

# Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinde Geleneksel Sınıflandırma Sistemlerine Karşı Uygulanabilir Yeni Bir Rehber: Psikosomatik Araştırmalara Yönelik Tanı Ölçütleri (DCPR)

## *A New Operational Guide Against to Traditional Classification Systems in Consultation-Liaison Psychiatry: Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR)*

Gizem Aral<sup>1</sup>, Filiz Civil Arslan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uz. Dr., Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gaziantep, Türkiye <https://orcid.org/0000-0003-3615-2981>

<sup>2</sup>Doç. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Trabzon, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-5837-0691>

### ÖZET

Psikosomatik tıp alanında hastalıklarla ilişkili psikolojik faktörleri tespit etmede pek çok medikal ve psikiyatrik tanı modelleri ileri sürülmüştür. Bu alanda en çok kullanılan geleneksel sınıflandırma sistemi olan DSM (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) somatik belirti kümelerini ayırtmada, tıbbi hastalıkların alt tiplendirilmesinde, bedensel sendromların yükünü tahmin etmede, risk faktörlerini belirleme ve tedavi sonuçlarını öngörmeye yetersiz kalmıştır. Psikosomatik Araştırmalara Yönelik Tanı Ölçütleri (DCPR), bu alanlarda oluşan boşlukları doldurmak, çeşitli kliniklerde geniş psikolojik sendrom kümelerini uygulanabilir araçlar yardımı ile ayırtmak için geliştirilmiştir. 1995 yılında pek çok uluslararası araştırmacı grubu tarafından oluşturulan bu sistem, 58 maddeden oluşan, evet/hayır yanıtı biçiminde puanlanan, 12 psikosomatik sendromdan bir ya da daha fazlasının varlığını değerlendiren bir tanı koydurucu rehber niteliğindedir. İlgili literatürde, DCPR ve DSM-IV sistemi tanı koyma oranlarının, eşik altı sendrom kümelerinin, işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırıldığı pek çok farklı çalışmaya rastlamak mümkündür. Çalışmalardaki ortak sonuçlar, DSM-IV sisteminde tanı konulamayan pek çok psikolojik boyutun ve anormal hastalık davranışlarının, DCPR sistemi ile saptanabildiğine işaret etmektedir.

Yeni DSM-5 sınıflandırma sisteminde ise, 'Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar' başlığı altında tanı ölçütlerinde önemli değişiklikler sunulsa da, birçok psikosomatik belirti kümesine yer verilmemiştir. Klinik pratikte, DCPR'in hastaların mevcut hastalık sürecine ve fiziksel semptom kümelerine karşı yanıt verme biçimlerini ve etkili psikososyal birçok boyutu saptamada DSM gibi geleneksel sınıflandırma sistemleri ile birlikte kullanılmasının yararlı olacağı kanaatindeyiz. Bu makalenin amacı, geleneksel sistemlerle ihmal edilmiş, DCPR sistemi psikolojik belirti alt kümelerinin tanınması ve ayırtılmasıdır.

**Anahtar Sözcükler:** DCPR, DSM, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi

(*Klinik Psikiyatri* 2019;22:228-242)

DOI: 10.5505/kpd.2019.93898

### SUMMARY

In psychosomatic medicine, many medical and psychiatric diagnostic models proposed to detect psychological factors related to diseases. In this area, the most commonly used traditional classification system, Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (DSM), has failed to distinguish somatic symptom clusters, subtype medical disorders, predict the burden of somatic syndromes, identify risk factors and to predict treatment outcomes. DCPR has been developed to fill gaps in these areas and to separate large psychosurgical syndrome clusters at various clinics with the help of applicable tools. DCPR, created by a group of international researchers in 1995, diagnostic guide that evaluates the existence of one or more of the 12 psychosomatic syndromes of 58 items scored in the form of a yes/no response. In the literature, possible to find many different studies comparing the effects of diagnosis rates of DCPR and DSM-IV system on subclinical syndrome clusters, functioning, quality of life. The common results of the studies indicate that many psychological dimensions and abnormal disease behaviors that can not be diagnosed in the DSM-IV can be detected with the DCPR.

In the new DSM-5, although there are significant changes in the criteria under the heading 'Somatic Symptoms and Related Disorders', many psychosomatic symptoms are not included. In addition, it offers an approach that focuses on categorization of diseases, rather than the approach that aims at influencing the psychological factors on diseases. In clinical practice, we believe that the use of DCPR in combination with traditional classification systems such as DSM to determine the extent to which patients respond to the current disease process and physical symptom clusters and to determine many effective psychosocial dimensions. The aim of this article is recognize and distinguish the DCPR psychological symptom clusters, which have been neglected by traditional systems.

**Key Words:** DCPR, DSM, Consultation Liaison Psychiatry

## GİRİŞ

Geçmişten bu yana, psikosomatik tıp çerçevesinde öne sürülen pek çok biyomedikal ve psikiyatrik tanı modelleri, bedensel belirti kavramlarını açıklamakta yetersiz kalmıştır. Bu alanda en çok kullanılan, geleneksel sınıflandırma sistemi olan, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)'sının somatoform hastalık kavramını yeterli düzeyde kapsamadığı öne sürülerek, ciddi eleştiriler almıştır (1). Yeni DSM-5 sınıflandırma sisteminde, 'Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar' başlığı altında tanı ölçütlerinde önemli değişiklikler sunulsa da DSM-IV ve diğer psikiyatrik tanı modellerindeki gibi psikosomatik semptomların biyopsikososyal çok boyutluluğunu yansıtmamak ile birlikte, hastalık inkarı, sağlık anksiyetesi ölüm korkusu (tanatofobi) gibi hipokondriyak yelpazedeki sendrom kümeleri, aleksitimi, tip A davranış, demoralizasyon, irritabl duygudurum gibi tıbbi durumu etkileyen birçok psikosomatik belirti kümesine de yer verilmemiştir (2). Ek olarak, hastalıklar üzerine hangi psikolojik faktörlerin etkili olduğunu amaçlayan yaklaşımdan ziyade, hastalıkları kategorileştirmeye odaklanılan bir yaklaşım sunmaktadır. Bunun bir sonucu olarak, DSM gibi eldeki geleneksel sınıflandırma sistemleri, psikosomatik tıp alanında temel gereksinimleri karşılamak ve tıbbi hastalıkların seyrini etkileyen psikolojik faktörleri tespit etmekte yetersiz kalabildiği düşünülmektedir (3).

DCPR bu alanlarda oluşan eksiklikleri doldurmak, çeşitli kliniklerde geniş psikolojik sendrom kümelerini uygulanabilir araçlar yardımı ile ayırtmak amacıyla geliştirilmiştir. 1995 yılında uluslararası araştırmacılar grubu tarafından, psikosomatik tıpta biriken geniş kanıt kitlesini uygulanabilir araçlara çevirmek için geliştirilmiştir. 58 maddeden oluşan, evet/hayır yanıtı biçiminde puanlanan 12 psikosomatik sendromdan bir ya da daha fazlasının varlığını değerlendiren bir tanı koyma rehberidir (Ek-1). DCPR tanı sisteminin, klinik durumları ele alınmasında 4 tipte klinik faydalar sağlayacağı öngörülmüştür; 1) Tıbbi hastalıkların alt tiplendirmesi 2) Eşik altı veya tespit edilmemiş sendromları tanımlama 3) Somatik sendromların hastalık yükünü değerlendirmek 4) Tedavi sonuçlarını tahmin etmek ve risk faktör-

lerini belirlemek (2).

Hastaların, sağlık durumlarına yanıt verme biçimleri, algılama, yaşama, değerlendirme ile ilgili DCPR boyutları Pilowsky tarafından geliştirilen anormal hastalık davranışı kavramı, kişinin sağlık durumuna ilişkin uygunsuz davranma tarzı olarak tanımlanmıştır. Pilowsky'e göre, bu uygunsuz davranım tarzı, ilgili tüm biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin yeterli değerlendirilmesine, hastaya tartışma, müzakere etme ve açıklama fırsatları sağlanmış olmasına rağmen devam eder (4). DCPR sisteminde anormal hastalık davranışı kavramına dört küme içerisinde yer verilmiştir; bunlar ölüm korkusu (tanatofobi), hastalık inkarı, sağlık anksiyetesi, hastalık korkusudur. Somatizasyon sendromlarına ilişkin 4 küme tanımlama ise; kalıcı somatizasyon, konversiyon belirtileri, psikiyatrik bozukluğa ikincil işlevsel somatik belirtiler ve yıldönümü reaksiyonudur. Diğer 4 küme ise hastalığın psikolojik boyutu, diğer bir deyiş ile medikal durumları etkileyen psikolojik faktörler; demoralizasyon, aleksitimi, tip A davranış, irritabl duygudurumdur (3).

