T.C.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

PRİMER PSİKİYATRİK TANISI OLAN HASTALARDA PSİKOSOMATİK ARAŞTIRMALAR İÇİN TANI ÖLÇÜTLERİ (DCPR)

UZMANLIK TEZİ

DR. MAHMUT GÜRBÜZ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Behçet COŞAR

ANKARA

2016

T.C.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

PRİMER PSİKİYATRİK TANISI OLAN HASTALARDA PSİKOSOMATİK ARAŞTIRMALAR İÇİN TANI ÖLÇÜTLERİ (DCPR)

UZMANLIK TEZİ

DR. MAHMUT GÜRBÜZ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Behçet COŞAR

ANKARA

2016

TEŞEKKÜR

Öncelikle zor zamanlarımda yardımını esirgemeyen, yaptığı katkılarla hayatımın akışını kolaylaştıran, bilimsel olma ve yayın yapma konusunda bizlere yön veren ve destekleyen, tezimin planlanması, yürütülmesi, sonuçlandırılması aşamalarında bugünlere gelmemi sağlayan **Prof. Dr. Behçet COŞAR**' a çok şey borçlu olduğumu belirterek sonsuz teşekkürlerimi sunmak istiyorum.

Rotasyonda bulunduğumuz süre içerisinde psikiyatriyi bize daha çok sevdiren, okuma isteği ve çalışma heyecanı uyandıran, özellikle şahsıma hem ablalık hem de hocalık yapan, maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen **Prof. Dr. Yasemen IŞIK TANER'** e teşekkürlerimi sunuyorum.

Bizlere Bilişsel Davranışçı Terapiyi sevdiren, asistan olarak bizleri aydınlatan, sorumluluk ve düzen aşılayan **Prof. Dr. Aslıhan DÖNMEZ**' e teşekkür ederim.

Birlikte çalıştığımız süre içinde çok şey öğrendiğimiz **Prof. Dr. Aslı KURUOĞLU**' na, bizlere birşeyler öğretme azmini hiç yitirmeyen **Prof. Dr. Nevzat YÜKSEL**' e, tecrübelerinden ve bilgilerinden her zaman faydalandığımız, sevecenliği ile içimizi ısıtan **Prof. Dr. Zehran ARIKAN'** a birlikte çalışma fırsatı bulduğumuz **Prof. Dr. Selçuk ASLAN, Prof. Dr. Elvan İŞERİ, Prof. Dr. Ender TANER**' e, eleştirileri ile kişisel gelişimimize katkıda bulunan **Prof. Dr. Selçuk CANDANSAYAR**' a, başta **Prof. Dr. Ayşe BORA TOKÇAER** olmak üzere Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve asistan arkadaşlarıma,

Uz. Dr. Rıfat TARHAN, Dr. Yasemin TAŞ TORUN, Dr. Ayça KALOĞLU, Dr. Nihan COŞKUN, Dr. Buket SEVİNÇ, Dr. Refika YAMANEL, Dr. Dicle BÜYÜKTAŞKIN, Dr. Ahmet ÖZASLAN, Dr. Ali SEZGİN, Dr. Ferit ŞAHİN başta olmak üzere birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Yardımlarını esirgemeyen sekreterlerimiz **Oktay ŞAHİN** ve **Nilüfer NİL**' e, servis hemşirelerimize ve çalışanlarına,

Her zaman yanımda olan aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER…….……..…..…….....iii

TABLOLAR LİSTESİ……..……..…...v

KISALTMALAR……..…...….vi

1.GİRİŞ……..…….…....1

2.GENEL BİLGİLER…….……..…….....4

2.1 SOMATİZASYON TARİHÇE…….…….....4

2.2 BİR BELİRTİ OLARAK SOMATİZASYON, DİSOSİYASYON…….....5

2.3 PSİKOSOMATİK TIP KAVRAMI……....…….....7

2.4 DCPR SENDROMLARI…….….. 11

2.5 ÖZEL HASTA GRUPLARI VE DCPR…….....17

2.5.1 Onkolojik Hastalık Grupları…….…..17

2.5.2 Kardiyak Hastalık Grupları…….……...19

2.5.3 Dermatolojik Hastalık Grupları……..20

2.5.4 Diğer Hastalık Grupları……..…..…20

2.6 TİP D KİŞİLİK……..……21

2.7 AMAÇ…….....23

3. GEREÇ VE YÖNTEM…….……..24

3.1 Örneklem grubunun seçilmesi…….…….24

3.2 Yöntem……24

3.3 Veri Toplama Araçları……..…….....25

3.3.1 Tip D DS -14 Kişilik Ölçeği…….….25

3.3.2 Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS).....26

3.3.4 Psikosomatik Araştırmalar için Tanı Kriterleri (DCPR).....26

3.4 İstatistiksel Değerlendirmer……..27

4.BULGULAR…….28

5. TARTIŞMA…….61

6. KAYNAKLAR……71

7. ÖZET……88

8. ABSTRACT……...…..90

9. EKLER…….92

EK 1. TİP D DS- 14 ÖLÇEĞİ…….……92

EK 2. KISA SEMPTOM ENVANTERİ……93

EK 3. KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ…….98

EK 4. DCPR……..99

10. ÖZGEÇMİŞ……..…..104

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo A : Psikosomatik Bozukluklar……..**9**

Tablo 1. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri…….**28**

Tablo 2. Örneklemi Oluşturan Grupların Hastalık Özellikleri……**29**

Tablo 3. Örneklemi Oluşturan Grupların Elde Edilen Ölçümler Açısından Karşılaştırılması……...**32**

Tablo 4. Örneklemi Oluşturan Grupların BPRS Puanlarının Açısından Sonuçları……..**38**

Tablo 5. Eşlik Eden Fiziksel Hastalığı Olan ve Olmayanların DCPR Puanlarının Karşılaştırılması……..…….**40**

Tablo 6. Birinci Derecede Yakınında Fiziksel Hastalığı Olan ve Olmayanların DCPR Puanlarının Karşılaştırılması …….……..**47**

Tablo 7. Tip D Kişilik Özellikleri Olan ve Olmayanların Tip A Puanlarının Karşılaştırılması……..……..**56**

Tablo 8. DCPR Tanıları Alan ve Almayan Kişilerin Hastalık Süresi Açısından Karşılaştırılması……...……**58**

KISALTMALAR

DCPR: Psikosomatik Araştırmalar için Tanı Ölçütleri
(Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research)

DS-14 : Tip D Ölçeği-14

KSE : Kısa Semptom Envanteri

RCİ: Rahatsızlık İndeksi

BTİ: Belirti Toplamı İndeksi

STİ: Semptom Rahatsızlık İndeksi

HA: Hastalığın Anlamı

TA: Tedavinin Anlamı

BPRS: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği

NA : Negatif Affektivite

SI : Sosyal İnhibisyon

PHİFSS: Psikiyatrik Hastalıklara İkincil Fonksiyonel Somatik Semptomlar

STAI : Durumluk Anksiyete Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği

HAM-A: Hamilton Anksiyete Ölçeği

AN: Anoreksiya Nervoza

EİÖ: Emosyon İnhibisyon Ölçeği

TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği

İBS: İrritabl Barsak Sendromu

GİS: Gastrointestinal Sistem

MDB: Major Depresif Bozukluk

1.GİRİŞ

Somatoform Bozukluklar tanım olarak tıbbi açıdan hiçbir neden bulunamamasına rağmen, kişinin bedensel yakınmalarının olduğu durumlardır. Bu bedensel yakınmalar genel bir tıbbi durumu düşündürebilir fakat bu yakınmaları açıklığa kavuşturabilecek herhangi bir bulgu veya tıbbi bir açıklama yapılamamaktadır. Somatizasyon sürecinde birçok etken rol oynamaktadır. Bu süreç içerisinde en önemli motivasyon 'hasta rolü 'nün kazanılmasıdır. Hasta rolü bilinçli veya bilinç dışı bir şekilde kazanılabilmektedir.

Bireyler hasta rolünü bilinçli ya da bilinçsiz benimsediklerinde artık hastalıktan sorumlu tutulmazlar çünkü bireyler hastalığı kendileri oluşturamazlar ve kontrolün bireylerin elinde olmadığı düşünülür. Bu inanışla birlikte hasta bireyler toplumda herkesin üstlendiği sorumluluklardan muaf tutulurlar. Aynı zamanda bu muafiyet beraberinde toplumsal bir suçlanmayı da getirmez.

Somatizasyon süreci içerisinde 'Somatoform Bozukluk' tanısı alan bir bireyin değişimi için dışarıdan müdahale gerekmektedir. Bu müdahaleyi yapma yetkisi ruh sağlığı profesyonellerindedir.

Bu alanda çalışan uzmanlar çeşitli tanılama ve sınıflama sistemleri kullanmaktadırlar.

Günümüzde ruhsal hastalıkların sınıflamasında DSM ve ICD kriterleri kullanılmaktadır. Bu sınıflama sistemlerinde ise en tartışmalı alanı ‘Somatorofm Bozukluklar’ oluşturmaktadır. Bu iki psikiyatrik sınıflama sistemini kabaca karşılaştıracak olursak bir fikir birliğinin olmadığı kolayca görülebilir. Mesela Konversiyon Bozukluğu DSM' de Somatoform Bozukluklar içinde yer alırken ICD' de Disosiyatif Bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmıştır. Somatoform Bozukluklarla ilgili bir diğer önemli sorun da, bu sınıflama sistemlerinde tanımlanan bozuklukların farklı kültürlerde çok değişik semptomatolojiye sahip olabilmeleridir. Bu noktada Somatoform Bozukluklar ile ilgili yeni sınıflama sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Aynı zamanda mevcut sınıflama sistemleri Psikosomatik hastalıklar açısından işlevsel bir sınıflamayı oluşturamamıştır.

DCPR Somatoform Bozukluklar için düşünülmüş, 13 farklı değişkeni inceleyen bir sınıflama sistemidir. DCPR diğer sınıflama

sistemleri ile atlanması muhtemel eşik altı durumları da tanımlayabilmektedir.

Bu çalışmada psikiyatri servisinde yatan hastalarda DCPR sendromları taranmıştır. Aynı zamanda DCPR' ye ek olarak DCPR' nin yetersiz kalabileceği durumları gözden kaçırmamak için BPRS, TİP D ölçekleri de kullanılmıştır. DCPR sendromlarının yaygınlığı, olası ölçek puanlarıyla ilişkileri gibi sonuçlara ulaşılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 SOMATİZASYON TARİHÇE

Yüzyıllardır hekimler hastaların fiziksel belirtilerine neden olabilecek durumları araştırmışlar ve ortaya koyabildikleri nedenlerle alakalı tedavi yöntemleri geliştirmişlerdir. Örneğin Hipokrat melankolinin safra kesesinden salgılanan siyah safraya bağlı olarak geliştiğini ve melankolinin kan alma, kusturma gibi bu siyah safra miktarını azalttığını ve melankoliyi tedavi ettiğini düşünmüştür. Yine ileri derecede psikotik hastalıkların kötü ruhlardan kaynaklandığına inanılmış, tedavi olarak da kafatasına bir delik açılarak kötü ruhların dışarı çıkması sağlanmaya çalışılmıştır.**(1)**

Bunun yanı sıra hastaların herhangi bir nedenle açıklanamayan fiziksel belirtileri yüzyıllardır hekimlerin ilgisini çekmiştir. 18. yüzyılda birçok somatoform bozukluk "histeri" adı altında tanımlanmaktaydı.**(2)** Histeri kavramını ayrıntılandıran, açıklanamayan birçok fiziksel semptomu tanımlayan kişi ise Paul BRİQUET' dir.**(3)** DSM- III yayımlanana kadar somatizasyon kavramı Briquet Sendromu adıyla anılmıştır. Freud ve onu takip eden kuramcıların katkılarıyla ilk kez DSM- III' de Somatoform

Bozukluklar ayrı bir grup olarak yer almıştır.**(4)** DSM- III-TR, DSM IV. DSM IV-TR' de dahil olmak üzere ilerleyen yıllarda Somatoform Bozukluklar grubunda alt tiplerin betimleyici özelliklerinin vurgulanması dışında köklü bir değişiklik yapılmamıştır.**(5)** DSM- V ise somatizasyon kavramı konusunda köklü değişiklikler getirmiştir.**(6)** Somatoform Bozukluklar yerine Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar olarak adlandırılması uygun görülmüştür. Alt grup hastalıklardan bazılarının kategorisi değiştirilmiş ve yine bazı alt grup hastalıklar için tanı ölçütleri yeniden düzenlenmiştir.

