

# Premenstrüel disforik bozukluğu olan hastaların sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeylerinin ve fonksiyonel olmayan tutumlarının incelenmesi

*Evaluation of dysfunctional attitudes, distress and discomfort tolerance levels in patients with premenstruel dysphoric disorder*

Gamze Erzin<sup>1</sup>, Oğuzhan Kılınçel<sup>2</sup>, Şenol Bayram<sup>3</sup>, Osman Hasan Tahsin Kılıç<sup>4</sup>, Vahap Ozan Kotan<sup>5</sup>, Güven Özkaya<sup>6</sup>, Erol Göka<sup>7</sup>, Kadir Özdel<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Uzm. Dr., <sup>8</sup>Doç. Dr., Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye

<https://orcid.org/0000-0001-8002-5053> <https://orcid.org/0000-0002-3712-9444>

<sup>2</sup>Uzm. Dr., Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Sakarya, Türkiye <https://orcid.org/0000-0003-2988-4631>

<sup>3</sup>Uzm.Dr., Ankara Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-9111-9936>

<sup>4</sup>Uzm.Dr., İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-7070-6808>

<sup>5</sup>Uzm.Dr., Uppsala Üniversite Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uppsala, İsveç <https://orcid.org/0000-0003-0798-4850>

<sup>6</sup>Doç.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye <https://orcid.org/0000-0003-0297-846X>

<sup>7</sup>Prof.Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-7066-2817>

## ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma makalesinde premenstrüel disforik bozukluğun sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeylerine olan olası etkilerini ve bu bireylerdeki fonksiyonel olmayan tutumları araştırdık. **Yöntem:** Çalışmamızda toplam 218 kişi ile görüşme yapıldı. Adet Öncesi Belirtileri Tarama Gereci (AÖBTG)'ne göre PMDB olabilecek kişiler 8 hafta boyunca izlendi ve 31 kişi PMDB tanısı aldı. Bu kişiler ile yaş ve vücut kitle indeksi (VKİ) olarak eşleşen, AÖBTG'ye göre eşik altı belirtilerine sahip olanlar ve PMDB'a sahip olmayanlar çalışmamıza dahil edildi. Her bir örnek için Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ), Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği (RDÖ), Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği- kısa formu (FOTÖ-kf) dolduruldu. **Bulgular:** Sıkıntıya Dayanma Ölçeği'nin öz yeterlilik alt puanları; PMDB olmayan grupta, PMDB olan grupta ve eşik altı belirtilere sahip olan gruptakilere göre daha yüksek bulundu. FOTÖ-kf'nun toplam puanı PMDB olanlarda, PMDB olmayan ve eşik belirtilere sahip olan gruptakilere göre daha yüksek saptandı. PMDB olanlarda RDÖ'nin rahatsızlıktan kaçınma alt puanı, PMDB olmayanlara ve eşik altı belirtilere sahip olanlara göre daha yüksek saptandı. **Sonuç:** Sonuç olarak PMDB'ü olan kadınlar, rahatsızlıktan kaçınma davranışlarını en aza indiren ve premenstrüel sendromun olumsuz bedensel duyuları ile baş etmelerini kolaylaştıracak ve bu bedensel ve ruhsal olan rahatsız edici duyulara yönelik fonksiyonel olmayan tutumların gelişmesini önleyen koruyucu tedavi modalitelerinden yararlanabilirler.

**Anahtar Sözcükler:** Premenstrüel disforik bozukluk, rahatsızlığa dayanma, sıkıntıya dayanma, fonksiyonel olmayan tutumlar

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2020;23:248-255)

DOI: 10.5505/kpd.2020.09216

## SUMMARY

**Objective:** In this research article, we investigated the possible effects of premenstrual dysphoric disorder on distress and discomfort tolerance levels as well as dysfunctional attitudes on individuals with this disorder. **Method:** In our study, 218 people were interviewed in total. People who could possibly have PMDD according to Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) were monitored for 8 weeks and 31 people were diagnosed with PMDD. People without PMDD and having under threshold symptoms for PMDD according to PSST who have matching age and BMI were also included in the study. Distress Tolerance Scale (DTS), Discomfort Intolerance Scale (DIS), Dysfunctional Attitude Scale-short forms (DAS-sf) were filled for each sample. **Results:** DTS self-efficacy scores were found to be higher in group without PMDD than the groups with PMDD and having under threshold symptoms. DAS-total score was found to be higher in group with PMDD than the groups without PMDD group and having under threshold symptoms group. Discomfort avoidance subscale score of distress tolerance scale was found to be higher compared to participants without PMDD and participants having below threshold symptoms. **Discussion:** Women with PMDD may benefit from preventive treatment modalities that minimize discomfort and avoidance behaviours and facilitate their coping with negative bodily sensations of premenstrual syndrome and prevent the development of dysfunctional attitudes toward these bodily and mental disturbing sensations.