İlgili literatürde, DCPR ve DSM-IV sistemi tanı koyma oranlarının, eşik altı sendrom kümelerinin, işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırıldığı pek çok farklı çalışmaya rastlamak mümkündür. Çalışmalardaki ortak sonuçlar, DSM-IV sistemince tanı konulamayan pek çok psikolojik boyutun ve anormal hastalık davranışlarının, DCPR sistemi ile saptanabildiğine işaret etmektedir (1). DSM-5 sistemi ile karşılaştırma çalışmalarına yönelik veriler ise kısıtlı niteliktedir (5). Bununla birlikte, bir takım yazarlar, DSM-IV'e benzer şekilde DSM-5'in de tıbbi hastalıkların seyrini etkileyen psikolojik faktörleri tespit etmekte yeterli klinik yararı sağlamadığı görüşündedir (2, 3).

Makalenin amacı, geleneksel sistemlerce ihmal edilmiş DCPR sistemi psikolojik belirti alt kümelerinin tanınması ve ayırtılmasıdır. DCPR'in tanınması, farklı klinik ortamlarda uygulanması ile yapılacak müdahaleler sonucunda, gelecekte hastalık ile ilişkili sağlık harcamalarının düşmesi, ruhsal ve bedensel işlev kayıplarının azaltılması açısından umut vadeci görünmekte-

dir. Bu makalede, DCPR sisteminin anlaşılır kılınması için, öncelikle psikosomatik tıp alanının temel kavramsal öğeleri olan bedenselleştirme (somatizasyon), tıbben açıklanamayan belirtiler, psikosomatik hastalıklardan bahsedilecektir.

## Somatizasyon

### Somatizasyon Kavramı

Somatizasyon, İlk kez Steckel tarafından 1925'te tarif edilmiştir. Bu yüzyılın başlarında varsayımsal sürece atıfta bulunarak, psişik çatışmaları ifade eden fiziksel belirtiler ("bedensel belirtilere yol açan derin yerleşimli növroz") şeklinde tanımlanmaktadır (6). Menninger "somatizasyon reaksiyonu" kavramını, kaygının bilinçli yaşanmasına engel olan içsel ifade biçimi olarak tanımlamış ve hipertansiyondan frijiditeye kadar değişen bir çok hastalık grubunu içeren bir sınıflandırma yapmıştır (7). Değişik tanımlamalar içerisindeki en sık tekrarlayan ifade, somatizasyonun bedensel bir hastalık ile açıklanamayan fizik belirtilerle seyrettiğidir. Psikososyal veya emosyonel sorunlar bedensel belirtilerle ifade edilir; bu belirtiler bedensel bir hastalığa bağlanarak yorumlanır ve tıbbi yardım arama yoluyla dile getirilir.

Yaşanan psikolojik sıkıntının bedensel ifadesi olan somatizasyon, pek çok psikiyatrik bozukluk ile birlikte görülmektedir. Tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri olan birinci basamak sağlık kuruluşlarına ayaktan başvuran 172 hastanın alındığı bir çalışmada hasta grubunda psikiyatrik bozukluğu olanların oranının bu tür belirtileri olmayanlara göre en az 2 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (8). Haftgoli ve ark .(2010)'nın İsviçre'de birinci basamağa en az bir fiziksel yakınma nedeni ile başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada bu hastalarda depresyon sıklığını %20, anksiyete bozuklukları %15.5 oranında bulunmuştur. Bu sıralama sonuçları genelde diğer çalışmaların sonuçları ile benzerlik gösterir (9).

Somatizasyon, depresyon ve anksiyete bozuklukları dışında somatoform bozukluklar, kişilik bozuklukları ve psikotik bozukluklar ile de yakın ilişkiindedir.

### Tıbben Açıklanamayan Belirtiler (TOAB)

Bilinen herhangi bir hastalık tanısı ile bağlantı kurulamayan somatik belirtiler, tıbben açıklanamayan belirtiler (TOAB), birinci basamakta yaygın bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmalarda toplum içerisinde en sık görülen somatik belirtilerin baş ağrısı yorgunluk ve karın ağrısı olduğu bildirilmektedir (10).

Birinci basamak hastalarının başvurusu yakınmaları içerisinde tıbben açıklanamayan belirtilerin yaygınlığı ise %19-57.5 arasında değişmektedir. İngiltere'de birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuruda hastaların tıbbi olarak açıklanamayan belirti yaygınlığının incelendiği bir çalışmada hastaların 4te 1'inde açıklanamayan kronik ağrı, irritabl barsak sendromu ve kronik yorgunluk belirtileri saptanmıştır (11). Çok sayıda tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler gösteren 172 birinci basamak hastasının alındığı bir çalışmada, tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri olan hastalarda mevcut psikiyatrik bozukluk oranı 2kat daha sık bulunmuştur (8). Depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı olan hastalar artmış bedensel belirtileri nedeni ile daha fazla tıbbi yardım hizmetlerini kullanma eğilimindedirler, gereğinden fazla tıbbi inceleme ve tedaviye maruz kalabilmektedirler.

Ankara Gölbaşı Sağlık Ocağı'na başvuran 400 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, açıklanamayan bedensel belirti sayısının kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla görüldüğü ifade edilmiştir (12).Yapılan çalışmalarda da ruh sağlığı hizmetlerinin yaygın olmadığı ve ruh hastalıklarının stigmatize edildiği toplumlarda somatizasyonun daha sık görüldüğü belirtilmekle birlikte, kültüre duyarlı araştırmalarda somatizasyonun evrensel olduğu her toplumda her kültürde görülebileceği, fakat somatizasyon görünümünün toplumdan topluma değişebildiğini ortaya konulmaktadır (13). Türkiye'de somatizasyon prevalansı ile ilgili yapılmış pek fazla araştırma yoktur. Türkiye'de yapılan Ruh Sağlığı Profili Araştırmasında ICD-10 tanı kriterlerine göre somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu prevalansı %0.2 olarak bulunmuştur. Bu oran kadınlarda %0.4 olarak belirtilir iken, erkeklerde somatizasyon bozukluğu tanısı

konulamamıştır (12).

Bedenselleştiren hastalar, semptomlarının belirgin bir biyolojik temeli olmadığı halde, bunları “gerçek” olarak algıladılar, yani çıkardıkları semptomları bedenlerinde gerçekten hissediler (14). Son yıllardaki araştırmalar, semptom çıkarmada algılama sürecini etkileyen etkenler üzerinde yoğunlaşmıştır. Bedene ait duyular algılama süreci sırasında birçok iç ve dış etkilere etkilenmektedir.

Barsky ve arkadaşlarına (1988) göre, bedenselleştiren ya da hipokondriak (hastalık hastası) hastalar bedenlerinde ortaya çıkan gelişen bedensel semptomları ya da duyuları seçerek algıladıktan sonra abartmakta ve bedensel belirtileri olarak yorumlamaktadırlar. Bedensel duyuları abartmanın üç ögesi vardır: 1) Bedensel duyulara artmış dikkat ve bedene karşı aşırı uyanıklık 2) Bazı zayıf ve seyrek olan duyulara odaklanma eğilimi 3) Bedensel duyuları hastalık belirtisi olarak rahatsız edici ve tehlikeli olarak algılama (15). Bedensel durumların abartılı algılanması somatizasyon durumlarında görülmesine rağmen bu durumlara özgül değildir, diğer anksiyete, nevrotizm, depresyon, aleksitimi gibi faktörlerden etkilenebilir.

İlk kez 1967’de Sifneos tarafından tanımlanan aleksitimi kavramı, duygular için sözcüklerin olmaması anlamına gelen “a (lack) -l exis (word) – thymos (emotion)” sözcük dizisinden oluşmaktadır. Aleksitimi dilimize ise “duygular için söz yokluğu” olarak çevrilmiştir (16). Psikosomatik hastalığı olan kişiler üzerinde yapılan araştırmaların sonucunda, aleksitimik bireylerin bedensel duyulara daha fazla odaklandıkları ve onları büyüttükleri, bu nedenle daha çok somatik yakınma bildirdikleri düşünülmektedir. Özellikle aleksitiminin duyguları tanımlama ve bedensel duyulardan ayırma boyutunun somatizasyonla ilişkili olabileceği bildirilmiştir (17).

