

Polikistik over sendromu tanılı hastalarda baskın mizaç özellikleri ile aleksitimi ve dürtüsellik düzeyleri

Temperament features, alexithymia, impulsiveness levels of patients with polycystic ovary syndrome

Filiz Özsoy¹, Asker Zeki Özsoy², Hatice Yılmaz Doğru²

¹Uzm Dr., Tokat Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Tokat, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-5198-8827>

²Doç. Dr., Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Tokat, Türkiye <https://orcid.org/0000-0003-0749-4157>–<https://orcid.org/0000-0003-3431-2072>

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda adet düzensizliği, kıllanma, infertilite ve hiperandrojenizm ile seyreden Polikistik Over Sendromu (PKOS) tanılı hastaların aleksitimi, dürtüsellik düzeyleri ve baskın mizaç özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık. **Yöntem:** Çalışmaya kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine adet düzensizliği şikayeti ile başvuran ve Rotterdam kriterlerine göre PKOS tanısı konulan 105 kadın hasta alındı. Hastalar ile demografik veriler ile eşleşebilecek 100 kişi de sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dahil edildi. Tüm katılımcılara; sosyodemografik veri formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11), Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A), Ferriman-Gallwey (mFG) ölçekleri uygulandı. **Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 23.94 ± 4.64 , kontrol grubunun 24.54 ± 6.77 idi. Katılımcıların yaş ortalaması, medeni durumu ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak farklılık tespit edilmedi. HADÖ anksiyete ve depresyon skorları açısından da gruplar arasında farklılık yoktu ($p > 0.05$). TAÖ-20 için duyguları tanıma alt boyutu ve toplam aleksitimi düzeyleri hastaların sağlıklı kontrollerden yüksekti (sırası ile p değerleri; < 0.001 ve 0.018). BIS-11 için dikkatle ilişkili dürtüsellik ve dürtüsellik toplam puanları hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edildi (sırası ile p değerleri; 0.007 , 0.004). TEMPS-A ortalama mizaç puanları hasta grubunda, kontrollerle kıyaslandığında tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı ($p < 0.05$). **Sonuç:** Çalışmamızda; PKOS hastalarının belli boyutlarda daha fazla dürtüsel ve aleksitimik ve bir ya da birden fazla baskın mizaç özelliğine sahip oldukları görüldü. Elde ettiğimiz sonuçlardan yola çıkarak PKOS tanılı hastalara daha fazla yardımcı olabilmek, ortaya çıkabilecek psikiyatrik semptomları ve hastalıkları fark edip tedavi edebilmek adına hastaların psikiyatrik olarak desteklenmeleri önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Polikistik over sendromu, aleksitimi, dürtüsellik, baskın mizaç

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2021;24:69-76)

DOI: 10.5505/kpd.2020.28190

SUMMARY

Objective: This study aims to investigate the temperament features, alexithymia and impulsivity levels of patients diagnosed with polycystic ovary syndrome (PCOS); which manifests itself with menstrual irregularity, chronic anovulation, hirsutism, infertility and hyperandrogenism. **Method:** The study included 105 female patients who applied to Obstetrics and Gynecology Clinic and diagnosed PCOS based on Rotterdam criteria. 100 healthy controls were also included in the study matched for the demographic data. All participants were evaluated using the sociodemographic data form, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), Temperament Evaluation of the Memphis Pisa Paris and San Diego Auto-questionnaire (TEMPS-A) and Ferriman-Gallwey Scale (mFG). **Results:** The mean age of the patients was 23.94 ± 4.64 and the control group was 24.54 ± 6.77 . There was no statistical difference between the average age, marital status and education level of the participants. There was no difference between the groups in terms of HADS anxiety and depression scores ($p > 0.05$). The emotional recognition sub-dimension and total alexithymia levels were higher for the TAÖ-20 than the healthy controls (p values, < 0.001 and 0.018 , respectively). Attention-related impulsivity and impulsivity total scores for BIS-11 were statistically significantly higher in the patient group (p values, respectively, 0.007 , 0.004). Average TEMPS-A scores and all of its subscales were statistically higher in the patient group compared to controls ($p < 0.05$). **Discussion:** Patients with polycystic ovary syndrome were more impulsive and alexithymic in certain dimensions and consequently had one or more dominant temperament features. Based on these differences, in order to help the patients more and, it is recommended that patients be supported psychiatrically in order to recognize and treat possible psychiatric symptoms and diseases.

