

## ADET ÖNCESİ DİSFORİK BOZUKLUKTA MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ

### TEMPERAMENT AND CHARACTER TRAITS IN PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER

Ali DORUK\*, Murat ERDEM\*\*, Murat GÜLSÜN\*\*\*, Özcan UZUN\*, Zülküf PERDECİ\*\*\*\*

\*Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

\*\* Jandarma Genel Komutanlığı Anıttepe Dispanseri, Ankara.

\*\*\*Isparta Asker Hastanesi Psikiyatri Servisi, Isparta.

\*\*\*\*Merzifon Asker Hastanesi, Psikiyatri servisi, Amasya.

#### Özet

Önceki araştırmalarda adet öncesi semptomlarla kişilik özellikleri arasında ilişki olabileceği öne sürülmüştür. Bununla birlikte adet öncesi semptomların geriye dönük olarak ve farklı gereçlerle değerlendirilmesi nedeniyle bu sonuçların yorumlanması güçtür. Bu çalışmada Adet Öncesi Disforik Bozukluk (AÖDB) olgularının kişilik boyutları araştırılmıştır. AÖDB tanısı konulan, yaş ortalaması 25.5± 4.6 olan yirmi sekiz olgu ve yaş ortalaması 24.2± 4.2 olan 28 sağlıklı kadın çalışmaya alındı. AÖDB tanısı Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi ile konuldu. Kişilik özellikleri Mizaç Karakter Envanteri (MKE) ile değerlendirildi. Her iki grubun adet döngüsünün foliküler dönemdeki depresyon ve anksiyete düzeyleri Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile tespit edildi. AÖDB olgularının kontrol grubuna göre zarardan kaçınma alt ölçeğinden ve ödül bağımlılığı alt ölçeği duygusallık alt maddesinden yüksek, kendini yönetme alt ölçeği ve işbirliği yapma alt ölçeği sosyal onaylama alt maddesinden düşük puan aldıkları tespit edilmiştir. İş birliği yapma puanları AÖDB şiddeti ile ters bağıntılı bulunmuştur. Bunun dışında MKE puanları ile AÖDB şiddeti arasında ilişki saptanmamıştır. BDÖ ve BAÖ puanları her iki grupta benzer bulunmuştur. AÖDB olguları MKE boyutları yönünden kontrol grubundan farklılık göstermektedir. MKE boyutlarındaki bu farklılık, bu olgularda bazı kişilik bozukluklarının, özellikle de çekingen kişilik bozukluğunun varlığı ile ilişkili olabilir. (Pam Tıp Derg 2009;2(2):68-75).

**Anahtar kelimeler:** Adet öncesi disforik bozukluk, kişilik, MKE, mizaç, karakter.

#### Abstract

Previous researches have suggested a possible link between personality traits and premenstrual symptoms. However, the results are difficult to interpret due to methodological problems such as reporting the premenstrual symptoms retrospectively and utilizing different instruments. The present study investigated personality dimensions in Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD). Twenty-eight women with PMDD (25.5± 4.6 years) and 28 healthy women (24.2± 4.2 years) were recruited. Daily Record of Severity of Problems (DRSP) used to diagnose PMDD. Personality traits were assessed by using Temperament and Character Inventory (TCI), level of depression and anxiety were measured by Beck Depression and Beck Anxiety Inventories (BDI, BAI) during follicular menstrual-cycle phases. The subjects with PMDD had significantly higher scores on the harm avoidance and the sentimentality subscale of reward dependence, but they had significantly lower scores on the self-directedness and the social acceptance subscale of cooperativeness measured by the TCI. The cooperativeness was inversely correlated with the severity of PMDD, but not with the association between PMDD symptoms and the TCI main dimensions. The mean of BDI and BAI were similarly in both groups. PMDD was characterized by deviations in TCI personality dimensions. It might be speculated that this deviations in TCI dimensions are likely to be related to the presence of some personality disorders, especially avoidant personality disorder. (Pam Med J 2008;2(2):68-75).

**Key words:** Premenstrual dysphoric disorder, personality, TCI, temperament, character.

#### Giriş

Reprodüktif dönemdeki bazı kadınların adet dönemleri ile ilişkili tekrarlayıcı özellikte bilişsel, duygudurumla ilgili ve bedensel yakınmaları bulunmaktadır. Bu semptomlar sıklıkla adet döngüsünün geç luteal fazında tekrarlar ve sosyal, mesleki ya da cinsel işlevsellikte bozulmaya yol açabilir. Adet Öncesi Disforik

Bozukluk (AÖDB), adet öncesi gerginlik sendromunun (AÖS) ağır bir formudur. AÖDB tanısı, semptomların zamansal değişimi ile konulur. Reprodüktif dönemdeki kadınların %80'i menstruasyon ile ilgili fiziksel değişimler yaşamaktadır. Bu kadınların %20-40'ı AÖS semptomları göstermekte iken, %2-10'u,

yakınmalarının günlük aktivitelerini kesintiye uğrattığını bildirmektedir. Menstruasyon ile ilgili yakınmalar menarş ile başlayabilir ve sıklıkla geç ergenlik ve erken erişkinlik döneminde adet öncesi gerginlik sendromunun belirtileri olarak ortaya çıkar. Bu semptomlar genel olarak zaman içinde kalıcılık gösterir [1]. Ülkemizde 331 adolesanda gerçekleştirilen bir çalışmada AÖS yaygınlığı % 62.5 olarak bulunmuştur [2].