### **Psikosomatik Hastalıklar**

Psikosomatik sözcüğü Yunancada ruh anlamına gelen "psyche" ile beden anlamına gelen "soma" kelimelerinin birleşmesinden oluşmuştur.

Psikosomatik hastalıklar ise ruhsal alanın bedensel hastalıklara etkisi olarak tanımlanmaktadır. Etkenleri tam olarak belli olmayan ancak, psikolojik alanın rolü gerçek olan ve bütün sistemleri ilgilendiren bedensel rahatsızlıklardır. Psikosomatik hastalıklarla ilgilenen Psikosomatik tıp ise 50 yılı aşkın süredir psikiyatri alanında özel bir ilgi konusu olmuştur.

En azından halk arasında bugüne kadar tıbbi yakınmalarının hiçbir fiziksel nedeni olmayan kişileri ve ‘bunların tümü kafadadır’ diye anılan hastaları tanımlamak için kullanılmıştır. Bu kısmen yanlış kavramsallaştırma nedeniyle 1980’de, DSM’de yer alan psikofizyolojik (veya psikosomatik) terimi kaldırılmış, yerine tıbbi durumları etkileyen psikolojik etkenler terimi konulmuştur ve bu terim en son baskıda (DSM-5) dahil olmak üzere, sonraki baskılarda da bir daha yer almamıştır. Yine de bu terim araştırmacılar tarafından ve psikiyatri alanında önemli dergilerin başlığı olarak kullanılmaya devam etmektedir (Örneğin Psychosomatic Medicine, Psychosomatics, Journal of Psychosomatic Research). 2003 yılında Amerikan Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Amerikan Psikiyatri ve Nöroloji Kurulu psikosomatik tıp uzmanlık alanını onaylamıştır. Bu karar, bu alanın önemini vurgulamış ve ayrıca psikosomatik teriminin yaygın olarak kullanımını yeniden gündeme getirmiştir.

Psikosomatik tıp pratiği, erken dönemdeki kökeninden bu yana önemli ölçüde gelişmiştir ve bedensel sağlık bakımı sistemlerinde ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklara odaklanmıştır. Bu ilerleme büyük ölçüde, tıbbi hastalıkların karmaşıklığının artması ve tıbbi hastalıklar ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması ve zihin ile bedenin bütüncül olarak değerlendirilmesine yönelik anlayışın ön plana çıkması sonucu olmuştur. Bugün bu durumun önemli bir sonucu, psikosomatik tıbbın yan dal olarak kabul edilmesi gerekliliğini doğurmaktadır.

Özelleşmiş çeşitli kliniklerde görülen psikosomatik sendromlar; gastroentolojide irritable barsak sendromu, ülseratif olmayan dispepsi, jinekolojide premenstürel sendrom, kronik pelvik ağrı, romatolojide fibromiyalji, kardiyolojide atipik veya kardiyak

kökenli olmayan göğüs ağrısı, göğüs hastalıkları kliniğinde hiperventilasyon sendromu, enfeksiyon hastalıkları kronik yorgunluk sendromu, nörolojide gerilim tipi baş ağrısı, diş hastalıkları temporo-mandibular eklem disfonksiyonu, atipik yüz ağrısı, kulak, burun boğaz globussendromu, alerji kliniklerinde çoklu kimyasal duyarlılık sendromu olarak listelendirilebilir.

Psikosomatik hastalıklarla pek çok somatik belirti birliktelik göstermektedir. Fibromiyalji sendromunda olduğu gibi daha fazla oranda somatik yakınmalar ile uğraşılır, pek çok kez derecede operasyon geçirme öyküleri ve yardım arama davranışları bulunmaktadır. Bu durumda somatizasyon çoğunlukla ikincil bir süreçtir. Ek olarak "psikosomatik sendromların tamamlanmamış ya da atipik gösterimleri" bazı somatizasyon belirtilerini açıklayabilir. Tanınmayan ya da iyi tedavi edilemeyen bu psikosomatik belirtiler, ruhsal açıdan sağlıklı bireylerde bile somatizasyon hastalarında tanımlanan "anormal hastalık davranışına" da yol açabilmektedir. Kellner'e göre bu açıdan önemli olan psikosomatik sendromlar; fibromiyalji, fibrozitis, kronik yorgunluk sendromu, globus histerikus, disfaji ve özofagal motilite bozuklukları, ülser olmaksızın dispepsi, irritabl barsak sendromu, üretral sendrom, hiperventilasyon, aerofaji ve kronik yorgunluk sendromudur (18).

## DCPR'İN FARKLI ALT GRUPLARI

### SOMATİZASYONUN BİRÇOK MODALİTESİ

#### Kalıcı (Süreğen) Somatizasyon

Bir DCPR tanı kategorisi olarak kalıcı somatizasyon, Kellner tarafından geliştirilen belirti kümesi kavramı üzerine kurulmuştur (18). Bu görüşe göre psikosomatik bir hastalığı olan bireylerin (irritabl barsak sendromu gibi) gelecekte diğer fonksiyonel gastrointestinal (örneğin ülser olmayan dispepsi) ve gastrointestinal sistem dışı(kronik yorgunluk) sendromlarına yakalanma olasılıkları artmaktadır. Farklı yazarlarca "multisomatiform bozukluk", "pür somatizasyon" ve "kronik somatizörler" olarak adlandırılmıştır (11). Toplum örnekleminde görülme sıklığı düşüktür. Kalıcı somatizasyonun,

psikiyatrik hastalıklara ikincil fonksiyonel somatik semptomlar grubu ile toplumda görülme sıklığı %2-3 civarındadır (19). Bununla birlikte, klinikte yüksek oranda izlenmiştir. Gastroenteroloji kliniğinde ayaktan takip edilen fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu tanısı alan 190 hasta ve kardiyoloji kliniğinde ayaktan takip edilen, yakın zamanda ilk miyokardiyal iskemi atağı geçiren 153 kardiyolojik 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 hastaların %22'sinde tespit edilen süreğen somatizasyon olduğu görülmüştür (20). Klinik yaygınlık %1.5 (kalp nakliyecileri) ile %21 (endokrinoloji kliniklerinde) oranında, geniş bir aralıkta görülmektedir (21, 22).

#### Psikiyatrik Bozukluğa İkincil İşlevsel Somatik Belirtiler

Fonksiyonel psikosomatik hastalıkların klinik görünümü olan otonom uyarılma belirtilerinin, sıklıkla psikiyatrik bozuklukların bir sonucu olabileceği bilinmektedir. "Psikiyatrik Bozukluğa İkincil İşlevsel Somatik Belirtiler" tanısının koyulabilmesi için psikiyatrik bozukluk ve işlevsel hastalık başlangıcının arasındaki hiyerarşik ilişki gösterilmelidir. Bu hiyerarşik kuralın klinik anlamda uygulanabilir ve öngörücü olduğu gösterilmiştir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşuna ayaktan başvuran 190 fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu tanısı konulan hastanın alındığı bir çalışmada %29.5 oranında psikiyatrik bozukluğa ikincil işlevsel somatik belirtiler saptanmıştır (23).

#### Konversiyon Semptomları

Stone ve arkadaşlarının, 27 çalışmanın incelediği 2005 yılındaki derleme yazısında, 1950'lerden bu yana konversiyon bozukluğu saptanan hastaların, yanlış tanı alma oranlarında düşme eğilimi olduğunu bildirmişlerdir. 1950'lerde bu oran %29, 1960'larda %17 iken, 1970 ve sonraki yıllarda %4'lere kadar düşmüştür. Yazarlar bu sonuçların tanısız kesinlikteki iyileştirmeden ziyade, çalışmaların kalitesinin gelişimi ile ilişkili olduğunu savunmaktadırlar. Bununla birlikte, konversiyon

bozukluğunda tanı koyma güçlüklerinin günümüzde de sürdüğüne işaret etmişlerdir (24).

DCPR sisteminde, Engel'in geliştirdiği konversiyon kavramı esas alınmıştır (25). Konversiyon tanı ölçütlerinde belirtilerin anlatımında ambivalans, belirtilerin başka birinde olmasının istenmesi gibi katı zorlayıcı ölçütler mevcuttur. DSM-IV, konversiyonu somatizasyon bozukluğundan başlıca semptom sayısına göre farklılaştırmasına karşın, DCPR konversiyon semptomlarını pozitif belirtiler üzerinden tanımlar

1498 hastanın alındığı çok merkezli bir çalışmada DCPR ve DSM-IV sistemlerinin konversiyon semptomları üzerine duyarlılıkları karşılaştırılmıştır. DCPR'a göre konversiyon tanısı alan hastaların oranı %4.5 iken, bu oran DSM-IV'e göre konversiyon bozukluğu tanısı alanlarda %0.4 olarak saptanmıştır (26).

