



ARAŞTIRMA / RESEARCH

Premenstrual disforik bozukluk tanılı hastaların kişilik özellikleri, anksiyete duyarlılığı, anksiyete ve depresyon seviyeleri

Personality characteristics, anxiety sensitivity, anxiety and depression levels of patients with premenstrual dysphoric disorder

Sevler Yıldız¹, Aslı Kazgan Kılıçaslan², Osman Kurt³, Kerim Uğur⁴, Murad Atmaca⁵

¹Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Kliniği, Erzincan, Turkey

²Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Yozgat, Turkey

³Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı, Adıyaman, Turkey

⁴Malatya Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Kliniği, Malatya, Turkey

⁵Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Kliniği, Elazığ, Turkey

Cukurova Medical Journal 2021;46(4):1360-1368

Abstract

Purpose: The aim of this study was to evaluate the personality traits, anxiety sensitivity, anxiety and depression levels of patients with Premenstrual dysphoric disorder (PMDD).

Materials and Methods: Forty PMDD patients with no psychiatric treatment history and 40 healthy women with similar sociodemographic characteristics and no history of systemic or psychiatric disease were included in the study. Anxiety-Sensitivity-Index-3 (ASI-3), Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), and the Eysenck Personality Questionnaire-Revised Abbreviated (EPQR-S) were administered to all participants.

Results: The patient group's EPQR-S neuroticism, psychoticism, lying subscales and total scores were significantly higher than the control group's scores. The ASI-3 physical, cognitive, social sub-dimensions and total score of the patient group were found to be significantly higher than the control group's score. The BDI and BAI scale scores of the patient group were found to be significantly higher than the scores of the control group.

Conclusion: In women with high anxiety sensitivity, psychotic and neurotic personality traits, this may affect the development of PMDD or the course of the disease.

Keywords: Premenstrual dysphoric disorder, anxiety, depression, anxiety sensitivity, personality traits

Öz

Amaç: Bu çalışmada Premenstrual disforik bozukluk (PMDB), tanılı hastaların kişilik özelliklerini, anksiyete duyarlılığını, anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirmeyi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, PMDB tanısı olan ve psikiyatrik tedavi öyküsü olmayan 40 hasta ve yine hasta grubuyla benzer sosyodemografik özelliklere sahip sistemik ve psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan 40 sağlıklı kadın dahil edildi. Tüm katılımcılara Anksiyete-Duyarlılık-İndeksi-3 (ADI-3), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi-Kısaltılmış Formu (EKA-GGK) uygulandı.

Bulgular: Hasta grubunun EKA-GGK nörotisizm, psikotizm, yalan alt ölçekleri ve toplam puanı kontrol grubunun puanından yüksek saptandı. Hasta grubunun ADI-3 fiziksel, bilişsel, sosyal alt boyutları ve toplam puanı kontrol grubunun puanından yüksek olarak saptandı. PMDB tanılı hastaların BDÖ ile BAÖ ölçek puanı kontrol grubunun puanından yüksek bulundu.

Sonuç: Anksiyete duyarlılığı yüksek olan, psikotizm ve nevrotik kişilik özelliklerine sahip kadınlarda bu durum PMDB gelişimini ya da hastalığın seyrini etkileyebilir.

Anahtar kelimeler: Premenstrual disforik bozukluk, anksiyete, depresyon, anksiyete duyarlılığı, kişilik özellikleri

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Kerim Uğur, Malatya Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Kliniği, Malatya, Turkey E mail: premirek@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 01.08.2021 Kabul tarihi/Accepted: 10.09.2021 Çevrimiçi yayın/Published online: 17.09.2021

GİRİŞ

Premenstrüel disforik bozukluk (PMDB), menstruasyondan yaklaşık bir hafta önce uyku-iştah değişimleri, şişkinlik, huzursuzluk, sinirlilik, artan duygusal düşünceler, ağrı, depresif semptomlar şeklinde semptomları olan bir hastalıktır¹⁻³. Bu hastalık ICD10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)'da premenstrual sendrom, DSM-IV (Statistical Manual of Mental Disorders)'de premenstrual disforik bozukluk olarak isimlendirilmiştir. Son olarak 2013 yılında DSM-5' te PMDB olarak duygudurum bozuklukları sınıflandırmasında yer almıştır⁴⁻⁶. Kişiyi PMDB tanısı koyabilmek için en az 2 ardışık menstrual siklusta, DSM-5'te belirtilen belirgin duygusal karmaşa, aşırı sinirlilik hali, memelerde şişlik, iştah değişikliği vs şeklinde bedensel ve psikolojik değişikliklerin bulunduğu 11 belirtiden en az 5 tanesinin bulunması bunun yanında işlevsellikte bozulmaya neden olması gerekmektedir⁶. PMDB' nin psikolojik etkilerinin sosyal, mesleki ve aile hayatını olumsuz etkileyebildiği bilinmektedir^{7,8}. Ayrıca depresif bozukluk gibi psikiyatrik hastalıkların adet siklusunun premenstrüel döneminde şiddetlendiği gösterilmiştir^{9,10}. Danacı ve arkadaşları hastalarda anksiyete ve depresyon semptomları şiddetini adet öncesi dönemde sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek olduğunu bildirmiştir¹¹.