Key Words: Polycystic ovary syndrome, alexithymia, impulsiveness, temperament-character

GİRİŞ

Polikistik Over Sendromu (PKOS); üreme çağındaki kadınlar arasında en yaygın görülen endokrinolojik patolojidir. PKOS; oligomenore ya da amenore gibi adet düzensizliği, hirsutizm, akne ve hiperandrojenizm ile seyretmektedir (1). Hastalığın doğal seyrinde ortaya çıkan bu semptomlar; cinsel uyum, evlilik uyumu ve sosyal uyumda bozulmaya yol açabilir. Bu durum da hastaların kaygı ve depresyon düzeylerini arttırabilmektedir. Literatüre bakıldığında; PKOS hastaları pek çok psikiyatrik araştırmanın farklı bakış açıları ile konusu olmuştur (2-6). PKOS tanılı hastalarda kaygı bozuklukları, majör depresif bozukluktan, bipolar bozukluğa kadar duygu durum bozuklukları, yeme bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıkların oranının fazla olduğu bildirilmiştir (2-5). Hastalığın seyrinde ortaya çıkan hirsutizm, akne, obezite ve infertilite, psikiyatrik rahatsızlıklar için muhtemel risk faktörleri arasında sayılmıştır (7).

Mizaç; kalıtımla aktarılan ve yaşam boyunca neredeyse hiç değişmeyen temel duygu, düşünce ve davranış kalıpları olarak tanımlanır. Hipertimik, siklotimik, depresif, irritabl ve anksiyeteli olmak üzere beş temel duygulanım mizacı Akiskal ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır (8). İçinde bulunulan çevre ve eğitimin etkisi ile şekillenen karakter ve mizacın birleşmesi ile kişilik oluşmaktadır (9). Kişilik özelliği olarak tarif edilen dürtüsellik; eylemin sonuçlarını düşünmeden davranma eğilimidir. Plan yapmama, motor dürtüsellik ve dikkatsizlikle ilişkili dürtüsellik olarak temelde üç boyuttan oluşur (10). Bir diğer kişilik özelliği olarak tanımlanan aleksitimi kavramı ise; duygularını tanıma, tanımlama ve ifade etme güçlüğüdür (11). Aleksitimik kişilik özelliğine sahip bireyler, hem kendi duygularını hem de karşılarındaki kişilerin duygularını tanımakta zorlandıkları için sosyal etkileşimlerde de önemli sorunlar yaşayabilmektedirler (12,13). Aleksitimik kişilik özelliğine sahip kişilerin anksiyete, depresyon, fiziksel semptomlar ve potansiyel olarak somatik hastalıklar gibi çeşitli fiziksel ve psikiyatrik rahatsızlıklar için risk grubunda olduğu bildirilmiştir (14). İnfertil hastalarda aleksitimik kişilik özelliklerinin sık olarak görüldüğü, infertil olsun ya da olmasın PKOS tanılı hastalarda alek-

sitiminin görülebildiği saptanmıştır (15). Literatürde PKOS hastalarında aleksimiden başka; agresif, dürtüsel davranışlar ve kişilik özelliği olarak dürtüsellüğün olabileceği gösterilmiştir. Bu durumdan yüksek androjen seviyelerinin sorumlu olabileceği de bildirilmiştir (16,17). Bunlara ek olarak obezite ve hiperandrojenizm etkisi ile PKOS hastalarında kişilik bozuklukları dahi görülebileceği bildirilmiştir (18).

Literatürde PKOS tanılı hastalarda; mizaç özelliklerini incelemek amaçlı yapılan çalışma kısıtlı sayıdadır (17, 19, 20). Öte yandan mizaç özellikleri ile beraber, aleksitimi ve dürtüsellik düzeylerinin bir arada incelendiği başka çalışmaya ise rastlanılmamıştır. Çalışmamızın ilk varsayımı; bu hastaların daha fazla dürtüsel olabilecekleridir. İkincil olarak ise; duyguları tanıma, tanımlama ve ifade etmede zorluk yaşayabilecekleridir. Son olarak ise; sağlıklı kontrollerden farklı olarak bir ya da birden fazla baskın mizaç özelliğine sahip olabilecekleridir. Bizim çalışmamızda amacımız; PKOS hastalarının sahip oldukları baskın mizaç yapılarını, aleksitimi ve dürtüsellik düzeylerini sağlıklı kontroller ile karşılaştırarak incelemektir.

YÖNTEM

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Girişimsel Olmayan Yerel Etik Kurulu'ndan 22.02.2018 tarih, 83116987-093 sayı ve 17-KAEK-187 proje numarası ile onay alındı. Çalışma Helsinki Deklarasyonu'na uygun şekilde yürütüldü.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri: Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine adet düzensizliği nedeni ile başvuran ve Rotterdam kriterlerine (21) göre PKOS tanısı konulan hastalara çalışma ile ilgili bilgi verildi ve psikiyatri polikliniğine yönlendirildi. Gönüllü olan, okuma yazması olup yazılı onam verebilecek, verilen formları doldurabilecek entelektüel kapasiteye sahip kişiler çalışmaya dahil edildi. Genel durum düşüklüğü olan, kronik karaciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, diyabetes mellitus, kalp hastalığı olan kişiler ile endometriyal kanser ya da adenokarsinomu olan hastalar ve psikiyatrik hastalığı olan, alkol ya da madde bağımlılığı olan ve çalışmaya katılmak istemeyen kişiler çalışma dışı

birakıldı. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine herhangi bir şikayet ile başvuran fakat PKOS tanısı almayan ve tedavi başlanmasını gerektirir bir hastalık tespit edilmeyen hasta grubu ile demografik veriler açısından eşleşebilecek kişilere de çalışma ile ilgili bilgi verilip, katılmayı kabul edenler psikiyatri polikliniğine yönlendirildi. Tüm katılımcılar aynı psikiyatri hekimince değerlendirildi, hali hazırda ve tıbbi kayıtlarının incelenmesinde psikiyatrik tedavi alımı olmayan kişiler katılımcı olarak seçildi.

