

Mektup

DSM-5 TÜRKÇE ÇEVİRİSİ ÜZERİNE

DSM-5'in A.B.D.'de yayınlanmasından birkaç ay sonra Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu'nun gerçekleştirdiği Türkçe çevirisinin Hekimler Yayın Birliği'nce yayımlanması ve Türk hekimlerine kazandırılması övgüye değer bir girişim. Prof. E. Köroğlu DSM-IV ve DSM-IV-TR'yi de Türkçeye kazandıran, bir yarıyeni ve bir özel psikiyatri hastanesi kuran çalışkan ve üretken bir hekim.

Önceden şu temel noktayı vurgulamak isterim, çeviri gerçekten zor bir iştir. Bilim dili olarak gelişmesi çok ihmale uğramış olan Türkçeye çeviri ise özellikle zor bir iştir. Bilimsel yayınların çevirisinde hem bilim, hem dil danışmanlarından yardım alınmasında büyük yararlar olacağına inanıyorum.

DSM-5 çevirisinde ilk bakışta dikkatimi çeken ve çok önemli bulduğum nokta şudur: Çevirinin olabildiğince ve cesurca Türkçe yapılmasına çaba gösterilmesi. DSM-IV-TR ile karşılaştırıldığında bu çabayı daha iyi görebiliyoruz. Saygı duyduğum bu çabanın yanı sıra terimlerin çevirisinde önemli tutarsızlıkların ve çelişkilerin örneklerini de görmezden gelemeyiz. Bu çabanın, çevirinin kimi yerlerinde aşırılığa bile kaçtığı düşünülebilir. Hem terimler, hem metin üzerinde düşünmeye, tartışmaya değer bazı noktalar var.

Önce şu önemli bilgiyi vurgulamak isterim: Eğer bir sözcüğün ya da terimin çevirisinde kuşku doğuyorsa, yapılacak bir geri çeviri (bu durumda Türkçeden İngilizceye) bize büyük olasılıkla doğru olanı gösterecektir. Bunun örneklerini aşağıda vereceğim. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10'un Türkçeye çevirilmesi sürecinde bu tür geri çeviriler istemişti.

Bu yazıda DSM-5 Türkçe çevirisi üzerindeki tartışma götürülen çok sayıdaki noktadan ancak terimler açısından önemli bulduklarım ile ilgili tartışmamı örnekler vererek özetlemeye çalışacağım. Bu terimler başlangıçtaki sayfa numaraları Romen sayıları ile verilen "Sınıflandırma" ile ilgili bölümde hemen göze çarpmaktadır. Çevirinin tüm metnini umarım bir başka meslektaşım gözden geçirir. Önemli bulduğum noktaları tartışacağım:

- Kitap boyunca: "Specified=tanımlanmış; unspecified = tanımlanmamış" olarak, buna karşın "specify = belirlemek, belirleyiniz"; "specifier = belirleyici" olarak çevrilmiş. "Tanımlanmış, tanımlanmamış"ı İngilizceye geri çevirmeye kalkarsak karşılıkları "defined, undefined" olur. Bu da önemli bir çeviri yanlışlığını gösterir. Aynı çevirmenin DSM-IV-TR de doğrusunu yapmış olduğunu görünce DSM-5'de neden "tanımlanmış, tanımlanmamış" a geçildiğini anlayamadım.
- Bozuklukların ağırlık derecesini belirtmek için "mild, moderate, severe = ağır olmayan, orta derece, ağır" olarak çevrilmiş ki burada açık bir çeviri çelişkisi var. "Ağır olmayan" türünden bir belirleme hem "orta derece", hem "hafif" ağırlık niteliklerini içinde taşır ve bunun için "hafif" sözcüğünün yerine geçemez. Üstelik "ağır olmayan"ın geri çevirisi ancak "not severe" olabilir ve bu da hem hafif hem orta derece nitelermelerini içerir. DSM-IV-TR'deki "hafif" neden "ağır olmayan" yapılmış bilemiyorum.
- Sayfa X. İletişim Bozuklukları 315.35 Çocuklukta Başlayan Akıcılık Bozukluğu (Kekeleme): İngilizcede "fluency" sözcüğü doğrudan konuşma diliyle ilgilidir. Türkçede yalnız başına akıcılık çok farklı anlamlara gelebilir, akıcı konuşma, akıcı bir roman, akıcı maddeler ... "Konuşmada akıcılık" denmesi uygun olur görüşümdedir.
- Sayfa XII. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar: "Spectrum" karşılığında, artık siyaset dilinde hemen her anlama gelebilen "açılım" sözcüğünün kullanılması şaşırtıyor, düşündürüyor. "Otizm açılımı, şizofreni açılımı" gibi. "Spectrum" karşılığında "yelpaze" sözcüğü yadırganmamıştı ve sanırım oldukça sık kullanılıyor. "Açılım" sözcüğü hastalıkla birlikte kullanılınca kavramsal bir çağrışım doğurmuyor. "Spectrum" karşılığında "açılım" sözcüğü nasıl savunulabilir, bilemiyorum. Tıpta "açılım" sözcüğünün uygun bir kullanılışı "genetic expression= gen açılımı, genetik açılım" örneğinde görülebilir.
- Sayfa XVI. "Majör=yeğîn". "Yeğîn (majör) depresyon" (Yeğîn sözcüğü "Nörobilişsel Bozukluklar" bölümünde de kullanılmaktadır): Sözlüklerde "yeğîn =1. Zorlu, katı, şiddetli 2. Baskın, üstün". "Yeğîn" sözcüğünü Türkçenin değerli ustası Emin Özdemir'e sordum. Çağdaş Türkçenin günlük dolanımında kullanılmayan bir sözcük olduğunu ve kavramsal açıdan bir çağrışım üretmediğini söyledi.

