



## ARAŞTIRMA / RESEARCH

# Bir psikiyatri kliniğinde Psikosomatik Araştırmalar için Tanı Ölçütleri (DCPR) ve D tipi kişiliğin değerlendirilmesi

Evaluation of Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) and Type D personality in a psychiatric inpatient clinic

Mahmut Gürbüz<sup>1</sup>, Bahadır Geniş<sup>2</sup>, Mahmut Onur Karaytuğ<sup>3</sup>, Behçet Coşar<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep İslahiye Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Gaziantep, Turkey

<sup>2</sup>Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Zonguldak, Turkey

<sup>3</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Turkey

<sup>4</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Turkey

*Cukurova Medical Journal 2021;46(2):443-451*

### Abstract

**Purpose:** The aim of this study was to compare psychotic and non-psychotic patients in psychiatry service in terms of Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research(DCPR) syndromes and Type D personality, and to determine the relationship between disease severity and DCPR syndromes and Type D personality.

**Materials and Methods:** The study included 200 adult patients hospitalized in Gazi University Faculty of Medicine Psychiatry Service. The patients were grouped as psychotic(n:98) and non-psychotic(n:102). Semi-structured clinical interview was applied to the participants for Sociodemographic Data Form, Brief Psychiatric Rating Scale(BPRS), Type D personality scale and DCPR Syndromes.

**Results:** Fear of Death and Chronic Somatization syndromes were found to be significantly higher in the non-psychotic group. When the subcomponents constituting the Type D personality were evaluated separately among the groups, it was observed that the Negative Affect scores were significantly higher in those without psychotic disorder. A significant relationship was found between BPRS scores and Fear of Death, Functional Somatic Symptoms Secondary to Psychiatric Disorder, Demoralization, and the presence of Type D personality in patients with psychotic disorders.

**Conclusion:** Patients evaluated with DCPR had more diagnoses of different DCPR syndromes depending on whether they were psychotic or not. DCPR syndromes may be a predictor of the severity of the disease in those with psychotic disorders.

**Keywords:** DCPR, demoralization, somatization, psychosomatic, type D personality

### Öz

**Amaç:** Bu çalışma psikiyatri servisinde tedavi gören psikotik olan ve olmayan hasta gruplarını DCPR sendromları ve Tip D kişilik açısından karşılaştırmayı, hastalık şiddeti ile Psikosomatik Araştırmalar için Tanı Ölçütleri(DCPR) sendromları ve Tip D kişilik arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını araştırmayı amaçlamıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri servisinde yatmakta olan 200 erişkin hasta alınmıştır. Hastalar psikotik olan (n:98) ve olmayan (n:102) şeklinde gruplandırılmıştır. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği(KPDÖ), Tip D kişilik ölçeği ve DCPR Sendromları için yapılandırılmış klinik görüşme uygulanmıştır.

**Bulgular:** Ölüm Korkusu ve Süreçten Somatizasyon sendromlarının psikotik olmayan grupta anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır. Tip D kişiliği oluşturan alt bileşenler gruplar arasında ayrı ayrı değerlendirildiğinde, Olumsuz Duygulanım puanlarının psikotik bozukluğu olmayanlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Psikotik bozukluğu olanlarda KPDÖ puanları ile Ölüm Korkusu, Psikiyatrik Bozukluğa İkincil İşlevsel Somatik Belirtiler, Demoralizasyon ve Tip D kişilik varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

**Sonuç:** DCPR ile değerlendirilen hastalar psikotik olup olmamalarına göre farklı DCPR sendromları tanımlarını daha fazla oranda almışlardır. Psikotik Bozukluğu olanlarda DCPR sendromları hastalığın şiddetini göstermede bir yordayıcı olabilir.

**Anahtar kelimeler:** DCPR, demoralizasyon, somatizasyon, psikosomatik, D tipi kişilik

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Mahmut Gürbüz, Gaziantep İslahiye Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Gaziantep, Turkey E-mail: mahmutgg@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 13.12.2020 Kabul tarihi/Accepted: 11.03.2021 Çevrimiçi yayın/Published online: 03.05.2021

## GİRİŞ

Somatoform bozukluklar tanım olarak tıbbi açıdan neden bulunamamasına rağmen, kişinin bedensel yakınmalarının olduğu durumlardır. Bedensel yakınmalar tıbbi bir durumu düşündürebilir, fakat yakınmaları açıklayabilecek herhangi bir bulgu veya tıbbi formülasyon yapılamamaktadır. Bu alanda çalışan uzmanlar çeşitli tanılama ve sınıflama sistemleri kullanmaktadırlar.

Günümüzde ruhsal bozukluk sınıflamasında Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5- DSM-5)<sup>1</sup> ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (International Classification of Disease- ICD)<sup>2</sup> ölçütleri kullanılmaktadır. Bu sınıflama sistemlerinde en tartışmalı alanlardan birisi Somatoform Bozukluklardır ve karşılaştırıldıklarında, tanı ölçütleri ve hastalık sınıflandırmaları açısından fikir birliği olmadığı görülebilir. Örneğin, Konversiyon Bozukluğu DSM-4'de<sup>3</sup> Somatoform Bozukluklar içinde yer alırken, ICD'de Disosiyatif Bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmıştır. DSM-5'te<sup>1</sup> Konversiyon Bozukluğu Bedensel Belirti Bozuklukları başlığı altında sınıflandırılmıştır. Bu sınıflama sistemlerinin psikosomatik hastalıklar açısından işlevsel bir sınıflamayı oluşturamaması ve bu sınıflama sistemlerinde tanımlanan bozuklukların farklı kültürlerde farklı belirti kümelerine sahip olabilmeleri nedeniyle Somatoform Bozukluklar ile ilgili yeni sınıflama sistemlerine gerek duyulmaktadır<sup>4</sup>.