**Key Words:** Premenstrual dysphoric disorder, discomfort tolerance, distress tolerance, dysfunctional attitudes

## GİRİŞ

Premenstruel sendrom kadınlarda menstruel döngünün geç luteal döneminde memelerde şişkinlik, kırgınlık, baş ağrısı gibi fiziksel, depresif duygudurum, iritabilite, gerginlik gibi ruhsal belirtilerle kendini gösteren bir tablodur (1). Tarihçesi oldukça yenidir. 1953'te Greene ve Dalton tarafından kadınlardaki bu belirtilerin bir kısmı premenstruel sendrom olarak adlandırılmış, DSM'ye de 'geç luteal faz disforik bozukluk' olarak girmiştir (2).

Premenstrüel disforik bozukluk (PMDB), etiolojisi tam olarak anlaşılamayan, biyolojik-hormonal teorilerle açıklanmaya çalışılan ve biyopsikososyal yaklaşımla ele alınan psikiyatrik bir durumdur. Bu nedenle günümüzde premenstruel sendromun etiolojisini anlamaya ve tedavi modaliteleri geliştirmeye yönelik çalışmalarda artış mevcuttur. Bunun sebebi bu bozukluğun bir çok kadını fiziksel ve ruhsal açıdan etkilemesi, zaman zaman işgücü kaybına neden olacak derecede şiddeti artan ve işlevselliği bozan bir sağlık sorunu olmasından kaynaklanmaktadır. PMDB'nin altta yatan mekanizması henüz aydınlatılamamış olsa da önemli bir faktör olarak stresin olabileceği düşünülmektedir (3,4). Yüksek seviyedeki öznel ve nesnel stres PMDB başlangıcı için risk faktörüdür (5). Emosyonel düzenlemedeki yetersizlik de risk faktörlerinden biri olarak düşünülmektedir (6). Tedaviye yönelik ise; özellikle premenstrüel semptomların tedavisinde gevşeme, stres yönetimi ve fiziksel semptomların değerlendirmesini içeren protokollerin oldukça etkili olduğu saptanmıştır (7).

Premenstrüel disforik bozukluk, Ruhsal Bozuklukların Tanı ve Sayımsal Elkitabı 5'e göre (DSM-5) duygudurum bozuklukları sınıflandırmasında yer almıştır. Yapılan çalışmalar PMDB tanısı konan kadınlarda major depresyonun yaşam boyu yaygınlığının %70, gelişme riskinin ise PMDB olmayan kadınlara göre 14 kat artmış olduğunu saptamışlardır (8). PMDB'un hem duygudurum bozuklukları sınıflandırmasında yer alması hem depresyon ile ciddi oranda birliktelik göstermesi PMDB'ye sahip kişilerde rahatsızlığa ve sıkıntıya toleransta diğer duygudurum

bozukluklarında özellikle depresyonda olduğu gibi bozulma olabileceğini akla getirmektedir (9).

Daha önce yapılan çalışmalarda sıkıntıya toleranssızlık ile ilgili yapıların depresyon, endişe, olumlu-olumsuz duygular ve genel belirti düzeyi ile beklenmedik yönde anlamlı ve güçlü ilişki gösterdiğini saptanmıştır (10). Sıkıntı toleransı, genellikle, olumsuz fiziksel duyumlar veya olumsuz etkili uyarıcılar gibi negatif etkili durumlara dayanmak için algılanan veya gerçekte olan bir beceri olarak tanımlanır (11). Çeşitli psikopatolojik modeller çeşitli bozuklukların sürmesinde ve gelişmesinde sıkıntı toleransının etkisinin olduğunu vurgulamışlardır (12). Sıkıntıya toleranstaki bozulmanın çok sayıda psikopatoloji durumları için bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir. Bunlar duygudurum ve anksiyete bozukluğu, madde kullanımı ve kişilik bozukluklarıdır (13-16). Rahatsızlığa dayanma ise sıkıntıya dayanmanın daha spesifik formudur. Daha çok ağrı benzeri ve bedeninin otonomik reaksiyonları hakkındadır (17). Literatüre göre rahatsızlığa dayanma depresyon ile ilişkilidir (17). Yapılan çalışmalar duygudurum bozukluklarından birine (özellikle depresyona sahip olanlardaki gibi) sahip olanlarda fonksiyonel olmayan tutumların daha fazla oranda görülebileceğini düşündürmektedir (18).