Kuşkusuz “yeğîn” bir öneridir ve başka öneriler de yapılabilir. Majör depresyon denince başta gelen, önemi büyük olan, en sık görülen ve özgül belirtiler gösteren bir bozukluk türü anlaşılmalıdır. Burada “major” sıfatı salt hastalık derecesini göstermemektedir. Böyle olsaydı ağır, orta ya da hafif türden ağırlık derecelerini ayrıca belirlemeye gerek kalmazdı. “Major” sözcüğünün çok sayıda kullanım alanları (yarbay, müzikteki majör-minör, başta gelen, ana konu....) var. Doğrusu DSM’de neden bir de “minör” depresyon tanımlanmamış sorusu ile birlikte depresyonda “majör” sıfatının mantığı da sorgulanabilir. Ama çeviride “yeğîn” ve ayrıca içinde (majör) sözcüklerinin birlikte kullanılması da pek mantıklı görünmüyor. Belki ilk kullanılışında birlikte verilebilir ve sonraki kullanışlarda yalnızca “yeğîn” olabilirdi ama, “yeğîn” sözcüğü de çok saygın bir Türk dili uzmanında bile bir çağrışım üretmiyor!

Ayrı bir önemli nokta şudur: Depresyona Türkçe karşılık önermeyip, majör’e önermek hem dil, hem çeviri açısından sorundur. “Yeğîn depresyon” dil açısından dili bozan, çeviri açısından da çeviriyi bozan bir tutarsızlıktır. Tutarlı olması için ya “yeğîn çökkünlük” ya da “majör depresyon” olması gerekir.

Bu noktada birçok yerde “depressive” karşılığında “çökkün” sözcüğünün kullanılıyor olması da aynı dil tutarsızlığı sorununu göstermektedir. Gördüğüm kadarı ile çevirmen “depresif” demektense “depresyon” ya da “çökkün” terimlerini kullanmayı seçiyor. Ama “çökkünlük” de diyemiyor. Bir yerde “depresyon”, bir yerde “çökkün duygudurum” pek tutarlı olmuyor.

- 300. 4 kodlu “Persistent Depressive Disorder” (Dysthymia) = Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi): “Persistent” sözcüğü süren, sürüp giden anlamına gelebilir ama daha çok “ısrarlı, direşken” anlamında kullanılır. “Sürüp giden” ister istemez “süreğenlik-kroniklik” çağrıştırıyor. Oysa, bu bozuklukta tipik bir süreğenlik değil, tam ya da tam olmayan yatışmaların olabildiği, zaman zaman ağır çökkünlük dönemleri de görülebilen bir bozukluk tanımlanmaktadır. Bu nedenle, “süregiden” yerine “direşken” betimlemesi daha uygundur.
- Sayfa XVIII Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları: “Anxiety” karşılığında “kaygı” sözcüğü artık yaygınlaşmışa benziyor. Ancak, Prof. Dr. Aylin Uluşahin’le birlikte yayımladığımız “Ruh Sağlığı ve Bozuklukları” adlı kitabımızdaki şu tartışmayı bırakmış değiliz:

“Anxiety, anxiété” karşılığında daha çok psikologlarca ve kimi ruh hekimlerince kullanılan “kaygı” sözcüğünü uygun bulmuyoruz. Kaygı, genellikle nesnesi bilinen bir duruma ya da kişiye karşı duyulan merak, tasalanma ve endişe duygusudur. Örneğin, “annemin sağlığı konusunda kaygılanıyorum, Türkiye’nin ekonomik durumu beni kaygılandırıyor” gibi. Ayrıca kaygı sözcüğü birçok ruhsal bozuklukta görülen yoğun, zorlu bunalıyı karşılımlamaktadır. Örneğin, panik bozukluğundaki, çökkünlüklerdeki bunalıya kaygı demek klinik durumun gerçek fenomenolojisini yansıtmamaktadır.

