

Bilimsel Devrimler ve Yeni Kraepelincilik

Scientific Revolutions and the Neo-Kraepelinian Movement

Soli Sorias¹

¹Prof.Dr., Serbest Psikiyatrist, İzmir

ÖZET

Thomas Kuhn'un bilimsel devrimler kuramı, bilim tarihindeki bütün gelişmelere uymasa da değişik bilim dallarında pek çok örneği olduğu için genellikle kabul görür. Bu yazının amacı psikiyatride tanısai yaklaşımın 20. yüzyıldaki gelişimini inceleyerek Kuhn'un tanımladığı sürece ne denli uyduğunu incelemektir. Altmışlı yılların sonuna kadar, psikanaliz Amerikan psikiyatrisinde egemen paradigma idi. Tanı çok önemli görülen bir konu değildi. Her insanın biricik olduğu, önemli olanın hastanın iç dünyasını anlamak olduğu görüşü oldukça yaygındı. Bu tutum bilimsel bir tanı yaklaşımının gelişmesini engellemiştir. Güvenirlik çok düşüktü. Bu yüzden belli bir hastalığa ilişkin etiyolojik, biyolojik ya da tedavi araştırmaları çok farklı sonuçlar verebiliyordu. Duyarlılık, özgürlük ve tanısai geçerlik kavramları yoktu. Latent şizofreni tanıları çok yaygındı. Psikiyatrik tanı sistemine içeriden ve dışarıdan yaygın eleştiriler geliyordu. Yeni paradigmanın öncülüğünü Eli Robins, Samuel Guze ve Washington Üniversitesindeki çalışma arkadaşları yaptı. Bu çalışmacılar önce tanısai geçerlik kavramı ile bir tanı kategorisinin geçerliğini tahmin edecek birkaç yöntem ortaya attılar. Sonra da ilk tanı ölçütlerini yayınladılar. Bu, 1980'de DSM-III'ün yayınlanması ile doruğa ulaşan önemli bir değişiklik süreci başlattı. DSM-III, tanı yöntemleri üzerinde bir ortaklaşma sağlayarak düşük güvenilirlik sorununu çözdü ve eski eleştirilerin çoğunu susturdu.

Anahtar Sözcükler: DSM-III, tanı, tıp tarihi.

(Klinik Psikiyatri 2011;14:51-58)

SUMMARY

Although Thomas Kuhn's theory about scientific revolutions doesn't fit all developments in history of science, it is highly regarded because of many good examples from different scientific disciplines. The aim of this article is to examine the evolution of psychiatric diagnosis in the twentieth century and see to what degree it fits Kuhn's description of a scientific revolution. Until the end of the sixties, psychoanalysis was the dominant paradigm and diagnosis wasn't considered an important topic in American psychiatry. Since psychiatrists preferred to focus on the underlying psychodynamical conflicts and considered each patient unique, a common diagnostic label seemed useless. This attitude had prevented the development of a scientific approach to diagnosis. Reliability was low. Different studies about some property of a diagnostic category almost always yielded different results. There was no concept of the specificity or sensitivity of a symptom. The diagnosis of latent schizophrenia was very common. The psychiatric diagnostic system was attracting major criticisms both from inside and outside the field. The pioneers of the new paradigm were Eli Robins, Samuel Guze and their collaborators from Washington University. These scientists first, defined the concept of diagnostic validity together with some means to estimate it, then they published the first diagnostic criteria. This started a huge change and led to the publishing of DSM-III in 1980. The adoption of the new diagnostic manual has been a major achievement for psychiatry. DSM-III indicated a consensus over diagnostic procedures and eliminated the reliability problem and most of the old criticisms.

Key Words: DSM-III, diagnosis, history of medicine.

GİRİŞ

Amerikalı bilim tarihçisi Thomas Samuel Kuhn 1962 yılında "Bilimsel Devrimlerin Yapısı" adını taşıyan bir kitap yayınladı (Kuhn 1962). Bu kitap, kısa zamanda bilim felsefesi alanının en önemli eserlerinden biri haline geldi.

Kuhn kitabında bilimsel gelişmenin düzenli bir ilerleme biçiminde değil, sıçramalar şeklinde meydana geldiğini iddia ediyordu. Kuhn'a göre: Bir bilim dalında, belli bir anda yaygın kabul gören ve "paradigma" adını verdiği bir takım görüş ya da hipotezler vardır. Bu fikirler, o bilim dalının o gün için ilgilendiği sorulara oldukça tatminkar cevaplar vermektedir. Araştırmacıların çoğu bu paradigmayı benimser ve bu hipotezlere uygun araştırmalar yapıp bilgilerini artırmaya çalışırlar. Kuhn buna "olağan bilim" adını veriyordu.