Kişilik, bireyin çevresine uyumunu sağlayan ilgi, davranış, tutum, zekâ gibi özelliklerden oluşan diğer insanlardan ayırt edici, tutarlı özellikler olarak tanımlanmıştır¹² ve Eysenck tarafından sınıflandırılmıştır. Nörotizmin; kaygı, öz güven eksikliği, depresyon ve kaygılı davranışlara neden olduğunu; dışa dönüklüğün dürtüsellik, kontrolsüz duygular, sosyal olmak kişilik özellikleri göstermekle ilişkili olduğu savunmuştur. Psikotizmin ise mesafeli ve sosyal ilişkilerde soğukluğa neden olduğunu söylemiştir¹³. Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber nörotizm kişilik yapısının, premenstrüel disforik bozukluk için risk faktörü olabileceği belirtilmektedir¹⁴. Berlin ve arkadaşları¹⁵ PMDB tanılı kadınlarda, histrionik, obsesif-kompulsif, ve bağımlı kişilik özelliklerinin, Courtet ve arkadaşları ise dürtüsel ve agresif kişilik örüntülerinin görülebildiğini göstermiştir¹⁶. Bazı kişilik özelliklerinin, bireyleri psikosomatik hastalıklara daha yatkın hale getirdiği düşünülmektedir. Bu ilişki nevroitik kişilik özelliklerine sahip kişilerde daha yaygın olabilmektedir. Yüksek nevroitik düzeyine sahip

bireyler tedirgin, endişeli ve duygusal olma eğilimindedir. Hızlı bir öfkeye sahip olabilmekte ve duygusal olaylar karşısında normale dönmekte zorlanabilmektedirler. Bu kişilerde fiziksel bozukluklar ve psikiyatrik belirtiler daha sık görülmektedir¹⁷.

Anksiyete duyarlılığı; anksiyete ile ilgili duyuların fiziksel, sosyal ve bilişsel sonuçlarına yönelik aşırı korku duyma hali¹⁸ olup öfke, suçluluk gibi negatif kavramlarla ilişkili olduğu bilinmektedir¹⁹. Bu duyarlılığın sadece anksiyete ve belirtilerinden korkmaktan ziyade, daha genel olarak “beden duyularına odaklanma” ve “sağlık ile ilgili kaygılar” ile ilişkilendirilmiştir²⁰. Anksiyete duyarlılığının duygusal yeme davranışı ve inatçı ağrı bozuklukları ilişkili olduğu gösterilmiş olup bu durumun nevroitiklik özellikleri ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Anksiyete duyarlılığının depresyon ve anksiyete bozukluklarının gelişimi ile ilişkili olduğu bilinmektedir²¹⁻²³.

Sahraian ve arkadaşları nevroitiklik, dışadönüklük ile premenstrüel semptomlarının şiddetinin ilişkili olduğunu göstermiştir²⁴. Ayrıca anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişilerin adet öncesi dönemde premenstrüel semptomları daha fazla yaşadığı bilinmektedir²⁵. Hipotezimiz PMDB tanılı hastalarda subklinik düzeyde anksiyete ve depresyon bulgularının olabileceği, kişilik özellikleri ve anksiyete duyarlılığının PMDB hastalığının ortaya çıkmasında etkili olabileceği şeklindedir. Elde edeceğimiz verilerin bu hastalığın kinik seyrini anlamamıza yardımcı olacağını, PMDB tedavisinde bilişsel davranışçı terapi, ilaçlar vs şeklinde psikiyatrik yönünün şekillenmesine katkıda bulunabileceğini düşünmekteyiz.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma için Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.03.2021 tarih ve E-97132852-050.01.04-30032 sayılı etik kurul onayı alındı ve tüm aşamalar Helsinki Bildirgesi'ne uyularak yürütüldü. Çalışmaya 30.03.2021-15.07.2021 tarihleri arasında adet dönemlerine yakın dönemlerde gerginlik, huzursuzluk, mutsuzluk, şişkinlik, iştah değişikliği, uyku düzensizliği, ağrı vs şikayetleri ile Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimlerine başvuran ve burada değerlendirilme yapıldıktan sonra psikiyatri polikliniğine yönlendirilen, DSM-5' e göre PMDB tanısı olan 50 hasta dahil edildi. Çalışmada yapılan güç

