
- Ağır şiddette hasta.

Bütünsel izlenimde değişiklik.

- Tam iyileşme.
- Orta derecede iyileşme.
- Az derecede iyileşme.
- Değişiklik yok.
- Hafif kötüleşme.
- Orta derecede kötüleşme.
- İleri derecede kötüleşme.

Bütünsel Klinik İzlenim

Bütünsel izlenim şiddeti
(Son iki günü dikkate alarak.)

--/ /--

- Normal, sağlıklı.
- Sınırdaki hasta.
- Hafif derecede hasta.
- Orta derecede hasta.
- Belirgin derecede hasta.
- Şiddetli hasta.
- Ağır şiddette hasta.

Bütünsel izlenimde değişiklik.

- Tam iyileşme.
- Orta derecede iyileşme.
- Az derecede iyileşme.
- Değişiklik yok.
- Hafif kötüleşme.
- Orta derecede kötüleşme.
- İleri derecede kötüleşme.

Bütünsel Klinik İzlenim

Bütünsel izlenim şiddeti
(Son iki günü dikkate alarak.)

--/ /--

- Normal, sağlıklı.
- Sınırdaki hasta.
- Hafif derecede hasta.
- Orta derecede hasta.
- Belirgin derecede hasta.
- Şiddetli hasta.
- Ağır şiddette hasta.

Bütünsel izlenimde değişiklik.

- Tam iyileşme.
- Orta derecede iyileşme.
- Az derecede iyileşme.
- Değişiklik yok.
- Hafif kötüleşme.
- Orta derecede kötüleşme.
- İleri derecede kötüleşme.

EK. 6

**DSM-IV PREMENSTRUEL DİSFORİK BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİNİ
DEĞERLENDİRMEYE YÖNELİK SORUNLARIN ŞİDDETİNİ ÖLÇEN GÜNLÜK KAYIT
ÇİZELGESİ**

HASTA NO_____

İSİM_____ TARİH_____ PROTOKOL NO_____

Bu çizelge hekimin DSM-IV PMDD (PMDB) tanı ölçütlerini karşılayacağı düşünülen kişilerin günlük değerlendirmelerini gözden geçirmesine yardımcı olmak amacıyla düzenlenmiştir.

1. Kişi mid-foliküler faz sırasında (adet başlangıcını izleyen 6-10. Günler) herhangi bir belirti için 3'ten (hafif) daha fazla bir ortalama günlük değerlendirme skoruna sahip midir, yani sürmekte olan bir bozukluk belirtisi var mıdır?

Bazı hekimler şişman hastalar için iştah açılmasını (8a), bebekli veya çocuğu hasta olan annelerde olduğu gibi makul gerekçelere bağlı uykusuzluğu (9a) ya da fiziksel hastalığa bağlı sancıyı (yani 11c ve 11d) da katarlar. Hasta için durumun bu olup olmadığını belirtin.

Eğer mid folliküler fazda hafif şiddetten fazla belirtileri varsa (ve "makul" görülmezlerse) ölçütleri karşılamaz - DURUN

Eğer mid folliküler fazda "makul" belirtiler varsa veya temelde belirtisiz ise 2. Basamağa geçin.

2. Kişi adetten önceki hafta süresince en az 2 gün süreyle (1) depresyon, (2) anksiyete, (3) affektif labilite yada (4) kızgınlık- huzursuzluk maddelerinden bir ya da daha fazlasında en az 4 (orta) skoru almış mıdır?

Depresyon ___ 1a ___ 1b ___ 1c ___ HAYIR ise ölçütleri karşılamıyor, DURUN

Anksiyete ___ 2 ___ EVET ise 3'e geçin

Labilite ___ 3a ___ 3b ___

Öfke ___ 4a ___ 4b ___

3. Kişi adetten önceki hafta süresince en az 2 gün süreyle (1a' dan 11'd ye kadar) sıralanan belirtilerin en az BEŞ tanesinde en az 4 (orta) düzeyinde bir skora sahip midir?

___ Eğer HAYIR ise, ölçütleri karşılamaz - DURUN

___ Eğer EVET ise belirti yoğunluğu yeterli - 4'e geçin

4. Kişi adetten önceki hafta süresince en az 2 gün süreyle üç bozulma maddesinin en az birinden 4 (orta) düzeyinde bir skora sahip midir?