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırması El Kitabı gözden geçirilmiş 4 ncü baskısında (DSM-IV-TR) AÖDB başka türlü sınıflandırılmayan depresif bozukluklar grubunda yer almıştır ve hastalığın duygudurum, bilişsel ve davranışsal boyutlarının olduğu tanımlanmıştır. AÖDB tanısı konulabilmesi için onbir semptomun en az beşinin bulunması gereklidir. Bu semptomlar; 1) Belirgin çökkün duygudurum, umutsuzluk duygusu ya da kendini değersiz hissetme, 2) Belirgin bunaltı, gerginlik, endişe ya da sabırsızlık, 3) Duygulanımda belirgin ani değişiklikler (üzüntülü ya da ağlamaklı olma ya da reddedilmeye aşırı duyarlılık), 4) Belirgin ve kalıcı öfke ya da huzursuzluk veya kişiler arası çatışmalarda artış, 5) Olağan etkinliklere karşı ilgi azalması (iş, okul, arkadaşlar, hobiler gibi), 6) Yoğunlaşma güçlüğü, 7) Halsizlik yorulma ya da belirgin enerjisizlik, 8) İştahta belirgin değişiklik, aşırı yeme ya da özel yiyeceklere aşırma, 9) Uykusuzluk ya da aşırı uyuma, 10) Başa çıkamama ya da kontrolü kaybetme duygusu, 11) Memelerde hassasiyet ya da şişme, baş, eklem ya da kas ağrıları, bitkinlik hissetme, kilo alma gibi diğer fiziksel belirtilerdir. Bu semptomların luteal fazla sınırlı olmalı ve mevcut olan anksiyete bozukluğu, depresyon ya da kişilik bozukluğunun alevlenmesine bağlı olmamalıdır. Ek olarak bu tanı ileriye dönük olarak en az iki ardışık adet döngüsünde hastanın takip edilmesi sonucu doğrulanmalıdır. Adet döngüsünün foliküler döneminde hastaların asemptomatik olması, mevcut olan anksiyete ya da duygudurum bozukluğundan ayırt edilmeyi sağlar [3].

Adet Öncesi Gerginlik Sendromu (AÖS) ile ilişkili kişilik özellikleri hakkında öne sürülen çeşitli görüşler bulunmaktadır. AÖS'deki kişilik özelliklerini değerlendiren gözlemsel çalışmalarda yaygın olarak kategorik yaklaşım biçimi göze çarpmaktadır. Bu yaklaşım biçimi ise hastaların binişik eksen-II tanılarının saptanmasından ibarettir. Kategorik yaklaşım biçimi, AÖS tanısı almış hastalarda binişik kişilik bozuklukları sıklığının genel olarak düşük oranda saptanmasına neden olmaktadır [4,5]. Pearlstein ve ark. DSM-III-R kriterlerine göre geç luteal faz disforik bozukluğu tanısı almış 78 hastada kişilik bozukluğu oranını %10 olarak bulmuşlardır [4].

De Ronchi ve ark. ise geç luteal faz disforik bozukluk hastalarında şizotipal ve çekingen kişilik bozukluğu sıklığının kontrol grubuna göre yüksek olduğunu saptamışlardır [6]. Critchlow ve ark. ise 34 AÖDB hastasında herhangi bir kişilik bozukluğu saptamamışlardır [5].

AÖDB'de kişilik özelliklerinin boyutsal açıdan değerlendirilmesi ile ilgili çalışmaların bulguları nörotisizme dikkat çekmektedir. Nörotisizm düşük benlik saygısı, sinirlilik, kaygılı olma gibi olumsuz duygu ve bilişlere yatkınlık olarak tanımlanır [5,7-10]. ve genellikle Eysenck Kişilik Envanteri ile değerlendirilir. Bazı çalışmalarda AÖS hastalarında nörotisizmin yüksek olduğu bildirilmiştir [7-9]. Bancroft ve ark. adet dönemindeki duygudurum semptomlarının şiddeti ile nörotisizmin yüksek oranda ilişkili olduğunu bulmuşlardır [9]. Taylor ve ark. ise Eysenck Kişilik Envanteri nörotisizm maddesinin ortanca puanına göre örneklemi nörotik ve normal olarak ayırdıkları çalışmada, nörotik AÖS grubunda keyifsizlik, sinirlilik, kararsızlık, insomnia ve yorgunluk düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır [8]. Hallman ve ark. ise kişilik özelliklerini Karolinska Kişilik Skalası ile değerlendirdikleri çalışmada AÖS grubunun sağlıklı kadınlara göre somatik anksiyete, kas gerginliği, dolaylı ve sözel agresyon ve nörotisizm düzeylerinin yüksek, sosyalizasyon düzeylerinin ise düşük olduğunu tespit etmişlerdir [7]. Parry ve ark. kişilik özelliklerini Millon Çok Eksenli Klinik Envanteri ile değerlendirdikleri çalışmada geç luteal faz disforik bozukluk olgularının sağlıklı kontrol grubuna göre pasif agresif ve borderline-sikloid özelliklerinin daha fazla, kompulsif özelliklerinin ise daha az olduğunu bulmuşlardır [10]. Critchlow ve ark. AÖDB olgularının obsesif özelliklerinin daha fazla olduğunu saptamışlardır [5]. Bu çalışmadan farklı olarak Freeman ve ark. AÖS olgularının Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği ile yapılan değerlendirmede, tüm boyutlarda (zarardan kaçınma, yenilik arayışı, sebat etme) normal değerlere göre yüksek puanlar aldıklarını bulmuşlardır. Bu çalışmada zarardan kaçınma puanları adet öncesi depresif semptom düzeyi ve ağrı ile, yenilik arayışı puanları ise adet öncesi aşırma, başağrısı ve duygudurum değişiklikleri ile orta derecede bağıntılı bulunmuştur [11].