Tüm katılımcılara; demografik veri formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Barratt İmpulsivite Ölçeği (BIS-11), Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A), Ferriman-Gallwey (mFG) ölçekleri uygulandı.

Veri toplama araçları

Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşanan yer, ekonomik durum gibi demografik bilgileri içerir. Ek olarak katılımcıların boy, kilo, tedavi almasını gerektirir bir hastalıkları ya da tanı almış bir psikiyatrik rahatsızlıklarının olup olmadığı gibi klinik verileri içeren yarı yapılandırılmış bir formdur.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ): İki alt ölçek yardımı ile kişinin depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirmeye çalışan, 14 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir. Depresyon alt ölçeği için kesme puanı 8, anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 11 olarak hesaplanmıştır. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını; Aydemir ve arkadaşları yapmıştır (22,23).

Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20): Bagby ve arkadaşları tarafından geliştirilip Türkçe'ye Sayar ve arkadaşlarınca uyarlanmıştır (24,25). 1-5 arası puanlanan, Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Duyguları tanımadada, duyguları ifade etmede ve dışa dönük düşünmede güçlük alt boyutları vardır. Ölçekten alınan yüksek puanlar aleksitiminin fazla olduğunu göstermektedir.

Barratt İmpulsivite Ölçeği (BIS-11): Hastanın dürtüsellik seviyesini değerlendirmek amacı ile kullanılan, 30 maddeli, üç alt boyutlu bir ölçektir. Dikkat ile ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plan yapma ile ilgili dürtüsellik alt boyutlarıdır. Hesaplanan toplam puan ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi de o kadar yüksektir. Patton, Stanford ve Barrat tarafından geliştirilip Türkçe'ye Güleç ve arkadaşlarınca uyarlanmıştır (10,26).

Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A): Akiskal ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 110 maddeli, likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir (27). Depresif, siklotimik, hipertimik, irritable ve anksiyöz mizaçları belirleyen 5 alt boyutu vardır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Vahip ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (28).

Ferriman-Gallwey (mFG): Hirsutizmde altın standart olarak kabul edilen bir puanlama sistemidir. Üst dudak, alt çene, göğüs, göbük üstü-altı, kollar, uyluk üst ve iç bölgeleri, sırt ve lumbosakral vücut bölgelerindeki terminal kıl gelişimi incelenir. Sıfır (terminal kıl yok) ile 4 (aşırı terminal kıl büyümesi) arasında puanlanmaktadır. mFG skoru 8 ve üzerindeki olgular anormal olarak kabul edilmektedir (8-16=hafif, 17-25=orta, 25 ve üzeri=şiddetli). Ölçekten alınabilecek maksimum puan ise 36'dır (29).

İstatistiksel analiz

Verilerin değerlendirilmesinde; "SPSS for Windows 19.0" hazır istatistik yazılımı kullanılmıştır. Çalışmanın nitel değişkenleri; yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu gibi demografik veriler iken, nicel değişkenler ise; HADÖ, TAÖ-20, BIS-11 ve TEMPS-A ölçeklerinden alınan puanlarıdır.

Nitel değişkenler arasında ilişki olup olmadığını değerlendirmek için çapraz tablo ve ki-kare testleri kullanılmıştır. Nicel değişkenler arasındaki doğrusal ilişkinin büyüklüğü ve yönü için Pearson korelasyon katsayısından yararlanılmıştır. Grupların nicel değişkenleri arasında fark olup olmadığını değerlendirmek için İki Ortalama

Arasındaki Farkın Önemlilik testi kullanılmıştır. P değerleri 0.05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamıza 205 kişi dahil edildi. 105 kişi PKOS tanımlı hasta ve 100 kişi de sağlıklı kontrol grubu olarak alındı. Hastaların yaş ortalaması 23.94 ± 4.64 , kontrol grubunun 24.54 ± 6.77 idi. PKOS tanımlı hastalardan 45 kişi (%42.9) evli, 60 kişi (%57.1) bekar. Kontrol grubunda ise; 53 (%53) kişi evli, 47 kişi (%47) bekar. Katılımcıların yaş ortalaması, medeni durumu ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak farklılık tespit edilmedi. Hiçbir katılımcının medikal tedavi almasını gerektirir ek tıbbi hastalığı yoktu: Hiçbir katılımcının öncesinde ya da muayene oldukları sırada psikiyatrik tedavi almaları yoktu (Tablo 1).