Bir bilim dalı olağan bilim döneminde iken, çoğunluk mutludur. Önemli mevkilerde, bilimsel örgüt ya da kürsü başkanlıklarında hep bu paradigmanın taraftarları bulunur. Olağan bilimin çözüm bulamadığı problemler, yanıtlayamadığı sorular vardır ama bunlar genellikle önemsenmez. "Araştırmalar derinleştirilirse bunlar da hallolur" havasındadır herkes. Bazan birkaç karşıt görüş duyulur ama bunlar çabuk susturulur. Ne var ki er ya da geç bu mutlu döneme gölge düşmeye başlar. Günün geçerli paradigmasının açıklayamadığı konular çoğalır. Olağan bilimin hipotezleri ile çelişen yeni kanıtlar ortaya çıkar. Karşı görüşte olanlar artar. Kuhn bu döneme olağan bilimin "bunalım dönemi" adını veriyor. Bu dönemde yerleşik paradigmanın taraftarları, yeni sorun ya da kanıtları görmezliğe gelmeğe eğilimlidirler. Eski görüş ve tutumlarında direnirler. Fakat giderek zayıflar ve taraftar kaybederler. Derken birileri ortaya yeni bir görüş atar. Bu yeni paradigma adayının özelliği, eğer varsayımlarını kabul ederseniz, yerleşik görüşün çözüm bulamadığı sorunları kolayca çözebilmesidir. Genellikle bunun da zayıf yanları vardır, fakat o bilim dalının o gün için ilgilendiği sorulara daha tatminkar açıklamalar getirmektedir. Yerleşik paradigmanın giderek azalan taraftarları, yeni görüşe şiddetle karşı çıkarlar. Yeni görüşün taraftarları bazan, eskilerin yönetiminde bulunan kurum ve derneklerden ayrılmak ve kendi örgütlerini kurmak zorunda kalırlar. Fakat bir an gelir, egemen paradigma tümünden yıkılır ve

yerine yenisi geçer. Bir bilimsel devrim meydana gelir. Eskisini deviren paradigmanın yerleşik hale gelmesiyle o bilim dalı yeniden olağan bilim dönemine girer. Bu dönemin ilk zamanlarında yeni paradigma pozisyonunu giderek güçlendirir ve taraftarlarını artırır. Ta ki yeni sorunlar ve yeni bunalım belirtileri ortaya çıkana dek.

Bütün bilimsel gelişmeler Kuhn'un tanımladığı bu sürece uymamakla birlikte, değişik bilim dallarında bir çok örneği olduğu için, bu görüş genellikle kabul görür. Bilimsel devrimlerin belki de en güzel örnekleri fizik alanındadır. 17. yüzyılda Isaac Newton bulduğu çekim ve dinamik yasaları ile fizikte büyük bir devrim yaptı. Newton yasaları bütün cisimlerin hareketlerini milimetrik bir kesinlikle öngörebiliyordu. Bu sayede astronomlar varlığını kimsenin bilmediği gezegenleri elleriyle koymuş gibi buldular. Bu arada bir iki küçük sorun vardı. Örneğin, Merkür gezegeninin gözlenen hareketi, Newton yasalarına göre hesaplanan yörüngeye uymuyordu. Fakat bu pek önemsenmedi ya da gözlem hatasına bağlandı. Newton paradigması, takriben 250-300 yıl egemenliğini sürdürdü. 19. yüzyılın sonunda Michelson ve Morley adında iki araştırmacı, yaptıkları bir deneyde ışığın hızının, kendisini yayınlayan kaynağın hız ve yönünden bağımsız olduğunu gördüler. Bu bulgu Newton yasalarına uymuyordu ve görmezliğe gelinecek gibi de değildi. Fizik bilimi bunalım dönemine girmişti. Nihayet 20. yüzyılın başında Einstein'ın görecelik kuramları ve buna uygun yeni formüller bu açıklanamayan bulguları açıkladı. Sonuçta Newton yasalarını özel hal olarak içeren daha kapsamlı yasalar eski paradigmanın yerini aldı.

Bilimsel devrimlerin diğer örnekleri arasında, biyolojide Darwin devrimi ile psikolojide davranışçı ve ardından gelen bilişsel (bilişsel terapi değil) paradigmlar sayılabilir.

Psikiyatri için en önemli iki örnek psikanaliz ve DSM'dir. Psikiyatrinin tanı konusuna yaklaşımı, kanımca Kuhn'un tanımladığı sürece oldukça benzeyen bir gelişim göstermiştir. Bu yazının geri kalan bölümünde psikiyatride tanısal yaklaşımın gelişimi ve bunun sonunda ortaya çıkan yeni Kraepelincilik akımı tarihsel bir perspektif içinde özetlenmeye çalışılacaktır.

DSM VE MODERN PSİKİYATRİK SINIFLANDIRMALARIN GELİŞİMİ

Resmi psikiyatrik sınıflandırmaların birincisi, Uluslararası İstatistik Entitüsü'nün 1938'de yayınladığı ILCD-5'dir (Uluslararası Ölüm Nedenleri Listesi- International Statistical Institute 1940). Bu bir sınıflama değil, istatistik amaçlarla geliştirilmiş bir ölüm nedenleri listesiydi. Değişik ölüm nedenleri arasında yalnızca 3 tane ruhsal bozukluk vardı (Tablo 1). Diğer ruhsal bozuklukların önemli birer ölüm nedeni olmadığı düşünüldüğünden bu listede onlara yer verilmemişti.