Cloninger tarafından öne sürülen boyutsal yaklaşımlı psikobiyolojik kişilik modelinde, kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi için Mizaç ve Karakter Envanteri kullanılır. Bu envanter genetik bileşeni % 40-60 oranında olan mizaç ile ilişkili dört boyut ve genetik bileşeni % 10-15 olan üç karakter boyutu içerir. Rastlantısal olmayan çevresel komponenti ise % 30-35 ağırlığındadır [12-14]. Özgün kişilik yapılarının özgün

monoamin nörotransmitter işlevlerinden etkilendiği bilinmektedir.<sup>15</sup> Yenilik arayışı düşük bazal dopaminerjik aktivite, zarardan kaçınma yüksek serotonerjik aktivite, ödül bağımlılığı düşük bazal noradrenerjik aktivite ve sebat etme glutamaterjik aktivite ile ilişkilidir. Nörotransmitterler ile kişilik özellikleri arasındaki bu ilişkiler genetik, işlevsel, beyin görüntüleme ve biyokimyasal çalışmalarla desteklenmiştir [12-14,16-19].

AÖDB'nin sebebi hakkında henüz görüş birliği sağlanmamıştır. Bununla birlikte genetik faktörler ve serotonerjik disfonksiyon etiyolojide önemli rol oynuyor gibi gözükmektedir [1]. Özgün kişilik yapıları ile AÖDB arasındaki ilişki ortaya konabilirse, bu olgulardaki monoamin nörotransmitter işlevlerinin değerlendirilmesi mümkün olabilir ve bu da hastalığın tedavisinin planlanmasında ya da önlenmesinde yararlı olabilir. Bu nedenle bu çalışmada AÖDB tanısı almış kadınların Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) kullanılarak boyutsal kişilik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

### Olgular

Yapılan fizik ve pelvik muayene, tam kan, rutin biyokimya ve tam idrar incelemesi sonunda genel tıbbi ya da jinekolojik herhangi bir hastalığı saptanmayan, DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre AÖDB tanısı almış 28 kadın çalışmaya alındı. AÖDB nedeniyle psikotrop, oral kontraseptif ya da başka bir tedavi alan, hamilelik, laktasyon, histerektomi, düzensiz adet döngüsü ya da ciddi tıbbi hastalığı bulunan, son bir yıl içinde alkol ya da madde kötüye kullanımı bulunan, binişik eksen-I psikiyatrik tanı alan olgular çalışma dışında bırakıldı. DSM-IV tanı kriterlerine göre yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I) kullanılarak yapılan değerlendirme sonunda eksen-I psikiyatrik tanı almayan, adet öncesi dönemde yakınmaları bulunmayan ve hormonal kontraseptif tedavi almayan olgular ise kontrol grubunu oluşturdu. Tüm olgular 18-35 yaş aralığındaydı, adet döngüleri düzenli ve 22-35 gün arasındaydı. Olgular yapılan çalışmayla ilgili olarak bilgilendirildi ve yazılı onayları alındı.

### Gereç

AÖDB ile ilişkili semptomların sıklığı ve şiddeti Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi ile ölçüldü. Diğer psikiyatrik bozuklukların tanısı SCID-I ile konuldu. Eksen I psikiyatrik tanı almayan AÖDB olgularının, adet döngüsünün foliküler döneminde Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği doldurmaları sağlandı.

### 1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu

### (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) (SCID-I)

First ve arkadaşları tarafından, DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilen yapılandırılmış klinik görüşme formudur. Geçerlik ve güvenilirliği Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından yapılmış olan Türkçe çevirisi kullanılmıştır [20-21].

### 2. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE)

MKE, 240 maddeden oluşan, doğru-yanlış biçiminde doldurulan bir özbidirim ölçeğidir. Mizaç ile ilişkili dört alt boyut içermektedir. 1) Yenilik arayışı (keşfetmekten heyecan duyma, dürtüsellik, savurganlık, düzensizlik), 2) Zarardan kaçınma (beklenti endişesi, belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme, çabuk yorulma), 3) Ödül bağımlılığı (duygusallık, sosyal bağlanma, bağımlılık) ve 4) Sebat etme. Karakter boyutu ise 1) Kendini yönetme (sorumluluk alma, amaçlılık, beceriklilik, kendini kabul etme, uyumlu ikincil huylar), 2) İşbirliği yapma (sosyal onaylama, empati, yardımseverlik, merhametlilik, erdemlilik), 3) Kendini aşma (kendini kaptırma, kişilerarası özdeşim, manevi kabul) alt boyutlarından oluşur [14,15]. MKE'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Köse ve ark [22], Arkar ve ark. [23] tarafından yapılmıştır.