Katılımcıların nicel değişkenlerinin dağılımı incelendiğinde; HADÖ hem anksiyete hem de depresyon puanlarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığı yoktu ($p > 0.05$). PKOS tanımlı hastaların TAÖ-20 duyguları tanıma alt boyutu ve ölçekten alınan toplam puan sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (Sırası ile p değerleri; < 0.001 , 0.018). Hasta grubunun BIS-11 dikkatle ilişkili dürtüsellik alt boyutu ve ölçeğin toplam puanı sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı yüksek olarak hesaplandı (Sırası ile p; < 0.007 , 0.004). Hasta grubunda TEMPS-A ortalama mizaç puanları tüm alt boyutlarda sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak

anlamlı yüksekti ($p < 0.05$). Baskın mizaç özelliği açısından incelendiğinde; 23 kişide (%21.90) bir ya da birden fazla baskın mizaç özelliği bulunduğu tespit edildi. En sık bulunan mizaç özellikleri sırası ile 9 kişi (%8.57) anksiyöz mizaç, 6 kişi (%5.71) depresif mizaç, 4 kişi (%3.80) siklotimik mizaç ve 4 kişi (%3.80) irritable mizaç idi (Tablo 2).

Hasta grubunun Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 3'de gösterilmiştir. HADÖ anksiyete alt boyutu TAÖ-20 tüm alt boyutlar ile pozitif yönde kuvvetli ilişkili iken BIS-11 sadece motor dürtüsellik ile ilişkili idi. Depresyon alt boyutu ise; TAÖ-20 duyguları tanıma, duyguları ifade etme ve ölçeğin toplam puanı ile pozitif ilişkili idi. TEMPS-A depresif ve anksiyöz mizaçlarının aleksitimi ölçeğinin tüm alt boyutlar ile pozitif ilişki olduğu tespit edildi. Hasta grubunda mFG ölçeğinin uygulanan diğer hiçbir ölçek ile korelasyonu saptanmamıştır (Tablo 3).

TARTIŞMA

Çalışmamızda; PKOS tanımlı hastaların sahip oldukları baskın mizaç yapıları, aleksitimi ve dürtüsellik düzeyleri sağlıklı kontroller ile karşılaştırarak incelenmiştir. Hastaların belli alt boyutlarda sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında daha aleksitimik ve dürtüsel oldukları tespit edilmiştir. Baskın mizaç özelliği olarak ise; hastaların tüm alt boyutlarda kontrol grubundan daha yüksek puanlar aldıkları ve bir ya da birden fazla baskın mizaca sahip olduğu tespit edilmiştir.

Literatürde PKOS tanımlı hastaların aleksitimi

Tablo1. Katılımcıların demografik verilerinin dağılımı

	PKOS tanımlı hasta grubu (N=105)	Sağlıklı kontrol grubu (n=100)	P
Yaş (Ort±SD)	23.94±4.64	24.54±6.77	0.122
Medeni durum (evli/bekar)	45/60 (%42.9/57.1)	53/47 (%53/47)	0.051
Eğitim durumu			
İlköğretim mezunu	20 (%19.4)	16 (%16)	
Lise mezunu	39 (%37.1)	38 (%38)	0.190
Üniversite mezunu	46 (%43.8)	46 (%46)	
Çalışma durumu			
Yarı zamanlı iş	3 (%2.9)	8 (%8)	
Tam zamanlı iş	18 (%17.1)	20 (%20)	0.145
Ev hanımı	79 (%75.2)	68 (%68)	
İşsiz	5 (%4.8)	4 (%4)	
Ekonomik düzey			
Düşük/orta/yüksek	29/61/15	11/55/34	0.091

Tabloda verilen değerler: yaş satırı ortalama=standart sapma, diğer satırlar n (%) olarak sunulmuştur. Hesaplamalar Ki kare testi kullanılarak yapılmıştır. $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir

Tablo 2. Katılımcıların nicel değişkenlerinin dağılımı

	PKOS tanılı hasta grubu (N=105) (Ort±SD)	Sağlıklı kontrol grubu (n=100) (Ort±SD)	P
HADO			
Anksiyete alt boyutu	7.52±4.41	7.15±3.53	0.505
Depresyon alt boyutu	5.50±3.57	5.25±3.29	0.595
Toplam puan	12.40±5.84	12.39±5.30	0.612
TAÖ-20			
Duyguları tanıma	17.32±6.28	14.39±4.64	<0.001*
Duyguları ifade etme	13.55±3.43	12.99±2.88	0.207
Dışa dönük düşünme	24.51±5.31	24.79±4.87	0.699
Toplam puan	55.8±12.37	52.23±8.72	0.018*
BIS-11			
Dikkatle ilişkili d.	33.1±4.64	29.35±4.57	0.007*
Motor dürtüsellik	11.45±2.96	10.98±2.59	0.231
Plan yapmama d.	18.94±3.74	18.11±3.02	0.082
Toplam puan	61.46±8.33	58.25±7.56	0.004*
TEMPS-A			
Depresif mizaç	6.65±3.46	5.31±3.07	0.004*
Siklotimik mizaç	10.58±4.81	7.62±4.80	<0.001*
Hipertimik mizaç	10.20±3.94	8.89±4.43	0.026*
İrritabl mizaç	5.27±3.66	3.21±3.43	<0.001*
Anksiyöz mizaç	8.57±6.09	6.51±4.88	0.008*
Ferrimann-galvay ölçeği	10.08±8.87	4.8±2.75	<0.001*

