

Yeni Kraepelinci Paradigma Bunalım Belirtileri Gösteriyor mu?



Dr. Soli SORİAS¹

ÖZET

Yeni Kraepelinci yaklaşım DSM-III'ün 1980'de yayınlanmasından bu yana psikiyatride egemen paradigma olmaya devam etmektedir. Her ne kadar güvenilirliği sağlamak gibi bazı bakımlardan başarılı olmuşsa da, son zamanlarda kusur ve yetersizliklerine dikkat çekenler, bir paradigma değişikliği gerektiğini ileri sürmüşlerdir. Bu yazının amacı DSM'nin yetersizlikleri ile ilgili kanıtları gözden geçirmek ve sınıflama sistemimizin Kuhn'un söylediği anlamda bir bunalım döneminde olup olmadığını anlamaya çalışmaktır.

DSM'ye seksenli yılların başından beri yöneltilmiş olan en önemli eleştiriler: psikodinamik eleştiri, betimsel yaklaşım eleştirisi, düşük tanısal geçerlik eleştirisi ve Öztürk'ün eleştirisi. Yazar bu eski eleştirilerin gerçek bir tehdit oluşturmadığı ve özellikle de betimsel yaklaşım ve düşük tanısal geçerlikten kaynaklanan sorunların DSM'nin değil psikiyatrinin kendi kusurları olduğu sonucuna varmaktadır.

Öte yandan dizgenin kullanıma girmesinden sonra ortaya çıkan yeni sorunlar daha önemli görünmektedir. Bunlar yüksek prevalans ve yanlış pozitif oranları, sık görülen yalancı çoğul tanılar ve kategori yaklaşımından kaynaklandığı düşünülen sorunlardır. Bunları bunalım belirtileri olarak kabul etmek mümkündür.

Bütün bunlara rağmen, kategori anlayışının yararları ile onun yerini alabilecek ciddi bir adayın olmayışı, bir paradigma değişikliği olasılığını çok düşük kılmaktadır. Sorunun gerçek nedeni kategori yaklaşımı değil, kullandığımız bazı kategorilerin düşük geçerliğidir. DSM tanı kategorilerinin etiopatolojisi diğer tıbbi hastalıklar kadar anlaşıldığı zaman, bir paradigma değişikliği gereksinimi duyulmayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistik El Kitabı, ruhsal bozukluklar/sınıflama, ruhsal bozukluklar/tanı, eştanı

SUMMARY

Is the Neo-Kraepelinian Paradigm in a Phase of Crisis?

The neo-Kraepelinian paradigm has been the dominant paradigm in psychiatry since the introduction of DSM-III in 1980. Though successful in achieving reliability and in some other respects, it also has limitations. Lately, it has been argued that a paradigm shift is needed in psychiatric diagnosis. The aim of this paper is to review evidence of the limitations of DSM and to determine whether our classification system is in a phase of crisis in the Kuhnian sense.

The most important criticisms raised since the early eighties include: the psychodynamic objection, the descriptive approach criticism, the criticism of poor diagnostic validity, and Öztürk's critique. The author concludes that these old objections are not a real threat. In particular, problems stemming from the descriptive approach and low diagnostic validity are not attributable to DSM but are due to under-achievements in psychiatry.

On the other hand, the new problems seem more serious and may be considered signs of crisis. These include high rates of false positives, high levels of pseudo-comorbidity, and other deficiencies attributed to the categorical approach. However, because of the advantages of this approach and the lack of a serious candidate available to replace it, a paradigm shift seems highly unlikely. The real source of the problem is not the categorical model but the low validity of some of our categories. If our etiopathological understanding of all the categories were to reach that of medical disorders, no paradigm shift would seem necessary.

Key Words: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, mental disorders/classification, mental disorders /diagnosis, comorbidity

GİRİŞ

Seksenli yıllar, psikiyatri bilimi için bir paradigma değişikliğinin meydana geldiği yıllar olarak tarihe geçti. Amerika'da başlayıp bütün dünyaya yayılan ve Klerman'ın "yeni Kraepelincilik" adını verdiği bir akım, psikiyatri bilim ve uygulamasını önemli biçimde değiştirdi. Bunu başlatan, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin resmi sınıflamasının üçüncü sürümünün 1980'de yayınlanmasıydı. O zamana kadar psikanalitik akımın etkisi altında ikinci plana itilmiş olan tanı, DSM-III ile birlikte aniden psikiyatrinin en önemli ilgi alanı haline geldi. Tanı konusunun asıl önemi, medikal modelin ön plana çıkarılması yani ruhsal bozuklukların yalnızca tıbbi hastalıklar olarak ele alınması gerektiğini vurgulamasıydı (American Psychiatric Association 1980, First 2010, Sorias 2011b).

Bütün devrimler gibi, bilimsel devrimlerin de gürültülü olması kaçınılmazdır. Yeni Kraepelinci yaklaşımın simgesi olan DSM-III en başından ciddi direniş ve eleştirilerle karşılaştı (Chodoff 1986, Faust ve Miner 1986, Livesley ve ark. 1985, Vaillant 1984, Widiger ve ark.1984). O denli çok eleştirildi ki çıkar çıkmaz, gözden geçirilmesi ve ileri sürülen eksik ve yanlışlarının düzeltilmesi için tekrar bir komisyon kuruldu. DSM-III'den yalnızca yedi yıl sonra yayınlanan sürümün adı, bu yüzden DSM-IV değil, DSM-III-R (gözden geçirilmiş DSM-III)'dir (American Psychiatric Association 1987).

Eleştiri ve tartışmalar sonraki otuz yıl boyunca hiç eksilmediyse de paradigmanın egemenliğini sürdürdüğünü görüyoruz. 1987'de yayınlanan DSM-III-R ile 1994'de çıkan DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) aynı anlayışı devam ettirdiler. Fakat başlangıçta heyecanla karşılanmış ve önemli başarılar elde etmiş olan bu yaklaşımın da zamanla kusur ve eksikleri ortaya çıkmaya başladı. Bu anlayışın değişmesi gerektiğini ileri sürenlerin sayısı giderek arttı. Eleştirel tutum takınan çalışmacılar arasında, DSM-5'i hazırlayan çalışma grubunun yöneticilerinin de olması, tartışmaları daha da ilginç bir hale getirdi (Regier 2007).

Bu yazının amacı, literatürü inceleyerek DSM'ye yöneltilen eleştirileri ve karşı yanıtları gözden geçirmek ve şu iki soruya yanıt aramaktır:

- 1) DSM'de simgeleşen yeni Kraepelinci yaklaşım Kuhn'un (1962) söylediği anlamda bunalım belirtileri gösteriyor mu?
- 2) Ufukta bir paradigma değişikliği görünüyor mu?

Bu sorulara kesin bir yanıt vermek mümkün olmasa da, değişik görüş ve çalışmalarını sunarak kişisel bir yorum yapmaya çalışacağım. Bu tanı paradigmasının ortaya çıkışını ve seksenli yıllardaki DSM-III devrimini başka bir makalede ele almıştım (Sorias 2011b). Bu yazıda biraz da öykünün devamını getirmek istiyorum.

Daha önce belirtmiş olduğum gibi, her ne kadar DSM yeni Kraepelinciliğin temsilcisi olarak kabul edilse de, ICD de bu tanı yaklaşımının bir parçası sayılır. Bu nedenle DSM için söylenenlerin, büyük oranda ICD için de doğru olduğunu kabul edebiliriz.

Eleştirileri, 1980'den beri dile getirilmiş olan eski görüşlerle, dizge kullanıldıkça ortaya çıkan yeni sorunlar diye ikiye ayırmak mümkün.

DSM'YE YÖNELTİLEN ESKİ ELEŞTİRİLER

1. Psikodinamik eleştiri

"DSM, insanı anlamaya çalışmaktan çok, onu yaftalamaya çalışan, insan ruhunun çeşitlilik ve renklerini katı bir takım şablonlara uydurmak isteyen, yüzeysel bir sistemdir." Özetle, *"DSM psikodinamik yaklaşımı dışlar."* (Chodoff 1986, Reiser 1988).

Başlangıçta en çok dile getirilmiş olan eleştiri buydu. Çünkü DSM-III'e kadar psikanalitik kuram, psikiyatrik hastalıkların etiolojisi ile semptomatolojisini açıklamakta en yaygın kullanılan yaklaşım idi. Bu eleştiriye DSM-III'ü hazırlayanların verdiği standart yanıt, psikanalitik etiyojik açıklamaların doğruluğunun kanıtlanmadığı ve yaygın kabul görmediği idi (Bayer ve Spitzer 1985). Bu nedenle, DSM'nin farklı kuramsal yönelimleri olan kullanıcılar tarafından kabullenilmesi için, doğruluğu kesinlikle kanıtlanmış olanlar dışında, tüm etiyojik açıklamaları dışarıda bırakmaya, ruhsal bozuklukları yalnızca betimsel düzeyde ele alan, sade bir dizge oluşturmaya karar vermişlerdi. DSM-III'ün gördüğü yaygın kabul bu görüşü haklı çıkardı.

Psikodinamik eleştiri, başlangıçta çok dile getirilse de zaman içinde gücünü yitirmiştir. Bunun bir nedeni, DSM'nin medikal modeli temsil eden bir hastalık sınıflaması olarak benimsenmiş olmasıdır. Buna göre, DSM'nin amacı, diğer tıp dallarında olduğu gibi, ruhsal *hastalıkları* tanımak ve ayırt etmektir. Psikodinamik değerlendirme ise hastalık tanısından farklı bir şeydir. Aynı tanıyı alan hastaların psikodinamik formülasyonları çok farklı olabilir. Ya da tanı almayan, yani tıbbi bir hastalığı olmayan bir insan, psikanalitik açıdan incelemeye ve terapiye değer olabilir. Hastalık tanısı koymak genel olanı, eldeki bireyin başka hastalarla ortak olan yanını bulmaktır. Psikanaliz öte yandan, o bireye özel olan sorunu anlamaya çalışır.

Bunlar birbirleriyle ilintisiz iki değerlendirme biçimi olduğundan, ikisi birlikte pekala yapılabilir (Frances ve Cooper 1981). Bir hastaya tanı koymak, onu psikodinamik ya da başka bir açıdan incelememizi engellemez. Hatta DSM-IV, isteyenini savunma mekanizmalarını ve dinamik formülasyonu yazabileceği bir eksen de önerdi (American Psychiatric Association 1994, s. 751). DSM'ye göre, hastayı anlamaya çalışmak saygıdeğer bir çabadır. Fakat önce betimsel bir tanı koymamız gerekir.