### **Yıl Dönümü Reaksiyonu**

Yıl dönümü reaksiyonu, herhangi bir kaybın yaşandığı zaman diliminin her yıl dönümünde, bireyde ortaya çıkan somatik, emosyonel, davranışsal yanıtları tanımlamaktadır. Hastalar genellikle geçmişteki travmatik yaşam olayları ile fiziksel, psikolojik semptomları arasındaki ilişkinin farkında değildirler. Fiziksel hastalığı olanlarda yıl dönümü reaksiyonunun görülme sıklığını araştıran, 1498 hastanın alındığı bir çalışmada sıklık % 3.6 olarak bulunmuştur (26). Kalp nakli ameliyatı yapılan ardışık 129 hastanın alındığı, DSM-IV ve DCPR ölçütlerine göre değerlendirildiği bir çalışmada ise %0.5 olarak bulunmuştur (27). DCPR, yıl dönümü reaksiyonunu somatizasyon veya konversiyonun özel bir görünümü olduğuna ve sıklıkla diğer psikosomatik sendromların birliktelik gösterdiğine dikkati çekmiştir (26).

### **ANORMAL HASTALIK DAVRANIŞI**

#### **Sağlık Anksiyetesi**

Sağlık anksiyetesi kavramı, hastalık/acı ile ilişkili pek çok farklı türden inanç ve korkuları içerir. DCPR sisteminde, sağlık anksiyetesi daha önce

bahsedildiği üzere anormal hastalık davranışı kavramında dört küme içerisinde yer alan bir tanıdır. Bu tanı grupları çeşitli psikiyatrik bozuklukların varlığı ya da yokluğu koşuluna bakılmaksızın pek çok hastada konulmaktadır. Hipokondriyazis ve hastalık korkusundan daha az özgül bir tanıdır (28).

DCPR sistemindeki sağlık anksiyetesi kavramı, Kellner'in(1986) Hastalık Tutum Ölçeği(IAS)'nden geliştirilmiştir (29). Hipokondriyazisin hafif bir formu olarak kabul edilebilir. Ancak hipokondriyazisten farklı olarak hastalıkla ilgili endişe, bedenle aşırı meşguliyet durumları baysan daha kısa sürelidir. Ek olarak hipokondriyazisin aksine, bu endişe ve korkular, tıbbi güvenceye kolayca yanıt verir. Bununla birlikte, zaman içerisinde yeniden ortaya çıkar, hastalık varlığına ilişkin bedensel işaretlerin taranması, tıbbi bakım arama davranışları gibi anormal hastalık davranışlarına yol açar (28). Kanser tanısı alan 146 hastada, DSM-IV ve DCPR tanı oranlarını karşılaştırmayı amaçlayan bir çalışmada, en sık tespit edilen DCPR sendromu %37.7 oranında sağlık anksiyetesi olmuştur (30). Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda yaygınlık %28 olarak bulunmuştur (31). Bu yüksek oranların yanısıra kardiyoloji, gastroenteroloji ve dermatoloji kliniklerinde ise belirgin olarak düşük (ortalama %10 civarında) olduğu bulunmuştur (23, 27) .

#### **Hastalık Korkusu**

Hastalık korkusu DCPR'da uygun muayene ve güvenceye rağmen belirli bir hastalığı (örneğin AIDS, kanser) olduğuna dair yersiz ve kalıcı korkular olarak tanımlanmıştır. Fava ve Grandi hastalık korkusunun hipokondriyazisten farklı olarak 2 temel özelliğine dikkat çekmektedir;1) Korkular ataklar halinde ortaya çıkmakta-fobinin niteliği 2) Korku nesnesi zaman içerisinde değişmemektedir-korku nesnesinin doğası. Bu bağlamda hastalık korkusunun hipokondriyazis ile ilişkisi panik bozukluğun yaygın anksiyete bozukluğu ile olan ilişkisine benzer (28). Belirtilerin fobik niteliği, kaçınmalara neden olur dolayısı ile psikoterapide invivo ve invitro maruz kalma yöntemine yanıt verir iken, hipokondriyak hastalar kaçınma yerine 'doktor doktor gezme' davranışları nedeni ile bu türden

tedavi yöntemlerine yanıt vermezler (1).

Tıbbi örneklemede sıklığı sağlık anksiyetesinden daha düşük oranda bulunsun da İtalya’da birinci basamak bir sağlık hizmetine 1 yıl boyunca en sık başvuran 50 hastanın alındığı bir çalışmada, hastalık korkusunun yaygınlığı oldukça yüksek(%34) tespit edilmiş iken (31). 347 kişiden oluşan bir toplum örnekleminde yaygınlığı (%1) oldukça düşük olarak bulunmuştur (19).

### **Hastalık İnkârı**

Psikanalitik teoriden türetilen inkar kavramı, hoş olmayan duygulara karşı bir ego savunma mekanizmasıdır. Sonraları inkar, stresli durumlarla karşı karşıya kalındığında duygu odaklı başa çıkma stratejileri arasına dahil edilmiştir. Anormal hastalık davranışları kavramsal çerçevesinde hastalık inkârı, kişinin mevcut hastalığına karşı psikolojik bir tepki olarak temsil edilir, gerçekçi olmayan iyimserlikten hastalığın tümüyle reddine kadar değişen bir aralıkta yer alır. Bu çerçeveden bakıldığında, hastalık inkarının, hasta olma yönünde güçlü inançları olan hipokondriyazisten zıt kutuplarda yer aldığı söylenebilir.

Henüz hastalık tanısının konulduğu erken dönemler veya yaşamı tehdit eden son dönem gibi pek çok farklı evrede, hastalık ile ilişkili fiziksel yükün inkârı, yaşanan psikolojik sıkıntıyı hafifleteceğinden ötürü yaralı bir başa çıkma mekanizması olabilir. Bununla birlikte klinik olarak önemli derecede olan hastalık inkârı ya da çarpıtılması, kişisel sorumluluğun en aza indirgemeye ve sağlıkla ilişkili ciddi kötü sonuçlara neden olabilir. AIDS/HIV ile ilişkili hastalık inkârı sağlıklı kişilerde sağlık açısından riskli davranışlar alınmasına zemin hazırlayabilir (32). Yapılan çalışmalar, hastalık inkarının pek çok farklı klinik ortamlarda (kanser hastaları, renal, kardiyovasküler ve nörolojik hastalıklar) görüldüğüne dikkat çeker.

Hastalık inkârı, klinik önemi ve sağlıkla ilişkili olası sonuçlarına rağmen ICD-10 ve DSM-IV sistemlerinde ihmal edilmiş durumdadır. Birinci basamakta DCPR tanılarının araştırıldığı bir çalışmada hastalık inkârı tanısının yüksek yaygınlığı (%80)

gösterilmiştir. (31) TUTARLI. Düzenli takip yöntemi sağlanan diğer tıbbi ortamlarda yaygınlığı daha düşük bulunmuştur. Örneğin yatarak tedavi gören 545 dermatoloji hastasının alındığı bir çalışmada yaygınlık %2 olarak bulunmuştur (33).

### **Ölüm Korkusu (Tanatofobi)**

Tanatofobi(ölüm korkusu), ilk kez 1928’de Ryle tarafından “angor animi /ölüm hissi” olarak tarif edilmiştir (34). Herhangi bir tıbbi sebep olmaksızın ölüm anında olduğuna dair ani bir duygu ya da inanç halidir. Kaçınılmaz ölüm korkusu ile karıştırılmamalıdır. Hipokondriyazis, panik bozukluk, hastalık korkusu zemininde oluşabilir (35). Korkuların fobik niteliğine ikincil olarak panik ataklar ile sonuçlanabilir. Maskeli melankolik depresyon tanılı hastaların endişelerinden daha yoğun kronik ve izole ataklar ile gidış gösterebilir. Mayer-Gross ve arkadaşları ise ölüm düşünce ve korkularının obsesif kompulsif bozukluk ile olan ilişkisine dikkat çekmiştir (36).

Tanatofobi farklı klinik ortamlarda gözardı edilemeyecek oranlarda görülmektedir. 146 kanser hastası üzerinde bir çalışmada, hastaların %8.2’sinin DCPR ile tanatofobi tanısı aldığı saptanmıştır (30).

