Bilim, Psikiyatri, DSM'ler

Dr. E. Cem ATBAŞOĞLU[1], Dr. Sinan GÜLÖKSÜZ[2]

ÖZET

Bu yazıda, DSM-5'in hazırlanması sürecinin psikiyatride bilimsel yönteme ilgiyi canlandırması fırsatıyla, günümüz psikiyatrisinin sorunlu alanlarını bilim felsefesi bağlamında ele almayı amaçladık. DSM'nin yaygın kullanımının bilimi ve hekimliği büyük ölçüde belirlediği, dolayısıyla günümüz psikiyatrisinin temsili sayılabileceği kanısındayız. DSM-5'te betimsel yaklaşımın geçerli kalacağı, kategorik tanıların ağırlıkta olacağı anlaşılmaktadır. DSM-III'ten beri var olan bu yaklaşımın temel gerekçesi, asıl hedef olan geçerlemenin koşulu olan güvenilirliği sağlamaktır. Aradaki sürede sinirbilimlerinin yeni teknolojiden yararlanan yetkin gözlem ve deneyleri sayesinde davranış-düşünce-duyguya ilişkin bilgide büyük artış olmuştur; ancak bilgi, psikiyatrinin (DSM'nin) tanımlarına değil, bunların bileşenleri olan ama hiçbirine özgü olmayan belirti boyutlarına ilişkindir. Bilgi artışının klinik psikiyatriye atfedilmesi, kavramsal tanımların doğal görüngüler (beyin hastalıkları) olarak tanınmasına, psikiyatride kanıta dayalı tıbbi modelin başarılı olduğu-olacağı yanılgısının pekişmesine, gerek psikopatoloji bilgisine dayalı anamnezin gerekse tıbbi değerlendirmenin ihmaline neden olmaktadır. Duygu-düşünce-davranış belirtileri karmaşıktır, kültürel özelliklerle çeşitlenir, dahili-nörolojik değerlendirmeden bağımsız kalarak biyolojiye-psikolojiye indirgenemez. Hekimlikte ve bilimde yanılgıdan ve zarar vermekten kaçınmak için nöropsikiyatri uzmanlığının tekrar tanınması ve eğitimin buna göre düzenlenmesi uygun bir yol olabilir.

Anahtar Sözcükler: DSM, DSM-5, epistemoloji, metodoloji, psikiyatrik tanı, sınıflandırma sistemi

SUMMARY

Science, Psychiatry, and the DSM

The upcoming publication of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), provides an opportunity to revisit the seldom-addressed methodological issues in contemporary psychiatry. We think that DSM widely determines the scientific and clinical orientation of the discipline, and therefore provides a good vantage point to critique the current psychiatric methodology. The main scientific problem is a perseverative attempt at validating descriptively defined disorders that are standardized and simplified to achieve diagnostic reliability. Lack of a single psychiatric phenomenon that is valid, i.e. natural, for initiating any reduction limits research to inductive-probabilistic methods, basically correlational analyses. Furthermore, reduction in psychiatry is typically directed at basic sciences, neglecting general medical diagnoses as possible intermediary correlates. The subcategory "Due to a General Medical Condition" is elusive, and the biopsychosocial approach does no more than strengthen the brain-disease illusion surrounding DSM definitions by justifying psychiatry as a branch of medicine while failing to stipulate detailed medical assessment and discouraging psychopathology-based clinical reasoning. It is therefore no surprise that, although our understanding of the neural basis and mechanisms of behavior has improved along with advances in the neurosciences, not a single DSM disorder has been validated by the discovery of a specific cause, pathophysiology, or structural abnormality since the adoption of the descriptive approach in 1980. New knowledge involves single traits or dimensions of mood, thought, or behavior, none of which are specific to any disorder. The optimum approach today would be to redefine the discipline as neuropsychiatry.

Key Words: Classification system, DSM, DSM-5, epistemology, methodology, psychiatric diagnosis

Geliş Tarihi: 07.10.2012 - **Kabul Tarihi:** 16.01.2013

Destek bilgisi: Bu makale, Avrupa Topluluğu 7. Çerçeve Programı (Hibe anlaşma No. HEALTH-F2-2009-241909, Project EU-GEI) tarafından kısmen desteklenmiştir.

[1]Prof., Psikiyatri AD., Ankara Üniv. Tıp Fak., Ankara Üniv. Beyin Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara. [2]Asis., Psikiyatri, Psikoloji Bl., Maastricht Üniv. Tıp Merkezi, Hollanda.

Dr. E. Cem Atbaşoğlu, e-posta: *aoglu@medicine.ankara.edu.tr*

doi: 10.5080 / u7220

GİRİŞ

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (American Psychiatric Asssociation, APA) sınıflandırma kitapçığının (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) beşinci sürümü (DSM-5) 2013'te yayımlanacaktır. Taslak 2012'de resmi internet sitesinden izlenmeye açılmış, iki ay süre ile görüş ve öneriler toplanmıştır (DSM-5 2012). Haberleşme ve etkileşimin internet sayesinde artışı 1994'te son sürümün yayımlanmasından sonraya denk gelmektedir; bundan ötürü, DSM-5, resmen görevli olan uzmanlar dışındaki kişilerin hazırlık sürecini izleyip görüş bildirme olanağını buldukları ilk DSM olacaktır. Bunun yanı sıra, görevlendirilen ya da gönüllü olanlar arasından seçilen merkezler ve uzmanlarca taslağın işlerliği denenmektedir; Görev Grupları'nın üzerinde çalıştıkları tanılar ve çalışma süreçleri hakkında yazdıkları makaleler ve taslak ölçütlerin denendiği bağımsız çalışmalar yayımlanmaktadır. DSM-5, muhtemelen, yayımlanmasından önce üzerinde en çok bilimsel yayın yapılan sürümdür.

Bu yazıda, DSM-5'in hazırlanması sürecinin uzun süredir genel psikiyatri yazınında pek az yer verilen bilimsel yöntem sorunlarına yönelik ilgiyi canlandırması fırsatıyla, günümüz psikiyatrisinin bilimsel yönelimindeki sorun alanlarını ve çıkmazlarını ele almayı amaçladık.

DSM-5 dolayımıyla psikiyatrinin yöntem sorunlarına ve çıkmazlarına değinmeyi hedeflemek, DSM'nin günümüzün psikiyatri kuramını ve uygulamasını temsil ettiği görüşünde olmayı gerektirir. Bu makalenin yazarları, DSM'nin kuramsal çerçeve, psikiyatrik bozukluğun doğasına ilişkin varsayımlar, kurama ve uygulamaya içkin değer seçimleri bakımından, günümüzün psikiyatri anlayışını temsil ettiği kanısındadır.

Makalede DSM'nin çağdaş psikiyatri anlayışını yansıttığı görüşümüzü temellendirdikten sonra psikiyatrinin araştırma ve uygulamadaki yöntem sorunlarını açımlamaya çalışacağız.

Ayrımları bilim felsefesi bağlamında önem taşıyan sözcükler, Hançerlioğlu'nun (1977) Felsefe Ansiklopedisi'ndeki anlamlarıyla kullanılmaktadır. Varlık, bilinçten bağımsız olarak var olan evren anlamındadır: Atom, DNA, taş, hayvan... gibi. Olgu (vakıa, *fact*), gerçekleşmiş olana (olay; "Taş yere düştü." gibi), belli koşullarda gerçekleşeceği mutlak olana (olam; "Bırakılan nesne yere düşer." gibi), ya da bunları düzenleyen yasalara (yerçekimi gibi) işaret eder. Görüngü *(phenomenon)*, duyularla algılanabilen her şeye karşılık gelir; varlıklara (taş gibi) ya da olgulara (taşın yere düştüğü/düşeceği bilgisi ya da yerçekimi gibi) işaret edebilir.

1. DSM çağdaş psikiyatrinin temsili sayılabilir. Nasıl?

DSM'nin 1980'de yayımlanan Üçüncü Sürümü (DSM-III) (American Psychiatric Association 1980), öncelikle, psikiyatrik rahatsızlık tanımında ve bunların ele alımında kökten değişiklikler yapma hedefi ile hazırlanmıştır; getirdiği asıl değişiklikler tanı yöntemindedir: (1) Bütün belirtilerin anlaşılmasında, açıklanmasında tıbbi model benimsenmiştir. (2) Değerlendirmenin belirtilerle sınırlı kalmayıp genel tıbbi durumu ve psikososyal özellikleri de içermesi amacıyla, beş eksenli bir tanı sistemi tanımlanmış, hastaların biyopsikososyal model içinde ele alınması salık verilmiştir. (3) Etiyolojik açıklamalar, kanıtlanmış olmadıklarından, tanı kategorilerinin hiçbirinde temel alınmamış, tanı ayrımı yalnızca duru (sarih), yalın tanımları yazılan belirti kombinasyonlarına dayandırılmıştır. (4) Muayene ve tanıda güvenilirlik, öncelikli hedef olarak belirlenmiştir. Bu amaca yönelik olarak, (i) önceki sürümlerde etiyolojik açıklamalara dayalı olan tanımların yerini betimsel tanımlar almıştır, (ii) tanının psikopatoloji kuramlarına dayalı açıklamalara, klinik akıl yürütmeye ve sezgiye dayanarak değil, nesnel gözlem ve standart muayene yöntemleri ile konmasına yönelik düzenlemeler yapılmıştır. Bu yaklaşım kuramsızlık diye anılır; tanı kategorilerinin tanımları etiyolojiden bağımsızdır, salt betimlemeye dayalıdır; tanıların işaret ettiği görüngüler hastalık değil bozukluktur.