Tabloda verilen kısaltmalar: HADO: Hastane anksiyete-depresyon ölçeği. TAÖ-20: Toronto aleksitimi ölçeği. BIS-11: Barratt dürtüsellik ölçeği. TEMPS-A: Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire.

Tabloda verilen değerler Ortalama±Standart Sapma olarak sunulmuştur. Hesaplamalarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır. P<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

düzeylerinin incelendiği çalışmalar kısıtlı sayıdadır (15, 30). Yapılan bir çalışmada PKOS tanılı hastaların duyguları tanıma, duyguları ifade etme ve aleksitimi toplam skorları PKOS olmayan kişilerden yüksek olarak bulunmuştur (15). Bir diğer çalışmada 59 PKOS tanılı hasta, 38 sağlıklı kontrol ile karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada da PKOS hastalarının aleksitimi skorlarının sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu tespit edilmiştir (30). Bizim sonuçlarımızda; literatürdeki bu sonuçlar ile benzer nitelikte olmuştur. Hastaların duyguları tanıma ve toplam aleksitimi skorları sağlıklı kontrollerden yüksek olarak bulunmuştur. Sosyal etkileşimin bir ögesi olan duyguları tanıyabilme, ayırt edip ifade edebilmenin herhangi bir alanında eksiklik olması, duygularda boşluk, yoksul bir hayal gücü, kişiler arası iletişimde ve sosyal ilişkilerde bozulmaya sebep olabilir. Bu durum da psikiyatrik hastalıklara yatkınlığı arttırabilir (31). Literatürde aleksitimik özelliklerin önce psikosomatik hastalıklarda sonra, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, psikotik bozukluk gibi pek çok psikiyatrik hastalıkla ilişkili olduğu bildirilmiştir (32). Yapılan pek çok çalışmada depresyon ve anksiyete skorları ile aleksitimi skorlarının pozitif yönde ilişkili olduğu da gösterilmiştir (33,34). Bizim sonuçlarımızda da hastaların anksiyete ve depresyon skorları yüksek olmasa da; anksiyete ve depresyon ölçeği skorları ile aleksitimi skorları pozitif yönde ilişkili olarak tespit edilmiştir. Duygularını tanımada zorlanan hastaların öz bildirim ölçekleri ile değerlendirilen anksiyete ve

depresyon skorlarının yüksek olmaması beklenebilecek bir durum olarak yorumlanmıştır.

Dürtüsellik tanımı; Barrat, Stanford ve Patton düşünmeksizin yapılan ani hareket, elindeki işe odaklanamama, plan yapamama şeklinde üç bölümde incelemişlerdir (10). Literatürde PKOS hastalarında BIS-11 kullanılarak yapılan tek çalışmada; hastaların total testosteron düzeyleri ile total dürtüsellik skorları ilişkili olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaların serbest androjen seviyeleri ile plan yapamama dürtüsellığı ve motor dürtüsellik skorlarının korele olduğu görülmüştür (35). Bizim sonuçlarımızda ise literatüre benzer şekilde hastaların hem total dürtüsellik skorları hem de dikkatle ilişkili dürtüsellik skorları sağlıklı kontrollerden yüksek saptanmıştır. Sonuçlarımıza benzer şekilde yapılmış bir çalışmada PKOS hastalarının dikkat ile ilişkili dürtüselliklerinin yüksek olduğu, hatta dikkat eksikliği semptomları dahi gösterdikleri tespit edilmiştir (36). PKOS olsun ya da olmasın hastalarda dürtüsellikten yüksek androjen seviyelerinin sorumlu tutulduğu çalışmalar yapılmıştır (16,17). Literatürde androjen seviyeleri ve dürtüsellik arasındaki ilişkinin incelendiği kısıtlı sayıda çalışmada; mekanizması açıkça belli olmasa da testosteron gibi androjenlerin yüksek oluşunun dürtüsellik ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (37,38). Bazı çalışmalarda ise böyle bir ilişki ortaya konulamamıştır (36). Bizim sonuçlarımızda ise hastaların dürtüsellik skorları yüksek olsa da;