Ölüm nedenleri listesinin bir sınıflamaya dönüşmesi 1948'de, yeni kurulan DSÖ'nün yayınladığı ICD-6 ile olmuş. İlk ruhsal bozukluklar sınıflaması olan ICD-6'da 3 büyük grupta toplanmış 27 tane ruhsal hastalık kategorisi vardı. Basit bir listeden başka bir şey değildi.

ICD sürümleri ile DSM sürümleri ilk günden itibaren birbirlerini yakından izledi. Tablo 2'de günümüze kadar yayımlanan ICD ve DSM sürümleri ile bunların yayın tarihleri görülüyor.

DSM'lerin birincisi Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1952'de, ICD-6'dan 4 yıl sonra yayınlandı. ICD, DSM'den farklı olarak yalnız ruhsal bozuklukları değil, tüm tıbbi hastalıkları içeren çok kapsamlı bir sınıflamadır. Amacı öncelikle ölüm ve hastalık istatistikleri ile bunların tüm dünyadaki dağılımını araştırmaktır. ICD tüm dünyada (bu arada gelişmekte olan ülkelerde de) kullanıldığı ve kullanışlı olmayı ön planda tuttuğu için fazla ayrıntıya girmeyen nisbeten daha sade bir sistemdir.

DSM-I ile DSM-II bugünkü gibi birer tanı koyma rehberi değildi (APA 1952, APA 1968). Yalnızca basit birer sınıflama idiler. İkisi de ince birer kitapçikti. DSM-II'deki tanı kategorileri ICD-7'den aynen alınmış, değiştirilmeye çalışılmamıştı. Kategorilerin çoğu için birkaç satırlık, kısa tanımlamalardan fazla bir şey yoktu. Fakat DSM-II'nin yayınlamasından sonra durum değişmeye başladı:

Yetmişli yılların başına kadar Amerikan psikiyatrisinde tanı çok önemli görülen bir konu değildi. 20. yüzyılın başında önemli bir devrim yapmış olan psikanaliz, deskriptif tanıyı bilerek ve isteyerek ikinci plana itmişti. "Her insan biriciktir, önemli olan elimizdeki hastanın iç dünyasını anlamaktır.

Tablo 1. DSÖ'nün 1938'de yayınladığı Uluslararası Ölüm Nedenleri Listesinin ruhsal bozukluklar bölümü

ILCD-5
Uluslararası Ölüm Nedenleri Listesi, 5. Gözden Geçirme (1938)
Zeka geriliği
Şizofreni (erken bunama)
Manik-depresif psikoz
Diğer ruhsal bozukluklar

Tablo 2. Günümüze kadar yayımlanan ICD ve DSM sürümleri ile yayın tarihleri

ICD-6 (1948)	DSM-I (1952)
ICD-7 (1955)	DSM-II (1968)
ICD-8 (1965)	DSM-III (1980)
ICD-9 (1977)	DSM-III-R (1987)
ICD-10 (1994)	DSM-IV (1992)

Buna bir etiket koymanın fazla bir yararı yoktur." görüşü oldukça yaygındı (Kendler ve ark. 2010, Mayes ve Horwitz 2005, Wilson 1993).

Gene de tanılara ihtiyaç vardı. En azından hastane dosyaları, adli raporlar ve sağlık sigortaları, diğer tıp dallarında olduğu gibi hastalara birer tanı koymasını istiyordu. DSM-I ve DSM-II genellikle bu amaçla kullanılıyordu. Psikanalizin etkisi sonucu bu iki sınıflama semptomları, ya psikolojik çatışmaların sonucu ya da zor yaşam koşullarına birer reaksiyon olarak görüyorlardı. Bu görüşe göre, semptomlar, her hastada farklı olan, bilinç dışı çatışmaların simgesel dışavurumlarıdır. Bunların anlamı ancak her hastanın özel yaşam öyküsü incelenerek anlaşılabilir. Bu nedenle DSM-I ve II ayrıntılı hastalık sınıflamaları yapmaya çalışmadılar.

Bu tutum bilimsel bir tanı yaklaşımının gelişmesini engellemişti. Genel tıpta iyi bilinen, duyarlık (sensitivity), özgüllük (specificity) ve pozitif öngörme gücü (positive predictive value) gibi temel kavramlar psikiyatride kullanılmıyordu. Tanısal geçerlik kavramı bilinmiyordu. Benzer şekilde tanı kategorilerinin homojen olduğu, yani aynı hastalığı taşıyan bireylerin birbirlerine çok benzemeleri gerektiği

görüşü yaygındı (Örneğin ayırıcı tanıda, "Bu hasta da depresyon olamaz, çünkü anlattığı olayla ilgili hiçbir suçluluk belirtisi göstermedi." gibi akıl yürütme çok kullanılırdı). Tanı ölçütleri de yoktu. Çünkü konan tanıların mutlak doğru olduğu düşünülüyor ve ölçütlere gereksinim duyulmuyordu.