### 3. Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi

AÖDB için tanımlanmış DSM-IV tanı kriterlerinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen bir ölçektir. Adet döngüsü süresince AÖDB ile ilişkili yakınmaların şiddetinin değerlendirilmesini sağlar. AÖDB için DSM-IV tanı kriterlerini içeren 11 ruhsal ve fiziksel semptom (A kriterleri) işlevsellikle ilgili üç madde (B kriterleri) eklenmiştir. Sorun şiddeti günlük kayıt çizelgesi, olguların adet döngüleri boyunca doldurmaları istenen, AÖDB tanı kriterleri ile ilişkili, 1-6 puan arası değerlendirilen (1: yok, 2:çok hafif, 3:hafif, 4: orta, 5: şiddetli, 6: çok şiddetli) maddelerden oluşur. Ardışık iki adet döngüsü boyunca; 1) midfoliküler dönemde (adetin başlangıcından sonraki 6-10 ncu gün arası) yakınması bulunmayan ya da çok düşük şiddette yakınması olan, 2) Adet öncesi son bir haftalık dönemde depresyon, anksiyete, duygusal değişkenlik ya da öfke/sinirlilik semptomlarından en az birisinden, en az iki gün, 4 (orta şiddette) ve daha üzeri puanı bulunan, 3) Adet öncesi son bir haftalık dönemde diğer yedi semptomun en az dördünden, en az iki gün, 4 ve üzeri puanı bulunan, 4) Adet öncesi son bir haftalık dönemde en az iki gün, işlevsellikle ilgili üç maddenin en az birisinden, 4 ve üzeri puanı bulunan olgular AÖDB olarak değerlendirildi. Sorun şiddeti günlük kayıt çizelgesi Endicott ve ark. tarafından geliştirilmiş olup [24], henüz Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır.

#### 4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Depresif semptomların şiddetinin değerlendirilmesi amacı ile kullanılan, 21 maddeden oluşan, likert tipi bir ölçektir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli ve ark. tarafından yapılmıştır [26].

#### 5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Bu ölçek 21 maddeden oluşan, anksiyete semptomlarının şiddetini değerlendirmeye yarayan bir ölçektir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin [27], Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark. tarafından yapılmıştır [28].

#### İstatistiksel Değerlendirme

AÖDB ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri  $\chi^2$  testi ile, MKE alt ölçek puanları, BDÖ ve BAÖ puanları ise Student t testi ile karşılaştırıldı. MKE alt ölçek puanları ile AÖDB semptomlarının şiddeti arasındaki bağıntı Pearson korelasyon testi ile araştırıldı.

#### Sonuçlar

AÖDB grubunun (n= 28) yaş ortalaması 25.5 ± 4.6 yıl olarak saptandı. Olguların % 14'ü üniversite mezunu, %85.7'si üniversite öğrencisiydi. AÖDB grubu ile kontrol grubu arasında yaş, eğitim düzeyi, medeni durum ve çalışma durumu yönünden fark bulunmadı (Tablo 1). AÖDB ve kontrol grubunun foliküler dönem BDÖ puanları (sırasıyla 3.7± 2.7 ve 3.7± 2.4; t= 0.051, p= 0.959) ve BAÖ puanları (sırasıyla 5.1± 3.0 ve 4.2± 2.9; t =1.096, p= 0.278) arasında fark saptanmadı.

Tablo 2'de AÖDB ve kontrol gruplarının MKE alt ölçek puanları yer almaktadır. AÖDB grubunun zarardan kaçınma alt ölçek puanının kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptandı. AÖDB olguları zarardan kaçınma alt ölçeğinin beklenti endişesi alt maddesi ve ödül bağımlılığı alt ölçeğinin duygusallık alt maddesi puanlarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptandı. AÖDB grubunda kendini yönetme alt ölçeği toplam puanı ile bu alt ölçeğin sorumluluk alma, amaçlılık ve kendini kabul alt madde puanları ile işbirliği yapma alt ölçeği sosyal onaylama alt madde puanının kontrol grubuna göre düşük olduğu saptandı (p< 0.01). Diğer alt ölçek ve alt madde puanları arasında fark saptanmadı (p> 0.05).

AÖDB grubunda MKE alt ölçek puanları ile sorun şiddeti günlük kayıt çizelgesinde yer alan 11 semptom arasında bağıntı saptanmadı (p> 0.05). MKE'nin işbirliği yapma alt ölçek puanı ile sorun şiddeti günlük kayıt çizelgesi geç luteal dönem

toplam puanı arasında negatif bağıntı olduğu saptandı (r= -0.406, p= 0.032, n= 28).

#### Tartışma

Bu çalışma AÖDB hastalarında MKE kullanılarak gerçekleştirilen ilk çalışmadır. AÖDB grubunda zarardan kaçınma alt ölçek puanı ile beklenti endişesi, duygusallık alt madde puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek olduğu, kendini yönetme alt ölçek puanı ile sosyal onaylama alt madde puanlarının ise kontrol grubundan yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bu sonuçlar AÖS hastalarında Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği ile gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları ile uyumludur. Freeman ve ark. AÖS olgularının her üç alt ölçek puanlarının ölçeğin normatif değerlerinden yüksek olduğunu bulmuşlardır [10]. Bizim çalışmamızda, Freeman ve ark.'nın bulgularından farklı olarak AÖDB olgularında yenilik arayışı alt ölçek puanının kontrol grubundan farklı bulunmamasının nedeni örneklemin küçüklüğü, kültürel farklılık ve yaş farklılığı olabilir.

