

Genç Kadınlarda Premenstrüel Disforik Bozukluk Prevalansı#

İptisam İpek MÜDERRİS*, Ali Saffet GÖNÜL**, Seher SOFUOĞLU***,
Sultan TAŞCI****, Meral BAYATLI****

ÖZET

Şikayetleri için kliniğe başvurusu olmayan 18-25 yaş arasındaki 230 yükseköğretim öğrencisi kadında DSM-IV kriterlerine göre premenstrüel disforik bozukluk prevalansı %8 olarak bulundu. Teşhis, semptomların en az iki siklus boyunca kaydedilmesi ile elde edilen luteal varyasyon indeksinin %30'un üzerinde artması ile kondu. Öğrenci grubunun semptomlarının şiddeti, tedavi arayışı içinde olan ve evvelce premenstrüel disforik bozukluk teşhisi konulmuş 28-43 yaşlar arasında 13 kadından oluşan ikinci grubun semptomlarının şiddeti ile karşılaştırıldı. Yüksek okul öğrencilerinden oluşan grupta premenstrüel dönemde içe kapanma ve akneden şikayet daha şiddetli iken, daha yaşlı olan kadın grubunda baş ağrısı, göğüslerde ve bacaklarda ağrı ile konsantrasyon bozukluğu daha şiddetli bulundu. Bulgularımız premenstrüel disforik bozukluğun 30 yaş altındaki kadınlarda da görülebileceğini, ancak yaşla bazı semptomların değişebileceğini ve ağırlaşabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Sözcükler: Premenstrüel disforik bozukluk, prevalans.

KLİNİK PSİKİYATRİ 1999;2:197-201

SUMMARY

The Prevalence of Premenstrual Dysphoric Disorder Young Woman

We determined the prevalence of premenstrual dysphoric disorder in 230 polytechnique student women aged 18-25 years as

- * Yrd. Doç. Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,
** Dr., ***Prof. Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı,
**** Öğr. Gör. Hem., Erciyes Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, KAYSERİ

8%. None of them was seeking medical help for their complaints. A positive diagnosis required that a luteal variation index obtained was above 30% at least during the subsequent two menstrual cycles. The premenstrual symptom severity ratings of students were compared with those of the clinical sample. The clinical study group was consisted of the women aged 28-43 years and previously diagnosed premenstrual dysphoric disorder. We found that social withdrawal and acne were significantly more severe among the students while headache; leg and thoracic pain and concentration difficulties were significantly more severe in the clinical group. Our findings suggested that premenstrual dysphoric disorder can also be seen under the age of 30 but some symptoms may change and become more severe with age.

Key Words: Premenstrual dysphoric disorder, prevalence.

GİRİŞ

Menstruasyondan iki hafta önce başlayan ve menstruasyon ile kaybolan bir takım fiziksel ve psikiyatrik belirtilerden oluşan "premenstrüel sendrom"u ilk defa 1931 yılında Frank tarif etmiştir. Yaklaşık 150 semptomun bu sendromda görülebileceği birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir. Ancak araştırmacılar arasında toplum içinde görülme sıklığı ve hangi semptom topluluğunun bu sendroma işaret ettiği halen tartışılmaktadır (Gönül ve Müderris 1995). Premenstrüel semptomların ve premenstrüel disforik bozukluğun (PDB) prevalansını ortaya koymak şu sebeplerle zorluk arz etmektedir:

1. Sendromun tanımlanmasında fikir birliği olmayışı,

2. Premenstrüel semptomların sendromal bir durumdan ayırt edilmesindeki yetersizlik,
3. Prevalans oranlarının belirlenmesinin retrospektif teşhislere dayandırılması.

