

# DSM-5 Taslak Tanı Ölçütlerine Genel bir Bakış: "Batı Cephesinde Yeni bir Şey Yok" mu?

*An Overview of the Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria: Is "All Quiet on the Western Front"?*

Vedat Şar<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Prof.Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

## ÖZET

Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci baskısının (DSM-5) 2013 yılında yayınlanması planlanmaktadır. Şimdiye dek çeşitli bozukluk kategorilerine yoğunlaşmış çalışma gruplarının tanı ölçütleri için önerdiği değişiklikler ortaya konulmuş ve üzerinde çalışılmaya devam edilmektedir. Ülkemizde henüz az tartışılan bu değişiklik önerilerinin tanınmasını kolaylaştırmak düşüncesi ile şimdiki durumu gözden geçiren bu yazıya gereksinim duyulmuştur. DSM-IV'ün en önemli özelliği araştırma bulgularına ağırlık tanınması, bu uğurda yüksek sayıda eştanıya izin vermesi, ve hatta beş eksenli bir sistem oluşturarak bu yapıyı desteklemesi idi. DSM-5 için getirilen öneriler ise klinik görünüme daha uygun olma, eştanıyı azaltma, ve ilk üç eksenin birleştirilmesi ile bu tutumu desteklemek yönündedir. Buna karşın, bir çok psikopatolojinin değerlendirilmesinde ağırlığın bir boyut olarak ölçülebilmesi için çalışılmaktadır. Bu yazıda DSM-5'de yer alan bir çok tanı grubu bölümler halinde gözden geçirilmiş ve özellikle değişiklik önerilerinin altı çizilmiştir. Geleneksel şizofreni alt tiplerinin kaldırılması, şizofreni tanısında Schneider belirtilerine tanınan ayrıcalıklı role son verilmesi, ve çevresel etkenlerin katkısı ile oluşturduğu kabul edilen Travma Sonrası Stres Bozukluğu başta olmak üzere tüm travma ile ilişkili bozuklukların bir bölümde toplanması düşüncesi, bir çok başka öneri yanında, kanımızca psikiyatri tarihi için önem taşıyan ilginç değişiklikler olarak dikkati çekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** DSM-V, sınıflandırma, tanı.

(*Klinik Psikiyatri 2010;13:196-208*)

## SUMMARY

American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition (DSM-5) will be published in 2013. Proposals of revisions on diagnostic criteria of the existing DSM-IV categories and newly proposed disorders have been announced alongside recommendations about those to be eliminated or moved to other sections. This paper is concerned with overview and introduction of the current version of the proposed DSM-5 diagnostic criteria. DSM-IV was concerned with accurate representation of research findings, allowing a high number of concurrent diagnoses supported by a five axes evaluation system. Revisions proposed by DSM-5 project are aimed at achieving better clinical utility and prevention of excessive use of concurrent diagnoses supported by integration of the first three axes to a single one. On the other hand, a measure of severity is proposed for several diagnostic categories as a step toward dimensionality. In this paper, several sections of DSM-5 have been reviewed and rationals for proposed changes have been summarized. Among others, removal of traditional subtypes of schizophrenia, cancellation of the priority of Schneiderian symptoms as pathognomonic features of schizophrenia, and subsuming clinical consequences of environmental stress in a single section of trauma-, stress- or event-related disorders (including post-traumatic stress disorder) attract attention as revisions reflecting a progressive step in the history of psychiatry.

**Key Words:** DSM-V, classification, diagnosis.

\*Yazar Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-5 Görev Grubu "Anksiyete, Obsessif-Kompulsif Spektrum, Travma Sonrası ve Dissosiyatif Bozukluklar Çalışma Grubu"na resmi olarak danışmanlık yapmıştır. Bu yazıda belirtilen görüşler yazarın kendisine ait olup mutlaka Çalışma Grubu'nunkilerle uyum sağlaması gerekmektedir.

## GİRİŞ

Bu yazının içeriğini gözden geçirdiğinizde Alman yazar Erich Maria Remarque'ın ünlü edebiyat yapıtının Türkçe'de bir deyim olarak benimsenmiş başlığının ağzınızdan döküldüğünü daha şimdiden duyar gibiyim. Yine de bu aldatıcı bir ilk izlenim olabilir. Tıpkı anlatıcı rolünde asker Paul Baeumer'in ağzından Birinci Dünya Savaşı'nın acılarını dile getiren bu ünlü romanın içeriği ile adı arasındaki gerilimli ilişki gibi.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nce düzenlenen Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşincisinin (DSM-5) 2013 yılında yayınlanması beklenmektedir. Şimdiye dek sürdürülen hazırlıklar çeşitli ruhsal bozukluklarla ilişkili çalışmaların kurulması ve bu grupların taslak tanı ölçütlerini ortaya koyması ile yeni bir evreye girmiş bulunmaktadır. Duyurulan değişiklik önerileri son şeklini henüz almamış olup gerek çalışma gruplarının tartışma ve değerlendirmeleri, gerekse veri toplama, önerilen ölçütleri sınav alan çalışmaları ve tartışmaları konu alan yazılar yayınlanmaya devam etmektedir.

DSM-5 çalışma grupları, konusunun uzmanı olan az sayıda kişiden oluşturuldu, ancak bu görece küçük çalışma grupları uluslararası uzman danışmanlardan destek aldılar. Çalışmaların taslak ölçütlerin resmen duyurulmasına dek belirli bir dışa kapalılık (confidentiality) içerisinde yürütülmesi ilkesi başlangıçta eleştirilere uğramakla birlikte sürdürüldü. Çalışma gruplarının ölçüt önerilerinin duyurulmasından sonra internet aracılığıyla dışarıdan eleştiri, yorum ve önerilerin toplanılmasına devam edildi.

DSM-5 ile ilgili çalışmalar, belki de sürecin dışa kapalılığının da etkisiyle Türkiye'de şimdiye dek az yankı buldu ve tartışıldı. Oysa, önceki baskılarının gördüğü yaygın ilgi ve kullanımın DSM-5 ile de devam etmesi beklenmektedir. Ayrıca, DSM-5 ile ilgili çalışmaların Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan ve yeni versiyonu üzerinde çalışmaların sürdüğü uluslararası sınıflandırmayı (ICD-11) da etkilemesi de beklenmektedir. Bu yazıda, şimdiye dek duyurulmuş olan DSM-5 taslak tanı ölçütleri ve eski ölçütlerde öngörülen değişiklikler kısaca gözden geçirilmekte ve gerekçeleri üzerinde durulmaktadır. Önerilen tüm değişikliklerin ele alınması

bir yazının sınırlarını aştığından bazı bölümler daha kısa geçilmiş ya da ele alınmaları başka yazılara bırakılmıştır. Buna karşın, bu kısa gözden geçirmenin yürümekte olan sürecin olası sonuçları konusunda okuyucuya bir fikir vermesi beklenmektedir.

## Çok Eksenli Tanıdan Çok Boyutlu Değerlendirmeye

DSM-IV'de ruhsal bozukluklar beş eksen üzerinde değerlendirilmekte idi. Bu konu DSM-5 ile birlikte tartışmaya açılmıştır. Beş eksenli tanısal değerlendirme sisteminin en önemli sorunu çok sayıda eştaniya yol açmasıydı.

## İkinci Eksen Olmadan Çalışmak

İlgili çalışma grubu ilk üç eksenin tek bir eksenle birleştirilmesini önermektedir, üçüncü eksenin (hastanın ruhsal bozukluğu ile ilgili genel tıbbi durumlar) kullanılabilirlik derecesini ise incelemeye devam etmektedir. Üç eksenin birleştirilmesi sonucunda tüm tıbbi ve psikiyatrik tanıları tek bir yerde ele alınacaktır. Bu değişikliğin DSM-5'i uluslararası sınıflandırma olan ICD'ye (World Health Organization 1994) biraz daha yaklaştıracığı düşünülmektedir. Ancak, ilk üç eksenin birleştirilmesi DSM-5'de kişilik bozukluğu kavramının da kökünden değiştirilmesini gerektirmektedir. Psikososyal ve çevresel sorunları değerlendiren dördüncü eksenle yer alan kodlarla ICD kodları arasında da ilişki kurmaya çalışılmaktadır. Hastanın genel işlevsellik düzeyini değerlendiren beşinci eksen açısından ise çalışma grubu yetiyiminin nasıl daha iyi ölçülebileceğini araştırmaktadır. ICD'de olduğu gibi, yetiyitimi ve bozuklukların birbirinden ayrı olarak değerlendirilmesi önerilmektedir.