2.2 BİR BELİRTİ OLARAK SOMATİZASYON ve DİSOSİYASYON

Somatizasyon intrapsişik bir çatışmanın bedensel belirti ile ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır. Bilinçli veya bilinçsizce oluşabilir. Bilince ulaşamayan anksiyetenin visseral görünümü olduğu belirtilmiştir.**(7)** Psikanalitik görüş içerisinde tanımlanan savunma mekanizmalarından biridir ve ilkel bir savunma mekanizması olarak bilinir.**(8)** Somatizasyonun belirti olarak ortaya çıkmasında kişiler arası ilişkileri yönlendirebilme, hasta rolünün getireceği avantajlar, verbal olarak ifade edilemeyen duyguların ifadesi ve ekonomik kazanç

gibi güdüleyici etkenler tanımlanmıştır.**(9)** Bu güdüleyici etkenler arasında "hasta rolü" en önemli etken gibi görünmektedir. Hasta rolü ilk kez 1951 de tanımlanmıştır.**(10)** Bu tanıma göre "hasta rolü" söz konusu bireyi toplumun beklentilerinden muaf tutarken, hastalığın bireyin elinde olmayan bir nedenle ortaya çıkmasından dolayı hastalanma nedeniyle suçlanmasını da engeller. Somatoform bozuklukların bir bakımdan bu hasta rolü ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Somatizasyonun yaygın olduğu bir aile ortamında büyüme, çocuğun sağlıklı dönemlerinde verilmeyen ilgi ve sevginin hastalık söz konusu olduğunda verilmesi, büyüme süreci boyunca aile ortamında kronik hastalıkların yaşanması, sorumluluktan kaçınma amacıyla hasta taklidi yapılması gibi durumlar somatizasyona yatkınlığa neden olan ailesel etkenler olarak tanımlanmıştır.**(11)**

Disosiyasyon kelime olarak "kopma" konversiyon ise döndürme anlamına gelmektedir.**(12)** Disosiyasyon savunma mekanizmalarından biri olarak tanımlanmıştır ve nevrotik düzeyde bir savunma mekanizması olarak bilinir**.(8)** Disosiyasyon baş edilemeyen zorlanma karşısında kişinin kendi benliğinden geçici bir süre

kopmasıdır.**(13)**Konversiyon mekanizması sayesinde üstesinden gelinemeyen bunaltı bir tür işlev bozukluğu halini alır. Ortaya çıkan işlev bozukluğu motor ya da duysal sistemlerle ilgilidir. Disosiyatif Bozukluklar sıklıkla bir travmayı takiben ortaya çıkarken, konversiyon bozukluğunda ise günlük yaşamın engellenmeleri ile baş etmenin tek yolu konversiyon halini almıştır ve bireyin işlevselliği etkilenmiştir. Çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda özellikle yalancı nöbet tipi konversiyonların sık görüldüğü bildirilmiştir.**(14)** Ayrıca duyguları ve düşünceleri ifade etmenin hoş karşılanmadığı toplumsal anlayışlarda konversif belirtiler sözsüz bir iletişim aracı haline gelmektedir**.(15)** Erkeklere göre kadın cinsiyette daha sık görüldüğü bildirilmektedir**.(16)**

2.3 PSİKOSOMATİK TIP KAVRAMI

DCPR kategorizasyonunda da kendine yer bulan psikosomatik tıp kavramı ruh ve beden sağlığı arasındaki ayrılamaz bütünlüğünü ve ilişkiyi inceler.**(17)** Ruhsal dinamiklerin tüm hastalıkların oluşumunda önemli rol oynadığını kabul eder fakat bu rolün hastalığının başlamasına, ilerlemesine, alevlenmesine ve hastalığa

verilecek tepkilerde değişkenlik göstermektedir.**(18)** Psikosomatik bozukluklar bedensel bir değişikliğin ya da işlev bozukluğunun meydana gelme, depreşme, kötüleşme ya da iyileşme nedenleri arasında psikososyal etkenler yer aldığı somatik bozukluklardır.**(19)** Psikosomatik Bozukluklar bedensel tüm organ sistemlerini etkileyebilmektedir.**(20)**

İçinde bulunduğumuz yüzyılda psikosomatik tıpta bazı temel yaklaşımlar ön plana çıkmıştır. Psikanalitik yaklaşım özgül psikolojik çatışma- özgül organ prensibi ile özgül bir çatışmanın yine özgül bir organda işlev ve yapı bozukluklarına yol açabileceği görüşünü ileri sürmüştür.**(21)** Psikofizyolojik yaklaşım ise organizmayı tehdit eden durumlarda "savaş ya da kaç" yanıtına hazırlık olarak kan basıncı, kalp atım hızı gibi sempatik sinir sistemi ile ilgili uyarımların arttığını fakat modern toplumlarda yaşayan insanların savaşma ve kaçma şansı olmadığını, sonuç olarak sonu gelmeyen sempatik aktivasyonun organizmayı hastalandırdığını benimsemiştir.**(22)** Sosyokültürel açıdan bakan düşünürler kültürün bakımverenleri etkilediğini, sonuç olarak bakımveren- çocuk ilişkisinin de etkilendiğini düşünmüşlerdir.**(23)** Son olarak sistem teorisinden esinlenen düşünürler "biyopsikososyal" kavramını hayata geçirmiş, birçok

fiziksel hastalıkta “vazgeçme-vazgeçilme” kavramları üzerinde durmuştur.**(24)** Klinik pratikte işlevsel olması bakımından psikosomatik hastalıklar görüldükleri sisteme göre sınıflandırılmaktadır**.(TABLO A)**

Tablo A : Psikosomatik Bozukluklar

SİSTEM	**PSİKOSOMATİK BOZUKLUKLAR**
Sindirim	Peptik ülser, Chron hastalığı, ülseratif kolit, sinirsel kabızlık, ishal ve bulantı v.b.
Deri	Ürtiker, pruritis, akneler, psöriazis v.b.
Solunum	Astım, hiperventilasyon, alerjik rinit, kronik sinirsel öksürük v.b.
Kas/iskelet	Romatoid artrit, eklem ağrıları, fibromyalji v.b.
Üreme/boşaltım	Psödosiyesis, enürezis, menstürasyon bozuklukları v.b.
Metabolik/end.	Diyabet, tiroid hastalıkları, obezite v.b.
Kalp ve dolaşım	Koroner arter hastalıkları, esansiyel hipertansiyon, hipotansiyon, ritim bozuklukları v.b.

Çocukluk çağlarından itibaren yemek yemek sadece fizyolojik açıdan önem taşımakla kalmayıp, sevgi ve ilgi görmekle

bağdaştırılır.**(25)** Ayrıca pek çok gastrointestinal hormon ve nörotransmiter beyinde de bulunmakta ve sindirim sistemi ile santral sinir sistemi arasındaki etkileşimleri sağlamaktadır**(26)** Ruhsal durum belki de bu yüzden sindirim sistemini kolaylıkla etkileyebilmektedir. Kardiyovasküler sistemin yoğun sinirsel inervasyonu kardiyovasküler sistem hastalıkları ile ruhsal durum arasındaki ilişkiyi doğurmaktadır. Çözülmemiş kronik stresler sempatik sistem tonusunu artırmakta bunun sonucu olarak uzun vadede hipertansiyon, hiperlipidemi, ritm bozuklukları gibi hastalıklar oluşabilmektedir.**(27)** Kolinerjik nöronlar tarafından inerve edilen üst solunum yolları emosyonlardan yoğun biçimde etkilenebilmektedir ve astım nöbetleri tetiklenebilmektedir**.(28)** Deri hastalıkları ruhsal sıkıntının en önemli ifadelerinden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Hatta psikodermatolojik hastalıklar için ayrı bir sınıflama dahi yapılmıltır. Deri ve sinir sistemi aynı embriyojenik dokudan köken almaktadır. Psikodinamik açıdan deri hastalıkları başka bir insan tarafından beğenilme arzusu ile suçlanma eğilimleri arasındaki çatışma ile tetiklenmektedir**.(29)**

2.4 DCPR SENDROMLARI

DCPR 12 farklı değişkeni içermektedir**.(30)** Bunlardan dört tanesi Anormal Hastalık Davranışı (Sağlık Anksiyetesi, Fobik Bozukluk, Tanatofobi, Hastalık İnkarı) grubu , diğer dört tanesi ise Lipowski'nin Somatizasyon Kavramı'nı temel alan grubu oluşturmaktadır (Psikiyatrik Hastalıklara İkincil Fonksiyonel Somatik Semptomlar, Israrlı Süreğen Persistan Somatizasyon, Konversiyon Belirtileri, Yıl Dönümü Reaksiyonu).**(31)** Son grup ise Tıbbi Hastalıkları Olan Bireylerde Sıklıkla ve Dirençli Biçimde Görülen Psikolojik Boyutlar (Tip A Kişilik, İrritabl Duygudurum, Demoralizasyon, Aleksitimi) olarak ele alınmaktadır.

DCPR tanı sisteminin klinik önemi, bu tanı sisteminin klinik karar vermedeki etkisinin kanıta dökülmesi ile anlaşılabilir. Temel sağlık hizmetlerine başvuran bireylerin DSM tanı kodlamasına kıyasla daha yüksek oranda DCPR tanıları aldığı gösterilmiştir.**(32)**

2.4.1 Sağlık Anksiyetesi

Sağlık anksiyetesi kavramı Hipokondriyazisin daha hafif bir formu gibi değerlendirilmektedir fakat hipokondriyazisten farklı olarak endişeler ve korkular tıbbi bir güvence almayla geriler ve 6

aydan daha kısa sürelidir**(33)**. Psikoterapötik yaklaşım; bozuk bir kısır döngü içerisinde somatik semptomların seçici algılanması ile emosyonel distres arasındaki mekanizmalara hastanın dikkatini çekmektir**(33).**

2.4.2 Hastalık Fobisi

Fobik bozukluğun temelinde bir hastalığı olduğu ile ilgili inatçı ve asılsız korkular yatmaktadır.**(33)** Fobik nesnenin doğası(hastalık fobisinde stabil, hipokondriaziste değişken) ve fobik anksiyetenin niteliği(hastalık fobisinde akut, hipokondriaziste sabittir) ile hipokondriazisten ayrılır**(33)**. Hipokondriyazis ve hastalık fobisinin ayırıcı tanısı tedavi planı için önemlidir.**(34)**

2.4.3 Hastalık İnkarı

Hastalık inkarı kavramsal çerçeve olarak hipokondriyazisin karşıt kutbu olarak ele alınabilir. Fiziksel hastalık düşüncesini inkar etmek herhangi bir tanıdan sonraki erken dönemde veya yaşamı tehdit eden kesinleşmiş bir hastalığın bulunduğu gibi durumlarda psikolojik zorlanmayı hafifletmek açısından adaptif bir mekanizma olarak görülebilir. Hastalık inkarı ICD ve DSM tanı sınıflamalarında

yeterince yer bulamamıştır.**(34)** Panik Bozukluk öyküsü olmayan agorofobili hastalarla yapılan DCPR çalışmasında Hastalık İnkarı' nın en çok görülen DCPR sendromu olduğu sonucuna varılmıştır**.(35)** Anoreksia Nervoza tanısı almış 108 hasta ile yapılan bir çalışmada da % 63 oranında Hastalık İnkarı sendromu görüşmüştür.**(36)**

2.4.4 Tanatofobi

Kişinin işlevselliğini bozacak düzeyde ölüm korkusudur. Ölümü hatırlatan herşeyden kaçınma çabası görülür. Herhangi bir tıbbi neden bulunamadığı halde kısa süre sonra ölebileceği inancı görülmektedir.**(34)**

2.4.5 Psikiyatrik Hastalıklara İkincil Fonksiyonel Somatik Semptomlar

Herhangi bir psikosomatik fonksiyel hastalığı olan bireylerin zaman içersinde mide-barsak veya mide-barsak dışı başka fonksiyonel hastalıkları geliştirme durumu olarak tanımlanmıştır.**(37)** Major Depresif veya Bipolar Bozukluk tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada DCPR sendromlarından birini veya birkaçını gösteren hastalarda

psikososyal işlevselliğin oldukça düşük olduğu, en sık görülen DCPR sendromunun ise PHİFSS olduğu görülmüştür.**(38)**

2.4.6.Israrlı, Süreğen (Persistan) Somatizasyon

Süreğen somatizasyonun, psikiyatrik hastalıklara ikincil fonksiyonel somatik semptomlar grubu ile toplumda görülme sıklığı%2-3 civarındadır.**(39)** Gastroenteroloji kliniğinde ayaktan takip edilen 190 hastanın, Kardiyoloji kliniğinde ayaktan takip edilen 153 hastanın, toplamda 343 hastanın alındığı bir çalışmada DCPR sendromları taranmıştır. En sık görülen DCPR sendromları grubunun Somatizasyon grubu sendromlar olduğu, yine bu grup içerisinde ve toplamda en sık görülen sendromun Süreğen Somatizasyon olduğu görülmüştür.**(40)**

2.4.7 Yıl Dönümü Reaksiyonu

Yıl dönümü reaksiyonu herhangi bir kaybın yaşandığı zaman diliminin her yıl dönümünde bireyde ortaya çıkan somatik belirtileri tanımlamaktadır. Tıbbi hastalığı olanlarda Yıl dönümü reaksiyonunun görülme sıklığını araştıran 1498 hasta ile yapılan bir çalışmada sıklık % 3.6 olarak bulunmuştur. Bu sonuç semptomların zamanlaması ile

kişisel açıdan anlamı olan olayların oluş tarihleri arasındaki ilişkiyi düşündürmesi açısından önemlidir.**(41)**

2.4.8 Konversiyon Semptomları

Konversiyon semptomları Engel tarafından duyu-motor fonksiyonlarının etkilendiği, lokalize paralizi veya güçsüzlük, konuşmanın kaybı, yeme güçlüğü, çift görme gibi durumlar olarak tanımlanmıştır.**(42)**

2.4.9 Tip A Kişilik

Tip A kişilik psikosomatik tıpta önemli bir kavramdır. Birçok çalışmada Tip A kişiliğin koroner kalp hastalıkları açısından önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Kalp hastalıkları dışındaki etkileri ise şimdiye kadar gözardı edilmiştir. Tip A kişilik söz konusu olduğunda zaman kısıtlılık hissi ve hostilitenin en temel iki bileşen olarak karşımıza çıktığı birçok ölçme ve değerlendirme yöntemi ile gösterilmiştir.**(43)**

2.4.10 İrritabl Duygudurum

İrritabl duygudurum epizodlar halinde veya uzamış ya da yaygınlaşmış kolay uyarılabilirlik halini tanımlamaktadır**(44).** Fiziksel hastalığı olanlarda öfkeye, hostiliteye zemin hazırlar ve organik veya fonksiyonel bir doğası vardır.**(45)** Öfke patlamalarının rahatlatıcı etkilerinin kaybı ve böylece birey için doyumsuzluk oluşturan iç yaşantılar ön plana çıkmıştır. Bireyler negatif duygularının farkındadırlar. İrritabl duygudurum genel popülasyonda %15 oranında görülebilmektedir.

