

Menstrüel Döngü Bağlantılı Tekrarlayıcı Psikotik Bozukluk: Olgu Sunumu

Hasan Turan Karatepe¹,
Hazel Işık², Kemal Sayar³,
Fatih Yavuz¹

¹Uzm. Dr., Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar
Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi,

²Uzm. Dr., Fransa,

³Prof. Dr., Fatih Üniversitesi Psikoloji Bölümü

ÖZET

Menstrüel döngü bağlantılı tekrarlayıcı psikotik bozukluk: Olgu sunumu

Menstrüel döngü ile ilişkili olarak ortaya çıkan mental durum değişiklikleri önemli sağlık problemlerine sebep olmaktadır. Bir bozukluk kategorisi kabul edilen "premenstrüel sendrom" ise bildirilen tüm vakaları karşılayamayacak durumdadır. Menstrüel döngü bağlantılı psikotik dönemler menstrüasyondan yaklaşık beş ila on gün önce başlayıp menstrüasyonla birlikte ortadan kalkmaktadır. Bu olgu sunumunda, 17 yaşında olan ve periyodik olarak bir ay arayla menstrüasyondan birkaç gün önce başlayan ve menstrüasyonla birlikte sonlanan kısa psikotik ataklar tarifleyen bayan hasta literatürle karşılaştırmalı olarak ele alınmaktadır.

Anahtar kelimeler: Menstrüasyon, psikotik bozukluk, ergenlik

ABSTRACT

Menstruation-related recurrent psychotic disorder: a case report

Changes of mental status that are related to menstrual cycles causes significant mental problems. As an accepted disorder "premenstrual syndrome" do not cover all cases that are in literature. Menstruation-related psychotic episodes usually start 5-10 days before menstruation and end with the menstruation. In this article, we present a case of a 17 years old young single woman, who periodically represents brief psychotic episodes per month that are start before menstruation and end with menstruation, with comparing our findings with literature.

Key words: Menstruation, psychotic disorder, puberty

DOI: 10.5350/DAJPN2010230409

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Dr. Hasan Turan Karatepe, Bakırköy Ruh
Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, 13. Psikiyatri Kliniği 3447 Bakırköy,
İstanbul - Turkey

Telefon / Phone: +90-212-543-6565

Elektronik posta adresi / E-mail address:
htkaratepe@yahoo.com
muhasan@mynet.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:
18 Eylül 2010 / September 18, 2010

GİRİŞ

Psikiyatri; sahasına has özelliklerinden (etiyojik problemler, ampirik verilerden ziyade fenomenolojik yaklaşımın halihazırda rağbet görmesi, paradigma değişiklikleri vs.) dolayı tıbbın diğer alanlarına nispeten belirsizliklerle daha fazla iç içe olan ve yine bu sebeple de gelişime açık bir bilim dalıdır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin ve Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği günümüz psikiyatrisinin tanısal sınıflama sistemleri [mental bozuklukların tanısal ve istatistiksel sınıflaması (DSM) ve uluslararası hastalık sınıflaması (ICD)] de yukarıdaki nedenlerden dolayı bilişsel ve biyolojik süreçlerdeki değişimlerden ziyade görüngüsel işaretleri (belirti ve bulgular) tanısal geçerlilik için dikkate almaktadır (1). Yakın zamanda tamamlanması beklenen DSM-V'in de farklı bir sınıflama yöntemi getirmesi beklenmemektedir. Bu yaklaşım ise görüngüsel olarak birbirine çok benzeyen ancak farklı süreçlerin ortaya çıkardığı klinik durumların birbirinden ayırt edilebilme-

sini çok zorlaştırmakta, hatta imkansız kılmaktadır. Bu duruma dair verilebilecek örneklerden biri de seks hormonlarının nörofizyolojik etkileşimleriyle ortaya çıkan klinik sendromal tablolarıdır.

Seks hormonlarının birçok psikiyatrik semptomatolojinin ortaya çıkması ve ağırlaşmasında rol aldığına dair veriler literatürde yer almaktadır (2,3). Bu hormonların kan seviyelerinin pik yaptığı menstrüel siklusun premenstrüel ve menstrüel fazları, psikiyatrik bozuklukların içerdiği semptomların alevlenme göstermesi açısından duyarlılığın arttığı dönemlerdir. Kadınlarda psikiyatrik başvuruların bu fazlarda yoğunlaştığı bildirilmektedir (4).