Psikanalitik yaklaşım her bireyin özeline açıklamakta oldukça tatminkârdır. Ancak bir psikodinamik formülasyonun aynı betimsel tanıyı alan tüm hastalar için geçerli olduğu gösterilememiştir. Aşırı basitleştirilmiş bir örnek: Bir hastanın analiz verilerini sunup, *“Bu kişi çocukken babasının kendisine kötü bir şey yapacağından korktuğu için, otorite karşısında çekingen davranmaktadır.”* demek akla yakın olabilir. Öte yandan, belli bir DSM tanısını alan tüm hastaların etiolojisinde, bu psikodinamik mekanizmanın rol oynadığını söylemek güçtür. DSM bir dinamik değerlendirme yapma iddiasında olmadığı ve isteyenlere bunu yapma izni verdiği için bu eleştiri onun zayıf tarafını sergilemez.

DSM’yi psikodinamik yaklaşımı dışladığı için eleştirenlerin bir bölümü, gerçekte medikal modeli eleştirmektedirler. Bu çalışmacılar ruhsal bozuklukların birer tıbbi hastalık sayılmasına açıkça karşıdırlar (Wampold ve ark. 2001, Lerner ve Lerner 2007). Fakat günümüz *psikiyatri* camiasında bunlar azınlıktadır ve medikal model çok yaygın kabul görüyor. Üstelik son yirmi yılda biyolojik psikiyatrinin ortaya koyduğu yüzden fazla kanıt, ruhsal bozuklukların birer tıbbi hastalık olduğu varsayımını giderek güçlendirirdi.

Psikodinamik eleştiri 2006 yılında, beş büyük psikanaliz kuruluşunun ortak çabası ile hazırlanan Psikodinamik Tanı El Kitabı’nın (Psychodynamic Diagnostic Manual-PDM) yayınlanması ile önemini tamamen yitirmiştir. PDM bir sınıflama değil, hasta olsun olmasın, bir insanın psikodinamik açıdan nasıl değerlendirileceğini açıklayan kapsamlı bir kılavuzdur. PDM’yi hazırlayanlar kılavuzun amacının, DSM ve ICD’yi *tamamlamak* olduğunu belirtmektedirler (PDM Task Force 2006). Buna göre, DSM’nin konusu hastalıklar, PDM’nin konusu ise bireylerdir (McWilliams 2011).

2. Betimsel yaklaşım eleştirisi

“DSM, yalnızca klinik belirtilere bakarak tanı koymaktadır. Diğer tıp dallarında çok kullanılan, biyokimyasal, radyolojik ya da elektro fizyolojik incelemeler DSM’de yoktur. Psikolojik ya da biyolojik etiyojolojiyi göz önüne almaz.” (Clark ve ark. 1995, Möller 2009).

Bu, kanımca psikodinamik eleştiriden daha ciddi bir eleştiridir ve tıbbın diğer dalları ile karşılaştırıldığında gerçekten de önemli bir eksiktir. Möller’e (2009) göre DSM nozolojik bir sınıflama değil, bir *sendromlar* sınıflamasıdır. Gerçekten de herhangi bir yardımcı tanı testi ya da laboratuvar yöntemi kullanmayan tek tıp dalı bizimkidir. Şimdiye dek, ne bir nörobiyolojik bulgu ne de tek bir gen, tanı ölçütü olmaya değer hiçbir laboratuvar bulgusu bulunmamıştır (Charney ve ark. 2002).

Ne var ki bu DSM’nin değil, psikiyatrinin eksigidir (Adamson 1989). Tanı kategorilerinin her biri için özgün tanı testleri geliştirmesi gereken DSM değil, psikiyatrinin kendisi ve alt dallarıdır. Aslında psikiyatri son 30 yılda, pek

çok ruhsal bozukluğa ilişkin pek çok biyolojik gösterge bulundu. Değişik görüntüleme teknikleri, biyokimyasal testler, uyarılmış potansiyeller ve daha birçokları. Yalnız biyolojik göstergeler değil, pek çok psikolojik testin sonuçları da belli tanı gruplarında normallerden farklı bulundu. Fakat bunların hiçbirinin özgülüğü ile duyarlılığı tanıda kullanmaya yetecek kadar yüksek değildir. Bu nedenle hiçbiri bir tanı ölçütü haline gelemedi.

Niçin şizofreniden şüphelendiğimiz bir hastayı radyolojiye gönderip, sözelimi, ventriküler genişleme ya da “hipofrontalite” olup olmadığına bakmıyoruz? Bunun nedeni, bu gibi bulguların şizofreniye özgülüğünün son derece düşük olmasıdır. Araştırmalarda saptanan şey yalnızca bir şizofreni grubu ile bir kontrol grubu arasındaki, istatistik olarak anlamlı fakat küçük bir farktır. Tüm şizofreni hastalarında görülmediği gibi, şizofreni dışında pek çok başka hastalıkta da görülebilmektedir. Ventrikül genişlemesini şizofreninin tanısında kullandığımızı farzedelim. Bu bulgunun patolojik kabul edeceğimiz eşik değeri küçük, değişik şizofrenik hastalar arasındaki varyansı büyüktür. Üstelik başka hastalıklarda (örneğin hidrosefalide ya da dejeneratif demanslarda) çok daha yüksek değerler saptanmaktadır.

Biyolojik psikiyatri bu konuda önemli bir aşama yapmadıkça, yani duyarlılığı ve özgülüğü daha yüksek testler bulunmadıkça, hangi dizge gelirse gelsin doğru tanı yüzdesi fazla artmaz. Eğer, böyle bir biyolojik gösterge bulunursa, DSM bunu hemen, yeni bir sürümün çıkmasını beklemeden ölçütlerine katacaktır.

Bu eleştiriye dile getirenler kanımca, sınıflama ile bilim dalını karıştırmaktadır. Bir sınıflamanın görevi ait olduğu bilim dalının bulgularını düzene koymaktır. O bilim dalının yerine geçemez.

3. Tanısal geçerlik eleştirisi

“DSM kategorilerinin tanısal geçerliği düşüktür.” (Vaillant 1984, Malt 1986, Hyman 2010).

Bu, betimsel yaklaşım eleştirisinin değişik bir biçimidir. Robins ve Guze (1970) tarafından ortaya atılmış olan tanısal geçerlik, tanı biliminin belki de en önemli kavramıdır ve bir tanı kategorisinin doğadaki aslına ne denli yakın olduğunu gösterir. Öncelikle, tanı kategorisi ile hastalığın aynı şey olmadığını tekrar hatırlatalım. Hastalık, anlamaya çalıştığımız doğal olgu, tanı kategorisi ise hekimlerin bu hastalığa ilişkin kavramları ya da bildikleridir. Ancak ruh hastalıkları iyi anlaşılmadığı için, yaptığımız hastalık tanımlamaları eksik, hatta yer yer yanlış olabilmektedir. Bu eksik ve yanlışlar ne denli fazla ise, tanı kategorisi ile hastalığın gerçek şekli arasındaki benzerlik o denli azalmaktadır. Tanısal geçerlik, işte bu benzerliğin derecesidir. Bir tanı kategorisi, temsil ettiği doğal hastalığa ne denli yakın ise geçerliği o denli yüksektir (Sorias 2000). İşte bu eleştiri DSM’deki hastalık

tanımlamalarının doğadaki asıllarına fazla benzemediğini ileri sürmektedir.

Bu önemli ve doğru bir saptamadır. İyi bilinen bir örnek şudur: DSM'deki tanı kategorileri, genetik araştırmalarında istenen gerçek fenotiplere karşılık gelmemektedir. (Robert ve Plantikow 2005). Bu, psikiyatrideki genetik araştırmalarının önündeki en büyük engeldir. Fakat bu eleştiri paradigmanın yıkılmasına neden olabilir mi? DSM-III devrimi, düşük güvenilirlik ve standartsızlık sorunlarını çözdü. Fakat tanısal geçerliği o denli artıramadı. Her ne kadar, latent şizofreni gibi geçerliği olmayan bazı kategorilerin elenmesi ve bozuklukların daha dikkatli tanımlanması betimsel geçerliği biraz yükselttiyse de, asıl önemli olan yapısal ve öngörücü geçerlik düşük kaldı. Her ne kadar kullandığımız kategoriler içinde tanısal geçerliği yüksek olanlar (örneğin, Down sendromuna bağlı mental retardasyon ya da kokain bağımlılığı gibi) varsa da, ruhsal bozukluklar tüm tıp dalları içinde en düşük tanısal geçerliğe sahip sınıf olmaya devam etmektedir.

Fakat buna da aynı cevabı verebiliriz: Bu da DSM'nin değil, psikiyatrinin sorunudur. Tanısal geçerliği yükseltmenin yolu, ruhsal bozuklukların nedenlerini ortaya çıkarmak, patofizyolojik mekanizmalarını aydınlatmak ve gidişlerini öngörebilme-ktir. Bu ise psikiyatri ile onun alt dallarının görevidir. Eleştiriciler burada da psikiyatrinin yapamadığını sınıflama dizgesinin yapmasını istemektedirler. Devrimin güçlü etkisi, kullanıcılar üzerinde, DSM ile ilgili gerçekçi olmayan beklentiler yaratmış gibi görünüyor. Bu eleştiriciler belki de bu nedenle, psikiyatrinin yapması gereken her şeyi DSM'den bekler hale gelmişlerdir.

Bu nedenle tanısal geçerlik eleştirisi, klasik DSM yaklaşımının yıkılmasına neden olamaz. Psikiyatri, kendi eksiklerini gidermedikçe, başka bir tanı dizgesi ya da sınıflama yaklaşımı benimseyerek (örneğin boyutsal yaklaşım gibi, ileride bu konuya tekrar döneceğim) bu sakıncaları gideremez.

4. M. Orhan Öztürk'ün eleştirisi

"[DSM] psikiyatryi bir tanı bilimi (nozoloji) haline getirmiştir. ...belirtilerin tanınması, tanımlanması, sınıflandırılması kılı kırk yararcasına ruh hekimliğinin her yanına egemen olmuştur." (Öztürk 2001).

Bu, Profesör Öztürk'ün sıklıkla dile getirdiği bir eleştiridir ve doğru bir tespit olduğunu kabul etmeliyiz. Gerçekten de 1980'den sonra, tanı ve doğrudan DSM ile ilgili yayın sayısı adeta patlama biçiminde artmıştır. Kirk ve Kutchins (1992), yayınlanmasından sonraki on yıl içinde, 2300'den çok bilimsel makalenin DSM'den ya başlıkta ya da özetinde söz ettiğini belirtmişlerdir. Psikiyatristler tanı dışındaki konuları ihmal etmiş gibidir.