2.4.11 Demoralizasyon

Demoralizasyon sıkıntı yaratan bir problemle yüzleşebilmedeki çaresizlikten ya da bireyin veya başkalarının bireyden beklentilerini karşılayamaması sonucu ortaya çıkan bir durum olarak tanımlanmıştır.**(46)** Demoralizasyon vazgeçme kompleksi(acizlik, ümitsizlik, demoralizasyon) içinde yer almaktadır ve hastalıkların oluşumuna neden olan bir sendromdur.**(47)**

2.4.12 Aleksitimi

Aleksitimi duyguları tanıyamamayı, iç yaşantısını açıklayabilecek uygun sözcükleri bulamamayı tanımlamaktadır. Uzun süren psikosomatik hastalıklarda aleksitiminin diğer durumlardan daha sık görüldüğü gözlenmişti.**(48)** Yaşam boyu süren öfkeyi bastırma çabaları, duyguların dışa vurumunun inhibisyonu aleksitimi veya benzer psikolojik yapıları kullanarak birçok fiziksel hastalık için artmış risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.5 ÖZEL HASTA GRUPLARI VE DCPR

2.5.1 Onkolojik Hastalık Grupları

Birçok çalışma kanser hastalarının hastalığın hangi evresinde olursa olsunlar %30-60 oranında bir psikiyatrik tanı aldıklarını göstermişti.**(49, 50**)

Bu hastalarda izlenen psikiyatrik hastalıklar hastanın hayat kalitesini etkilemekte, özkıyım riskini artırmakta ve fiziksel semptomları algılayışını(daha şiddetli ağrı hissetme gibi) etkilemektedir. Bu sebeplerle onkoloji hastalarında görülen bu negatif

ruhsal durumları net biçimde tanımlamak ve sınıflamak son derece önemlidir.

Hiçbir psikiyatrik hastalık tanısı almamış 146 onkoloji hastası ile yapılan bir çalışmada 65 hasta DSM tanı sistemine göre bir tanı alırken, 104 hastanın DCPR tanılarından en az birini aldığı gösterilmiştir. 55 hasta sağlık anksiyetesi, 42 hasta demoralizasyon, 38 hasta aleksitimi, 17 hasta irritabl duygudurum, 14 hasta Tip A davranış, 12 hasta tanatofobi, 12 hasta hastalık inkarı tanılarını almıştır.**(51)**

Meme kanseri tanısı konulmuş 110 hasta ile yapılan bir çalışmada DCPR sendromları incelenmiştir. 40 hasta sağlık anksiyetesi, 30 hasta demoralizasyon, 21 hasta aleksitimi,15 hasta irritabl duygudurum, 11 hasta Tip A kişilik, 10 hasta hastalık inkarı, 6 hasta da tanafobi sendromu tanılarını almıştır.**(52)**

2.5.2 Kardiyak Hastalık Grupları

İçinde bulunduğumuz yüzyılda koroner kalp hastalıkları ve psikolojik faktörler arasındaki ilişki gün yüzüne çıkmış ve güçlü kanıtlara dayandırılarak aradaki ilişki açıklanmıştır.

İlk atak miyokart infarktüsü olan 61 hastanın alındığı bir çalışmada 13 hastanın bir DSM tanısı aldığı görülürken 33 tanesinin en az bir DCPR tanısı aldığı gösterilmiştir. 17 hasta Tip A davranış,6 hasta irritabl duygudurum, 3 hasta demoralizasyon,3 hasta tanatofobi, 2 hasta hastalık inkarı tanısını almıştır.**(53)**

Miyokard İnfarktüsü sonrası 92 hastalanın prodromal afektif belirtilerini inceleyen bir çalışmada hastalar DSM IV ve DCPR tanı sistemleri kullanılarak değerlendirilmişlerdir. DSM tanı ölçütleri ile hastaların %46' sı bir tanı almışken, DCPR ile hastaların tümünün en az bir sendrom tanısı aldığı izlenmiştir.**(54)** DCPR ile 92 hastaya toplamda 286 adet sendrom tanısı konulabilmiştir. Başka bir çalışmada koroner arter cerrahisi geçiren hastalarla çalışılarak, bu hastalardaki klinik ve subklinik psikolojik zorlantıları ölçmek amaçlanmıştır.**(55)** Bu çalışmaya 47 hasta alınmış ve bu hastalar hem DSM ve hem de DCPR tanı sistemleri ile değerlendirilmiştir.

Hastaların 17'si (%36.1) DSM tanısı alırken, 27'si (%48.9) toplamda 28 DCPR sendromu tanısı almıştır. Kalp transplantasyonu sonrası hastaların psikolojik açıdan değerlendirildiği başka bir çalışmada 129 hasta değerlendirilmiştir.**(56)** Bu hastaların %18'i en az bir DSM tanısı alırken %66' sı en az bir DCPR sendromu tanısı almıştır.

2.5.3 Dermatolojik Hastalık Grupları

Çeşitli cilt hastalıkları olan 539 hasta ile DCPR' nin etkinliğini ölçmek üzere yapılmış olan bir çalışmada hastalar hem DSM-IV hem de DCPR tanılama sistemleri ile incelenmiştir.**(57)** 204 hasta bir DSM tanısı alırken, 258 hastaya herhangi bir DCPR sendromu tanısı almıştır.

2.5.4 Diğer Hastalık Grupları

Benign paroksismal vertigo ile psikiyatrik komorbid durumları araştıran bir çalışmada 92 hasta ile çalışılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği, DCPR, Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI), Toronto Aleksitimi Ölçeği, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği ile hastalar değerlendirilmiştir.**(58)** 30 hasta en az bir DCPR tanısı alırken, toplamda 60 adet DCPR sendromu tanısı konulabilmiştir.

Remisyonda hipofiz hastalığı ve hipofiz dışı endokrin hastalığı olan iki grubun ruhsal durumlarını sağlıklı kontrollerle karşılaştıran bir çalışmada DSM ve DCPR tanılama sistemleri kulanılmıştır. **(59)** 82 hastanın ruhsal durumları, 86 gönüllü ile karşılaştırılmıştır. Hipofizer hastalığı olanlarda 96, hipofiz dışı endokrin hastalığı olanlarda 52 ve sağlıklı gönüllülerde ise 15 DCPR tanısı konulduğu izlenmiştir. Aynı gruplar DSM tanı sistemi ile incelendiğinde hipofizer hastalığı olanlarda 67, hipofiz dışı endokrin hastalığı olanlarda 45, sağlıklı gönüllülerde ise 20 tanı konulabildiği görülmektedir

2.6 TİP D KİŞİLİK

Dennolet tarafından geliştirilmiştir. **(60)** "Distressed Personality" olarak bilinen Tip D kişiliğin, bireylerin sosyal ilişkilerinde bir gerilemeye ayrıca zamanla negatif emosyonel yaşantılarda artmaya neden olduğu görülmüştür. **(61)** Bu nedenle Negatif Affektivite ve Sosyal İnhibisyon adı altında iki bileşenden oluştuğu düşünülmektedir. Negatif affektivitesi yüksek olan

bireylerin öfke, stres, başkalarına zarar verme isteği, anksiyete ve depresyon gibi istenmeyen durumları yaşamaya daha eğilimli oldukları, etralarında olup bitenlerin negatif taraflarını daha sıklıkla gördükleri söylenmektedir.**(62)** Sosyal inhibisyon ise toplumsal ilişkilerinde beklediği ilgiyi görememe, beğenilmeme gibi tehlikelerle yüzleşmemek için hal ve hareketlerdeki dışa vurumun inhibe edilmesi anlamına gelmektedir**. (63)** Tip D kişiliği olan bireyler daha hareketsiz ve içe kapanık bir yaşam sürmekte ve bu hareketsizlik süreci içerisinde beden algısı değişebilmektedir. **(64)**

Tip D kişilik başta ruhsal hastalıklar ve kardiyovasküler sistem hastalıkları olmak üzere birçok fiziksel hastalıkla ilişkili bulunmuştur. Tip D kişiliğin özellikle sosyal inhibisyon tarafıyla anhedoni arasında önemli bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar yapılmıştır. **(65)** Özkıyım davranışının Tip D kişilik ile ilişkisini araştıran bir çalışmada anlamlı derece ilişki olduğu bildirilmiştir.**(66)** Hatta major depresif bozukluk tanılı hastalarda Tip D pozitifliğinin özkıyım davranışını öngörebileceği düşünülmüş ve yapılan bir kohort çalışmasında son derece güçlü bir ilişki bulunmuştur.**(67)** Tip D kişilik ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki güçlü ilişkiyi gösteren sayısız çalışma literatürde kendisine yer bulmuştur.

2.7 AMAÇ

Bu çalışma ile fiziksel hastalığa sahip olmanın DCPR sendromlarının görülme sıklığına etkisi, psikotik hastalıklar ile ilişkisi, psikotik hastalıkların DCPR sendromlarının görülme sıklığına etkisinin araştırılması planlanmıştır. Somatizasyonun öğrenilebilen bir kavram olması nedeniyle birinci derece yakınlarında fiziksel hastalığı olanların da DCPR sendromları değerlendirilmiştir. DCPR sınıflama sisteminin yalnızca Tip A kişiliği değerlendirmesi, Tip D kişiliğin de somatizasyon ve psikosomatik bozukluklarla yakın ilişkisin kanıtlanmış olması nedeniyle DCPR sendromları ve Tip D kişilik arasındaki ilişkinin de araştırılması planlanmıştır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem grubunun seçimi

Şubat 2015 - Mart 2015 tarihleri arasında psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören, eğitim durumu en azından okur- yazar olan hastalar ile çalışılmıştır. Çalışmanın uzun görüşme süreleri gerektirmesi nedeniyle özellikle yatarak tedavi gören hastalar tercih edilmiştir. Çalışmaya alınan toplam hasta sayısı 200' dür. 98 hasta herhangi bir psikotik bozukluk tanısı almış olup, 102 hasta da psikotik bozukluk tanısı almamıştır. Hastalara yapılacak olan çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmiş olup, onamları alınmıştır. Gönüllü olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Herhangi bir yaş sınırlaması olmamakla beraber mental retardasyon, demans ve ileri derecede bilişsel yıkımı olan şizofreni tanılı hastalar bilgi almayı zorlaştırabileceği için çalışmaya dahil edilmemiştir. Psikotik bozukluk tanısı almış hastalarla yapılan görüşmeler için psikotik semptomların yatışmış olması ve taburculuğun planlanmış olması koşulu aranmıştır.

3.2.Yöntem

Hastaların sosyodemografik bilgileri tarafımızca oluşturulan bir veri formuna görüşmeci tarafından kaydedilmiştir. Bu veri formunda

yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, alkol- sigara kullanımı, eşlik eden fiziksel hastalıkları, ailede psikiyatrik ve fiziksel hastalık öyküsü olup olmadığı ile ilgili bilgiler bulunmaktadır. Tüm hastalarda DCPR sendromları taranmış ve hastalar Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilmiştir. DCPR' de yalnızca Tip-A kişilik değerlendirildiğinden kişilik yapısını daha ayrıntılı değerlendirmek amacıyla Tip D kişilik DS- 14 ölçekleri de kullanılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Tip D DS -14 Kişilik Ölçeği

Tip D kişiliği değerlendirebilmek amacı ile geliştirilmiştir."Distressed Personality" olarak bilinen Tip D kişilik hem negatif afekt hem de sosyal inhibisyon bileşenlerinden oluşmaktadır. Toplam 14 maddeden oluşur. Alt ölçekleri ise 7 maddeden oluşur ve hem NA hem de SI alt ölçekleri için kesme puanı 10 dur. Maddeler 0-4 arası puanlandırılır. Her iki alt ölçek puanı 10 veya üzerinde ise bireyde Tip D kişilik yapısından bahsedilebilir. Kendi kendine doldurulabilen likert tipi bir ölçektir. Tip D kişilik kavramı ilk kez kardiyovasküler hastalıklar ile kişilik yapısı arasındaki bağ tartışılırken gündeme gelmiştir.**(68)**

3.3.2 Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS)

Özellikle psikotik bozukluklarda semptom değerlendirmesi yapmak için geliştirilmiş 18 maddelik bir ölçektir.**(69)** İlerleyen yıllarda depresif bozukluklar, anksiyete bozukluklukları gibi diğer durumlarda da klinik ölçek olarak kullanılabileceği görülmüştür. **(70)** Görüşmeci tarafından doldurulur. Her maddeye belirti şiddetine 0-6 arasında değişen puanlar verilir.

3.3.3 Psikosomatik Araştırmalar için Tanı Kriterleri (DCPR)

Kategorik sınıflama sistemlerine alternatif olarak düşünülmüş ve hangi psikolojik faktörlerinin klinik açıdan anlamı olduğunu sorgulayan yeni bir yaklaşım olarak geliştirilmiştir.**(30)** 3 alt gruptan ve toplamda 12 farklı değişkenden oluşur. Bu değişkenlerden dört tanesi Anormal Hastalık Davranışı (Sağlık Anksiyetesi, Fobik Bozukluk, Tanatofobi, Hastalık İnkarı) alt grubunu oluşturur.**(31)** Diğer dört değişken ise Lipowski'nin Somatizasyon Kavramı'nı temel alan grubu (Psikiyatrik Hastalıklara İkincil Fonksiyonel Somatik Semptomlar, Israrlı Süreğen Persistan Somatizasyon, Konversiyon Belirtileri, Yıl Dönümü Reaksiyonu) oluşturmaktadır. **(71)** Son dört değişken ise Tıbbi hastalığı olanlarda sıklıkla ve dirençli

biçimde görülebilen psikolojik boyutlar (Tip A Kişilik, İrritabl Duygudurum, Demoralizasyon, Aleksitimi) adı altında toplanmıştır.**(72)** Görüşmeci tarafından uygulanır ve bir puanlama sistemi değildir. Adı geçen herhangi bir değişkenin hastada varlığı ya da yokluğu şeklinde değerlendirilir. Bu 12 değişken aynı zamanda DCPR sendromları adıyla da anılmaktadır.

3.4 İstatistiksel Değerlendirme

Katılımcılardan elde edilen verilerin analizini yapmak için SPSS 21.00 paket programı kullanılmıştır. Örneklem grubunu oluşturan ikili gruplar arasında elde edilen ölçümler açısından fark olup olmadığını anlamak için Ki-Kare ve T-Testi analizleri kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Örneklemi oluşturan 200 kişi, psikotik belirtileri olan ve olmayan şeklinde iki gruba ayrılmış ve analizler iki grubu karşılaştıracak şekilde yapılmıştır. Tablo 1'de örneklem grubunu oluşturan gruplara ilişkin sosyodemografik özellikler gösterilmiştir.