Tanı koyma işi bir anlamda klinisyenin subjektif yargısına ve sezgisine bırakılmıştı. Ne var ki, hastalıkların klinik tabloları üzerinde anlaşma sağlanmamış olduğu için, tanılarının güvenilirliği düşüktü. Yani farklı hekimler aynı hastaya farklı tanı koyabiliyorlardı. Bunu ilk fark edenlerden biri, sonradan bilişsel terapiyi geliştirecek olan Aaron Beck oldu (Beck 1962). Ancak Beck bu düşük güvenilirliği daha çok psikiyatristlerin aldığı eğitimin yetersizliğine ve muayene yöntemlerinin gelişmemiş olmasına bağladı. Bu nedenler her ne kadar güvenilirliği bozan hata kaynakları olsa da, asıl neden (yani hastalıkların tanı koydurucu özellikleri üzerinde bir anlaşma olmayışı) üzerinde durmadı (Beck ve ark. 1962).

Altmışlı ve yetmişli yılların bir başka sorunu "latent şizofreni" sorunu idi. O dönemde ruhsal hastalıkların, tıpkı fizik hastalıklarda olduğu gibi, birtakım latent ya da gizli formları olduğu görüşü yaygındı. Bir insanda nasıl latent diyabet ya da gizli kanser olabiliyorsa, latent şizofreni de olabilir diye düşünülüyordu. DSM-II'de bu, şizofreninin klinik tiplerinden biri olarak kabul edilmişti ve kitapta "295.5 Şizofreni, latent tip" diye geçiyordu (APA 1968 s.34). "Borderline (sınır) şizofreni" terimi bu kavram için en çok kullanılan isimdi. Bunun yanı sıra "Psödo nevroitik şizofreni" ve "Psödo psikopatik şizofreni" terimleri de benzer anlamlarda kullanılıyordu. Psödo nevroitik şizofreni ile, nevroz gibi bir klinik tablo gösteren (yani psikotik bulguları olmayan), fakat "asıl" hastalığı şizofreni olan hastalar kastediliyordu (Hoch ve Polatin 1949). Benzer şekilde psödo psikopatik şizofreni de, görünür tablosu psikopati (günümüzün anti sosyal kişilik bozukluğu) olsa da "temelde" şizofrenik olan hastalar için kullanılıyordu (Dunaif ve Hoch 1955).

Bu, mantıken yanlış bir yaklaşımdı. Çünkü bir hastalığın latent formunun yakalanabilmesi için, klinik tablodan bağımsız bir dış ölçüt, kesin tanıyı koyan bir laboratuvar yöntemi gerekir. Latent diya-

bet, klinik tablosu normal ya da normale yakın olmasına karşın, laboratuvar yöntemleri ile diyabetik olduğu ortaya konmuş hastadır. Latent şizofreni bu özellikleri taşımasına rağmen çok yaygın kullanılıyordu. Bunların sonucu olarak ABD'de (ve kısmen Türkiye'de de) şizofreninin tanı eşiği çok düşürülmüş, yanlış şizofreni tanıları da çok artmıştı.

Yetmişli yılların başında, David Rosenhan adında bir psikoloji profesörü ilginç bir deney yaptı. Rosenhan birkaç öğrencisini eğitip bunları değişik hastanelere gönderdi. Bu öğrenciler, polikliniklere hasta gibi başvurup, sesler duyduklarını söylediler. Ses dışında da bir semptom belirtmediler. Bu öğrencilerin hemen tümü psikoz ya da şizofreni tanısı ile tedaviye alındı ya da alınmak istendi. Rosenhan bunun üzerine psikiyatrik tanı sistemine ciddi bir saldırı başlattı. Psikiyatrik tanılarının, yalnızca hekimin öznel yargısına dayandığını, hataya çok açık olduklarını ve gerçek hastalıklar olmadığını ileri sürdü (Rosenhan 1973). Aslında yöntemi biraz hileliydi. Çünkü o deneyden Rosenhan'ın çıkardığı bütün sonuçlar çıkmazdı. Ancak temelde haklıydı, psikiyatrik tanı gerçekten bir karmaşa içindeydi. Spitzer, cevap niteliğinde bir yazı yazıp, bu deneydeki hileyi ya da yanlış göstermeye çalıştı (Spitzer 1975). Ancak Rosenhan'ın olumsuz etkisini hafifletemedi.

Psikiyatri dışından da tepkiler geliyordu. Antipsikiyatri akımı en güçlü dönemini yaşıyor ve ciddi bir baskı unsuru oluşturuyordu. Bu akımın en önemli sözcülerinden biri Thomas Szasz adında bir psikiyatri (evet psikiyatri) profesörüydü. Szasz'a göre, ruhsal bozukluk diye bir şey yoktu. Ruhsal hastalık kavramı bir efsaneden başka bir şey değildi. Szasz'a göre, psikiyatri, egemen sistemin, düzene uymayanları kontrol etmek için kullandığı bir araçtı. Tanı kategorileri, hastalardan çok, psikiyatri profesyonellerinin ve egemen grupların işine gelen uydurma etiketlerdi. Akıl hastaneleri birer hapisane, psikiyatristler ve yardımcıları da hapisane personelinin başka bir şey değildi (Szasz 1961). Antipsikiyatri akımının öncüleri, akli başında düşünürlerden oluşuyordu ve görüşleri devrin otorite karşıtı entellektüelleri arasında çok taraftar bulmuştu (Szasz psikiyatrye yönelik eleştirilerini sonraki elli yıl boyunca da sürdürdü. 2008'de yayınladığı son kitabının adını "Psikiyatri: Yalanlar Bilimi" koydu (Szasz 2008).)

