

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUMDA RUHSAL SORUNLAR

MENSTRUEL SIKLUSLA İLGİLİ RUHSAL SORUNLAR

A) Premenstruel Sendrom:

Batı toplumlarında farklı araştırmalara göre kadınların % 30-90' ında premenstruel dönemde hafif düzeyde ve kısa süren bedensel-ruhsal yakınmalar olduğu görülmüştür. Ancak bu grubun sadece % 5-10' ında yakınmalara bağlı işlev kayıpları vardır. Sosyodemografik açıdan risk faktörleri belirlenmemiştir. Yakınmalar genellikle genç kızlık döneminde başlar, buna karşın tedaviye başvuran 30'lu yaşlarda olur. Kendiliğinden düzelme nadirdir, genellikle kronik gidiş gösterir. Gebelik sayısı ve yaşla beraber belirtiler ağırlaşabilir.

Tanı;

Premenstruel sendromda belirtilen dört grupta toplanabilir:

- 1- Fiziksel:** hastaların % 90' ında yorgunluk, baş ağrısı, eklem ağrısı, karında şişkinlik, göğüste hassasiyet, koordinasyon bozukluğu ve akne vardır.
- 2- Ruhsal:** Hastaların % 97' sinde anksiyete, depresyon, duygudurum dalgalanmaları görülür.
- 3- Davranışsal:** Sinirlilik ve saldırgan davranışlar.
- 4- Diğer:** Alkol kötüye kullanımı, istek azalması, dikkat dalgınlığı, bulimiya, uyku hali ya da uykusuzluk, çabuk yorulma, kontrol kaybı hissi.

Premenstrüel sendrom tanısı koyabilmek için aşağıdaki ölçütler gerekir:

Belirtilerin adet öncesi bir haftalık süre içinde başlayıp adet görülmesiyle sonlanan premenstruel dönemle sınırlı olduğu ortaya konmalı, bunun için hastadan en az iki ay süreyle adet dönemi günleriyle birlikte belirtilerini kaybetmeleri istenerek prospektif ölçümler yapılmalıdır.

Hastalarda, en az bir tanesi ruhsal ya da bedensel belirtilerden olmak üzere, yukarıda sayılan belirtilerden en az beş belirti bulunmalı ve bunlar son bir yıl içinde çoğu adet döneminin öncesinde gözlenmelidir. Aynı zamanda hastalığa bağlı olarak iş, okul ve sosyal işlevsellik alanlarında düşme gözlenmelidir.

Etiyoloji:

Premenstrüel sendroma ilişkin etiyolojik etkenler arasında endokrin-metabolik faktörler (estrogen, progesteron, prostaglandinler, prolaktin, kortizol, endorfinler, pridoksin, nörotransmitterler, sıvı - elektrolit dengesinde bozulma) ve kalıtım (tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre eş hastalanma oranları ve hasta annelerin çocuklarında hastalık oranları

daha yüksektir) sayılmaktadır.

Belirtilerin ortaya çıkmasında psikolojik ve sosyal beklentilerin de önemli olduğu bildirilmektedir. Kadın, davranış ve tepkilerinin adet dönemlerinden etkilenmediğini bekler ve sosyal çevre bu beklentileri destekler ise, belirtilerin ortaya çıkması kolaylaşacaktır. Gelişim dönemlerindeki öğrenme yaşantıları da etkili olabilir. Bunlar ilişkili olabilecek etkenler olup, kesin etyoloji aydınlatılmamıştır.

Ayrıca Tanı:

Bu hastalarda sıklıkla duygudurum bozukluğu, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, alkol - madde bağımlılığı ve somatoform bozukluklar eşlik eder. Bu nedenle ayrıca tanıda dikkatli olunmalıdır.

Depresyonlu hastalarda belirtiler adet öncesi dönemde artabilir, ancak depresyonun tedavisiyle ortadan kalkar.

Premenstrüel belirtilerle gelen hastalarda endokrin bozukluk bulunma olasılığı da gözardı edilmemelidir. Örneğin, hipoglisemi, cushing hastalığı, polikistik over hastalığı, tiroid hastalıkları.

Ayrıca tanıda dışlanması gereken diğer bedensel hastalıklar anemi, sistemik lupus eritematosus, metabolizma bozuklukları, kanser ve enfeksiyonları.

Tedavi:

Ruhsal tedavilerin diğer tedavilere ek olarak ya da tek başına kullanılması gereklidir.

Buspiron, alprazolam, seçici serotonin geri alımın inhibitörü grubundan antidepresanlar (duygudurum belirtileri için). Alprazolam bağımlılık yapabileceği için adet öncesi dönemlerle kısıtlı kullanılmalı ve daha sonra dozu yavaşça azaltılarak kesilmeli, antidepresanlar ise ay boyunca sürekli kullanılmalıdır.

Diyetin düzenlenmesi ve egzersizin yararlı olduğu gösterilmiştir.

Stres azaltma teknikleri, danışmanlık ve eğitim gibi destekleyici psikoterapiler de yararlıdır.

B) Menopoz:

Menopoza giren kadınlarda ilişkili fiziksel ve ruhsal belirtiler % 75' e varan oranlarda görülür. Sıklık, kültüre ve çalışılan gruba bağlı olarak değişebilmektedir.