DSM-III'teki diğer bir yenilik, tanı ölçütlerinin yanı sıra klinik tanımlar ve belirtilerin tariflerinden oluşan bir Metin bölümü içermesidir. Bu bölüm dahil edilerek düşünüldüğünde, DSM'yi kitapçık değil kitap saymak daha doğru olur: Temel psikiyatri bilgisini ve psikiyatride tanı koymanın yöntem ve ilkelerini kapsayan bir kitap. Üçüncü Sürüm'le birlikte DSM'nin benimsenme oranının ve etkisinin bütün dünyada yaygınlaştığını da dikkate alırsak, diyebiliriz ki, ABD'de psikiyatrik tanı kategorilerinin ve tanı koyma sürecinin standardize edilmesi ve tanı güvenilirliğinin yükseltilmesi amaçlarıyla hazırlanan bu kitapçık, yıllar içinde Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırmasından, Psikiyatrinin Kitabı'na dönüşmüştür.

Bu dönüşümde ABD'nin tıbbın öncelikli sorularını ve klinik uygulamayı belirlemedeki baskınlığının yanı sıra, DSM'nin temel alındığı alanların çeşitlenmesi de etkili olmuştur: Bugün DSM, çok sayıda ve çeşitli hedef ve yetkileri dolayımıyla, endüstri, hukuk, siyaset gibi birçok alanda merkezi bir etkiye sahiptir. Başlıca örnekler: (1) İlaç endüstrisinin işleyişi, (2) Birçok ülkede Sağlık Otoritesinin hizmetin önceliği, ücretlendirmeye değer ya da geri ödemeye tabi olup olmayacağı gibi kararlarını biçimlendirecek olan, hizmetin gerekliliğinin gerekçelendirilmesi, işe yaradığının kanıtlanması gibi bilgilerin elde edilişi ve sunumu, (3) İster devletçe sunulsun ister serbest piyasa koşullarına tabi olsun, sağlık hizmetinde öncelikli alanların seçilmesi, dolayısıyla, tanı ve tedavi işlemlerinin ücretlendirilmesinde dikkate alınan bütün maddeler, (4) Cezadan muafiyetin tanımı gibi yasal düzenlemeler.

DSM'nin tarihi, DSM-III ile sonraki sürümlerin nasıl biçimlendiği ve uygulamadaki etkileri daha önce kapsamlı makalelerde ele alınmıştır (Andreasen 2007, Jablensky 1999, Grob 1991, Wilson 1993); bu yazıda bu konuya yer ayrılmayacaktır.

2. Modern bilim

Modern bilimin tanımı ve ilkeleri, mantıksal görgülcülük (ampirisizm) ile mantıksal pozitivizme dayalıdır (Rosenberg 2005): Bilim, mutlak ve kanıtı olan bilgiyi ya da olasılığa dayalı ve genellenebilecek nitelikte bulguyu hedefleyen, nesnel gözleme ve araştırmaya dayalı bir etkinliktir. Görüngüleri tanımaya ve aralarındaki neden sonuç ilişkilerini keşfetmeye yöneliktir. Bu hedefler, ne, neden, nasıl sorularının cevabıdır. Hakikat, bu soruların cevaplarından (açıklamalar ve tahminlerden) ibarettir. Görüngüler, varlıklarını açıklayan ve tahmin eden yasalara tabidir.

2.1. Açıklamanın ve tahminin başlıca yöntemleri

Mutlak bilimsel açıklama ve tahminler, tümdengelim (*deduction*) niteliğindedirler. Tümdengelimsel ve yasalara dayalı (*deductive-nomological*) (Tg-Yd) bir uslamlama, hem açıklama hem tahmin niteliği taşır; başka bir deyişle, öncülleri ile vargısı ancak ve ancak birbirlerini gerektirir. Örnek: Öncüller: Serbest düşmeye bırakılan bütün nesneler yere düşer, ivme 9.81 m/sn²'dir, düşme süresi yüksekliğe bağlıdır, bir taş 5 metreden serbest düşmeye bırakılmaktadır. Vargı: Bu taşın yere düşme süresi 1 saniyedir.

Tümdengelimlerin bağlayıcı koşulları olabilir. Bunun iyi bilinen örneklerinden biri, normal koşullar diye anılan basınç ve sıcaklık değerleridir. Koşula bağlılık, açıklamayı mutlak olmaktan çıkarmaz; ne var ki, çoğu görüngü, açıklayan denklemleri deney koşulları dışında sağlayamayacak kadar karmaşıktır.

Gözlemin-bulgunun genellenmesine ve olasılık hesabına dayalı bilimsel açıklamalar, tümevarımlardır (*induction*). Yaşam bilimlerinin, sosyal bilimlerin ilgi alanındaki çoğu görüngü, tümevarımsal ve istatistiğe dayalı (*inductive–statistical*) (Tv-İ) modele uyan savlarla açıklanmaya çalışılır (Weber 2011). Örnek: Öncüller: Huntington hastalığının (HH) ara alelini taşıyanlarda (trinükleotid tekrar sayısı 36-39 olanlarda), 75 yaşta HH ortaya çıkmış olanların oranı % 75 bulunmuştur (Quarrell ve ark. 2007), Ali'nin CAG tekrar sayısı 39'dur. Vargı: Ali'de % 75 olasılıkla HH belirtileri vardır ya da ilerde ortaya çıkacaktır.

Tümevarımlarda öncüller ile vargı tümdengelimdeki gibi simetrik değildir (Hempel ve Oppenheim 1948); yani açıklama ile tahminin birbirlerini ve yalnızca birbirlerini gerektirdikleri söylenemez. Ali'de bir HH belirtisi (söz gelişi kore) varsa ve elimizde CAG tekrar sayısının 39 olması dışında bilgi yoksa, korenin (olgunun) HH ara aleliyle yapılan açıklanması bilimsel sayılabilir. Ancak, Ali hakkındaki her ek bilgi, kore için yeni açıklama seçenekleri ortaya çıkarır. Ali'nin yaşının 30 olduğunu biliyoruz, diyelim. Koreyle seyredebilen başka bir hastalıkta (X hastalığı olsun) 30 yaşta kore görülme oranı %99 bulunmuşsa, korenin HH ara aleliyle yapılan açıklamasını bilimsel saymak için önce Ali'de X hastalığı olmadığından emin olmamız gerekir.

Araştırma bulgularının yorumundaki tümevarımın sağlam olması için, öncelikle geçerli olması, yani vargıya mantık hatasına düşmeden varmış olması gerekir. Bu da, açıklanan ve açıklayan olguların niteliğine ve örneklemdeki dağılımlarına uygun olan mantık-matematik işlemlerinin seçilmesi demektir. İstatistik yöntemleri, karmaşıklık dereceleri olgunun ve gözlemin-deneyin karmaşıklık derecesine göre değişen olasılık hesaplarıdır; mantık-matematik yalnızca zorunlu olana işaret eder; o halde, olasılığı doğru hesaplamanın ön koşulu, hangi mantık-matematik işlemlerinin seçileceğine doğru karar vermekten ibarettir. Aynı varsayımı sınayan araştırmaların, varsayımın dayanakları sağlam olduğu halde vargılarının uyuşmadığı olur; bunun birçok nedeninden biri, araştırmalardan en az birinin, verilerini olgularının ve bulgularının özelliklerine uygun olmayan işlemlere tabi tutmuş olmasıdır.

Tümevarımların geçerli oldukları halde sağlam olmama olasılıkları hiçbir zaman 0 olamaz; genellemelerin hatalı olma olasılığı tanım gereği 0'dan büyüktür. Bilimsel açıklama olarak sunulan tümevarımlarda, hata olasılığının ihmal edilebilecek kadar düşük olduğunun gösterilmesi gerekir. Hata olasılığının istatistiğe başvurmaksızın görmezden gelindiği de olur.

Tümevarımın sağlam olmasının, temel aldığı tanımlarla ilgili koşulları da vardır: Güvenilirlik ve geçerlik (Hayran ve Hayran 2011).

Bu savlar, istatistikteki ara değişken, varyans, korelasyon ve regresyon analizleri, açıklanabilen varyansın yüzdesi, ihtimal oranı, değişkenlerin etkileşiminin etkisi gibi tanımların ve bunlarla yapılan işlemlerin dayanağıdır. Tıbbi bilimlerin de aralarında olduğu çoğu bilimde hemen hemen bütün araştırma bulguları bu tür işlemlere tabi tutulur; yeni bilimsel bilginin çoğu, bu işlemlerin sonuçları olan (tümevarımlarla ulaşılan) çıkarsamalardır (Toulmin 1976); tümdengelimler-yasalar değildir.

2.2. Nesnellik, tarafsız merak, değerden bağımsızlık

Nesnellik, bilimsel incelemenin vazgeçilmez özelliklerinden biri olarak sayılır. Buna göre, bilimci ile görüngü (inceleyen ile incelenen) arasında meraktan başka bir bağ olmamalıdır. Merak, tanımı gereği, olumlu ya da olumsuz bir yükü olmayan bir yaşantıdır. Çoğu bilimin kültüründe, gözlem yansız ve değer yükünden bağımsız bir edim sayılır.

Nesnelliğin ve değer seçimlerinden bağımsız kalmanın gerekli olduğunu ya da mümkün olduğunu gerekçelendirmek, kanımızca kolay değildir. Değer seçiminden kaçınmanın mümkün olup olmadığını, şu iki önermeden birini temel alarak düşünmeliyiz: (1) Bazı araştırma sorularının kendileri değer seçimi içerir; değer seçimi, soruya içkindir. (2) Dolaylı olsa dahi, bütün soruların (bilimin konusu olabilecek her şeyin) değer yargıları bakımından bir karşılığı olması kaçınılmazdır. Bu ikinci önerme, bilimde mutlak nesnelliğin olanaksızlığını bildirir; psikiyatriyle ilişkili bilimlerde özel bir önem taşımaz.