analizine göre % 95 güven aralığında ve % 80 güçle en az 38 vaka ve 38 kontrol grubu olmak üzere toplam 76 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir²⁶. Çalışmaya sorulan sorulara cevap veremeyecek durumda işitme, görme ve konuşma engeli olan, halen anksiyete bozukluğu tanısı olan, son 6 ay içerisinde psikiyatrik tedavi öyküsü ve nörolojik hastalık öyküsü olan, işitme ve konuşma engeli olan, alkol ve madde kullanım öyküsü olan kişiler dahil edilmedi. Psikiyatrist tarafından hasta görüşme odasında görüşme yapıldı. Katılımcılardan 4 kişi sonradan çalışmaya katılmayı kabul etmedi, 6 kişi ise kullanılan ölçekleri eksik doldurduğundan çalışmadan çıkartıldı. Hasta grubumuz 40 kadın hastadan oluşturuldu. Kontrol grubu olarak daha önce psikiyatrik tedavi görmemiş, sistemik hastalık öyküsü olmayan 48 gönüllü sağlıklı hastane çalışanı alındı. Kontrol grubu belirlenirken katılımcılara DSM-5' in PMDB tanı kriterlere yapılandırılmış şekilde soruldu ve 5 kişi PMDB olabileceği için, 3 kişi ise kullanılan ölçekleri eksik doldurduğundan çalışmadan çıkartıldı. Görüşmeler psikiyatri polikliniğinde süresi en az 30 dakika olmak üzere DSM-5' e göre yapılandırılmış şekilde yapıldı. Değerlendirme öncesi hasta ve kontrol grubundan yazılı onam alındıktan sonra tüm katılımcılara tarafımızca hazırlanmış Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Anksiyete-Duyarlılık İndeksi-3 (ADİ-3), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi-Kısaltılmış Formu (EKA-GGK) uygulandı.

Ölçekler

Sosyodemografik ve klinik veri formu

Çalışmanın yürütücüleri tarafından hazırlanmış yaş, medeni durum, çalışma ve ekonomik durum, eğitim düzeyi, sigara öyküsü, psikiyatrik geçmişi, ek psikiyatrik hastalığı gibi kişisel tanımlayıcı bilgileri içeren yapılandırılmış bir formdur.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Yetişkinlerde depresyon semptomlarının seviyesini ölçmek üzere 1961'de geliştirilmiştir²⁷. 21 maddelik değerlendirme ölçeğidir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Kesme puanının 17 olarak kabul edildiği bildirilmiştir. Likert tipi ölçek olup, sorular katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Alınan toplam puana göre 0-9 hiç yok/minimal depresyon, 10-18 hafif düzeyde depresyon, 19-29 orta düzeyde depresyon, 30-63 major depresyon olarak

değerlendirilmektedir²⁸. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .88 olarak bulunmuştur.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından hazırlanmış bir ölçektir. Geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Kesme puanı 17 olarak belirlenmiş ve likert tipi ölçektir. Sorular katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. 8-15 puan hafif düzeyde anksiyete, 16-25 puan orta düzeyde anksiyete, 26-63 puan şiddetli düzeyde anksiyete olarak değerlendirilmektedir^{29,30}. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .90 bulunmuştur.

Anksiyete Duyarlılık İndeksi-3 (ADİ-3)

Bu ölçeği Taylor ve arkadaşları geliştirilmiştir. Ölçeğin sosyal, fiziksel ve bilişsel alt boyutları olup toplam 18 maddeden oluşmaktadır³¹. Likert tipi ölçek olup, sorular katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış olup kesme puanı hesaplanmamıştır ve yüksek puanlar artmış anksiyete duyarlılığını göstermektedir³². Bizim çalışmamızda Cronbach alfa değerleri; fiziksel, sosyal ve bilişsel alt boyutlar için sırasıyla 0.87, 0.80, 0.86 ve tüm ölçek için 0.91 olarak saptanmıştır.

Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi-Kısaltılmış Formu (EKA-GGK)

24 sorudan oluşan bu ölçekte katılımcıların sorulara Hayır (0)- Evet (1) şeklinde cevap vermeleri istenmektedir. Karancı ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ancak kesme puanı hesaplanmamıştır Sorular katılımcılar tarafından doldurulmakta ve ölçekteki 3, 5, 7, 10, 15, 16, 17, 19, 20, 22. maddelerde ters puanlama yapılmaktadır. Her bir boyutta toplam 6 madde yer almakta ve her bir boyuttan alınabilecek en yüksek puan, altıdır^{33,34}. Bu ölçek ile kişiliğin nörotisizm, psikotizm, dışadönüklük ve yalan boyutlarının her biri altı madde ile ölçülmektedir. Cronbach alfa katsayısı dışa dönüklük, nörotisizm, psikotisizm ve yalan boyutları için sırasıyla 0.75; 0.62; 0.40; 0.62 ve test-tekrar test tutarlılığı ise yine sırasıyla 0.82; 0.80; 0.70 ve 0.69 olarak tespit edilmiştir.