Bu dönemde tüm bunlardan rahatsız olan bazı çalışmacılar tanı sorunlarının nasıl aşılabileceğini düşünmeye başladılar. Bunlar içinde en önemli rolü St. Louis'deki Washington Üniversitesinde çalışan bir ekip oynadı. En önemli iki üyesi Eli Robins ile Samuel Guze adında iki araştırmacıydı (Kendler ve ark. 2010). Robins ve Guze uzun zamandır tanı konularına kafa yoruyorlardı. 1970 yılında çok önemli, fakat önemi o zaman pek anlaşılmayan teorik bir yazı yayınladılar ve "tanısal geçerlik" kavramını ortaya attılar (Robins ve Guze 1970). Tanısal geçerlik, kullandığımız bir tanı kategorisinin, yani bir hastalık tanımlamasının, gerçeğe yani doğadaki aslına ne kadar yakın olduğudur. Örneğin Alkol yoksunluk deliryumunun yahut da Alzheimer'e bağlı demansın tanısal geçerliği yüksektir, çünkü bu bozukluklar oldukça iyi anlaşılmıştır, tüm hastalarda hemen aynı tabloyu ve aynı gidişi gösterirler, yanlış tanımlar çok azdır. Öte yandan, örneğin bir bağımlı kişilik bozukluğu ya da dissosiyatif kimlik bozukluğu kategorilerinin tanısal geçerliği düşüktür. Çünkü bunların doğal hastalıklar olduğuna ilişkin fazla kanıt yoktur. Bir tanı kategorisinin geçerliği, yani doğadaki aslına ne kadar benzediği ancak dolaylı birtakım yöntemlerle tahmin edilebilir. İşte Robins ve Guze yazılarında, tanısal geçerlikle birlikte bunu tahmin edecek birkaç yöntem ortaya attılar ve bunu şizofreniye uyguladılar. Bugün tanı konusunda yazı yazanların tekrar tekrar atıfta bulunduğu bu yazı başlangıçta pek kimsenin dikkatini çekmemişti.

Bir başka önemli kişilik (ve sonradan DSM-III devriminde en önemli rolü oynayacak olan çalışmacı) New York Psikiyatri Enstitüsünden Robert L. Spitzer'dir. Spitzer kanımca, önemli bir tarihsel figür olduğu kadar ilginç bir kişilik: Akıllı, kararlı, düşman edinmekten korkmayan ve polemik seven bir çalışmacı. Spitzer şimdiden 20. yüzyıl psikiyatrisini en çok etkilemiş birkaç kişiden biri olarak kabul ediliyor (Spiegel 2005).

Spitzer ve takımının birincil ilgi alanı metodolojydi. 1960'da, bir tanıda uyuma ölçüsü olan Kappa hesabını geliştiren Cohen de bu takımın üyelerinden biriydi (Cohen 1960). Bu araştırmacılar 1964 yılında, DIAGNO adını verdikleri, otomatik tanı koyan bir bilgisayar programı yazmaya koyuldular (Spitzer ve Endicott 1968). Belki de psikiyatrik tanının bunalım dönemini sonlandıracak olan

formül buydu. Bu önceleri, kolay bir şey gibi görünmüştü. "Tanı koymak dümdüz bir akıl yürütme işidir, tanı için gerekli bütün bilgileri bilgisayara verirsek, programın tanı koymasını zor olmamalıdır" diye düşünmüşlerdi.

Fakat sonuç umulduğu gibi olmadı. Program kolay yazıldı ama yazdıkları programın klinisyenlerle tanıda uyuma düzeyi düşüktü. Yani aynı hastaya klinisyen başka, bilgisayar başka tanı koymaktaydı. Bu önce programın kusuru gibi düşünülürdü, fakat sonra görüldü ki değişik hekimler arasındaki tanı uyuma düzeyi de bundan daha fazla değil. Eğer her hekim farklı bir tanı koyacaksa tanı koymak ne işe yarar? Yazarlar gördüler ki bunun nedeni, psikiyatrik hastalıkların tanı koydurucu özellikleri üzerinde anlaşma sağlanmamış olmasıdır (Fleiss ve ark. 1972, Spitzer ve Endicott 1974).