AÖDB olgularının zarardan kaçınma alt ölçeği ve beklenti endişesi alt maddesi puanlarının farklılık göstermesi dikkat çekicidir. Bu durum, AÖDB olgularının karamsar ve endişeli olduğunu, başarısızlığa uğrama ve zarar görme beklentisine eğilimli olduklarını gösterir. Bu eğilim özellikle tehlikeli, alışılmamış ve zor durumlarda göze çarpmaktadır. Fakat aynı zamanda zararsız, güven verici ve destekleyici koşullarda da ortaya çıkar. Enerji düzeyleri düşük olma eğilimindedir ve kronik olarak yorgundurlar ya da çabuk yorulma eğilimindedirler. Ek olarak bu kişiler sıkıntı verici, huzursuz edici durumların üstesinden gelmede güçlük çekerler [29]. Artmış zarardan kaçınma, depresyon [30], fibromiyalji [31], gerilim tipi baş ağrısı [32], panik bozukluk [33], obsesif kompulsif bozukluk [34], yaygın anksiyete bozukluğu [35] ve sosyal fobide [36]. de bildirilmiştir. Bu bozukluklar aynı zamanda yüksek nörotisizme de sahiptirler. Sonuçlarımız diğer çalışmalarla farklı değerlendirme gereçleri kullanılması nedeniyle açıkça karşılaştırılmamakla birlikte MKE'nin zarardan kaçınma alt ölçeği ile ilgili tanımlamalar Critchlow ve ark [5], Hallman ve ark [7], Taylor ve ark [8], Bancroft ve ark [9]. ve Parry ve ark.'nın [10] nörotisizm tanımlamaları ile aynı doğrultudadır. Mizaç ve karakter özellikleri güvenilir ve kalıcı özellikler olmakla birlikte zarardan kaçınma ajite ya da depresif hastalarda geçici olarak artış gösterebilir [29]. Bu nedenle bu çalışmadaki zarardan kaçınma alt ölçeği puanlarının yüksekliğinin, bu olguların binişik psikiyatrik bozukluk ya da depresyon ve anksiyete düzeylerinden etkilendiği düşünülebilir. Fakat bu çalışmadaki AÖDB olgularının binişik eksen I

psikiyatrik bozukluğu bulunmamaktadır. Ayrıca foliküler (asemptomatik) dönemdeki depresyon ve anksiyete düzeyleri de sağlıklı kontrol grubu ile benzer bulunmuştur. Aynı zamanda işbirliği yapma alt ölçeği dışında MKE alt ölçek puanları ile AÖDB olgularının luteal dönem sorun şiddeti günlük kayıt çizelgesi puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlar bu çalışmadaki AÖDB olgularının MKE alt ölçek puanlarının anksiyete ve depresyon düzeylerinden bağımsız olduğunu göstermektedir. Ek olarak AÖDB etiolojisindeki serotonerjik disfonksiyon, zarardan kaçınma ile AÖDB arasındaki ilişkiyi düşündürülebilir [1,15].

Ödül bağımlılığı alt ölçeği duygusallık alt maddesinden yüksek puan alan bireyler, duygusal, sempatik, anlayışlı bireyler olarak tanımlanır. Bu bireyler duygusal gereksinimlerinden önemli ölçüde etkilenme eğilimindedirler. Duyguları diğerlerinin varlığından kolayca etkilenebilir. Yoğun duygular yaşantıladıklarını bildirebilirler. Ödül bağımlılığının yüksekliği, bireyleri kişilik bozukluğuna karşı korur [37]. Bu çalışmada AÖDB olgularının ödül bağımlılığı alt ölçeğinin sadece duygusallık alt maddesi puanı kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. Muhtemelen yeterli olmayan yüksek ödül bağımlılığı puanları AÖDB semptomlarının ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir.

Kendini yönetme alt ölçeğinden düşük puan alan bireylerin kişilik bozukluğuna sahip olma olasılığı yüksektir [37,38]. Bu durum AÖDB semptomatolojisinin en iyi biçimde açıklanmasına olanak sağlıyor gibi görünmektedir. Kendini yönetme bulimia nervosa [39], alkol kullanım bozuklukları [40] ve aleksitimide [41]. de önemli bir öngördürücüdür. Kendini yönetme puanı düşük olan bireyler immatür, zayıf, kırılabilir, sorumsuz, yıkıcı, sorumsuz, güvenilir olmayan ve toplumla bütünleşemeyen kişiler olarak tanımlanırlar [29]. Bu kişilik özelliğinin AÖDB semptomlarının şiddetine diğer semptomatolojik ya da psikopatolojik etkenlerden daha çok katkıda bulunuyor gibi gözüktüğü diğer araştırmacılar tarafından da bildirilmektedir [7,8,10]. İşbirliği yapma alt ölçeği sosyal kabul alt maddesinden düşük puan alan bireyler hoşgörüsüz ve düşmanca olarak tanımlanırlar. Tipik olarak sabırsız ve diğer kişilerin eleştirilerine tahammülsüzdürler [29]. Genellikle kendini yönetme alt ölçek puanı düşük olan bireyler aynı zamanda işbirliği yapma alt ölçeğinden de düşük puan alırlar. Pratik olarak MKE' nin karakter ile ilgili alt ölçek puanları kişilik bozukluğunun varlığı ya da yokluğunu tahmin etmeye yarar [37]. Svraçic ve ark.na göre karakter boyutundan,