Halk arasında da kullanılan “bunaltı” sözcüğünü hem kavramsal, hem klinik açıdan uygun görüyoruz.”

- Sayfa XVIII Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozuklukları: “Maddeye özgü kodlar ve ICD-9-CM ve ICD-10 kodlamaları için tanı ölçütlerine ve karşı gelen (ben koyulaştırdım) yazma işlemlerine bakın.” (Aynı “Not” değişik bozukluklarla ilgili olarak birçok yerde geçmektedir.)

Bu cümlede “corresponding = karşı gelen” olarak çevrilmiş. Tam tersi bir anlam çıkıyor. Geri çeviride “karşı gelen”= opposing, oppositional olabilir. Örneğin, “ona karşı gelen cezalandırılır” gibi. Çeviride “ilişkili yazma işlemlerine bakın” ya da “buna uyan yazma işlemlerine bakın” olması gerekir.

- Sayfa XX ve Sayfa 143: “Stress=gerginlik” (Akut gerginlik bozukluğu gibi); “Stressor = tetikleyici etken” olarak çevrilmiş. İngilizceye geri çeviri yaparsak “gerginlik=tension”. Burada “gerginlik” yanlış bir çeviridir. “Stres” hem etken, hem sonuç durumunu gösteren bir terimdir. Örneğin ağır stres altında kaldım gibi. Stressor stres durumunu yaratan etkidir. Ağır stressorla karşılaşma, postravmatik stres hastalığı gibi. “Stress”in hem kavramsal, hem çeviri karşılığı olarak “zor, zorlanma”, “stressor” ise “zorlayıcı, zorlanmaya yol açan etken” daha uygun görünüyor. “Akut zorlanma bozukluğu” gibi. “Trauma=örselenme” olarak çevrilmiş ve bu çok yerde kabul görmekte. “Posttraumatic stress disorder= örselenme sonrası gerginlik bozukluğu” önemli bir kavramsal ve çeviri sorunu taşıyor, yerine “örselenme sonrası zorlanma bozukluğu” daha uygun görünüyor. “Tetikleyici”ye gelince, stres yükü taşımayan birçok olayın tetikleyicisi olabilir. Örneğin beyinde birtakım kimyasal olayların birbiri ardına tetiklenmesi gibi. Geri çeviri yapılırsa “Tetikleyici etken=triggering factor” olur.
- 313.89 kodu ile “Disinhibited Social Engagement”= “Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu”: Bu çeviride önemli sorun “sınırsız” sözcüğü ile ilgilidir. Bir geri çeviri yaparsak, “sınırsız=unlimited” olur ve çeviri yanlışlığı ortaya çıkar. “Inhibited=kısıtlanmış, ket vurulmuş”. Toplumsal ilişkiler bağlamında kullanılıyorsa “çekingin” anlamını da taşır. Kitaptaki “Disinhibited” kavramı toplumsal ilişkiler bağlamında kullanılıyor. Bu nedenle Türkçe karşılığı “kısıtlanmamış, çekinmeyen, çekiniksiz, sınır tanımayan, ket vurulmayan” olabilir ya da daha iyisi bulunabilir.
- Sayfa XXI Çözülme (dissosiyasyon) Bozuklukları: (Türkçede disosiyasyon yazılacaksa tek “s” ile yazılması uygundur.)
- 300.12 Unutkanlık Çözülmesi (dissosiyatif amnezi): “Disosiyatif amnezi”nin çevirisi “Unutkanlık çözülmesi” olamaz, çünkü çözülen şey unutkanlık değil. Bozukluk, unutkanlığın çözülmesi değil, ruhsal bütünlüğün çözülmesine bağlı unutmadır. “Amnezi=unutkanlık” olamaz. Buradaki amnezi bellek yitimidir, unutmadır. Unutkanlığın farklı bir bilişsel durum olduğunu belirtmek gereksiz. Bu durumda “disosiyatif amnezi=çözülme unutmaması” ya da “çözülmeyle bağlı unutmama” olması gerekir.