Tablo 3. Hasta grubunun Pearson korelasyon analizi sonuçları

	Toronto Aleksitimi Ölçeği			Total skor	Barratt Dürtüsellik Ölçeği			Total skor
	D.tanıma	d.ifade	D.d. düşünme		Dikkat d.	Motor d.	Plan d.	
HADÖ								
Anksiyete	.493	.304	.283	.385	-.076	.207	.078	.071
Depresyon	.457	.269	.158	.314	-.083	-.073	-.010	-.032
TEMPS-A								
Depresif	.409	.273	.204	.324	-.104	.027	.006	-.043
Siklotimik	.542	.335	.125	.359	-.025	.154	.102	.097
Hipertimik	.126	.103	.213	.208	.247	.145	.265	.303
İrritabl	.460	.212	.184	.359	-.122	.079	.006	-.028
Anksiyöz	.561	.365	.199	.398	-.120	.238	.083	.064

Tabloda verilen kısaltmalar: HADÖ: Hastane anksiyete-depresyon ölçeği; Toronto aleksitimi ölçeği; D. Tanıma: duyguları tanıma, d. İfade: duyguları ifade etme, d.d. düşünme; dışa dönük düşünme; Barratt dürtüsellik ölçeği dikkat d.: dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor d.: motor dürtüsellik, plan d.: plan yapamama ile ilgili dürtüsellik; TEMPS-A: Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire. Hesaplamalarda Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Tabloda verilen değerler "r" değeridir. Koyu renkle işaretlenen değerler $p < 0.05$.

dolaylı androjen seviyelerini gösteren kıllanma skorları ile dürtüsellik skorlarının ilişkisi tespit edilememiştir. PKOS tanı kriterlerinde; ultrasonografide polikistik overlerin görülmesinin yanında total testesteron düzeylerinin sınırda/ılımlı yüksek olması bulunmaktadır (21). PKOS hastalarında olan kıllanmadan ise; kıl foliküllerinin androjene duyarlılığı sorumlu tutulmuştur (39). Bu bilgiler ışığında çalışmamızda dürtüsellik skorları yüksek olan hastaların, androjen düzeyleri sınırda yükselmiş olabileceği ve bu nedenle de kıllanma skorları ile dürtüsellik skorlarının ilişkisinin olmayabileceği düşünülmüştür. Ek olarak aleksitimik bireylerde duygu ve düşünce bağlantısının zayıflığı, ilkel savunma mekanizmalarının kullanılmasına (40) ve dürtüsel davranışa yatkınlığı da arttırabilmektedir.

Baskın mizaç özellikleri incelendiğinde ise; az sayıda hastada bir ya da birden fazla baskın mizaç özelliği bulunduğu saptanmıştır. Sırasıyla; anksiyöz, depresif, siklotimik ve iritabl mizaç özelliği baskın olarak tespit edilmiştir. PKOS hastaları ve sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında ise; TEMPS-A ölçeğinin tüm alt boyutlarında hastaların daha yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur. Literatürde PKOS hastalarında baskın mizaç özelliklerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, depresif, anksiyöz ve hipertimik mizaç özelliklerinin kontrol grubundan yüksek olduğu tespit edilmiştir. 53 PKOS tanılı hasta ile yapılan bu çalışmada;

TEMPS-A ölçeğinin hiçbir alt boyutunda baskın mizaç özelliği açısından kesme puanın üstünde puan alınmamıştır (19). Yine TEMPS-A ölçeği ile PKOS tanılı hastaların baskın mizaç özelliklerinin irdelendiği başka bir çalışmada; baskın mizaç özelliği açısından kesme puanlarının altında kalınsa da; hipertimi hariç tüm alt boyutlarda sağlıklı kontrollerden yüksek sonuçlar aldıkları görülmüştür. Bu çalışmada hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri de kontrollerden yüksek olarak bulunmuştur (20). Bizim sonuçlarımızda ise hastaların anksiyete ve depresyon skorları sağlıklı kontrollerden yüksek olmasa da anksiyöz ve depresif mizaç özellikleri sağlıklı kontrollerden yüksek olarak tespit edilmiştir. Ek olarak anksiyete ve depresyon skorları ile TEMPS-A depresif, siklotimik, iritabl ve anksiyöz mizaç özellikleri pozitif ilişkili olarak bulunmuştur. Üreme çağındaki genç kadınlarda oligomenore ya da amenore gibi adet düzensizliği, yanında kıllanmada artış gibi bulgular ile seyreden PKOS hastalarının anksiyöz, depresif ya da siklotimik mizaç özelliklerini göstermesi ve bu mizaç özelliklerinin hastaların anksiyete, depresyon skorları ile korelasyonu beklenen bir durum olmuştur. Benzer bir mantıkla dürtüsellik skorları fazla olan hastaların iritabl mizaç özelliklerinin baskın olması da şaşırtıcı olmamıştır.