Tanı:

Menopoz belirtileri üç grupta toplanabilir:

1- Biyolojik belirtiler:

- Vazomotor belirtiler (sıcak basması, gece terlemeleri)
- Endokrin ve metabolik değişimler (deri-göğüs atrofisi, osteoporoz, senil vajinitis, hirsutizm)

2- Psikolojik belirtiler:

- Depresyon
- Duygu durumunda dalgalanma
- Anksiyete

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUMDA RUHSAL SORUNLAR

- Sinirlilik
- Uykusuzluk
- Libido azalması
- 3- Sosyal belirtiler:

- Aile içi stres etkenleri (cazibenin yitirildiği düşünceleri, eşin evlilik dışı ilişkiye gireceği yolunda kaygılar, üretkenliğin kaybı)
- Aile dışı stres etkenleri (kültürel beklentiler, istenmeyen tıbbi müdahaleler)

Menopozda depresyon sıklığının arttığı ve klinik özelliklerinin menopoz öncesi dönemden farklı olduğu gösterilebilmiş değildir. Hatta, evden çıkmaya başladığı bu dönemde, bazı kadınlar daha önce yapmadıklarını yapmak için fırsat bulmakta ve kendilerini daha rahat hissetmektedirler.

Etiyoloji:

Menopozdaki psikolojik belirtilerde, menopozun kendinden çok, kültürün yüklediği anlamların ve öğrenme yaşantılarının etkisi vardır.

Diğer yandan bu dönem, çocukların evden çıkmasıyla ev içindeki rollerin değiştiği, hayattan beklentilerin, cinselliğin ve eşle ilişkilerin yeniden gözden geçirildiği, kendilerinde ya da anne-babalarında sağlık sorunlarının çıktığı ya da yakınların kaybedildiği bir dönemdir; tüm bunlar ruhsal morbidite riskini yükseltmektedir.

Tedavi:

Menopoz tedavisinde kullanılan östrojenin duygudurum belirtileri üzerinde yararı olduğu gösterilememiştir.

Diğer fiziksel ve psikolojik belirtiler için ruhsal değerlendirme yapılmalı, anksiyete bozukluğu ya da depresyon tespit edilirse genel tedavi prensipleri uygulanmalıdır.

C) Histerektomi

Histerektominin, günümüzde, eskiden olduğu gibi ruhsal morbidite riskini arttırdığı düşünülmektedir. Cerrahi-öncesi anksiyete ve depresyon ameliyatla birlikte azalabilmektedir.

Histerektomi sonrası ruhsal sorunların çıkması olasılığı, genç ve çocuğu olmayan, evlilikle ilgili sorunlar yaşayan ya da sosyal yönden desteği olmayan kadınlarda yüksek olmakta, buna karşın korunma sorunları, hamilelik korkuları ya da adet dönemi ağrıları olanlarda azalabilmektedir.

Histerektomiye hazırlanan ya da olan kadınlarda, üretkenliğin sona ermesi, cinsel isteğin ve cazibenin azalacağı ya da eşin evden uzaklaşabileceğiyle ilgili kaygılar görülebilir.

D) İnfertilite

İnfertilite tanısına karşı şu ruhsal tepkiler çıkabilir: Anksiyete, depresyon, suçluluk, yas tepkisi.

İnfertilite için yapılan tıbbi işlemler ise şu ruhsal tepkileri doğurabilir: İlişkilerde gerginlik, utanma, cinsel sorunlar, kararlarla ve tedavi sonuçlarıyla ilgili anksiyete. Diğer yandan ovulasyon indüksiyonu için kullanılan ilaçlar doğrudan duygudurumu etkileyebilmektedir.

Ruhsal faktörlerin rolü, tanı yöntemlerinin gelişmesiyle % 40-50'lerden % 5'lerin altına inmiştir. Günümüzde psikosomatik infertilite görüşü terkedilmiştir. Ruhsal faktörlerin ikincil düzeyde etkisi olabileceği düşünülmektedir. Anoreksiya nervozaya bağlı amenore ve yaşam stresine bağlı olarak ovulasyon günlerinde ilişkiye girmeme gibi.

Ruhsal sorunlarla birlikte nörotransmitter dengesinde görülen değişmeler üreme sisteminin otonomik kontrolünü etkileyebilir.

İnfertilite tanı ve tedavisi önemli ruhsal tepkiler ortaya çıkarabileceği için, tanı ve tedavi girişimlerinin öncesinde hastaların psikiyatrik değerlendirmeye alınması önerilir. Bu, tıbbi işlemler öncesinde mevcut ruhsal hastalıkların tedavi edilmesine, diğer yandan da hastanın işlemler sırasında çıkabilecek ruhsal sorunlar için başvurabileceği bir uzmanın bulunduğunu bilmesine imkan verecektir.

İnfertilite tedavisine alınan bireylere ruhsal destek verilmesi tedaviye uyumu arttıracaktır. Ancak tedavi sırasında antidepresan ve anksiyolitik kullanımından, üreme işlevlerini olumsuz etkileyebilecekleri için kaçınılmalıdır.

E) Amenore

İşlevsel hipotalamik amenorede, hipotalamik gonadotropik hormon salınım hormonlarının (GnRH) azalmasıyla, hipofizden gonadotropin ve overlerden östrojen salınımında düşme olur. Psikojenik amenore adı da verilebilmekteyse de, GnRH inhibisyonunu başlatan santral ve periferik etkenlerle, bunların ruhsal faktörlerle ilişki mekanizmaları bilinmemektedir.

Ruhsal stresin amenoreye yol açabileceğini gösteren en tutarlı kanıt, stresle hipotalamik-hipofiz-adrenal eksenindeki aktivasyon ve amenoresi olan kadınlardaki artmış idrar kortizol düzeyleridir.

Amenore ile ilişkili bulunan diğer faktörler, yeme bozuklukları, duygudurum bozuklukları, mükemmeliyetçi kişilik, alkol-madde kullanımı ve gergin kişiler arası ilişkilerdir.

Diğer fiziksel ve psikolojik belirtiler için ruhsal değerlendirme yapılmalı, yeme bozukluğu ya da depresyon tespit edilirse genel tedavi prensipleri uygulanmalıdır.

Devamı diğer sayımızdadır.