PMDB'un hastane çalışanlarında yaygınlığı %10.9 olarak saptanmıştır. Bu denli sık görülen psikiyatrik bir bozukluk olmasına rağmen hem etiyojije yönelik hem de bozukluğun yönetimine yönelik çalışma sayısı oldukça azdır (19). PMDB'a sahip olan bireylerdeki sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma kapasitesinin değerlendirilmesi, fonksiyonel olmayan tutumların düzeyinin incelenmesi bu bozukluğun yönetimi açısından son derece önemlidir. Bu çalışma bozukluğun yönetimine yönelik literatüre katkıda bulunması amacıyla planlanmıştır. Daha önceki çalışmalarda depresyon ile ilişkisi gösterilmiş olan bu üç ölçek PMDB ile de ilişkili olabileceği hipotezi ile bu çalışmada birlikte kullanılmıştır.

Araştırmamızın hipotezi, PMDB'a sahip olan gruplarda, rahatsızlığa ve sıkıntıya dayanma düzeylerinin PMDB olmayan gruplara göre daha düşük, fonksiyonel olmayan tutumların ise daha yüksek

olduğu şeklindedir.

Bu çalışmanın amacı; premenstrüel disforik bozukluğa sahip olan, olmayan ve eşik altı belirtilere sahip olan kadınlar arasında rahatsızlığa dayanma düzeyleri, sıkıntıya dayanma düzeylerinde ve fonksiyonel olmayan tutumlara sahip olmaları açısından anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmektir.

## YÖNTEM

### Katılımcılar

Örneklem, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çeşitli kliniklerde çalışan, çalışmaya katılımı kabul eden 18-45 yaş arasındaki kadınlardan oluşmaktadır. Çalışma örneği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı (DSM-5) doğrultusunda görüşme yapılan 218 katılımcıdan oluşmuştur. DSM-5 tabanlı görüşme (SCID I ve SCID II) bu konuda deneyimli iki psikiyatrist tarafından yapılmıştır. Aynı zamanda Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu SCID-II yoluyla ve klinik görüşme sonrasında ek psiki-yatrik bozukluğa sahip olmayanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın örneklemini doktorlar, stajyerler, hemşireler ve fizyoterapistler dâhil hastane çalışanlarından oluşmaktadır.

İlk olarak sosyodemografik veri formu her bir katılımcı için doldurulmuştur. Her bir katılımcının boy ve kilo ölçümü yapılarak vücut kitle indeksi hesaplanmıştır. Adet Öncesi Belirtileri Tarama Gereci (AÖBTG)'nde puanı PMDB'ye uyanlar ve DSM -5'ye göre PMDB tanı kriterlerini karşılayanlar 2 aylık izleme alınmış ve her bir olgudan iki ay boyunca PMDB için Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi doldurmaları istenmiştir. Bu çizelgeyi dolduran ve bu çizelgeye göre PMDB tanısı alan 31 kişi ile, AÖBTG'nden eşik altı puan alan fakat PMDB tanısı almayan ve AÖBTG'ne göre PMDB olmayanlar arasından yaş ve vücut kitle indeksi (VKİ) eşleştirmesi yapılmış ve her katılımcı Sıkıntıya Dayanma Ölçeği, Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısa Formu ile değerlendirilmiştir.

Çalışmaya, 18-45 yaş arasında, düzenli menstruas-yon periyodu olan (25-45 gün arasında) 95 kadın katıldı. Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu alındı. Çalışmamız için etik kurul onayı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Çalışmaya katılanlar üç gruba ayrıldı. Grup 1: PMDB'u olan kadınlardan (n=31), Grup 2: Premenstrüel Sendromu olan (Ancak DSM-5 PMDB tanı ölçütlerini karşılamayan) (n=32) Grup 3: Minimal semptomu olan veya hiç premenstrüel semptomu olmayan kadınlardan (n=32) oluşmaktadır.

Zeka geriliği, demans ve diğer organik mental bozukluklardan birine sahip olmak, gebe olmak, aktif psikopatolojiye sahip olmak, psikiyatrik bir bozukluğa sahip olmak, oral kontraseptif ve/veya psikostimülan kullanmak dışlama kriterleri olarak belirlenmiştir.

### Değerlendirme Araçları

*Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ):* Bu ölçek Simon ve Gaher tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Saygın ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (13, 20). Türkçe versiyonunda; öz yeterlilik, tolerans ve regülasyon olmak üzere üç faktör mevcuttur (20).

*Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısa Formu (FOTÖ-R):* Ölçeğin orijinali, Weissman ve Beck (1978) tarafından geliştirilmiştir. Orijinalinde 40 madde vardır ve 1-7 Likert tipi puanlanır. Ölçeğin revize formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Batmaz ve Özdel (2016) tarafından yapılmıştır ve bu formda toplamda 13 madde vardır (21,22).

*Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği (RDÖ):* Bu ölçek Schmidt ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiştir. Rahatsızlığı ve ağrıyı tolere etme yeteneğiyle ve fiziksel rahatsızlıktan kaçınma derecesini kendi kendine değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 7'li likert tipi sorulardan oluşmaktadır ve cevap seçenekleri 0 (bana hiç uygun değil) ve 6 (tümüyle bana uygun) arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (23,24).

*Premenstrüel Disforik Bozuklukta Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi:* Bu ölçek semptomların ileriye dönük değerlendirilmesini sağlayan 11 maddelik bir ölçektir. Her bir belirti için 0-6 arası puanlama kullanılmaktadır. Ardışık iki döngüde, adet öncesi bir haftalık (geç luteal) dönemde en az 2 ya da daha fazla gün, en az 4 puan olarak belirtilmiş depresyon, anksiyete, affektif labilite, öfke/ iritabilitenin bulunması ve 11 maddenin en az beşinin en az iki gün boyunca ve en az 4 olarak puanlanması ve en az 2 gün süre ile işlevselliği değerlendiren 3 maddeden birinin en az 4 olarak puanlanmış olması ile PMDB tanısı konulmuştur. Ölçek Endicott ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (25).

*Adet Öncesi Belirtiler için Tarama Gereci (AÖBTG):* Ölçek Steiner ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlanması da Steiner ve arkadaşlarının çalışması temel alınmış ve premenstrüel disforik bozukluk için DSM-5 tanı ölçütleri kullanılmıştır (26-28).

### İstatistiksel Analiz

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS 23.0 programı kullanılarak yapıldı. Sürekli değişkenler için sonuçlar ortalama  $\pm$  standart sapma olarak gösterildi. Kategorik değişkenler frekans ve yüzde olarak tanımlandı. Normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile incelendi. İki den fazla grup karşılaştırılmasında sürekli değişkenlerde normal dağılıma uyanlar veriler için tek yönlü ANOVA; normal dağılıma uymayan veriler için ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Anlamli bulunan değişkenlerin ikili karşılaştırması için Bonferroni testi kullanıldı. Kategorik değişkenler Pearson'ın Ki-kare testi, Fisher'in kesin testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanılarak karşılaştırıldı. PMDB grubu ve diğer gruplar (eşik altı belirtilere sahip grup+ PMDB olmayan grup) arasında, ölçeklerin PMDB durumu ile ilişkilerini değerlendirmek için ileri lojistik regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

### BULGULAR

Gruplar arasında yaş, VKİ, meslek, medeni durum, başka bir ameliyat, aile öyküsü, uyku sorunu, egzer-

siz durumu parametreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p > 0.05$ ). Üç grup arasında menarş yaşı, düşük sayısı, ilk hamilelik yaşı açısından anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ) (Tablo 1).

Ölçeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı ( $p < 0.05$ ) (Tablo 2). Ölçeklerin ikili karşılaştırmasında ise SDÖ öz yeterlilik alt grup puanı açısından PMDB olan grup ve olmayan grup arasında ve PMDB olmayan grup ve eşik belirtilere sahip olan grup arasında anlamlı olarak farklı tespit edilmiştir (sırasıyla,  $p = 0.004$ ,  $p = 0.010$ ). SDÖ tolerans alt grup puanı açısından PMDB olan grup ve olmayan grup arasında ve PMDB olmayan grup ve eşik belirtilere sahip olan grup arasında anlamlı olarak farklı tespit edilmiştir (sırasıyla,  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ). SDÖ regülasyon alt puanı açısından PMDB olan grup ve olmayan grup arasında ve PMDB olmayan ve eşik belirtilere sahip olan grup arasında anlamlı olarak farklı tespit edilmiştir (sırasıyla,  $p = 0.002$ ,  $p = 0.010$ ).

RDÖ-rd alt grup puanı açısından PMDB olan grup ve olmayan grup arasında ve PMDB olan grup ve eşik belirtilere sahip olan grup arasında anlamlı olarak farklı tespit edilmiştir (sırasıyla,  $p = 0.001$ ,  $p < 0.001$ ). RDÖ-rk açısından PMDB olan grup ve olmayan grup arasında ve PMDB olan grup ve eşik altı belirtilere sahip grup arasında anlamlı olarak farklı tespit edilmiştir (sırasıyla,  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ). FOTÖ-kf toplam puanı açısından PMDB olan grup ve olmayan grup arasında ve PMDB olan grup ve eşik altı belirtilere sahip grup arasında anlamlı olarak farklı tespit edilmiştir (sırasıyla,  $P < 0.001$ ,  $P = 0.001$ ).