Kadınlarda menstrüel döngü ile ilişkili olarak ortaya çıkan mental durum değişiklikleri önemli sağlık problemlerine sebep olmaktadır. DSM'nin bir bozukluk kategorisi olarak kabul ettiği "premenstrüel disforik bozukluk" sendromu ise psikiyatri literatüründe bildirilen tüm menstrüasyon fizyopatolojisi bağlantılı tabloları karşılayamayacak durumdadır (5). Yine günümüz

psikiyatri ve psikopatoloji anlayışı psikotik bozuklukların patogenezinin etyolojisinde menstrüasyon fizyolojisinin de etkili olabileceğini genel olarak göz önüne almamaktadır (6). Bu doğrultuda yukarıda değinilen psikiyatrik hastalık sınıflandırılmalarında, menstrüasyonla kuvvetli bir bağı bulunan “tekrarlayıcı psikotik bozukluk” ve buna bağlı anormal davranışların sergilediği sendromlara ayrı bir kategoride yer verilmemiştir.

Tarihçe

Ondokuzuncu yüzyılda psikoz ve menstrüasyon bağlantısı ilk defa 1896’da Kraft-Ebvang (7) tarafından tanımlanmıştır. Bazı kadınlarda serum östrojen düzeylerinin düştüğü dönem olan menstrüasyon sırasında ya da hemen öncesinde psikotik belirtilerle giden bir tablo ortaya çıktığına dikkat çekilmiş ve bu görüş “menstrüel psikoz” diye ayrıştırılan tanısallık kategoriye rehberlik etmiştir (2). “Premenstrüel gerilim” terimini ilk defa kullanan Frank (8) ise bu klinik tablonun psikozla bağlantısını bildirdiği bazı vakalarla ortaya koymuştur. Williams ve Weeks (9) sundukları 16 vaka ile mani ve katatonik şizofreni karakterindeki “menstrüel psikoz” olguları bildirmişlerdir. Ota ve arkadaşları (10) 1952 yılında, Gregory (11) ise 1957 yılında menstrüel fazın son on gününde psikotik davranışlarda belirgin değişiklikler olduğunu ortaya koymuşlardır. Wakoh ve arkadaşları (12) Japonya’da menstrüel döngünün luteal fazında akut başlangıçlı psikotik belirtilerle giden olgular bildirmişlerdir. Beraberinde premenstrüel sendrom bulguları olmadan görülen “menstrüel psikoz” olgusu ise ilk defa Lingjaerde ve Bredland (13) tarafından bildirilmiştir.

Klinik Görünüm

Yapılan vaka bildirimlerinde hastalar genellikle 20 yaşın altında ve ortalama 16 yaş civarında, evlenmemiş genç bayanlardan oluşmaktadır ve sendrom puberte ile eşzamanlı veya hemen puberte sonrasında ortaya çıkabilmektedir (14). Psikotik tabloda; hezeyanlar, varsanılar, konfüzyon, depersonalizasyon, insomnia, hiperaktivite, emosyonel dengesizlik, beklenmedik davranışlar ve flashing, anoreksia, kusma gibi otonomik sinir siste-

mi bulguları saptanmıştır (15,16). Altschule ve Brem’in (17) “Pubertenin periyodik psikoza” adını verdikleri tabloda hezeyanlar, işitsel ve görsel varsanılar, ajitasyon ve uykusuzluk içeren semptomlar bütünü sendromun ana karakteridir. Bunun yanında emosyonel dengesizlik, bizar postür, dalma nöbetleri ve dezoryantasyon saptanabilir. Tipik olarak semptomlar menstrüel döngünün luteal fazında, adet kanamasından birkaç gün önce ortaya çıkmakta, kanama ile birlikte kısa bir zamanda, birkaç günde çözülmektedir ve bir sonraki menstrüel kanama döneminde tekrarlamaktadır. Başlangıç semptomları genellikle menarştan sonraki birkaç yıl içinde görülmektedir ve tedavi edilmezse birkaç yıl devam etmektedir (18). Vakaların birçoğunda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmamıştır (19,20). Her dönemde semptomlar değişiklik gösterebilmektedir (14).