Bunun gibi “Kaçış çözülmesi” değil “Çözülme kaçışı ya da Çözülmeyle bağlı kaçış”

“Gerçekdışılık çözülmesi” değil, “Çözülmeyle bağlı gerçekdışılık bozukluğu”

- Sayfa XXIII Beslenme ve Yeme Bozuklukları: 307.52 Pika (Çocuk hekimliğinde “toprak yeme” olarak da bilinir), 307.53 Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu: Rumination karşılığında “geri çıkarma” yetersiz kalıyor. Eylemin içinde “geri çıkarıp çıkarıp çiğneme” var. Geviş getirme tam çevirisi ama insana uymuyor. İngilizcede insana uyuyor, çünkü “rumination” aynı zamanda fazla düşünme, sürekli kurma anlamını da taşıyor. Tek sözcükle karşılık bulmak zorunda değiliz. Ben şimdilik “geri çıkarıp çiğneme” öneriyorum. Daha iyisi bulunabilir.
- Sayfa XXIV Dışa Atım Bozuklukları (*dışaatım olarak bitişik yazılması uygundur*): 307.6 Enürezis=ıdrar kaçırma değildir. İdrar kaçırma çocuklarda, yaşlılarda, sfenktör bozukluğu olanlarda, bazen de özel korkunç durumlarda karşılaşınca idrarın az ya da çok miktarlarda birden kaçırılışdır. Bunlara enüretik denmez. Enürezi olarak yazılmalıdır, “enürezi=istemsiz işeme”. Enkoprezi de istemsiz dışkılamadır.
- Sayfa XXIX Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders=Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları: “Disruptive=yıkıcı” için geri çeviri yöntemini kullanırsak, “yıkıcı=destructive” olur. “Disruptive” ve “destructive” sözcükleri eşanlam taşımıyor. “Disruptive” için “parçalayıcı, dağıtıcı, bozguncu” karşılıkları önerilebilir ama bir grup içinde tartışmadan öneride bulunamıyorum.
- Sayfa XXIX ve XXX Madde ile İlgili Bozukluklar: 291.81 Alcohol Withdrawal=Alkol Yoksunluğu: Bu başlık altında tartışılacak sözcük “yoksunluk”tur. İngilizceye geri çeviri yaparsak “yoksunluk=deprivation”. “Withdrawal” sözcüğü karşılığında “bırakma, kesme, kesilme” sözcükleri kullanılmaktadır. “alkolü bırakma, alkolü kesme” gibi. Kanımca her ikisi de uygun görünüyor. Aynı tartışma diğer maddeler için de geçerlidir.
- Cannabis Related Disorders = Kenevirle (Kannabis) İlgili Bozukluklar: “Kenevir” sözcüğü için gene İngilizceye geri çeviri yapalım= “Indian hemp”; bitkibilimsel adı Cannabis Sativa/cannabis Indica. Eskiden kenevirde üretilen keyif verici maddenin sayısız adları var ama en çok kullanılanlar yurt içinde “esrar, yurt dışında marihuana, hashish ve son zamanlarda cannabis”. Hepsinin de etkin maddesi tetrahidrokannabinol. Bunlar bilinen şeyler. DSM yazıcıları belki daha bilimsel havası var diye artık cannabis demeyi yeğliyorlar. Türkçede çok fazla adı var ama çok yaygın kullanılan “esrar” yerine “kenevir” kullanılmasının nedenini anlayamadım.
- Sayfa XLIII Kişilik Bozuklukları 301.7 Toplum dışı (Antisosyal) Kişilik Bozukluğu: “Antisosyal” teriminin Türkçe karşılığını yakalamak güç. “Toplum dışı” için bir geri çeviri yapacak olursak “asosyal” olur. Antisosyal kişiler genelde toplum dışı değil, toplum içi olurlar ama davranışları

toplum beklentilerine ters düşer. “Anti” eki aykırılık, karşıtlık belirler. Kanımca, “topluma aykırı kişilik bozukluğu” daha uygun.