özellikle de kendini yönetme ve işbirliği yapma alt ölçeklerinden düşük puan alan bireyler, tutarlı bir şekilde DSM ye göre üç grupta tanımlanan herhangi bir kişilik bozukluğunun semptomlarına sahiptir ve her kişilik bozukluğu için belirlenmiş boyutsal alttıpler bulunmaktadır [37].

Bu çalışmanın sonuçları Svraçic ve ark.nın bulguları [37]. ile uyusmaktadır. Svraçic ve ark. çekingen kişilik bozukluğunda zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı puanlarının yüksek, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarının ise düşük olduğunu bildirmişlerdir. Ek olarak bulgular Griego ve ark.nın bulguları [42] ile kısmen uyumludur. Griego ve ark. üniversite öğrencilerinde yaptıkları araştırmada, çekingen kişilik bozukluğu olgularında zarardan kaçınma puanlarının yüksek, sebat etme, kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma puanlarının düşük olduğunu saptamışlardır. Bu sonuçlar AÖDB olgularının bulguları ile örtüştüğü için bu çalışmada yer alan AÖDB olgularının binişik çekingen kişilik bozukluğu bulunduğu ifade edilebilir. Bu sonuç DeRonchi ve ark. tarafından da desteklenmiştir. DeRonchi ve ark. yaşlı AÖDB olgularında çekingen kişilik bozukluğu oranının kontrol grubuna göre yüksek olduğunu saptamışlardır [6].

Bu çalışmanın bir başka bulgusu ise işbirliği yapma alt ölçek puanı ile AÖDB semptomlarının şiddeti arasındaki bağıntı dışında bir bağıntı bulunmamasıdır. Daha önce yapılan çalışmalarda zarardan kaçınma alt ölçeği puanı adet öncesi depresyon ve ağrı ile, yenilik arayışı alt ölçeği puanı adet öncesi aşerme, başağrısı ve duygudurum değişiklikleri ile bağıntılı bulunmuştur [11]. Bu çalışmanın bulguları AÖS popülasyonunda önceden Endicott ve ark [43] tarafından tanımlanan ve Freeman ve ark. [11] tarafından da desteklenen alt grupların varlığını desteklememektedir.

Bu çalışmanın çeşitli sınırlılıkları bulunmaktadır. Örneklemin küçük olması sonuçların genelleştirilmesi için sınırlılık oluşturmaktadır. Olguların yaşam boyu ortaya çıkan psikiyatrik semptomlarının değerlendirilmesi ile ilgili olabilecek yetersizlik önemli bir kısıtlılıktır. Üçüncü olarak AÖDB olgularında binişik eksen-II kişilik bozukluğu bulunup bulunmadığı değerlendirilmemiştir. AÖDB olgularında eksen-II kişilik bozuklukları da tespit edilerek elde edilen bulguların daha tutarlı olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu çalışmada AÖDB hastalarında MKE alt ölçek puanlarının kontrol grubundan farklı olduğu bulunmuştur. Zarardan kaçınma puanlarının yüksek, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarının düşük olduğu dikkati

çekmektedir. Zarardan kaçınma boyutundaki düşüklük AÖDB'deki serotonerjik disfonksiyona işaret etmektedir. Düşük kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları tutarlı biçimde herhangi bir kişilik bozukluğu semptomları ile ilişkili olabilir. AÖDB olgularındaki MKE boyutları çekingen

kişilik bozukluğu ile ilişkili olabilir. Bu durumun ortaya konulabilmesi için daha büyük örneklemede gerçekleştirilen ve binişik eksen I psikiyatrik bozukluk bulunmayan AÖDB olgularında yapılacak çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

**Tablo 1.** AÖDB ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri.

	<b>AÖDB</b> (n=28)	<b>Kontrol</b> (n=28)	<b>İstatistik</b>
Yaş (yıl)	25.5±4.6* (20-34)	24.2±4.2 (18-33)	t=1.059, p=.294
Eğitim düzeyi			
Lise	4 (14.3%)	---	
Üniversite öğrencisi	10 (35.7%)	11 (39.3%)	$\chi^2=4.338$ , p=.114
Üniversite	14 (50%)	17 (60.7%)	
Medeni durum			
Bekar	24 (85.7%)	19 (67.9%)	$\chi^2=2.504^{**}$ , p=.114
Evli	4 (14.3%)	9 (32.1%)	
Meslek			
Öğrenci	10 (35.7%)	11 (39.3%)	$\chi^2=.762$ , p=.683
Ev hanımı	12 (42.9%)	9 (32.1%)	
Çalışıyor	6 (21.4%)	8 (28.6%)	