## Nasıl Bir Boyutsallık?

DSM-IV'deki beş eksenli değerlendirme sistemi değişirken ortaya çıkan boyutsal değerlendirme gereksinimi başka türlü karşılanmaya çalışılmaktadır. Bu ise, DSM-5'de var olan tanısal kategorilerin kendi içlerinde boyutsal değerlendirmeler yapılması biçiminde olacaktır. Bundan amaç tedavi sürecinin ölçümüne olanak verecek temeller oluşturmaktır. Bu yolla klinisyene değerlendirme,

tedavinin planlanması ve izlenmesinde ek bilgi sağlamak amaçlanmaktadır. Bir başka amaç da tanı öncesi değerlendirmeye olanak sağlamaktır. Örneğin birincil sağlık hizmetlerinde depresyon ölçümü, intihar eğiliminin saptanması ya da kişilik eğilimlerinin (traits) değerlendirilebilmesi gibi. Ancak, bu boyutsal değerlendirmelerin bazıları tanıyı netleştirmek ya da tedaviyi izlemek için de kullanılabilir, örneğin bir klinik durumun ağırlığının değerlendirilmesi gibi. Bu boyutsal değerlendirmelerin bir çoğu belirli bir bozukluk için özgül nitelik taşıyacaktır. Bu önerilerin alan çalışmalarında değerlendirilmesi düşünülmektedir.

### **Duygudurum Bozuklukları**

Bipolar bozukluğu tanımlayan bölümün yapısının aynen korunması, fakat duygudurum nöbetlerinin her birinin tanımlarının gözden geçirilmesi düşünülmektedir.

### **Manide artmış enerji ve aktivite çekirdek belirti**

Manik nöbetin tanımında artmış enerji ve aktivite çekirdek belirti sayılmaktadır. Duygudurum süresi ve sürekliliği açısından ise günün büyük bölümünde ve hemen her gün olmasının gerekliliği ifade edilmekte, bu ifadenin majör depresyon nöbetinin tanımına da uyacağı düşünülmektedir. B ölçütünü tanımlarken A ölçütünde belirtilen duygudurum nöbeti ile zamansal ilişkiye dikkat çekilmekte ve olağan davranışta fark edilebilir bir değişme olmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. "Zevk verici etkinliklere aşırı katılım" ifadesinde "zevk verici" sözcükleri kaldırılmıştır. Hipomanik nöbetin tanımında da benzer değişiklikler öngörülmekte ve yine artmış enerji ve aktiviteye ağırlık verilmektedir. Dört günlük sürenin uygun olup olmadığı ve tanımlamada hangi belirtilerin seçileceği konusunda veri analizlerinin devam ettiği bildirilmektedir. Siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan duygudurum bozukluğu kategorileri değiştirilmeden sürdürülmektedir.

### **Karışık nöbet ek tanımlayıcı oluyor**

Karışık (mikst) nöbet ayrı bir tanı kategorisi olmaktan çıkarılmakta ve gerek manik, gerekse hipomanik nöbet için bir ek tanımlayıcı (specifier) haline getirilmektedir. Bu nedenle, karışık nöbete

manik nöbet ölçütleri içerisinde değinilmesine gerek olmadığı düşünülmüştür. Bipolar-II kategorisinde de karışık özelliklerin ek tanımlayıcı olarak kullanılıp kullanılmayacağı tartışılmaktadır.

### **Çocuklarda bipolar bozukluk ve hiperaktivite**

Bipolar bozukluk konusunda tartışma yaratan ve değişiklik önerilerine yol açan önemli bir bakış açısı gelişimsel yöndür ve bipolar bozukluğun çocuk psikiyatrisi açısından ele alınışını etkilemektedir. Mani ve hipomaninin DSM-IV'deki tanımlarının özellikle çocuk psikiyatrisi alanında belirsizliklere yol açtığı düşünüldüğünden, tıpkı majör depresyon nöbeti için olduğu gibi, A ölçütüne duygudurum bozukluğunun günün büyük bölümünde ve hemen hemen her gün olması koşulunun eklenmesi önerilmektedir. Yine çocuk psikiyatrisinden kaynaklanan gereksinimle, belirgin bir nöbetin tanımlanmasında B ölçütüne ilişkin belirtilerin de duygudurum bozukluğu ile aynı zaman diliminde başlaması üzerinde durulmuştur. DSM-IV'de bu noktadaki belirsizliklerin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alması gereken bir grup çocuğun yanlış olarak bipolar bozukluk tanısı almasına neden olduğu belirtilmektedir.

### **Öfkeyi temel alan yeni bir tanı kategorisi**

İkinci öneri ise yeni bir tanı kategorisi yönünde olmuştur: Disforili Mizaç Disregülasyonu Bozukluğu. En az bir yıldır devam etmek üzere, on yaşından önce başlayan bu bozuklukta stres karşısında haftada en az üç kez yineleyen öfke krizleri bulunmakta olup ara dönemde ise kişiye negatif duygu hali egemendir. Çalışma Grubu ayrıca İlk Olarak Bebeklik, Çocukluk ve Adölesansta Tanısı Konulan Bozukluklar bölümünde yer alan iki tabloyu daha incelemektedir. Bunlar intihara yönelik olmayan kendini yaralama ve başka türlü adlandırılmayan kendini yaralama durumlarıdır. Üçüncü tartışma ise dört günden kısa süren hipomanik nöbetlerin ne şekilde ele alınacağı konusunda olup bu alanda henüz karar verilememiştir. Ayrıca premenstrüel disforik bozukluk konusunda da bir uzman grubu çalışmaktadır. Bunun ayrı bir duygudurum bozukluğu mu yoksa bir ek tanımlayıcı mı olması gerektiği incelenmektedir.

### **Depresyonun ağırlığı, psikotikliği, kronikliği**

Majör depresyon nöbeti konusundaki değişikliklerin araştırma bulgularının var olan tanımlamaya yansıtılması ile sınırlı olduğu söylenebilir. DSM-5 majör depresyon nöbetinin ağırlığını ve psikotik özellikli olup olmasını birbirinden ayrı değerlendirmektedir, çünkü psikotik özellikle ağırlık daima birbiriyle bağlantılı olmamaktadır. Sanrıların duygudurumla ilişkisi konusunda, duygudurumla uyumlu olmayan sanrılara öncelik veren bir hiyerarşi sağlanmıştır. Bu düzenlemenin her iki tipte sanrılarının birlikte bulunduğu hastaları sınıflandırmada kolaylık sağlayacağı düşünülmüştür. Var olan majör depresyon nöbeti tiplerine katatonik tip de bir seçenek olarak eklenmektedir.

Çalışma grubu majör depresyon nöbeti ile ilgili olarak kronik olma seçeneğinin kaldırılmasını önermektedir. Buna karşılık distimik bozukluk denilen kategori şimdi kronik depressif bozukluk adını almakta, majör depresyonun araya girebileceği kabul edilmekte, hatta bipolar bozukluk öyküsünün de dışlama ölçütü olmaktan çıkarılması önerilmektedir. Postpartum başlangıçla ilgili süre genişletilmiştir. Çünkü DSM-IV sonrasındaki çalışmalar doğum ile bozukluğun başlaması arasındaki riskli sürenin altı aya kadar uzayabileceğini göstermiştir.

### **Boyutsal değerlendirme olarak anksiyete ve intihar eğiliminin ağırlığı**

Çalışma grubu her bir kategorik duygudurum bozukluğu tanısı ile birlikte tedavi sonucunu belirleyen etkenlerle ilgili klinisyen ağırlık boyutları kullanılmasını önermektedir.