İş, okul, ev, günlük rutin ___

Eğer HAYIR ise bozukluk ölçütünü karşılamıyor - DURUN

Hobiler, sosyal faaliyetler ___

Eğer EVET ise bozukluk ölçütünü karşılıyor - 5'e geçin

Başkaları ile ilişkiler ___

5. Klinik yargınız günlük kayıtlar temelinde yapılan değerlendirmeye uygun mu (yani hasta değerlendirilen siklus boyunca PMDD ölçütlerini karşılıyor mu)?

_____ Eğer HAYIR ise neden(ler)ini belirtiniz

_____ Eğer EVET ise bunun ölçütleri karşılayan birinci mi yoksa ikinci siklus mu olduğunu kaydedin.

_____ BİRİNCİ SIKLUS

_____ İKİNCİ SIKLUS

Hekim



EK. 7

DSM-IV' de Tanımlanan Premenstrüel Disforik Bozukluk için Araştırma Ölçütleri;

A. Son yıl içinde çoğu adet döngüsünde, luteal evrenin son haftası sırasında, zamanın büyük bir bölümünde belirtilerden en az bir tanesi aşağıdaki ilk dört maddeden biri olmak üzere, aşağıdaki belirtilerin beşi (veya daha fazlası) bulunmuştur, foliküler evrenin başlangıcından sonra birkaç gün içinde bu belirtiler düzelmeye başlamıştır ve menstruasyondan sonraki haftada kaybolmuştur.

1. Belirgin olarak depresif duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da değersizlik düşünceleri.
2. Belirgin anksiyete, gerilim, "coşkulu" ya da "sınırdan" olma duyguları.
3. Duygulanımda belirgin değişkenlik (örn: kendini aniden üzgün ya da ağlamaklı hissetme ya da ağlamaklı hissetme ya da reddedilmeye duyarlılıkta artma).
4. Sürekli ve belirgin öfke, iritabilite ya da kişilerarası çatışmalarda artma.
5. Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma (örn: iş, okul, arkadaşlar, hobiler).
6. Öznel olarak dikkati yoğunlaştırmada zorluk.
7. Uyuşukluk, kolay yorulma ya da belirgin enerji yitimi.
8. İştahta belirgin değişiklik, aşırı yeme ya da belirli gıdalara aşırma.
9. Aşırı uyku ya da uykusuzluk.
10. Öznel olarak bunalma ya da denetimden çıkma duygusu.
11. Memelerde gerginlik ya da şişkinlik, baş ağrıları, eklem ya da kas ağrıları, "şişkinlik" duygusu, kilo alma gibi diğer fiziksel belirtiler.

B. Bu bozukluk belirgin olarak iş ya da okulu ya da olağan toplumsal etkinlikleri ve diğer insanlarla ilişkileri engeller. (Örneğin, toplumsal etkinliklerden kaçınma, okul veya işte üretkenlikte ve etkinlikte azalma).

C. Bu bozukluk sadece Majör Depresif Bozukluk, Panik Bozukluk, Distimik Bozukluk ya da Kişilik Bozukluğu gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.

D. A, B, C ölçütleri en az iki ardışık belirtili döngüde ileriye dönük günlük ölçümlerle desteklenmelidir (tanı, bu saptamadan önce geçici olarak konabilir).

Premenstrüel Sendrom İçin Tanı Ölçütleri

- A- Premenstrüel Disforik Bozukluk için DSM-IV kriterlerinin değil, ancak Premenstrüel Sendrom için ICD-10 kriterlerinin karşılanmış olması.
- B- Semptomların yalnızca luteal fazda ortaya çıkıp, adet öncesi kısa bir pik yapıp ya adet kanaması sırasında ya da hemen sonrasında kaybolması.
- C- Aşağıdaki semptomlardan bir ya da daha fazlasının bulunması.
- Orta derecede psikolojik huzursuzluk.
 - Şişkinlik ve kilo artışı.
 - Memelerde hassasiyet.
 - El ve ayakların terlemesi.
 - Konsantrasyon güçlüğü.
 - Uyku bozuklukları.
 - İştah değişiklikleri.