Çalışmamızın sonuçları bazı kısıtlılıklar göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Bu kısıtlılıklardan ilki; örneklem sayımızın görece yetersiz sayıda

oluşudur. Diğer kısıtlılıklar; çalışmanın kesitsel nitelikte olması, hastaların kendi doldurdıkları ölçekler ile değerlendirilmesi, katılımcılara Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV) (DSM-5) uygulanmaması ve hastaların laboratuvar parametrelerine (androjen ya da östrojen gibi) bakılmaması olarak sayılabilir. Bu kısıtlılıklar elde ettiğimiz sonuçların genellemesi ve yorumlanmasını sınırlamaktadır. Bulgularımızın önem kazanabilmesi için daha büyük örneklem gruplarında, laboratuvar parametrelerinin değerlendirildiği ileri araştırmalara gerek vardır.

SONUÇ

Adet düzensizliği, kıllanma, kronik anovuluar infertilite ve hiperandrojenizm gibi semptomlarla seyreden polikistik over sendromu hastaları psikiyatrik hastalıklar için potansiyel risk

oluşturmaktadır. Elde ettiğimiz sonuçlara dayanarak hastaların belli boyutlarda daha dürtüsel, aleksitimik oldukları ve bir ya da birden fazla baskın mizaç özelliğine sahip oldukları görülmüştür. Bu sonuçlardan yola çıkarak bu hastaları daha iyi anlayabilmek, hastalara daha fazla yardımcı olabilmek ve ortaya çıkabilecek psikiyatrik semptomları ve hastalıkları erken fark edip tedavi edebilmek adına PKOS hastaları; kadın hastalıkları ve doğum hekimi ile ruh sağlığı ve hastalıkları hekimleri işbirliği içinde tedavilerini düzenlemeleri önerilmektedir.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Filiz Özsoy, Tokat Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Tokat, Türkiye
flzkoseoglu82@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Mason H, Colao A, Blume-Peytavis U, Rice S, Qureski A, Pellatt L, Orio F, Atkin LS. Polycystic ovary syndrome (PCOS) trilogy: a translational and clinical review. *Clin Endocrinol* 2008;69:831-844.
2. Barry JA, Kuczmierczyk AR, Hardiman PJ. Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod* 2011;26:2442-2451.
3. Benson S, Hahn S, Tan S, Mann K, Janssen OE, Schedlowski M, Elisenbruch S. Prevalence and implications of anxiety in polycystic ovary syndrome: results of an internet-based survey in Germany. *Hum Reprod* 2009;24:1446-1451.
4. Prathap A, Subhalakshmi TP, Varghese PJ. A Cross-sectional Study on the Proportion of Anxiety and Depression and Determinants of Quality of Life in Polycystic Ovarian Disease. *Indian J Psychol Med* 2018; 40:257-262.
5. Qadri S, Hussain A, Bhat MH, Baba AA. Polycystic Ovary Syndrome in Bipolar Affective Disorder: A Hospital-based Study. *Indian J Psychol Med* 2018; 40:121-128.
6. Jalnapurkar I, Findley JC. A case of repeated mixed mood episodes with psychotic symptoms associated with the premenstrual period in a patient with polycystic ovarian syndrome. *Gynecol Endocrinol* 2018; 34:467-469.
7. Benson S, Arck PC, Tan S, Hahn S, Mann K, Rifaie N, Janssen OE, Schedlowski M, Elsenbru S. Disturbed stress responses in women with polycystic ovary syndrome. *Psychoneuroendocrinol* 2009;34:727-735.
8. Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:801-810.
9. Akiskal HS, Mallya G. Criteria For The Soft Bipolar Spectrum: Treatment Implications. *Psychopharmacol Bull* 1987, 23; 68-73.
10. Patton JH, Stanford MS, Barrat ES. Factor Structure of Barrat Impulsiveness Scale. *J Clinic Psychol* 1995; 51: 768-774.
11. Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, third edition, OW Hill (Ed.), London: Butterworths, 1976, p.430-439.
12. Feldmanhall O, Dalglish T, Mobbs D. Alexithymia decreases altruism in real social decisions. *Cortex* 2013; 49:899-904.
13. Grynberg D, Luminet O, Corneille O, Grezes J, Berthoz Si. Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? *Pers Individ Dif* 2010; 49:845-850.
14. Lamas C, Chambry J, Nicolas I, Frydman R, Jeammet P, Corcos M. Alexithymia in infertile women. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2006; 27: 23-30
15. Basirat Z, Faramarzi M, Esmaelzadeh S, Firoozjai SA, Mahouti T, Geraili Z. Stress, depression, sexual function, and alexithymia in infertile females with and without polycystic ovary syndrome: a case-control study. *Int J Fertil Steril* 2019; 13: 203.
16. Herrero N, Gadea M, Rodríguez-Alarcón G, Espert R, Salvador A. What happens when we get angry? Hormonal, cardiovascular and asymmetrical brain responses. *Horm Behav* 2010;57:276-283.
17. Adalı E, Yıldızhan R, Kurdoğlu R, Kolusarı A, Edirne T, Şahin HG, Yıldızhan B, Kamacı M. The relationship between clinico-biochemical characteristics and psychiatric distress in young women with polycystic ovary syndrome. *J Int Med Res* 2008; 36: 1188-1196.
18. Şahingöz M, Uğuz F, Gezgin K, Korucu DG. Axis I and axis II diagnoses in women with PCOS. *Gen Hosp Psychiatry* 2013;35: 508-11.