Örneğin tüm duygudurum bozuklukları için bir anksiyete boyutunun ve bir de intihar değerlendirme boyutunun kullanılması üzerinde durulmaktadır. Bir madde kullanımı ağırlık boyutu da düşünülmektedir.

### **Karışık anksiyete ve depresyon: Ayrı bir tanı olabilir mi?**

Bu kategori DSM-IV'de ekler bölümünde yer alıyordu. Çalışma grubu bu bozukluğu tanı olarak düşünmektedir. Hastada majör depresyon belirtilerinden üç ya da dört tanesinin bulunması ve buna

en az iki tane anksiyete belirtisinin eşlik etmesi beklenmektedir. ICD-10 'da da bulunan bu bozukluğun tanısının konulabilmesi için başka bir depresyon ya da anksiyete bozukluğu tanısının olmaması gerekmektedir. Başka yerde sınıflandırılmayan depressif bozukluklar içerisinde ise şu üç durum girmektedir: Majör depressif nöbetin birincil ya da ikincil olduğu konusunda yeterli bilgi bulunmayan durumlar, subsendromal durumlar, ve diğerleri (psikotik bozukluk üzerine eklenen majör depressif epizod ya da yineleyici kısa depressif bozukluk).

### **Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar**

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar bölümünün şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoafektif bozukluk, sanrısız bozukluk, kısa psikotik bozukluk, genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluklar (sanrılı olan ve varsanıllı olan) ve başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluktan oluşması planlanmaktadır. Ek olarak, eşikaltı ya da risk grubunu yansıtmaması düşünülen bir "psikotik semptomlar sendromu" üzerinde durulmaktadır.

### **Schneider belirtileri artık patognomonik değil**

Şizofreninin A ölçütünde bazı değişiklikler yapılırken B-F ölçütlerinde değişiklik yapılmamıştır. A ölçütünde yapılan değişiklikler bu bölümde yer alan bir çok bozukluğun tanımını etkilediğinden özellikle önem taşımaktadır. DSM-IV'de A ölçütünde sayılan belirtilerden en az ikisinin bulunması istenmekte idi. DSM-5 önemli bir değişiklik getirmekte ve Schneideryen belirtilere tanıdığı ayrıcalığa son vermektedir. Şöyle ki, daha önce tek bir Schneider belirtisi diğer iki belirtiyeye eşdeğer sayılırken şimdi bu özellik kaldırılmaktadır. Bunun başlıca yararı şizofrenik bozukluk ile dissosiyatif bozukluğun ayrımı açısından olmaktadır. Çünkü dissosiyatif bozukluklarda yorumda bulunan ve yönlendiren işitsel varsanıllara sıklıkla rastlanmakta ve şizofrenik bozuklukla ayırıcı tanı sorunu yaratmaktadır (Kluft 1987). Bu tür varsanılların DSM-5'e göre şizofreni öngörmesi için sanrıların da eşlik etmesi gerekmektedir.

### **Geleneksel alt tipler de tarihe karışıyor**

Şizofreninin klasik alt tipleri olarak bilinen ve

DSM-IV'de yer alan hebefrenik, paranoid, katonik, farklılaşmamış ve rezidüel tipler kaldırılmaktadır. Bu değişikliğin nedenleri olarak bu alttıplerin az kullanılması ve bu alttıplerin varlığını düşündüren çalışmaların yöntem açısından zayıf yanları gösterilmektedir. Ancak katatoninin bir ek tanımlayıcı olarak, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar bölümünde yer alan tüm klinik tablolarla kullanılması önerilmektedir.

### **Bir Psikotik Semptomlar Sendromu olmalı mı?**

Başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk için değişiklik önerilmemektedir. Ancak yeni bir kategori olarak eşik altı olarak nitelenebilecek bir psikotik semptomlar sendromu önerilmektedir. Psikoz riski altında bulunan gençleri saptama amacı taşıyan bu kavram henüz oldukça tartışmalıdır. Öneren çalışma grubu da bu konunun ana metne mi yoksa gelecekte araştırılması açısından ekler bölümüne mi konulmasının uygun olacağı konusunda kararsızdır. Ross (2010) bu kategoriye sekiz ayrı nedenle karşı çıkmaktadır: Adının bozukluktan çok bir sendromu düşündürmesi, kısa psikotik bozukluk, şizofreniform bozukluk ve şizofreni ile ilişkileri, yalnızca bir semptom gerektirmesi, çoğu vakanın başka kategorilere de yerleştirilebilir olması, diğer bozukluklarda bir risk sendromunun neden tanımlanmadığı, başka türlü adlandırılmayan kategorisi ile risk sendromu arasındaki sınırlar, klinik uygulamada eşik belirlemenin güçlüğü, ve bu kategorinin çocuklarda "polifarmasi"ye yol açması olasılığı.

### **Diğer psikozlarda fazla değişiklik önerilmiyor**

Şizofreniform bozukluğun ölçütlerinde, değişen şizofreni A ölçütü dışında bir yenilik önerilmemektedir. Şizoafektif bozuklukla şizofreni arasındaki sınır ise şizoafektif bozukluk tanımlamasındaki değişikliklerle belirginleştirilmeye çalışılmıştır, çünkü DSM-IV'de yer aldığı biçimiyle bu kategorinin güvenilirliğinin düşük olduğu belirtilmektedir. Özellikle "önde gelen duygudurum semptomları" ifadesinin belirsizlik taşıması nedeniyle onun yerine "majör bir duygudurum epizodunun ölçütlerini dolduran" ifadesi önerilmiştir. Bu özellikteki bulguların yaşam boyu hastalığın aktif ve rezidüel

dönemlerinin önemli bir bölümünü (%30'dan fazlasını) kaplaması gerekmektedir.

Sanrısız bozuklukta önemli bir değişiklik önerilmemektedir. Yalnızca, sanrısız bozukluğun somatik tipi ile beden dismorfik bozukluğunun sanrısız tipi arasındaki sınır belirginleştirilmeye çalışılmıştır. Somatik tipte sanrısız bozukluk tanısının kişide bedensel bir hastalığın olmasını konu alan sanrılar zemininde konulması önerilmektedir. Paylaşılmış psikotik bozukluğa ise DSM-5'de yer verilmemekte, bu konudaki yayınların azlığı ve bu klinik tabloların sanrısız bozukluk ya da başka kategorilerde daha iyi temsil edilebilecek olması gerekçe gösterilmektedir.

Kısa psikotik bozukluğun süresi ve semptom özellikleri konusunda da önemli bir değişiklik getirilmemekte, ancak dezorganizasyon ve psikomotor semptomların psikopatolojide ayrı alanlarla ilişkili olmaları nedeniyle ayrı ayrı listelenmesi uygun görülmüştür. Bu ayrım şizofreninin A ölçütünde de yapılmış, dezorganize ve katonik davranışlar birbirinden ayrılmıştır.

### **Travma Sonrası Stres Bozukluğu**

Bir grup bozukluğun Travma ve Stres İle İlişkili Bozukluklar bölümü içerisinde toplanması önerisi gündeme getirilmiştir. Şimdiye dek bir anksiyete bozukluğu sayılan travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve akut stres bozukluğu yanısıra dissosiyatif bozukluklar ve uyum bozuklukları bu bölümde yer alması beklenen tanı kategorileridir.

### **Travma tanımını netleştirmek**

DSM-IV travmatik bir olayın ne olduğunu TSSB'nin A ölçütünde tanımlamaktadır. Böyle bir olay ölüm ya da ciddi yaralanma (gerçekleşmiş ya da tehdit), ya da kendinin ve başkalarının fiziksel bütünlüğüne karşı bir tehdit niteliği taşımalıdır. DSM-IV stres yaratan etkeni aşırı derecede stres verici bir olayla objektif olarak sınırlamakta, ayrıca subjektif olarak tepkinin bir travma olgusuna uyan nitelikte olmasını da dikkate almaktadır. Kişinin tepkisi yoğun korku, çaresizlik, ya da dehşet içermelidir. Bu yaklaşım, stres niteliği taşıyan olayın yalnız objektif özellikleri nedeniyle değil subjektif bileşenleri nedeni ile de travmatik hale geldiğini

dikkate alan yaklaşımla uyumlu idi (Fischer ve Riedesser 1999).