RDÖ-rd puanındaki artış odds oranı değerinin 1'den küçük (0.87) olması nedeniyle PMDB riskini düşürmektedir. RDÖ-rk puanındaki bir birimlik artış PMDB tanısı alma riskini 1.26 kat arttırırken, FOTÖ-kf puanındaki bir birimlik artış PMDB tanısı alma riskini 1.10 kat arttırmaktadır. (Tablo 3).

### TARTIŞMA

Bu alandaki birçok çalışmaya rağmen, bilgilerimize

**Tablo 1.** Gruplar arası sosyodemografik verilerin karşılaştırılması.

Değişkenler	PMDB grubu (n=31)	Eşik Altı Belirtilere sahip grup (n=32)	PMDB olmayan grup (n=32)	P
<b>Yaş</b>	30.13+6.83	27.91+7.14	28.72+7.10	0.450
<b>VKİ</b>	22.67+2.94	22.45+2.70	23.23+2.88	0.516
<b>Meslek</b>				
Hemşire	6 (%19,40)	9 (%28,10)	8 (%26,70)	
Doktor	15 (%48,40)	5 (%15,60)	7 (%23,30)	
Sekreter	5 (%16,10)	6 (%18,80)	5 (%16,70)	
Att	1 (%3,20)	2 (%6,30)	2 (%6,70)	0,386
Paramedik	0 (%0,00)	2 (%6,30)	1 (%3,30)	
Güvenlik	0 (%0,00)	0 (%0,00)	1 (%3,30)	
Psikolog	2 (%6,50)	1 (%3,10)	1 (%3,30)	
Fizyoterapist	0 (%0,00)	0 (%0,00)	1 (%3,30)	
Öğrenci	2 (%6,50)	7 (%21,90)	4 (%13,30)	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	13 (%41,90)	18 (%56,30)	18 (%56,30)	0,651
Boşanmış	3 (%9,70)	1 (%3,10)	1 (%3,10)	
Bekar	15 (%48,40)	13 (%40,60)	13 (%40,60)	
<b>Kadın doğum ameliyatı</b>	0 (%0,00)	3 (%9,40)	0 (%0,00)	0,104
<b>Başka bir ameliyat</b>	0 (%0,00)	2 (%6,30)	0 (%0,00)	0,326
<b>Alle öyküsü</b>				
Yok	24 (%77,40)	26 (%81,30)	28 (%87,50)	0,775
Anne	6 (%19,40)	5 (%15,60)	4 (%12,50)	
Baba	1 (%3,20)	1 (%3,10)	0 (%0,00)	
<b>Uyku sorunu</b>				
Yok	13 (%41,90)	15 (%46,90)	18 (%56,30)	0,755
Nadiren	15 (%48,40)	14 (%43,80)	13 (%40,60)	
Sıklıkla	3 (%9,70)	2 (%6,30)	1 (%3,10)	
Çok sık	0 (%0,00)	1 (%3,10)	0 (%0,00)	
<b>Egzersiz durumu</b>				
Evet	11 (%35,50)	6 (%18,80)	13 (%40,60)	0,145
Hayır	20 (%64,50)	26 (%81,30)	19 (%59,40)	

PMDB: Premenstrüel disforik bozukluk, VKİ: Vücut Kitle indeksi

göre bu çalışma PMDB olanlar, eşik altı belirtilere sahip olanlar ve PMDB olmayanlar arasında fonksiyonel olmayan tutumlara sahip olma, rahatsızlığa ve sıkıntıya dayanma düzeyleri açısından fark olup olmadığını değerlendiren ilk çalışmadır. Çalışmamızın sonucunda çalışmaya katılan (218) örneklemin %14,22'sinde PMDB saptanmıştır. Literatürde Fransız kadınlarla yapılan bir çalışmada bu oran %12 saptanmıştır (29). Yine bu çalışmada çalışmamız ile uyumlu olarak PMDB grubu ile PMDB olmayan grup arasında çalıştıkları işler arasında fark saptanmamıştır.

PMDB'un etiyojisi net olarak açıklanamamış olsa da serotonerjik sistemdeki disregülasyon ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Serotonin miktarında azalma agresyon, zayıf impuls kontrolü, ağrı eşliğinde düşme, konsantrasyonda düşmeye sebep olabilir (30). Bu durum da PMDB olanlarda rahatsızlığa dayanma, sıkıntıya dayanma düzeylerinde azalmaya yol açabilir ve fonksiyonel olmayan tutumlar geliştirmesine sebep olabilir.