Erkeklerde de aylık aralıklarla tekrarlayan ataklar bildirilmesine karşın, Berlin ve arkadaşları (18) olgu bildirimlerinin kadınlarda yoğunlaştığını, dönemlerin luteal fazda yinedeğini ve etyolojide progesteron eksikliğinin rol oynayabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Patogenez

Hormonal değişikliklerle psikiyatrik tabloların ilişkisini kuvvetle düşündüren en çarpıcı örnek postpartum psikotik bozukluk gelişen kadınlarda psikotik semptomların premenstrüel depresme göstermesi ve bu semptom tekrarlarının doğumdan sonra uzun süre devam etmesidir (21).

Postpartum östrojen düzeylerinde dalgalanmalar ile psikiyatrik bozukluk riski arasındaki ilişkinin yanı sıra; adet döngüsü boyunca hormon düzeylerinin değişimleri ile paralel şizofreni ve duygudurum bozuklukları başta olmak üzere pek çok psikiyatrik tablo alevlenme gösterebilmektedir (4). Bu semptom dalgalanmalarında seks hormonlarının rol oynayabileceği düşünülmese de rağmen olası mekanizmalar tam olarak aydınlatılmamıştır. Östrojen, progesteron ve bunların metabolitlerinin düzeyleri premenstrüel (geç luteal) fazda düşmekte ve menstrüel (erken foliküler) dönemde de düşük kalmaktadır. Bu gonadal steroidlerin; serotonin, dopamin, norepinefrin ve GABA gibi santral nörotransmitterlerin işlevlerini düzenlediği bilinmektedir (22). Menstrüel

döngü boyunca gonadal steroidlerin düzeyleri değişti-
çe, psikiyatrik semptomların etkilenmelerinin mümkün
olduğu ileri sürülmektedir (23).

Sendromun patogenezinde yükselmiş prolaktin ve
lüteinizan hormon (LH) seviyelerinin ve artmış öst-
rodol-progesteron oranının da etkili olabileceği iddia
edilmiştir. Bu doğrultuda prolaktin yüksekliği için
bromokriptin, LH artışı için progesteron ve bir östrojen
antagonisti olan klomifen sitrat tedavi için önerilmiştir
(18). Tedaviye yönelik uygulanan düşük ve yüksek doz
antipsikotik ajanların hemen hemen literatürdeki bütün
vakalarda etkisiz bulunması araştırmacıları bu tür hor-
monal terapilere yönlendirmiştir. Menstrüel kanama-
dan birkaç gün önce başlayan sendromun önlenmesine
yönelik menstrüasyonun baskılanması da düşünülmüş
ve oral kontraseptif ajanlar tedavide kullanılmıştır (6).
Bildirilen vakaların önemli bir kısmında sendromun
premenstrüel disforik bozukluk ile birlikte görülmesi
tedavide oral kontraseptif kullanımını destekleyen bir
durumdur ve literatürde bu şekilde tedavi edilen olgular
bulunmaktadır (14,15). Östrojen oranları daha baskın
olan kontraseptiflerle tedavide, östrojenin monoamin
oksidaz aktivitesini azaltarak sinapslarda norepinefrin
düzeylerini değiştirdiğini böylelikle tabloyu kontrol
altına alabildiği ileri sürülmüştür (20). Ovulasyon ve
menstrüasyonu baskılayabilen bir ajan olan danazol ve
steroid türevleri de tedavide kullanılıp sonuç alınmış
ajan gruplarıdır (15). Antidepresan ajanlar ve elektro-
konvulsif terapi de tedavide kullanılmış olan diğer teda-
vi yöntemleridir (15,18). Yapılan bildirimlerde psikotik
semptomların yeterli antipsikotik tedavisi sırasında
tekrarlamaları ve bazı durumlarda antipsikotiklerin
kesilmesi ile semptomların çözülmüş olması sendro-
mun spontan remisyona girebildiğini göstermektedir
ve ilaçsız izlem sonrası uzun dönemde yüz güldürücü
sonuçlarla karşılaşmıştır (6,14,19).

OLGU

Hastanemiz ergen servisinde yatırılarak tedavi edil-
miş olan hastaya söz konusu çalışma ile ilgili bilgi
verilmiş ve bir olgu sunumu olarak bilimsel ortamlarda
(kongre, toplantı, dergi vb.) paylaşılması konusunda
onayı alınmıştır.