DSM-5 taslağında, kişinin tepkisi dikkate alınmamış, onun yerine, travmatik olay tanımını netleştirmek amacıyla bu olay(lar)la karşılaşmanın çeşitli olası yolları listelenmiştir. DSM-5 tanımına göre kişi olayı kendisi yaşamış ya da tanık olmuş olabileceği gibi ve olaylar kişinin kendisinin ya da başkasının başından geçiyor olabilir. Olay yakın bir akraba ya da yakın bir arkadaşın başına gelmiş ve bu durum başkasından duyulmuş olabilir (böyle durumlarda gerçekleşen ya da tehdit halindeki ölüm olasılığı şiddet kullanımı ya da kaza niteliği taşımaktadır). Olayın hoş olmayan ayrıntılarıyla yineleyici biçimde ya da aşırı boyutta yüzleşme de olabilir, ancak bu durum elektronik medya, televizyon, film yolu ile olanları kapsamamaktadır (bu yüzleşme iş yaşamı ile ilgili olmadığı sürece).

Tüm bu seçeneklerin A ölçütünde ayrı ayrı belirtilmesi ile travmatik bir olay ile travmatik nitelik taşımayan stres verici olayların objektif olarak birinden ayrılması amaçlanmaktadır. Örneğin, "kendinin ve başkalarının fiziksel bütünlüğü" biçimindeki belirsiz ifade de kaldırılmış, cinsel şiddet (sexual violation) ifadesine yer verilmiştir. Önerilen A ölçütü objektif olarak travmatik olan olayları tanımlamakla birlikte subjektif olarak travmatik olabilecek durumları tanımlamamaktadır. Öte yandan, bu tanımlama, potansiyel olarak travma niteliği taşıyabilecek bir stres verici olay yaşadığı halde korku, çaresizlik, ya da dehşet hisleri ile başvurmayan kişileri kapsama açısından bir genişleme de getirmektedir. Bu son grup aşırı kontrollü (overmodulated) tipte yanıt veren ve bazı yazarlarca TSSB'nin dissosiyatif alt tipi olarak görülmesi önerilen durumları kapsayabilir (Lanius ve ark. 2010).

### TSSB'nin dissosiyatif yönleri

DSM-5 TSSB B ölçütü "travmatik olayı yeniden yaşantılama"yı konu almaktadır. Bu belirtileri DSM-IV'deki gibi intrüzyon fenomenleri olarak adlandırmak yerine, DSM-5 travmatik olayın B ölçütünde listelenen yollardan en az biri üzerinden inatçı biçimde yeniden yaşantılandığını belirtmektedir. B ölçütünde yer alan maddelerle ilgili küçük değişiklikler de önerilmiştir. TSSB ile ilgili, spontan

ya da uyarılarla tetiklenen, istemsiz, sıkıntı verici anılar depressif yinelemelerden (ruminasyonlar) ayırtılmaya (B1) ve flaşbeklerin dissosiyatif nitelikli yaşantılar olduğu vurgulanmaya (B3) çalışılmıştır. Bütün olarak bu değişiklikler bu grup belirtilerin obsesif bir yineleyicilikten çok dissosiyatif nitelikli olduğunu belirlemeye yöneliktir.

C ölçütü "uyaranlardan kaçınmayı" tanımlamaktadır. C ölçütü travmatik olay(lar)la ilgili uyaranlardan sürekli biçimde kaçınmayı belirtirken, DSM-IV'den farklı olarak, genel tepkiselliğin kısıtlılığı (örneğin önemli etkinliklere katılma ya da ilgi duymada belirgin azalma, başkalarından uzaklaşma ya da yabancılaşma, duygu yelpazesinde kısıtlılık, geleceğin olmadığı hissi) ayrı tutulmakta ve yeni oluşturulan D ölçütüne aktarılmaktadır. C ölçütü için gerekli semptomların sayısı düşürülmüş ve travmatik olay(lar)ı hatırlatan iç ve dış uyaranlarla sınırlandırılmıştır.

### Karmaşık travmayı "basit" TSSB içine almak

Yeni tanımlanan D ölçütü (eski DSM-IV C ölçütünden ayrılmış bir bölümdür) faktör analizlerinin sonuçlarından üretilmiştir. Travmatik olayla ilgili olarak kendini suçlamayı tanımlayan (D3) ve korku, çaresizlik, dehşet ötesinde geniş bir negatif emosyon yelpazesini tanımlayan (D4) maddeler eklenmiştir. Çok küçük bir değişiklik olarak, psikojen (dissosiyatif) amnezinin daha özgül bir tanımı yapılmıştır (D1) ve bir geleceğinin kalmadığı (fore-shortened feature) yaşantısının daha geniş bir tanımı kişinin kendisi ve başkası ve gelecek hakkında negatif beklentiler olarak verilmiştir (D2). E ölçütünde, ilk maddede odak (E1) öfkeli duygulardan (D4'e aktarılmış) agresif duygulara değişmiştir. İkinci madde (E2) ise yenidir ve kendini sakınmayan ve kendine zarar veren davranışlara odaklanmıştır.

Karmaşık travma yaşayan kişiler (Van der Kolk 1995, 1996), "basit" TSSB'ye oranla daha fazla fiziksel agresyon ve kendine zarar verme düzeylerine ulaşmaktadır. Bu ise travma sonrası utanç ve kendini suçlamanın önemine dikkat çekmektedir (Dyer ve ark. 2009). Böylelikle yeni D ölçütü ve yeniden tanımlanan E ölçütü TSSB tanımına önemli duygu tiplerini katmış olmaktadır. Bunlar tedavide olan hastalar tarafından sıklıkla dile

getirilen emosyonlar olduğundan bu değişiklik yalnız ölçütleri iyileştirmekle kalmamakta, klinisyenin psikoterapi çalışmasına da ışık tutmaktadır. Genel olarak TSSB ölçütlerindeki değişiklikler eskisine göre daha kompleks ve kapsamlı bir tablo tanımlamaktadır. Ancak travma etkeninin karmaşıklığı konusunda ya da kronikliği ve gelişimsel travma konusunda bir yenilik getirmemiştir.

DSM-5 TSSB ölçütleri karmaşı travma konusuyla ilişki kurmazken, bir çok TSSB belirtisinin dissosiyatif özelliği daha fazla ön plana çıkmaktadır. Ancak, geç başlangıç daha açık tanımlanırken, akut ve kronik ayrımı terk edilmektedir. Bu ayrımın kaldırılmasının nedeni olarak yeterli kanıtın bulunmayışı gösterilmektedir. Ancak, bu karar karmaşık travma sekellerini TSSB kategorisi içerisinde temsil etmeyi güçleştirmektedir, çünkü bunlar genellikle kronik olmaktadır. Genel olarak, önerilen bu değişiklikler TSSB'yi anksiyetenin baskın olduğu bir sendromdan daha karmaşık bir psikopatolojiye doğru kaydırmaktadır.

### **Gelişimsel, karmaşık travma nasıl temsil edilecek**

Tip-II ya da karmaşık (kompleks) travma olarak da adlandırılan, yaşamın erken (gelişimsel) yıllarında, yineleyici biçimde ve kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan travmatik yaşantıların erken ve uzun vadeli klinik sonuçlarının ele alınabileceği bir gelişimsel travma bozukluğu (Van der Kolk 1995) ve karmaşık TSSB (Van der Kolk 1996) tanı kategorileri olarak uzun yıllardır önerilmektedir. Çalışma grubu henüz bu konuda bir öneri geliştirmemiştir. Ancak eleştiri ve tartışmalar ışığında TSSB içerisinde bir karmaşık tip tanımlanması ve gelişimsel travma bozukluğunun ayrı bir tanı olarak önerilmesi tümüyle olasılık dışı değildir. Ayrıca okul öncesi ve okul/adölesans çağındaki çocuk ve gençlerde TSSB'nin görünümü konusunda tartışmalar sürmektedir (Sheeringa ve ark. 2010).