Rahatsızlığa dayanma yalnızca ağrılı uyarana dayanabilmeyi değil, rahatsız edici bütün uyarınlara tolere edebilmeyi kapsar ve daha geniş bir duyuşsal alanla ilişkilidir (24). PMDB'de yalnızca ağrılı ya da somatik semptomların olmaması, aynı zamanda duyuşsal rahatsızlık hissi de olması rahatsızlığa dayanma düzeylerinde sağlıklı kontrol grubuna göre farklılık olabileceğini göstermektedir. Nitekim çalışmamızda PMDB grubunda rahatsızlığa dayanma düzeyleri daha düşük, rahatsızlığa katlanamama düzeyleri ise kontrollere ve eşik altı belirtilere sahip olanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Çalışmamız sonucunda rahatsızlığa katlanamamak PMDB için risk faktörü olarak görünmektedir.

Çalışmamızda yine fonksiyonel olmayan tutumların PMDB için risk faktörü olduğu saptanmış ve FOTÖ toplam puanı PMDB grubunda, PMDB olmayanlara ve eşik altı belirtilere sahip olanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Tüm bu sonuçlar bu bozukluğa sahip olan kişilerin tedavisi sırasında fonksiyonel olmayan tutumların ele alınmasının

**Tablo 2.** Ölçeklerin puanlarının gruplar arası karşılaştırılması.

	PMDB (n=31)	Eşik Altı Belirtilere sahip grup (n=32)	PMDB olmayan grup (n=32)	p
SDÖ- öz yeterlilik	9.84+2.20	9.97+1.63	11.13+1.21	<b>0.002</b>
SDÖ- tolerans	31.00+8.05	31.56+6.74	40.13+4.52	<b>&lt;0.001</b>
SDÖ- regülasyon	9.16+2.46	9.38+2.87	11.57+3.05	<b>0.001</b>
RDÖ- rahatsızlığa dayanma	7.35+4.26	13.47+5.95	12.66+4.87	<b>&lt;0.001</b>
RDÖ- rahatsızlıktan kaçınma	12.03+4.25	7.78+3.42	7.69+2.91	<b>&lt;0.001</b>
FOTÖ-kf	30.77+10.60	22.44+9.90	19.94+4.63	<b>&lt;0.001</b>

PMDB: Premenstrüel disforik bozukluk, SDÖ: sıkıntıya dayanma ölçeği, RDÖ: Rahatsızlığa Dayanma ölçeği, rd: Rahatsızlığa dayanma, rk: Rahatsızlıktan kaçınma, FOTÖ-kf: Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği- kısa formu

önem arz edebileceğinin göstergesi olabilir. Çalışmamızın sonuçları ciddi premenstrüel semptomları olan kadınların emosyon regülasyonlarında daha az yardımcı stratejiler kullandıklarını gösteren çalışmaların sonucu ile paralellik göstermektedir (31,32). Fakat bu sonuçlar premenstrüel semptom varlığının stres ve yetersiz baş etme stratejileri üretmesinin bir sonucu olabileceği göz ardı edilemez (33).

Ölçeklerin ikili karşılaştırmasında ise SDÖ öz yeterlilik, SDÖ tolerans ve SDÖ regülasyon PMDB olmayanlarda, eşik düzey belirtilere sahip olan gruba ve PMDB grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Sıkıntıyı tolere etmek; davranış ve duyguların düzenlenmesini çeşitli yönleriyle ortaya koyan üst düzey bir yapıdır (14). PMDB olmayan grupta sıkıntıya dayanma düzeylerinin ve alt gruplarının puanlarının daha yüksek çıkması, bize bu bozukluğun oluşumundaki olası mekanizmalar konusunda bilgi verebilir.

### Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri

Örneklem küçüklüğü, çalışmamızın en önemli kısıtlılığıdır. Diğer bir kısıtlılık ise örneklemin bir hastaneden alınmış olmasıdır. Genel olarak ülkemizdeki hastane ortamı, çalışma hayatının en stresli olduğu yerlerden biridir. Her ne kadar bu durum çalışma sonuçlarımızı etkilemiş olsa da üç grubun da aynı hastanede çalışıyor olması bu kısıtlılığın etkilerini azaltmıştır.