### **HASTALIKLARIN PSİKOLOJİK BOYUTU - TIBBİ DURUMLARI ETKİLEYEN PSİKOLOJİK FAKTÖRLER**

#### **Demoralizasyon (Direncsizlik)**

Demoralizasyonun klinik ve prognostik önemine rağmen geleneksel sınıflandırma sistemlerinde yeterince tanınmamaktadır. DSM-IV’de yalnızca uyum bozuklukları tanı ölçütlerinde yer verilmiş durumdadır (37). Demoralizasyonun, duygudurum bozukluğunun eşik altı bir formu olduğu söylenebilir. Duygudurum bozukluğunun başlangıcından önce oluşmuş, sıklıkla onu tetiklemiş bir sendromdur. De Figueiredo’ya göre ise, demoralizasyon, psikolojik sıkıntı halinin yaklaşması ile birlikte yaşanan öznel beceriksizlik(stresli bir durum ile başa çıkamama fikri) deneyimidir (38). DCPR’da tanımlanan

demoralizasyon tanı ölçütlerine gelirse, sendromun tüm bu klinik yönlerini kapsar niteliktedir.

Umutsuzluk, demoralizasyonun en önemli özelliğidir. Depresyondan bağımsız olarak intihar düşünce plan ve girişim riskini arttırdığı bulunmuştur. Kanseri ve kalp hastalarında yapılan çalışmalarda, demoralizasyonun hastalığın ortaya çıkışı ve olumsuz sonuçlanım ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (39).

Fiziksel hastalığı olanlarda yüksek oranda görülmektedir. Fiziksel hastalığı olan 807 hastanın alındığı geniş bir örneklemede en sık saptanan DCPR tanısı %30 oranında demoralizasyon olarak tespit edilmiştir (40). Bununla birlikte toplumdaki yaygınlık oranı oldukça düşüktür. Toplam 347 ardışık evrenden oluşan bir toplum örnekleminde bu oran %3 olarak bulunmuştur (19).

Majör depresyon ile örtüşme saptanmasına rağmen farklı iki özgün klinik durumdur. Depresyon, hastalarda anhedoni ile belirlidir, demoralizasyonda ise yararlılık/etkinlik duygusunun kaybı yaşanır. Ek olarak duygudurum reaktivitesi genellikle korunur. Bazı yazarlarca depresyon ile hiyerarşik olmayan bir biçimde ilişkili olabileceği görüşü savunulmaktadır. Nitekim, kardiyojoloji, gastroenteroloji, endokrinoloji ve onkoloji kliniklerine ayaktan başvuran 807 ardışık hastanın alındığı bir çalışma verileri incelendiğinde, %44 (n=59) hasta depresyon tanısı almış iken demoralizasyon tanısı almamıştır. Ters şekilde %69 (n=169) hasta demoralizasyon tanısı alır iken depresyon tanısı almamıştır (40).

### **Aleksitimi**

Aleksitimi, tanım olarak duyguları tanımakta güçlük, iletişimde zorluk, dış odaklı dışmerkezli uyum sağlamaya yönelik bilişsel yapı ve işlemsel düşünme ile karakterize bir kişilik yapısıdır (41). Aleksitimik bireyler duygusal uyarılarına hastalık belirtileri olarak yanlış yorumlama eğilimindedirler. İçsel psikik olayların işaretlerini hastalık belirtisi olarak yanlış yorumlarlar. Somatik duylara odaklanıp yoğunlaştırırlar. Aleksitimi, psikosomatik hastaların kişilik özelliği olarak düşünülüp kişinin oluşan sıkıntıyı bedensel belirti

geliştirerek cevap verme şekli olarak yorumlanmaktadır. Bu, bir durum(state) veya özellik (trait) olarak da tanımlanmıştır. Aleksitimi, psikosomatik literatürün geniş bir alanında odaklanılan araştırma konusu olmuştur. Aleksitiminin tıbbi ortamlarda değerlendirilmesi sağlık sorunlarını anlama ve çözümlemede yararlı imkanlar sağlamaktadır (42).

Prognoza yönelik değerinin netleştirilmesine gereksinim olsa da çeşitli kardiyovasküler hastalıklar, kanser, gastrointestinal sistem hastalıkları gibi pek çok tıbbi durumda artmış risk ve olumsuz tedavi sonuçları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (43).

### **Tip A Davranış**

Tip A davranış örüntüsü 1950'lerin sonlarına doğru iki kardiyolog olan Friedman ve Rosenman (1959) tarafından hastaları arasında sıklıkla gözlenen 'özel bir duygu-eylem kompleksi' olarak tanımlanmıştır. Bu komplekse göre Tip A davranış örüntüsüne sahip bireyler, giderek daha kısa zamanda daha fazla iş yapmaya odaklanırlar, ek olarak bu kişilerde koroner kalp hastalıklarına daha sık rastlanılmaktadır. İritabl duygudurum sergilerler, telaşlı aceleci ve sabırsızdırlar (44). Pek çok çalışmada tip A davranış örüntüsünün kardiyovasküler hastalıkların hem başlangıç, hem de kötüleşme evresi ile anlamlı oranda ilişkili olduğu bulunmuştur. Koroner kalp hastalıklarında bağımsız risk faktörleri olarak gösterilmiştir

### **İritabl Duygudurum**

Snaith ve Taylor tarafından ilk kez 1985'de tanımlanmıştır. Bu tanıma göre iritabilite öfke ile ilişkili kontrolün azalması ile karakterize ve genellikle sözel ya da davranışsal öfke patlamaları ile sonuçlanan bir duygu halidir. Özellikle majör depresif bozukluk gibi diğer psikiyatrik sendromların bir parçası olabilir ancak duygudurumdan bağımsız olarak görülebilmektedir. Birçok çalışmada gösterildiği gibi, iritabilite ve ilişkili fenomenler (hostilite, içe atılan öfke) kardiyovasküler hastalıklar gibi şiddetli pek çok fiziksel hastalık gelişiminde risk faktörü olarak rol oynayabilir (45).



Bir üniversite hastanesine ayaktan başvuran 146 endokrinolojik hastanın alındığı çalışmada DCPR ile tanı konulan irritabilite sıklığı %46 olarak bulunmuştur (22). Bu oran diğer klinik ortamlarda %10-15 civarındadır (1).

Sıklıkla tip A davranış ve majör depresif bozukluk ile birlikte görülse de bu iki tanıyı alan hastalarının tümünün irritabilite tanı ölçütlerini karşılamadığı gösterilmiştir. Farklı klinik ortamlarda ayaktan tedavi alan ardışık 609 hastanın alındığı bir çalışmada majör depresyon tanılı hastanın %67'sinin DCPR ile belirlenen irritabl duygudurum tanı kriterlerini karşılamadığı, tersi olarak DCPR ile, irritabl duygudurum tanısı alan hastaların %77 sinin DSM-IV majör depresyon tanı kriterlerini karşılamadığı bulunmuştur (19).

## TARTIŞMA

DSM-IV'te tanımlanan somatoform bozukluk kavramlarının temelinde bilinen genel tıbbi durumun doğrudan etkileri ile açıklanamaması hali kilit rol oynar. Bu durum zihin-beden ikililiğini teşvik etmekte klinikte problematik bir hal almaktadır. DSM-5'te bedensel belirtilerin tıbbi olarak açıklanamaması yerine pozitif semptomlar düzeyinde bir tanımlama ile hastanın bedensel belirtiler hakkındaki düşünce duygu ve davranışlarının orantısızlığı/aşırılığı üzerine dikkat çekilmiş olup, bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar başlığı altında pek çok değişikliğe gidilmiştir. Somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis, ağrı bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluklar başlıkları altındaki alt grup hastalıklar kaldırılmış, tanı ölçütleri yeniden gözden geçirilerek düzenlenmiştir. Bununla birlikte, hastalık inkarı, ölüm korkusu (tanatofobi), aleksitimi, tip A davranış, demoralizasyon, irritabl duygudurum gibi birçok psikosomatik belirti kümesine yer verilmemiştir. Ek olarak, hastalıklar üzerine hangi psikolojik faktörlerin etkili olduğunu amaçlayan yaklaşımdan ziyade, hastalıkları kategorileştirmeye odaklanılan bir yaklaşım sunmaktadır. Sonuçta, bir takım yazarlarca eldeki geleneksel sınıflandırma sistemleri psikosomatik tıp alanında klinik yararlılığın temel gereksinimlerini karşılamada ve hastalık sürecini etkileyen önemli pek çok psikolojik faktörü tespit etmekte yetersiz kaldığı görüşü