### **Dissosiyatif Bozukluklar**

ICD-10 akut ve somatik ağırlıklı dissosiyatif bozuklukları ayrıntılı biçimde tanımlarken, kronik karmaşık dissosiyatif bozuklukları uygun biçimde temsil etmekten uzak kalmıştır. Buna karşılık DSM-IV kronik karmaşık dissosiyatif bozukluklar konusunda öncülük görevi yaparken somatik dissosiyatif

fenomenleri (konversiyon bozukluğu) dissosiyatif bozukluklardan ayırmış ve diğer akut dissosiyatif bozuklukları (eskiden histerik psikoz denilen psikotik belirtili ağır dissosiyatif tablolar ve daha hafif ve geçici dissosiyatif epizodlar) da yeterince temsil etmemekte idi. DSM-5 "Anksiyete, Obsessif Kompulsif, Posttravmatik ve Dissosiyatif Bozukluklar Çalışma Grubu" bu sorunlarla ilgili öneriler geliştirmiştir.

### **Dissosiyatif kimlik bozukluğunun sınırlarını genişletmek**

DSM-5'de dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) eskisine oranla daha geniş ve kapsayıcı (overarching) bir kategori olarak düşünülmüştür. DSM-IV dissosiyatif bozukluklar bölümünün kendi içindeki başlıca problemi ise DKB tanısı alması gereken çok sayıda vakanın başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk (BTADB tip 1) grubuna girmesi idi. BTADB tip 1 DKB'ye benzeyen ama onun ölçütlerini tam doldurmayan vakalardan oluşmaktadır. Kişilik durumlarının yeterince ayrı ve farklılaşmamış olması ya da dissosiyatif amnezi bulunmaması halleri bunlar arasındadır. Bazı kültürlerde ise kişilik durumları posesyon yaşantıları olarak kendini göstermektedir.

Bu amaçla A ölçütünün genel görünümü "çoğul kişilik"ten "kimlikte kopma"ya doğru biçimlendirilmiştir. Bu tanımlama ayrıntılı hale getirilirken posesyon yaşantılarının da "ayrı kişilik durumu" nun yerini tutmasına olanak tanınmış ve böylece kültürel farklılık kapsama alanına alınmıştır. A ölçütü daha ayrıntılı biçimde tanımlanırken kişilik durumlarının gözlenmesi bile hasta tarafından bildirilmesi yeterli bulunmuştur. DSM-IV'deki B ölçütü kişilik durumlarının kontrolü alması koşulunu getirmekte iken DSM-5'de bu ölçütün kaldırılması önerilmektedir. Böylelikle DKB ölçütlerinde bir yumuşama sağlanarak daha önce BTADB-1 tanısı alan hastaların bir bölümünün daha DKB tanısı alabilmesi amaçlanmıştır. Amnezi ölçütü ise yerinde bırakılmış ve travmatik yaşantı ile ilgisine dikkat çekilmiştir.

### **DKB'de ek tanımlayıcı olarak konversiyon ve diğer somatik belirtiler**

Ayrıca, kronik dissosiyatif bozukluğa eşlik eden

somatik dissosiyatif belirtiler konversiyon bozukluğunun ayrı yerde sınıflandırılması dolayısı ile bu bölümün kendi içinde de bazı eksikliklere yol açıyordu. Oysa, Türkiye'de DKB olup en azından bir konversiyon nöbeti geçirmeyen vaka azdır (Sar ve ark. 2009). Bu satırların yazarı tarafından yapılan vurgulama Çalışma Grubu'na da kabul görmüş ve konversiyon belirtilerine DKB'de ek tanımlayıcı (specifier) olarak yer verilmiştir. Ayrıca kişilik durumları arasında değişen somatik belirtilerin bulunması da Batı kültürleri için konversiyon belirtilerine seçenek olarak konulmuştur.

### **Dissosiyatif füğ dissosiyatif amneziye katılıyor: Seyahat önemli değil**

Dissosiyatif füğ hemen daima daha geniş bir dissosiyatif bozukluğun parçası olarak ortaya çıkmakta ve kendi başına az görülmektedir (Şar ve ark. 2007). Bu nedenle ayrı bir tanı kategorisi olmasından vazgeçilmiş ve dissosiyatif amnezinin bir alt tipi olması önerilmiştir. Depersonalizasyon olmaksızın derealizasyon DSM-IV'de BTADB tanısı alırken DSM-5'de depersonalizasyon bozukluğunun A ölçütündeki değişiklik sonucu depersonalizasyon bozukluğuna katılmış olmaktadır.

### **Akut hafif dissosiyatif bozukluk ve dissosiyatif psikoz: Nihayet temsil ediliyor**

Bu satırların yazarının ısrarlı önerileri ve sunumları sonucunda akut dissosiyatif durumlara başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluklar başlığı altında iki yeni madde olarak yer verilmesi önerisi çalışma grubunca benimsenmiştir. Her ikisi de bir aydan kısa sürmek kaydıyla, stres verici bir olay sonrası karışık (mikst) dissosiyatif belirtilerden oluşan ve akut stres bozukluğu ölçütlerine uymayan durumlar non-psikotik versiyonu oluştururken karışık dissosiyatif belirtiler yanı sıra psikotik belirtiler de gösteren durumlar psikotik (dissosiyatif, "histerik" psikoz) versiyonu temsil etmektedir. Kültürel önemi de olan bu tabloların artan çalışmalarla gelecekte kendilerine ait ölçütlerle daha ayrıntılı biçimde tanımlanması olasıdır (Şar ve Öztürk 2008).

### **Konversiyon somatoform dissosiyasyon mu? DSM-5 ve ICD-10**

DSM-IV ile ICD-10 arasında dissosiyatif bozukluk-

ların sınıflandırılması konusunda büyük farklar bulunmaktadır. DSM-IV görece kronik dissosiyatif bozuklukları daha ayrıntılı biçimde sınıflandırırken konversiyon bozukluğunu somatoform bozukluklar arasına katmaktadır. Buna karşılık ICD-10 konversiyon bozukluklarını dissosiyatif bozukluk olarak gruplandırmakta, buna karşılık daha çok akut tablolara yer vermektedir. Konversiyon bozukluğu ile dissosiyatif bozukluklar arasında gerek tarihsel olarak, gerekse ortak mekanizma açısından yakınlık bulunmakla birlikte (Brown ve ark. 2007), DSM-5'de konversiyon bozukluğunun dissosiyatif bozukluklara katılması konusunda çalışma grupları arasında tam bir fikir birliği sağlanamamış ve tartışma devam etmektedir. Ancak, DKB için konversiyon semptomlarından ek tanımlayıcı (specifier) olarak yararlanılması en azından konversiyon semptomları ön planda olarak başvuran kronik dissosiyatif bozukluk vakalarının tanınmasını kolaylaştıracaktır.

### **Kişilik Bozuklukları**

Çalışma grubu kişilik psikopatolojisinin büyük ölçüde yeni bir bakışla yeniden tanımlanması gerektiğini düşünmektedir. Bu yeni tanımlamanın kişilik işlevlerinde çekirdek bozulmalar, patolojik kişilik özellikleri (traits) ve belirgin patolojik kişilik tipleri içermesi önerilmektedir. Kişilik bozukluğu tanısı için çekirdek bozulmalar ya da ağır ve uç düzeyde patolojik eğilimler ve diğer ölçütler gerekmektedir. DSM-IV'de üç kümede birbirinden ayrı 10 adet kişilik bozukluğu tanımlanmakta idi. DSM-5 önemli bir yenilik olarak tek ve genel bir kişilik bozukluğu tanımı getirmekte, farklılıkları "tip" olarak adlandırmaktadır.