Kanımcı bunun nedeni, psikiyatrinin henüz tanımlama ve sınıflama evresini geçememiş bir bilim dalı olmasıdır. Bir doğa biliminin gelişim basamaklarının birincisi, inceleme nesnesini

belirlemek, betimlemek ve sınıflamaktır. Ancak ondan sonra, onun doğasını anlama çabasına girişebilir. Mayr ve Bock'a göre (2002), *"Bilimsel açıklamalar yapabilmek için, önce sınıflamalar ve diğer düzenleme dizgeleri incelediğimiz objelerdeki kaotik değişkenliği azaltıp anlaşılabilir ve yönetilebilir bir düzene sokmalıdır"*. Astronomiden botaniğe, bütün doğa bilimleri bu aşamalardan geçmiştir. Öte yandan psikiyatri diğer bilim dallarına kıyasla henüz ilk gelişim basamaklarındadır. (Bunun nedeni psikiyatrinin, diğer bilim dallarına kıyasla, çözmeye çalıştığı problemlerin çok daha zor olmasıdır. Psikiyatristlerin bir kusuru olduğunu düşünmüyorum.) Frances ve Egger'e (1999) göre psikiyatri bugün, astronominin Kopernik'ten önce, biyolojinin de Darwin'den önce bulunduğu aşamadır. Bir bilim dalının gelişiminde tanımlama, düzenleme ve açıklama aşamaları sıklıkla iç içe geçse de tanımlama daima ilk basamaktır. Psikiyatride bu başarılmadan yapılacak anlama ve açıklama çabaları *yanlış nesneyi ele alma olasılığı* yüzünden yanlış sonuçlar verecektir.

Her ne kadar ruhsal bozuklukları açıklama çabaları yüzyıldan uzun bir süredir devam etmekteyse de, örneğin bir iç hastalıkları ile kıyaslandığında bu konuda fazla bir sonuç alınamamıştır. Hala tanıda kullanabileceğimiz hiçbir biyolojik gösterge olmayışı, psikiyatrinin anlama ve açıklama aşamasına henüz geçmemiş olduğunu göstermektedir. Öte yandan tanımlama işini bile bitirmiş değiliz. Bunun kanıtı da (bu yazının ana konusu olan) DSM dizgesinin yetersizlikleridir.

Üstelik 1980 öncesindeki betimsel tanı yaklaşımının en büyük yanıltıcı –ruhsal bozuklukların ortak ve standart tanımlarının olmayışı– kanımcı o dönemde psikiyatrinin tanımlama aşamasına bile başlamamış olduğunu göstergesidir. Psikiyatri 1980 öncesinde, inceleme nesnesinin ne olduğunu biliyordu, ama onu tanımlamayı başaramamıştı. Yeni Kraepelinci yaklaşım işte bunu başardı: Psikiyatride tanımlama aşamasını başlattı (fakat bitirmedi).

Öztürk, olasılıkla şöyle cevap verecektir:

Fakat tanısal geçerliği yükseltmenin yolu, ruhsal bozuklukların nedenlerini ortaya çıkarmak ve patofizyolojik mekanizmalarını aydınlatmak değil midir? Bunu yapmadıkça herkes tarafından kabul edilen en standart tanımlama bile içi boş bir sendromdan öte bir şey olmayacaktır. Klinik tabloyu tanımlamak, incelediğimiz nesneyi tanımlamaya yetmez. Buna klinik bulguların dışındaki özelliklerin de katılması gerekir. Bu nedenle iki aşama birlikte yürütülmeli, henüz tanımlama aşaması bitmedi diye diğer konular ihmal edilmemelidir.

Tabii ki bu da doğrudur. Zaten DSM de bunu yapmak istemektedir. Her ne kadar psikiyatri bilimi için, tanımlama aşaması bitmediyse de, DSM'nin getirdiği standart ölçütler sayesinde etiyolojik araştırmalar yapılabilir hale gelmiştir. Öte yandan 1980 öncesinde yapılan etiyolojik araştırmaların sonuçlarına güvenmek zordur.

5. Diğer eleştiriler

Bunlardan başka, kültüre özgü hastalıkların varlığı ve hastalık tablolarının kültürel özelliklerden etkilenmesi nedeniyle, DSM gibi ABD toplumu için geliştirilmiş bir sınıflamanın başka toplumlar için uygun olmadığı görüşü de ileri sürülmüştür (Vaillant 1984). Bu sınıflamanın gördüğü uluslararası kabul bu eleştirinin çok önemli olmadığını düşündürüyor.

DSM psikopatolojinin, farklı kültürlerde farklı bir görünüm sergileyebileceğini kabul eder. Hatta DSM-IV bir bozukluğun klinik tablosunu etkileyen kültürel özellikler varsa, bunları ölçütlerde değilse de metinde belirtmeye çalışmıştır. Fakat kültürel özellikleri hastalığın özünü değil, yalnızca dış görünüşünü değiştiren bir etken olarak görür. Başka bir deyimle kültürün etkisi “patoplastik”dir (Jablensky ve Kendell 2002).

Gerçekten de ruhsal bozukluklar biyolojik temeli olan birer tıbbi hastalık ise, kültürün bu hastalıkların fizyopatolojik mekanizmasını değil, yalnızca dış görünümünü etkiliyor olması daha olasıdır. Bu durumda, klinik tablolardaki farkları değil ortak özellikleri incelemek, hastalığın kültürden bağımsız, biyolojik özünün anlaşılmasına daha çok yardımcı olacaktır. Bilimin amacı özel durumlardan önce genel yasaları araştırmaktır. Öte yandan, her ulusun kendi sınıflamasını geliştirmesi, ortaya çok sayıda kültüre özgü *farklı* sınıflama çıkmasına neden olacaktır. Bunlar, hastalık tablolarının yerel özelliklerini iyi yansıtsalar bile, daha önemli olan uluslararası iletişim ve işbirliği olumsuz etkilenecektir.

Gene de ölçütlerde tanımlanan bazı davranışlar, yabancı kültürlerde başka anlamlara gelebilir. Bunun da DSM'nin başka toplumlardaki kullanımını en azından zorlaştıracığı açıktır. Uluslararası bir sınıflama olan ICD bu konuda daha özenlidir (Üstün 2002).

Bir başka ve haklı eleştiri DSM'nin fazla karmaşık ve kullanışsız olduğudur. Oldukça geniş ve ayrıntılı bir sınıflama olan DSM-IV'ün, genel poliklinik koşullarında (özellikle de Türkiye'de) ve rutin yükü ağır hastanelerde kullanılmaya uygun olmadığı kanaatindeyim. ICD-10'un DSM-IV'e kıyasla daha sade ve basit olmasının nedeni, Dünya Sağlık Örgütü'nün üyesi tüm ülkelerde, bu arada sağlık sistemi fazla gelişmemiş üçüncü dünya ülkelerinde de kullanılabilmesi içindir. Bu nedenle ICD-10'un DSM-IV'ten daha kullanışlı olduğunu söyleyebiliriz. Sanırım en iyisi, rutin hasta takibinde ICD'yi, araştırmalarda da DSM'yi kullanmaktır.

Bir sınıflamayı kısaltıp basitleştirmek onu daha kullanışlı kılabılır. Fakat bu işlem onun kapsamını ve geçerliğini azaltacaktır. Önemli olan bu ikisi arasındaki dengeyi sağlayabilmektir.

DSM'ye yöneltilmiş eski eleştiriler konusunu burada bitiriyorum. Bütün bu itirazlara rağmen yeni Kraepelinci yaklaşımın fazla sarsılmadığını ve otuz yıldır egemenliğini sürdürdüğünü

görüyoruz. Fakat dizgenin asıl kusurları, başlangıçta çok düşünülmemiş yerlerden geldi. DSM-III ve DSM-IV kullanıldıkça birtakım yeni sorunlar belirmeye başladı.

YENİ SORUNLAR

1. Yüksek prevalans ve yanlış pozitifler

1980'lerden itibaren, DSM ölçütleri ve yapılandırılmış görüşmeler kullanılarak yürütülen epidemiyolojik araştırmalarda, ruhsal bozuklukların genel nüfustaki sıklıkları, beklen-ti ve tahminlerden çok daha yüksek bulundu (Regier ve ark. 1993, Kessler ve ark. 1994, Kessler ve ark. 2005). Bu çalışmalarda saptanan yıllık prevalanslar, herhangi bir ruhsal bozukluk için % 28'i, major depresif nöbet için %10'u aşabiliyordu. Bu oranların çok yüksek olduğu ve gerçeği yansıtmadığı genellikle kabul edildi (Kendell 2002). Bu, yeni dizgenin aldığı ilk darbe oldu.

Açıktır ki, DSM ölçütlerinin hasta diye nitelediği insanların ciddi bir bölümü yanlış pozitif vakalardır yani normaldir. Bu sorunun varlığı kabul edilmekle birlikte, nedeni üzerinde tam bir anlaşma sağlanamadı. Bunun epidemiyolojik araştırmada kullanılan aşırı katı görüşme çizelgelerine ya da klinisyen olmayan görüşmecilere (anketçilere demek daha doğru olabilir) bağlı olması mümkündür. Fakat sorun genellikle, tanı eşliğinin düşük olmasına bağlandı ve tüm kategorilere eşği yükseltecek bir “klinik anlamlılık” ölçütü konması gerektiği ileri sürüldü (Regier ve Narrow 2002). Nitekim bu öneriler üzerine DSM-IV'te tanı kategorilerinin yarından fazlasına bir klinik anlamlılık ölçütü eklendi. Ancak yanlış pozitifleri azaltmakta etkili olmadı (Wakefield ve ark. 2010).

Gerçekten de tanı eşğini yükseltmek yanlış pozitifleri ve prevalansı azaltır. Hastanın o tanıyı alması için karşılaması gereken koşulları zorlaştırsak eşği yükseltmiş oluruz. Bunun için klasik ölçütlere ek olarak, bir klinik anlamlılık ölçütü konabilir. Yahut da tanıyı almak için gereken ölçüt sayısı artırılabilir. Örneğin depresyon tanısı koymak için beş değil, altı semptom gerekir dersek aynı şekilde eşği yükseltmiş oluruz. Hatta tanı eşğini çok yükselterek yanlış pozitifleri tamamen sıfırlamak mümkündür.