- Sayfa XLV İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları ve İlaçların Diğer Yan Etkileri Antidepressan Bırakma Sendromu (Antidepressant Discontinuation Syndrome): “Discontinuation = sonlandırma, tedaviyi sonlandırma”. Bırakma, kesme sözcükleri “withdrawal” karşılığında sık kullanılmaktadır.
- Sayfa XLVI Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar: İlişki Sorunları, Çocuk Eğitimi ile İlgili Sorunlar: “Upbringing = eğitim” olamaz. Upbringing = yetiştirilme. “Çocuğun Yetiştirilmesi ile İlgili Sorunlar” olmalı. Eğitim de yetiştirilmenin içindedir.
- V61. 8 Anababadan Ayırıcı Büyüme: Burada da “upbringing=büyüme” olmuş. “Anababadan Ayırıcı Yetişme” (ya da “yetiştirilme”) olmalı.
- Birkaç yerde “functional=işlevgören” yazılmış. Çoğu yerde “işlevsel” kullanılmış. Hekimlikte yaygın olan “işlevsel”dir.
- Kitapta “abnormal=olağandışı” olarak çevirilmiş. Geri çeviri yapılırsa “olağandışı=unusual”. Olağandışı her şey anormal değildir ve anormal her şey olağandışı değildir. Anormal karşılığında “sapak, düzgünsüz” gibi sözcükler önerilmişse de hekimlikte anormal terimini atmak zor görünüyor!
- Bir başka dikkatimi çeken terim “hallucinogenic” karşılığında “varsandıran” sözcüğünün kullanılması. Hallüsinasyon karşılığında var sanmaktan “varsanı” (görme varsanları, işitme varsanları gibi) çok yaygın olmasa da birçok yerde benimsenmişe benziyor. Sandırmak fiilinden yararlanarak “varsandıran” sözcüğünü üretmek ilginç bir öneri gibi görünüyorsa da yaptırıcı, saptırıcı, sandırıcı, sindiren gibi sözcüklerdeki “duran” ekinin “genic” karşılığı olabileceğini sanmıyorum. Buradaki “genic=doğuran” olduğuna göre “varsanı doğuran” uygun görünmektedir.

Son olarak şu görüşümü vurgulamak isterim: Türkçenin bilim terimleri üretebilme bakımından esnek ve varsıl bir dil olduğuna inanıyorum. Yabancı bir dilden çeviri yaparken bilimsel terimlerin o bilim dalındaki uzmanlarla iyice tartışıldıktan sonra yayımlanmasının uygun olduğunu düşünüyorum. Yayımlandıktan sonra da eleştirilere, önerilere açık olunması ve sonraki basımlarda bu eleştirilere, önerilere özen gösterilerek değişiklik yapılması bilim dilimize önemli katkı sağlayabilir.

Kaynaklar

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı’ndan, çev. Köroğlu, E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

American Psychiatric Association, Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5, Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.

Prof. Dr. M. Orhan Öztürk,
e-posta: orhanozt@gmail.com

BİLİM, PSİKİYATRİ ve DSM’NİN DIŞINDA DÜŞÜNMEK: JOHNS HOPKINS YAKLAŞIMI

*E. Cem Atbaşoğlu ve Sinan Gülöksüz’ün
“Bilim, Psikiyatri ve DSM” yazısına yanıt;*

Sayın Yayın Yönetmeni,

Türk Psikiyatri Dergisi’nin bir sonraki sayısında yayınlanacak, Dr. Cem Atbaşoğlu ve Dr. Sinan Gülöksüz tarafından yazılmış olan “Bilim, Psikiyatri ve DSM” isimli geniş kapsamlı makalenin çok değerli olduğunu düşünüyorum. Bu makaleyi etraflıca gözden geçirdikten sonra yazarların DSM’nin (APA 2000) tanımlanmış ruhsal bozukluklara indirgeyici yaklaşımına ve DSM-III’ten beri olan sürümlerde ve yeni yayınlanan DSM-V’te (Kupfer ve ark. 2013) kullanılan metodolojide tatmin edici bir gelişme sağlanamamasına kısmen odaklanan eleştirilerine temel olarak katıldığım sonucuna ulaştım.

Yukarıda sözü geçen makalede dile getirilen eleştirilerin çoğuna katılmakla birlikte, okuyucuların ve yazarların dikkatini bu yazıda değinilmemiş olan ve DSM’nin yaklaşımındaki majör eksikliklerin çoğunu ele alan bir modele çekmek istiyorum. “Perspectives of Psychiatry”, Johns Hopkins Üniversitesi Hastanesi’nde geliştirilmiş, Johns Hopkins ve birçok başka enstitüde DSM-III’ün yayınlanmasından bu yana geçen 30 yıldır uygulanmakta ve öğretilmektedir (Çamsarı ve McHugh 2012, Chisolm ve Lyketsos 2012, Peters ve ark. 2012, McHugh ve Slavney 1998). Bu yaklaşım, psikiyatrik bozuklukları burada detayla anlatılacak olan 4 farklı etiyolojik perspektiften ele alarak anlamaya çalışan çoğulcu bir modeli temel almaktadır.