Tablo 1. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Özellik	**Psikotik (N=98)**		**Psikotik Değil (N=102)**		**Toplam (N=200)**	
Cinsiyet	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Kadın	41	41.8	47	46.1	88	44
Erkek	57	58.2	55	53.9	112	56
Medeni Durum						
Evli	48	49	52	51	100	50
Bekar	45	45.9	35	34.3	80	40
Dul	0	0	2	2	2	1
Boşanmış	5	5.1	13	12.7	18	9
Eğitim						
İlkokul	11	11.2	17	16.7	28	14
Ortaokul	10	10.2	10	9.8	20	10
Lise	43	43.9	34	33.3	77	38.5
Yüksek Okul	34	34.7	41	40.2	75	37.5

Meslek						
Çalışmıyor	20	20.4	7	6.9	27	13.5
Öğrenci	14	14.3	18	17.6	32	16
Ev Hanımı	23	23.5	20	19.6	43	21.5
İşçi	7	7.1	8	7.8	15	7.5
Memur	10	10.2	8	7.8	18	9
Serbest	4	4.1	6	5.9	10	5
Emekli	5	5.1	13	12.7	18	9
Diğer	15	15.3	22	21.6	37	18.5
	Ort.	**ss**	**Ort.**	**ss**	**Ort.**	**ss**
Yaş	34.98	10.24	37.39	12	36.21	11.21

Örneklem grubunu oluşturan gruplara ait hastalık özellikleri ise Tablo 2'de belirtilmiştir.

Tablo 2. Örneklemi Oluşturan Grupların Hastalık Özellikleri

Hastalık Özellik	**Psikotik (N=98)**		**Psikotik Değil (N=102)**		**Toplam (N=200)**	
Sigara Kullanımı	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Yok	32	32.7	35	34.3	67	33.5
1 paketten az	20	20.4	21	20.6	41	20.5
1 paket	15	15.3	13	12.7	28	14

1-2 paket arası	17	17.3	19	18.6	36	18
2 paket	4	4.1	3	2.9	7	3.5
2 paketten fazla	10	10.2	11	10.8	21	10.5
Alkol Kullanımı						
Var	86	87.8	80	78.4	166	83
Yok	12	12.2	22	21.6	34	17
Ailede Psikiyatrik Hastalık						
Yok	58	59.2	54	52.9	112	56
Şizofreni	13	13.3	12	11.8	25	12.5
Şizoaffektif Bozukluk	0	0	1	1	1	0.5
Bipolar Affektif Bozukluk	4	4.1	7	6.9	11	5.5
Depresyon	21	21.4	24	23.5	45	22.5
Panik Bozukluk	2	2	1	1	3	1.5
Kişilik Bozuklukları	0	0	2	2	2	1
Obsesif Kompulsif Bozukluk	0	0	1	1	1	0.5
Eşlik Eden Fiziksel Hastalık						
Yok	58	59.2	47	46.1	105	52.5

Var	40	40.8	55	53.9	95	47.5
Ailede Fiziksel Hastalık						
Yok	47	48	43	42.2	90	45
Var	51	52	59	57.8	110	55
	Ort.	**ss**	**Ort.**	**ss**	**Ort.**	**ss**
Hastalık Süresi (Ay)	99.09	69.95	105.47	96.97	102.34	84.66

Örneklemi oluşturan gruplar, elde edilen ölçümler açısından karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 3'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, gruplar arasında, Sağlık Anksiyetesi (X^2=1.542, p=.214), Fobik Bozukluk (X^2=3.637, p=.056), PBISS (X^2=0.730, p=.393), Konversiyon (X^2=0.591 p=.442), Yıldönümü (X^2=2.816, p=.093), Tip A (X^2=3.540, p=.060), İrrabilite (X^2=0.035, p=.852), Demoral (X^2=3.450, p=.063), Aleksitimi (X^2=0.115, p=.734), Tip D (X^2=1.235, p=.266) ve Sİ (X^2=0.127, p=.722) açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tanatofobi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu (X^2=5.719, p<.05) saptanmıştır. Buna göre psikotik olmayan gruba ait Tanatofobi oranları daha fazladır.

Hastalık İnkarı açsından da gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (X^2=3.881, p<.05). Psikotik olmayan grubun hastalık inkarı oranı, diğer gruplara göre daha düşüktür. Israrlı Somatizasyon oranları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark vardır (X^2=11.011, p<.01). Psikotik olan kişilerde ısrarlı somatizasyon oranının daha az olduğu görülmüştür. Son olarak NA oranları açsından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (X^2=6.554, p<.05). Buna göre Psikotik olmayan kişilerde NA oranlarının belirgin derecede fazladır.

Tablo 3. Örneklemi Oluşturan Grupların Elde Edilen Ölçümler Açısından Karşılaştırılması

Ölçümler		Gruplar	N	%	X^2	p
Sağlık Anksiyetesi	Var	Psikotik	54	45.4	1.542	.214
		Psikotik Değil	65	54.6		
	Yok	Psikotik	44	54.3		

		Psikotik Değil	37	45.7		
Fobik Bozukluk	Var	Psikotik	26	39.4	3.637	.056
		Psikotik Değil	40	60.6		
	Yok	Psikotik	72	53.7		
		Psikotik Değil	62	46.3		
Tanataofobia	Var	Psikotik	49	41.9	5.719*	.017
		Psikotik Değil	68	58.1		
	Yok	Psikotik	49	59		
		Psikotik Değil	34	41		
Hastalık	Var	Psikotik	44	57.9		
		Psikotik	32	42.1		

İnkarı		Değil			3.881*	.049
	Yok	Psikotik	54	43.5		
		Psikotik Değil	70	56.5		
PBISS	Var	Psikotik	45	45.9	0.730	.393
		Psikotik Değil	53	54.1		
	Yok	Psikotik	53	52		
		Psikotik Değil	49	48		
Israrlı Somatizasyon	Var	Psikotik	31	35.6	11.011**	.001
		Psikotik Değil	56	64.4		
	Yok	Psikotik	67	59.3		
		Psikotik Değil	46	40.7		

Konversiyon	Var	Psikotik	25	44.6	0.591	.442
		Psikotik Değil	31	55.4		
	Yok	Psikotik	73	50.7		
		Psikotik Değil	71	49.3		
Yıldönümü	Var	Psikotik	18	38.3	2.816	.093
		Psikotik Değil	29	61.7		
	Yok	Psikotik	80	52.3		
		Psikotik Değil	73	47.7		
Tip A	Var	Psikotik	37	41.6	3.540	.060
		Psikotik Değil	52	58.4		
	Yok	Psikotik	61	55		

		Psikotik Değil	50	45		
İrratibilite	Var	Psikotik	57	49.6	0.035	.852
		Psikotik Değil	58	50.4		
	Yok	Psikotik	41	48.2		
		Psikotik Değil	44	51.8		
Demoral	Var	Psikotik	60	44.4	3.450	.063
		Psikotik Değil	75	55.6		
	Yok	Psikotik	38	58.5		
		Psikotik Değil	27	41.5		
Aleksitimi	Var	Psikotik	39	47.6		
		Psikotik	43	52.4		

		Değil			0.115	.734
	Yok	Psikotik	59	50		
		Psikotik Değil	59	50		
Tip D	Var	Psikotik	65	46.4		
		Psikotik Değil	75	53.6	1.235	.266
	Yok	Psikotik	33	55		
		Psikotik Değil	27	45		
Sİ	Var	Psikotik	77	49.7		
		Psikotik Değil	78	50.3	0.127	.722
	Yok	Psikotik	21	46.7		
		Psikotik Değil	24	53.3		

NA	Var	Psikotik	78	45.3	6.554*	.010
		Psikotik Değil	94	54.7		
	Yok	Psikotik	20	71.4		
		Psikotik Değil	8	28.6		

*p<.05, **p<.01

Örneklemi oluşturan gruplar, BPRS puanları açısından karşılaştırılmış ve anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (t=-1.370, p=.172).

Tablo 4. Örneklemi Oluşturan Grupların BPRS Puanlarının Açısından Sonuçları

Gruplar	N	Ortalama	ss	t	p
Psikotik	98	34.71	14.19	-1.370	.172
Psikotik Değil	102	37.92	18.69		

Örneklemi oluşturan kişiler, fiziksel hastalığı olan ve olmayan şeklinde de iki gruba ayrılıp, DCPR puanları açısından karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 5'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, gruplar arasında, Sağlık Anksiyetesi (X^2=1.005, p=.316), Fobik Bozukluk (X^2=0.165, p=.684), Tanataofobia (X^2=2.431, p=.119), Hastalık İnkarı (X^2=1.431, p=.232), Israrlı Somatizasyon (X^2=0.009, p=.926), Konversiyon (X^2=0.195 p=.659), Yıldönümü (X^2=0.012, p=.914), Tip A (X^2=0.043, p=.836), İrrabilite (X^2=0.935, p=.334), Demoral (X^2=0.893, p=.345) ve Aleksitimi (X^2=0.348, p=.555) açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Sadece PHİFSS açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu (X^2=4.453, p<.05) saptanmıştır. Buna göre fiziksel hastalığı olmayan gruba ait PBISS oranları daha düşüktür.

Tablo 5. Eşlik Eden Fiziksel Hastalığı Olan ve Olmayanların DCPR Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçümler		**Gruplar**	**N**	**%**	**X^2**	**p**
Sağlık Anksiyetesi	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	60	50.4	1.005	.316
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	59	49.6		
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	35	43.2		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	46	56.8		
Fobik Bozukluk	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	30	45.5	0.165	.684
		Fiziksel Hastalığı	36	54.5		

		Olmayan				
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	65	48.5		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	69	51.5		
Tanataofobia	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	61	52.1		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	56	47.9	2.431	.119
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	34	41		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	49	59		
	Var	Fiziksel	32	42.1		

Hastalık İnkarı		Hastalığı Olan			1.431	.232
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	44	57.9		
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	63	50.8		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	61	49.2		
PHİFSS	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	54	55.1	4.453*	.035
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	44	44.9		
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	41	40.2		
		Fiziksel	61	59.8		

		Hastalığı Olmayan				
Israrlı Somatizasyon	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	41	47.1	0.009	.926
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	46	52.9		
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	54	47.8		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	59	52.2		
Konversiyon	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	28	50	0.195	.659
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	28	50		

	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	67	46.5		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	77	53.5		
Yıldönümü	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	22	46.8	0.012	.914
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	25	53.2		
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	73	47.7		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	80	52.3		
Tip A	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	43	48.3		

		Fiziksel Hastalığı Olmayan	46	51.7	0.043	.836
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	52	46.8		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	59	53.2		
İrratibilite	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	58	50.4	0.935	.334
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	57	49.6		
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	37	43.5		
		Fiziksel Hastalığı	48	56.5		

		Olmayan				
Demoral	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	61	45.2		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	74	54.8	0.893	.345
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	34	52.3		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	31	47.7		
Aleksitimi	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	41	50		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	41	50	0.348	.555
	Yok	Fiziksel	54	45.8		

		Hastalığı Olan				
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	64	54.2		

Birinci derecede yakınında fiziksel hastalığı olan ve olmayan katılımcılar da DCPR puanları açısından karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 6'da gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, DCPR'ın hiçbir alt alanı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Tablo 6. Birinci Derecede Yakınında Fiziksel Hastalığı Olan ve Olmayanların DCPR Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçümler		**Gruplar**	**N**	**%**	**X^2**	**p**
Sağlık	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	66	55.5		

Anksiyetesi		Fiziksel Hastalığı Olmayan	53	44.5	0.025	.873
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	44	54.3		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	37	45.7		
Fobik Bozukluk	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	39	59.1	0.666	.414
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	27	40.9		
	Yok	Fiziksel Hastalığı	71	53		

		Olan				
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	63	47		
Tanataofobia	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	66	56.4	0.227	.634
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	51	43.6		
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	44	53		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	39	47		
	Var	Fiziksel	45	59.2		

Hastalık İnkarı		Hastalığı Olan			0.878	.349
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	31	40.8		
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	65	52.4		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	59	47.6		
PHİFSS	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	58	59.2	1.359	.244
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	40	40.8		

	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	52	51		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	50	49		
Israrlı Somatizasyon	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	50	57.5	0.380	.538
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	37	42.5		
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	60	53.1		
		Fiziksel Hastalığı	53	46.9		

		Olmayan				
Konversiyon	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	31	55.4	0.004	.950
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	25	44.6		
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	79	54.9		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	65	45.1		
Yıldönümü	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	27	57.4	0.149	.700
		Fiziksel	20	42.6		

		Hastalığı Olmayan				
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	83	54.2		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	70	45.8		
Tip A	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	52	58.4	0.761	.383
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	37	41.6		
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	58	52.3		

		Fiziksel Hastalığı Olmayan	53	47.7		
İrratibilite	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	66	57.4	0.625	.429
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	49	42.6		
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	44	51.8		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	41	48.2		
Demoral	Var	Fiziksel Hastalığı	71	52.6		

		Olan				
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	64	47.4	0.973	.324
	Yok	Fiziksel Hastalığı Olan	39	60		
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	26	40		
Aleksitimi	Var	Fiziksel Hastalığı Olan	42	51.2	0.803	.370
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	40	48.8		
	Yok	Fiziksel	68	57.6		

		Hastalığı Olan				
		Fiziksel Hastalığı Olmayan	50	42.4		

Tablo 7'de Tip D kişilik özelliği olan ve olmayanların Tip A sonuçlarına göre karşılaştırılmaları sunulmuştur. Sonuçta gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (X2=0.279, p=.598).

Tablo 7. Tip D Kişilik Özellikleri Olan ve Olmayanların Tip A Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçümler		**Gruplar**	**N**	**%**	**X^2**	**p**
	Var	Tip D Kişilik Özellikleri Olan	64	71.9		
		Tip D Kişilik	25	28.1		

Tip A		Özellikleri Olmayan			0.279	.598
	Yok	Tip D Kişilik Özellikleri Olan	76	68.5		
		Tip D Kişilik Özellikleri Olmayan	35	31.5		

DCPR tanıları alan ve almayan kişiler hastalık süresi açısından karşılaştırılması için T-Testi analiz yapılmıştır, sonuçlar Tablo 8'de belirtilmiştir. Sadece yıldönümü reaksiyonu gösteren ve göstermeyenler arasında hastalık süresi açsından anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($t=-2.402$, $p<.05$). Buna göre yıldönümü reaksiyonu gösterenlerin (Ort.=131.06), göstermeyenlere göre (Ort.=93.52) anlamlı olarak daha uzun hastalık süresine sahip oldukları bulunmuştur.