Fakat hangi yöntemle yapılırsa yapılsın, eşği yükseltmenin ciddi bir yan etkisi vardır: Bu kez yanlış negatifler artar (Kendler 1999). Yani hasta olduğu halde normal tanısı alanlar, atlanan hastalar çoğalır. Öyle bir eşik değer belirlemeliyiz ki hem yanlış pozitifler hem de yanlış negatifler minimal düzeyde olsunlar. Aslında ROC analizi adı verilen bir yöntemle ideal eşik değer bulunabilir. Fakat bunun için de DSM ölçütlerini kıyaslayacağımız bir altın standart, yüzde yüz doğru tanı koyan başka bir tanı yöntemi daha gerekir. Ne yazık ki şimdilik böyle bir olanak yok. Bu nedenle ölçütleri geliştirenler ideal eşik değeri, biraz klinik deneyim, biraz sezgi, biraz da oylama ile belirlerler.

Fakat bu bulguların asıl işaret ettiği sorun, yalnızca yanlış pozitiflerin çokluğu değil, ruhsal bozukluk belirtilerinin toplumdaki dağılışıdır (Kendell ve Jablensky 2003).

Patoloji eşliğini nasıl belirlersek belirleyelim yüksek oranda yanlış pozitif ve yanlış negatif vakalar görmeye devam ediyoruz. *Hem yanlış pozitiflerin hem de yanlış negatiflerin asgari düzeyde olduğu bir eşik değerin varlığı, ancak hastalarla normaler birbirinden, biraz olsun ayrı iki grup oluşturuyorsa mümkündür.* Bu konuya kategori yaklaşımını ele aldığımda tekrar döneceğim.

2. Çoğul tanılar

Yeni paradigmanın ikinci sorunu bundan daha ciddi ve çoğul tanılarla ilgili. DSM ölçütleri kullanılarak yürütülen epidemiyolojik araştırmalarda hastaların önemli bir bölümünün birden çok tanı aldığı görülmüş. Örneğin NCS-R (Amerikan ulusal eşanı tekrar) çalışmasında, hastaların % 45'inin iki ya da daha fazla tanı aldığı saptanmış (Kessler ve ark. 2005). Çoğul tanılar en çok kişilik bozukluklarında görülmüş. Bazı hasta gruplarında bir hasta ortalama 4-5 kişilik bozukluğunun ölçütlerini karşılamış. Adli vakalarda kişilik bozukluğu sayısı altıya yediye çıkmış.

Çoğul tanıların bu kadar yüksek olması bir yere kadar normal sayılabilir. Örneğin aynı kişide iki hastalık, rastlantı ile bir arada bulunabilir. Fakat rastlantı çoğul tanıların ancak çok küçük bir bölümünü açıklayabilir. Çünkü *birbiriyle ilintisiz* iki bozukluğun tesadüfen bir arada olma olasılığı, ikisinin prevalanslarının çarpımı kadardır. Bu da tüm hastaların en çok binde ikisi kadarını açıklayabilir.

Çoğul tanıları normal kabul edebileceğimiz bir başka durum, hastalıklardan birinin diğerine doğrudan neden olduğu durumdur. Örneğin, bir insanda alkol bağımlılığı varsa bu, alkol yoksunluğuna, alkol yoksunluk deliryumuna ve alkolden kaynaklanan daha birçok bozukluğa neden olabilir.

Fakat pratikte görülen diğer çoğul tanılarda rahatsız edici bir şey var. Örneğin, yaygın anksiyete bozukluğu, OKB ve panik bozukluğu gibi üç anksiyete bozukluğu sıklıkla bir arada görülüyorsa (Brown ve Barlow 1992), bunların üç ayrı hastalık olduğuna inanmak o kadar kolay değil. Benzer şekilde bir hastada beş tane kişilik bozukluğu varsa, bunların beş farklı hastalık olması akla yakın değil. Belli ki burada problem sınıflamadan kaynaklanıyor (Sorias 2011a). Çoğul tanılar, DSM'de bölümlenimin çok ileri götürüldüğünü ve çok sayıda geçersiz alt kategori yaratılmış olduğunu gösteriyor (Regier 2007). Bizim sıklıkla bir arada gördüğümüz bu sendromların aslında tek bir hastalık olması çok daha akla yakın. Bozuklukların patofizyolojik mekanizmalarını bilmediğimiz için, iki ayrı hastalık olarak tanımladığımız iki sendromun aslında tek bir hastalığın farklı belirtileri olması çok muhtemeldir (Clark ve ark. 1995).

Bu kategorilerin aslında aynı hastalığın farklı yüzleri olduğunu gösteren iki dış kanıt vardır:

a) *“Depresyonun monoamin hipotezi” depresyondan başka bozukluklar için de geçerlidir.*

Önceleri yalnızca depresyonun patofizyolojik mekanizmasını açıklamak için ortaya atılmış olan bu varsayımın zamanla değişik anksiyete bozuklukları hatta bazı yeme bozuklukları için de doğru olduğu ortaya çıkmıştır (Hirschfeld 2000). Görüyoruz ki, depresyon da, anksiyete bozuklukları da monoamin iletimini artıran ilaçlardan yarar görüyorlar. Serotonerjik ilaçlarla klinik tablonun düzelmesi, serotonin iletimindeki azalmanın, hastalığın sonucu ya da yan ürünü değil, nedeni (tek nedeni değilse de, nedeni oluşturan mekanizmanın çarklarından biri) olduğunu gösterir. Eğer aynı nörokimyasal mekanizma birden çok hastalığın etiolojisinde rol oynuyorsa, bunların ya tek bir hastalık, ya da aynı hastalığın alt tipleri olması çok muhtemeldir.

b) *Çoğul tanıların sayısı klinik tablonun ağırlığı ile orantılıdır.*

Örneğin, NCS-R çalışmasında, bir hastalığın şiddeti arttıkça ona eşlik eden tanıların çoğaldığı saptanmıştır. Depresyon nedensiz ağırsa, eşlik eden tanıların sayısı da o denli çok bulunmuş. Öte yandan hafif bir depresyonun tek başına görülme olasılığı daha yüksektir (Kessler ve ark. 2005). Bu bulgu, eşlik eden diğer hastalıkların depresyonun semptomları olduğu görüşünü destekliyor. Çünkü biliyoruz ki depresyon, tek başına olsa bile, hafif olduğunda az semptomla, ağır olduğunda çok semptomla seyredir. O halde eşlik eden tanıları da depresyonun artmış semptomları arasında saymak gerekir (Sorias 2011a).

Aynı şey olasılıkla kişilik bozuklukları için de geçerlidir. Bir hastada, hepsi aynı cinsten beş ayrı hastalığın bir arada olduğunu düşünmektense, bunları tek bir ağır kişilik patolojisinin farklı semptomları olarak düşünmek daha akla yakındır. Psikanalitik kuram kişilik bozukluklarını öteden beri böyle ele almıştır. Değişik obsesyon ya da sanrı konuları nasıl farklı hastalıklar değil, aynı hastalığın farklı belirtileri ise, bir insanda çok sayıda kişilik bozukluğu, o kişide birden çok hastalık olduğunu değil, yalnızca kişilik patolojisinin ağır olduğunu gösterir.

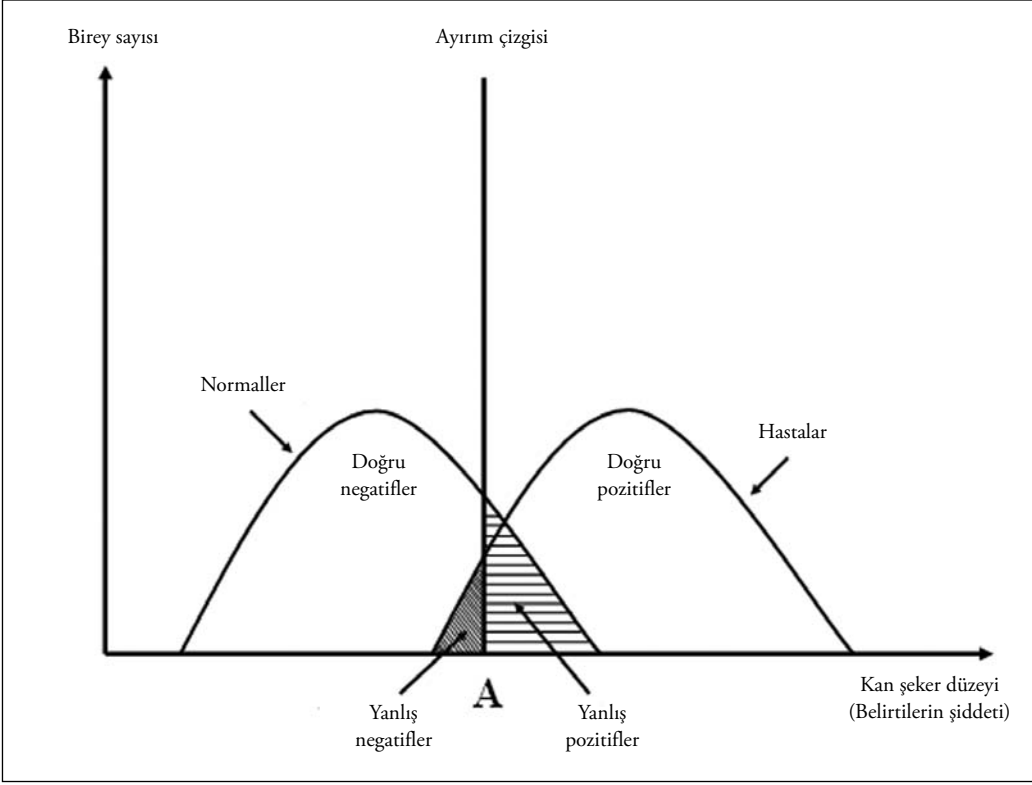
Bir hastanın klinik tablosunu birden çok hastalıkla açıklamakta, insanı tatmin etmeyen bir yan vardır. (Beş tane bulgusu olan bir hastanın, her bulgusunu ayrı bir hastalıkla açıkladığımı düşünün.) Eski bir tıp kuralı:

“En iyisi, bir hastanın bütün bulgularını tek bir hastalıkla açıklayabilmektir.”

der (Regier ve ark 2009). Bu ilkenin daha genel bir biçimi doğa bilimlerinde de geçerlidir:

“Gözlediğimiz karmaşıklığın açıklaması ne kadar basitse, doğru olma olasılığı o kadar yüksektir.”

ŞEKİL 1. Bir hastalıkta belirtilerin şiddetinin, hasta ve sağlıklı deneklerdeki dağılımı. Örneğin bunu diyabetik ve sağlıklı insanlarda açlık kan şekeri düzeylerinin dağılımı olarak düşünebiliriz.



Bu ilkeye, “Occam’ın usturası” adı verilir ve 14. yüzyılda yaşamış bir düşünür olan Occam’lı William’a atfedilir. Usturanın burada gereksiz açıklamaları (bizim durumumuzda gereksiz tanıları) kesip attığı düşünülür.