İlk önerme, normal-anormal, sağlıklı-sağlıksız gibi, zorunlu olması olanaksız ayrımları içeren bilim dalları için önemlidir. Hatta davranış bilimleri, sosyal bilimler gibi alanlarda, olasılık hesaplarının ve genellemelerin kapsayan yasalarla (*covering laws*) (Hempel ve Oppenheim 1948) bir tutulmaları hatasının bir nedeni, araştırma sorularına ya da vargılarına içkin değer yargılarının fark edilmemesidir.

Özetle, bilimde mutlak nesnelliğinin bir hüsnü kuruntu olduğu kanısındayız; bu yanılgının nedenlerinden biri, sorulardaki değer yükünün (Fulford 1994) farkına varılmamasıdır.

2.3. Varsayımlardan tümdengelimlere ulaşma yöntemi: indirgeme

Bir görüngünün varsayım halindeki açıklamalarını sınamakla işe başlayıp, akla yatkın olanları (istatistik işlemleriyle çürütülemeyenleri) birleştirmek, böylece ilerleyerek tümdengelim niteliği taşıyan açıklamalara (yasalara) ulaşmak, varsayımdan tümdengelime ulaşma yöntemidir (*hypotheticodeductive method*).

İndirgeme, bu yöntemin temel işlemidir: Karmaşık, çok etmenle ilişkili görünen, tek ve mutlak değil birden çok nitelikle tanımlanan olguları, tek ve mutlak bir nitelikle tanımlanan bileşenlerine ulaşarak açıklamaya çalışmak, bu olgulara güvenilir tanımları olan temel bilimsel karşılıklar aramak, yani olguları mümkün olan en temel ve güvenilir karşılıklarına indirgemek.

İndirgeme, başarılabildiğinde, bir görüngüye Tg-Yd bir açıklama getirir. Asıl hedef, görüngülerin fiziksel karşılıklarını keşfetmek ve bunları fizik yasalarıyla açıklamaktır. Örnekler: Biyolojik görüngülere ilişkin varsayımları sınayarak, bunların kimyasal karşılıklarına ve açıklamalarına ulaşmaya, yani biyolojide Tv-İ genellemelerle yaptığımız açıklamaların yerine kimya yasalarına dayalı Tg açıklamalar koymaya, biyolojiyi kimyaya indirgemeye çalışırız. Biyolojinin ilgi alanındaki bir görüngü kimyada mutlak yasaya tabi bir vaka olarak muamele görebiliyorsa, kimyasal açıklaması yapılmış, Tg bir açıklamaya ulaşılmış, yani biyolojik görüngü kimyaya indirgenmiş demektir. Bunun gibi, kimyasal görüngüler de fizik yasalarına bağlanacak, fiziğin vakalarına dönüşecektir.

Elde geçerliği (gerçekliği) mutlak olan tek bir tanım bile bulunmayan alanlarda görüngüleri fiziğe indirgemeye çalışmak, şuna denktir: Varsayımsal tanımlarla yapılan araştırma sonuçlarına dayanarak yeni varsayımsal tanımlar yapmak, sonra gene varsayım-sınama/olasılık-genelleme yöntemiyle daha geçerli tanımlara ulaşmak, bu yolu izleyerek fiziktekiler gibi kesin (kapsayan) yasalara ulaşmayı hedeflemek. İşte bu, gerekçelendirilemeyecek bir yöntemdir, çünkü bu görüngülerin mutlak geçerliğinin gösterilmesi zaten fiziğe indirgenebilmelerine (olabilecek en yalın karşılıklarının tanımlanmasına, açıklamalarının tamamlanmasına) denktir. Bilimci bu amaca ulaşabilmek için ister olasılığa dayalı çıkarsamalara ister mutlak kanıt aramaya yönelmiş olsun, başlarken en az bir mutlak gerçekliğe dayanması (en az bir geçerli tanıma sahip olması) gerekir. Böyle bir dayanak yoksa, geçerlemeleri başlatabilecek nitelikte doğal bir görüngü yok demektir, o zaman da ancak benzerlik derecesi araştırılabilir, geçerlik 0 ile 1 arasında değişir, bu doğal değerlerden birini hiçbir zaman alamaz. Matematik terimleriyle söyleyelim: Geçerlik rasyonel olabilir; doğal olamaz.

3. Hekimlik ve bilim

Modern hekimliği bilimsel olarak nitelemek, şu iki önerme kümesinin ilkini ya da her ikisini onaylamaya denktir: (1) Mesleğin bilime dayalı işlemesi gereklidir, mesleğin bilime dayalı işlemesi mümkündür. (2) Mesleğin bilime ve yalnız bilime dayalı işlemesi gereklidir, mesleğin bilime ve yalnız bilime dayalı işlemesi mümkündür.

Bilimselliğin özel önem taşıması, en makul yöntem olmasına, bunun etik olarak en uygun tutum olmasına, ya da ikisine birden bağlı olabilir. Hekimliğin bilime dayalı işlemesinin gerekliliği şöyle gerekçelendirilebilir: İnsan yaşamı, esenliği değerlidir; bunun üzerinde sorumluluğu ve yetkisi olan kişi, mümkün olan en yüksek düzeyde güvenilirliği ve geçerliği olan bilgiyi kullanmalıdır; hekimlik, karmaşık görüngülerin ele alındığı, üst düzey bilişsel yetilerle (edinilmesi, uygulanması, benimsenmesi güç olan bilgi, beceri ve tutumlarla) yürütülen bir meslektir; hatanın bedel-olasılık oranı yüksektir; bu bilgiyi sağlayacak, gerekli beceri ve tutumu belirleyebilecek olan, bilimden daha uygun bir etkinlik yoktur.

Tıpta bilimselliğin gerekliliğine karşı çıkmak kolay değildir; en azından, yukarıdaki önermelerin bazılarını açımlamak bile uzun ve ayrıntılı bir tartışma gerektirir. Ne var ki, çoğu kişide, hekimliğin bilime ve yalnızca bilime dayalı işlemesi gerektiği ve bunun mümkün olduğu düşüncesi yaygındır, ki kanımızca bunun için yeterli gerekçe yoktur.

Hekimlikte bilime ve yalnızca bilime dayalılık ne gereklidir ne de mümkündür. Neden? (1) Hekimliğin tanımında bilim ilkelerine mutlak bağlılığı zora koşan değer seçimleri vardır; hastanın sağlığı ve esenliği bütün hedeflerden önemlidir. (2) Meslek, öznel yaşantıdan, olumlu-olumsuz duygudan bağımsız kalınması güç bir bağlamda, insan ilişkisi bağlamında yürütülür. Sağlığı, esenliği için çalışılan, çaba gösterilen kişilerin ya da onların simgelediği hastalık kavramının karşısında bilimciden beklenen mutlak kayıtsızlık tutumunu benimsemek ya da sürdürmek güçtür. (3) Bilimsel cevaplar vermenin mümkün olduğu soruların çoğu Tv-İ yönteme dayalı araştırmalarla ele alınabilir, bunların da birçoğu hata olasılığı düşük genellemeler yapmayı güçleştirecek kadar karmaşık görüngülere ilişkindir. O halde, klinik bilimlerde yöntemi sağlam araştırma yapmak, mümkün olsa dahi güçtür.

Modern tıpta bilimsellik yüksüz bir yöntem değil, değer yükü taşıyan (olumlu bulunan) bir tutumdur; kanıta dayalılığın

önem kazanmasıyla birlikte bu değer yükü de pekişmektedir. Bunlardan olsa gerek, hekimliğin bir bilim değil meslek olduğu gözden kaçabilmektedir. Tıp bilimi gibi çelişkili ifadeler, bütün hekimlerin bilim adamı olarak görülmesi eğilimi, bu yanılgıyı yansıtır.

Tıbbi bilimler ifadesini benimsiyoruz, çünkü bu ifade, tıpla bilimin ayrı etkinlikler olduğunu, uygulamaya temel oluşturan bilginin mutlak bilimsel nitelikte olmayabileceğini teslim etme olanağı veriyor. Bunlar, kimyadan sosyolojiye birçok bilimin alt dalları olabilir. Ortak özellikleri, yöntemlerinin çoğunlukla genelleme ve olasılık hesaplarına dayalı olmasıdır. Ne var ki, gelişkin teknolojiye atfedilen değerden ötürü, teknolojiye dayalı araştırmalar olgulara değil olasılıklara işaret etseler bile, daha önce mutlak ve görgül yöntemlerle ulaşılmış ve halen sağlam dayanaklar olarak kullanımda olan zengin bilgi birikiminin önemini gölgeleyebilmektedirler. Örnek: Haloperidolün dopamin DA2 reseptörlerine bağlanacağı mutlak bilgidir, ama belli bir psikoz hastasının ne dozda haloperidol ile ne kadar düzelme göstereceği bilgisi mutlak değildir. Hücre kuramı ve mitotik bölünme, eski, sağlam ve mutlak bilgilerdir; belli bir kanser türünde ileri teknoloji ürünü olan yeni bir tedavi araştırmasının bulgusu olan ortalama yaşam süresi ise, istatistiğe dayalı olan ve genellenebilecek kadar sağlam olduğunda dahi her bir hasta için doğruluğundan emin olamayacağımız bir tümevarımdan ibarettir. Uygulamada bu bilgileri temel almak rasyoneldir, ama bu bilgiler doğada olanın ya da olacak olanın bire bir karşılığı değildir.