Her ne kadar kadınların %75'i kendilerinde premenstrüel değişiklik tanımlıyorlarsa da, ancak %4 kadarına klinik teşhis konulabilmektedir (Rivera-Tovar ve Frank 1990, Freeman ve ark. 1996, Pearstein 1993). Premenstrüel disforik bozukluk prevalansı, kullanılan araştırma metoduna göre %14 ile %45 arasında değişmekle beraber depresyon ve irritabilite en sık rastlanan semptomlar olarak bildirilmektedir (Haskett ve ark. 1980, Haskett ve Abplanalp 1983, Hurt ve ark. 1992). Kronik mental hastalığı olan ve bu dönemde alevlenen kadınlara bu bozukluk tanısı konulmamasına dikkat edilmesi gerekmektedir.

Bu sendrom DSM-III-R'de "geç luteal faz disforik bozukluk" olarak tanımlanmış, daha sonra DSM-IV'te bu terim "premenstrüel disforik bozukluk" olarak değiştirilmiştir (APA 1987, APA 1994, Spitzer ve ark. 1989). DSM-IV'ün "premenstrüel disforik bozukluk" teşhis kriterleri premenstrüel dönemde ortaya çıkan ve menstruasyon ile kaybolan fiziki ve emosyonel şikayetleri olan hastaları tanımlamaktadır (Ek 1). DSM-IV bu sendromu "araştırılması gereken bozukluklar" sınıfı içine yerleştirmektedir (APA 1994). DSM-IV'ün premenstrüel disforik bozukluk için getirmiş olduğu kriterler, klinisyenlere faydalı olduğu kadar sistematik araştırmaları da kolaylaştırmaktadır. Prospektif verilere dayanarak ve DSM-III-R kriterlerini kullanarak yapılan bir çalışmada (Rivera-Tovar ve Frank 1990) bulunan geç luteal faz disforik bozukluk prevalansı reproduktif kadınların beyanına dayandırılan daha eski prevalans oranlarına göre oldukça düşüktür. Yine bu çalışmanın verilerine göre, evvelce sadece jinekoloji polikliniklerine başvurular dikkate alınarak 30 yaşın üstünde görülebileceği düşünülen premenstrüel disforik bozukluğun, başlangıç yaşı da spekülasyon görünmektedir (Reid 1985).

Biz kliniğe başvurusu olmayan ve 30 yaşın altındaki genç kadınlardan oluşan bir örnekte premenstrüel semptomlar ile bunlar arasında premenstrüel disforik bozukluğun prevalanslarını belirlemek ve tedavi arayışı olanlar ile farklılıklarını değerlendirmek amacı ile bu çalışmayı planladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Semptom taraması için başlangıçta 245 hemşirelik yükseköğretim öğrencisi çalışmaya dahil edildi.

Ek 1. Premenstrüel disforik bozukluk için araştırma kriterleri

- A. Son bir sene içinde menstrüel siklusların çoğunluğunda aşağıdaki semptomların 5 veya daha fazlasının luteal devrenin son haftasında olması ve foliküler devrenin başlaması ile azalması, postmenstrüel dönemde ise olmaması gerekmektedir. Bu beş semptomdan en az bir tanesi ilk dört semptomdan biri olmalıdır.
 1. Belirgin depresif mizaç, umutsuzluk hissi veya kendini aşağılayıcı düşünceler.
 2. Belirgin anksiyete, gerginlik, uçurumun kenarında olma hissi.
 3. Belirgin affektif labilite (aniden üzüntülü veya ağlamaklı olma).
 4. Sürekli belirgin sinirlilik, irritabilite veya insanlar arası ilişkilerde bozulma.
 5. Günlük aktivitelere ilgi azalması.
 6. Konsantre olmada zorlanma.
 7. Çabuk yorulma, halsizlik, enerji azlığı hissi.
 8. İştahta değişiklik, fazla yeme veya belirli yiyecekler arama.
 9. Çok uyuma veya uykusuzluk.
 10. Kontrolün kaybedileceği hissi.
 11. Fiziksel belirtiler, memelerde hassasiyet veya şişme, baş ve eklem ağrıları, karında şişkinlik hissi.
- B. Bu belirtiler günlük okul, iş veya sosyal aktiviteleri belirgin derecede bozmalıdır.
- C. Bu belirtiler diğer bir başka psikiyatrik hastalığın alevlenmesi şeklinde olmamalıdır.
- D. A, B ve C kriterleri günlük prospektif değerlendirme ile en az iki birbirini takip eden siklus döneminde tespit edilmelidir (Teşhis bu tespitten önce de konulabilir).