### **Kişilik bozukluğunun tanımlanması**

Kişilik bozukluğu için yeni bir tanımlama önerilmiştir: Bireyin kültürel normları ve beklentileri bağlamında uyumsal olan bir kendilik kimliği duygusunu geliştirmede ve kişilerarası işlev kapasitesinde yetersizlik göstermesi. A ölçütü uyumsal yetersizliğin hangi alanlarda ortaya çıkabileceğini tanımlamaktadır. Genel kişilik bozukluğu tanımında görüldüğü üzere A ölçütünü ilgilendiren iki alan bulunmaktadır: Kendilik kimliği duygusunda bozulma ve etkili kişilerarası işlevsellik geliştir-

mede yetersizlik. Kendilik kimliği duygusunda bozulma kimlik entegrasyonu, kendilik konseptinin entegrasyonu ya da kendini (amaçlara) yöneltme (self-directedness) ile ilgili olabilmektedir. Etkili kişilerarası işlevsellik geliştirmede bozulma ise eşduyum (empati), yakınlık kurma (intimite), işbirliği kurma (cooperativeness), ya da başkalarının temsilinin karmaşıklığı ve entegrasyonu açısından olmaktadır. Bu uyumsal eksiklik bir ya da birden fazla aşırılık derecesindeki kişilik özelliği (trait) ile bağlantı gösteriyor olmalıdır (B ölçütü). Bu eksiklik adölesansa kadar uzanıyor olmalı ve zaman süreci içerisinde görece stabil olmalıdır. Diğer ölçütler ise bu durumun başka bir ruhsal ya da fizyolojik bozuklukla açıklanamaz olması koşulunu dile getirmektedir.

### **Kişilik bozukluğu alt tipleri beşe iniyor**

DSM-5 bu genel kişilik bozukluğu tanımı altında 5 adet alt tip tanımlamaktadır: Kaçıngan, obsessif-kompulsif, sınırda, antisosyal ve şizotipal. Böylelikle narsistik, histriyonik, şizoid, paranoid, bağımlı kişilik bozukluklarına alt tipler olarak da yer verilmiştir. Kişiliğin işlevselliğinde bozulmanın da 5 adet düzeyi önerilmektedir. Sıfır hiç bir bozulma yok anlamına gelirken, 1 hafif, 2 orta, 3 ciddi, ve 4 ileri derecede bozulma anlamına gelmektedir. Altı adet geniş ve üst kategori anlamında kişilik özelliği alanı (personality trait domain) tanımlanmaktadır. Kişilik özelliği alanları olumsuz duygusallık, içe dönüklük, karşıtlık (antagonizm), disinhibisyon, zorlantılılık ve şizotipiden oluşmaktadır. Kişilik alanı düzeyleri 0 ile 3 arasında, hiç yoktan tam olarak var seçeneğine dek dört basamakta değerlendirilmektedir. Kişilik alanlarının her biri için de çok sayıda daha alt seviyede nitelermeler olarak kullanılabilir kişilik yönleri (personality facets) önerilmektedir. Örneğin olumsuz duygusallık alanı için duygusal labilite, anksiyetelilik, boyun eğicilik, ayrılma güvensizliği, karamsarlık, düşük benlik saygısı, utanç/suçluluk, kendine zarar verme, depressiflik ve şüphencilik olası kişilik yönleri olarak bildirilmektedir. Diğer kişilik alanları için de o alana uyan değişik seçenekler sunulmaktadır.

Bu kapsamlı değişikliklerin klinisyenlerce nasıl karşılanacağını ve alan çalışmalarında nasıl sonuçlar vereceğini beklemek gerekmektedir.

### **Anksiyete Bozuklukları**

Travma ve Stresle İlgili Bozukluklar Bölümü'nün oluşturulması halinde akut stres bozukluğu ve TSSB'nin bir anksiyete bozukluğu olmaktan çıkarılması doğal olacaktır. Bu durumda geriye kalan tanıların Anksiyete ve Obsessif-Kompulsif Spektrum Bozuklukları Bölümü biçiminde sınıflandırılması beklenmektedir.

### **Agorafobi kendi başına bir bozukluk oluyor**

Agorafobi ile ilgili değişiklikler iki başlıkta özetlenebilir. Agorafobi tanımında değişiklik yapılarak panik bozukluğu öyküsü olmaksızın agorafobi kategorisi kaldırılmaktadır. Yeni durumda agorafobi bir sendrom olmaktan çıkarılıp panik bozukluğu ile birlikte olsa da olmasa da kendi başına kodlanabilir bir bozukluk biçiminde tanımlanmaktadır. Bu düşüncenin ailesel genetik veriler, önceki psikiyatrik öykü, eştanı örüntüleri, hastalığın seyri, tedaviye yanıt ve güvenilirlik değerlendirmeleri açısından desteklendiği belirtilmektedir. İkinci grup değişiklik ise tanı ölçütleri ve ölçüt metni üzerinde düşünülmektedir. A ölçütünde "belirgin" sözcüğü eklenmiş, "koru ya da anksiyete" deyimini tüm anksiyete bozuklukları gibi bu bölümde de yaygın olarak kullanılmış ve korku ya da anksiyetenin durumsal olduğunun altı çizilmiştir. Ölçütün bilişsel içerikli bölümü ise B ölçütüne kaydırılmıştır. Bu değişikliklerle tanı güvenilirliği artırılmaya çalışılmış, diğer anksiyete bozukluklarıyla benzer tanımlamalar oluşmasına ve agorafobinin panik bozukluğundan ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmasının sağlanmasına çaba sarfedilmiştir. Ölçüt sayısı artırılarak agorafobinin diğer fobilerden ayırt edilmesi ile ilgili B ölçütü genel olarak ayırt edici tanı ile ilgili yeni oluşturulan I ölçütünün içine konulmuştur. Düşünülen ve önerilen diğer bazı ayrıntı düzeyindeki değişiklikler için alan araştırmalarında elde edilecek bulgulara göre hareket edileceği anlaşılmaktadır.

### **Obsessif kompulsif bozukluk için daha titiz bir tanımlama**

Çalışma Grubu obsesif-kompulsif bozukluğun Anksiyete ve Obsessif-Kompulsif Spektrum Bozuklukları adı altında sınıflandırılmasını önermektedir. A ölçütünde dürtü (impuls) teriminin

yerine iç zorlanma (urge) önerilmektedir, bu tanımla dürtü kontrol bozukluklarından ayırt etme amaçlanmaktadır. Uygunsuz (inappropriate) terimi yerine istenmeyen (unwanted) kullanılmakta ve bununla değişik kültürler açısından ego distonik niteliğin daha iyi betimlenmesi arzu edilmektedir. Bu fenomenlerin anksiyete ve stres yaratıcı özelliğini ifade ederken genellikle (usually) sözcüğü eklenmiş, bu durumun çoğu zaman görülse de herkes için aynı olmayabileceği düşünülmüştür. Obsesyon tanımında OKB, yaygın anksiyete bozukluğu, ve psikotik bozukluklarla ilgili bilgilere yer vermek gereksiz olduğundan bu maddeler diğer ölçütlere kaydırılmıştır. "Aşırı" ya da "mantıksız" gibi ifadelerin tanımı güç olduğundan bunların yer aldığı DSM-IV B ölçütünün kaldırılması önerilmektedir. Obsesyonların bazı hastalarda sanrısız özellik kazanabileceği düşünülerek sanrılı tipin DSM'nin psikotik bozukluk bölümünden çıkarılması ve OKB için düşük içgörülü şeklindeki ek tanımlayıcının daha geniş bir belirti yelpazesini kapsamaması düşünülmüştür: iyi içgörü, kötü içgörü, sanrısallık gibi. Tik ile ilgili bir ek tanımlayıcı daha düşünülmektedir. Diğer ölçütlerde de ayırt edici tanı ve daha iyi betimleme yönünde bazı ufak değişiklikler önerilmektedir (Leckman ve ark. 2010).