Yalancı çoğul tanımlara ilişkin bu kanıtlar son DSM’lerde gereksiz bölümlenmeler yapılmış olduğunu ortaya koyuyor. Klinik tablolardaki küçük farklılıklara dayanarak çok sayıda doğal olmayan, geçersiz kategori yaratılmış. DSM-I’de 106 olan kategori sayısı DSM-IV’te 357’ye çıkmış. Bu artış, sanki ruhsal bozuklukları daha iyi anlıyormuşuz gibi bir izlenim yarattıysa da şimdi yapay bölümlenmeler olduğu ortaya çıkıyor.

3. Kategori yaklaşımı

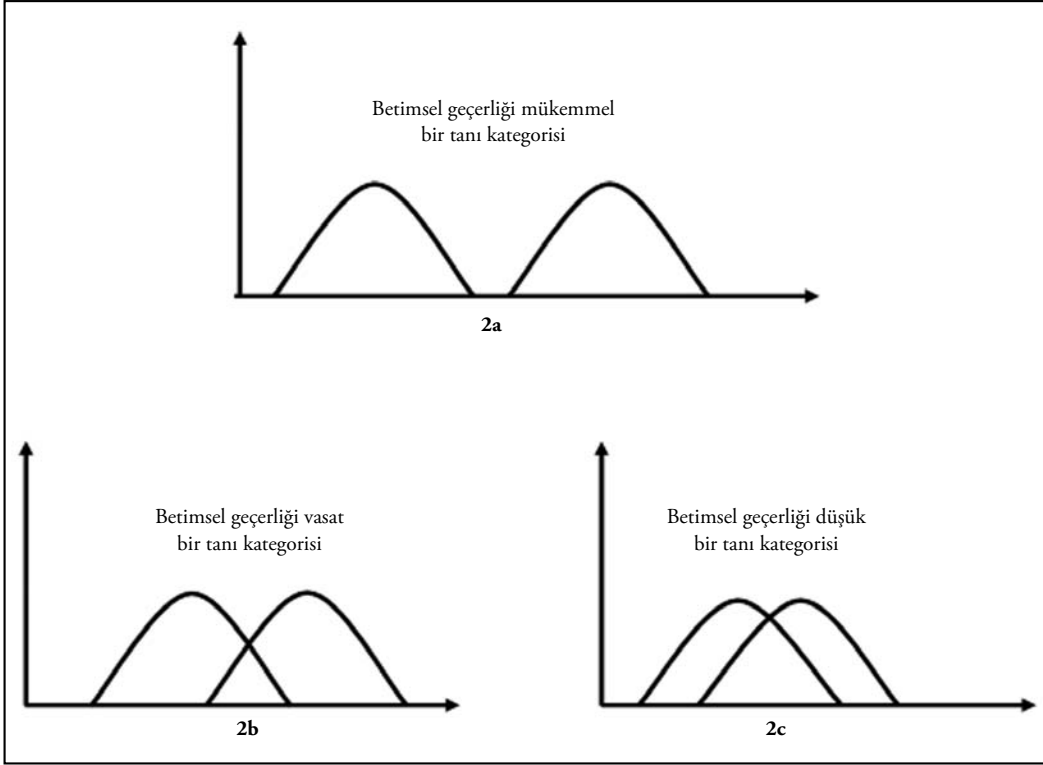
Yeni Kraepelinciliğin üçüncü sorunu kategori yaklaşımı ile ilgili. DSM ve ICD sistemleri, öteden beri mental bozuklukları ayrık tanı kategorileri olarak görmüş ve öyle sınıflamıştır. Kategori yaklaşımı adı verilen bu sınıflama yaklaşımı öncelikle doğal görüldüğü için benimsenmiştir. Ruhsal bozukluklar birer tıbbi hastalık ise, diğer tıp dallarında olduğu gibi farklı kategoriler oluşturmalıdır. Başlangıçta böyle kabul edilmesine karşın, kategori yaklaşımı zamanla ciddi şekilde eleştirilmeye başlanmıştır (Kendell ve Jablensky 2003, Widiger ve Samuel 2005, Luyten ve Blatt 2007, Mellso ve ark. 2007).

3.1. Tanı kategorileri ayrık antiteler olarak tanımlanmışlardır. Fakat pratikte gözlediğimiz hastalık tabloları öyle

değildir. Gerçek hayatta kategoriler arasındaki sınırlar belirsiz ve bulanıktır (Kendler 1999). Semptomların hasta ve normallerdeki dağılımı, farklı kümeler tarzında değil, aksine neredeyse düzgün bir süreklilik göstermekte (Allardyce ve ark. 2007). DSM tanı kategorilerinin ayrık kümeler olmadığını gösteren kanıtlar şunlardır:

- Kategori yaklaşımı doğru olsaydı gördüğümüz hastaların büyük çoğunluğu eldeki kategorilerden birine atanacak, geriye de fazla kimse kalmayacaktı. Oysa pratikte hiçbir kategorinin tanımına uymayan, fakat hasta olduğu şüphe götürmeyen insanlar çok fazla görülüyor.
- İki ya da daha çok kategorinin kısmi özelliklerini bir arada gösteren fakat hiçbirinin ölçütlerini tam olarak karşılamayan hastalar da çoktur (Clark ve ark. 1995). DSM bu hastaları “Başka türlü belirtilmemiş” (BTB/“NOS”) diye bir kategoriye sokmamızı istiyor. Fakat BTB, doğal bir hastalık değil, bir “çöp sepeti” kategorisidir.
- Yalancı çoğul tanımların çok sık görülmesi de kategorilerin büyük oranda örtüşmüş olduklarını göstermektedir.
- Tanı kategorilerinde patoloji eşliğini nasıl belirlersek belirleyelim, ölçütler yüksek oranda yanlış pozitif ve yanlış negatif sonuçlar vermektedir. Bu durum semptomların hasta ve normallerde, büyük oranda örtüşen bir dağılım gösterdiğini düşündürmektedir.

ŞEKİL 2. Bir tanı kategorisinin betimsel geçerliğini, hasta ve normalde belirtilerin dağılım eğrilerinin birbirlerinden ne denli ayrı durdukları olarak tanımlayabiliriz. Şekilde betimsel geçerliği mükemmel, vasat ve düşük üç tanı kategorisinin hipotetik belirti dağılım eğrileri görülüyor.



Bunu basitleştirilmiş bir örnekle şöyle açıklayabiliriz. Şekil 1'deki grafik, verilen bir hastalıkta, belirtilerin şiddetinin (ya da sayısının), bir sağlıklı ve bir hasta grubundaki dağılımını versin. Belirtilerin normal dağılım gösterdiğini varsayıyoruz. Bunu diyabetik ve sağlıklı deneklerde açlık kan şekeri düzeylerinin dağılımı olarak düşünebiliriz. Bunun için önce diyabet tanısı koyan, kan şekeri dışında bir yöntem ihtiyacımız var. Bu yöntemle denekleri diyabetli ve sağlıklı diye iki gruba ayırdıktan sonra şeker düzeylerine bakıp bu grafiği çizebiliriz. Şekli incelediğimizde bu iki eğrinin bir miktar örtüşmüş olsalar da büyük bölümlerinin, belirgin biçimde ayrı durduklarını ve hasta grubunun daha sağda durduğunu görüyoruz. Yani hasta grubunda patolojik belirtilerin şiddeti (örneğin kan şekeri düzeyi) belirgin biçimde daha yüksektir.

Bu örnekte tanı koymakta kullanacağımız eşik değerin, grafikte A noktası civarında olduğu kolayca görülmektedir. Ayırım çizgisini buna yakın bir yerden çektiğimizde bu belirti ya da sendromu tanı koymakta oldukça güvenle kullanabiliriz. Her ne kadar bazı yanlış negatif ve yanlış pozitif vakalar olacaksa da (grafikteki üçgen şeklindeki taralı alanlar) doğru pozitif ve doğru negatiflerin büyük sayısı yanında buna razı olunabilir.

Ayırım çizgisini sağa sola kaydırarak (yani eşik değeri yükseltip alçaltarak) yanlış negatif ve yanlış pozitiflerin oranını istediğimiz düzeye çekebiliriz.

Ne var ki bütün bunlar, ele aldığımız hastalıkta belirtiler şekildeki gibi bir **doğal dağılım** gösteriyorsa mümkündür.

Diyabet gibi bir hastalıkta, kan şekeri düzeylerinin hasta ve normaldeki dağılımı buna yakın olduğu için, şeker düzeyini tanı koymakta kullanabiliriz. Belirtilerin dağılım biçimi doğaya ait bir özelliktir ve bizim değiştirebileceğimiz bir şey değildir.

O halde bu bilgileri betimsel geçerliği tanımlamakta kullanabiliriz:

Bir tanı kategorisinin betimsel geçerliği, hasta ve normalde belirtilerin dağılım eğrilerinin birbirlerinden ne denli ayrı durduklarıdır.

Örneğin Şekil 2'de betimsel geçerliği mükemmel bir tanı kategorisinde hasta ve normalin dağılım eğrileri görülüyor. Burada iki eğri birbirinden tamamen ayrıdır ve ayırım çizgisi aralarındaki boşluktan çekilirse, özgüllük ve duyarlık 1.0 yanlış pozitiflerle yanlış negatifler de 0.0 olur. Öte yandan Şekil 2b'de betimsel geçerliği vasat, 2c'de ise betimsel geçerliği düşük bir kategorinin dağılım eğrileri görülüyor.

Dikkat: Şekildeki eğrileri çizebilmemiz için, önce kesin tanıları, incelediğimiz belirtiler dışında bir yöntemle koymamız gerekir. İlgilendiğimiz belirtilerin dağılımını ancak sonra görebiliriz. Örneğin diyabette, kesin tanıları kan şekeri dışında bir yöntemle koyma olanağı vardır. Öte yandan ruhsal bozukluklarda, betimsel yöntem dışında bir tanı yöntemi olmadığı için bunu yapamıyoruz. Ruhsal bozukluklarda bu eğrileri ancak farazi olarak çizebiliriz. Dağılımın gerçekte nasıl olduğu ise ancak dolaylı yollardan tahmin edilebilir.