Tablo 8. DCPR Tanıları Alan ve Almayan Kişilerin Hastalık Süresi Açısından Karşılaştırılması

DCPR	**Gruplar**	**N**	**Ortalama**	**ss**	**t**	**p**
Sağlık Anksiyetesi	Var	119	104.9	89.09	-0.529	.597
	Yok	81	98.59	78.08		
Fobik Bozukluk	Var	66	110.45	93.87	-0.900	.370
	Yok	164	98.35	79.81		
Tanataofobia	Var	117	100.91	90.78	0.294	.769
	Yok	83	104.37	75.7		
Hastalık İnkarı	Var	76	107.78	87.8	-0.700	.485
	Yok	124	99.02	82.86		
PBISS	Var	98	108.3	85.98	-0.974	.331
	Yok	102	96.63	83.4		

Israrlı Somatizasyon	Var	87	111.83	89.18	-1.375	.171
	Yok	113	95.04	80.65		
Konversiyon	Var	56	96.66	93.13	0.557	.579
	Yok	144	104.56	81.37		
Yıldönümü	Var	47	131.06	97.91	-2.402*	.019
	Yok	153	93.52	78.42		
Tip A	Var	89	102.44	89.72	-0.014	.989
	Yok	111	102.27	80.79		
İrratibilite	Var	115	104.37	84.08	-0.392	.695
	Yok	85	99.6	85.86		
Demoral	Var	135	104.84	86.01	-0.609	.544
	Yok	65	97.17	82.2		
	Var	82	105.15	89.84		

Aleksitimi	Yok	118	100.4	81.2	-0.382	.703

5. TARTIŞMA

Somatoform bozukluklar ve psikosomatik tıp psikiyatri disiplini içerisinde en tartışmalı alanlar içinde yer alırlar. Bu tartışmalar daha çok sınıflama ve tedavi yaklaşımları ile ilgilidir. Günümüzde kullanılan modern sınıflama sistemlerinin de uygun yaklaşım sunamaması nedeniyle klinik pratikte ciddi zorluklar yaşanmaktadır. Özellikle ülkemizde ve benzer kültürel özellikler gösteren ülkelerde duygu ve düşüncelerin ifadesinin ayıplanması temelinde somatizasyon, konversiyon ve dissosiyasyon gibi savunma mekanizmalarının sık kullanıldığı düşünülürse yaşanılan zorluk daha iyi anlaşılabilir.

DSM- V ' in bu tartışmalı konuda kolaylıklar sağlaması beklenirken köklü bir değişikliğin yapmadığı görülmüştür.**(73)**

DSM-V ve DCPR tanısal sistemlerinin karşılaştırmak için yapılan bir çalışmada konjestif kalp yetmezliği olan hastalarla çalışılmıştır. Bu çalışmada hastaların % 18.5 i DSM sistemi ile SBB grubu bir tanı alırken, % 41.4' ünün en az bir DCPR tanısı aldığı görülmüş ayrıca en sık görülen DCPR sendromları ise Hastalık inkarı, Demoralizasyon ve İrritabilitile olarak tanımlanmıştır. **(74)**

Her ne kadar DCPR' nin DSM Somatoform Bozukluklar tanı kategorisine alternatif olabileceği söylense de yaptığımız bu çalışma ile herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olmanın DCPR sendromlarının görülme sıklığını PHİFSS sendromu dışında artırmadığı sonucuna ulaşılmıştır. DCPR sınıflama sisteminin kullanımının tıbbi hastalığı olanları alt gruplara ayırabilme, eşik altı sendromları ayırt edebilme, psikosomatik hastalıklar için risk faktörlerini belirleyebilme amacıyla dizayn edildiği ve giderek yaygınlaştığı düşünülürse bu durum literatür bilgilerinin çoğunluğu ile uyumsuzdur.**(75)** Tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan bir hasta grubunda yapılan çalışmada DCPR sendromlarından birisi olan Israrlı Somatizasyonun Somatoform Bozukluk tanılı hastalarda düşük oranlarda görüldüğü bildirilmiştir. **(76)** Anoreksiya Nervoza bir nevi psikosomatik bozukluk olarak tanımlanmaktadır.**(77)** Anoreksiya Nervoza tanılı 108 hastada DCPR sendromlarının taranması amacıyla ile yapılan bir çalışmada hastaların % 63' ü Hastalık İnkarı, % 54.6' sı ise Aleksitimi tanısı almıştır. Süreğen somatizasyon ise hastaların % 10.2'sinde görülmüştür. Çalışmamızda fiziksel hastalığın olması ile **PHİFSS** arasında anlamlı ilişki bulunmuşken **AN** tanılı hastalarla yapılan bu çalışmada hastaların % 41.7' si **PHİFSS** tanısı almıştır.**(78)**

DCPR' nin bazı sendromlarını inceleyen çalışmalar da literatürde yerini almıştır. Kalp transplantasyonu yapılan 95 hasta ve sağlıklı kontrollerle ile yapılan bir çalışmada EİÖ, TAÖ ve DCPR' nin Aleksitimi sendromları kullanılarak EİÖ ile kardiyak hastalık arasındaki ilişki araştırılmak istenmiştir. Bu çalışmada TAÖ ve DCPR' nin Aleksitimi sendromu ölçümlerinin hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında anlamlı farkı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.**(79)** Koroner kalp hastalığı olan 62 hastanın alındığı bir başka çalışmada DCPR' nin Aleksitimi ve Tip A davranış sendromları değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda Aleksitimi ve Tip A davranışı tarayabilmek için DCPR' nin kullanımının uygun olduğu sonucuna varılmıştır.**(80)** Fiziksel hastalığa sahip olma ve DCPR' nin Aleksitimi sendromu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir başka çalışmada dermatoloji, kardiyoloji, gastroentereloji ve onkoloji kliniklerinden toplanan 1190 hastanın incelendiği çalışmadır. Bu çalışma oldukça heterojen hasta dağılımı, örneklem sayısının büyüklüğü açısından değerli olmakla beraber, DCPR' nin Aleksitimi sendromunun hastalarda taranmasının güvenilir bir prognostik gösterge olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.**(81)** Fiziksel hastalığı olanlarda DCPR sendromlarının incelenmesini içeren literatürdeki bu çelişkili bulgular

daha ayrıntılı ve örneklem sayısının daha büyük olduğu çalışmaları gerektirmektedir. Her ne kadar çalışmamıza dahil ettiğimiz örneklem sayısı yeterli gibi görünse de DCPR çalışmaları daha heterojen ve daha büyük grupları incelemeyi gerektirmektedir. Bu durum çalışmamızın kısıtlılığını yansıtabilir.

Somatizasyon öğrenilmiş bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik, fizyolojik, kişiler arası ve sosyokültürel etmenler semptomların git gide artmasına neden olan kısır döngüleri besliyor olabilir.**(82)** Özellikle ebeveynlerin çocuklarına karşı tutumlarının davranışsal ve psikolojik kontrolü sağlamaya yönelik olduğu ailelerde büyüyen çocukların, sorunlarını içselleştirme eğilimlerinin arttığı gözlenmiştir.**(83)** Örneğin annelerinde İBS olan çocukların, annelerinde İBS olmayan çocuklara göre annelerindekilere benzer GİS semptomları yaşama, GİS semptomları nedeniyle okula gidememe ve bu GİS semptomları nedeniyle doktora götürülme oranları daha yüksek bulunmuştur.**(84)** Somatizasyonun öğrenilmiş bir kavram olarak tanımlanması nedeniyle çalışmaya dahil ettiğimiz

hastaların birinci derece yakınlarında fiziksel hastalık olup olmadığı da sorgulanmıştır.

Çalışmamızda birinci derece yakınlarında herhangi bir fiziksel hastalığı olan hastalarda DCPR sendromlarının sıklığında artış görülebileceği öngörülmüş fakat istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Bu sonuca neden olabilecek bazı faktörler düşünülebilir. Ailenin herhangi bir bireyi fiziksel hastalık süreci yaşarken, yetişmekte olan bireylerin içinde bulunduğu gelişim düzeyleri, fiziksel hastalık sürecinin uzunluğu, ebeveynlerin fiziksel hastalıklara karşı tutumları da çalışmamızda ulaştığımız sonuçlarla yakından ilişkili gibi görünmektedir. Özellikle ebeveynlerdeki fiziksel hastalık sürecinin niceliksel açıdan sorgulanmaması çalışmamızın eksik taraflarından birisi olabilir.

Somatoform veya psikosomatik bozukluklar zaman zaman psikotik süreçlerle karışabilmekte hatta psikotik zeminde gelişebilmektedir. Örneğin eski adıyla Hipokondriyazis DSM sınıflamaları içerisinde sanrısal veya sanrısal olmayan özellikleri ile hem Somatoform bozukluklar içerisinde hem de Psikotik bozukluklar içerisinde kendisine yer bulmuştur. Herhangi bir psikotik bozukluk

tanısı almış hastalarla yapılan somatizasyon ve psikosomatik bozukluk çalışmaları da ilginç sonuçlar içermektedir. Psikotik olan ve olmayan iki grup hastayla yapılan bir çalışmada gruplar arasında **Aleksitimi** sendromu araştırılmıştır. Bu çalışma sonucunda **Aleksitimi** açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. **(85)**

Çalışmamızda psikotik bozukluk süreçlerinin DCPR sendromlarının görülme sıklığında artışa neden olup olmadığı araştırılmıştır. Herhangi bir psikotik bozukluk tanısı alan hastalarla almayanlar arasında DCPR' nin **Tanatofobi** ve **Israrlı Somatizasyon** sendromlarının görülme sıklığı arasında anlamlı fark bulunmuştur. Psikotik bozukluklar **Tanatofobi** ve **Israrlı Somatizasyon** sendromlarının görülme sıklığını anlamlı derecede artırmıştır. Bu sonuç çalışmaya alınan psikotik hastaların sanrı tipleri ile ilişkili olabilir. Özellikle psikozlarda **Hastalık İnkarı** sendromu tedaviye uyumu ciddi biçimde etkilemektedir. Çalışmamızda **Hastalık İnkarı** sendromu açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Tip D kişilik sağlığı tehdit eden davranışlarla ilişkilidir. Özellikle kalp hastalığı olanlarda sık görülmektedir. Tip D kişiliği olan bireyler sedanter bir yaşam sürmekte ve sağlıklı yaşam için

gereken fiziksel aktivitelerden kaçınmaktadırlar. NA ve Sİ adı altında incelenmektedir.**(62, 63)** Tip D kişilik birçok hastalıkta çalışılmıştır. Fibromiyalji tanısı almış 568 hasta ile yapılan bir çalışmada Tip D kişiliğin %56.5 oranında görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır.**(86)** Tip 2 diyabet tanısı almış 91 hasta ile yapılan bir başka çalışmada hastaların sağlıklı kontrollere göre daha yüksek oranda Tip D kişilik özellikleri gösterdikleri, kan şekeri regülasyonu düzenlenmesi için daha sık başvurmalarına rağmen önerilere daha az uyum gösterdikleri görülmüştür. **(87)** Kalp krizi geçirmiş 81 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların ilaç uyumu değerlendirilmiştir. Tip D kişiliği olan hastaların daha yüksek oranlarda ilaç uyumsuzluğu gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. **(88)** Tip D kişilik ve Anhedoni arasındaki ilişkiyi araştıran bir başka çalışmaya 204 üniversite öğrencisi katılımcı alınmıştır. Tip D kişiliğin Sİ alt ölçeğinin Anhedoni açısından prognostik olarak kullanılabileceği sonucuna ulaşılmıştır. **(89)** Tip D kişiliğin özkıyım davranışı açısından prognostik değerini araştıran bir çalışmaya MDB tanısı almış 84 hasta alınmıştır. Tip D kişilik yapısı gösteren hastaların ölçek puanlarının daha yüksek olduğu, geçmişte daha sık özkıyım girişiminde bulundukları görülmüştür. **(90)** Tip D kişilik örüntüleri gösteren bireylerin sağlıklı beslenmedikleri,

öğünlerinin büyük kısmının yağ ve karbonhidrattan oluştuğu, meyve ve sebze yemeyi pek tercih etmedikleri güncel bir çalışmayla ortaya konulmuştur. **(91)** Tip D kişiliği inceleyen bahsi geçen çalışmalar düşünüldüğünde bu durumun psikotik süreçlere benzediği görülebilir. Örneğin şizofreni hastalarında ölüm sebebi sıklıkla kardiyovasküler hastalıklar olmaktadır. Diyetlerine dikkat etmemekte ve genellikle sedanter bir yaşam sürmekte, ilaç uyumları zaman zaman düşük olmaktadır. Ayrıca zaman içerisinde sosyal içe çekilme, ilgi ve istek kaybı gibi belirtiler görülebilmektedir. Bu nedenle çalışmamızda Psikotik süreçlerin Tip D kişilik ile ilişkisi araştırılmıştır. Psikotik olanlarla olmayanlar arasında Tip D kişilik açısından anlamlı fark bulunamamakla birlikte Tip D kişiliğin alt ölçeği olan NA arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durum Tip D kişilik envanterinin NA alt ölçeğinin psikotik bozukluklarda prognostik değeri olduğu anlamına gelebilir. Çalışmamızın güvenirliğini artırmak amacıyla tüm hastalara BPRS ölçeği uygulanmıştır. Tip D kişilik özellikleri gösteren hastaların BPRS puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum literatürdeki bulgular ile uyumludur.