İstatistiksel analiz

Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n,% değerleri, sürekli verilerde ise ortalama±standart sapma,

Ortanca (IQR:Interquartile Range) değerleri ile gösterilmiştir. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi (Pearson Chi-kare) uygulanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uymayan değişkenlerin iki grup arasındaki karşılaştırmasında Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde normal dağılım göstermeyenlerde Spearman korelasyon testinden yararlanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Örneklem grubu 40 PMDB tanılı hasta, 40 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 80 kadından oluşturuldu. Hasta grubunun yaş ortalaması $30,8\pm 7,4$

olarak kontrol grubunun ise $31,0\pm 6,6$ olarak hesaplanmıştır ve gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,701$). Hasta grubunun lise ve üstü mezun olma oranı (%87,5) kontrol grubunun oranından (%65) anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,018$). Hasta grubunun düşük ekonomik düzeye sahip olma oranı (%2,5), kontrol grubunun düşük ekonomik düzeye sahip olma oranından (%30) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Hasta grubunun ek psikiyatrik hastalığı olma oranı (%62,5) kontrol grubunun oranından (%0) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Hasta grubunun daha önce psikiyatrik tedavi alma oranı (%50,0) kontrol grubunun oranından (%20,0) anlamlı şekilde yüksek tespit edilmiştir ($p=0,005$). Hasta ve kontrol grubu arasında medeni durum ($p=0,175$), yerleşim yeri ($p=0,239$), çalışma durumu ($p=0,260$) ve sigara kullanma durumu ($p=0,264$) açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması

	Hasta		Kontrol		P	
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş, Ortanca (IQR)	30,5 (25,5-35,5)		32,5 (25,5-36)		0,701*	
Medeni durum	Bekar	14	35,0	20	50,0	0,175**
	Evli	26	65,0	20	50,0	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	5	12,5	14	35,0	0,018**
	Lise ve üstü	35	87,5	26	65,0	
Yerleşim yeri	Köy/Kasaba	9	22,5	5	12,5	0,239**
	Şehir	31	77,5	35	87,5	
Ekonomik durumu	Düşük	1	2,5	12	30,0	<0,001**
	Orta	38	95,0	24	60,0	
	Yüksek	1	2,5	4	10,0	
Çalışma durumu	Çalışıyor	20	50,0	15	37,5	0,260**
	Çalışmıyor	20	50,0	25	62,5	
Ek psikiyatrik hastalık	Evet	25	62,5	0	,0	<0,001**
	Hayır	15	37,5	40	100,0	
Daha önce psikiyatrik tedavi öyküsü	Evet	20	50,0	8	20,0	0,005**
	Hayır	20	50,0	32	80,0	
Sigara	Evet	10	25,0	6	15,0	0,264**
	Hayır	30	75,0	34	85,0	

*Mann Whitney U testi ** Kikare analizi yapılmıştır. ; Ort±ss= Ortalama±standart sapma, % = yüzde

Hasta grubunun EKA-GGK nörotisizm ($p<0,001$), psikotizm ($p<0,001$), yalan ($p<0,001$) alt boyutları ve toplam puanı kontrol grubunun puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Hasta grubun ADİ-3 alt boyutları ve toplam puanı kontrol grubunun puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Hasta grubunun BDÖ ile BAÖ ölçek puanı kontrol grubunun puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

Hasta grubunda yapılan korelasyon analizine göre EKA-GGK -dışa dönüklük ile EKA-GGK -toplam puanı arasında pozitif yönde, EKA-GGK -dışa dönüklük ile BDÖ arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. EKA-GGK -nörotisizm ile EKA-GGK -toplam puanı, ADİ-3-fiziksel ve ADİ-3-toplam puanı arasında pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır. EKA-GGK -psikotizm ile EKA-GGK -toplam puanı, BDÖ ve BAÖ arasında pozitif yönde

bir ilişki tespit edilmiştir. EKA-GGK -yalan ile EKA-GGK -toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. EKA-GGK -toplam puanı ile ADİ-3-fiziksel ve BDÖ arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. ADİ-3-fiziksel ile ADİ-3-sosyal, ADİ-3-toplam puanı ve BAÖ arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. ADİ-3-bilişsel ile ADİ-3-sosyal, ADİ-3-toplam puanı ve BDÖ

arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. ADİ-3-sosyal ile ADİ-3-toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. ADİ-3-toplam puanı ile BDÖ ve BAÖ arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. BDÖ ve BAÖ arasında ise pozitif yönde anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 2. Ölçek puanlarının hasta ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması

	Hasta	Kontrol	P
	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	
EKA-GGK -dışa dönüklük	4,0 (3,0-5,0)	3,0 (2,0-4,0)	0,018*
EKA-GGK --nörotisizm	6,0 (5,0-6,0)	3,0 (0,5-4,0)	<0,001*
EKA-GGK --psikotizm	3,0 (2,0-5,0)	1,5 (1,0-2,0)	<0,001*
EKA-GGK -yalan söyleme	3,0 (2,0-4,0)	1,0 (0,0-2,0)	<0,001*
EKA-GGK --toplam	15,0 (13,5-17,0)	8,0 (6,5-10,0)	<0,001*
ADİ-3-fiziksel	19,5 (16,0-21,0)	6,0 (4,0-10,0)	<0,001*
ADİ-3-bilişsel	20,0 (18,0-23,5)	6,0 (4,0-6,0)	<0,001*
ADİ-3-sosyal	15,0 (12,5-17,5)	4,0 (3,0-6,0)	<0,001*
ADİ-3-toplam	54,5 (49,0-62,0)	17,0 (12,5-19,5)	<0,001*
BDÖ	18,0 (14,0-21,5)	5,0 (3,0-8,0)	<0,001*
BAÖ	25,0 (20,0-28,0)	5,0 (4,0-7,5)	<0,001*