Yetmişli yılların başına gelindiğinde hemen bütün çalışmacılar psikiyatrik tanının ilk halledilmesi gereken sorununun bu güvenilirlik sorunu olduğunu kabul etmişti. Çözümü ilk bulanlar, iki yıl önce tanısal geçerlik kavramını ortaya atmış olan Robins, Guze ve St. Louis ekibinin diğer çalışmacıları oldu. Buldukları yöntem, standart tanı ölçütleri geliştirmektir. Diğer çalışma arkadaşları ve John Feighner adında bir asistanları ile birlikte, literatürü inceleyip, en sık görülen 14 tane ruhsal bozukluğa ilişkin tanı ölçütleri geliştirdiler ve 1972 yılında bunları yayınladılar (Feighner ve ark. 1972). Bu yazıda Feighner birinci isim olarak çıktı. Bazı yazarlara göre, bu yazının asıl sahibi Robins ve Guze sayılmalıdır (Healy 2002). Öyle olsa bile, bu ölçütler tarihe "Feighner ölçütleri" olarak geçti.

Feighner ölçütleri yayımlanır yayımlanmaz inanılmaz bir kabul gördü. Sanki herkes bunu bekliyordu. Pek çok araştırmacı artık, çalışmalarına aldıkları hastaları Feighner ölçütlerine göre belirlediklerini yazmaya başladılar. Bu yazı, yayımlandığı dergide yayınlanan yazıların ortalama atıf sayısından 70 misli fazla atıf aldı. O denli ilgi çekti ki zamanla yazının kendisi inceleme konusu oldu (Blashfield 1982, Kendler ve ark. 2010).

Feighner ölçütlerinin başarısı üzerine Spitzer, Robins ve Spitzer'in ekibinden Jean Endicott hem daha kapsamlı, hem de daha sağlıklı belirlenmiş yeni bir ölçütler seti geliştirmeye koyuldular ve 1975'de RDC (Research Diagnostic Criteria -

Araştırma Tanı Ölçütleri) adını verdikleri tanı ölçütlerini yayınladılar (Spitzer ve ark. 1975). RDC de büyük bir kabul gördü ve uzun süre kullanıldı.

1975'e gelindiğinde, artık tanı ölçütlerine dayalı bir sınıflama geliştirmenin gerekli olduğu kanısına varan Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-III projesini başlattı ve başına Spitzer'i geçirdi. Bu çalışmacılar 1975'den 1980'e kadar, eski yeni birçok tanı kategorisinin geçerliğini belirlemek için birçok çalışma yaptılar. Bu çalışmaların kanımca en önemlisi, latent şizofreni kavramına açıklık getirmeye çalışan bir çalışmaydı (Spitzer ve ark. 1979a). "Borderline" terimi o güne dek yalnızca latent ya da sınır şizofreni için kullanılırdı. Çalışmanın sonucu, Borderline ve Şizotipal Kişilik Bozuklukları adı verilen iki yeni kişilik bozukluğunun tanımlanmasına yol açtı (Spitzer ve Endicott 1979b). Latent şizofreni kavramı tamamen çöpe atıldı. Şizofreninin sınırları ise daraltıldı. Şizofreni tanısı eskiye kıyasla çok daha zor konur oldu. Buna karşılık duygudurum bozukluklarının kapsamı genişletildi.

1980'de yayınlanan DSM-III tam anlamıyla Kuhn'vari bir devrimdi. Bu, DSM-I ve II'den farklı olarak, sınıflamanın ötesinde bir tanı koyma sistemi idi (APA 1980). İlk kez bütün kategoriler için açık ölçütler getiriyordu. Bunlar olabildiğince bilimsel kanıtlara, yani ya araştırma sonuçlarına ya da kapsamlı literatür taramalarına dayanıyordu. Ölçütlerin "işevuruk" (operational) olmasına özellikle dikkat edilmişti. İşevuruk bir ölçüt, anlamı açık ve herkes tarafından aynı şekilde anlaşılabilir bir ölçüttür. Örneğin, DSM-III'de şizofreninin tanı ölçütleri arasında, Bleuler'in dört A'sından biri olan ve 1910'lardan beri, herkesin tartışmasız kabul ettiği, otizm (autism) yoktu.

"Haklısınız", diyordu Spitzer, "Ben de kendi hesabıma, şizofreninin kliniğinde, otizm kavramının önemli olduğunu düşünüyorum. Eğer siz, otizmi işevuruk, yani pratikte kullanılabilir biçimde tanımlayabilirseniz, biz de onu DSM-III'e hemen koyarız" (Klerman ve ark. 1984).

DSM-III yalnız latent şizofreniyi değil, tanısız geçerliği kanıtlanamayan birçok kategoriye, hatta koca sınıfları kaldırdı. Bunların en önemlisi, nevrozlar sınıfı idi. DSM-III'ü hazırlayanlara göre nevrozlar, psikoz ya da organik bozukluk olmama dışında, ortak özellikleri olmayan bir grup tanı

kategorisi idi. Ortak bir başlık altında toplanmaları için bir neden yoktu. Psikanalitik kavramlara ve diğer etiyolojik kuramlara atıf yapmamaya çok özen gösterildi. Sınıflama tamamen betimsel ve "kuramsız" (ateorik) hale getirildi.