AÖDB: Adet Öncesi Disforik Bozukluk; \* Ort. ± SD.; \*\*: Fischer exact test değeri

**Tablo 2.** AÖDB ve kontrol grubunun Mizaç Karakter Envanteri (MKE) ne göre kişilik özellikleri.

<b>MKE</b>	<b>AÖDB</b> (n=28)	<b>Kontrol</b> (n=28)	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Yenilik arayışı</b>	20.0 ± 6.0	19.5 ± 5.0	.34	.736
Keşfetmekten heyecan duyma	7.0 ± 2.2	6.9 ± 2.2	.24	.813
Dürtüsellik	3.4 ± 1.8	3.5 ± 1.8	.15	.881
Savurganlık	4.7 ± 2.2	4.7 ± 1.8	.07	.948
Düzensizlik	4.9 ± 2.0	4.4 ± 1.6	.95	.349
<b>Zarardan kaçınma</b>	19.8 ± 5.8	14.8 ± 6.7	2.96	<b>.005</b>
Beklenti endişesi	5.9 ± 2.0	4.0 ± 2.2	3.33	<b>.002</b>
Belirsizlik korkusu	4.8 ± 2.0	3.9 ± 2.0	1.62	.111
Yabancılardan çekinme	4.1 ± 2.8	3.2 ± 2.2	1.37	.175
Çabuk yorulma	5.0 ± 2.5	3.7 ± 2.2	1.93	.059
<b>Ödül bağımlılığı</b>	14.5 ± 2.8	13.5 ± 3.7	1.13	.263
Duygusallık	7.1 ± 1.3	5.9 ± 2.0	.26	<b>.011</b>
Sosyal bağlanma	4.5 ± 2.0	4.8 ± 2.0	.67	.506
Bağımlılık	2.9 ± 1.6	2.8 ± 1.3	.36	.722
<b>Sebat etme</b>	5.2 ± 1.9	4.3 ± 1.0	1.83	.07
<b>Kendini yönetme</b>	27.6 ± 5.6	33.5 ± 4.2	4.49	<b>.001</b>
Sorumluluk alma	5.0 ± 2.4	6.6 ± 1.5	3.03	<b>.004</b>
Amaçlılık	4.7 ± 1.7	6.0 ± 1.0	3.47	<b>.001</b>
Beceriklilik	3.5 ± 1.1	4.0 ± 1.0	1.65	.105
Kendini kabul	4.5 ± 1.9	6.5 ± 2.4	3.57	<b>.001</b>
Uyumlu ikincil huylar	9.9 ± 1.6	10.4 ± 1.0	1.47	.147
<b>İşbirliği yapma</b>	28.9 ± 4.3	31.1 ± 4.7	1.85	.071
Sosyal onaylama	5.6 ± 1.4	6.7 ± 1.2	3.23	<b>.002</b>
Empati	4.9 ± 1.0	4.6 ± 1.5	.83	.412
Yardımseverlik	5.3 ± 1.6	5.5 ± 1.2	.56	.576
Merhametlilik	6.4 ± 2.3	7.3 ± 1.9	1.54	.130
Erdemlilik	6.7 ± 1.5	7.0 ± 1.2	.87	.387
<b>Kendini aşma</b>	18.4 ± 6.1	15.5 ± 5.6	1.82	.074
Kendini kaptırma	5.6 ± 2.0	4.8 ± 2.0	1.48	.145
Kişilerarası özdeşim	4.6 ± 1.6	4.0 ± 1.9	1.28	.205
Manevi kabul	8.1 ± 3.2	6.7 ± 3.2	1.70	.096