Bu perspektifler yaklaşımı, tanısız güvenilirliği arttırmak üzere geliştirilmiş olan DSM’ye alternatif bir model önermektedir. Bu yaklaşımın sonuç olarak tanısız geçerliği de sağlayacağı ileri sürülmektedir (Castro ve Billick 2013, Jablensky 2012). DSM, psikiyatrik bozuklukları belirtilerin kendini gösterme biçimlerine göre ve klinisyenlerin bu görünümlere ilişkin yorumlarına (bulgu) ve hastaların bu görünümlerle ilgili bildirimlerine (belirti) dayanarak tanı ve sınıflandırır.

DSM’nin yaklaşımı araştırma amaçları ve tanısız güvenilirlik bakımından çok yararlı olsa da klinisyeni belli bir sendromun doğasına ve ortaya çıkan bulgu-belirtilerin çekirdek etiyolojisinin ne olabileceğine ilişkin soru sormaya zorlamaz. Bu yaklaşım sadece psikiyatriye özgü olmayan, zooloji ve botanik biliminde de yaygın bir biçimde kullanılan alan rehberi yaklaşımıyla (field guide approach) benzerlik taşır (Law 1988, Brooker ve Kleinig 1983). Alan rehberi yaklaşımı belirli bazı biyolojik olguları nasıl göründüklerine göre güvenilir bir biçimde tanılamakta çok yararlı olabilse de değişik filojenik

kökenler arasında ayırım yapmakta veya neden bu biçimde göründüklerini ortaya koymakta yetersiz kalmaktadır.

DSM, üçüncü sürümünden beri, ruhsal bozuklukların doğasının daha iyi anlaşılmasına rağmen alan rehberi yaklaşımını kullanmakta ısrar etmektedir (Pomeroy ve Parrish 2012). DSM’nin eninde sonunda tanısız geçerliği de sağlayacağı ileri sürülmüş olsa da henüz bu amaca ulaşamamıştır. Aslında DSM’nin çözüm üretmekten çok yeni sorunlar yarattığı bile ileri sürülebilir.

Örneğin, alan rehberi yaklaşımına göre benzer bulguların değişik kombinasyonlarını gözlemleyen farklı gözlemciler, farklı hastalık ya da davranışsal bozukluk tanımlarını koyabilirler. Önemli örneklerden biri, DSM’de özgün bir etiyolojisi olduğu varsayılan özgün bir durum olarak yerini koruyan disosiyatif kişilik bozukluğudur (daha önce çoklu kişilik bozukluğu olarak anılmaktaydı). Yıllar boyu yapılan araştırmalar bu tanımın varlığını destekler sonuçlar vermemiş, aksine çoklu kişilik bozukluğunun suni olarak oluşturulmuş (artifactory) bir tanı olduğunu düşündüren aksi yönde kanıtlar elde edilmiştir (Kihlstrom 2005, McHugh 1995, McHugh ve Putnam 1995, FMSF 1992). Buna benzer örnekler DSM (alan rehberi) yaklaşımının nöral ve davranışsal bilimlerin yeterince desteklemediği, akla uygun açıklamaları olmayan belirli durumları dışarıda tutamadığını göstermektedir. Bu da DSM’nin her yeni sürümünde benzer durumlara daha fazla yer vermesinin belki de en önemli nedenidir. Tıbbın başka hiçbir dalında sınıflandırmalarda yer alan hastalıkların sayısı psikiyatri alanında son 50 yılda görülen artışı göstermemiştir ve bu durum kesin olarak bir açıklamayı hak etmektedir.

Perspektifler yaklaşımını açıklamaya geçmeden önce Atbaşoğlu ve Gülöksüz’ün tıp ve bilimin kesişimiyle ilgili ikinci argümanlarına katılmadığımı belirtmek isterim. Benim ileri süreceğim düşünceye göre tıbbi mesleki uygulamaların bilimsel bilgiyi temel alması şarttır ıdır ve tıbbi uygulamanın sadece bilimsel bilgiye dayanmasını sağlamak da mümkündür. Çağdaş tıpta sadece tıbbi uygulamaların değil, klinisyenlerin tedavi seçeneklerinin de kanıta dayandırılabilmesi gerekmektedir. Bu da bizi “kanıta data’lı ikna” denilen yeni bir kavramla tanıştırmaktadır (evidence-based persuasion) (Shaw 2013). Psikiyatrinin tıbbın diğer alanlarına istisna teşkil eden durumunun devamına izin verilmesi zordur. Ayrıca, DSM yaklaşımıyla ilgili sorunlar esas olarak tıp ve bilimin kesişim alanıyla ilgili sorunlar olmayıp daha çok sahip olduğu alan rehberi yaklaşımıyla ilgilidir. Atbaşoğlu ve Gülöksüz psikiyatrinin bilimsel olarak zayıf bir zemini olduğunu ileri sürmektedirler ki ben bu görüşe katılmıyorum ve psikiyatrinin bir disiplin olarak, hastalıkları etiyolojik doğalarına odaklanarak anlamaya (problem çözümüne odaklı = hüristik) çalışarak, bilimsel olarak kabul edilmiş yöntemler ışığında (heuristic) yola devam ettiği sürece bilimsel olarak zayıf kalmayacağı kanısındayım. Eğer psikiyatri disipliniyle ilgili bilimsel bir zayıflık varsa bu