Bu köklü değişiklikler büyük oranda Spitzer'in kişiliğinden ve kararlılığından kaynaklandı. Nevrozlar sınıfının kaldırılması için çok kavga etti. Konuya tarihçi gözüyle yaklaşan bir yazara göre pek çok konuda son kararı tek başına verdi (Spiegel 2005).

DSM-III, yalnız Amerika'da değil bütün dünyada inanılmaz bir kabul gördü. İlk baskı hemen tükendi. Amerikan Psikiyatri Birliği, matbaasını geçgündüz çalıştırdığı halde 6 ay boyunca siparişleri yetiştiremedi. Pek çok dile çevrildi. Pek çok ülkede gayri resmi sınıflama sistemi olarak benimsendi.

Ve zamanla egemen paradigma haline geldi. Günlük hekimlikte, tanı karmaşası ve bitmeyen tartışmaları sona erdi. Yanlış tanılar ve onlara bağlı yanlış tedaviler azaldı. Şizofreni tanısı daha az konur oldu. Duygudurum bozukluklarının ise önemi arttı. Dergiler, DSM-III ölçütlerini kullanmamış araştırmaları kabul etmemeye başladılar. Kirk ve Kutchins'e göre, 1990 yılı itibariyle, 2300 den çok bilimsel makale DSM-III'den ya başlıkta ya da özetinde söz ediyordu (Kirk ve Kutchins 1992). Standart tanılar sayesinde bilgisayarlı hasta veri tabanları oluşturularak hastaların tanı dökümleri kolayca alınabilir hale geldi.

Ölçütler sayesinde düşük tanısız güvenilirlik ortadan kalktı. DSM-III ölçütlerini kullanan SCID, DIS ya da CIDI gibi görüşme çizelgelerinin kullanıma girmesiyle de, farklı hekimlerin aynı hastaya koyduğu tanılar arasındaki uyumsuzluk çok azaldı. Bu durum araştırmalara nesnellik getirdi. Aynı tanıya ilişkin farklı araştırmaların sonuçları kıyaslanabilir hale geldi. Hatta, aynı ölçüt ve veri toplama araçlarını kullanan araştırmalar bir araya getirilip meta analizler yapılabilir. Araştırmaların kalitesinin artması, çok kişi tarafından önemli bir bilimsel ilerleme olarak görüldü. Örneğin Sabshin, DSM-III'ün başarısını "Bilimin ideolojiye zaferi" olarak nitelendirdi (Sabshin 1990).

DSM-III'ten sonra 1987'de yayınlanan DSM-III-R (APA 1987) ve 1994'te çıkan DSM-IV (APA 1994) bu anlayışı aynen devam ettirdiler. Bu yeni versiyi-

yonlarda, bazı ölçütlerle, bazı tanımlar değişti. Birkaç yeni ölçüt ve yeni kategori eklendi, kimileri de çıkarıldı. Fakat felsefe ve yaklaşım aynı kaldı. DSM-IV bu devrimin artık olağan bilim ve egemen paradigma haline geldiğini bir kez daha tescil etti.

Tarihsel olarak bakınca, bunun yetmişli yıllarda başlayan, bütün dünya psikiyatrisini etkileyen ve etkisi hala devam eden önemli bir akım olduğu görülüyor. Bu nedenle özel bir ismi hak ediyor. Gerald Klerman 1978'de, bu akımdan "yeni Kraepelincilik", önde gelen çalışmacılardan da "yeni Kraepelinciler" diye söz etti. Klerman bu ismi, Kraepelin'in deskriptif yaklaşımı, yıllar sonra daha modern bir biçimde yeniden canlandırıldığı için seçmiş (Klerman 1978). Öte yandan bu akımın mensupları, "yeni Kraepelinci" sözünü, her ne kadar "yeni" olsa da bir geri gidişi ima ettiği için pek sevmadiler ve çok kullanmadılar. Klerman, yeni Kraepelinciliğin savlarını da saydı. Bu savların en önemlileri şunlardır:

" Medikal Model.

" Bilimsel metodoloji ve istatistik

" Biyolojik yaklaşım

" Tanı ölçütleri

Medikal Model "Ruhsal bozuklukların tıbbi hastalıklar olduğu" görüşüdür. Bugün bize çok doğal gelen bu görüş, zamanında tartışmalıydı. Antipsikiyatri akımı bunun tam tersini iddia edi-

yordu. Medikal Modelin en büyük avukatı Guze idi. Bu konuda bir çok yazı ve "Psikiyatri niçin bir tıp dalıdır" adını taşıyan bir kitap da yazdı (Guze 1992).

1994'te yürürlüğe giren ICD-10'da yeni Kraepelinciliğin bir parçası sayılır (WHO 1992). ICD-10 temel anlayış olarak DSM-IV'ten pek farklı değildir. Her ne kadar kategoriler, kategori isimleri ve tanımlamalar bir miktar farklıysa da anlayış aynı. DSM ile ICD aynı tanı paradigmasının iki farklı yorumu olarak kabul edilebilir.