Psikosomatik Araştırmalar için Tanı Kriterleri (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research-DCPR) Somatoform Bozukluklar için düşünülmüş, 12 farklı değişkeni inceleyen bir sınıflama sistemidir<sup>5</sup>. Bu tanı değerlendirmesi Anormal Hastalık Davranışı grubu (Sağlık Anksiyetesi, Fobik Bozukluk, Ölüm Korkusu (Tanatofobi), Hastalık İnkârı), Lipowski'nin Somatizasyon Kavramı'nı temel alan Somatizasyon grubu (Psikiyatrik Hastalıklara ikincil Fonksiyonel Somatik Semptomlar, Israrlı Süreğen Somatizasyon, Konversiyon Belirtileri, Yıl Dönümü Reaksiyonu) ve Hastalıkların Psikolojik Boyutu grubu (Tip A kişilik, İrritabl Duygudurum, Demoralizasyon, Aleksitimi) olmak üzere üç grup altında toplanmaktadır<sup>6</sup>. Hastalıkları somatik, psikolojik ve hastalık davranışları boyutu ile bütüncül bir şekilde ele alan DCPR diğer sınıflama sistemleri ile atlanması olası eşik altı durumları saptayabilir. Onkoloji servisinde takipli hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %44,5'ine (65/146) DSM'ye göre bir tanı konurken,

DCPR'ye göre hastaların %63'üne (104/165) en az bir DCPR tanısının bulunduğu gösterilmiştir. Takip edilen 165 hastanın %33,3'üne(n=55) Sağlık Anksiyetesi, %25,4'üne(n=42) Demoralizasyon, %21,2'sine(n=38) Aleksitimi, %10,3'üne(n=17) İrritabl Duygudurum, %8,4'üne (n=14) Tip A kişilik, %7,2'sine(n=12) Ölüm Korkusu ve %7,2'sine(n=12) Hastalık İnkârı tanıları konmuştur<sup>7</sup>. Bu çalışmaya benzer bir şekilde ilk atak Miyokart İnfarktüsü olan 61 hastanın değerlendirildiği çalışmada, hastaların %21,3 (n=13) bir DSM tanısı alırken, DCPR'ye göre hastaların %54'ü en az bir DCPR tanısı almıştır<sup>8</sup>. Çeşitli cilt hastalıkları olan 539 hastanın değerlendirildiği bir başka çalışmada ise 204 hasta bir DSM tanısı alırken, 258 hasta herhangi bir DCPR tanısı almıştır<sup>9</sup>. Burada en önemli amaç; fazla tanı koymaktan ziyade, hastaları bütüncül bir şekilde ele alıp, sorunların olduğu alana odaklanmaktır

Tip D kişilik, kaygı, depresif ruh hali, öfke ve sınırlık gibi olumsuz duyguları yaşama eğiliminin fazla olması ve onaylanmama durumundan kaçınmak için kendini ifade edememe gibi temel özelliklere sahip olan kişilik türü olarak tanımlanmıştır<sup>10</sup>. Olumsuz duygulanım ve sosyal engellenme olmak üzere iki alt boyuttan oluşur. Bu alt boyut puanlarının eşik puanlar üzerinde olması bireyin Tip D kişiliğe sahip olduğunu göstermektedir<sup>11</sup>. Bu kişilik yapısı bedensel belirti bozuklukları ile yakından ilişkilidir. Tip D kişilik özellikleri ile ilgili çalışmaların çoğu kalp hastalıkları ile ilgilidir<sup>10-12</sup>. Yakın zamanlı çalışmalar ise Kanseri, Cilt hastalıkları, Kronik Böbrek Yetmezliği ve Diyabetes Mellitus(DM) tanıları hastalarda Tip D kişilik yapısı üzerine yoğunlaşmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar Tip D kişilik özelliklerinin bedensel hastalığı olan bireylerde daha yaygın olduğu, hastalık gidişatını kötü etkilediği, tedaviye uyumu azalttığı ve yaşam kalitesini azalttığı yönündedir<sup>12,13</sup>. Yakın zamanlı çalışmalar, Tip D kişilik yapısının Aleksitimi ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir.

DCPR ile ilgili alan yazındaki çalışmalar göz önüne alındığında, çalışmaların neredeyse tamamı bedensel hastalıkları ele alınmıştır<sup>7-9</sup>. Bunun nedeni DCPR'nin temel amacının bedensel hastalığı olan hastalardaki psikiyatrik tanıları bütüncül bir şekilde değerlendirmek olmasıdır<sup>6</sup>.

Psikiyatrik bozuklukları olan hastalarda psikosomatik faktörlerin bozulmuş psikososyal işlevsellik ve düşük yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Bundan dolayı, psikiyatrik bozukluklardaki psikosomatik faktörlerin

değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Bir çalışmada 28 Majör Depresif Bozukluk tanılı hasta ve 22 Bipolar Bozukluğu olan hastada psikosomatik faktörler DCPR ile değerlendirmiştir<sup>11</sup>. Bu çalışmada hastalarda herhangi bir DCPR tanısının olması, Persistan Somatizasyon tanısının olması ve Tip A kişilik tanısının olması psikiyatrik semptomların şiddetini öngörmeye anlamlı değişkenler olarak saptanmıştır.