Çok sayıda ve tanımlarının yalınlık-güvenilirlik derecesi farklı olan bilimlerin bulgularına ihtiyaç duyan mesleklerle ilgili bir yanılgı vardır: Mesleğin beslendiği bilimler arasında Tg-Yd modele en uygun, en yalın, bulguları en kesin olanın bu nitelikleri, meslekle ilgili bütün araştırmalara, böylece dolaylı olarak, çoğunluğu olasılık genellemeye dayalı olan, uygulamaya ilişkin kılavuz niteliğindeki bilgilere atfedilir. Dahası, mesleğin konusu olan görüngülere ilişkin bilimsel araştırmaların canlandığı, ilişkili bilimlerde önemli atılımlar yapılan, mesleğin ya da ilişkili bilimlerin kültürdeki yerinin genişlediği, tanınmışlığının arttığı dönemlerde, bu yanılgının güçlenmesi olasılığı artar. Bu yanılgıları yansıtan ve sık rastlanan bir ifadeyi örnek verelim: "Şizofreni bir beyin hastalığıdır." derken, bu tanıma uyan kişilerde elde edilmiş –üstelik sayısı epeyce düşük olan- mutlak bilim bulgularının kesinliğini klinik bir dala atfetmiş oluyoruz.

Mesleğe ait uygulamaları geliştirmeyi hedefleyen bilimlerin mutlaklığını o mesleğin bilgi birikimine (açıklamalarına, tahminlerine) ve uygulama yöntemlerine-kılavuzlarına atfetme eğilimi, mesleğin bazı niteliklerinin etkisiyle de ortaya çıkarabilir. Tıp için, özellikle psikiyatri için, bunların başlıcaları şunlardır: (1) Müphem görüngülerin yalın olanlardan daha çok olması, (2) uygulamayı belirleyebilecek mutlak bilginin (kapsayan yasaların) sınırlı olması, (3) mesleği uygulayana önemli sorumluluk yükleyen birçok kararın yasalara değil olasılık hesabına ve değer seçimlerine dayanması, (4) mesleğin yönelik olduğu nesnenin, uygulayanın öznellik eğilimini artırma olasılığı, (5) belirsizliğe tahammül ederek çalışmanın güçlüğü, böylece mutlak dayanak ihtiyacının daha çok hissedilmesi, (6) meslek eğitiminin bilim eğitimi olmayışı, dolayısıyla mesleği edinmek üzere eğitim alanların bilimsel araştırma değil hekimlik yapmak üzere yetiştirilmeleri, buna rağmen kararlarının kanıta (eleştirel bir bakışla değerlendirebilecekleri varsayılan bilimsel araştırma bulgularına) dayalı olmasının beklenmesi.

Tıbbi uygulama salt bilimsel temellere dayalı sayılır ve öyle tanıtılırsa, hekimliğin, salt bilime dayalı işlemesi mümkün ve makul olduğu halde bilimsel temelinin eksik olduğu sanılır; açıklanması kolay olmayan olumsuzluklar (güncel bilgiye uygun tedavilerdeki başarısızlıklar vb.) bilimsellikteki kusurlara yorulabilir; bunlar mesleğin saygınlığını zedeler. Uygulayıcıların yöntem seçimlerinin felsefi bir gerekçelendirmeye dayalı olduğu tabii ki seyrektir; meslek eğitimi felsefe değil bilgi ve teknik içerir. Farklı yöntem seçimleri kuramsal terimler ve genellemeye dayalı araştırmaların birbiriyle çelişkili olabilen sonuçları temel alınarak savunulduğunda, görüş ayrılıklarının (kararlardaki farkların) bilim temelli olmadığı gözden kaçabilir, hatta mutlak bilim temelli olamayacağı hiç akla gelmez. Hekimlik uygulamasının, akıl yürütme tarzındaki kişisel farklarla, değer seçimleriyle, ait olunan kurumların yönelimiyle biçimlenen birçok niteliği vardır; bunlara ilişkin çoğu tartışmanın bağlamının bilim değil de etik ya da politika olduğu gözden kaçar.

4. Psikiyatrinin gerekçelendirilmesi güç olan bilimsel dayanakları

4.1. Güvenilirlik

Bir kategorinin güvenilirliğini yükselten iki özellik, (i) tanımının duru olması, (ii) fark edilmesini kolaylaştıracak bir özelliğe (şiddet, cesamet gibi) sahip olması, yani görüngünün şiddetli, büyük, mütebariz, aşikâr... olmasıdır.

Bu iki özelliğin bağımsız olduğunu (birbirlerini gerektirmediklerini) hatırlatalım: Mars'ın tanımıyla Ay'ın tanımı arasında duruluk bakımından fark yoktur, ama Ay'ın herkesçe her zaman doğru tanınma olasılığı daha yüksektir. Mars'ın fark edilmesi ve doğru tanınması olasılığı, zamana, bakan kişiye ve başka birçok koşula bağlı olarak değişebilir. Öte yandan, gene tek bir özellikle tanımlanan ama ortak özelliği aşikâr olmadığından çıplak gözle bakıldığında homojen sayılamayan bir görüngü, örneğin bitki, tanımlayıcı mikroskopik özelliği dışındaki birçok özelliğine bağlı olarak, bazı koşullarda güvenilirlik bakımından Mars'tan geride kalabilir. Bunun gibi, tanımı nicelik içeren (rüzgâr gibi) ya da çok ölçütlü olan (meyve gibi) görüngüler, güvenilirliğin teşhis eden kişiye ve koşullara göre değişebileceğini gösteren başka örneklerdir. Bunların

tıptaki benzerlerine, yukarıdaki dört örneğin sırasını izleyerek şu örnekleri verebiliriz: Tiroidit, tanımı duru olan, ama fark edilmesi ve doğru tanınması olasılığı belirtilere, bakan kişiye ve başka birçok koşula bağlı olarak değişen bir tanıdır. Akne vulgaris, tanımlayıcı mikroskopik özelliği dışında, örneğin şiddetine ve cesametine bağlı olarak, bazı koşullarda güvenilirlik bakımından tiroiditten geride kalabilir. Tanımı nicelik içeren (diyabetes mellitus) ya da çok ölçütlü olan (şizofreni) görüngülerin güvenilirliği de, gene, teşhis eden kişiye ve koşullara göre değişebilir.

Bir kategorinin güvenilirliği mutlak bir nitelik değil, kategoriyi tanıyacak kişiye, kişinin tanımak için yardımcı bir gereç kullanıp kullanmadığına, kategorinin tanınacağı koşullara göre değişebilen bir nitelik ise, tanı güvenilirliği ile kastedilen nedir? Araştırmalarda sunulan sayısal güvenilirlik ölçüleri, tanıyacak kişiler topluluğunun ortalamasını temsil edenler arasında, tanıma ediminin gerçekleştiği koşulların ortalamasını temsil eden bir koşulda sağlanması beklenen güvenilirlik düzeyidir; yani bir kestirimdir. Bunun tıbbi tanıdaki karşılığı şudur: Hekimlik uygulamasının ortalamasını temsil eden koşullarda, ortalama düzeyde bilgi ve deneyime sahip hekimler arasında sağlanması beklenecek olan isabet ve uyuşma.

Bir tanının tanımında hastanın öznel yaşantısının anlaşılmasını, bunun için kullanılan lisanda hasta ile doktorun uyuşmasını, doktorun empati ile ve kuram doğrultusunda ek gözlem-soruşturma yapmasını gerektiren özellikler ne kadar çoksa, tanının güvenilirliği o kadar düşük olur ve yeterli sayılması için o kadar çok eğitim gerekir.

Eğitim, ister bilgi aktarımı, ister beceri kazandırma, ister tutum benimsetme olsun, kuramdan bağımsız tanımlanamaz. Bundan ötürü, DSM-III oluşturulurken hem kuramsızlığın hem güvenilirliğin hedeflenmiş olmasının anlaşılır gerekçeleri olmakla birlikte, kuramsızlık ve standart ölçütlere dayalı tanı ilkeleri, şu soruyu cevapsız bırakır: Ölçütlerde tanımı yapılan özellikler teşhisleri için kuramsal donanım gerekmeyen, deneyimsiz birinin alıştırma yaparak uzmanla uyuşma sağlayabileceği belirtilerden ibaret ise, görüşülen kişinin ifadelerinin ve klinik bulguların deneyime dayanarak yoruma tabi tutulması beklenmiyorsa, gerekli bilgi beceri ve tutumu edinmek için tıp eğitimi neden gerekli olsun?

Bu tür görüşmelere dayanarak tanı koymanın makul olmadığını söyledik; ama tanımsız olduğunu iddia edemeyiz. Hatta, psikiyatri bilim temelinde işleyecekse, bunun en uygun muayene ve tanı süreci olduğu görüşü de yaygındır. (Örnekler için; Compton ve Guze 1995, Feighner ve ark. 1972, Robins ve Guze 1970, Spitzer ve ark. 1978). Ne var ki, bunu onaylamak, çelişkili olan şu iki önerme kümesinden birini reddetmeyi gerektirir: (1) Psikiyatri mesleği, tıbbın bir dalıdır; bu mesleği icra etmek için önce tıp sonra psikiyatride uzmanlık eğitimi gerekir. (2) Psikiyatrik değerlendirme için gereken, soru sorma, cevabı anlama ve bunu yazılı olarak kaydetme becerileridir.