psikiyatrinin kendisinden değil, sorunlu yöntemler kullanmasından kaynaklanmaktadır. Bundan da öte, DSM'nin benimsemiği ve tüm dünyada kullanılan alan rehberi yaklaşımının psikiyatrinin bilgi temelini güçlendirememesinin nedenlerinden biri olduğunu öne sürüyorum.

Psikiyatri perspektifleri yaklaşımının ruhsal hastalıkları etiyojilerine göre anlama ve sınıflandırma girişiminden köken aldığı bildirilmektedir. Bu yaklaşım, tanısız güvenilirliğin en başta geldiği DSM yaklaşımını reddetmekte, bunun yerine anlaşılabilirliğin temel alındığı bir yaklaşımı vurgulamaktadır (Parnas ve ark 2013, Çamsarı ve McHugh 2012, McHugh ve Slavney 1998). Psikiyatrik bozuklukların anlaşılabilir bir şekilde yorumlanması fenomenolojik ve biyolojik verilerin mümkün olan en nesnel kanallardan elde edilmesi prensibine dayanmaktadır. Hastalık perspektifi, ortaya çıkan psikiyatrik olguları akla uygun olarak açıklayabilmek için ruhsal bozuklukları nörolojik yaklaşıma benzer şekilde, bulgu ve belirtileri belli bir organ veya dokuyla ilişkilendirerek tanımlamaya çalışmaktadır. Buna verilebilecek örnekler arasında hastalıklara ait görünümlerin en iyi gözlenebilen organ fizyopatolojileriyle açıklanabildiği deliryum ve demans sendromları yer almaktadır. Bu yaklaşım diğer tıbbi disiplinlerin tıbbi hastalıklara yaklaşımıyla büyük benzerlik taşımaktadır.

Davranışsal perspektife göre belirli ruhsal hastalıklar, bireyin sahip olduğu, pozitif pekiştirme yoluyla koşullu öğrenmeye neden olan bazı motivasyonlardan köken almaktadır. Bu yaklaşım, bireye ait seçimlerin önemini ve bunun psikiyatride tanımlanan birçok davranışsal bozukluğu nasıl daha iyi açıklayabildiği üzerinde durmaktadır. Buna örnek olarak gelişimlerinde bireysel motivasyonların gözlenebilir bir rol oynadığı bağımlılık ve yeme bozuklukları gösterilebilir. Bu yaklaşım, klinisyenlere sergilenen davranışları psikojenik bir etiyojisi varsayımına gerek olmadan nesnel bir biçimde gözleme olanakı vermektedir.

Boyutsal yaklaşımsa bazı ruhsal bozuklukların doğal fiziksel ve psikolojik değişkenlerden kaynaklandığını (Bu değişkenlerin hastalık perspektifinde olduğu gibi birbirinden kopuk olması gerekmemektedir.), bu değişkenlerin bazı ruhsal bozukluklar için birincil etiyojistik faktör sayılabilecek bireysel farklılıklar olduğunu ileri sürmektedir. Zekâ gerilikleri ve bazı kişilik özellikleri (trait) buna örnek olarak verilebilir.

Yaşam öyküsü perspektifi ise bazı ruhsal bozuklukların yaşam deneyimlerinden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Buna göre, travma sonrası stres bozukluğu ve yas gibi psikiyatrik durumlar en iyi bireysel yaşam öyküsü temel alınarak anlaşılabilir.