ortaya atılmıştır (20). Kısıtlı literatür verileri ışığında, DSM-IV'e benzer şekilde DSM-5'de de, DCPR ile saptanabilen bir takım psikosomatik belirti kümesinin ihmal edilmiş olduğu kanaatindeyiz. DCPR'dan farklı olarak somatizasyon alt grup tanılarının koyulabilmesi için başka bir ruhsal hastalık ile daha iyi açıklanamayacağı şart koşulmuştur. DCPR'da ise birden fazla alt grup tanısı aynı kişide beraberce konulabilmesi klinisyene daha geniş bir pencereden bakma imkanı sunabilir (1). Bildiğimiz kadarıyla, literatürde bu konuda yapılmış yalnızca bir çalışma bulunmaktadır. Yetmiş kronik konjestif kalp yetmezliği tanılı hastanın alındığı bu çalışmada, DSM-5 sistemi ile tanı alan hastaların tümünün en az 1 DCPR tanısı aldığı, öte yandan, hastaların %23'ünün DSM-5 ile tanı almaz iken en az 1 DCPR tanısı aldığı bulunmuştur. Yazarlar, bu sonuçlara ilişkin olarak; DCPR'ın hastalık süreçlerine ilişkin psikolojik faktörleri saptama ve sınıflandırmada DSM-5'e göre daha duyarlı olduğu hipotezlerinin desteklendiği kanısına varmışlardır (5).

Pek çok farklı tıbbi ortamda yapılan çalışmalarda en az bir DCPR tanısı alan hastaların yüksek yaygınlık oranları dikkati çekmektedir. Çalışmalarda onkoloji hastalarında %28.6, dermatoloji kliniklerinde bu oran ortalama olarak %50 iken, konsültasyon liyezon psikiyatrisi, gastroenteroloji ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde %85 ile %96 aralığında bildirilmiştir kaynak (20, 30, 31, 46). Nöropsikiyatri merkezine ayaktan başvuran ve 6aydan fazla süredir açıklanamayan çoklu bedensel yakınmalar tarif eden hastaların alındığı bir çalışmada bu oran %80, 39 morbid obez hastada yapılan güncel başka bir çalışmada ise yaygınlık %92 bulunmuştur (47, 48).

İlgili literatürde, DSM-IV ile tanı koyma oranlarının, eşik altı sendrom kümelerinin, işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırıldığı pek çok farklı çalışmaya baktığımızda ise, DCPR tanı sistemi ile tanı alan DSM ile tanı konulmayan hasta oranının(%29), DSM tanı sistemi ile tanı konulup DCPR ile tanı konulmayan hastalardan(%8) 3,6 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur, kardiyoloji, gastroenteroloji ve dermatoloji gibi kliniklerde dramatik farklılıklar dikkati çekmektedir (1). Porcelli ve arkadaşları

ayaktan tedavi 190 fonksiyonel gastrointestinal sistem bozukluğu tanılı grupta %4'ü DCPR ile tanı almaz iken DSM-IV ile en az bir tanı aldığı, öte yandan %17'sinin ise DSM-IV ile herhangi bir tanı almaz iken DCPR ile en az 1 tanı aldığını bildirmişlerdir(23). Grandi ve arkadaşlarının kalp nakli alıcıları üzerine yaptıkları çalışmada, araştırma örnekleminin %3'ü DCPR ile herhangi bir tanı almaz iken DSM-IV ile en az 1 tanı almıştır , %43'ü ise DSM-IV ile herhangi bir tanı almaz iken DCPR ile en az 1 tanı aldığı bildirilmiştir (27). Bir onkoloji kliniğinde ayaktan tedavi gören hastaların %3'ü DSM-IV ile en az 1 tanı alır iken DCPR ile tanı almamış , %38'inin DSM-IV ile herhangi bir tanı almayıp DCPR ile en az 1 tanı almıştır (30). Picardi ve arkadaşlarının geniş heterojen bir grup dermatoloji hastalarında yaptıkları çalışmasında, hastaların %13'ü DSM-IV ile en az 1 tanı alır iken DCPR ile tanı almamış , %23'ü ise DSM-IV ile herhangi bir tanı almayıp DCPR ile en az 1 tanı almıştır (33). Bu veriler ışığında, DSM sistemi ve DCPR'in tanı koyma oranlarını karşılaştıran yazarlar, DSM-IV sistemi ile tanı konulamayan atlanılan pek çok vakanın DCPR sistemi ile tespit edilebileceğini düşünmüşlerdir. Farklı klinik ortamlarda DSM sistemi ile birlikte uygulanan DCPR'in tıbbi hastalıklarla ilişkili psikososyal bozuklukları tanıma şansını arttıracığına işaret etmişlerdir (49). Picardi ve arkadaşlarının geniş ve heterojen bir grup dermatoloji hastalarında yaşam kalitesi Skindex-29 ile değerlendirilmiş, DCPR veya DSMIV ile tanı almayan grupta diğer 3gruba (  $\geq 1$  DCPR ,  $\geq 1$  DSMIV ,  $\geq 1$  DCPR ve  $\geq 1$  DSMIV ) göre emosyonel ve fonksiyonel alt ölçeklerden anlamlı oranda daha düşük puan aldıkları ,  $\geq 1$  DCPR ve  $\geq 1$  DSMIV grubunda ise yalnızca  $\geq 1$  DCPR ile tanı alan gruba göre emosyon ve fonksiyon alt grupta daha yüksek puan aldıkları , semptom alt grubunda ise DCPR veya DSM-IV ile tanı almayan gruba göre daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir (33).

Literatürde hastalıklara özgü işlevselliğin değerlendirildiği ölçekler ile özgün değerlendirmeler yapılarak, DCPR tanılarının işlevsellik üzerine etkilerini araştıran birkaç çalışmaya rastlamak mümkündür. Porcelli ve arkadaşlarının çalışmasında en az 1 DCPR tanısı alanların, almayan gruba oranla SF-36'nın tüm alt

ölçekleri (vitalite (canlılık) ,fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık durumu, emosyonel fonksiyon , sosyal fonksiyon ve ruhsal sağlık) açısından istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek puanlar aldıkları bildirilmiştir (49). Grassi ve arkadaşlarının 105 meme kanseri tanılı hastada DCPR tanısı alanlar almayan gruba göre ; istatistiksel anlamda Yaşam Kalitesi Ölçeği ile belirlenen daha fazla fiziksel semptomlar ,daha kötü iyilik hali ve daha az oyalayıcı etkinlikler sergilediklerini göstermişlerdir (50). Bu veriler, DCPR tanı varlığının ve şiddetinin fiziksel hastalıkta işlevselliğin düşüşü ile ilişkisinin istatistiksel anlamlılığını ortaya koymaktadır .

DCPR sistemi, psikolojik belirti alt kümelerinin tanınması ve ayrıştırılması ile uygulanacak müdahaleler sonucunda, gelecekte hastalık ile ilişkili maliyet ve işlev kayıplarının azaltılması açısından umut vadeci görünmektedir. Pek çok dilde geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış, uygulanabilir DCPR gibi yeni sistemleri, DSM gibi geleneksel tanı sistemlerine ek olarak uygulanması, eşik altı ya da atlanılan sendromların tespiti, tıbbi hastalık yükünün ve alt tiplendirmelerinin yeniden belirlenmesi açısından önemli gibi görünmektedir. Güncel çalışmaların giderek çeşitli etnik gruplarda, DCPR uygulamalarında, nörodejenaratif hastalıklar, yeme bozuklukları gibi kısıtlı verilerin olduğu hasta gruplarında, farklı değişkenlerin de göz önüne alınarak yürütüldüğü özgün çalışmalar görülmektedir (5, 48). Bu eğilimin gelecek araştırmalarda da sürdürülmesi gerektiği, farklı tıbbi ortamlarda, uzunlamasına doğada, geniş örneklem gruplarındaki yeni tanımlayıcı çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

---

Yazışma adresi: Uz. Dr. Gizem Aral, Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gaziantep, gizem.aral@gmail.com