17 yaşında, bekar, lise mezunu, üniversite sınav-
larına hazırlanan, üç kardeşin en küçüğü bayan hasta
hastaneye ablası eşliğinde konuşmada azalma, durgun-
laşma, içine kapanma, yeme-içme reddi, korku ve tek
başına kalamama şikayetleri ile getirildi.

Ablası dört gün önce hastanın aniden yüz ifadesinin
değiştiğini, kimseyle konuşmamaya başladığını, dersle-
rine olan ilgisini kaybettiğini, dershaneye gitmediğini,
evde hareketsiz bir şekilde hiçbir şey yapmadan otur-
duğunu, televizyondan etkilendiğini, sürekli kendisini
suçladığını, eski çalıştığı yerdeki iş arkadaşlarının ken-
disine ve ailesine zarar vereceğinden korktuğunu, hiç
uyumadığını ve yemek yemediğini tariflemekteydi.

Hasta “Ben konuşurken sanki biri bana başka şeyler
söylüyor” demekteydi. “Bunu yapma, şunu yap, böyle
davranma, güzelce insan gibi davran” diyen kadın ve
erkek sesleri duyduğunu ifade eden hasta, bazen de bu
seslerin kendi aralarında konuştuğunu kendisinin bu
sesleri anlamadığını söylüyordu.

“Kısa psikotik bozukluk” ön tanısıyla hastaneye
yatışı yapılan hastanın psikomotor aktivitesi azalmış,
duygulanımı donuk ve şaşkın bir haldeydi. Sözel uya-
ranlara cevap verme süresi uzamıştı, sorulara güçlük
cevap vermekteydi, görüşmeciyeye koopere olmakta zor-
lanıyordu. Yakın geçmişe ilişkin bazı olayları hatırlamı-
yordu. Düşünce içeriğinde “televizyonda kendisinden
bahsedildiği ve mesaj verildiği” şeklinde referans ve eski
işyerinde çalışanlar tarafından kendisine ve annesine
tecavüz edileceğine ilişkin perseküsyon hezeyanları
mevcuttu. Emir veren ve eleştiren işitsel halüsinasyon-
lar tariflemekteydi.

Ailesinden alınan öyküsüne göre hastanın ilk şika-
yetleri hastaneye başvurusundan dört ay önce üniver-
siteye giriş sınavını kazanamayıp bir şirkette sekreter
olarak çalışmaya başladığı dönemde çökkünlük, sosyal
geri çekilme, iştahsızlık ve uykusuzluk yakınmaları
ile başlamıştı. Yoldan geçen insanların bakışlarından
rahatsız olduğu için dışarı çıkmamaya gayret ediyor,
ÖSYM'nin kendisini takip ettiğini, iş arkadaşlarının
kendisine ve ailesine zarar vereceklerini, annesine ve
kendisine tecavüz edileceğini söylüyormuş. Bu şika-
yetlerle polikliniğimize ilk başvurusunda hastaya ris-
peridon 0,5mg/gün, klorpromazin 50 mg/gün tedavisi
başlanmıştı. Hastanın kendisi ve yakınları kontrol

muayenesinde tedavinin başlandığı ilk gün şikâyetlerin tamamen ortadan kalktığını belirtmiş, fakat doktorlarının tavsiyesine uyarak ilaç kullanmaya devam etmişlerdi. Görüşmede hastanın bu şikâyetlerinin zamanlama olarak menstrüasyon kanamasından 1-2 gün önce başladığı ve kanama bittikten birkaç gün sonra geçtiği öğrenildi ve ilaç tedavisinde bir değişiklik yapılmadı.

Hastanın şikâyetlerindeki tam düzelmeden yaklaşık bir ay sonra, hasta önerilen ilaç tedavisini kullanmaya devam ederken; keyifsizlik, anhedoni, değersizlik, suçluluk düşünceleri, uykusuzluk ve iştahsızlık şikâyetleriyle tekrar polikliniğe başvurmuş. Referans ve perseküsyon hezeyanlarının tekrar ortaya çıkması üzerine hastanın ilaç dozları iki katına çıkarılmış. İlk atağı 12 gün süren hastanın ikinci atağı bir hafta sürmüş ve tekrar eski sağlıklı haline ve işlevselliğine dönmüş. Bu sırada hastanın menstrüel kanamasının olmadığı ancak beklenen menstrüasyon zamanında belirtilerin başladığı ifade edilmekteydi. İlk iki atakta hastanın regresif tavrı olmuş ve annesiyle birlikte yatmaya başlamış.