Biz bu çalışmada, psikiyatri servisinde tedavi gören psikotik olan ve olmayan hasta gruplarını DCPR sendromları ve Tip D kişilik açısından karşılaştırmayı, hastalık şiddeti ile DCPR sendromları ve Tip D kişilik arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını araştırmayı amaçladık. Anlamlı bulunan DCPR sendromlarının ve DCPR ile Tip D kişinin öngörücülüğü artıracağı ve hastaları anlamada yardımcı olacağı kanaatindeyiz.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma öncesinde yapılan güç analizinde Altamura ve arkadaşlarının çalışması temel alındı<sup>14</sup>. Bu çalışmadan elde edilen kısmi R2 değişkeni ile etki boyutu hesaplandı. 0,05 hata payı ve 0,95 güç ile en az 115 hastanın çalışmaya alınması gerektiği saptandı. Örneklem sayısı için örnek alınan çalışma yöntemi nedeniyle bu sayının saptanmıştır. Bu sonuçlara göre Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri yataklı servisinde tedavi gören hastalar çalışmanın örneklemini oluşturdu.

DCPR' nin uygulama süresinin uzunluğu nedeniyle çalışmaya 25.01.2016-15.03.2016 tarihleri arasında psikiyatri servisinde yatmakta olan, ICD' ye göre herhangi bir psikiyatrik tanısı olan ve akut dönemi yatışmış, eğitim durumu en az okuryazar ve çalışmaya katılmaya gönüllü hastalar alınmıştır. Hastaların çalışmaya kabulü, bir psikiyatri profesörünün süpervizyonunda iki psikiyatri araştırma görevlisi tarafından yapılmıştır. Her bir değerlendirme yaklaşık 90 dk sürmektedir. Çalışmada yaş sınırlaması olmamakla beraber, çalışmaya katılmasına engel olarak düzeyde entelektüel yeti yitimi, bunama ve ileri derecede bilişsel yıkımı olan hastalar bilgi almayı zorlaştırabileceği için çalışmaya alınmamıştır. 244 hastaya ulaşılmıştır. Bu hastaların 12'sinde ciddi bunama belirtileri olması, 19'unun çalışmaya katılmak istememesi ve 13'ü ile yeterli iletişim kurulamaması nedeniyle çalışmaya alınmamıştır. Sonuç olarak 200 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Bu hasta sayısı en başta belirlenen örneklem büyüklüğünün oldukça üzerindedir ve istatistiksel değeri

artırabileceği düşünülmüştür. Hastaların yaklaşık yarısını(n=98) psikotik bozukluklar (Şizofreni, Sanırsal Bozukluk, Akut ve Geçici Psikotik Bozukluk) oluştururken, diğer yarısını(n=102) Depresyon, Anksiyete Bozuklukları, Bipolar Bozukluk ve diğer psikiyatrik bozukluklar oluşturmuştur. Major Depresif Bozukluk ve Bipolar Bozukluk tanılı hastalardan psikotik özellikli olmayan çalışmaya alınmıştır.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Yerel Etik Kurulu'ndan 25.01.2016 tarihi ve 42 karar no ile etik onay alındı. Çalışma Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi Etik ilkeleri doğrultusunda yapıldı. Katılımcılara çalışmanın herhangi bir aşamasında istedikleri zaman geri çekilebilecekleri bilgisi verildi ve yazılı onam alınan hastalar çalışmaya katıldı.

## Veri toplama araçları

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 vardır. Bu forma ek olarak DCPR, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği(KPDÖ) ve Tip D Kişilik Envanteri kullanılmıştır.

## Psikosomatik Araştırmalar için Tanı Kriterleri (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research -DCPR)

Kategorik sınıflama sistemlerine alternatif olarak düşünülmüş ve hangi ruhsal etkenlerin klinik açıdan anlamı olduğunu sorgulayan yeni bir yaklaşım olarak geliştirilmiştir<sup>5</sup>. Üç alt gruptan ve 12 farklı değişkenden oluşur. Bu değişkenlerden dördü Anormal Hastalık Davranışı (Sağlık Anksiyetesi, Fobik Bozukluk, Ölüm Korkusu, Hastalık İnkarı) alt grubunu oluşturur<sup>5</sup>. Diğer dört değişken ise Lipowski'nin Somatizasyon Kavramı'nı temel alan grubu (Psikiyatrik Hastalıklara ikincil Fonksiyonel Somatik Semptomlar, Israrlı Süreğen Somatizasyon, Konversiyon Belirtileri, Yıl Dönümü Reaksiyonu) oluşturmaktadır<sup>15</sup>. Son dört değişken ise, tıbbi hastalığı olanlarda sıklıkla ve dirençli biçimde görülebilen ruhsal boyutlar (Tip A kişilik, İritabl Duygudurum, Demoralizasyon, Aleksitimi) adı altında toplanmıştır. Bu tanı kriterleri görüşmeci tarafından değerlendirilir. Bu 12 değişken aynı zamanda DCPR sendromları adıyla da anılmaktadır. Görüşme sonrasında bu sendromlar var ya da yok

olarak değerlendirilir. Ülkemizde yapılmış çalışmalar vardır ve Türkçe uyarlama çalışmaları devam etmektedir<sup>16</sup>.

### Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ)

Psikiyatrik bozukluklarda belirti değerlendirmesi yapabilmek için geliştirilmiş 18 maddelik bir ölçektir<sup>17</sup>. Profesyonel bir görüşmeci tarafından doldurulur. Psikiyatrik hastalıkların şiddetinin değerlendirilmesinde ve hastalık seyrinin takibinde kullanılır. Her maddeye belirti şiddetine göre 0-6 arasında puan verilir. Toplam puan 0-108 puan arasında olup, puanın artması hastalık şiddetinin arttığını gösterir. Türkçe Uyarlaması yapılmıştır<sup>18</sup>.

### Tip D (DS-14) Kişilik Ölçeği

Tip D kişiliği değerlendirebilmek amacı ile Dennolet tarafından geliştirilen, Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir<sup>11</sup>. Tip D kişiliğin Olumsuz Duygulanım (NA) ve Sosyal Gerileme (SI) olmak üzere iki bileşeni vardır. Bilişenler yedişer maddeden oluşur. Hem NA hem de SI alt ölçekleri için kesme puanı 10'dur. Maddeler 0-4 arası puanlandırılır. İki bileşenin de ölçek puanı 10 veya üzerinde ise, bireyin Tip D kişilik yapısına sahip olduğundan söz edilebilir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasına göre ölçeğin Cronbach alfa katsayısı olumsuz duygulanım için  $\alpha=0,82$ , sosyal içe dönüklük için  $\alpha=0,81$ ; test-tekrar test sonuçları  $r=0,84/0,78$ 'dir<sup>19</sup>.

### İstatistiksel analiz

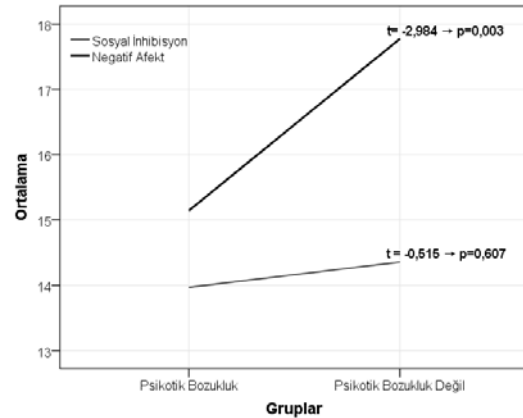
Çalışmada istatistiksel analiz için SPSS 23.0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sıklık, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri ile gösterildi. Sayısal değişkenlerin (yaş, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, son ataktan sonra geçen süre, kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği toplam puanı) çarpıklık ve basıklık katsayılarının  $\pm 2$  arasında olduğu için normallik varsayımının sağlandığı kabul edildi. Niteliksel verilerin (cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, tıbbi hastalık, ailede psikiyatrik hastalık, tip D kişilik özelliği, sağlık anksiyetesi, fobik bozukluk, ölüm korkusu, hastalık inkârı, psikiyatrik bozukluğa ikincil işlevsel somatik belirtiler, süreğen somatizasyon, konversiyon, yıl dönümü reaksiyonu, tip A davranış, iritabl duygudurum, demoralizasyon, aleksitimi) karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin (yaş, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, son ataktan sonra geçen süre) iki grup arası karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem T Testi kullanıldı. Çoklu doğrusal regresyon analizinde

KPDÖ puanları bağımlı değişken olarak kabul edildi. İstatistiksel analizlerle anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak alındı.

### BULGULAR

Grupların sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmiştir. Her iki grubunda hem sosyodemografik özellikler hem de hastalık özellikleri açısından benzer olduğu gözlenmiştir.

Psikotik bozukluğu olanlar ve olmayanların DCPR sendromları açısından karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmiştir. Ölüm Korkusu ve Süreğen Somatizasyon sendromlarının psikotik bozukluğu olmayan grupta anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,025$ ;  $p=0,001$ ). Süreğen Somatizasyon psikotik bozukluğu olmayanların oluşturduğu grupta %54,9 oranındayken, psikotik bozukluğu olanların oluşturduğu grupta %31,6 oranındadır.



Şekil 1. Tip D Kişiliği ölçeği alt boyut puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması.

Psikotik bozukluğu olanlar ve olmayanların Tip D kişilik açısından karşılaştırılması Tablo 3'te gösterilmiştir. Gruplar arasında Tip D kişilik varlığı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ( $p=0,339$ ). Çalışmanın amacının dışında olmakla birlikte Tip D kişiliği oluşturan alt bileşenler gruplar arasında ayrı ayrı değerlendirildiğinde, Olumsuz Duygulanım puanlarının psikotik bozukluğu olmayanlarda anlamlı düzeyde ( $p=0,003$ ) yüksek olduğu saptanmıştır (Şekil 1).

KPDÖ puanlarının çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi Tablo 4'te gösterilmiştir. Psikotik bozukluğu olanlarda önem sırasına göre

Ölüm Korkusu, Psikiyatrik Bozukluğa İkincil İşlevsel Somatik Belirtiler, Demoralizasyon ve Tip D kişilik varlığı KPDÖ puanlarını anlamlı şekilde yorduyordu.