19. Dag Ozcan Z, Alpua M, Işık Y, Buturak V, Tulmaç ÖB, Türkel Y. The evaluation of temperament and quality of life in patients with polycystic ovary syndrome. *Gynecol Endocrinol* 2017; 33: 250-253.
20. Asık M, Altınbas K, Eroğlu M, Karaahmet E, Erbag G, Ertetkin H, Sen H. Evaluation of affective temperament and anxiety-depression levels of patients with polycystic ovary syndrome. *J Affect Disord* 2015; 185: 214-218.
21. El Hayek S, Bitar L, Hamdar LH, Mirza FG, Daoud G. Polycystic Ovarian Syndrome: An Update Overview. *Front Physiol* 2016; 7: 124.
22. Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-370.
23. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *J Turkish Psychiatry* 1997; 8141:280-287.
24. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The Twenty item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994;38:33-40.
25. Sayar K, Güleç H, Ak I. Yirmi Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı 2001; 02-06 Ekim 2001, İstanbul, s.130.
26. Güleç H, Tamam L, Yazıcı Güleç M, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, Stannford MS. Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11 (BIS11)' nin Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Bull Clin Psychopharmacol* 2008; 18: 251-258.
27. Akiskal HS, Perugi G, Hantouche E, Haykal R, Manning S, Connor P. The affective temperament scales of Memphis, Pisa, Paris and San Diego: progress towards a self-rated auto-questionnaire version (TEMPS-A). *J Affect Disord* 2005; 85: 3-16.
28. Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazıcı O, Akiskal KH, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPSA. *J Affect Disord* 2005; 85(1-2): 113-125.
29. Ferriman D, Gallwey JD. Clinical assessment of body hair growth in women. *J Clin Endocrinol* 1961;21: 1440-1447.
30. Scaruffi E, Franzoi IG, Civilotti C, Guglielmucci F, La Marca L, Tomellini M, Granieri A. Body image, personality profiles and alexithymia in patients with polycystic ovary syndrome (PCOS). *J Psychosom Obstet Gynecol* 2019;40:294-303.
31. Sztamari P, Georgiades S, Duku E, Zwaigenbaum L, Goldberg J, Bennett T. Alexithymia in parents of children with autism spectrum disorder. *J Autism Develop Disord* 2008; 38: 1859-1865.
32. Son SH, Jo H, Rim HD, Kim JH, Kim HW, Bae GY, Lee SJ. A Comparative Study on Alexithymia in Depressive, Somatoform, Anxiety, and Psychotic Disorders among Koreans. *Psychiatry Investig* 2012;9:325-331.
33. Korkoliakou P, Efstathiou V, Giannopoulou I, Christodoulou C, Kouris A, Rigopoulos D, Douzenis A. Psychopathology and alexithymia in patients with psoriasis. *An Bras Dermatol* 2017; 92:510-515.
34. Dai L, Zhou Y, Hu J, Deng Y. Effect of alexithymia on health anxiety: Mediating role of cognition and meta-cognition. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2018 Sep 28;43:1026-1031.
35. Demiryürek EÖ, Tekin A, Çakmak E, Temizkan O, Karamustafaloğlu O, Gökova S, Demiryürek E. Correlations between impulsiveness and biochemical parameters in women with polycystic ovary syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016; 206: 5-10.
36. Hergüner S, Harmanlı H, Toy H. Attention deficit-hyperactivity disorder symptoms in women with polycystic ovary syndrome. *Int J Psychiatr Medicine* 2015; 50: 317-325.
37. Agrawal J, Ludwig B, Roy B, Dwivedi Y. Chronic Testosterone Increases Impulsivity and Influences the Transcriptional Activity of the Alpha-2A Adrenergic Receptor Signaling Pathway in Rat Brain. *Mol Neurobiol* 2018; 27.
38. Bird BM, Geniole SN, Procyshyn TL, Ortiz TL, Carré JM, Watson NV. Effect of exogenous testosterone on cooperation depends on personality and time pressure. *Neuropsychopharmacol* 2018; 19.
39. Tekiş İZ, Dokuyucu R, Üstün İ, Gökçe C, Çelik M, Serarslan G, Uçar E, Dolapçioğlu K, Öztürk H, Davran R, Ertekin F, Rızaoğlu H, Kaya H. Hirsutizm nedeniyle başvuran hastaların tanılma açısından değerlendirilmesi. *JCEI* 2014; 5: 69-75.
40. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu Aşlar R, Camcıoğlu TH, Sevinç E. Depresif, anksiyete, somatoform ve psikotik bozukluklarda aleksitimi: Karşılaştırmalı bir çalışma. *J Psychiatric Nurs* 2016;7:75-81.