Bir sonraki başvurusunda en son düzelmeden bir ay sonra benzer şikâyetler tarif eden hasta "nasıl olsa geçiyor" düşüncesiyle doktora başvurmadığını ve ilaçlarını düzenli kullanmadığını belirtti. O dönemde şikâyetleri yaklaşık bir hafta devam etmiş ve kendiliğinden düzelmişti.

Bir ay sonra, ailenin özellikle dikkat çektiği üzere hastanın beklenen menstrüasyon tarihinden birkaç gün önce, dördüncü atak benzer belirtilerle tekrarlanmış ve hastaya yeniden aynı ilaç tedavisi başlanmış. Daha önceki ataklarda olduğu gibi hastanın şikâyetleri bir haftada tamamen düzelmiş. Bir ay sonra yani beşinci atak sırasında hasta ailesi tarafından hastanemiz acil servisine getirildi ve kliniğimize yatırılarak tedavi altına alınması uygun görüldü.

Hasta ilaçlarını aldığı halde şikâyetlerinin tekrarlandığını belirten ailesi, ilk atağın menstrüel kanamadan birkaç gün önce başladığını, kanamanın başlamasıyla şikâyetlerinin ortadan kalktığını ve diğer atakların da menstrüel kanama ile uyumlu günlerde olduğunu belirtmekteydi. Menarşı 14 yaşında gerçekleşen hastanın adet kanama dönemlerinin çok düzenli olduğu ailesi tarafından ifade ediliyordu. İlaç tedavisinden sonra yaklaşık üç ay amenore tarifleniyordu fakat ailesi hastanın menstrüel kanamalarının çok düzenli olduğu

için ayın hangi günlerinde menstrüel kanama olacağını bildiklerini ve birer ay arayla menstrüel kanamanın beklendiği günlerde atakların tekrarlandığını belirtiyorlardı.

Atak aralarında tam düzelme tarifleyen hasta ve ailesi, söz konusu psikotik ataklar dışında depresif veya hipomanik bir dönem tariflemiyorlardı. Hasta ataklar arasında üniversite sınavlarına hazırlık amacıyla dershaneye devam ediyordu.

Yapılan biyokimyasal incelemelerde hastanın total kolesterolünde yükselme (285 mg/dL) dışında anormal bir değere rastlanmadı. Hemogram ve tiroid fonksiyon tetkiklerinde anormallik tespit edilmedi. Hastanın EEG ve kranial bilgisayarlı tomografisinde anormal bir bulgu saptanmadı. Menstrüel döngünün değişik dönemlerinde tekrarlanan LH, FSH, progesteron, estradiol, prolaktin ve testosteron düzeyleri döneme uygun değerlerdeydi. Ketiapin 300 mg/gün tedavisi başlanan hastanın hastaneye yatışının üçüncü günü psikomotor aktivitesinin doğal, duygulanımının canlı ve ötimik, çağrışımlarının düzenli olduğu belirlendi. Hezeyan ve algı patolojileri dramatik bir şekilde ortadan kalkan hastanın ilaç tedavisi sonlandırıldı.

Taburculuğundan itibaren ilk 6 ay ayaktan aylık takiplerle izlenen hastada 3 yıldır herhangi bir afektif veya psikotik semptom gözlenmedi ve terapötik bir müdahaleye ihtiyaç duyulmadı.

TARTIŞMA

Premenstrüel psikotik bozukluk olarak isimlendirdiğimiz yukarıda bahsedilen sendrom, halihazırdaki psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinde yer almayan bir psikotik bozukluğa işaret etmektedir. Literatürde tanımlananlarla birlikte yukarıdaki vaka da bu bozukluğun çeşitli manifestasyonlarına işaret etmektedir:

1. Menstrüasyondan birkaç gün önce (bazı vakalarda menstrüasyonun başlamasıyla eş zamanlı olarak, menstrüasyon kanaması sırasında ya da menstrüel döngünün ortasında) ani başlayan psikotik semptomlar. Semptomlar, menstrüasyondan sonra birkaç gün içinde yatışmakta ve orta ya da geç lüteal fazda bir bozulmayı işaret edecek şekilde gelecek siklüslerin biriyle ilişkili olarak (her döngüde olması zorunlu değildir) tekrarlanmaktadır (24).