**Tablo 1. Grupların sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin karşılaştırılması**

Değişkenler		Psikotik Bozukluğu olanlar (N=98)		Psikotik Bozukluğu olmayanlar (N=102)		İstatistiksel analiz	
		n	%	n	%	X <sup>2</sup>	p
Cinsiyet	Kadın	41	41,8	47	46,1	0,213	0,644
	Erkek	57	58,2	55	53,9		
Medeni Durum	Evli	48	49,0	52	51,0	0,020	0,888
	Bekar	50	51,0	50	49,0		
Eğitim	İlkokul	11	11,2	17	16,7	2,924	0,403
	Ortaokul	10	10,2	10	9,8		
	Lise	43	43,9	34	33,3		
	Üniversite	34	34,7	41	40,2		
Sigara kullanımı	Yok	32	32,7	35	34,3	0,010	0,921
	Var	66	67,3	67	65,7		
Alkol kullanımı	Yok	86	87,8	80	78,4	2,454	0,117
	Var	12	12,2	22	21,6		
Tıbbi Hastalık	Yok	58	59,2	47	46,1	2,937	0,087
	Var	40	40,8	55	53,9		
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	58	59,2	54	52,9	0,557	0,455
	Var	40	40,8	48	47,1		
		Ort.	ss.	Ort.	ss.	t	p
Yaş		34,97	10,23	37,39	11,99	-1,527	0,128
Hastalık Başlangıç Yaşı		26,41	9,87	28,28	11,30	-1,241	0,216
Hastalık Süresi (ay)		99,09	69,94	105,47	96,97	-0,532	0,596
Son ataktan sonra geçen süre (ay)		10,80	14,77	11,03	15,83	-0,108	0,914

**Tablo 2. Psikotik bozukluğu olanlar ve olmayanların DCPR sendromları açısından karşılaştırılması**

Değişkenler	Psikotik Bozukluğu olanlar (N=98)		Psikotik Bozukluğu olmayanlar (N=102)		İstatistiksel Analizler	
	n	%	n	%	X <sup>2</sup>	P
DCPR- Anormal Hastalık Davranışı						
Sağlık Anksiyetesi	54	55,1	65	63,7	1,205	0,272
Fobik Bozukluk	26	26,5	40	39,2	3,086	0,079
Ölüm Korkusu	49	50,0	68	66,7	5,053	0,025
Hastalık inkârı	44	44,9	32	31,4	3,328	0,068
DCPR- Somatizasyon Boyutları						
Psikiyatrik Bozukluğa İkincil İşlevsel Somatik Belirtiler	45	45,9	53	52,0	0,508	0,476
Süreçten Somatizasyon	31	31,6	56	54,9	10,085	0,001
Konversiyon	25	25,5	31	30,4	0,374	0,541
Yıl Dönümü Reaksiyonu	18	18,4	29	28,4	2,284	0,131
DCPR- Hastalığın Psikolojik Boyutu						
Tip A Davranış	37	37,8	52	51,0	3,024	0,082
İrritabl Duygudurum	57	58,2	58	56,9	0,002	0,966
Demoralizasyon	60	61,2	75	73,5	2,911	0,088
Aleksitimi	39	39,8	43	42,2	0,038	0,845

DCPR: Diagnostic Criteria of psychosomatic Research

**Tablo 3. Psikotik bozukluğu olanlar ve olmayanların Tip D kişilik açısından karşılaştırılması**

Değişkenler		Psikotik Bozukluğu olanlar (N=98)		Psikotik Bozukluğu olmayanlar (N=102)		İstatistiksel Analizler	
		n	%	n	%	X <sup>2</sup>	P
Tip D Kişilik	Yok	33	33,7	27	26,5	0,916	0,339
	Var	65	66,3	75	73,5		

**Tablo 4. KPDÖ puanlarının çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi**

Değişkenler	Psikotik Bozukluğu olanlar (N=98)			Psikotik Bozukluğu olmayanlar (N=102)		
	$\beta$	t	p	$\beta$	t	p
Sağlık Anksiyetesi	0,084	0,814	0,418	-0,026	-0,257	0,798
Fobik Bozukluk	-0,001	-0,010	0,992	0,223	2,253	0,027
Ölüm Korkusu	0,278	2,716	0,008	0,116	1,238	0,219
Hastalık inkarı	0,111	1,169	0,246	0,066	0,650	0,517
Psikiyatrik Bozukluğa İkincil İşlevsel Somatik Belirtiler	0,259	2,438	0,017	-0,025	-0,258	0,797
Sürengen Somatizasyon	-0,122	-1,177	0,243	-0,118	-1,276	0,205
Konversiyon	0,149	1,449	0,151	0,033	0,342	0,733
Yıl Dönümü Reaksiyonu	-0,004	-0,047	0,963	0,041	0,434	0,665
Tip A Davranış	0,168	1,786	0,078	0,144	1,424	0,158
İrritabl Duygudurum	0,163	1,570	0,120	-0,044	-0,476	0,635
Demoralizasyon	0,210	2,040	0,044	0,362	3,803	<0,001
Aleksitimi	0,018	0,188	0,852	0,108	1,152	0,252
Tip D Kişilik	0,218	2,181	0,032	0,297	3,027	0,003
F	2,853			3,128		
p	0,002			0,001		
R <sup>2</sup>	0,30			0,31		

KPDÖ: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği

Psikotik bozukluğu olmayanlarda ise yine önem sırasına göre Demoralizasyon, Tip D kişilik ve Fobik Bozukluk varlığı KPDÖ puanlarını anlamlı şekilde yordayan değişkenler olarak saptandı. Oluşturulan modeller Psikotik bozukluğu olanlarda varyansın %30'unu, Psikotik bozukluğu olmayanlarda ise %31'ini açıklamaktaydı.

## TARTIŞMA

Psikolojik, sosyal ve kültürel faktörler ruhsal bozuklukların başlangıcında, gidişatında ve sonlanmasında çeşitli derecelerde rol alır<sup>20</sup>. Biyopsikosozyal faktörler arasındaki karmaşık ilişkilerin araştırılması, eşik altı klinik semptomların saptanması ve bedensel hastalıkların psikolojik boyutlarının daha iyi değerlendirilmesi için güvenilir ve hassas tanı yöntemlerine ihtiyaç vardır. Yapılandırılmış bir görüşme yoluyla 12 sendromu tanımlayan DCPR, çeşitli klinik örneklerde güvenilirliği kanıtlanmış ve kötü psikososyal işlevsel boyutu değerlendiren bir tanı aracıdır<sup>21</sup>.