---

**KAYNAKLAR**

1. Porcelli P, Rafanelli C. Criteria for psychosomatic research (DCPR) in the medical setting. *Current psychiatry reports* 2010; 12:246-254.
2. Porcelli P, Guidi J. The clinical utility of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research: a review of studies. *Psychotherapy and psychosomatics* 2015;84:265-272.
3. Sirri L, Fava GA. Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders 2013;25:19-30.
4. Pilowsky I, Abnormal illness behaviour. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1969;42:347-351.
5. Guidi J, Rafanelli C, Roncuzzi R, Sirri L, Fava GA. Assessing psychological factors affecting medical conditions: comparison between different proposals. *General hospital psychiatry* 2013; 35:141-146.
6. Campbell RJ. *Psychiatric dictionary*. Oxford University Press; 1989.
7. Menninger WC. Somatization Reaction. *Psychosomatic Medicine* 1947;9:92-97.
8. Feder A, Olfson, M, Gameroff M, Fuentes M, Shea S, Lantigua RA, Weissman MM. Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practice. *Psychosomatics* 2001; 42:261-268.
9. Haftgoli N, Favrat B., Verdon F, Vaucher P, Bischoff T, Burnand B, Herzig L. Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC family practice* 2010;11: 67.
10. Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Annals of internal medicine* 2001; 134:917-925.
11. Aggarwal V.R, McBeth J, Zakrzewska JM, Lunt M, Macfarlane GJ. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *International Journal of Epidemiology* 2005;35:468-476.
12. Yücel B, Polat A. Somatizasyon Bozukluğu ve Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk. *Hekimler Yayın Birliği*; 2007:369-76.
13. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic medicine* 1998;60:420-430.
14. Lipowski ZI. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988;145:1358-1368.
15. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS, Cleary PD. The amplification of somatic symptoms 1988;50:510-519.
16. Dereboy IF. Aleksitimi özbidirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir çalışma. Ankara: HÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. analysis, *Psychological Reports* 1990;100:1129-1139.
17. Taylor GR, Bagby, Parker J. The development and regulation of affects: Disorders of affect regulation. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
18. Kellner R. *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. American Psychiatric Pub; 1991.
19. Mangelli L, Semprini F, Sirri L, Fava GA, Sonino N. Use of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in a community sample. *Psychosomatics* 2006; 47:143-146.
20. Mangelli L, Bravi A, Fava GA, Ottolini F, Porcelli P, Rafanelli C, Rigatelli M, Sonino N. Assessing somatization with various diagnostic criteria. *Psychosomatics* 2009; 50:38-41.
21. Grandi S, Fabbri S, Tossani E, Mangelli L, Branzi A, Magelli C. Psychological evaluation after cardiac transplantation: the integration of different criteria 2001;70:176-183.
22. Sonino N, Navarrini C., Ruini C, Ottolini F, Paoletta A, Fallo F, Fava GA. Persistent psychological distress in patients treated for endocrine disease 2004; 73:78-83.
23. Porcelli P, Carne M, Fava GA. Assessing somatization in functional gastrointestinal disorders: integration of different criteria. *Psychotherapy and psychosomatics* 2000; 69: 198.
24. Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, Sharpe M. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". *BMJ* 2005; 331:989.
25. Engel GL, Schmale AH. Psychoanalytic theory of somatic disorder conversion, specificity, and the disease onset situation. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1967;15: 344-365.
26. Porcelli P, Fava GA, Rafanelli C, Bellomo A, Grandi S, Grassi L, Sonino N. Anniversary reactions in medical patients. *The Journal of nervous and mental disease* 2012;200:603-606.
27. Grandi S, Fabbri S, Tossani E, Mangelli L, Branzi A, Magelli C. Psychological evaluation after cardiac transplantation: the integration of different criteria. *Psychotherapy and psychosomatics* 2001;70:176-183.
28. Fava GA, Grandi S. Differential diagnosis of hypochondriacal fears and beliefs. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1991; 55:114-119.
29. Sirri L, Grandi S, Fava GA. The illness attitude scales. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2008;77:337-350.
30. Grassi L, Sabato S, Rossi E, Biancosino B, Marmai L. Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research in oncology. *Psychotherapy and psychosomatics* 2005;74:100-107.
31. Ferrari S, Galeazzi GM, Mackinnon A, Rigatelli M. Frequent attenders in primary care: impact of medical, psychiatric and psychosomatic diagnoses. *Psychotherapy and psychosomatics* 2008;77:306-314.
32. Ben-Zur H, Breznitz S, Wardi N, Berzon Y. Denial of HIV/AIDS and preventive behaviour among Israeli adolescents. *Journal of adolescence* 2000;23:157-174.
33. Picardi A, Pasquini P, Abeni D, Fassone G, Mazzotti E, Fava GA. Psychosomatic assessment of skin diseases in clinical practice. *Psychotherapy and psychosomatics* 2005;74:315-322.
34. Ryle J.A, Angor animi, or the sense of dying. *Guy's Hospital reports*. 1950;99:230.
35. Fava GA, Mangelli L. Hypochondriasis and anxiety disorders. *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient ma*

lady 2001; 89-102.

36. Mayer-Gross W, Slater E, Roth M. *Clinical psychiatry*; 1960.

37. Fava GA, Fabbri S, Sirri L, Wise, TN. Psychological factors affecting medical condition: a new proposal for DSM-V 2007; 48:103-111.

38. De Figueiredo JM. Depression and demoralization: phenomenologic differences and research perspectives 1993; 34:308-311.

39. Anda R, Williamson D, Jones D, Macera C, Eaker E, Glassman A, Marks J. Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology* 1993; 285-294.

40. Mangelli L, Fava GA, Grandi S, Grassi L, Ottolini F, Porcelli P, Sonino N. Assessing demoralization and depression in the setting of medical disease. *The Journal of clinical psychiatry* 2005.

41. Taylor GJ. Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry* 1984.

42. Barbosa F, Mota C, Patrício P, Alcântara C, Ferreira C, Barbosa A. Alexithymia and clinical variables in SLE patients 2011; 80:123-124.

43. De Vries A, Forni V, Voellinger R, Stiefel, F. Alexithymia in cancer patients: review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics* 2012;81:79-86.

44. Friedman MJFC. Treating Type A behavior and your heart; 1974.

45. Chida Y, Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence 2009;53:936-946.

46. Galeazzi GM, Ferrari S, Mackinnon A, Rigatelli M. Interrater reliability, prevalence, and relation to ICD-10 diagnoses of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research in consultation-liaison psychiatry patients. *Psychosomatics* 2004; 45:386-393.

47. Desai G, Chaturvedi SK. Do Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research Explain Diagnosis of Medically Unexplained Somatic Symptoms? *Psychotherapy and psychosomatics* 2016; 85:121-122.

48. Venditti F, Cosci F, Bernini O, Berrocal C. Criterion validity of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research in patients with morbid obesity. *Psychotherapy and psychosomatics* 2013; 82:411-412.

49. Porcelli P, Bellomo A, Quartesan R, Altamura M, Iuso S, Ciannameo I, Piselli M, Elisei S. Psychosocial functioning in consultation-liaison psychiatry patients: influence of psychosomatic syndromes, psychopathology and somatization. *Psychotherapy and psychosomatics* 2009;78:352-358.

50. Grassi L, Rossi E, Sabato S, Cruciani G, Zambelli M. Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients. *Psychosomatics* 2004; 45:483-491.