Bunlardan 15'i çeşitli nedenlerle çalışmadan ayrıldılar. Geri kalanlar (n=230) kronik hastalığı ve menstrüel düzensizliği olmayan (siklusları düzenli ve 21-35 gün arasında), herhangi bir psikotrop ilaç, alkol ve oral kontraseptif kullanmayan genç kadınlardı. Yaş sınırları 18-25 (ortalama \pm SD: 20.5 \pm 2.07) idi. Genç kadınlar, çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra DSM-IV'ün "premenstrüel disforik bozukluk" teşhis kriterlerini de içeren 17 semptom soruldu (Ek 2). Premenstrüel semptomların şiddetini değerlendirmek üzere skorlandırması 1-6 arasında olan "semptom ölçme skalası" kullanıldı (Rivera-Tovar ve Frank 1990, Freeman ve ark. 1996). Bu skalada 1 skoru semptom veya değişikliğin olmadığı, 6 skoru ise önemli derecede değişikliğin olduğu durumu temsil ediyordu. Çalışmaya katılanlardan en az iki siklus boyunca semptom ölçme skalasını ihtiva eden günlük değer-

lendirme formunu doldurmaları istendi (Ek 2). Premenstrüel hafta (menstruasyondan önceki 1 hafta) ile postmenstrüel hafta (menstruasyon bitiminden sonraki 1 hafta) ortalama skorları elde edildi. Semptomların premenstrüel ve postmenstrüel skorları arasındaki farkı gösteren "luteal varyasyon indeksi" %30'dan büyük ise premenstrüel dönemde teşhis koydurucu semptomların var olduğu kabul edildi (Rivera-Tovar ve Frank 1990). Pozitif teşhis ise, en az 2 siklus boyunca DSM-IV'te premenstrüel disforik bozukluk kriterlerinden mizaç ile ilgili dört kriterden (mizaç labilitesi, iritabilite, anksiyete, depresif mizaç) en az birinin olması şartı ile semptomlardan en az beşinin varlığına dayandırıldı.

Premenstrüel semptomları için tedavi arayışı olanlar ile olmayanlar arasındaki farkların araştırılması için jinekoloji ve psikiyatri polikliniklerine başvurarak PDB teşhis edilmiş 13 (yaş sınırları 28-43, ortalama±SD: 35.0±4.75) kadın hastadan ibaret olan 2. çalışma grubu oluşturuldu. Gruplar arası farklar, Mann-Whitney U testi ile araştırıldı.

BULGULAR

Yüksekokul öğrencisi 230 genç kadından 20'si (%8) premenstrüel disforik bozukluk teşhisi aldı (ortalama±SD yaş: 20.7±2.05). 66'sı (%28) premenstrüel dönemde hafif derecede semptomlar tanımladı. Premenstrüel şikayetleri olanlar bütün olarak değerlendirildiğinde 86 (%36) öğrencinin semptomatik kadınlar olduğu görüldü. Tedavi arayışı olan ve olmayan semptomatik grupların semptomlarının şiddeti Tablo 1'de karşılaştırılmaktadır. Premenstrüel dönemde yüksekokul öğrencisi genç kadınlarda sosyal çekilme ve akne şikayeti diğer gruba göre önemli şekilde daha şiddetli iken ($u=215$ $p<0.05$, $u=222$ $p<0.05$), tedavi arayışı olan kadınlarda başağrısı, göğüslerde ve bacaklarda ağrı ve konsantrasyon bozukluğu daha şiddetli idi (Sırasıyla $u=208$ $p<0.05$, $u=178$ $p<0.05$ ve $u=230$ $p<0.05$). İritabilite, tedavi arayan grupta en yüksek skor alırken, tedavi arayışında olmayan grupta ise en yüksek ikinci skordu. Değersizlik hissi ve karamsarlık gibi depresif semptomların skorları tedavi arayışı içinde olan grup-