Standart tanı ölçütlerinden şaşmamaktan yana olanların yukarıdaki eleştiriye verdikleri karşılıklardan en yaygın olanı şudur: "Psikiyatri uzmanı, tanı ölçütü olan her bir özelliğin belli bir vakada var olup olmadığına zaten bilgi ve becerisini kullanarak ve uygun tutumu benimseyerek karar verir. Dolayısıyla, standart tanı uygulaması ile kasıt, aslında her bir standart ölçütün karşılanıp karşılanmadığına hekim gözüyle bakıp (hekimlik bilgisi ve becerileri, görüşme becerileri ve uygun hekim tutumu ile) karar vermektir." Bu savı yanlışlayamayız, ancak görüşümüz odur ki, psikiyatrinin DSM merkezli ve standart görüşmeyi muayene sayan anlayışı eğitime de yansımıştır, psikiyatri uzmanına yukarıda tarif edilen hekim bakışını kazandıracak nitelikte değildir, çünkü uzman adayına kazandırdığı görüşme ve anamnez alma becerileri, psikopatoloji bilgisi ve deneyimi yetersizdir. Üstelik, tıpta, özellikle dahili dallarda, hele psikiyatride, nesnellik mutlak olamaz; çünkü, insan ilişkisi bağlamında incelenen hasta da, tıpkı belirtiler ya da sendromlar gibi, hekimin açıklayacağı görüngüler arasındadır. Hekimin bilgi beceri deneyim düzeyi ne kadar yüksek olursa olsun, tanı değerlendirmesinin ya da tedavi planının öznellikten etkilenmesi olasılığı hep vardır; azaltılması, ancak özel bir çabayla ve disiplinle mümkün olabilir. Bu da, klinik uygulamada tatminkâr olabilir, ama bilimin keskin mutlaklık ve güvenilirlik koşullarını tam olarak sağlayamaya yetmez.

4.2. Tanı güvenilirliğini düşüren etmenler

4.2.1. "Genel Tıbbi Duruma Bağlı (GTDB)" kategorisi

DSM'de, GTDB oluşan klinik tabloların ayrı bir kategori olarak ele alınması öngörülür. Bunun amacı, GTDB olmayan psikiyatrik tanıların nedene ilişkin kuramdan bağımsız ele alınma ilkesi bakımından homojen tutulmasıdır. GTDB bozukluklar, daha önce organik sıfatı ile kategorize edilmiş olanlardır. Bu ilkenin sorunlu yanları şunlardır:

1) Organik ya da fonksiyonel, güvenilir nitelikler değildir. Tıpta fonksiyonel nitelemesi birden çok anlamda kullanılır: (i) Tanı koyduracak ya da bütün belirtileri açıklayacak özgüllükte bir yapısal bozukluğun (makroskopik ya da mikroskopik) gösterilemediği hastalıklarda (ii) "Yapısal lezyon gösterilemiyorsa, rahatsızlığın biyolojik karşılıkları dikkate alınamayacak kadar önemsizdir." yanılgısından ve yerleşik zihin-beyin, ruh-beden ikiliğinden hareketle, bünyevi (organik, biyolojik) değil çevresel (psikososyal) etmenlere bağlı olduğu düşünülen hastalıklarda. Dolayısıyla, yapısal–işlevsel ayrımı, aslında, eldeki olanaklarla gösterilebilen–gösterilemeyen ya da basit karmaşık ayrımından ibarettir ve nitelediği klinik görüngüden çok, o görüngüye ilişkin bilgi düzeyine işaret eder. Organik denenin teşhisi için tıp eğitimi gerekli ve yeterli sayılsa da, tanıda güvenilirliğin yetersiz olduğu durumların çoğu karmaşık olanlardır; bütün vakalar için değilse bile, müphem tabloların ayrımı için uzmanlık gerekir. Yaklaşık yüz yıldır benimsenmiş olan hiyerarşik tanı yöntemi gereği, potansi-

yel organik nedenleri diğer dallar, çoğu zaman nöroloji arar, fonksiyonel olduğuna karar verilen vakalar psikiyatriye sevk edilir. Bu yaklaşımla, şu üç husus göz ardı edilmiş olur: (i) Psikiyatrik bozukluklardaki bedensel belirtiler azımsanamayacak çeşitlilikte ve çokluktadır. (ii) Psikiyatrinin alanı dışında kalan birçok bozukluk davranış, düşünce, duygu belirtileriyle seyredebilir. (iii) Bedensel belirtiyle davranışsal belirtinin tek nedene bağlanmasının mümkün olduğu birçok rahatsızlık, ancak belli bir dalın konusu olarak ele alınmaksızın, genel tıbbi değerlendirmeyle ve iyi aranırsa bulunur. Konversiyon bozukluğunu örnek verelim: Bu tanının nörolojik tanılardan ayrımına ilişkin yerleşik bilgilerin hiçbirinin geçerli olduğuna yeterli delil yoktur; üstelik, gerek yakın zamandaki araştırmalar (Gould ve ark. 1986, Nicholson ve ark. 2011), gerekse kendi deneyimimiz, bu ayrımda hiçbir ölçütün yeterince güvenilir olmadığına işaret etmektedir. Aralarında kötünün iyisi sayılabilecek bir ölçüt varsa, bu da belirti kümesinin hiçbir nörolojik bozukluk tanımına uymamasıdır. Bu ölçüt, nörolojideki dışlama işleminin, dolayısıyla nörolojik tanının ve tanı sürecinin (koşullar, hekimin yetkinliği vb.) güvenilir olması koşuluna bağlıdır; oysa standart nörolojik muayenede davranış, düşünce, duygu belirtilerinin de bulunduğu nöroloji tanıları gözden kaçabilmektedir (Stone ve ark. 2006).

2) GTDB bozukluklar, GTDB olmayan benzerlerinden ayrı sınıflandırılsalar da tanımları gereği klinik özellikler bakımından GTDB olmayan karşılıklarına benzeyen tablolardır. Ancak bütün DSM kategorileri çok ölçütlü ve dolayısıyla birden çok belirtinin kombinasyonlarından oluşan heterojen klinik tablolar olduğundan, GTDB bozukluk tanılarının da kendi içlerinde homojen olması mümkün değildir. Söz gelişi, GTDB anksiyete bozukluğu tanısı konan hastaların yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konanlardan daha az çeşitlilik gösterdiğine delil olacak yayımlanmış bir araştırma bulgusu yoktur. Bundan ötürü, GTDB bozuklukların GTDB olmayan karşılıklarına ne kadar benzer ya da bunlardan ne kadar farklı olacaklarının kesin olarak söylenmesi mümkün değildir. Bunların değişmeyen ortak özellikleri, tanı koyan tarafından, psikiyatrik olmayan tıbbi nedenlere bağlanmış olmalarıdır. O halde, GTDB bozukluk tanısını ve dolayısıyla bu kategoriye sokulan klinik tabloları belirleyen etmenlerden biri, tanı koyanın bu konudaki yetkinliğidir; bu tanılara güvenmek için, karmaşık klinik özellikleri değerlendirmedeki yetkinlik düzeyini de standart saymak gerekir; ancak, bunu telkin eden bir veri yoktur. Gündelik psikiyatri uygulamasında GTDB kategorisine gereken önemin verildiğinden kuşkuluyuz. GTDB olduğu halde GTD'nin tanısı gözden kaçırılıp da "asıl" psikiyatrik bozukluklardan birinin tanısı konan bozukluklar, bu "asıl" psikiyatrik bozuklukların heterojenliğini daha da yükseltmektedir. Bunun dışında, psikiyatrik bozuklukların henüz nedeni bulunamamış olan beyin hastalıkları olduklarının ısrarla vurgulanması şu iki soruna yol açmaktadır: (i) Kuramda, bunların saf görgül yöntemlerle araştırılabilecek kadar güvenilir (iç tutarlılığı yüksek) görüngüler oldukları yolundaki inancın sorgulanmasını engelleme (ii) Uygulamada, psikiyatrik bozuklukların betimsel tanısı konduktan sonra, tipik olmama, komorbidite gibi GTDB olma olasılığını akla getirebilecek, "organisite telkin eden" özelliklerin bile görmezden gelinmesi olasılığını yükseltme, dolayısıyla, psikiyatri uygulamasında genel tıbbi değerlendirmenin ağırlığını azaltma.

Son yıllarda psikiyatrik bozukluk tanılarının başka ruh sağlığı profesyonellerince konmasının neden yanlış olduğu sorusuyla karşılaşıldığında psikiyatri adına konuşan ve bunun hatalı olduğunu gerekçelendirmeye çalışan psikiyatri uzmanlarının savlarının zayıf kalmasının başlıca nedenlerinden biri buydu: Hem belirti sorgulamaya ve beyana dayalı tanı koymakta ısrar etmek; hem biyopsikososyal model gibi müphem bir yönteme dayanarak, gene bu modelle birlikte benimsenen kanıta dayalı olma ilkesiyle düpedüz çelişen psikodinamik yorumları ve sosyal müdahaleleri sunma-dayatma hakkını, uzmanlık eğitimini bu konularda zenginleştirmeksizin, saklı tutmak. Psikiyatrinin gitgide ne kuramsız ne de kuramı sağlam, daha ziyade kuramı kıt bir mesleğe dönüşmesi, işe kuramsız başlama adına, -basit olması gerektiği için- basit bir sınıflandırmaya kitap muamelesi yapması, aynı zamanda biyopsikososyal modele bağlılığı öne sürerek, hem hekimin hem de psikososyal kuramlara dayalı mesleklerin görev ve yetkilerine talip olmasının sonucudur. Hekimlerin psikiyatrik tanımlara geçerli hastalık antiteleri gözüyle bakmaları ve "beyin hastalığı" nitelemesini gelişigüzel vurgulamaları, bu atıf yanlılığını hastalar arasında da pekiştiriyor olabilir. Hastaların belirtilerinin nedenine ilişkin düşüncelerini araştıran geniş bir çalışma (Sunderland ve ark. 2008), GTDB nitelemesi ile tanı dağılımında dikkate değer bir değişiklik olmadığını göstermektedir.