### **Yaygın anksiyete bozukluğu: Üç ay yeter**

Yaygın anksiyete bozukluğunda A ölçütü içeriğinde en sık görülen tasalanma alanları açık olarak belirtilmektedir ve bu etkinlik ya da olay alanlarından en az ikisinin etkilenmesi beklenmektedir: aile, parasal konular, okul/iş zorlukları örnek olarak verilmektedir. Tasalanmayı kişinin kontrol etmesinde zorluğu konu alan DSM-IV B ölçütünün değerlendirilmesi güç olması ve aşırılık özelliği ile örtüşmesi nedeniyle kaldırılması önerilmektedir. Sürenin altı aydan üç aya indirilmesi ile bir çok potansiyel vakanın saptanmasının sağlanacağı düşünülmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu için özgül olmayan ve DSM-IV C ölçütünde sıralanan belirtilerin (huzursuzluk, kolay yorulma, dikkat toplama güçlüğü, çabuk kızma, kas gerginliği, uyku bozukluğu) tanımdan kaldırılması ya da sadece bir tanesinin yeterli olması amaçlanmakta ancak alan araştırmasının sonuçları beklenmektedir. D ölçütünde ise bazı davranış kalıpları listelenmekte

ve özellikle kaçınma davranışına yer verilmektedir. Diğer ölçütlerin yeri ve önemi konusunda da tartışmalar sürmektedir.

### **Panik bozukluğu ve özgül fobiler**

Tıpkı DSM-IV'de olduğu gibi, panik nöbeti tanımı kodlanabilir bir psikiyatrik bozukluk olarak düşünülmemekte, ancak ek tanımlayıcı olarak bütün psikiyatrik bozukluklarda kullanılabileceği belirtilmektedir. Listelenen 13 adet semptomdan dört tanesinin bulunması öngörülmektedir. Panik bozukluğunun tanımında DSM-IV A ölçütü bu kez A ve B olarak iki bölümde yeniden yapılandırılmış, yeni B ölçütünde de örtüşme nedeniyle üç seçenek tasalanma ve kaçınma biçiminde iki seçeneğe indirilmiştir. Ayırıcı tanıda önemli olabilecek sık görülen tıbbi hastalıklardan daha geniş biçimde söz edilmiştir. Özgül fobilerle ilgili ölçütlerde sıralama ve içerik değişiklikleri önerilmektedir. Bunlarla diğer anksiyete bozuklukları arasında uyumlu tanımlamalara erişilmesi amaçlanmaktadır.

### **Yeniden sosyal fobi**

Sosyal anksiyete bozukluğu deyiminin yerine sosyal fobi önerilmektedir. Bu bozukluk tanımlanırken küçük düşme ve utandırılma yerine negatif değerlendirilme gibi daha nötr bir ifade getirilmiş ve kültürel duyarlık açısından, başkalarını rahatsız etme ifadesi de eklenmiştir.

### **Akut stres bozukluğunda dissosiyasyon şart değil**

Akut stres bozukluğu için yeni A ölçütü DSM-5 TSSB ile aynı biçimde düşünülmektedir. Belirtileri gruplandırmak yerine hepsini listeleme tercih edilmiş ve bu belirtilerin arasında mutlaka dissosiyatif özellikte olanların bulunması koşulu kalkmıştır. Bu durumda DSM-5 akut stres bozukluğu kategorisi DSM-IV'dekine oranla daha fazla anksiyete ağırlıklı olabilecektir. Bu durumda DSM-5 başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluklar bölümüne eklenen psikotik olan ve olmayan (stres verici olaya bağlı) tipte iki akut dissosiyatif bozukluk türü buradan doğan açığı kapatacaktır. Süre olarak en az iki gün olan koşul en az üç güne çevrilerek güvenilirlik artırılmak istenilmiştir.

### Yeni bozukluk tanı önerileri tartışılıyor

DSM-IV'de yer almayan bazı yeni bozukluklar da bu bölümde önerilmektedir: madde kullanımı ile başlayan tik bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı tik bozukluğu, (eşya) biriktirme bozukluğu, koku referans (kötü koku yaydığını düşünme) sendromu, ve deri yolma bozukluğu gibi. Ancak bu önerilerin henüz tartışılmakta olduğu belirtilmektedir.

### Somatoform Bozukluklar

DSM-5'de somatoform bozukluklar grubunun eskisine göre daha az alt başlıktan oluştuğu görülmektedir. Yeni bir kategori olarak karmaşık somatik belirti bozukluğu önerilmektedir. Bu bozukluk DSM-IV'deki somatoform bozukluklardan bir kaç tanesini kapsamaktadır: Somatizasyon bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk, hipokondriyaklık, hem tıbbi bir durum hem de psikolojik etkenlerle bağlantılı ağrı bozukluğu ve psikolojik etkenlerle ilişkili ağrı bozukluğu. Bu tanının kullanılabilmesi için rahatsızlık veren ya da gündelik yaşamı aksatan en az bir somatik semptom (A ölçütü) yanı sıra bu belirtilerle ya da sağlıkla ilgili aşırı düşünceler, duygular, davranış örneklerinden en az ikisi (B ölçütü) ve bu durumun en az altı ay olmak üzere kronik olması (C ölçütü) gerekmektedir. Üç tane de ek tanımlayıcı düşünülmüştür: Somatik belirtiler baskın (eski somatizasyon bozukluğu), sağlık anksiyetesi baskın (eski hipokondriyaklık) ve ağrı baskın (eski ağrı bozukluğu).

Çalışma grubu konversiyon bozukluğunun adının fonksiyonel nörolojik belirtiler olarak değiştirilmesini önermektedir. Bu adlandırma, özellikle "fonksiyonel" ifadesi psikiyatrinin bakış açısına yabancı durmaktadır. Konversiyon bozukluğunun aynı ad altında ya da dissosiyatif somatosensoriyel bozukluk olarak dissosiyatif bozukluklar arasına katılması yönündeki istek iki çalışma grubu arasında tartışılmakta olup bu konuda bir fikir birliği sağlanamamıştır. Somatoform bozukluklar çalışma grubu konversiyon bozukluğunun özellikle nörologlarca bilinmesi ve tanınmasına önem vermekte ve dissosiyatif bozukluklara katılmasının bunu güçleştirebileceği kaygısını taşımaktadır. Oysa gerek ICD-10'da konversiyon semptomlarının dissosiyatif bozukluk olarak sınıflandırılması, gerek her iki bozukluk grubunun tarihsel geçmişi ve

gerekse psikopatojenez ve potansiyel olarak tedavi ortaklığı konversiyon bozukluğunun dissosiyatif bozukluklara katılmasını desteklemektedir (Brown ve ark. 2007, Şar ve ark. 2006).

Beden dismorfik bozukluğunun anksiyete ve obsesif-kompulsif spektrum bozuklukları bölümüne konulması önerilmekte ve ölçüt tanımlarında berraklığı sağlayacak değişiklikler önerilmektedir. Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk kategorisi altında ise basit somatik belirti bozukluğu, psödosiyezis ve izole sağlık anksiyetesine yer verilmektedir.

### Diğer Bozukluklar

Çalışma grubu uyum bozukluklarının yeni oluşturulması öngörülen Travma ve Stres İle İlişkili Bozukluklar bölümünde sınıflandırılmasını önermektedir. Önerilen uyum bozukluklarının ölçütleri DSM-IV'de görülenlere oldukça yakındır. Bunlar belirgin olarak stres verici olan ama travmatik dereceye varmayan olaylar yaşamış ve belirgin rahatsızlık ya da işlevsel bozulma gösteren kişiler için uygun olmaktadır. Bu gibi kişiler TSSB ya da akut stres bozukluğu benzeri belirtiler gösterebilir, ancak bu iki tanının stres verici etkenin varlığı ya da belirti ölçütlerini doldurmuyor olabilirler.

Dürtü kontrol bozukluklarının patolojik kumarbazlığın kaldırılması ya da bağımlılık ve benzeri bozukluklar grubuna katılması öngörülmektedir. Trikotilomaninin de anksiyete ve obsesif-kompulsif spektrum bozuklukları grubuna katılması önerilmektedir. Aralıklı patlayıcı bozukluk, kleptomani, piromani ve başka türlü sınıflandırılmayan dürtü kontrol bozukluğu konusunda henüz bir öneri sunulmamakta olup tartışmalar beklenmektedir.