Şimdi böyle bir tahmin yapabiliriz: Epidemiyolojik

çalışmalarda saptanan yüksek yanlış pozitif oranı ve bunun sonucu optimal bir eşik değer belirlenememesi, betimsel yöntemle saptadığımız psikopatolojinin genel nüfusta, umduğumuz gibi ayrık kümeler oluşturmadığını düşündürmektedir. Örneğin şizofreniyi ele alalım. Pratikte görüyoruz ki genel nüfus, şizofreninin çoğu belirtisini gösteren, belirgin biçimde hasta bir grup ile hemen hiçbir belirti göstermeyen belirgin sağlıklı bir grup diye ikiye ayrılmıyor. İnsanların çoğunda az ya da çok psikopatolojik bulgular var ve hastalığın nerede başladığını söylemek zor (Allardyce ve ark. 2007). Olasılıkla ruhsal bozukluklarda psikopatolojik belirtilerin hasta ve normallerdeki dağılımı Şekil 2c'de olduğundan bile daha kötüdür.

Bazı çalışmacılar, iki kategori birbirinden biraz olsun ayrık ise, ikisinin birden belirtilerini gösteren vakaların, yani gri alanların, siyah ve beyazlardan sayıca daha az olması gerektiğini ileri sürmüşlerdir. Diskriminant analizi kullanarak, böyle “seyrek alanlar” (zones of rarity) aranmış ancak bulunamamıştır (Kendell 2002, Kendell ve Jablensky 2003).

Bütün bunlar, DSM'nin önemli bir sorununu ortaya koyuyor. Betimsel yaklaşım, hastalık belirtilerinin toplumda gelişigüzel dağılmadığı ve hasta bireylerde anlamlı biçimde kümelendiği varsayımına dayanıyor. Fakat yukarıdaki bulgular bu varsayımın doğru olmadığını düşündürüyor. Başka bir deyimle, tanı koymakta yalnızca betimsel geçerliğe dayanıyoruz ama kategorilerimizin çoğunun betimsel geçerliği bile yok.

Fakat şu noktayı da vurgulamamız gerekir: Kategorilerin örtüşmesi sorunu daha çok ana sınıfların içindeki alt kategorilerle, eski (DSM-III'deki) hiyerarşik düzende, alt sıralarda yer alan tanısız geçerliği nispeten düşük kategoriler için mevcuttur. Ana sınıfların çoğu, örneğin organik bozukluklar, madde kullanım bozuklukları, psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları birbirinden oldukça ayrı durmaktadır. Alkol bağımlılığı ile OKB ya da mental retardasyon ile anoreksiya arasında, örtüşme bir yana, sınır komşuluğu bile yoktur. Öte yandan eskiden nevrozlar sınıfı içine giren anksiyete, somatizasyon, disosiyatif, yeme ve kişilik bozuklukları ile bunların alt kategorileri arasındaki sınırlar daha bulanıktır (Brown ve Barlow 1992).

3.2. Kategori yaklaşımında her şey ya siyah ya da beyazdır. Gri alanlara yer yoktur. Bir hasta ancak tanı eşiğini geçmeye yetecek kadar belirti gösterdiğinde o kategoriye girer. Eşik altı ölçüt sayısı değerlendirilmez. Bir hastada manik sendromun yalnızca iki semptomunu (örneğin öfori ve uykusuzluk) saptadığımızı, diğer belirtilerin de hiç olmadığını kabul edelim. Bu durumda, hastada mani olmadığını söyleriz. Fakat bu hasta, hiçbir belirti göstermeyen bir insanla aynı tutulabilir mi? DSM öyle yapar. Fakat bizim tanısız kanaatimiz hastada mani olasılığının sıfırdan büyük olduğudur. Hastada tam olmasa da “eşik altı bir manik sendrom” olduğunu düşünürüz.

3.3. Kategori yaklaşımında eşığı geçen tüm hastalar aynı kefeye konur. Belli bir tanıyı alan bir hastanın kaç ölçüt karşılamış olduğu göz önüne alınmaz. Örneğin bir tanesi beş, bir diğeri dokuz ölçüt karşılamış olan iki depresyon vakası aynı önemde kabul edilir. Oysa açıktır ki, bu ikisinden dokuz semptom gösteren hastanın depresyonu, beş semptom gösterene kıyasla daha ağırdır. Hatta bu depresyon nitel olarak da farklı olabilir.

3.4. DSM semptomların özgüllük ile duyarlıklarını göz önüne almaz. Birkaç istisna dışında, bir kategorinin tüm tanı ölçütleri aynı önemde kabul edilir. Oysa semptomların tanısız önemi aynı değildir. Örneğin DSM, depresif sendromun tanı ölçütlerinden halsizlik ile suçluluk sanrılarını aynı önemde kabul eder. Oysa halsizlik, depresyon dışında pek çok hastalıkta daha görülebilen, depresyona özgüllüğü son derece düşük bir semptomdur. Suçluluk sanrısı ise depresyon dışında çok az görülen, depresyona özgüllüğü çok yüksek bir bulgudur. Açıktır ki bu iki bulgunun depresyon tanısına olan katkısı aynı değildir. Ama dizge bunları göz önüne almıyor.

YENİ BİR PARADİGMA MI?

Buraya kadar ele aldığımız konular DSM'de somutlaşan yeni Kraepelinci tanı paradigmasının çok ciddi bir takım kusur ve yetersizlikleri olduğunu ortaya koymaktadır. Bunlar, Kuhn'un kastettiği anlamda bunalım belirtileri olarak kabul edilebilir (Kuhn 1962, Sorias 2011b). Ancak bunalım belirtileri mevcut sistem içinde düzeltilemeyecek, farklı bir paradigmanın benimsenmesi ile giderilebilecek sorunlardır. Bir bilimsel devrimin gerçekleşebilmesi için, şimdiki sistemin işlevini görebilecek fakat onun kusurlarını taşımayan yeni bir paradigma adayının ortaya çıkması gerekir. Böyle bir aday var mı?

Yazını incelediğimizde, boyutsal yaklaşım adı verilen bir tanı yaklaşımının kategori yaklaşımının yerine aday gösterildiğini görüyoruz (Widiger ve Samuel 2005, Mellsop ve ark. 2007). Boyutsal yaklaşım ruhsal bozukluklara dereceli bir değerlendirme getirmeye çalışır. Patolojiyi ayrık kategoriler olarak değil, sürekli bir boyut olarak ele alır ve her hastayı bu sürekliliğin farklı bir noktasına yerleştirir. Bu yaklaşım öteden beri özellikle psikologlar tarafından savunulmuştur.

Patolojiyi dereceli olarak belirtmenin en bildik yolu derecelendirme ölçekleri kullanmaktır. En aşırı durumda tanı ölçütlerini tamamen bırakıp, örneğin bir depresyon için Hamilton ölçeğini, ya da OKB için Yale-Brown ölçeğini kullanırsak boyutsal bir tanısız değerlendirme yapmış oluruz. Hastaları “depresyon var” ya da “depresyon yok” diye iki gruba ayıracağımıza, “bu hastanın depresyon skoru 29”, “bununki 6” deriz. Bu yaklaşım kategorilerin bazı sakıncalarını taşımaz.

Bir başka örnek MMPI testidir. MMPI, tipik boyutsal değerlendirme yapan bir araçtır. Hastayı 10 farklı “klinik” boyut

(ölçek) üzerinden değerlendirir ve her bir boyut için ayrı bir sayısal değer atar. MMPI testi 70 yıl önce, betimsel tanıya yardımcı olsun diye Kraepelinci anlayışa göre geliştirildi. Fakat her ne kadar bu testin içinde şizofreni, histeri, paranoya ve hipokondri gibi adlar taşıyan ölçekler varsa da, bunlarla aynı ismi taşıyan tanı kategorileri arasında fazla bir ilişki olmadığı görüldü. Bu nedenle tanı koyma araçlarımızdan biri haline gelemedi.

Boyutsal tanı yaklaşımının en çok kişilik bozuklukları için uygun olduğu ileri sürülmüştür. Kullandığımız kişilik bozukluğu kategorilerinin çok heterojen oluşları, iç içe geçmiş bir görünüm sergilemeleri ve aşırı derecede yüksek çoğul tanıları, bunların kategori yaklaşımına hiç uygun olmadıkları biçiminde yaygın bir görüş doğurmuştur. Bu nedenle en gelişmiş boyutsal tanı önerilerinin kişilik bozuklukları için ortaya atıldıklarını görüyoruz (Widiger 2007). Şu ana dek on ayrı kategori olarak ele alınmış olan kişilik bozukluklarının aynı kişilik patolojisinin farklı semptomları ya da boyutları olması daha akla yakındır.

Bu öneriler içinde en yaygın kabul göreni beş faktör modelidir (Costa ve McCrae 1992). Bu modelde kişi *dışa dönüklük*, *geçimlilik*, *sorumluluk*, *nörotisizm* ve *gelişime açıklık* adı verilen beş ana boyut (ve onların da alt boyutları) üzerinden değerlendirilir. Böylece deneğin, dışa dönüklük ya da tersi içe dönüklük, sorumluluk ya da sorumsuzluk derecesi saptanır ve ortaya bir kişilik profili çıkarılır. Bu şekilde elde edilebilen değişik kişilik profillerinin sayısı çok büyük olduğundan, her insanın farklı kişiliği, farklı bir test profili ile gösterilebilir.

Diğer önemli modeller, Cloninger'in dört mizaç ve üç kişilik boyutundan oluşan psikobiyolojik kişilik modeli (Cloninger ve ark. 1993) ile Millon'un (1999) altı boyutlu kişilik modelidir.

Öte yandan kişilik bozuklukları dışındaki tanı kategorileri için ortaya atılan boyutsal yaklaşımlar daha çok kuramsal düzeydedir. Örneğin van OS (2009), tüm psikotik bozukluklarda hastaların *pozitif*, *negatif*, *manik*, *depresif*, *dezorganizasyon* ve *gelişimsel bilişsel yetersizlik* boyutları adını verdiği altı boyut üzerinden değerlendirilmesini önermektedir. van Os'a göre, psikotik hastaların (affektif ve şizoaffektif vakalar da dahil) bu altı boyut üzerinden derecelendirilmesi sayesinde, şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk arasında kalan hastalar gösterilebilir.

Şimdi ana sorumuzu yanıtlamaya çalışabiliriz: Psikiyatrik bozuklukların tanısında boyutsal yaklaşım, kategori yaklaşımının yerini alabilir mi?