Tip A kişilik zamanı yetiştirememe, sabırsızlık, hostilite gibi özellikler gösteren, kalp hastalıkları ile yakın ilişkisi olduğu

düşünülen davranış paterni olarak ilk 1950' lerde tanımlanmıştır.**(92)** Tip A kişilik incelemesi DCPR sendromları içerisinde de kendine yer bulmuştur. Farklı disiplinleri ilgilendiren tıbbi hastalığı olan 1398 hasta ile yapılan bir çalışmda özellikle kardiyovasküler sistem hastalıkları olanlarda Tip A kişilik paterninin daha yüksek oranlarda görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır.**(93)** Tartışmamızın önceki bölümlerinde de belirtildiği gibi Tip D kişilik yapısı da kardiyovasküler sistem hastalıkları açısından bir risk faktörü olarak görülmektedir fakat DCPR sınıflama sistemi içerisinde Tip D kişilik değerlendirilmemektedir. Bu nedenle çalışmamızda DCPR' nin yetersiz kalabileceği Tip D kişilik ve Tip A kişilik arasındaki ilişki araştırılmıştır. DCPR kategorizasyonuna göre Tip A kişilik tanısı alan hastalarda Tip D kişilik arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum Tip D kişilik sorgulamasının DCPR kategorizasyonunda yer almasının gerekmeyebileceği kanaatini oluşturmuştur.

Çalışmamızda araştırdığımız bir başka konu ise DCPR sendromları BPRS ölçek puanları arasındaki ilişkidir. Tanatofobi, Demoralizasyon ve Fobik bozukluk sendromları ile BPRS ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Bu sendromların görüldüğü hastalarda BPRS ölçek puanların daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak DCPR' nin klinik kullanımı açısından DSM ve ICD sınıflama sistemlerine göre bir adım daha önde gibi görünmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Tsermoulas G, Aidonis A, Flint G. The skull of Chios: trepanation in Hippocratic medicine. J Neurosurg. 2014 Aug;121(2):328-32. doi: 10.3171/2014.4.JNS131886. Epub 2014 May 23.

2. Nemiah JC. Somatoform disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 4th ed Baltimore: Williams and Wilkins, 1985:924-42.

3.Mai, F.M.; Merskey, H. Historical review. Briquet's concept of hysteria: An historical perspective. Can. J. Psychiatry 1981, 26, 57–63.

4. Reynolds, E.H. Hysteria, conversion and functional disorders: A neurological contribution to classification issues. Br. J. Psychiatr. 2012, 201, 253–254.

5.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV.baskı. Washington DC: American Psychiatric Press Inc, 1994.

6. Arthur J. BarskyAssessing the New DSM-5 Diagnosis of Somatic Symptom Disorder Psychosomatic Medicine, 2015 V78 DOI: 10.1097/PSY.0000000000000287

7. Menninger WC Psychosomatic medicine, somatization reactions. Psycho. Med. 1947 9:92-97

8. Meıssner WW Kişilik ve psikopatoloji kuramları Kaplan HI. Sadock BJ Comprehensive Textbook of Psychiatry 8th ed. 2005 sf 722

9. Ford CV. The somatizing disorders. Psychosomatics. 1986 May;27(5):327-31, 335-7.

10. Parsons T Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice. in: Pasrosns T(ed.)The Social System. New York: Free Press 1951 428-479

11. Brodsky CM. Sociocultural and interactional influences on somatization. Psychosomatics. 1984 Sep;25(9):673-80.

12. Öztürk O.M. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Nobel Tıp Kitabevi 2011 1. cilt sf 84-85

13. Gabbard GO Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice 1994 APP Inc Washington

14. Bowman ES,Coons PM.The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified.Bull Menninger Clin. 2000 Spring;64(2):164-80.

15. Ford CV, Folks DG.Conversion disorders: an overview.Psychosomatics. 1985 May;26(5):371-4, 380-3.

16. Akahi H, House A The clinical epidemiology of hysteria; vanishingly rare or just vanishing Psychological Medicine 2002 32 (2) 191-194

17. Picardi A, Abeni D: Stresful life events and skin diseases: Disentangling evidence from myth. Psychother Psychosom 2001 May-Jun;70(3):118-36.

18. Sadock BJ, Sadock VA Tıbbi Durumu Etkileyen Psikolojik Etkenler ve Psikosomatik Tıp 2005 bölüm 25 sf 355-363

19. Cosar B Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Hastalıklar Güncel Klinik Psikiyatri 2008 bölüm 30 sf 753-770

20. Balon R. Reflections on relevance: Psychotherapy and Psychosomatics in 2005.Psychother Psychosom. 2006;75(1):5-11.

21. F. Alexander "Psychosomatic specificity" University of Chicago Press 1952

22. Cannon Walter (1932) Wisdom of the Body United States: W.W. Norton & Company ISBN 0393002055

23. Luban-Plozza B, Pöldinger W. Genel tababette psikosomatik bozukluklar. Service Scientific Roche Serisi'nden Çeviren:Prof. Ayhan Songar Yeni Gün Matbaası. İstanbul 1976.

24. Sadock BJ, Sadock VA Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott Williams and Wilkins volume II 2000

25. Miccolis G.Sociocultural influences in the theory of Karen Horney. Am J Psychoanal. 1996 Jun;56(2):141-7.

26. Francesc BC et all The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry Ann Fam Med. 2004 Nov; 2(6): 576–582.

27. Esler M, Kaye D.Sympathetic nervous system activation in essential hypertension, cardiac failure and psychosomatic heart disease. J Cardiovasc Pharmacol. 2000;35(7 Suppl 4):S1-7.

28. Wise MG1, Rundell JR.Anxiety and neurological disorders.Semin Clin Neuropsychiatry. 1999 Apr;4(2):98-102.

29. Brautigam W, Christian P Psikosomatik Tıp: Özbek A, Odağ C(çev.) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi yayınları 1978

30. Fava GA, Sonino N (2009) Psychosomatic assessment. Psychother Psychosom 78:333–341

31. Pilowsky I (1987) Abnormal illness behaviour. Psychother Psychosom 1986, 46: 76-84,

32. Mangelli L(2009) Assesing somatization with warious diagnostic criteria Psychosomatics ,50:

33. Porcelli P, Rafanelli C (2010)Criteria for psychosomatic research (DCPR) in the medical setting. Current Psychiatry Rep.,12(3):246-54. doi:10.1007/s11920-010-0104-z

34. Gürbüz M, Cosar B Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinde Yeni Sınıflandırmaya Doğru: Psikosomatik Araştırmalar İçin Tanı Ölçütleri (DCPR) Literatür Sempozyum 2015 Sayı: 7

35. Fava GA ve ark. The spectrum of anxiety disorders in the medically ill.J Clin Psychiatry. 2010 Jul;71(7):910-4. doi: 10.4088/JCP.10m06000blu. Epub 2010 Jun 1.

36. Abbate-Daga G ve ark. Psychosomatic syndromes and anorexia nervosa.BMC Psychiatry. 2013 Jan 9;13:14. doi: 10.1186/1471-244X-13-14

37. Kellner R Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. Psychother Psychosom. 1994 61:4–241

38. Altamura M ve ark. Influence of DCPR syndromes in the psychosocial functioning of patients with major depressive and bipolar disorders.Psychother Psychosom. 2015;84(6):387-8. doi: 10.1159/000437148. Epub 2015

39. Mangelli L ve ark. Use of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in a community sample. Psychosomatics. 2006 ;47(2):143-6

40. Mangelli L ve ark. Assessing somatization with various diagnostic criteria. Psychosomatics. 2009 Jan-Feb;50(1):38-41. doi: 10.1176/appi.psy.50.1.38.

41. Porcelli P ve ark Anniversary reactions in medical patients. J Nerv Ment Dis. 2012 Jul;200(7):603-6. doi: 10.1097/NMD.0b013e31825bfb2e.

42. Engel GL Conversion symptoms.Signs and Symptoms Philadelphia, Lippincott, 1970 pp 650–669.

43. Sirri L, Fava GA (2013) Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders. Int Rev Psychiatry. Feb;25(1):19-30. doi: 10.3109/09540261.2012.726923

44. Snaith RP, Taylor CM (1985) Irritability. Br J Psychiatry , 147:127–136

45. Porcelli P, Bellomo A, Quartesan R Psychosocial functioning in consultation-liaison-psychiatry patients: influence of psychosomatic

syndromes, psychopathology and somatization. Psychother Psychosom, 2009 78:352–358.

46. Frank JD (1974) Psychotherapy: the restoration of morale. Am J Psychiatry 1974, 131:271–274.

47. Cockram CA, Doros G, de Figueiredo JM Diagnosis and measurement of subjective incompetence: the clinical hallmark of demoralization. Psychother Psychosom ,2009 78:342–345.

48. Fava GA, Freyberger HJ (1995) Diagnostic Criteria for Use in Psychosomatic Research Psychother Psychosom. 63(1):1-8

49. Spijker A, Trijsbutrg RW, Duivenvoorden HJ (1980)Psychological sequale of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after. Psychosom Med. 1997; 59: 280-293

50. Breibart W (1995) Identifying patients at risk for, and treatment of majör psychiatric complications of cancer. Support Care Cancer;3:45-60

51. Grassi L, Sabato S, Rossi E, Biancosino B, Marmai L (2005) Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research in oncology. Psychother Psychosom. 74(2):100-7.

52. Grassi L, Rossi E, Sabato S, Cruciani G, Zambelli M (2004)Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients. Psychosomatics. Nov-Dec;45(6):483-91.

53. Rafanelli C, Roncuzzi R, Finos L, Tossani E, Tomba E, Mangelli L, Urbinati S,et al. (2003) Psychological assessment in cardiac rehabilitation. Psychother Psychosom. Nov-Dec;72(6):343-9.

54. Ottolini F, Modena MG, Rigatelli M (2005) Prodromal symptoms in myocardial infarction. Psychother Psychosom, 74:323–327.

55. Rafanelli C, Roncuzzi R, Milaneschi Y (2006)Minor depression as a cardiac risk factor after coronary artery bypass surgery. Psychosomatics. Jul-Aug;47(4):289-95.

56. Grandi S, Fabbri S, Tossani E, Mangelli L, Branzi A, Magelli C(2001) Psychological evaluation after cardiac transplantation: the integration of different criteria. Psychother Psychosom. 70(4):176-83.

57. Picardi A, Porcelli P, Pasquini P, Fassone G, Mazzotti E, Lega I, Ramieri L et all.(2006) Integration of multiple criteria for

psychosomatic assessment of dermatological patients. Psychosomatics.47(2):122-8.

58. Ferrari S, Monzani D, Baraldi S, Simoni E, Prati G, Forghieri M, Rigatelli M et all.(2014)Vertigo "in the pink": The impact of female gender on psychiatric-psychosomatic comorbidity in benign paroxysmal positional vertigo patients. Psychosomatics. 55(3):280-8.

59. Sonino N, Ruini C, Navarrini C, Ottolini F, Sirri L, Paoletta A, Fallo F et all.(2007) Psychosocial impairment in patients treated for pituitary disease: a controlled study. Clin Endocrinol (Oxf). Nov;67(5):719-26.

60. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. Psychosom Med 2005;67:89–97.

61. Kupper N, Denollet J Type D Personality Is Associated with Social Anxiety in the General Population Int.J. Behav. Med. (2014) 21:496–505 DOI 10.1007/s12529-013-9350-x

62. Watson D, Pennebaker JW. Health complaints, stres,and distress: exploring the central role of negative affectivity. Psychol Rev 1989; 96: 234-54

63. Asendorpf JB. Social inhibition: a general –developmental perspective. In:Traue HC, Pennebaker JW, eds. Emotion, inhibition and health. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers; 1993: 80-99

64. Borkoles E, Polman R, Levy A. Type-D personality and body image in men: the role of exercise status Body Image. 2010 Jan;7(1):39-45. doi: 10.1016/j.bodyim.2009.10.005. Epub 2009

65. Lussier A, Loas G . Relatıonshıp between type d personalıty and anhedonıa: a dımensıonal study of unıversıty students.Psychol Rep. 2015 Jun;116(3):855-60. doi: 10.2466/09.02.PR0.116k27w2.

66. Yoon DH1, et all The Relationship between Type D Personality and Suicidality in Low-Income, Middle-Aged Adults. Psychiatry Investig. 2015 Jan;12(1):16-22. doi: 10.4306/pi.2015.12.1.16. Epub 2015 Jan 12.

67. Park YM, et all Type-d personality can predict suicidality in patients with major depressive disorder.Psychiatry Investig. 2014 Jul;11(3):232-6. doi: 10.4306/pi.2014.11.3.232. Epub 2014 Jul 9.

68. Denollet J, Sys SU, Brutsaert DL. Personality and mortality after myocardial infarction. Psychosom Med 1995; 57: 582-591, Denollet J. Personality, emotional distress and coronary heart disease. Eur J Pers 1997;11:343–57.

69. Overall JE, Gorham Dr (1962) The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep, 10: 789-812.

70. Bech P, Malt UF, Dencker SJ ve ark. (1993) Scales for assessment of diagnosis and and severity of mental disorders. ACTA Psychiatr Scand, 87(Suppl 372):1-87.

71. Lipowsky ZJ (1988): Somatization. Am J Psychiatry 47:160-167

72. Sirri L, Fava GA Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders. Int Rev Psychiatry. 2013 Feb;25(1):19-30. doi: 10.3109/09540261.2012.726923, 44, 46, 48

73. Porcelli P, Sonino N Psychological Factors Affecting Medical Conditions: A New Classification for DSM-V Karger Medical and Scientific Publishers, 2007

74. Guidi L ve ark. Assessing psychological factors affecting medical conditions: comparison between different proposals General Hospital Psychiatry 35 (2013) 141–146

75. Porcelli P, Guidi J. The Clinical Utility of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research: A Review of Studies. Psychother Psychosom. 2015;84(5):265-72. doi: 10.1159/000430788.

76. Desai G, Chaturvedi SK.Do Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research Explain Diagnosis of Medically Unexplained Somatic Symptoms.Psychother Psychosom. 2016;85(2):121-2. doi: 10.1159/000441063. Epub 2016 Jan 26.