*Mann Whitney U testi yapılmıştır. IQR: Interquartile Range *p<0,05; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği ; AÖ: Beck Anksiyete Ölçeği; ADİ-3: Anksiyete duyarlılık indeksi-3; EKA-GGK: Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi-Kısaltılmış Formu

Tablo 3. Hasta grubunun çalışmada kullanılan ölçek toplam ve alt puanlarının korelasyonu (r)

	Yaş										
EKA-GGK -dışa dönüklük	-0,052										
EKA-GGK -nörotisizm	-0,149	0,229									
EKA-GGK -psikotizm	-0,044	-0,268	0,191								
EKA-GGK -yalan	-0,304	-0,110	-0,274	0,056							
EKA-GGK -total	-0,272	0,348*	0,418**	0,615**	0,425**						
ADİ-3-fiziksel	0,044	0,219	0,346*	0,244	-0,133	0,374*					
ADİ-3-bilişsel	-0,260	-0,184	0,216	0,157	-0,017	0,052	0,243				
ADİ-3-sosyal	0,130	-0,109	0,116	0,103	0,014	0,031	0,344*	0,323*			
ADİ-3-total	-0,031	0,001	0,348*	0,246	-0,054	0,248	0,695**	0,697**	0,761**		
BDÖ	-0,136	-0,350*	0,222	0,523**	0,142	0,329*	0,179	0,501**	0,310	0,451**	
BAÖ	-0,141	-0,016	0,213	0,334*	-0,180	0,199	0,368*	0,303	0,300	0,430**	0,453**

*p<0,05, **p<0,01; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği; ADİ-3: Anksiyete duyarlılık indeksi-3; EKA-GGK: Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi-Kısaltılmış Formu

TARTIŞMA

Bu çalışmada elde ettiğimiz en önemli sonuç PMDB tanılı hastaların kişilik özelliklerinin psikotizm alt boyutu nedeniyle agresif, çevrelerine karşı duysuz oldukları; nörotisizm alt boyutu nedeniyle girişken, empatik davrandıkları ve yalan alt boyutuyla kendilerini daha olumlu yansıtmaya özelliğinde olmalarıdır. Bir diğer önemli sonuç ise hastaların anksiyete duyarlılığının yüksek, anksiyete ve depresyon seviyelerinin fazla olmasıdır. Psikiyatrik bulguların eşlik ettiği³⁵ tinnitus hastalarında yapılan bir çalışmada kaygı düzeyi, kaygı duyarlılığı ve nevroitiklik düzeyi arttıkça semptomların arttığı gösterilmiştir³⁶. Bu durum PMDB tanılı hastalardaki ruhsal durumun klinik belirtiler ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

İspanya'da yapılan bir çalışma nevroitik kişilik özelliklerine sahip kişilerde PMDB sıklığının daha yüksek olduğunu göstermiştir³⁷. Yine Taylor ve arkadaşları yüksek nevroitik seviyeleri ile PMDB arasında pozitif korelasyon olduğunu tespit etmiş³⁸ ancak başka bir çalışmada ise PMDB ile nevroitiklik arasında negatif korelasyon saptanmıştır³⁹. Biz de literatürdeki çoğu çalışma gibi kadınların nörotisizm puanının kontrol grubundan anlamlı seviyede yüksek olduğunu saptadık. Bu durum PMDB tanılı kişilerin daha girişken ve empatik tutumlar sergilediğini göstermektedir.

Stout ve arkadaşları yaptıkları kişilik analizinde PMDB tanılı kadınların % 5 inde psikotik özellikler tespit etmişir⁴⁰. Üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada da bizim çalışmamızda olduğu gibi PMDB tanısı ile psikotizm arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir⁴¹. Bu açıdan bulgularımız diğer çalışmalar ile benzerdir. Literatürü destekler şekilde PMDB tanısı olan kişilerin psikotizm alt boyutu nedeniyle daha gergin ve çevrelerine karşı duysuz tutumları olduklarını söyleyebiliriz.

Biz PMDB tanılı kadınların, sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla yalan söylemeyi tercih ettiklerini gözlemledik. EKA-GGK'daki yalan alt boyutu, ölçekteki sorulara ne ölçüde yanıltıcı olmayan cevap verildiğini belirlemek amacıyla ile geliştirilmiştir³³. Toplum normlarına göre yanlış olduğu bilindiği halde bazen çoğu kimsenin başvurabileceği yalan söyleme davranışı sosyal kabul görme konusundaki istekliliği de yansıtabilmektedir³⁴. Bu durum PMDB'li kadınların sosyal istenirlik düşüncesinin yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişilerin adet dönemindeki belirtileri daha yoğun yaşadığı bilinmektedir⁴². 63 kadın ile yapılan bir çalışmada premenstrual belirtileri şiddetli yaşayan kadınların anksiyete duyarlılığının yüksek olduğu tespit edilmiştir⁴³. Başka bir çalışmada anksiyete duyarlılığı yüksek olan kadınların bedensel duyumlarına normalden fazla odaklandıklarını göstermiştir⁴⁴. Sigmon ve arkadaşları da 478 kadın hasta ile yaptıkları bir çalışmada premenstrüel stres bulgularını yoğun yaşayan kadınların anksiyete duyarlılığının yüksek olduğunu göstermiştir⁴⁵. Biz de PMDB tanılı hastaların anksiyete duyarlılığının yüksek olduğunu tespit ettik.