Kanımcı yakın gelecekte böyle bir olasılık yok. Yukarıda saydığım bütün sorun ve sakıncalarına rağmen kategori yaklaşımının terkedilmesi, boyutsal ya da başka türlü bir tanı koyma tarzının kategorilerin yerini *tamamen* alması imkânsız deneyecek kadar zor görünüyor. Bunun nedenlerini saymaya çalışacağım:

1. Kategori yaklaşımının en önemli yararı insanlar için kolay oluşudur. Olguları farklı kategorilere ayırmak, *tanımayı* kolaylaştırır. Rosch'un (1978) zihinsel kategoriler kuramına göre, aklımızda, tanıdığımız ve bildiğimiz her olguya ilişkin bir "zihinsel kategori" (örneğin, "penguen", "Çinli", "verem" ya da "küçük" gibi) vardır. Zihinsel kategoriler, bilgiyi sıkıştırmaya, akılda tutmaya ve hızlı tanımaya yararlar. Zihnimiz hemen her şeyi kategorize eder. Bir nesnenin hangi kategoriye ait olduğunu belirlemeye tanıma (örneğin, "bu bir karga") diyoruz. *Tanı koymak da aslında bir hastalığı tanımadır*. Hastalık sınıflamalarındaki tanı kategorileri, tanıma işleminde kullandığımız bu bilişsel mekanizmaya çok uygundur ve kullanıcılar için büyük bir kolaylıktır. Bu mekanizma tanılarının sezgisel olarak da konmasına yardımcı olur.

Kategorileri kaldırmak, bir anlamda hastalıkları tanımlamak için kullandığımız adları/etiketleri kaldırmaktır. Bu durumda bireyleri nasıl sayacağız? Bozuklukların sıklık ve yaygınlıklarını nasıl saptayacağız? Sayma işlemi, belli bir kümenin elemanlarının sayısını belirlemektir. Bir birey, *verilen bir kümenin ancak kısmi bir elemanı ise* (örneğin hasta kısmen şizofrenik, kısmen de manik kabul ediliyorsa) sayma matematiksel olarak mümkün olsa da çok zorlaşır. Bu bilimsel olarak bir engel değildir ama alıştığımız sezgisel basitliğini kaybeder. Aynı şekilde kategoriler olmayınca farklı grupları da kıyaslamak zordur. Bunlar, hekimlerin kategori yaklaşımını sevmesinin ve bırakmak istememesinin en önemli nedenidir (Luyten ve Blatt 2007).

2. Kategoriler tıbbın geri kalanı ile uyum içindedir. Tüm tıbbi tanıları aynı tarzda koymak bir basitlik ve sadelik sağlar. Ruhsal bozuklukları farklı bir biçimde sınıflandırmak zaten oldukça karmaşık olan sınıflama dizgemizi daha da karışık bir hale getirecektir.

3. Klinisyenler için bildik bir sistemdir. Halen kullandığımız kategoriler en az otuz yıldır kullanımdadır. Kullanıcılar buna alışmışlardır. Ruhsal kategoriler popüler kültüre bile girmişlerdir.

4. Tarihsel olarak çok araştırılmış, değişik psikoloji ve psikiyatri ekollerinden haklarında çok bilgi toplanmış tipolojilerdir. Ruhsal bozukluk kategorilerini bırakmak, tüm bu tarihsel veri ve araştırmaları da bırakmak anlamına gelecektir.

5. Değişiklik, eski ile uyumluluk sorunu doğuracaktır. Eskisinin yerini alacak yeni bir dizge geliştirdiğimiz zaman bu yenisi, eskinin yaptığı her işi yapmalı, tercihan eskisini aynen içermelidir. Yeni dizge, eski ürünleri kullanmamıza izin vermeli, onları yeniden oluşturmamızı istememelidir. Kategorilerin tamamen kaldırıldığını düşünelim. Yeni dizgeye alışmanın zorlukları bir yana, eski dizgeye göre tanı almış hastalar ne olacaktır? Eski dosyalar, eski raporlar? Tüm bunları güncellemek çok zor. Peki, eski tanılara göre yapılmış araştırmaların sonuçları ne olacak?

6. Boyutsal/dereceli değerlendirme ne kadar yararlı olursa olsun, tek başına yetersizdir. Çünkü pratikte, bir an gelir kategorik bir karar vermemiz gerekir. Örneğin,

Bu hastaya EKT yapılırsın mı?

Bunu hastaneye yatacalım mı?

Bu hasta işlediği suçtan sorumlu tutulmalı mı?

Bunlar ancak “evet” ya da “hayır” diye yanıtlanabilecek sorulardır. Bu nedenle dereceli değerlendirme kategorik tanımlara ancak yardımcı olarak kullanılabilir.

7. Belki de en önemlisi, ortada hazır bir aday yoktur. Boyutsal yaklaşıma dayalı pratik modeller içinde, yalnızca kişilik bozuklukları için geliştirilmiş olanları görüyoruz. Bu modeller normal insanlardaki kişilik özelliklerini ve kişilik farklarını incelemekte oldukça yararlıdır. Örneğin, belli özellikler gerektiren bir işe eleman seçmekte yaygın olarak kullanılmaktadırlar. Fakat bunlar, şimdiye dek *tıbbi açıdan kullanılan bir biçime sokulamamıştır* (First 2005). Bunların psikiyatrik muayene ve görüşmeye nasıl entegre edileceği belli değildir. Üzerinde en çok çalışılmış ve spor psikolojisinden psikolojik danışmanlığa birçok farklı alana uygulanmış olan beş faktör modeli bile *psikiyatri pratiğine* uyarlanamamıştır (Rottman ve ark. 2009).

Kişilik bozuklukları dışındaki bozukluklar içinse, ortada *eskinin yerini alabilecek, denenmiş* bir boyutsal model yoktur. Mevcut öneriler tamamen kuramsal hatta spekülatif düzeydedir (Clark ve ark. 1995, Vieta ve Phillips 2007, van Os 2009). Bu önerilerin uygulanabilir nitelikte olup olmadıkları belli değildir. Örneğin, boyutsal tanıların güvenilirliği, standartlaştırılmış kategorik tanımlardan daha iyi olacak mıdır? Tanısal geçerlikleri kategorik tanımlardan daha yüksek olacak mıdır? *Boyutsal modeller de, etiyolojik değil, gözlediğimiz klinik tabloyu betimleyen modellerdir.* Bunların, altta yatan ama tam bilmediğimiz patolojiyi, kategorilerden daha iyi yansıtıp yansıtmayacağını bilmiyoruz. Hastanın sözcüğü “kısmen manik kısmen şizofrenik” olduğunu belirten bir tanı, gözlediğimiz klinik tabloya daha uygun bir ifade olabilir. Ama bu henüz denenmemiş modelin etiyopatolojik gerçeğe daha yakın olup olmayacağı belli değildir.

SONUÇ

Betimsel yaklaşım, yardımcı laboratuvar yöntemleri kullanmaksızın yalnızca klinik bulgulara dayanarak tanı koymak olarak tanımlanır. Fakat psikiyatride durum daha da kötüdür. Psikiyatride betimsel yaklaşımın zorluğu, ruhsal hastalıklarda görünür belirtilerle altta yatan (ama pek bilmediğimiz) patofizyolojik mekanizmalar arasında *doğrudan* bir ilişki bulunmamasıdır. Örneğin nörolojide, hemiplejik bir hastanın klinik bulguları ile buna neden olan patoloji arasında çok açık ve *dolaysız* bir ilişki vardır. Güç kaybı ile refleks değişikliklerine neyin ve nasıl

yol açtığı çok iyi bilinir. Bu nedenle nörolojide, klinik tablodaki küçük değişikliklere bakarak altta yatan patolojiyi çok daha büyük bir kesinlikle söyleyebiliriz. Öte yandan ruhsal bozukluklarda bulgular, alttaki patolojinin defalarca şekil değiştirmiş, çok dolaylı görünümüdür. Bir an için nörolojide hiçbir yardımcı tanı yönteminin olmadığını ve nörologların tanımlarını yalnızca klinik tabloya dayanarak koyduklarını farz edelim. Böyle bir “betimsel nörolojinin” tanımlayacağı tanı kategorilerinin geçerliği, psikiyatrinin bugün kullandığı kategorilerin geçerliğinden çok daha yüksek olurdu. Başka türlü söylersek, ruhsal bozukluklarda klinik bulguların duyarlılık ile özgülükleri diğer tıp dallarından daha düşüktür.

İşte, psikiyatrik bulguların bu özelliği nedeniyle, gene aynı bulgulara dayanan boyutsal tanıların gerçeğe daha yakın olacağını peşinen kabul etmek için bir neden yoktur.

Kanımcı betimsel psikiyatri yapabileceklerinin sınırına dayanmıştır. Sınırlı sayıdaki psikopatolojik belirtileri bir takım kümelerle yeni baştan dağıtarak yahut da birkaç sürekli boyut üzerine yayarak daha doğal hastalık tanımlamaları elde etmenin mümkün olduğunu sanmıyorum. Benzer bir görüş Hyman (2010) tarafından da dile getirilmiştir.

Benzer şekilde klinik görünüm yerine etiyolojiye dayalı bir sınıflamaya geçecek etiyolojik anlayışın da henüz çok uzatındayız (Luyten ve Blatt 2007, First 2010). Zaten DSM’yi “kuramsız” olmak zorunda bırakan da bu etiyolojik anlayış yokluğudur.

Kategorilerin yerini *tamamen* alacak boyutsal bir model uzak gelecekte bile çok zor görünüyor. Bu nedenle boyutsal görüşe en çok taraftar olan çalışmacılar bile dereceli bir kategori yaklaşımını savunmaktadırlar (Allardyce ve ark. 2007, Mellso ve ark. 2007, Vieta ve Phillips 2007). Dereceli kategori yaklaşımında klasik kategoriler korunmakta, bunun yanı sıra derecelendirme ölçekleri ile patolojinin şiddeti de tanının bir parçası haline getirilmektedir. Örneğin mental retardasyon uzun zamandır, böyle dereceli bir tanı kategorisidir. Bu görüşe göre anksiyete, uyku, madde kullanım ve duygudurum bozuklukları başta olmak üzere diğer kategoriler de mental retardasyon gibi değerlendirilmelidir (Widiger ve Samuel 2005). Dereceli kategori yaklaşımında hem kategorilerin, yukarıda saydığım avantajlarından vazgeçmemiş hem de bazı olumsuz özelliklerini kısmen de olsa gidermiş oluyoruz. Örneğin eşiği geçen (ya da eşik altında kalan) tüm insanları aynı kefiye koymaktan kurtuluyoruz. DSM-5’in bu yaklaşımı benimseyeceği anlaşılmaktadır (Regier ve ark. 2009).