Aradan 30 yıl geçtiği halde, 1980'deki anlayışın bugün de devam ettiğini görüyoruz. Yeni Kraepelincilik egemen paradigma olmaya devam ediyor. Fakat başlangıçta hararetle kabul edilen bu yaklaşımın, yıllar geçtikçe kusur ve yetersizlikleri daha çok göze batmaya başladı. Eleştiriler giderek çoğaldı. Sınıflamanın ve Kraepelinci yaklaşımın köklü bir değişikliğe ihtiyacı olduğunu düşünenler çoğunluğa geçti. 2013'te yayınlanması planlanan DSM-V ile ICD-11'in bu eleştirileri göz önüne alacağı beklentisi giderek yayıldı. Yeni Kraepelinci paradigmanın bunalım belirtileri başka bir yazıda ele alınacaktır.

Yazışma adresi: Dr. Soli Sorias, Serbest Psikiyatrist, İzmir, solisorias@yahoo.com

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (APA) (1952) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC, American Psychiatric Association Mental Hospital Service.

American Psychiatric Association (APA) (1968) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2. Baskı, Washington DC, American Psychiatric Association.

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.

Beck AT (1962) Reliability of psychiatric diagnoses: 1. A critique of systematic studies. Am J Psychiatry, 119:210-216.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M ve ark. (1962) Reliability of psychiatric diagnoses: 2. A study of consistency of clinical judgments and ratings. Am J Psychiatry, 119:351-357.

Bender L (1959) The concept of pseudopsychopathic schizophrenia in adolescents. Am J Orthopsychiatry, 29:491-512.

Blashfield RK (1982) Feighner et al., invisible colleges, and the Matthew effect. Schizophr Bull, 8:1-6.

Cohen, J. (1960) A coefficient of agreement for nominal scales. Educ Psychol Meas, 20:37-46.

Dunaif SL, Hoch PH (1955) Pseudopsychopathic schizophrenia. Proc Annu Meet Am Psychopathol Assoc, 1955:169-195.

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

Fleiss JL, Spitzer RL, Cohen J ve ark. (1972) Three computer diagnosis methods compared. Arch Gen Psychiatry, 27:643-649.

Guze SB (1992) Why Psychiatry is a Branch of Medicine. New York, Oxford University Press.

- Healy D (2002) *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge MA, Harvard University Press. s.300.
- Hoch P, Polatin P (1949) Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatr Q*, 23:248-276.
- International Statistical Institute (1940) *International List of Causes of Death*. The Hague.
- Kendler KS, Munoz RA, Murphy G (2010) The development of the Feighner criteria: A historical perspective, *Am J Psychiatry*. 167:134-142.
- Kirk SA, Kutchins H (1992) *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*. New York, Aldine de Gruyter. s.11.
- Klerman GL (1978) The evolution of a scientific nosology. *Schizophrenia: Science and Practice*. JC Shershow (Ed), Cambridge Mass, Harvard University Press, s.99-121.
- Klerman GL, Vaillant GE, Spitzer RL ve ark. (1984) A debate on DSM-III. *Am J Psychiatry*, 141:539-553.
- Kuhn TS (1962) *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago, University of Chicago Press.
- Mayes R, Horwitz AV (2005) DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci*, 41:249-267.
- Robins E, Guze SB (1970) Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 126:983-987.
- Rosenhan DL (1973) On being sane in insane places. *Science*, 179:250-258.
- Sabshin M (1990) Turning points in twentieth-century American psychiatry. *Am J Psychiatry*, 147:1267-1274.
- Spiegel A (2005) The dictionary of disorder: How one man revolutionized psychiatry. *The New Yorker*, (3 Ocak 2005):56-63.
- Spitzer RL (1975) On pseudoscience in science, logic in remission, and psychiatric diagnosis: a critique of Rosenhan's "On being sane in insane places". *J Abnorm Psychol*, 84:442-452.
- Spitzer RL, Endicott J (1968) DIAGNO. A computer program for psychiatric diagnosis utilizing the differential diagnostic procedure. *Arch Gen Psychiatry*, 18:746-756.
- Spitzer RL, Endicott J (1974) Can the computer assist clinicians in psychiatric diagnosis? *Am J Psychiatry*, 131:523-530.
- Spitzer RL, Endicott J, Robins E (1975) Research diagnostic criteria. *Psychopharmacol Bull*, 11:22-25.
- Spitzer RL, Endicott J, Gibbon M (1979a) Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. The development of criteria. *Arch Gen Psychiatry*, 36:17-24.
- Spitzer RL, Endicott J (1979b) Justification for separating schizotypal and borderline personality disorders. *Schizophr Bull*, 5:95-104.
- Szasz T (1961) *The Myth of Mental Illness: Foundation of a Theory of Personal Conduct*. New York. Harper & Row.
- Szasz T (2008) *Psychiatry: The Science of Lies*. Syracuse, NY, Syracuse University Press.
- Wilson M (1993) DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. *Am J Psychiatry*, 150:399-410.
- World Health Organization (WHO) (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva. World Health Organization.