Tablo 1. Tedavi arayışı olan ve olmayan premenstrüel disforik bozukluk teşhisi almış kadınlarda semptomların şiddetinin karşılaştırılması

Premenstrüel semptomlar	Semptomların şiddeti		Karşılaştırma	
	Yüksekokul öğrencileri (n=20)	Tedavi için başvuranlar (n= 13)	u	p
Depresif mizaç	2.73±1.14	2.75±1.20	169	>0.05
Sosyal çekilme	2.83±1.09	2.00±1.02	215	<0.05
İritabilite	3.16±0.73	3.30±1.20	158.5	>0.05
Bacaklarda ağrı	2.56±1.21	2.70±1.03	178	<0.05
Akne	2.16±1.51	1.25±1.24	222	<0.05
Göğüslerde ağrı	2.23±1.35	2.25±1.06	178	<0.05
Kilo alma hissi	2.93±1.41	2.83±1.30	168	>0.05
Değersizlik hissi	2.02±1.43	2.32±1.41	119.5	>0.05
İlgi azlığı	3.07±0.87	3.15±0.85	149.5	>0.05
Karamsarlık	2.68±0.86	2.95±0.78	123.5	>0.05
İştah değişikliği	3.08±1.56	3.02±1.80	123.5	>0.05
Konsantrasyon kaybı	2.56±1.04	3.18±1.00	230	<0.05
Labil duygulanım	2.98±1.41	3.12±1.21	136.5	>0.05
Kolay yorulma	3.20±1.08	3.00±1.24	123.5	>0.05
Anksiyete	3.00±0.86	2.90±1.30	136.5	>0.05
Uyku bozukluğu	2.80±2.39	2.35±1.34	152	>0.05
Basağrısı	1.68±1.48	2.52±1.10	208	<0.05
Toplam	2.68±0.43	2.68±0.52	151	>0.05

* Günlük değerlendirme formunda 1=Semptom yok, 6=Şiddetli semptom

ta daha yüksek olmasına rağmen fark istatistiki anlamlılığa ulaşmıyordu.

TARTIŞMA

Kadınların %75'inin premenstrüel semptom tanımladığı ancak bu semptomların kadınların çoğunun günlük aktivitesini etkilemediği bildirilmektedir (Mortola ve ark. 1990). Bulgularımız yüksekokul öğrencisi genç kadınlarda klinik teşhisi karşılama premenstrüel semptom prevalansının %28, PDB prevalansının ise kesin kriterler kullanıldığı takdirde %8 olduğunu göstermektedir. Gerek tedavi arayışı içinde olan grupta gerekse öğrencilerin oluşturduğu grupta affektif semptomların fiziksel semptomlara göre daha yüksek skor aldığını görmekteyiz. Bu bulgu Mortola ve arkadaşlarının 1990'da yaptığı çalışmanın sonuçları ile uyumludur. Bizim bulduğumuz %28'lik oran DSM-IV'te, tanı kriterlerini doldurmasa dahi yardım arayışına yönelebilecek kadar rahatsız olanların oranı olarak belirtilen %20-50'ye uymaktadır. Premenstrüel disforik bozukluk için bulduğumuz %8'lik oran ise teşhis kriterlerinin kesin olmadığı retrospektif çalışmalarla bildirilen %14-45 oranlarından oldukça düşük olup, bizimkine benzer bir metod ile çalışan Rivera-Tovar ve Frank'ın (1990) bildirdiği %4.6 oranına daha yakın görünmektedir. Son yıllarda yapılan bir başka çalışmada (Gehlert ve Hartlage 1997) PDB prevalansının teşhis için kullanılan metodlara göre değiştiği ama bu oranın %1-7.1 arasında

olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmaya dahil ettiğimiz yüksekokul öğrencilerinin bütün genç kadın popülasyonunu temsil edemeyecekleri düşünülürse de, çalışma grubunun oldukça geniş olması, semptom ölçümlerinin prospektif yapılmış ve kesin teşhis kriterlerinin kullanılmış olması gibi özellikler çalışmamızda evvelce yapılmış çalışmaların arz ettiği metodolojik eksiklikleri ortadan kaldırmaktadır.