Yeme bozuklukları bölümünde DSM-IV'de ekler bölümünde bulunan tıknırcasına yeme bozukluğunun bir tanı olarak belirlenmesi önerilmektedir. Bulimiya nevrozada tıknırcasına yeme davranışı konusunda DSM-5'de üç aylık sürede haftada iki yerine bir kez gibi bir sıklık yeterli görülmektedir. Anoreksiya nervosa ölçütlerinin ise içeriğinde değişiklikler düşünülmektedir. A ölçütünde reddetme terimi istemlilik ima ettiğinden bu özelliğin daha davranış temelinde tanımlanmasına çalışılmakta olup kilo alma korkusu az da olsa bazı hasta-

larda bulunmadığından kilo alımını engelleyen inatçı davranış da B ölçütüne eklenmiştir. Amenore ölçütünün kaldırılması önerilmekte, çünkü bir çok hastada bir tür menstrüel aktivite görülmekte ya da menarş öncesi durumlarda zaten bu ölçüt uygulanamamaktadır.

Uyku bozuklukları bölümünde yeni bir çok tanı önerilmektedir (Kleine Levin sendromu, huzursuz bacak sendromu gibi. Bazı uyku bozukluklarının başka bölümlere konulması (başka ruhsal ya da bedensel bozukluklara bağlı uyku bozuklukları gibi) düşünülmektedir. Korunan tanı kategorileri için ise bu yazıda ele alamadığımız bir çok değişiklik önerilmektedir.

İlk kez bebeklik,çocukluk ya da adölesansta tanı konulan bozukluklar; delirium, demans, amnestik ve diğer bilişsel bozukluklar, genel tıbbi duruma bağlı ruhsal bozukluklar, madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, yapay bozukluklar, cinsel ve cinsiyet kimliği bozuklukları, ve klinik dikkate odak olabilecek başka klinik durumlar gruplarına bu yazının sınırlarını aştığı için burada değinilmemektedir.

## Sonuç

Araştırma bulgularına ağırlık tanıyan ve klinik durumun değerlendirilmesinin beş eksenle yapılmasını öngören bir önceki sınıflandırma (DSM-IV) özellikle çok fazla eştaniya neden olması açısından eleştirilmekte ve DSM-5'de klinik bakış açısına ağırlık tanınmasının gerektiği vurgulanmakta idi. Uluslararası sınıflandırma olan ICD-10 ile daha fazla benzerlik sağlama ve kültürel konulara duyarlılık gösterilmesi gereksinimi de dile getirilmekte idi. DSM-5 çalışmalarının başlangıcında kırılma noktası bu konularda gerçekleşti ve yeni doğrultuda çalışma yapması beklenen yeni bir çalışma grubu sistemi oluşturuldu. Çalışma grupları hem kendi içlerinde özel alanlarına odaklandılar, hem de gereksinimler doğrultusunda ortak toplantılar yaparak birleşme ve ayrılma noktalarını bulmaya çalıştılar.

Çalışma grupları tarafından önerilen değişiklikler henüz son şeklini almamış olsa da üst kurulca esas alınması kaçınılmazdır. Üst kurulca yapılacak değerlendirmede kategoriler arası örtüşme ve

belirsizliklerin aşılmasına çalışılması beklenir. Öte yandan, tanı ölçütleri DSM-5'in sadece bir bölümünü oluşturmaktadır. Her bir tanı kategorisini açıklayan metin bölümleri ölçütlerde yer verilemeyen ayrıntıları ve yapılan değişikliklerin gerekçelerini daha iyi yansıtacaktır.

DSM-5 'in başlangıçta konulan amaçlara ne ölçüde yaklaşmakta olduğunu kestirmek güçtür. Bir çok değişiklik hemen sadece editöryal düzeyde kalmakta, kimi zaman da aradan geçen zaman içerisinde araştırma bulgularının çok açık şekilde ortaya koyduğu kimi yenilikler eldeki ölçütlerin az da olsa düzeltilmesinde kullanılmaktadır. Bu durumda en büyük değişiklik kavramsal olarak ne bakımdan olmaktadır? Kanımızca bunlardan birincisi kişilik ve bozukluğu kavramı konusundadır. Çünkü DSM-IV'deki ilk üç eksenin birleştirilmesi en çok ikinci eksenle ayrı bir değerlendirme yapmaya dayanan felsefeyi etkilemekte ve buna koşut olarak kişilik bozukluğu alanında kapsamlı, ancak uygulaması pek kolay olmayan ve klinik yansımalarını kestirmenin zor olduğu köklü değişiklikler de önerilmektedir. İkinci önemli değişiklik ise stres verici dış etkenlerin, özellikle travma boyutunda olanların psikopatolojide klinik yansımaları olduğunun, DSM-5 kateorik bir sistem olduğu halde, bu kez TSSB kategorisini de aşan ölçüde kabul edilmesidir. Bu da daha önce anksiyete bozuklukları içerisinde yer alan bazı travma sonrası tablolar ile tarihsel olarak "histerik nevroz" gibi farklı bir paradigma ile kavramsallaştırılan dissosiyatif bozuklukların nihayet "travma" kavramı ile ilişkilendirilmesinde kendini göstermektedir. Bu değişiklikler psikiyatrinin, en azından DSM-5 tarafından yansıtıldığı kadarıyla, 20. yüzyılın ikinci yarısında başladığı spekülative kuramsal temellerden uzaklaşarak kendi klinik psikopatoloji bilimini kurma doğrultusundaki yolculuğunun devam ettiğini düşündürmektedir.

Yazışma adresi: Dr.Vedat Şar. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Çapa, İstanbul, vsar@istanbul.edu.tr

#### KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Baskı, Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association DSM-5 Task Force (2010) www.dsm5.org. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Brown RJ, Cardena E, Nijenhuis ERS ve ark. (2007) Should conversion disorder be re-classified in the DSM-V as a dissociative disorder. *Psychosomatics*, 48: 369-378.
- Dyer KFW, Dorahy MJ, Hamilton G ve ark. (2009) Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD. *J Clin Psychol*, 65:1099-1114.
- Fischer G, Riedesser P (1999) *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kluft RP (1987) First rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am J Psychiatry*, 144:293-298.
- Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ ve ark. (2010) Emotion modulation in PTSD: clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry*, 167: 640-647.
- Leckman JF, Denys D, Simpson HB ve ark. (2010) Obsessive-compulsive disorder: A review of the diagnostic criteria and possible subtype and dimensional specifiers for DSM-V. *Depress Anxiety*, 27: 507-527.
- Ross CA (2010) DSM-5 and the "Psychosis Risk Syndrome": eight reasons to reject it. *Psychosis*, 2:107-110.
- Sheeringa MS, Zeanah CH, Cohen JA (2010) PTSD in children and adolescents. Toward an empirically based algorithm. *Depression & Anxiety*, in press.
- Spiegel D, Lewis-Fernandez R, Loewenstein R ve ark. (submitted). Dissociative disorders in DSM-5.
- Şar V (submitted) Complex trauma, PTSD, and the current proposal of DSM-5.
- Şar V, Akyüz G, Doğan O (2007) Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Res*, 149:169-176.
- Şar V, Akyüz G, Doğan O ve ark. (2009) The prevalence of conversion symptoms in women from a general Turkish population. *Psychosomatics*, 50:50-58.
- Şar V, Akyüz G, Kundakçı T ve ark. (2004) Childhood trauma, dissociation and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*, 161: 2271-2276.
- Şar V, Öztürk E (2008) Psychotic symptoms in complex dissociative disorders. *Psychosis, trauma and dissociation: emerging perspectives on severe psychopathology*, A Moskowitz, I Schaefer, M Dorahy (Eds), Wiley Press, New York, s.165-175.
- Şar V, Ross CA (2009) A research agenda for the dissociative disorder field. In: *Dissociation and dissociative disorders: DSM-V and beyond* (Eds: P Dell, J O'Neil). Routledge, New York, s.693-708.
- Van der Kolk BA (2005) Developmental trauma disorder. A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatr Ann*, 35:401-408.
- Van der Kolk BA (1996) The complexity of adaptation to trauma: self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. *Traumatic Stress*, Van der Kolk BA, McFarlane, A, Weisaeth L (Ed), New York: Guilford Press, s.182-213.
- World Health Organization (1992) *International classification of diseases, 10th Edition (ICD- 10)*. Geneva: World Health Organization.