### Ek-1 Psikosomatik araştırmalar için tanı ölçütleri

<b>Sağlık Kaygısı (A ve B gereklidir)</b>
A. 6 aydan daha kısa süredir var olan hastalıkla ilgili genel endişe, ağrı ile ilgili kaygılar ve bedenle aşırı meşguliyet (bedensel duyuları abartma eğilimi).
B. Endişe ve korkular uygun tıbbi güvenceye kolayca yanıt vermekle birlikte belli bir zaman sonra yeni endişeler ortaya çıkabilmektedir.
<b>Ölüm Korkusu (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)</b>
A. Korkularını açıklayan nesnel tıbbi neden olmamasına rağmen ölümün yaklaştığı duygusunu ve/veya yakında öleceği inancını içeren ataklar
B. Ölümü hatırlatan haberlerden (örneğin, cenaze, ölüm ilanları) belirgin, sürekli korku ve kaçınma; bu uyaranlara maruz kalma hemen her zaman ani kaygı yanıtını tetikler
C. Kaçınma, beklenti kaygısı ve sıkıntı kişinin işlevsellik düzeyini belirgin olarak etkiler
<b>Hastalık Korkusu (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)</b>
A. Uygun muayeneye ve güvence vermeye rağmen devam eden, belirli bir hastalığı (örn. AIDS, kanser) olduğuna dair yersiz ve kalıcı korkular
B. Hipokondriazisteki kalıcı kronik kaygılardan farklı olarak buradaki korkular ataklar halinde ortaya çıkar; panik ataklar bu görünümle ilişkili olabilir
C. Korku nesnesi zamanla değişmez ve belirtilerin süresi 6 ayı geçmektedir
<b>Hastalık İnkarı (A ve B gereklidir)</b>
A. Fiziksel bir hastalığın belirti, bulgu, tanı ve tedavisine tepki olarak, bir fiziksel hastalığa sahip olduğunu ve tedaviye ihtiyacı olduğunu ısrarla inkar (örneğin; uyumun olmaması, ciddi ve kalıcı belirtiler için tıbbi başvuruyu geciktirme, karşıt fobik davranış)
B. Hastaya tıbbi durumun ne olduğu ve nasıl bir yol izleneceği konusunda anlaşılır ve kesin bir bilgi verilmiştir
<b>Kalıcı Somatizasyon (A ve B gereklidir)</b>
A. Süresi 6 aydan uzun olan, sıkıntıya ya da tekrarlayan tıbbi tedavilere neden olan ya da yaşam kalitesinde bozulmaya neden olan işlevsel tıbbi bozukluklar (örn. fibromiyalji, yorgunluk, özefagus motilite bozuklukları, ülserle bağlı olmayan dispepsi, irritabl barsak sendromu, nörosirkulatuarasteni, üretral sendromlar)
B. Diğer organ sistemlerini de kapsayan ek olarak otonomik uyarılma belirtileri vardır (örn. çarpıntı, terleme, tremor, kızarma) ve ağrı eşliğinde düşme ve yüksek etkilenme düzeyi ile giden tıbbi tedavilere abartılı yan etki görülür
<b>Yıldönümü Reaksiyonu (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)</b>
A. Otonomik uyarılma belirtileri (çarpıntı, terleme, tremor, flushing) ya da işlevsel tıbbi hastalık (örneğin irritabl barsak sendromu, fibromiyalji, nörosirkulatuar asteni) belirtileri ya da sıkıntıya veya tekrarlayan tıbbi bakıma veya yaşam kalitesinde bozulmaya sebep olan konversiyon belirtileri
B. Uygun tıbbi değerlendirme sonucunda fiziksel belirtileri açıklayan organik patoloji saptanamamıştır
C. Belirtiler, hasta ebeveyninin ya da çok yakın aile üyesinin ölümcül bir hastalık geliştirdiği ve/veya öldüğü yaşa geldiği zaman ya da bu olayın yıldönümünde başlar. Kişi bu ilişkinin farkında değildir

<b>Konversiyon Belirtileri</b> (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)
A. Fizyolojik nedenlerin anatomik olarak yokluğu ve/veya beklenen fiziksel ve laboratuvar bulguların yokluğu ve/veya klinik özelliklerle örtüşmeme ile karakterize, istemli motor ya da duyuşal işlevin etkilendiği bir ya da daha fazla belirti veya defisit. Otonomikuyarılma (çarpıntı, terleme, tremor, flushing) veya işlevsel tıbbi hastalık (örneğin fibromiyalji, yorgunluk, özefagus motilite hastalığı, ülsersiz dispepsi, irritabl barsak sendromu, nörosirkulatuarasteni, üretral sendrom) belirtileri varsa, distrese, tekrarlayan tıbbi bakıma sebep olan ve yaşam kalitesinde bozulma ile sonuçlanan konversiyon belirtileri önde olmalı
B. Aşağıdaki özelliklerden en az ikisi gereklidir: 1. Belirtilerin anlatımında ambivalans (örneğin hasta rahat görünür veya kişi rahatsızlık veren belirtileri tarif ederken endişeli değildir) 2. Histrionik kişilik özellikleri (renkli ve dramatik anlatım, dil ve görünüm, aşırı ilgi ihtiyacı, yüksek telkine yatkınlık, hızlı duygulanım değişimleri) 3. Hastanın farkında olmadığı bir şekilde belirtilerinin psikolojik stres tarafından tetiklenmesi 4. Hasta benzer fiziksel belirtileri daha önce de yaşamıştır ya da başka birinin yaşadığını gözlemlemiştir ya da aynı belirtilerin başka birinde olmasını istemiştir
C. Uygun tıbbi değerlendirme sonucunda fiziksel belirtileri açıklayan organik patoloji saptanamamıştır

<b>Dirençsizlik</b> (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)
A. Hastanın kendi (ya da başkalarının) beklentilerini karşılamakta başarısız olduğu ya da bazı zorlayıcı sorunlarla başa çıkamadığı hissini yaşadığı duygusal durum; hasta çaresizlik, umutsuzluk veya vazgeçmişlik yaşamaktadır
B. Bu duygudurum uzamış ve yaygın olmalıdır (en az 1ay)
C. Bu duygu tıbbi bir bozukluğun görünümünün başlangıcından hemen önce ortaya çıkmıştır ya da bu hastalığın belirtilerini alevlendirir

<b>İrritabl duygudurum</b> (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)
A. Özel durumlarda kısa epizotlar olarak yaşanabilen veya uzayıp yaygın hale gelen irritabl duygudurum ile karakterize duygusal durum; öfke kontrolü için kişinin yoğun bir çaba sarf etmesi gerekmekte veya öfkeli sözel veya davranışsal patlamalar ile sonuçlanmaktadır
B. İrritabilite yaşantıları kişi için her zaman rahatsız edicidir ve açık dışavurumlar hakkı öfke ifadelerindeki katartik etkiden yoksundur
C. Bu duygu bir tıbbi bozukluğun belirtilerini tetikleyen ya da alevlendiren stres ile ilişkili fizyolojik yanıtlar ortaya çıkarır

<b>Aleksitimi</b> (A gereklidir)
A. Aşağıdaki 6 özellikten en az 3'ü olmalıdır: 1. Duygularını (emosyon= heyecanlanınca kalbin hızlanması) uygun kelimelerle tanımlamada yetersizlik 2. Hissedilenler (feeling) yerine ayrıntıları tanımlamaya yatkınlık (örneğin duygularından daha çok olayın geliştiği çevreyi anlatmak gibi) 3. Zengin fantezi dünyasının yokluğu 4. Düşünce içeriği, fanteziler ya da duygular yerine daha çok dışsal olaylarla ilişkilidir 5. Çeşitli hislenme yaşantılarına eşlik eden yaygın somatik tepkilerin farkında olmama 6. Nadir ancak şiddetli ve sıklıkla uygunsuz duygusal (afektif) davranış patlamaları

<b>Tip A davranış (A ve B gereklidir)</b>
A. Aşağıdaki 9 özellikten en az 5'i olmalıdır: 1. İş veya zamanla sınırlı başka etkinlikler ile aşırı meşguliyet 2. Sürekli ve yoğun yaşanan zamanla ilişkili sıkışıklık hissi 3. Zaman baskısı altında olduğunu gösteren motor davranış ifadeleri(hızlı ve patlayıcı konuşma, ani beden hareketleri, yüz kaslarında gerginlik, el kol hareketleri) 4. Düşmanlık ve kötümserlik 5. İritabl duygudurum 6. Fiziksel aktivitelerde hızlı/sabırsız olmaya yatkınlık 7. Zihinsel aktivitelerde sabırsız olmaya yatkınlık 8. Yüksek yoğunlukta yaşanan başarıma ve tanınma arzusu 9. Yüksek rekabet
B. Bu duygu bir tıbbi bozukluğun belirtilerini tetikleyen ya da alevlendiren stres ile ilişkili fizyolojik yanıtlar ortaya çıkarır
<b>Psikiyatrik bozukluğa ikincil işlevsel somatik belirtiler (A'dan C'ye tüm maddeler gereklidir)</b>
A. Otonomik uyarılma (çarpıntı, terleme, tremor, flushing) ya da işlevsel tıbbi hastalık (örneğin iritabl barsak sendromu, fibromiyalji, nörosirkulatuar asteni) belirtilerinin neden olduğu sıkıntı hali ya da tekrarlayan tıbbi bakım arama ya da yaşam kalitesinde bozulmanın gelişmesi
B. Uygun tıbbi değerlendirme sonucunda fiziksel belirtileri açıklayan organik patoloji saptanamamıştır
C. Psikiyatrik bozukluk (kliniğinde somatik belirtiler içeren) işlevsel somatik belirtilerin başlangıcından önce başlamıştır (örneğin panik bozukluğu ve kardiyak belirtiler)