77. Minuchin S, Rosman BL, Baker L: Psychosomatic Families. Cambridge: Harvard University Press; 1978

78. Abbate-Daga G1, Delsedime N, Nicotra B, Giovannone C, Marzola E, Amianto F, Fassino S.Psychosomatic syndromes and

anorexia nervosa.BMC Psychiatry. 2013 Jan 9;13:14. doi: 10.1186/1471-244X-13-14.

79. Grandi S, Sirri L, Wise TN, Tossani E, Fava GA.Kellner's emotional inhibition scale: a clinimetric approach to alexithymia research.Psychother Psychosom. 2011;80(6):335-44. doi: 10.1159/000328576. Epub 2011 Aug 5.

80. Beresnevaité M, Taylor GJ, Bagby RM.Assessing alexithymia and type A behavior in coronary heart disease patients: a multimethod approach.Psychother Psychosom. 2007;76(3):186-92.

81. Porcelli P ve ark. Alexithymia in the medically ill. Analysis of 1190 patients in gastroenterology, cardiology, oncology and dermatology. Gen Hosp Psychiatry. 201335(5):521-7.doi:10.1016/j.genhosppsych.2013.04.005.

82. Kirmayer LJ, Young A (1998) Culture and somatization. Psychosom Med 60:420–430

83. Barber, B.K., 1996. Parental psychological control: revisiting a neglected construct. Child Dev. 67 (6), 3296–3319.

84. Levy RL,ve ark. Increased somatic complaints and healthcare utilization in children: effects of parent IBS status and parent response to gastrointestinal symptoms.Am J Gastroenterol 2004; 99: 2442-2451 [PMID: 15571594 DOI: 10.1111/j.1572-0241.2004.40478. x]

85. Son SH ve ark. Comparative Study on Alexithymia in Depressive, Somatoform, Anxiety, and Psychotic Disorders among Koreans.Psychiatry Investig. 2012 Dec;9(4):325-31. doi: 10.4306/pi.2012.9.4.325. Epub 2012

86. Middendorp H ve ark. .Prevalence and relevance of Type D personality in fibromyalgia.Gen Hosp Psychiatry. 2015 Dec 2. pii: S0163-8343(15)00241-8. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2015.11.006.

87. Milicevic R1, Jaksic N, Aukst-Margetic B, Jakovljevic M.Personality traits and treatment compliance in patients with type 2 diabetes mellitus.Psychiatr Danub. 2015 Dec;27 Suppl 2:586-9.

88. Wu JR1, Song EK2, Moser DK3.Type D personality, self-efficacy, and medication adherence in patients with heart failure-A

mediation analysis.Psychol Rep. 2015 Jun;116(3):855-60. doi: 10.2466/09.02.PR0.116k27w2.

89. Lussier A, Loas G.RELATIONSHIP BETWEEN TYPE D PERSONALITY AND ANHEDONIA: A DIMENSIONAL STUDY OF UNIVERSITY STUDENTS.Psychol Rep. 2015 Jun;116(3):855-60. doi: 10.2466/09.02.PR0.116k27w2. Epub 2015

90. Park YM ve ark .Type-d personality can predict suicidality in patients with major depressive disorder.Psychiatry Investig. 2014 Jul;11(3):232-6. doi: 10.4306/pi.2014.11.3.232. Epub 2014

91. Booth L, Williams L.Type D personality and dietary intake: The mediating effects of coping style.J Health Psychol. 2015 Jun;20(6):921-7. doi: 10.1177/1359105315573433.

92. Friedman M, Rosenman RH: Overt behavior pattern in coronary disease. Detection of overt behavior pattern A in patients with coronary disease by a new psychophysiological procedure. JAMA 1960, 173:1320–1325.

93. Sirri L ve ark. Type A behaviour: a reappraisal of its characteristics in cardiovascular disease.Int J Clin Pract. 2012 Sep;66(9):854-61. doi: 10.1111/j.1742-1241.2012.02993.x.

7. ÖZET

Somatoform Bozukluklar ve Psikosomatik Tıp Psikiyatrinin en tartışmalı alanları arasındadır. Hem kategorizasyon hem de tedavi süreçlerinde sorunlarla karşılaşılmaktadır. Mevcut sınıflama sistemleri bu konuda beklentileri karşılamamaktadır. Bu nedenle uluslarası bir çalışma gurubu tarafından DCPR kategorizasyonu geliştirilmiştir. DCPR 12 sendromu sorgulamaktadır ve eşik altı durumları saptama, fiziksel hastalığı olanlarda öngörü de bulunabilme gibi durumlarda daha işlevsel olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.

Bu araştırmanın temel amacı fiziksel hastalığı olmanın ve psikotik bozukluk tanısı almış olmanın DCPR sendromlarına etkisini değerlendirebilmektir. Çalışmaya psikiyatri servisinde yatmakta olan toplam 200 hasta alınmıştır. Hastalara DS-14 ölçeği verilerek kendilerinin doldurması istenmiştir. BPRS puanlaması ve DCPR sendromlarının taranması araştırmacılar tarafından yapılmıştır.

Çalışmaya alınan bireylerin demografik verileri incelendiğinde hem fiziksel hastalığı olanlar ve olmayanlar, hem de psikotik

bozukluk tanısı alanlar ve almayanlar olarak dengeli bir biçimde kategorize edilebildikleri görülmüştür.

Sonuçlar incelendiğinde fiziksel hastalığı olanlar ile PHİFSS sendromu arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilmiştir. Birinci derece yakınlarında fiziksel hastalığı olanlarla DCPR sendromları arasında anlamlı bir ilişkiye ulaşılamamıştır.Herhangi bir Psikotik Bozukluk tanısı alanlara Tanatofobi ve Israrlı Somatizasyon sendromları dışında diğer sendromlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Herhangi bir Psikotik Bozukluk tanısı almış olanlarla olmayanla arasında Tip D kişilik açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Tip D kişiliği pozitif olan bireylerinde BPRS puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Tanatofobi, Demoralizasyon ve Fobik Bozukluk sendromlarının görüldüğü bireylerde BPRS puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

8. ABSTRACT

Somatoform Disorders and Psychosomatic Medicine are among the most controversial topics of psychiatry. Problems are encountered in both categorization and treatment processes. Present classification systems are unable to meet the expectations in this subject. Thus, DCPR categorization was developed by an international study group. DCPR interrogates 12 syndromes and there are studies suggesting that it is more functional in circumstances such as determining subthreshold conditions and making predictions in those who have physical diseases.

The main objective of this study is to assess the effect of having a physical disease and having been diagnosed with a psychotic disorder on DCPR syndromes. A total of 200 patients hospitalized in psychiatry inpatient clinic were included in the study. The subjects were given the DS-14 scale and were asked to fill it out by themselves. BPRS scoring and scanning of DCPR syndromes were done by the researchers.

An examination of the demographic data of the individuals included in the study revealed a balanced distribution both between

those who do and do not have a physical disease and those who were or were not diagnosed with psychotic disorder.

Statistically significant results were obtained between those who have a physical disease and functional somatic symptoms secondary to psychiatric disorders syndrome. There was no statistically significant correlation between those who have a physical disorder among first degree relatives and DCPR syndromes. There was no significant relation in those diagnosed with any psychotic disorder except for thanatophobia and persistant somatization syndromes. Considering type D personality, there was no significant difference between those who were diagnosed with a psychotic disorder and those who weren't. BPRS scores were higher in those positive for type D personality. BPRS scores were also higher in individuals with thanatophobia, demoralization and phobic disorder.

EKLER

EK 1 TİP D DS- 14 ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların sık sık kendisini tanımlamak için kullandığı durumlar belirtilmiştir. Lütfen tüm durumları okuyun ve sağdaki numaralardan size en uygun olanını işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır. Önemli olan tek şey sizin kendi izleniminizdir.

		Yanlış	Kısmen Yanlış	Kararsız	Kısmen Doğru	Doğru
1	İnsanlarla görüştüğümde çok kolay iletişime geçebilirim	0	1	2	3	4
2	Sıklıkla önemsiz şeyler için telaşlanırım	0	1	2	3	4
3	Yabancılarla sıklıkla konuşurum	0	1	2	3	4
4	Sıklıkla kendimi mutsuz hissederim	0	1	2	3	4
5	Sıklıkla çabuk kızarım	0	1	2	3	4
6	Sosyal ilişkilerimde genelde çekingenimdir	0	1	2	3	4
7	Olaylara karamsar bakarım	0	1	2	3	4
8	Konuşmayı başlatmakta zorlanırım	0	1	2	3	4
9	Genelde ruh halim kötüdür	0	1	2	3	4
10	İçine kapanık bir insanım	0	1	2	3	4
11	İnsanları kendimden uzak tutmayı tercih ederim	0	1	2	3	4
12	Genellikle kendimi bir şeyler için endişelenir/üzülür bulurum	0	1	2	3	4
13	Genelde çökkün bir ruh halim vardır	0	1	2	3	4
14	Sosyal ortamlarda üzerinde konuşulacak doğru konuları bulamam	0	1	2	3	4

EK 2 KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra, o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yere işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyiniz. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı siliniz.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz:
Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç yok
1. Biraz var
2. Orta derecede var
3. Epey var
4. Çok fazla var

	Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?				
	Hiç				**Çok fazla**
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2. Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5. Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4

	Hiç				Çok fazla
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11. İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16. Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17. Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19. Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20. Kolayca incinebilme, kırılmak	0	1	2	3	4
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4

	Hiç				Çok fazla
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4
23. Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25. Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26. Yaptığınız şeyler tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27. Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30. Sıcak-soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer yada etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32. Kafanızın "bomboş" kalması	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4

	Hiç				Çok fazla
37. Bedeninizin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46. Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirli hissetmek	0	1	2	3	4
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49. Yerinde duramayacak kadar kendini tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50. Kendini değersiz görmek	0	1	2	3	4
51. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4

	Hiç				Çok fazla
52. Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

EK 3. KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0: Yok 1: Çok hafif 2: Hafif 3: Orta
4: Orta-şiddetli 5: Şiddetli 6: Aşırı derecede şiddetli

1. SOMATİK UĞRAŞLAR: Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıktan korkma, hipokondriyazis	0	1	2	3	4	5	6
2. ANKSİYETE: Hal veya gelecek için aşırı endişe, korku	0	1	2	3	4	5	6
3. DUYGUSAL İÇE KAPANMA: Spontan interaksiyon kaybı, izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik	0	1	2	3	4	5	6
4. DÜŞÜNCE ÇÖZÜLMESİ: konfü, kopuk, bağlantısız, dezorganize düşünce süreçleri	0	1	2	3	4	5	6
5. SUÇLULUK DUYGULARI: Kendini suçlama, utanma, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duyma	0	1	2	3	4	5	6
6. GERGİNLİK: Sinirlilik, aşırı hareketlilik, gerginliğin fizik veya motor belirtileri	0	1	2	3	4	5	6
7. MANİYERİZM VE POSTÜR: Tuhaf, acayip, doğal olmayan motor davranış (tikler dışında)	0	1	2	3	4	5	6
8. GRANDİYOZİTE: Kendisi hakkında abartmalı düşünceler, gurur, olağan dışı güç ve yeteneğe sahip olduğu inancı	0	1	2	3	4	5	6
9. DEPRESİF DUYGUDURUM: Elem, keder, umutsuzluk, kötümserlik	0	1	2	3	4	5	6
10. DÜŞMANCA DAVRANIŞ: Başkaların karşı düşmanlık, kavgacılık, nefret	0	1	2	3	4	5	6
11. KUŞKUCULUK: Güvensizlik, başkalarının kasıtlık olarak kötülük yapacağına inanma	0	1	2	3	4	5	6
12. HALLÜSİNATUAR DAVRANIŞ: Normal dışı, uyaran olmaksızın algılama	0	1	2	3	4	5	6
13. MOTOR YAVAŞLAMA: Yavaşlamış, zayıflamış hareket veya konuşma, beden kuvvetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
14. İŞBİRLİĞİ KURMAMA: Direnç, temkinlilik, otoriteyi reddetme	0	1	2	3	4	5	6
15. OLAĞAN DIŞI DÜŞÜNCELER: Olağan dışı, garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı	0	1	2	3	4	5	6
16. DUYGUSAL KÜNTLÜK: Azalmış duygusal ton, duyguların normal şiddetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
17. TAŞKINLIK: Artmış emosyonel ton, ajitasyon, tepkisellikte artma	0	1	2	3	4	5	6
18. DEZORYANTASYON: Konfüzyon veya kişi, yer, zamana ait çağrışımların kaybı	0	1	2	3	4	5	6

EK 4 DCPR

	SAĞLIK ANKSİYETESİ
A	1.Ciddi bir hastalığınız olduğu ile ilgili bir endişe duyuyor musunuz? □ Evet □ Hayır
	2. Burun kanaması, soğuk algınlığı, baş ağrısı vb sık görülen belirtileriniz olduğunda bu belirtilerin ciddi bir hastalığa dönüşeceğinden korkuyor musunuz? (örneğin: aşırı telaşlanma, doktorunuz arama, muayene olmak isteme, acil servise başvurma, tıp kitaplarına başvurma vb) □ Evet □ Hayır ***→"Hastalık Fobisi"ne geçiniz***
B	Doktorunuz size herhangi bir hastalığınız olmadığı ve sağlıklı olduğunuz konusunda bilgi ve tıbbi güvence verirse, ona güvenir misiniz? □ Evet □ Hayır
C	Son 6 ay içinde bu tür korkular yaşadınız mı? □ Evet □ Hayır ***Tanı: A (1 ve/veya2) = evet+B = evet+C = evet***
	FOBİK BOZUKLUK
A	Ciddi bir hastalığa yakalandığınız korkusuyla hiç şiddetli kaygı (anksiyete) ya da panik atak yaşadığınız oldu mu? □ Evet □ Hayır ***→"Tanatafobi"ye geçiniz***
B	Doktorunuz ve laboratuar tetkileriniz herhangi bir ciddi tıbbi hastalığınızın olmadığını göstermesine rağmen sizin kötü bir hastalığınız olduğuna dair korkularınız var mı? (örn; AIDS, kanser vb) □ Evet □ Hayır
C	Kötü bir hastalığınız olduğuna dair korkunuz 6 aydan daha uzun süre mi devam ediyor? □ Evet □ Hayır ***Tanı: A = evet+B = evet+C = evet***
	TANATOFOBİ
A	Herhangi tehdit edici bir durum ya da gerçek bir tehlike olmaksızın, ölüme yaklaştığınıza ya da, kısa süre içinde ölecek olduğunuza dair bir korkunuz oldu mu? □ Evet □ Hayır ***→"Hastalık İnkarı"na geçiniz***
B	Size ölümü çağrıştıran haberlerden (örn; cenaze, ölüm ilanı vb) korkar mısınız? □ Evet □ Hayır
C	Size ölümü çağrıştıran durumlardan kaçındığınız olur mu? (televizyonun kanalını değiştirmek, ölmüş birinden, afetlerden, kazalardan vb. bahsedildiğinde sohbet konusunu değiştirmek gibi) □ Evet □ Hayır ***Tanı:A = evet+B = evet+C = evet***
	HASTALIK İNKÂRI
A	1.Yaşamış olduğunuz ciddi belirtileri doktorunuzla paylaşmayı ihmal ettiğiniz ya da doktorunuzun koymuş olduğu tanıyı ve önerilerini göz ardı ettiğiniz oldu mu? □ Evet □ Hayır 2.Doktorunuz size bir hastalığınızın olduğunu söyleyip, ilaç kullanmanızın, diyet yapmanızın, egzersiz yapmanızın uygun olacağını bildirdiğinde bu tıbbı önerilere uyar mısınız? □ Evet □ Hayır ***A1 = Hayır, A2 = Evet ise "Psikiyatrik Bozukluklara İkincil Fonksiyonel Somatik Semptomlar"a geçiniz***
B	Doktorunuz size tıbbı bir hastalığınız olduğunu söyleyip, tıbbı durumuzla ilgili net bir açıklamada bulunup neler yapmanız gerektiğini anlattı mı?