Çalışmamızda hasta grubun anksiyete ve depresyon seviyelerinin kontrol grubundan daha yüksek olduğunu gözlemledik. Backstrom, tarafından yapılan bir çalışmada allopregnanolon hormonunun PMDB üzerinde önemli rol oynadığı ve bu hormondaki düzensizliklerin GABA düzeyini düşürdüğü ve bunun sonucunda da bireylerde depresyon ve anksiyete semptomlarının görüldüğü sonucuna ulaşmıştır⁴⁶. Lane ve Francis'in de araştırmalarında PMDB ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki olduğunu tespit etmişir⁴⁷, bu açıdan diğer çalışmalar ile bulgularımız örtüşmektedir.

Depresyon dönemlerinde girişken olup, sosyal aktivitelere katılma, şaka yapma şeklinde dışa dönüklük belirtilerinin azaldığı bilinmektedir⁴⁸. Biz de hasta grubunda depresif belirtiler arttıkça dışa dönüklüğün azaldığını gözlemledik. PMDB tanılı bireylerde nörotisizm arttıkça anksiyete duyarlılığı artmaktaydı. Hong nörotisizm özellikleri baskın olan kişilerin günlük olaylara karşı anksiyete duyarlılığının yüksek olduğunu söylemiştir⁴⁹. Anksiyete duyarlılığı fiziksel alt boyutunun artması hasta grupta depresif belirtilerle ilişkili olduğu görülmektedir.

Hasta grupta anksiyete duyarlılığı fiziksel ve sosyal alt boyutu puanlarının artması anksiyete belirtilerini arttığını göstermektedir, anksiyöz kişilerde anksiyete duyarlılığının yüksek olduğu bilinmektedir⁵⁰. Yine PMDB tanılı bireylerde anksiyete duyarlılığı arttıkça depresyon ve anksiyete puanlarının yükseldiğini, anksiyete ve depresyon seviyelerinin birbiriyle ilişkili olduğunu saptadık. Ayrıca bu hastalığı yaşayan kadınların psikoterapiden fayda gördüğü metanaliz çalışmalarında gösterilmiştir⁵¹. Bulgularımız bu açıdan literatürü destekler niteliktedir.

Araştırmaya dahil ettiğimiz PMDB tanılı kadınların yaş ortalaması $30,8 \pm 7,4$ dü. PMDB olgularının %44'ünün 24-28 yaş grubunda, %4'ünün ise 39 yaş ve

üzere grupta olduğu bilinmektedir⁵². Stres ve travma öyküsünün PMDB gelişiminde risk faktörü olduğu bilinmektedir⁵³. Çalışmamızda hem kişinin beyanı hem de incelenen tıbbi hasta kaydı neticesinde hasta grubunun geçmişte psikiyatrik tanı alma oranını yüksek olarak saptadık.

Çalışmamızın kısıtlılıkları olarak tek bir merkezde yapılması, kesitsel olması, özgeçmişte psikiyatrik tanısı olan hastaların dahil edilmesi, gruplar arası eğitim seviyesinin farklı olması ve PMDB tanılı hastaların semptom şiddetinin değerlendirilmemiş olmasıdır. Çalışmamızın güçlü yönü hayat kalitesini etkileyebilen bir hastalık olan PMDB tanısı için daha önce anksiyete duyarlılığı, kişilik özellikleri, anksiyete ve depresyon seviyelerinin birlikte değerlendirildiği çalışmanın yapılmamasıdır. Yapılacak olan daha ileri çalışmalar sayesinde PMDB ve ruhsal durum ilişkisi daha iyi anlaşılacak, bu hastaların tedavisinde kadın hastalıkları ve doğum ile psikiyatri bölümlerinin multidisipliner yaklaşımı sayesinde ilaçlar ve bilişsel davranışçı terapiler sayesinde hasta kliniğine olumlu katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak PMDB tanılı bireylerin kişilik örüntülerinin hassas, anksiyete duyarlılığının fazla olduğu ve hastalık belirtilerin kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir. Bu hasta grubunda ruhsal belirtilerin tespit edilip gerekli psikososyal desteğin verilmesi, yakınmaların giderilmesine yönelik girişimlerin planlanması bakımından önemlidir.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: KU, SY; Veri toplama: KU, SY, AK; Veri analizi ve yorumlama: OK, KU, MA; Yazı taslağı: KU, SY, AK, MA; İçeriğin eleştirel incelenmesi: MA, KU, OK; Son onay ve sorumluluk: SY, AKK, OK, KU, MA; Teknik ve malzeme desteği: KU, SY, AK; Süpervizyon: MA; Fon sağlama (mevcut ise): yok.
Etik Onay: Bu çalışma için Fırat Üniversitesi Rektörlüğü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 18.03.2021 tarih ve 2021/04-52 sayılı kararı ile etik onay alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: Concept/Design : KU, SY; Data acquisition: KU, SY, AK; Data analysis and interpretation: OK, KU, MA; Drafting manuscript: KU, SY, AK, MA; Critical revision of manuscript: MA, KU, OK; Final approval and accountability: SY, AKK, OK, KU, MA; Technical or material support: KU, SY, AK; Supervision: MA; Securing funding (if available): n/a.