2. Psikotik dönemler arasında, hastaların büyük bir kısmı asemptomatik seyretmektedir (24).

3. Tipik fonksiyonel psikozlar ve perimenstrüel psikotik bozukluklar arasındaki ilişki açık değildir. Vakaların çoğunda ailede psikiyatrik bozukluğa ilişkin herhangi bir kanıt yoktur (25).

4. Bir menstrüel döngüden diğerine değişkenlik gösterebilen, özgül olmayan ve sıklıkla tipik fonksiyonel psikozların tanımlarına uymayan bir klinik görünüm sergilerler (25).

5. Olgu bildirimlerinin çoğunda, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan psikotik tablo öncesi, herhangi bir ciddi psikososyal stresörden bahsedilmemektedir. Buna rağmen Brockington (24) bildirdiği 2 vakada, psikozun başlangıcından kısa bir süre önce ebeveynlerden ayrılma öyküsü ve psikotik sırasında anne babalarına karşı abartılı bir bağımlılık tutumundan bahsetmiştir. Olgumuzda ilk atağın sınav başarısızlığı sonrasında başlaması ve psikotik dönemlerde anneye karşı regresif tutum bu açılarından bildirilen vakalarla benzeşmektedir.

6. Literatürde hastalığın ortaya çıkışını açıklayabilecek bir organik etiyolojiye dair herhangi bir bulgu ya da alkol ve madde kullanımı ile ilişki bulunamamıştır (26).

7. Olgu bildirimlerinin çoğunda ilk psikotik dönem, erken ergenlik sırasında ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte, ilk atağın veya önceki perimenstrüel psikozun alevlenmesinin, affektif bozukluk (sıklıkla) veya şizofreniform bozukluk'a (daha az sıklıkla) eşlik edecek şekilde doğum sonrasında da ortaya çıkabileceğine dair

pek çok olgu serisi de bildirilmiştir (27).

8. Literatürde bildirilen ve 2-14 yıl arası periyodlarla izlenen vakalarda, prognoz tek tip değildir. Bazı vakalar tam düzelmeye bazıları ise kısmi düzelmeye karakterizedir (25,28).

9. Bütün vakalarda olmasa bile çoğunluğunda perimenstrüel psikotik dönemin gidişi; antipsikotik, anti-depresan ya da mizaç düzenleyici ajanlarla tedavi ile ilişkili bulunmamıştır. Sadece birkaç tanesinde, lityumla ya da ağır bir vakada elektokonvülsif tedavi (EKT) ile kesin düzelmeye gösterilebilmiştir (19,25).

SONUÇ

Günümüz psikiyatrik bozukluk sınıflama sistemleri, çeşitli yetersizliklerden dolayı patogeneze temelli bir yaklaşımdan ziyade görüngüsel (fenomenolojik) bir bakış açısıyla yapılandırılmaktadır. Halihazırdaki biyokimyasal, genetik ve görüntüleme merkezli bilimsel çalışmalar ise patogeneze temelli bir sınıflama doğrultusunda ilerlemeler kaydetmektedirler. Ergenlik döneminde görülen döngüsel psikotik atakların menstrüel döngü ile ilişkili olabileceğini vurgulamak üzere yaptığımız vaka bildirimini de bu doğrultuda bir sendrom olan psikotik bozuklukların patogenezinin daha iyi anlaşılabilmesinde yararlı olabilecektir. Gelecekte yapılacak vaka bildirimleri ve disiplinler arası prospektif çalışmalarla bozukluğun etiyolojisi ve fenomenolojisinin aydınlatılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Paris J. Biopsychosocial Models and Psychiatric Diagnosis: In Millon T, Krueger RF, Simonsen E (editors). Contemporary directions in psychopathology : scientific foundations of the DSM-V and ICD-11. New York: The Guilford Press, 2010, 473-483.
2. [Riecher-Rössler A, Hafner H. Schizophrenia and oestrogens-is there an association? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1993; 242:323-328.](#)
3. Leibenluft E, Fiero PL, Rubinow DR. Effect of the menstrual cycle on dependent variables in mood disorder research. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:761-781.
4. [Hendrick V, Altshuler LL, Burt VK. Course of psychiatric disorders across the menstrual cycle. Harv Rev Psychiatry 1996; 4:200-207.](#)
5. Dennerstein L, Fiona J, Davies B. Psychosis and the menstrual cycle. Med J Aust 1983; 1:524-526.
6. [Gerada C, Reveley A. Schizophreniform Psychosis Associated with the Menstrual Cycle. Br J Psychiatry 1988; 152:700-702.](#)
7. Krafft-Ebing RV. Psychopathia Sexualis. Arcade Publishing, 1998, 32-308.
8. Frank RT. The hormonal causes of premenstrual tension. Arch Neurol Psychiatry 1931; 26:1053-1057.
9. [Williams EY, Weeks LR. Premenstrual tension associated with psychotic episodes. J Nerv Ment Dis 1952; 116:321-329.](#)
10. [Ota Y, Mukai T, Gotoda K. Studies on the relationship between psychotic symptoms and the sexual cycle. Psychiatry Clin Neurosci 1954; 8: 207-217](#)