Çalışmamızda, psikiyatri servisinde tedavi gören hastaların, hastalık şiddetinde etkili olan DCPR tanımlarını saptamayı amaçladık. Demoralizasyon hem psikotik bozukluğu olan hastalarda hem de psikotik bozukluğu olmayan hastalarda hastalık şiddetini gösteren önemli değişkenlerden birisidir. Demoralizasyona ek olarak psikotik bozukluğu olanlarda Ölüm Korkusu ve Psikiyatrik Bozukluğa İkincil İşlevsel Somatik Belirtiler, psikotik bozukluğu olmayanlarda ise Fobik Bozukluk hastalık şiddetini öngören diğer DCPR sendromlarıdır. DCPR tanımlarına ek olarak Tip D kişilik varlığı her iki hastalık grubunda da hastalık şiddetini ön gören bir diğer değişkendir.

Demoralizasyon hem psikiyatrik hem de tıbbi hastalığı olan kişilerde oldukça sık karşılaşılan, çaresizlik, umutsuzluk ve başarısızlık duygusu ile karakterize disforik bir durumdur. Depresyonla sıklıkla karıştırılmakla birlikte, farklı klinik durumları değerlendirirler. Ancak bir arada da bulunabilirler. Aralarındaki temel ayrım depresyonun çaresizlikle,

Demoralizasyonun anhedoni(keyifsizlik) ile karakterize olmasıdır<sup>22</sup>. Demoralizasyonun yaygınlığını araştıran çalışmalar, endokrin hastalarının %39'unda, kanser tanısı olan hastaların %28'inde, tıbbi hastalığa sahip olan hastaların %30'unda ve uyum bozukluğu bulunan %33'ünde Demoralizasyon tespit edilmiştir<sup>22,23</sup>. Ayaktan takipli Majör Depresyon ve Bipolar Bozukluk tanılı hastaların oluşturduğu bir örneklemede ise %30 oranında Demoralizasyon tanısı olduğu saptanmıştır<sup>14</sup>. Çalışmamızda psikotik belirtileri olan hastaların %61,2'sinde, psikotik bozukluğu olmayan hastaların ise %73,5'inde Demoralizasyon olduğu saptanmıştır. Bu oranlar literatürdeki çalışmaların yaklaşık iki katı kadardır (Tablo 2). Bu oranların yüksek olmasında örneklemimizin yataklı serviste takip edilen hastalardan oluşması önemli nedenlerden birisidir. Çalışmamızda Demoralizasyon ile ilgili başka bir sonuç da Demoralizasyonun hem psikotik bozukluğu olanlarda hem de psikotik bozukluğu olmayanlarda hastalık şiddetini öngören önemli bir değişken olmasıdır (Tablo 3). Demoralizasyonu günümüzde DCPR dışında yeterince el alan tanı sınıflandırması yoktur. 2013' de güncellenen DSM-5, Demoralizasyona atfı yapmamıştır. Oysaki klinik çalışmalar hastaların yaklaşık üçte birinin Demoralizasyon tanısının olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda, Demoralizasyonun psikiyatri servisindeki hastaların üçte ikisinde olması ve hastalık şiddetini tüm hastalık gruplarında öngörmesi, bu sendromun daha fazla ele alınması gerektiğini göstermektedir. Yakın zamanlı Parkinsonlu hastalarda yapılan bir çalışmada Depresyon ve Demoralizasyonun hastalardaki işlevselliğe etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada motor fonksiyonlardaki bozulmanın Depresyonla ilişkili olmadığı ve Demoralizasyonla ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu çalışmadaki araştırmacılar, Demoralizasyonun Depresyondan daha fazla bir şekilde işlevsellik ile ilgili olduğunu öne sürmüşlerdir<sup>24</sup>. Depresyon Demoralizasyon ve Uyum Bozukluğu arasındaki ilişkili inceleyen bir derleme ise, Demoralizasyon ve Depresyonun birçok özellik açısından uyduğunu ancak farklı klinik durumlar olduğunu, yaklaşımların ve tedavilerinde farklı olması gerektiğini belirtmiştir<sup>25</sup>. Psikotik bozukluğu olanlarda Demoralizasyona ek olarak ölüm korkusu ve psikiyatrik bozukluğa ikincil işlevsel somatik belirtiler sendromları, bu hastalık grubunda hastalığın ciddiyetini öngören diğer anlamlı değişkenlerdir. Ölüm korkusu ve psikotik bozukluklar arasındaki ilişki sistematik bir şekilde incelenmemiştir. Şizofreni tanısı olan bireylerde ölüm

korkusunun incelendiği çalışmalarda, Şizofreni tanılı hastaların kontrol grubuna göre kaygı durumlarının düşük olduğu ancak ölüm korkularının daha yüksek olduğu saptanmıştır<sup>26,27</sup>. Geçmiş yıllarda yapılan çalışmalarda ise Şizofreni tanılı hastalarda ölüm korkusunun psikotik belirtilerin içeriği ile yakından ilişkili olduğu öne sürülmüştür<sup>28</sup>. Yakın zamanlı bir çalışmada ise Şizofreni, Depresyon ve sağlıklı kontrol grubu ölüm korkusu ve ölüme karşı olan tutum açısından karşılaştırılmıştır. Ölüm tutumunun Şizofreni tanısı olanlarda daha kötü olduğu ve negatif belirtilerin şiddetiyle de pozitif yönde anlamlı ilişki gösterdiği saptanmıştır<sup>29</sup>. Ancak ölüm korkusu açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Çalışmamızda ise psikotik bozukluğu olanlarda ölüm korkusu anlamlı derecede düşük olarak saptandı (Tablo 2). Literatürdeki bu bilgiler ışığında, ölüm korkusunun psikotik bozukluğu olan hastalarda ele alınması gereken bir değişken olduğunu ve hastalık şiddetini öngörmeye önemli olabileceğini göstermektedir.