3) GTD'lerle ilişkili olduğu herhangi bir nedenle daha önce ya da daha sağlam delillerle gösterilmiş olan bazı klinik tablolarda, GTDB adlandırmasının temel ilkesine (hekimin klinik görünümün başka bir tıbbi bozukluğa bağlı olduğu kanısına varması ilkesine) titizlikle uyulduğunu pek görmüyoruz, çünkü temel alınan kuram klinik uygulamanın niteliğini (yöntemi, mekânı, hatta uygun bulunan muayene süresini bile) belirliyor. Bazı örneklerde, klinik tablonun (belirtilerin tarifinin) değil, etiyolojiye ilişkin bilginin tarihi, bilgiye ulaşan dalın psikiyatri olup olmaması, hizmet koşulları gibi etmenlerin tesadüfi etkilerini görüyoruz. Sözgelişi, 22q11.2 delesyonu (velokardiyofasiyel sendrom, VCFS) ile şizofreni benzeri klinik tablo arasındaki ilişkiye ilk dikkat çekenler psikiyatriden değil genetiktendir (Lindsay ve ark. 1995); VCFS'de ortaya çıkan şizofreni benzeri sendromun çoğunlukla GTDB psikotik bozukluk değil şizofreni olarak anılması muhtemelen bu tesadüfün sonucudur; günümüzde bu klinik belirtilerin VCFS'ye bağlı olduğu düşünüldüğünde dahi, adlandırmada DSM ilkeleri ve kuralları doğrultusunda herhangi bir düzeltme yapılmamaktadır: "VCFS'de %6-30 oranında şizofreni görülür (Kobrynski ve Sullivan 2007)." Bunun tersi olabilecek

bir örnek, sifilisteki sinir sistemi tutulumudur. Artık hemen hemen hiç rastlanmayan bu tablonun adı kendisiyle birlikte silinmeye yüz tuttuğundan, küçük olasılık gerçekleşip de bir paralizi jeneral vakasıyla karşılaşacak olursak, sifiliste sanrılı bozukluk, şizofreni ya da demans ortaya çıkabilir demeyeceğiz. VCFS'de görülen "şizofreni" vakalarının "asıl" şizofreniye benzerliğinin sifiliste görülen "şizofreni" vakalarına kıyasla daha büyük olduğunu gösteren "kanıtımız" olmadığı halde, klinik belirtilere göre, GTDB psikotik bozukluk, sifilise bağlı demans ya da benzeri uygun bir ad kullanacağız.

4.2.2. Stigmatizasyona içkin tektiplik inancı

Stigmatizasyon dışla(n)ma ve hor gör(ül)meye işaret eder. Stigma sözcüğünde, bunun yanı sıra, olumsuz bir özelliğin ya da ıstırabın dıştan görülen dolaylı işareti (damgası) anlamı da vardır. DSM'nin bütün tanıları çok ölçütlü olduğu ve hiçbir bozukluğun patognomonik ya da tanıda daha değerli olan bir belirtisi tanımlanmış olmadığı halde, psikiyatride bazı belirtilere belli bozuklukların tanısında daha fazla önem verilebilmektedir. Çabuk "tanıma", tanı konma olasılığını yükselten bu belirtiler, söz konusu bozukluğun "stigmaları" gibidir. Örneğin, sosyal ve mesleki işlev kusuru, duygulanımda sığlık, düşünce yoksulluğu ya da ilaca bağlı parkinsonizm, şizofreni tanısının stigmalarına dönüşmüştür; her biri ayırıcı tanının aceleye getirilmesi ya da başka tanıların akla bile getirilmemesi olasılığını yükselttiği gibi, birlikte görülmeleri başka tanı konma olasılığını daha da düşürmektedir.

5. DSM-5 taslağı

DSM-5 hazırlıklarının başında, özgül belirtisi olmayan tanı kategorilerinin gerek klinik uygulamada gerekse araştırmalarda yetersiz kaldığı, belirti boyutlarının değerlendirilmesinin daha zengin bilgi sağlayabileceği dikkate alınmıştı. Taslağın şimdiki halinde boyutsal değerlendirmeler vardır, ama kategorik tanılar gene ağırlıklıdır.

Boyutsal değerlendirmenin en fazla ağırlık kazandığı tanılar kişilik bozukluklarıdır. Gene boyutsallığın önemi dikkate alınarak, obsesif-kompulsif bozukluk ile travma sonrası stres bozukluğu anksiyete bozuklukları kümesinden çıkarılmış, benzerleriyle birlikte ayrı birer spektruma temel oluşturmuşlardır. Duygudurum bozukluğu türleri ikiye düşürülmüş, spektrum nitelikleri temel alınarak oluşturulan iki temel duygudurum bozukluğu (depresif bozukluklar ile bipolar bozukluk ve ilişkili bozukluklar), diğer bütün türleri kapsayacak biçimde tanımlanmıştır.

Muhtemel nedenleri ve klinik görünümlerinin benzerliği nedeniyle yakın olan bozukluklarda boyutsal değerlendirmeye ve süreklilik (*continuum*) anlayışına verilen ağırlığın aynı olmadığı görülmektedir. Örneğin psikotik bozuklukların belirti boyutları için ayrıntılı bir değerlendirme öngörüldüğü halde, bipolar bozukluğun şiddet değerlendirmesi için kullanılacak olan ölçümler daha yüzeysel ve özgüllüğü daha düşük olanlardır.

DSM-5'e yönelik bir eleştiri, sınıflandırmanın belirlenmesinde ilaç endüstrisinin etkisinin önceki DSM'lerdekinden de belirgin olmasıdır. DSM-5 Görev Gruplarının üyeleri arasında ilaç endüstrisi ile bağları olanların oranı %70'tir (Cosgrove ve ark. 2009). Boyutsal tanı değerlendirmesine beklenenden az yer verilmiş olmasında, bundan kaynaklanabilecek bir yanlılığın etkisi olabilir. Çünkü birçok pahalı ilaç tedavisinin pahalı araştırmalar ve zorlu çabalar sonucunda onaylanmış olan resmi endikasyonları, hâlihazırdaki kategorik tanılara dayalıdır. Bunların yerini başka tanılar ve boyutsal belirti değerlendirmeleri alacak olursa, tedavi endikasyonlarında birçok yeni düzenleme, araştırma, onay başvurusu gerekli olacak, bu değişiklik endüstriye pahalıya mal olacaktır.

Önemli iki diğer değişiklik, tanı eşiğinin genel olarak eskisinden düşük olması (Frances ve Widiger 2012) ve yeni tanımlanan tanılardır. Önerilen yeni tanılar arasında en tartışmalı olanlar, silik psikoz sendromu (*attenuated psychosis syndrome*), yıkıcı duygudurum dengesizliği (*disruptive mood dysregulation*) ve internet bağımlılığıdır. Bunların ayrı tanılar sayılmalarına yetecek kadar delil olmadığı (Carpenter ve van Os 2011, Jairam ve ark. 2012, Pies 2009) dikkate alınarak, silik psikoz sendromu ile internet bağımlılığı resmi kategoriler arasından çıkarılmış, daha fazla araştırmaya gerek duyulan tanıların bulunduğu bölüme konmuştur.

Gerek tanı eşiğinin düşmesi, gerekse yeni tanı kategorileri, tedavi endikasyonlarını çoğaltarak gereksiz tedavi olasılığını yükseltecektir; tedavinin sağlayacağı yararın yan etkileri dengelemeye yetecek kadar büyük olacağından emin olunamaz.

5.1. Olumlu bir değişiklik: Araştırma Alanı Ölçütleri

DSM'yi temel alan araştırmaların etiyolojiye ya da tedaviye yönelik önemli gelişmelerin yolunu açmış olmadığı görülmüştür. Resmi sınıflandırmada kategorik tanıların tamamen bırakılması da çeşitli nedenlerden ötürü mümkün olmadığından, NIMH'nin önderliğinde Araştırma Alanı Ölçütleri (*Research Domain Criteria, RDoC*) geliştirilmesine çalışılmaktadır (Insel ve ark. 2010). Bu çalışma, bugüne kadar DSM tanı kategorilerinde sıkışmış araştırmacılar için ümit verici bir çıkış noktasıdır. Resmi hibe başvurularının, proje destek gerekçelerinin kategorik tanılardan bağımsızlaşması, patofizyolojik düzeneklerin daha sağlam yöntemlerle araştırılmasına katkıda bulunabilir.

5.2. DSM'nin görüş açısının en sorunlu özelliği: İndirgemenin başarılacağı inancı

Tıbbi görüngülerin bazılarının mutlak geçerliği çok önce sağlanmıştır; bunlar, tıp uygulamasının koşullarına, tesadüflere vb birçok etmene bağlı olarak keşfedilen tek etmenli açıklamalardır. Ne var ki, bugün psikiyatrinin alanında olan hiçbir

tanım artık bu tür tesadüflerin ya da sistemli çalışmayla biyolojiye indirgenmenin başarılmasının beklenemeyeceği karmaşıklıktadır. Kendler (2005) bunu "Psikiyatride artık spiroket gibi (yalın) bir keşif yapılamayacak." diye özetledi. DSM-5'te kategorizasyondan vazgeçilmeyişi, bu olanaksızlığın görmezden gelinmesidir.