11. [Gregory BA. The menstrual cycle and its disorders in psychiatric patients. J Psychosom Res 1957; 2:199-224.](#)
12. Wakoh T, Takekoshi A, Yoshimoto S, Yoshimoto K, Hiramoto K, Kurosawa R. Pathophysiological study of the periodic psychosis (atypical endogenous psychosis) with special reference to the comparison with chronic schizophrenia. *Mie Med J* 1960; 10:317-340.
13. [Lingjaerde P, Bredland R. Hyperoestrogenic cyclic psychosis. Acta Psychiatr Scand 1954; 29:355-364.](#)
14. [Stein D, Hanukoglu A, Blank S, Elizur A. Cyclic psychosis associated with the menstrual cycle. Br J Psychiatry 1993; 163:824-828.](#)
15. Dennerstein L, Judd F, Davies B. Psychosis and the menstrual cycle. *Med J Aust* 1983; 28:524-526.
16. [Abe K, Ohta M. Recurrent brief episodes with psychotic features in adolescence: periodic psychosis of puberty revisited. Br J Psychiatry 1995; 167:507-513.](#)
17. Altschule MD, Brem J. Periodic psychosis of puberty. *Am J Psychiatry* 1963; 119:1176-1178.
18. Berlin FS, Bergey GK, Money J. Periodic psychosis of puberty: a case report. *Am J Psychiatry* 1982; 139:119-120.
19. Endo M, Daiguji M, Asano Y, Yamashita I, Takahasi S. Periodic psychosis recurring in association with the menstrual cycle. *J Clin Psychiatry* 1978; 39:456-466.
20. Felthous AR, Robinson DB, Conroy RW. Prevention of recurrent menstrual psychosis by an oral contraceptive. *Am J Psychiatry* 1980; 137:245-246.
21. Riecher-Rössler A, Hofner H. Can estradiol modulate Schizophrenic symptomatology? *Schizophr Bull* 1994; 20:203-214.
22. [Abel KM, Kulkarni J. Depression in women: Hormonal influences: In Castle D, Kulkarni J, Abel KM \(editors\). Mood and Anxiety disorders in women. New York: Cambridge University Press, 2006, 116-136.](#)
23. DeBatissa C, Smith DL, Shatzberg AF. Modulation of monoamine neurotransmitters by estrogen: Clinical implications: In Leibenluft E (editor). *Gender differences in Mood and Anxiety Disorders. Review of Psychiatry.* Washington DC: American Psychiatric Press Inc, 1999, 137-160.
24. [Brockington IF. Menstruel psychosis. Arch Wom Ment Health 1998; 1:3-13.](#)
25. Abe K, Ohta MR. Recurrent brief episodes with psychotic features in adolescence. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 52:313-316.
26. Leetz KI, Rodenhauser P, Wheelock J. Medroxyprogesterone in the treatment of periodic menstrual psychosis. *J Clin Psychiatry* 1998; 40:141-144.
27. [Brockington IF, Kelly A, Hall P, Deakin W. Premenstruel relapse of puerperal psychosis. J Affect Disord 1988; 14:287-292.](#)
28. Nomuro J, Hatotani N, Yamaguchi T. Periodic psychosis as a chronobiological disorder- endocrine studies and treatments: In Ferris C, Struwe G, Jansson B (editors). *Biological Psychiatry.* Holland: Elsevier, 1981, 1235-1238.