	Tanı: A (1 = evet ve/veya 2 = hayır; ya da 1 = evet ve /veya 2 = evet; ya da 1 = hayır ve/ veya 2 = hayır) ve B = evet
	PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARA İKİNCİL FONKSİYONEL SOMATİK SEMPTOMLAR
A	Günlük yaşantınızı etkileyen, sıkıntı verici, tekrar tekrar tıbbı tedavi almanıza yol açan belirtiler (çarpıntı, terleme, titreme, yüzde kızarma, sindirim sistemi belirtiler, baş dönmesi, kas ağrıları, dinlenmeyle geçmeyen yorgunluk) yaşadığınız oldu mu? □ Evet □ Hayır
B	Doktorunuz fiziksel belirtilerinizin herhangi tıbbı bir durumdan kaynaklanmadığını söyledi mi? □ Evet □ Hayır
C	Görüşmeci herhangi bir psikiyatrik hastalık varsa kaydetmelidir. □ Evet □ Hayır
D	Görüşmeci eğer psikiyatrik bir hastalık varsa, öncelikli olarak psikiyatrik hastalık mı yoksa fonksiyonel somatik bozukluğun mu başladığını belirterek kaydetmelidir. (örneğin; fonksiyonel somatik bozukluktan önceki 6 ay içinde ortaya çıkmış psikiyatrik bozukluk ya da psikiyatrik bozukluktan 3 ay önce ortaya çıkmış fonksiyonel somatik bozukluk.) □ Evet □ Hayır Evet: Fonksiyonel somatik belirtiler psikiyatrik hastalık başlangıcından önce değildir. ***Tanı: A = evet + B = evet + C = evet + D = evet*** ***(Her iki hastalığında başlangıcını değerlendir)***
	ISRARLI (SÜREĞEN, PERSİSTAN) SOMATİZASYON
A	Şimdi size sayacağım bozukluklardan herhangi birinden dolayı 6 aydan uzun süre sıkıntı yaşadığınız ve bunlardan dolayı tıbbi tedavi arayışına girdiğiniz (doktora gittiğiniz) ya da bu bozukluklar nedeni ile yaşam kalitenizin kötü etkilendiği oldu mu? - Kas ağrısı ya da sızısı □ - Sürekli (kalıcı) yorgunluk □ - Midede ağrı, yanma, şişkinlik ya da hazımsızlık □ - Kabızlık ya da ishal □ - Çarpıntı □ - Solunum güçlüğü □ - Diğer □ □ Evet □ Hayır →***"Konversiyon Belirtileri"ne geçiniz***
B	Bu hastalıklarla ilgili herhangi tıbbı bir neden bulundu mu? □ Evet □ Hayır
C	1. Bu hastalıklara yönelik ilaç tedavisi aldıysanız, bu ilaçların rahatsız edici yan etkileri oldu mu? □ Evet □ Hayır 2. Kendinizi daha kötü hissettiniz mi? □ Evet □ Hayır 3. Temel hastalığınız yanı sıra, başka herhangi bir tıbbi belirti yaşadınız mı? □ Evet □ Hayır ***Tanı: A = evet + B = hayır + C (1 ve / veya 2 ve / veya 3) = evet***
	KONVERSİYON BELİRTİLERİ
A	Aşağıdaki fiziksel hastalıklardan herhangi birini yaşadınız mı? (denge sorunları, lokalize paralizi ya da zayıflık, ses kaybı, yeme zorluğu, çift görme ya da bulanık görme) □ Evet □ Hayır →***"Yıldönümü Reaksiyonu"na geçiniz***
B	Doktor sizdeki belirtileri açıklayan herhangi bir spesifik etken ya da tıbbi neden buldu mu? □ Evet □ Hayır
C	1.Bu belirtiler ortaya çıkmadan önce özel bir olay yaşadınız mı? □ Evet □ Hayır

	Cevabınız evet ise, sizce bu belirtiler yaşadığınız olayla ilişkilimidir? □ Evet □ Hayır 2.Geçmişte de aynı belirtileri yaşadığınız oldu mu? □ Evet □ Hayır Ya da size yakın birinde benzer belirtileri gördünüz mü? □ Evet □ Hayır 3.Görüşmeci, hasta eğer belirtileri ile ilgili ambivalans gösteriyorsa bunu değerlendirmelidir. □ Evet □ Hayır 4.Görüşmeci histriyonik kişilik özelliklerini değerlendirmelidir. □ Evet □ Hayır ***Tanı: A = evet + B = hayır + C (4 özellikten en az 2'si) = evet***
	YILDÖNÜMÜ REAKSİYONU
A	Daha önce sıralamış olduğum belirtilerden (çarpıntı, terleme, titreme, yüzde kızarma, sindirim sistemi sorunları, baş dönmesi, kas ağrıları, sürekli yorgunluk, denge sorunları, lokalize paralizi ya da zayıflık, ses kaybı, yeme zorluğu, çift görme ya da bulanık görme) bir ya da birkaçını yaşadıysanız ve doktorunuz bu belirtilere neden olacak herhangi tıbbı bir neden bulamadıysa, bu belirtilerin ortaya çıkmasından önce yaşamış olduğunuz özel bir durum hatırlıyor musunuz? □ Evet □ Hayır ***→"Tip A Kişiliğe" geçiniz***
B	1.Bu belirtiler sizin için önemli olan bir olayla aynı tarihte ya da aile üyelerinden birinde yaşamı tehdit edici bir hastalığın geliştiği yaşta mı ortaya çıktı? □ Evet □ Hayır 2.Ailenizden herhangi biri sizin şu anda olduğunuz yaşta ciddi bir hastalık geçirdi mi ya da yaşamını yitirdi mi? □ Evet □ Hayır ***Tanı: A = evet + B (1 ve/veya 2) = evet***
	TİP A KİŞİLİK
A	1.Mesainiz bittiği halde, kendinizi sorumlu hissettiğinizden bir işi son teslim tarihine yetiştirmek için sıklıkla iş yerinde kaldığınız olur mu? □ Evet □ Hayır 2. Sıklıkla, başladığınız bir aktiviteyi (iş ya da iş dışında) bitirmek için zamanla yarıştığınız, zamanın yetmeyeceğiniz düşündüğünüz olur mu? □ Evet □ Hayır 3.Hastanın hızlı ve patlayıcı bir konuşması, ani vücut hareketleri, el hareketleri, gergin bir yüz ifadesi var mı? □ Evet □ Hayır 4.Zamanın sıkıştığını, yetmeyeceğini hissettiğinizde etrafınızdaki insanlara sinirli (agresif) davranır mısınız? □ Evet □ Hayır 5. Sıklıkla huzursuzluk hisseder misiniz? □ Evet □ Hayır 6. Yürümeye, hareket etmeye, eyleme geçmeye, hızlı el kol hareketleri ile konuşmaya yatkın mısınızdır? □ Evet □ Hayır 7. Aklınızdan aynı zamanda pek çok fikir, düşünce geçtiği olur mu? □ Evet □ Hayır 8. İşyerinizde hırslı olduğunuzu, diğer insanlardan daha fazla rağbet görmek isteyen ve fark edilen biri olmak istediğinizi düşünüyor musunuz? □ Evet □ Hayır

	9.İş arkadaşlarınızla aranızda bir rekabet olduğunu düşünüyor musunuz? □ Evet □ Hayır ***5'ten daha az "evet" yanıtı varsa "İrritabl Duygudurum"a geçiniz***
B	Çarpıntı, terleme, kas ya da mide ağrıları, sindirim sistemi sorunları ve / veya hızlı nefes alıp verme gibi fiziksel belirtileriniz var mı? □ Evet □ Hayır ***Tanı: A (en az 5 özellik) = evet + B = evet***
	İRRİTABL DUYGUDURUM
A	1.Bazen kendinizi gergin, huzursuz hissettiğinizde (ya kısa ya da uzun süre, sık sık ya da kalıcı olarak) , bu duyguyu kontrol etmek için fazla çaba harcama ihtiyacı hisseder misiniz? □ Evet □ Hayır 2. Ya da sözel ya davranışsal olarak birden bire kontrolünüzü kaybettiğiniz olur mu? (örneğin bağırmak, kapıyı çarpmak, masayı yumruklamak gibi) □ Evet □ Hayır → ***"Demoralizasyon" a geçiniz***
B	Bu davranışlar sonrasında da kendinizi hala kötü hissediyor musunuz? □ Evet □ Hayır
C	Çabuk öfkelendiğinizde, huzursuzlandığınızda, kalp atışlarınızın hızlandığını ve başka belirtilerin ortaya çıkabileceğini hissediyor musunuz? □ Evet □ Hayır ***Tanı: A (1 ya da 2) = evet + B = evet + C = evet***
	DEMORALİZASYON
A	1. Kendi beklentilerinizi ya da diğer insanların beklentilerini karşılayamadığınızı hissediyor musunuz? (işinizle, ailenizle, sosyal ya da ekonomik durumunuzla ilgili olarak.) □ Evet □ Hayır 2.Baş etmede kendinizi yetersiz hissettiğiniz acil çözüm gerektiren bir sorununuz var mı? □ Evet □ Hayır 3.Çaresizlik, umutsuzluk ya /ya da pes etmek gibi duygular yaşıyor musunuz? □ Evet □ Hayır → ***"Aleksitimi"ye geçiniz***
B	Bu duygulanım haliniz bir aydan uzun mu sürdü? □ Evet □ Hayır
C	Bu duygular fiziksel bir hastalığın görülmesinin öncesinde mi ortaya çıktı ya da fiziksel hastalığınızın alevlenmesine neden oldu mu? □ Evet □ Hayır ***Tanı: A (1ve/veya 2 ve/veya 3) = evet + B = evet + C = evet***
	ALEKSİTİMİ
	Görüşmeci aşağıdaki sorulara ek olarak, söze dökülmeyen davranışları ve görüşmenin tüm içeriğini de değerlendirmelidir:
A	1.İyi ya da kötü bir şey yaşadığınızda duygularınızı tanımlayabiliyor musunuz? (hoş, eğlenceli, üzgün, endişeli, sinirli) □ Evet □ Hayır 2. İyi ya da kötü deneyimleriniz olduğunda ne olduğunu ve neler hissettiğinizi konuşur musunuz? □ Evet □ Hayır 3. Gün içerisinde sık sık hayal kurup bunlara kendinizi kaptırdığınız oluyor mu? □ Evet □ Hayır 4.Düşünceleriniz, sıklıkla sizin içsel duygularınız ve hislerinizle mi ilgilidir? □ Evet □ Hayır 5.Çok güçlü bir duygu yaşadığınızda fiziksel belirtiler de yaşar mısınız? (mide ağrısı, vb.) □ Evet □ Hayır 6.Nadiren o anki durumla ya da genel davranış şeklinizle uyumsuz olan şiddetli öfke patlamaları, ağlama ya da neşelenme durumlarınız oluyor mu? □ Evet □ Hayır

	Tanı: En az üç özellik olmalıdır ***A1 = hayrı; A2 = hayır; A3 = hayır; A4 = hayır; A5 = hayır A6 = evet.***

ÖZGEÇMİŞ

Adı **:** Mahmut

Soyadı : GÜRBÜZ

Doğum yeri **:** Adana

Doğum tarihi **:** 26.01.1984

Eğitim **:** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.B.D Araştırma Görevlisi**(2011-2016)**

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastahanesi 4. Genel Cerrahi Kliniği **(Aralık 2009- Aralık 2010)**

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi **(2003-2009)**

Adana Ayşe Atıl Anadolu Öğretmen Lisesi **(1998-2002)**

Yabancı Dil **:** İngilizce, Almanca

Yayın **:**

1. **GÜRBÜZ M.**, YÜKSEL N. D Vitamini ve Şizofreni, Türk Osteoporoz Dergisi, 2013;19: 20-4

2. **GÜRBÜZ M.**, COŞAR B., Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinde Yeni Sınıflandırmaya Doğru: Psikosomatik Araştırmalar İçin Tanı Ölçütleri (DCPR), Literatür Sempozyum 2015 sayı: 7

3. **GÜRBÜZ M.**, IŞIK TANER Y., Çocuklarda kaygı analizi, vaka incelemeleri, Bilim ve Ütopya 2015 Mart sayısı

4. **GÜRBÜZ M.**, IŞIK TANER Y., Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Genetik Özellikleri (kitap bölümü)