5.3. DSM'nin temsil ettiği yontem değişikliği Kuhn'un kastettiği paradigma değişimi değil, tıpta ve bilimde yetke sahibi kişilerin ve kurumların tercihinden ibarettir

Kuhn (1970a) ilk 1962'de yayımlanan ünlü monografında, bilimdeki dönüşümlerin aslında kuramların birbirlerini indirgemeyle izlemesiyle, her bir kuramın bir öncekindeki hataları daha yalın açıklamalar bularak düzeltmesiyle değil, önceki kuramın tanım sistematiği (paradigması) ile cevap bulunamayacak sorular (bulmacalar) birikip geriye sadece indirgenmesi olanaksız sorular kaldığında (olağan bilimde bunalım baş gösterdiğinde) yeni bir tanım sistematiğinin (paradigmanın) oluşmasıyla gerçekleştiğini, bunları ilerleme değil kopuş, sıçrama olarak nitelemek gerektiğini söylüyordu. İlerleme, yani başarılan indirgemeler (daha yalın, kapsayıcı yasalarla yapılabilen açıklamalar) olağan bilim dönemlerinin süreçleriydi. Paradigmalar, sorular-tanımlar bütününün indirgenmesinin başarılmasıyla değil, başarılamaz olduğunda yeni olanın eskinin yerine geçmesiyle değiştiklerinden, birbirleriyle gelişkinlik bakımından karşılaştırılmaları olanaksızdı. Kuhn bu karşılaştırmanın uygun olmadığını ifade etmede kullandığı oranlanamazlık (*incommensurability*) sözcüğünü matematikten, rasyonel sayılarla ifade edilemeyen, dolayısıyla ölçümü irrasyonel olan çokluklardan esinlenerek kullanmıştı: Dik kenarlarının her biri 1 birim olan bir Pisagor üçgeninin hipotenüsünün uzunluğunun ($\sqrt{2}$'nin) kenarların uzunluğuyla karşılaştırılmasındaki gibi, ortak bir rasyonel faktörle (rasyonel bir sayıyla) ifade edilemeyen çokluklar ($\sqrt{2}/1= \sqrt{2}$), ya da rasyonel bir sayının irrasyonel bir sayıyla karşılaştırılmasındaki gibi, ifadenin (oranın) zorunlu olarak irrasyonel olacağı çokluklar: 7 ile $\sqrt{2}$ için $7/\sqrt{2}$, $\sqrt{2}$ ile 1 için $\sqrt{2}$.

Yukarıda, mutlak geçerlemenin Tv-İ modelde, varsayım sınamaya dayalı araştırmalarda tanımsız olduğunu, görüngülerin geçerlik derecesinin 0 ile 1 arasında değişebilmekle birlikte bu iki doğal değerden birini hiçbir zaman alamayacağını söylemiştik. Buna rağmen bu konuda kuramsal olarak akıl yürütüyoruz, hesap yapabiliyoruz, çünkü -yukarıdaki Kuhn sözcükleri ile ifade edecek olursak- böyle modellerde geçerlik doğal olmasa bile pekâlâ rasyoneldir. Bu, Kuhn'a göre olağan bilimde indirgemenin henüz mümkün olduğu dönemin işlemlerindendir. Bunu reddetmek için, görgülcülüğün en katı ilkesini benimsemek gerekir: Rastlantısal olanı gözlemek ve sınamakla sınırlı kalmak, doğayı anlama çabasına matematiksel zorunluluğu gerçek (geçerli) sayarak karıştırmamak.

Kopernik'in kuramını Ptolemy'ninkinden, Newton'ı Aristoteles'ten, Einstein'ı Newton'dan daha ileri, hakikate daha yakın bilmemiz, bugünden geriye bakarken düştüğümüz bir yanılgıdır. Çünkü bilimle tanıştığımız derslerde fizik bilgisi ve kuramları (yürürlükteki paradigmalar) bize kapsayan (her olguyu açıklayabilecek) yasalar olarak tanıtıldı; doğrulanmalarına en uygun, ama doğada olup biteni tam temsil etmeyen örnekler verildi; Kuhn'un "fen kitabı bilimi" dediği bilgiyi öğrendik: Bu kitaplardaki örnekler, öğrencilerin ilk defa karşılaştıkları kuramları tasavvur edebilmeleri amacıyla verilen, geçerli paradigmayı doğrulayıp öncekilerin "hatalarına" işaret etmeyi hedefleyen örneklerdir; bu ezberlerle ideal koşullarda yapılan deneylerde, eski ile yanlış, çağdaş ile düzeltilmiş, yanlıştan arınmış olan eş tutulur; geride kalanın şimdikiyle aynı tanımlarla oluşan sorulara cevap aramış ama yanılmış olduğu, şimdikinin onun hatasını düzelttiği yanılgısına düşülür. Paradigma kavramı daha sonra birçok bağlamda, anlamda, kimi zaman yanlış anlaşılarak kullanılmıştır. Bunda, Kuhn'un (1970b) Ek Yazı olarak yayımlanan 1969 tarihli konferansında açık yüreklilikle söylediği gibi, kavramı birden çok anlamda ve çoğu zaman müphem değişiklikler yaparak kullanmış olmasının payı vardır. Bu sözcük son yıllarda psikiyatriye ilişkin makalelerde, özellikle DSM-III'teki ilke ve yöntem değişiklikleri için de sık kullanıldı (Atbaşoğlu 1997, Sorias 2012, Wilson 1993). Psikiyatride paradigma değişikliğine benzettiğimiz, tanı ilkelerinde ve dolayısıyla klinik ve bilimsel yöntemdeki değişikliklerden ibarettir. Şöyle ki: (1) Aralarındaki temel fark yepyeni bir tanıma değil, antik çağdan beri bilinen, düşünülen, seçilen, bırakılan ayrımlara karşılık gelir (bünye-çevre, öznel-nesnel, fizik-metafizik…), (2) DSM-III'ün temel almış olduğu ve hâlâ geçerli olan tanımlar arasında önemli bir buluşun yolunu bizzat açarak gerçekliğini kanıtlamış (olgu niteliği kazanmış) olan yoktur, (3) DSM-III psikiyatrisinin tanımları DSM-II psikiyatrisinin yanlışları nedeniyle yoksun kalınmış olan herhangi bir tedavi ya da önleme olanağı sunmuş, yani uygulamaya konduğunda herhangi bir tartışmalı konuyu mutlak çözüme bağlayıp böylece görüş ayrılığı ya da tedavi tercihi gibi muğlaklıkları mutlak bir gerçeklik sunarak ortadan kaldırmış değildir. Tedavi olanaklarının 100 yıl öncesine göre daha geniş olduğunu söyleyebiliriz, ama (i) bunu sağlayan psikiyatrinin yönelim değiştirmesi değil, psikiyatriyi besleyen bilimlerdeki buluşlardır, (ii) yeni yöntemlerin hiçbiri bilimsel gerekçeleri ya da sonuçları bakımından hâlâ mutlak değildir, (iii) örnek gösterilebilecek başarıların hemen hepsi DSM-III'ten önceye aittir.

Psikiyatrik görüngüler için varsayımsal tanımlarla yapılan araştırma sonuçlarına dayanarak yeni varsayımsal tanımlar yapmanın, sonra gene varsayım-sınamaya/olasılık-genellemeye dayalı araştırmalarla daha geçerli tanımlara ulaşmanın ve bu yolu izleyerek fiziktekilere denk kesinlikte (kapsayan) yasalara ulaşmayı hedeflemenin mümkün olmadığı görüşünde olan birçok psikiyatrist vardır. Bu topluluk için, fiziğe

çevirme, indirgeme gibi bir hedef olmadığından, Kuhn'un doğa bilimlerinin tarihini analiz ederken oluşturduğu tıkanma (bunalım) da söz konusu değildir. Bunun gibi, psikiyatrik görüngüleri biyolojiye indirgeme çabasında ısrarlı olanlar da, farklı bir paradigmada, yepyeni tanımlara dayanarak soru soranlar, yani -Kuhn'un tanımına sadık kalarak uyarlayacak olursak- psikanalitik yöntemle araştırma yaparken artık cevaplanamayacak sorulara gelip tıkananlar, yani paradigmalarında bunalım başlayınca "Bu soruları artık biyolojiye dayalı yeni tanımlara dayanarak sormalıyız." diye düşünen ve böylece başka bir tanımlar bütünü benimseyen, bilimciler değildir; her iki kuramın tanımlarından da hep haberdar olagelmiş, birini daha elverişli ya da kendi donanımlarına daha uygun bularak seçmiş olanlardır. Kuhn'un paradigma değişimi ise birini ya da ötekini seçmek değil, öncekinden kopmuş olmaktır. Paradigma diye anılan iki yöntemler-bütününden birini benimsemenin nedeni, olsa olsa ötekini tanımamaktan ibaret olabilir. Her iki anlamda: Bir, bilmemek, öğrenmemiş ya da öğrenememiş olmak; iki, dikkate değer bulmamak.

Aslına bakılırsa, şimdi biyoloji-psikanaliz diye dile getirdiğimiz ikilik başka biçimlerde başka adlarla antik çağdan beri vardır; oysa doğa bilimlerinde, sözgelişi "mekanik mi görelilik mi?" diye özetlenebilecek, çağlar boyunca sürmüş bir tartışma sorusu olmamıştır.