Çalışmanın güçlü yönlerinden biri kontraseptif ilaçların depresyonun şiddetini arttırdığına yönelik çalışmalar (34) göz önüne alınarak kontraseptif kullananların çalışmaya alınmamasıdır. Herhangi bir psikiyatrik duruma ya da psikiyatrik bozukluğa sahip olmak değerlendirme sonuçlarını etkileyebileceğinden yine bu tür olgular çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmamızın diğer güçlü yönlerinden biri, çalışmaya katılan tüm katılımcılara menarş yaşı, depresif şikayetlerle ilişkili olabileceği düşünülen şimdiye kadar yapmış olduğu düşükler ve ilk hamilelik yaşının sorulması ve değerlendirilmesidir (35-37). Bipolar bozukluk tanısı olan ötimik dönemdeki 126 hastanın değerlendirildiği çalışmada depresif epizod süresi toplamı ile menarş yaşı arasında negatif güçlü korelasyon saptanmıştır (38). Bu nedenle bu değişkenlerin çalışma sonuçlarını etkilememesi adına ayrıntılı sosyodemografik değerlendirme yapılmıştır.

Çalışmamızın güçlü yönlerinden bir diğeri de, Adet Öncesi Belirtileri Tarama Gereci'ne göre PMDB olabileceği düşünülen kişiler 8 hafta boyunca takip edilmiş ve PMDB tanısı kesin olarak bu şekilde konulmuştur. Prospektif olması yine çalışmamızın diğer bir güçlü yönüdür.

### SONUÇ

PMDB'nin ortaya çıkmasını yordayan faktörlerin gelecekte yapılacak uzunlamasına bir çalışma ile

**Tablo 3.** PMDB tanısı alanlar ile kullanılan ölçekler arasındaki lojistik regresyon analizi.

Parametreler	Beta (β) değeri	± Standart Hata	OR(95%CI)	p değeri
RDÖ- rd	-0,137	0,061	0.87(0.77-0.98)	<b>0,024</b>
RDÖ- rk	0,244	0,086	1.26(1.07-1.51)	<b>0,005</b>
FOTÖ-kf	0,091	0,030	1.10(1.03-1.16)	<b>0,002</b>

PMDB: Premenstrüel disforik bozukluk, SDÖ: Sıkıntıya dayanma ölçeği, RDÖ: Rahatsızlığa Dayanma ölçeği, rd: Rahatsızlığa dayanma, rk: Rahatsızlıktan kaçınma, FOTÖ-kf: Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği- kısa formu.

gösterilmesi faydalı olabilir. Çalışmamızdaki bulgular ışığında PMDB'a sahip olmak da sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanıklılığı etkilemiş, fonksiyonel olmayan tutumların gelişmesine sebep olmuş olabilir ya da bu faktörler bozukluğun oluşmasının sebeplerinden biri olabilir. Her iki durum için de bu faktörlerin PMDB tanısı almış bireylerde göz önünde bulundurulması ve ayrıntılı olarak ele

alınması önemlidir.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Gamze Erzin, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye gamze.erzin@gmail.com