Ethical Approval: Ethical approval was obtained for this study from the Fırat University Rectorate Non-Interventional Research Ethics Committee with the decision dated 18.03.2021 and numbered 2021/04-52.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM5). Washington DC, American Psychiatric Association, 2013.
2. Hashim MS, Obaideen AA, Jahrami HA, Radwan H, Hamad HJ, Owais AA, et al. Premenstrual syndrome is associated with dietary and lifestyle behaviors among university students: a cross-sectional study from Sharjah, UAE. *Nutrients*. 2019;11:1939.
3. Dennerstein L, Leher P, Bäckström TC, Heinemann K. The effect of premenstrual symptoms on activities of daily life. *Fertil. Steril*. 2010;94:1059–64.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000. Köroğlu E (çeviren), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001.
5. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 1st edition. Geneva, WHO, 1992.
6. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı. Beşinci Baskı (DSM-5). Köroğlu E (Çeviri ed.), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013.
7. Pearlstein T. Treatment of premenstrual dysphoric disorder: therapeutic challenges. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2016;9:493-96.
8. Eğicioglu H, Coşar E, Kundak Z, Pektaş, M, Köken G. Premenstrüel sendromun yaşam kalitesine olan etkileri, sosyodemografik özelliklerle ilişkili mi?, *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2015;12:10-7.
9. Yonkers KA, White K. Premenstrual exacerbation of depression: one process or two? *J Clin Psychiatry*. 1992;53:286-92.
10. Hartlage SA, Brandenburg DL, Kravitz HM. Premenstrual exacerbation of depressive disorders in a community-based sample in the United States. *Psychosomatic medicine*. 2014;66:698-06.
11. Danacı AE, Taşkın EO, Koltan SO, Uyar Y. Premenstruel disforik bozuklukta semptomatolojinin adet döngüsüyle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2001;2:15-20.
12. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı, 10. Baskı, Remzi Kitapevi: İstanbul, 2002.
13. Eysenck HJ, Eysenck SB. Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior). London: Hodder & Stoughton, 1975.
14. Core EM. Birth Order: An examination of its relationship with the Big Five personality theory and trait emotional intelligence. (The Degree of Doctor). University of London, University College London (United Kingdom), Division of Psychology and Language Sciences, England, 2013.
15. Berlin RE, Raju JD, Schmidt PJ, Adams LF, Rubinow DR. Effects of the menstrual cycle on measures of personality in women with premenstrual syndrome: a preliminary study. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:337–42.