Bugünkü psikiyatrinin (DSM'nin) sözde biyopsikososyal olan modelinde ele alınan birçok rahatsızlığın önce dahiliye-nörolojiye indirgenmeye çalışılmadan (GTDB kategorilerine gereken önem verilmeksizin; açığı, ancak dahiliye eğitiminden sonra uzmanlaşılabilecek bir nöropsikiyatri alt dalı olarak çalışılmaksızın) temel bilime indirgenmeye çalışılması, temel alınan tanımların güvenilir sayılmasıyla, güvenilir olacakları ümidiyle başlamış bir girişimdi. Geriye dönüp bakıldığında Aristoteles'ten sonra Newton'ı, ondan sonra Einstein'ı bilimsel devrim saymamızı sağlayan buluşlar gibisi yapıldı mı? Hayır. İlerleme, bu geçersiz tanımlara uygulanan temel bilimlerde ve teknolojide oldu. O halde, DSM-III'ün benimsenmesi, güvenilirliği olmayan (dolayısıyla geçerliğin tanımlı bile olmadığı) bir alanda, iki farklı bilimsel yönelimden birinin, gerek dönemin kültürel ikliminin etkisiyle, gerekse güvenilirliğin sağlanmasından sonra pozitivizme uyarak çalışılabileceği inancıyla, daha makbul sayılmaya başlamasıdır. Burada paradigma değişimi sayılabilecek dönüşüm, olsa olsa, DSM-III'ü hazırlayan topluluğun iyimser bir inançla yeni tanımlar yazmalarıdır. Devrimden beklenen ilerlemenin 30 yıldır hiçbir işareti görülmemiş olduğuna göre, DSM-5 bilimsel bir devrimin –dördüncü- ürünü değil, ancak yanlı bir bakış açısının bırakılamadığının göstergesi, ya da daha temkinli bir ifadeyle, kusurlu bir tanım sistematiğinden ibaret sayılabilir.

6. Sonuç, öneriler

DSM-III'ten itibaren benimsenen, DSM-5'te aynen devam eden psikiyatri anlayışı bir paradigma değişimini değil, daha çok politik ve ekonomik belirleyicileri olan ve değer seçimlerinin de etkili olduğu bir tercihi yansıtmaktadır. Bu tercihin bütün dünyada araştırmayı ve hekimlik uygulamasını etkilediği, 30 yıldan uzun süreli bir gözlemle görülmüştür. O halde, DSM-5'ten sonraki psikiyatri, şimdikinin klinik uygulamadaki kısıtlılıklarının ve bilimsel araştırmadaki yöntem sorunlarının aynılarıyla var olacak gibi görünmektedir.

Önerilerimiz şunlardır

1) Potansiyel sorunların farkında olmak ve gerektirdikleri şüpheciliği elden bırakmamak gerekir.

2) Psikiyatride alt konularda özelleşmenin akademide sınırlı bir yeri olsa da, hekimlikte vazgeçilmez bir bilgi ve beceri donanımına karşılık geldiği seyrektir. Söz gelişi, şizofreninin psikofarmakolojisi ya da bilişsel terapisi, uygulamada geçerli özelleşme alanları değil, bazı uzmanların -bütün uzmanlarda bulunması gereken donanımı şu ya da bu nedenle daha çok kullanıma soktuklarından- sistematik olmayan gözlemlerinin daha çok olmasından ibarettir. Bugünkü yaklaşım, en başta öğrenilmesi gerekenleri (ayırıcı tanı, görüşme becerileri, psikopatoloji tanısı) ihmal etme pahasına, geçerliği şüpheli olduğu halde saygınlığı olan özel alanlardaki ayrıntılara özel önem atfederek hem vakit kaybettirmekte, hem geçerlik ve uzmanlaşma yanılgısını pekiştirmektedir. Etiyolojisi ve gerektirdiği becerilerin bu kadar çeşitli ve zorluk derecesi bakımından bu kadar farklı olduğu rahatsızlıklarla ilgilenen bir dalda, hekimin her türden hastayla karşılaşma olasılığı dışlanamayacağına göre, bir de geçerlik güvenilirlik hâlâ ciddi sorunlarsa, hekimin uygulamasını biyolojik psikiyatri, psikodinamik psikoterapi gibi aslında kısıtlı araştırma alanlarından ibaret olan konuları meslekte uzmanlaşma sayarak sınırlandırmasının -etik ya da epistemolojik değil, başlı başına- klinik (teknik) bir hata olduğuna dikkat çekmek isteriz. Psikiyatrinin klinik eğitiminde zorlamalı geçerlik iddiasından vazgeçip dahiliyenin bir alt dalı olarak, nöropsikiyatri odaklı olmasıyla, daha başarılı hekimler yetişir.

3) Bilimde, indirgemeye yönelmek için gereken, akademik özelleşmelerin ve bilimsel araştırmaların DSM tanılarını değil belirti boyutlarını temel almalarıdır. Bunun dışında, (i) veriyi sayıya dökmeden önce nitel çalışmaya ihtiyaç olduğu, (ii) tanımı yalın olan belirti boyutlarını tanımada dahi güvenilirliğin sabit değil eğitime bağlı olduğu, (iii) tanıda genel tıbbi değerlendirmenin ön koşul olduğu dikkate alınmalıdır.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. Baskı, Washington DC, American Psychiatric Association.

Andreasen NC (2007) DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. Schizophr Bull 33:108-12.

Atbaşoğlu C (1997) Psikiyatrideki paradigma değişimi ve "kurtarıcılık" kavramı: Betimsel yaklaşım psikiyatrist kimliğini nasıl etkiliyor? Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 5(2) (ek sayı): 35-9.

Carpenter WT, van Os J (2011) Should attenuated psychosis syndrome be a DSM-5 diagnosis? Am J Psychiatry 168:460-3.

Cosgrove L, Bursztajn HJ, Krimsky S (2009) Developing unbiased diagnostic and treatment guidelines in psychiatry. N Engl J Med 360:2035-6.

Compton WM, Guze SB (1995) The neo-Kraepelinian revolution in psychiatric diagnosis. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 245:196-201.

DSM-5 (2012) DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis. 15 Ağustos 2012 tarihinde http://www.dsm5.org adresinden erişildi.

Feighner JP, Robins E, Guze SB ve ark. (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry 26:57-63.

Frances AJ, Widiger T (2012) Psychiatric diagnosis: Lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. Annu Rev Clin Psychol 8:109-30.

Fulford KWM (1994) Closet Logics: Hidden Conceptual Elements in the DSM and ICD Classifications of Mental Disorders: Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification. JZ Sadler, OP Wiggins, MA Schwartz (Ed), Baltimore. The Johns Hopkins University Press, s. 211-32.

Gould R, Miller BL, Goldberg MA ve ark. (1986) The validity of hysterical signs and symptoms. J Nerv Ment Dis 174:593-7.

Grob G (1991) Origins of DSM-I: a study in appearance and reality. Am J Psychiatry 148:421–31.

Hançerlioğlu O (1977) Felsefe Ansiklopedisi, Kavramlar ve Anlamlar, 1. Baskı, İstanbul. Remzi Kitabevi.

Hayran M, Hayran M (2011) Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik. Ankara Omega Araştırma Organizasyon Eğitim Danışmanlık Ltd. Şti., s.29-30.

Hempel CG, Oppenheim P (1948) Studies in the Logic of Explanation. Philos Sci, 15:135-75.

Insel T, Cuthbert B, Garvey M ve ark. (2010) Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. Am J Psychiatry 167:748-51.

Jablensky A (1999) The nature of psychiatric classification: issues beyond ICD-10 and DSM-IV. Aust N Z J Psychiatry 33:137-44.

Jairam R, Prabhuswamy M, Dullur P (2012) Do we really know how to treat a child with bipolar disorder or one with severe mood dysregulation? Is there a magic bullet? Depress Res Treat 2012:967302.

Kendler KS (2005) Toward a philosophical structure for psychiatry. Am J Psychiatry 162:433-40.

Kobrynski LJ, Sullivan KE (2007) Velocardiofacial syndrome, DiGeorge syndrome: the chromosome 22q11.2 deletion syndromes. Lancet 370:1443-52.

Kuhn TS (1970a) The Structure of Scientific Revolutions: International Encyclopedia of Unified Science. Genişletilmiş 2. Baskı, cilt 2, O Neurath (Ed), Chicago. University of Chicago Press, s.1-173.

Kuhn TS (1970b) The Structure of Scientific Revolutions: International Encyclopedia of Unified Science. Genişletilmiş 2. Baskı, cilt 2, O Neurath (Ed), Chicago. University of Chicago Press, s.174-210.

Lindsay EA, Morris MA, Gos A ve ark. (1995) Schizophrenia and chromosomal deletions within 22q11.2. Am J Hum Genet 56:1502-3.

Nicholson TR, Stone J, Kanaan RA (2011) Conversion disorder: a problematic diagnosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 82:1267-73.

Pies R (2009) Should DSM-V designate "internet addiction" a mental disorder? Psychiatry (Edgmont) 6:31-7.

Quarrell OWJ, Rigby AS, Barron L ve ark. (2007) Reduced penetrance alleles for Huntington's disease: a multi-centre direct observational study. J Med Genet 44:e68.

Robins E, Guze SB (1970) Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. Am J Psychiatry 126:983-7.

Rosenberg A (2005) Philosophy of Science: A Contemporary Introduction. 2. Baskı, New York. Routledge.

Spitzer RL, Endicott J, Robins E (1978) Research diagnostic criteria: rationale and reliability. Arch Gen Psychiatry 35:773-82.

Sorias (2012) Yeni Kraepelinci paradigma bunalım belirtileri gösteriyor mu? Turk Psikiyatri Derg 23:117-29.

Stone J, Carson A, Sharpe M (2005) Functional symptoms and signs in neurology: assessment and diagnosis. 76(Suppl. 1): i2-i12.

Sunderland M, Slade T, Anderson TM ve ark. (2008) Impact of substance-induced and general medical condition exclusion criteria on the prevalence of common mental disorders as defined by the CIDI. Aust N Z J Psychiatry 42:898-904.

Toulmin S (1976) On the nature of the physician's understanding. J Med Philos 1: 32-50.

Weber M (2011) Methodology of social sciences: Max Weber. Reprint, Shils E, Finch HA (Ed), New Jersey Transaction Publishers.

Wilson (1993) DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. Am J Psychiatry 150:399-410.