## KAYNAKLAR

1. Türkçapar AF, Türkçapar MH. Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2011;14:241-253
2. Greene R, Dalton K. The premenstrual syndrome. *Br Med J* 1953;1(4818):1007– 1014.
3. Epperson, CN, Steiner M, Hartlage SA, Eriksson E, Schmidt PJ, Jones, I, Yonkers KA: Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5 *Am J Psychiatry* 2012;169:465–475.
4. Beddig T, Kuehner C. Current aspects of premenstrual dysphoric disorder-a re- view *Psychother Psychosom Med Psychol* 2017; 67: 504–513.
5. Perkonig A, Yonkers KA, Ster H, Lieb R, Wittchen HU. Risk factors for premenstrual dysphoric disorder in a community sample of young women: the role of traumatic events and post-traumatic stress disorder *J Clin Psychiatry* 2004; 65:1314–1322.
6. Eggert L, Witthöft M, Hiller W, Kleinstauber M. Emotion Regulation in Women with Premenstrual Syndrome (PMS). Explicit and Implicit Assessments. *Cognit Ther Res* 2016; 40: 747–763.
7. Hunter MS, Usher JM, Cariss M, Browne S, Jelley R, Katz M. Medical (fluoxetine) and psychological (cognitive-behavioural therapy) treatment for premenstrual dysphoric disorder A study of treatment processes. *J Psychosom Res* 2002; 53: 811–817.
8. Yonkers KA. Antidepressants in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58:4-10.
9. Ellis AJ, Vanderlind WM, Beevers CG. Enhanced Anger Reactivity and Reduced Distress Tolerance in Major Depressive Disorder. *Cogn Ther Res* 2013;37:498-509.
10. Hartlage SA, Arduino KE, Gehlet S. Premenstrual dysphoric disorder and risk for major depressive disorder: A preliminary study. *J Clin Psychol* 2001; 57:1571-1578.
11. Brown RA, Palm KM, Strong DR, Lejuez CW, Kahler CW, Zvolensky MJ, Gifford EV. Distress tolerance treatment for early-lapse smokers. Rationale, program description, and preliminary findings. *Behav Modif* 2008 ;32:302–332.
12. Zvolensky MJ, Hogan J. Distress Tolerance and its Role in Psychopathology. *Cognit Ther Res* 2013;3:419–420.
13. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motiv and Emot* 2005; 29:83-102.
14. Allan NP, Macatee RJ, Norr AM, Schmidt NB. Direct and interactive effects of distress tolerance and anxiety sensitivity on generalized anxiety and depression. *Cognit Ther Res* 2014; 38: 30–40.
15. Corstorphine E, Mountford V, Tomlinson S, Waller S, Waller G, Meyer C. Distress tolerance in the eating disorders. *Eat Behav* 2007; 8: 91–97.
16. Schmidt NB, Richey JA, Cromer KR, Buckner JD. Discomfort intolerance: evaluation of a potential risk factor for anxiety psychopathology. *Behav Ther* 2007;38: 247–55.
17. Gratz KL, Rosenthal ZM, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson JG. An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 2006; 115: 850–855.
18. Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psycho- pathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychol Bull* 2010; 136: 576–600.
19. Özeren, A., Atila, D., & Helvacı, M.. Hastane çalışanlarında premenstrüel sendrom ve depresyon ile ilişkisi. *Tepecik Eğitim Hast Derg* 2013; 23: 25-33
20. Sargin AE, Özdel K, Utku Ç. Kuru E, Alkar ÖY, Türkçapar MH. Distress Tolerance Scale: A Study of Reliability and Validity. *JCBPR*; 1(2): 152–161.
21. Weissman AN, Beck AT. Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Annual Meeting of the American Educational Research Association 1978, Toronto, Ontario
22. Batmaz S, Ozdel K. Psychometric properties of the revised and abbreviated form of the Turkish version of the dysfunctional attitude scale. *Psychol Rep* 2016;118:180-198.
23. Schmidt NB, Richey JA, Fitzpatrick KK. Discomfort intolerance: Development of a construct and measure relevant to panic disorder. *J Anxiety Disord* 2006; 20: 263–280.
24. Özdel K, Alkar ÖY, Taymur İ, Türkçapar MH, Zamkı E, Sargin AE. Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Araştırma Dergisi* 2012;1:52-58
25. Endicott J, Harrison W, Neel J. Daily record of severity of problems (DRSP): reliability and validity. *Arch Womens Ment Health* 2006;9:41-49.
26. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health* 2003;6:203–209.

27. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington VA: American Psychiatric Publishing Inc; 2013
28. Özdel K, Kervancıoğlu A, Taymur İ, Efe C, Türkçapar AF, Güriz SO, Türkçapar MH. Premenstrual Symptom Screening Tool: A Useful Tool for DSM-5 Premenstrual Dysphoric Disorder Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci DSM-5. *J Clin Anal Med* 2015;6:581-585
29. Potter J, Bouyer J, Trussell J, Moreau C. Premenstrual syndrome prevalence and fluctuation over time: results from a French population-based survey. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009;18:31-39
30. Rapkin A. A review of treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28:39-53.
31. Craner JR, Sigmon ST, Martinson AA, McGillicuddy ML. Premenstrual disorders and rumination. *J Clin Psychol* 2014; 70:32-47.
32. Petersen N, London ED, Liang L, Ghahremani D, Gerards R, Goldman L, Rapkin AJ. Emotion regulation in women with premenstrual dysphoric disorder. *Arch Womens Ment Health* 2016;19: 891-898.
33. Del Mar Fernández M, Regueira-Méndez C, Takkouche, B. Psychological factors and premenstrual syndrome: A Spanish case-control study. *PloS one*, 2019; 14(3), e0212557.
34. Bianco SM, Barancelli L, Roveda AK, Santin JC. Influencia do ciclo menstrual em episódios depressivos. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR* 2004; 8:11-17.
35. Ramirez A, Ekselius L, Ramklint M. Depression in young adult psychiatric outpatients: delimiting early onset. *Early Interv Psychiatry* 2015; 9:108-117.
36. Pedersen W. Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. *Scand J Public Health* 2008; 36:424-428.
37. Gonçalves H, Gonçalves Soares AL, Bierhals IO, Machado AKF, Fernandes MP, Hirschmann R, Da Silva TM, Wehrmeister FC, Menezes AMB. Age of sexual initiation and depression in adolescents: Data from the 1993 Pelotas (Brazil) Birth Cohort. *J Affect Disord* 2017;221: 259-266.
38. Kesebir S, Yaşan Şair B, Ünübol B, Tatlıdil Yaylacı E. Is there a relationship between age at menarche and clinical and temperamental characteristics in bipolar disorder? *Ann Clin Psychiatry* 2013;25:121-124.