Bulgularımız premenstrüel disforik bozukluğun daha çok 30 yaşın üstündeki kadınları tutan bir sendrom olduğu fikrine zıt bir sonuç ortaya koymaktadır. Çünkü bulgularımız kliniğe başvurusu olmayan 30 yaşın altındaki kadınlardaki prevalansı yansıtmaktadır. Tedavi arayışı olan kadınlarda başağrısı, göğüslerde ve bacaklarda ağrı ile konsantrasyon bozukluğu gibi semptomların şiddeti tedavi arayışı olmayanlara nazaran önemli şekilde daha fazla iken, bu sonuncu grupta akne şikayeti ve sosyal izolasyonun diğer gruba göre daha şiddetli görülmesi dikkati çekmektedir. Bu sonuçlar yaşın ilerlemesi ile semptomların değişiyor olması veya alternatif olarak semptomların yaşla ağırlaşması ile açıklanabilir. Uzunlamasına çalışmalar bu bozukluğun doğal seyrini ve gelecekte yüksek risk taşıyacak olanların geç adolesan dönemde belirlenebilmesinin mümkün olup olmayacağını gösterecektir. Bu tür çalışmalardan elde edilecek ipuçlarına dayanarak sendromun erken teşhis edilebilmesi profilaktik uygulamaların başlatılmasına da olanak sağlayabilecektir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Assosiation (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Gözden geçirilmiş 3. Baskı, (DSM-III-R), Washington DC, American Psychiatric Assosiation.
- American Psychiatric Assosiation (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Baskı, (DSM-IV), Washington DC, American Psychiatric Assosiation.
- Frank RT (1931) The hormonal causes of premenstrual tension. Archives Neurology Psychiatry, 26:1053.
- Freeman EW, De Rubeis RJ, Rickels K (1996) Reliability and validity of a daily diary for premenstrual syndrome. Psychiatry Res, 65:97-106.
- Gönül AS ve Müderris YY (1995) Premenstrual disforik bozuklukta yenilikler. Erciyes Tıp Dergisi, 17:413-421.
- Gehlert S, Hartlage S (1997) A design for studying the DSM-IV research criteria of premenstrual dysphoric disorder. J Psychosom Obstet Gynecol, 18:36-44.
- Haskett RF, Abplanalp JM (1983) Premenstrual tension syndrome: diagnostic criteria and selection of resarch subjects. Psychiatry Res, 9:125-138.
- Haskett RF, Steiner M, Osmun JN ve ark. (1980) Severe premenstrual tension: delineation of the syndrome. Biol Psychiatry, 15:121-139.
- Hurt SW, Schnurr PP, Severino SK ve ark. (1992) Late luteal dysphoric disorder in 670 women evaluated for premenstrual complaints. Am J Psychiatry, 149:525-530.
- Mortola JF, Girton L, Beck L ve ark. (1990) Diagnosis of premenstrual by a simple, reliable instrument: The calendar of premenstrual experiences. Obster Gynecol, 76:302-307.
- Pearstein TB (1993) Advances in premenstrual syndrome. Curr Opin Psychiatry, 6:809-815.
- Reid RL (1985) Premenstrual syndrome. Current Problems in Obstetrics, Gynecology and Fertility, JM Leventhal, JJ Hoffman, LG Keith ve ark. (Ed), Year Book Medical Publishers, Chicago, s.285-297.
- Rivera-Tovar AD, Frank E (1990) Late luteal phase dysphoric disorder in young women. Am J Psychiatry, 147:1634-1636.
- Spitzer RL, Severino, Williams JBW ve ark. (1989) Late luteal phase dysphoric disorder and DSM-III-R. Am J Psychiatry, 146:92-897.