16. Courtet P, Gottesman II, Jollant F, Gould TD. The neuroscience of suicidal behaviors: what can we expect from endophenotype strategies? *Transl Psychiatry*. 2011;1:7.
17. Otani K, Suzuki A, Matsumoto Y, Shirata T. Interrelations among negative core beliefs, attachment anxiety and low self-directedness, putative central constructs of depression vulnerability in cognitive, attachment and psychobiological personality theories. *Psychiatry Res*. 2018;268:34–6.
18. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behav Ther*. 2010;41:567-74.
19. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther*. 1986;24:1-8.
20. Cox BJ, Fuentes K, Borger SC, Taylor S. Psychopathological correlates of anxiety sensitivity: Evidence from clinical interviews and self-report measures. *J Anxiety Disord*. 2001;15:317-32.
21. Janke EA, Jones E, Hopkins CM, Ruggieri M, Hruska A. Catastrophizing and anxiety sensitivity mediate the relationship between persistent pain and emotional eating. *Appetite*. 2016;103:64-71.
22. Mantar A, Yemez B, Alkin T. The validity and reliability of the Turkish version of the anxiety sensitivity index-3. *Turk Psikiyatri Derg*. 2010;21:225–34.
23. Waszczuk MA, Zavos HMS, Antonova E, Haworth CM, Plomin R, Eley TC. A multivariate twin study of trait mindfulness, depressive symptoms, and anxiety sensitivity. *Depress Anxiety*. 2015;32:254-61.
24. Sahraian A, Mehryan AZ, Khabir L, Bazrafshan A, Mani A. The Relationship between Big Five Personality Factors and Premenstrual Syndrome Severity in Child-Bearing Age Women. *ARC Journal of Psychiatry*. 2018;4:3-7.
25. Sigmon ST, Rohan KJ, Boulard NE, Dorhofer DM, Whitcomb SR. Menstrual reactivity: The role of gender-specificity, anxiety sensitivity, and somatic concerns in self-reported menstrual distress. *Sex Roles*. 2000;43:143–161
26. Adigüzel H, Taskin EO, Danaci AE. The symptomatology and prevalence of symptoms of premenstrual syndrome in Manisa, Turkey. *Turk Psikiyatri Derg*. 2007;18:215.
27. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561–71.
28. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989;7:3-13.
29. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56:893–7.
30. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: psychometric Properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly*. 1998;12:28-35.
31. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychol Assess*. 2007;19:176–88.
32. Mantar A. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi. 2008.
33. Francis LJ, Brown LB, Philipchalk R. The development of an abbreviated form of the revised Eysenck personality questionnaire (EPQR-A): Its use among students in England, Canada, the U.S.A. and Australia. *Pers Individ Differ*. 1992;13:443–9.
34. Karancı AN, Dirik G, Yorulmaz O. Reliability and validity studies of Turkish translation of Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated. *Turk Psikiyatri Derg*. 2007;18:254–61.
35. Gopinath B, McMahan CM, Rohtchina E, Karpa MJ, Mitchell P. Risk factors and impacts of incident tinnitus in older adults. *Ann Epidemiol*. 2010;20:129–35.
36. Karaaslan Ö, Kantekin Y, Hacimusalar Y, Dağistan H. Anxiety sensitivities, anxiety and depression levels, and personality traits of patients with chronic subjective tinnitus: a case-control study. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2020;24:264-9.
37. del Mar Fernández M, Regueira-Méndez C, Takkouche B. Psychological factors and premenstrual syndrome: A Spanish case-control study. *PloS one*, 2019;14:0212557.
38. Taylor RJ, Fordyce ID, Alexander DA. Relationship between personality and premenstrual symptoms: A study in five general practices. *Br J Gen Pract*. 1991;41:55-7.
39. Erenoğlu R, Sözbir ŞY. Are premenstrual syndrome and dysmenorrhea related to the personality structure of women? A descriptive relation-seeker type study. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56:979-84.
40. Stout AL, Steege JF. Psychological assessment of women seeking treatment for premenstrual syndrome. *J Psychosom Res*. 1985;29:621-9.
41. Huang D, Zhao X, Zhao M. Relationship between premenstrual syndrome and personality traits of female students in a medical college. *Chin J Health Psychol*. 2018;1:21.
42. Nillni YI, Toufexis DJ, Rohan KJ. Anxiety sensitivity, the menstrual cycle, and panic disorder: a putative neuroendocrine and psychological interaction. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:1183-91.
43. Nillni YI, Berenz EC, Pineles SL, Coffey SF, Zvolensky MJ. Anxiety sensitivity as a moderator of the association between premenstrual symptoms and posttraumatic stress disorder symptom severity. *Psychol Trauma*. 2014;6:167.
44. Sigmon ST, Fink CM, Rohan KJ, Hotovy LA. Anxiety sensitivity and menstrual cycle reactivity:

- Psychophysiological and self-report differences. *J Anxiety Disord.* 1996;10:393-410.
45. Sigmon ST, Schartzel JG, Hermann BA, Cassel AG, Thorpe GL. The relationship between premenstrual distress and anxiety sensitivity: The mediating role of rumination. *Journal of Rational Emotive & Cognitive-Behavior Therapy.* 2009;27:188-200.
 46. Bäckström T, Andréén L, Björn I, Johansson IM, Löfgren M. The role of progesterone and GABA in PMS/PMDD. In the *Premenstrual Syndromes* (Eds . PMS O'Brien, A Rapkin, PJ Schmidt):129-32. London, CRC Press, 2007.
 47. Lane T, Francis A. Premenstrual symptomatology, locus of control, anxiety and depression in women with normal menstrual cycles, *Arch Womens Ment Health.* 2003;6:127-38.
 48. Ekinci O, Ekinci A. Major duygudurum bozukluklarında kişiliğin üç boyutlu değerlendirilmesi ve klinik özelliklerle ilişkisi. *Noro Psikiyatrs Ars.* 2013;50:15-22.
 49. Hong RY. Neuroticism, anxiety sensitivity thoughts, and anxiety symptomatology: Insights from an experience-sampling approach. *Cognit Ther Res.* 2010;34:254-62.
 50. Mantar A, Yemez B, Alkın T. Anksiyete duyarlılığı ve psikiyatrik bozukluklardaki yeri. *Türk Psikiyatri Derg.* 2011;22:187-93.
 51. Kleinstäuber M, Witthöft M, Hiller W. Cognitive-behavioral and pharmacological interventions for premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis. *J Clin Psychol Med Settings.* 2012;19:308-19.
 52. Demir B, Algül LY, Güvendağ-Güven ES. Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Turk J Obstet Gynecol.* 2006;3:262-70.
 53. Işgın K, Büyüktüncel Z. Premenstrual sendromda beslenme yaklaşımı, *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi.* 2017;74:249-60.