Depresif ve endişeli bir kişilik ile karakterize olan Tip D kişilik sağlığı tehdit eden davranışlarla ilişkilidir. Yapılan çalışmaların önemli çoğunluğu kalp hastalığı olanlarda olmakla birlikte DM, Fibromiyalji, Majör Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu gibi hem tıbbi hem de psikiyatrik bozukluklarda Tip D kişilik ele alınmıştır<sup>30-34</sup>. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar, Tip D kişiliği olan bireylerin sedanter yaşam sürdüğü, sağlıklı yaşam için gereken fiziksel etkinliklerden kaçındığı, ilaç uyumlarının az olduğu, öğünlerinin büyük kısmının yağ ve karbondihidratın oluşturduğu, meyve ve sebze yemeyi tercih etmedikleri, intihar düşüncesi ve girişimlerinin daha sık olduğu ve travma sonrası stres belirtilerinin daha fazla olduğu şeklinde özetlenebilir. Bu sonuçların hepsi psikiyatrik bozuklukların açısından oldukça önemli değişkenleri içermektedir. Çalışmamızda da hem psikotik bozukluğu olanlarda hem de olmayanlarda hastalık şiddetini ön gören en önemli değişkenlerden birisi Tip D kişilik yapısına sahip olmaktır. Psikotik bozukluğu olanların %66,3'ünde Tip D kişilik yapısına sahipken, psikotik bozukluğu olmayanların %73,5'i Tip D kişilik yapısına sahiptir. Bu sonuçlar Tip D kişilik yapısının psikiyatrik hastalıklar arasında oldukça yaygın olduğunu ve hastalık şiddetini azaltmada değerlendirilmesi gereken bir değişken olduğunu, DCPR sendromları arasında yer almasının faydalı olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamız yeni bir tanı sistemini psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda kullanması açısından

önemlidir. Ancak, psikotik bozukluklar ve psikotik bozukluğu olmayanlar şeklinde oluşturulan grupların birden çok psikiyatrik bozukluğu içermesi bir kısıtlılıktır. Bunun için elde edilen sonuçlar, genel bir çerçeveye çizilmektedir. Grupları oluşturan alt hastalıklar için sonuçlar bu sınırlılık göz önünde bulundurularak yorumlanmalıdır.

Sonuç olarak, demoralizasyon ve Tip D kişilik, psikiyatrik bozuklukların yaklaşık üçte ikisinde görülen ve hastalığın şiddetini öngörmeye önemli olan iki değişkendir. Psikiyatri kliniklerinde takip edilen hastaların bu iki değişken açısından sorgulanması ve bu iki değişkenin tedavide ele alınması faydalı olacaktır. Bununla birlikte ölüm korkusu psikotik bozukluğu olmayan grupta daha sık olmasına rağmen, psikotik bozukluğu olanlarda hastalık şiddetini değerlendirmede önemli olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, psikotik bozukluğu olan hastalarda ölüm korkusu sendromunun üzerinde daha fazla durulması gerektiğini ve hastalık şiddetinin kontrolünde ele alınması gerektiğini düşündürülebilir. Psikotik bozukluklarda, ölüm korkusunun hastalık belirtileri ile ilişkili olup olmadığı ileri çalışmalarda ele alınabilir. Bununla birlikte, ileri araştırmalarda DCPR'nin her bir psikiyatrik bozuklukta ayrı ayrı ele alınması bu çalışmada elde edilen sonuçlar hakkında daha net bilgi sağlayacaktır.

**Yazar Katkıları:** Çalışma konsepti/Tasarımı: MG, BG; Veri toplama: MG, BG; Veri analizi ve yorumlama: MG, BG, BC, MOK; Yazı taslağı: MG; İçeriğin eleştirel incelenmesi: MOK, MG, BG; Son onay ve sorumluluk: MG, BG, MOK, BC; Teknik ve malzeme desteği: MG, BG; Süpervizyon: MG, MOK, BG, BC; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

**Etik Onay:** Bu çalışma için Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Kurulundan 25.01.2016 tarih ve 42 sayılı kararı ile etik onay alınmıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

**Author Contributions:** Concept/Design : MG, BG; Data acquisition: MG, MOK, BG; Data analysis and interpretation: MG, BG, BC, MOK; Drafting manuscript: MG; Critical revision of manuscript: MOK, MG, BG; Final approval and accountability: MG, BG, MOK, BC; Technical or material support: MG, BG; Supervision: MG, MOK, BG, BC; Securing funding (if available): n/a.

**Ethical Approval:** Ethical approval was obtained for this study from Gazi University Clinical Research Ethics Committee, with the decision of Non-Invasive Researches Board dated 25.01.2016 and numbered 42.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** Authors declared no conflict of interest.