Sonuç olarak, Atbaşoğlu ve Gülöksüz'ün DSM'ye yönelik eleştirilerine ve soyut önerilerine katılmakla birlikte, daha somut olarak, Johns Hopkins Üniversite'sinde geliştirilen, günümüzde psikiyatri alanında kullanılan formülasyon yapılarına

akla uygun ve anlaşılabilir bir alternatif sunan, dünyanın en önemli psikiyatri enstitülerinde yaklaşık 30 yıldır kullanılan Psikiyatri Perspektifleri yaklaşımının (Parnas ve ark. 2013, Çamsarı ve McHugh 2012, Chisolm ve Lyketsos 2012, Peters ve ark. 2012, Chisolm 2011, Duffy 1999, McHugh ve Slavney 1998) kullanılmasını öneriyorum.

Kaynaklar

- APA (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV-TR. American Psychiatric Association
- Brooker MIH, Kleinig DA (1983) Field guide to eucalypts. Volume 1. Southeastern
- Australia. İndirilme tarihi Nisan 25, 2013 (<http://www.cabdirect.org/abstracts/19840691498.html?sessionid=C87522BFC0EE0DB7CCE6D4939DC9AD2F?gitCommit=4.13.29>).
- Çamsarı UM, McHugh PR (2012) "Psikiyatrik Perspektifler Yaklaşımı ve Prof. Dr. Paul R. McHugh ile Röportaj|TürkPsikiyatri -Blog." İndirilme tarihi Nisan 25, 2013 (<http://www.turkpsikiyatri.org/blog/2012/10/28/psikiyatrik-perspektifler-yaklasimi-ve-prof-dr-paul-r-mchugh-ile-roportaj/>).
- Castro J, Billick S (2013) Psychiatric Presentations/Manifestations of Medical Illnesses. Psychiatr Quart 84:351-62.
- Chisolm MS (2011) The Hopkins Psychiatry Approach to Patients. İndirilme tarihi Nisan 25, 2013 (<http://clinicaexcellence.blogs.hopkinsmedicine.org/2011/07/26/the-hopkins-psychiatry-approach-to-patients/>).
- Chisolm MS, Lyketsos CG (2012) Systematic Psychiatric Evaluation: A Step-by-Step Guide to Applying The Perspectives of Psychiatry. The Johns Hopkins University Press.
- Duffy J (1999) "JHMN: Profile: Straight-Shooting Shrink." Johns Hopkins. Medical News. İndirilme tarihi Nisan 26, 2013 (<http://www.hopkinsmedicine.org/hmn/w99/profile.html>).
- FMSF (1992) MPD is a controversial diagnosis. İndirilme tarihi Nisan 25, 2013 (<http://www.fmsfonline.org/mpddid.html>).
- Jablensky A (2012) The disease entity in psychiatry: fact or fiction? Epidemiol Psychiatr S 21:255-64.
- Kihlstrom JF (2005) Dissociative disorders. Ann R Clin Psycho 1:227-53.
- Kupfer DJ, Kuhl EA, Regier DA (2013) "DSM-5-The Future Arrived. JAMA 309:1-2.
- Law J, Lynch M (1988) Lists, Field Guides, and the Descriptive Organization of Seeing: Birdwatching as an Exemplary Observational Activity. İndirilme tarihi Nisan 26, 2013 (http://en.wikipedia.org/wiki/Field_guide).
- McHugh PR (1995) Witches, multiple personalities, and other psychiatric artifacts. Nat Med 1:110-4.
- McHugh P, Putnam F (1995) Resolved: multiple personality disorder is an individually and socially created artifact. J Am Acad Child Psych 34:957-62; discussion 962-3.
- McHugh PR, Slavney PR (1998) The Perspectives of Psychiatry. 2. Baskı Johns Hopkins University Press, Baltimore s.f: 332.
- Parnas J, McHugh P, Kablensky A (2013) The Ways Forward -World Health Organization. P. Part V - Dr. Paul McHugh tarafından sağlanmış taslaktır. (http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/the_ways_forward.pdf).
- Peters ME, Taylor J, Lyketsos CG ve ark. (2012) Beyond the DSM: The Perspectives of Psychiatry Approach to Patients. Prim Care Companion CNS Disord doi: 10.4088/PCC.11m01233.
- Pomeroy EC, Parrish DE (2012) The new DSM-5: where have we been and where are we going? Soc Work 57:195-200.
- Shaw D (2013) Evidence-based persuasion: An ethical imperative: The ethics of evidence-based persuasion. JAMA 309:1689-90.

Dr. Ulaş M. Çamsarı,

e-posta: camsari.ulas@mayo.edu

Psikiyatri Bölüm Başkanı, Mayo Clinic Sağlık Sistemi-Waycross, Georgia Kampusu.

Araştırmacı, Mayo Clinic-Jacksonville, Florida Kampusu, Florida, ABD.