MKE: Mizaç Karakter Envanteri; AÖDB: Adet Öncesi Disforik Bozukluk

## Kaynaklar

1. Bhatia SC, Bhatia K. Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Am Fam Physician* 2002; 66: 1239-48.
2. Yücel Ü, Bilge A, Oran N, Ersoy MA, Gençdoğan B, Özveren Ö. Adölesanlarda premenstruel sendrom yaygınlığı ve depresyon riski arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2009 ; 10: 55-61.
3. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 1994; p 715-8.
4. Pearlstein TB, Frank E, Rivera-Tovar A, Thoft JS, Jacobs E, Mieczkowski TA. Prevalence of axis I and axis II disorders in women with late luteal phase dysphoric disorder. *J Affect Disord* 1990; 20: 129-4.
5. Critchlow DG, Bond AJ, Wingrove J. Mood disorder history and personality assessment in premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 688-93.
6. De Ronchi D, Muro A, Marziani A, Rucci P. Personality disorders and depressive symptoms in late luteal phase dysphoric disorder. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 227-34.
7. Hallman J, Orelund L, Edman G, Schalling D. Thrombocyte monoamine oxidase activity and personality traits in women with severe premenstrual syndrome. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 225-34.
8. 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.
9. Bancroft J, Williamson L, Warner P, Rennie D, Smith SK. Perimenstrual complaints in women complaining of PMS, menorrhagia and dysmenorrhea: Toward a dismantling of the premenstrual syndrome. *Psychosom Med* 1993; 55: 133-5.
10. Parry BL, Ehlers CL, Mostofi N, Phillips E. Personality traits in LLPDD and normal controls during follicular and luteal menstrual-cycle phases. *Psychol Med* 1996; 26: 197-202.
11. Freeman EW, Schweizer E, Rickels K. Personality factors in women with premenstrual syndrome. *Psychosom Med* 1995; 57: 453-9.
12. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:573-88.
13. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50: 975-990.
14. Cloninger CR. Temperament and personality. *Curr Opin Neurobiol* 1994; 4: 266-73.
15. Reif A, Lesch KP. Toward a molecular architecture of personality. *Behav Brain Res* 2003; 139:1-20.
16. Mitropoulou V, Trestman RL, New AS, Flory JD, Silverman JM, Siever LJ. Neurobiologic function and temperament in subjects with personality disorders. *CNS Spectr* 2003; 8:725-30.
17. O'Gorman RL, Kumari V, Williams SC, Zelaya FO, Connor SE, Alsop DC, Gray JA. Personality factors correlate with regional cerebral perfusion. *Neuroimage* 2006; 31:489-95.
18. Fidler AE, van Oers K, Drent PJ, Kuhn S, Mueller JC, Kempenaers B. Drd4 gene polymorphisms are associated with personality variation in a passerine bird. *Proc Biol Sci* 2007; 22;274:1685-91.
19. Buckholtz JW, Callicott JH, Kolachana B, Hariri AR, Goldberg TE, Genderson M, Egan MF, Mattay VS, Weinberger DR, Meyer-Lindenberg A. Genetic variation in MAOA modulates ventromedial prefrontal circuitry mediating individual differences in human personality. *Mol Psychiatry* 2008;13:313-24.
20. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington D.C: American Psychiatric Press, 1997
21. Ozkürkcuğil A, Aydemir O, Yıldız M, Esen Danacı A, Koroglu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 1999;12: 233-6.
22. Kose S, Sayar K, Ak I, Aydın N, Kalelioglu U, Kırpınar İ, Reeves RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Turkish version of the Temperament and Character Inventory (TCI): Reliability, validity, and factorial structure. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004; 14: 107-31.
23. Arkar H, Sorias O, Tunca Z, Safak C, Alkin T, Binnur Akdede B, Sahin S, Akvardar Y, Sari O, Ozerdem A, Cimilli C. Factorial structure, validity, and reliability of the Turkish temperament and character inventory. *Turk Psikiyatri Derg* 2005; 16:190-204.
24. Endicott J, Nee1 J, Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): Reliability and validity. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9:41-9.
25. Hisli N. Reability and validity of Beck Depression Inventory among University students. *J Turk Psychol* 1989; 7: 3-13.
26. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
27. Beck AT, Epstein N, Brown G. An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 1988; 56:893-7.
28. Ulusoy M, Erkmen H, Sahin N: Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998;12:163-72
29. Kose S. A Psychobiological model of temperament and character: TCI. *Yeni Symposium* 2003; 41: 86-97.
30. Hansenne M, Ansseau M. Harm avoidance and serotonin. *Biol Psychol* 1999; 51: 77-81.
31. Anderberg UM, Forsgren F, Ekselius L, Marteinsdottir I, Hallman J. Personality traits according to the Temperament and Character Inventory (TCI) in female fibromyalgia syndrome patients. *Nordic J Psychiatry* 1999; 53: 353-60.
32. Boz C, Velioglu S, Ozmenoglu M, Sayar K, Alioglu Z, Yalman B, Topbas M. Temperament and character profiles of patients with tension-type headache and migraine. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58: 536-43.
33. Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Maggini C. Temperament and personality features in panic disorder with or without comorbid mood disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 420-3.
34. Kusunoki K, Sato T, Taga C, Yoshida T, Komori K, Narita T, Hirano S, Iwata N, Ozaki N. Low novelty-seeking differentiates obsessive-compulsive disorder from major depression. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 403-5.
35. Starcevic V, Uhlenhuth EH, Fallon S, Pathak D. Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder. *J Affect Disord* 1996; 37: 75-9.
36. Marteinsdottir I, Tillfors M, Furmark T, Anderberg UM, Ekselius L. Personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory (TCI) in subjects with social phobia. *Nord J Psychiatry* 2003; 57: 29-35.
37. Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 189-95.
38. Cloninger CR. A practical way to diagnosis personality disorder: A proposal. *J Personal Disord* 2000; 14: 99-108.

39. Abbate-Daga G, Piero` A, Gramaglia C, Fassino TS. Factors related to severity of vomiting behaviors in bulimia nervosa. *Psychiatry Res* 2005; 134: 75-84.
40. Akvardar Y, Arkar H, Akdede BB, Gul S, Sari O, Tunca Z. Personality features of patients with alcohol use disorders. *Journal of Dependence* 2005; 6: 54-60.
41. De Berardis D, Campanella D, Gambi F, Sepede G, Carano A, Pelusi L, La Rovere R, Di Matteo D, Salini G, Cotellessa C, Salerno RM, Ferro FM. Alexithymia and body image disturbances in women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2005; 26: 257-64.
42. Griego J, Stewart SE, Coolidge FL. A convergent validity study of Cloninger's Temperament and Character Inventory with the Coolidge Axis II Inventory. *J Personal Disord* 1999; 13: 257-67.
43. Endicott J, Halbreich U, Schacht S. Premenstrual changes and affective disorders. *Psychosom Med* 1981; 43: 519-29.