**Financial Disclosure:** Authors declared no financial support

## KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>th</sup> edition (DSM-5). Washington DC, American Psychiatric Association, 2013.
- World Health Organization (WHO), The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, 10<sup>th</sup> edition. Geneva, WHO, 1993.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup> edition (DSM-IV). Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
- Barsky AJ. Assessing the new DSM-5 diagnosis of somatic symptom disorder. *Psychosom Med.* 2016;78:2-4.
- Fava GA, Sonino N. Psychosomatic assessment. *Psychother Psychosom.* 2009;78:333-41.
- Aral G, Civil Arslan F. A new operational guide against to traditional classification systems in consultation-liaison psychiatry: Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research(DCPR). *Klinik Psikiyatri Dergisi.* 2019;22:228-42.
- Grassi L, Sabato S, Rossi E, Biancosino B, Marmai L. Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research in oncology. *Psychother Psychosom.* 2005;74:100-7.
- Rafanelli C, Roncuzzi R, Finos L, Tossani E, Tomba E, Mangelli L et al. Psychological assessment in cardiac rehabilitation. *Psychother Psychosom.* 2003;72:343-9.
- Picardi A, Porcelli P, Pasquini P, Fassone G, Mazzotti E, Lega I et al. Integration of multiple criteria for psychosomatic assessment of dermatological patients. *Psychosomatics.* 2006;47:122-8.
- Denollet J, Sys SU, Brutsaert DL. Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosom Med.* 1995;57:582-91.
- Denollet J. DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med.* 2005;67:89-97.
- Denollet J, Vaes J, Brutsaert DL. Inadequate response to treatment in coronary heart disease. *Circulation.* 2000;102:630-5.
- De Vroeghe L, de Heer EW, van der Thiel E, van den Broek KC, van Eck van der Sluijs JF, van der Feltz-Cornelis CM. Type d personality, concomitant depressive and anxiety disorders, and treatment outcomes in somatic symptom and related disorders: an observational longitudinal cohort study. *Front Psychiatry.* 2019;10:417.
- Altamura M, Porcelli P, Balzotti A, Massaro CR, Bellomo A. Influence of DCPR syndromes in the psychosocial functioning of patients with major depressive and bipolar disorders. *Psychother Psychosom.* 2015;84:387-8.
- Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry.* 1988;145:1358-68.
- Sayılgan N, Güleç H, Domaç FM. Psychosomatic diagnosis on patients with migraine and tension type headache. *Cukurova Medical Journal.* 2018;43:262-7.
- Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep* 1962;10:799-812.



18. Soykan C. Institutional differences and case typicality as related to diagnosis system severity, prognosis and treatment (Masters thesis). Ankara, Middle East Technical University, 1989.
19. Alcelik A, Yildirim O, Canan F, Eroglu M, Aktas G, Savli H. A preliminary psychometric evaluation of the type D personality construct in Turkish hemodialysis patients. *Journal of Mood Disorders*. 2012;2:1-5.
20. Porcelli P, Bellomo A, Quartesan R, Altamura M, Iuso S, Ciannaméo I et al. Psychosocial functioning in consultation-liaison psychiatry patients: influence of psychosomatic syndromes, psychopathology and somatization. *Psychother Psychosom*. 2009;78:352-8.
21. Fava GA, Freyberger HJ, Bech P, Christodoulou G, Sensky T, Theorell T et al. Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom*. 1995;63:1-8.
22. Sansone RA, Sansone LA. Demoralization in patients with medical illness. *Psychiatry (Edgmont)*. 2010;7:42-5.
23. Grassi L, Mangelli L, Fava GA, Grandi S, Ottolini F, Porcelli P et al. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestions for DSM-V. *J Affect Disord*. 2007;101:251-4.
24. Koo BB, Chow CA, Shah DR, Khan FH, Steinberg B, Derlein D et al. Demoralization in Parkinson disease. *Neurology* 2018;90:e1613-e7.
25. O'Keeffe N, Ranjith G. Depression, demoralisation or adjustment disorder? Understanding emotional distress in the severely medically ill. *Clin Med (Lond)*. 2007;7:478-81.
26. Abdel-Khalek AM. Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death Stud*. 2005;29:251-9.
27. Abdel-Khalek AM. Death obsession in Egyptian samples: differences among people with anxiety disorders, schizophrenia, addictions, and normals. *Death Stud*. 2002;26:413-24.
28. Planansky K, Johnston R. Preoccupation with death in schizophrenic men. *Dis Nerv Syst*. 1977;38:194-7.
29. Mavrogiorgou P, Haller K, Juckel G. Death anxiety and attitude to death in patients with schizophrenia and depression. *Psychiatry Res*. 2020;290:113148.
30. Middendorp H, Kool MB, van Beugen S, Denollet J, Lumley MA, Geenen R. Prevalence and relevance of Type D personality in fibromyalgia. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;39:66-72.
31. Milicevic R, Jaksic N, Aukst-Margetic B, Jakovljevic M. Personality traits and treatment compliance in patients with type 2 diabetes mellitus. *Psychiatr Danub*. 2015;27:586-89.
32. Wu JR, Song EK, Moser DK. Type D personality, self-efficacy, and medication adherence in patients with heart failure-A mediation analysis. *Heart Lung*. 2015;44:276-81.
33. Park Y-M, Ko Y-H, Lee M-S, Lee H-J, Kim L. Type-d personality can predict suicidality in patients with major depressive disorder. *Psychiatry Investig*. 2014;11:232-6.
34. Booth L, Williams L. Type D personality and dietary intake: The mediating effects of coping style. *J Heal Psychol* 2015;20:921-7.