Kanımcı mevcut dizgenin sorunu kategori *yaklaşımı* değil, kullandığımız *bazı* kategorilerin düşük tanısal geçerliğidir. Tanısal geçerliğin değişken olduğunu, tüm tanı kategorilerinin geçerliğinin aynı olmadığını hatırlatmama izin verin (Sorias 2000, Sorias 2011a). Doğaları daha iyi anlaşılabilir dolayısıyla tanısal geçerlikleri yüksek pek çok bozukluk

vardır. “Alzheimer hastalığına bağlı demans”, “alkol yok-sunluk deliryumu” ya da “Down sendromuna bağlı mental retardasyon” da birer ruhsal bozukluk kategorisidir. Fakat bunları kullanırken kategori yaklaşımından yakınmıyoruz. Bunlar sınırları belirgin, ayırıcı tanısı kolay, yanlış pozitif ya da yanlış negatiflere fazla yol açmayan, yalancı ek tanıla-rı olmayan, doğaları nispeten iyi anlaşılmiş bozukluklardır. **Özetle tanısal geçerlikleri yüksektir.** Tıbbın diğer dalları da kategori yaklaşımında bir sakınca görmemektedir.

Sorun, yalnızca tanısal geçerliği düşük kategorilerde orta-ya çıkmaktadır. DSM-III'deki eski hiyerarşik düzende alt sı-ralarda yer alanlar, kategori yaklaşımının yukarıda saydığımız tüm kusurlarını yansıtıyor gibi görünmektedir. Bu du-rum en çok eskiden nevrozlar sınıfı içinde yer alan ana ve alt kategorilerle kişilik bozuklukları için geçerlidir. Fakat bunun

nedeni, *bu kategorilerin* tanısal geçerliklerinin düşük olması yani doğalarının iyi anlaşılmamış olmasıdır. Bunların her bi-rinin farklı birer doğal hastalık olma olasılığı çok düşüktür. Geçersiz kategorilerin tamamen atılması, bazılarının birleştirilerek sayılarının azaltılması sorunların bir bölümünü hafif-letebilir. Nitekim son zamanlarda kategorilerin birleştirilmesi önerilerinin ortaya atıldığını görüyoruz (Löwe ve ark. 2008, Andrews ve ark. 2009).

Fakat asıl çözüm tüm kategorilerin yüksek tanısal geçerliğe kavuşmasıdır. Betimsel yöntemle olacağı bu kadardır. Klinik belirtilerle daha fazla oynamaktan vazgeçip etiyopatolojik araştırmalara ağırlık vermeliyiz. Ruhsal bozuklukların doğa-ları hiç olmazsa diğer tıp dallarında olduğu kadar anlaşıldı-ğı zaman kimse yeni bir tanı paradigması arayışı içinde olma-yacaktır.

KAYNAKLAR

- Adamson J (1989) An appraisal of the DSM-III system. *Can J Psychiatry*, 34:303-10.
- Allardyce J, Suppes T, van Os J (2007) Dimensions and the psychosis phenotype. *Int J Methods Psychiatr Res*, 16: S34-S40, DOI: 10.1002/mpr.214.
- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3. Baskı, Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Gözden Geçirilmiş 3. Baskı, Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. Baskı, Washington DC, American Psychiatric Association.
- Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF ve ark. (2009) Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: Could it improve utility and validity? *Psychol Med*, 39: 1993-2000.
- Bayer R, Spitzer RL (1985) Neurosis, psychodynamics, and DSM-III. A history of the controversy. *Arch Gen Psychiatry*, 42: 187-96.
- Brown TA, Barlow DH (1992) Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *J Consult Clin Psychol*, 60: 835-44.
- Charney D, Barlow D, Botteron K ve ark. (2002) Neuroscience research agenda to guide development of a pathophysiologically based classification system. A research agenda for DSM-V. D Kupfer, MB First, D Regier (Ed), Washington DC. American Psychiatric Association, s. 31-84.
- Chodoff P (1986) DSM-III and psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 143: 201-3.
- Clark LA, Watson D, Reynolds S (1995) Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annu Rev Psychol*, 46: 121-53.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993) A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 975-90.
- Costa PT, McCrae RR (1992) Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychol Assess*, 4: 5-13.
- Faust D, Miner RA (1986) The empiricist and his new clothes: DSM-III in perspective. *Am J Psychiatry*, 143: 962-7.
- First MB (2005) Clinical utility: A prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM. *J Abnorm Psychol*, 114: 560-4.
- First MB (2010) Paradigm shifts and the development of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Past experiences and future aspirations. *Can J Psychiatry*, 55: 692-700.
- Frances A, Cooper AM (1981) Descriptive and dynamic psychiatry: A perspective on DSM-III. *Am J Psychiatry*, 138: 1198-202.
- Frances AJ, Egger HL (1999) Whither psychiatric diagnosis. *Aust N Z J Psychiatry*, 33: 161-5.
- Hirschfeld RMA (2000) History and evolution of the monoamine hypothesis of depression. *J Clin Psychiatry*, 61 (Suppl. 6): 4-6.
- Hyman SE (2010) The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol*, 6: 155-79.
- Jablensky A, Kendell RE (2002) Criteria for assessing a classification in psychiatry. *Psychiatric Diagnosis and Classification*. M Maj, W Gaebel, JJ Lopez-Ibor Jr ve ark. (Ed), West Sussex. Wiley, s. 1-24.
- Kendell RE (2002) Five criteria for an improved taxonomy of mental disorders. *Defining Psychopathology in the 21st Century*. JE Helzer, JJ Hudziak (Ed), Washington DC. American Psychiatric Publishing, s. 3-17.
- Kendell R, Jablensky A (2003) Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*, 160: 4-12.
- Kendler KS (1999) Setting boundaries for psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*, 156: 1845-8.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S ve ark. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51: 8-19.
- Kessler RC, Chiu WT, Demier O ve ark. (2005) Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62: 617-27.
- Kirk SA, Kutchins H (1992) *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*. New York. Aldine de Gruyter, s. 11.
- Kuhn TS (1962) *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago. University of Chicago Press.
- Lerner PM, Lerner HD (2007) A psychoanalytic clinician looks at diagnostic labels and diagnostic classification systems. *J Pers Assess*, 89: 70-81.
- Livesley WJ, West M, Tanney A (1985) Historical comment on DSM-III schizoid and avoidant personality disorders. *Am J Psychiatry*, 142: 1344-47.
- Löwe B, Spitzer RL, Williams JB ve ark. (2008) Depression, anxiety and somatization in primary care: Syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry*, 30: 191-9.
- Luyten P, Blatt SJ (2007) Looking back towards the future: Is it time to change the DSM approach to psychiatric disorders? The case of depression. *Psychiatry*, 70: 85-99.
- Malt UF (1986) Teaching DSM-III to clinicians. Some problems of the DSM-III system reducing reliability, using the diagnosis and classification of

- depressive disorders as an example. *Acta Psychiatr Scand*, 73 (Suppl. 328): 68-75.
- Mayr E, Bock WJ (2002) Classifications and other ordering systems. *J Zool Syst Evol Research*, 40: 169-94.
- McWilliams N (2011) The Psychodynamic Diagnostic Manual: An effort to compensate for the limitations of descriptive psychiatric diagnosis. *J Pers Assess*, 93: 112-22.
- Mellsop GW, Menkes DB, El-Badri SM (2007) Classification in Psychiatry: Does it deliver in schizophrenia and depression? *Int J Ment Health Syst*, 1: 7. Published online 2007 December 3. DOI: 10.1186/1752-4458-1-7.
- Millon T (1999) Reflections on psychosynergy: A model for integrating science, theory, classification, assessment, and therapy. *J Pers Assess*, 72: 437-56.
- Möller HJ (2009) Development of DSM-V and ICD-11: Tendencies and potential of new classifications in psychiatry at the current state of knowledge. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63: 595-612.
- Öztürk MO (2001) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara. Nobel Tıp Kitapevleri, s. 187.
- PDM Task Force (2006) Psychodynamic Diagnostic Manual. Silver Spring Md. Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Regier DA (2007) Dimensional approaches to psychiatric classification: Refining the research agenda for DSM-V: An introduction. *Int J Methods Psychiatr Res*, 16: S1-S5. DOI: 10.1002/mpr.209.
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS ve ark. (1993) The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 85-94.
- Regier DA, Narrow WE (2002) Defining clinically significant psychopathology with epidemiological data. *Defining Psychopathology in the 21st Century*, JE Helzer, JJ Hudziak (Ed), Washington DC. American Psychiatric Publishing, s: 19-30.
- Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA ve ark. (2009) The Conceptual Development of DSM-V. *Am J Psychiatry*, 166: 645-50.
- Reiser MF (1988) Are psychiatric educators "losing the mind"? *Am J Psychiatry*, 145: 148-53.
- Robert JS, Plantikow T (2005) Genetics, neuroscience and psychiatric classification. *Psychopathology*, 38: 215-8.
- Robins E, Guze SB (1970) Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 126: 983-7.
- Rosch E (1978) Principles of categorization. *Cognition and Categorization*, E Rosch, BB Lloyd (Ed), Hillsdale NJ. Erlbaum, s. 27-48.
- Rottman BM, Ahn W, Sanislow CA ve ark. (2009) Can clinicians recognize DSM-IV personality disorders from Five-Factor Model descriptions of patient cases? *Am J Psychiatry*, 166: 427-33.
- Sorias S (2000) Çoğul kişilik bozukluğu tanısının geçerliği. *Türk Psikiyatri Derg.*, 11: 251-68.
- Sorias S (2011a) Tanı koyma süreci ve çoğul tanılar sorunu. *Psikiyatride Güncel*, 1: 81-90.
- Sorias S (2011b) Bilimsel devrimler ve yeni Kraepelincilik. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14: 51-8.
- Üstün TB (2002) WHO perspectives on international classification. *Psychopathology*, 35: 62-6.
- Vaillant GE (1984) The disadvantages of DSM-III outweigh its advantages. *Am J Psychiatry*, 141: 542-5.
- van Os J (2009) A salience dysregulation syndrome. *Br J Psychiatry*, 194: 101-3.
- Vieta E, Phillips ML (2007) Deconstructing bipolar disorder: A critical review of its diagnostic validity and a proposal for DSM-V and ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 33: 886-92.
- Wakefield JC, Schmitz MF, Baer JC (2010) Does the DSM-IV clinical significance criterion for major depression reduce false positives? Evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 167: 298-304.
- Wampold BE, Ahn H, Coleman HLK (2001) Medical model as metaphor: Old habits die hard. *J Couns Psychol*, 48: 268-73.
- Widiger TA (2007) Dimensional models of personality disorder. *World Psychiatry*, 6: 79-83.
- Widiger TA, Hurt SW, Frances A ve ark. (1984) Diagnostic efficiency and DSM-III. *Arch Gen Psychiatry*, 41: 1005-12.
- Widiger TA, Samuel DB (2005) Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-fifth edition. *J Abnorm Psychol*, 114: 494-504.