

Psikanalitik İlkeleri Temel Alan Tanısal Sınıflandırma Sistemleri

Diagnostic Classification Systems Based on Psychoanalytical Principles

Vahap Ozan KOTAN¹ , Zeynep KOTAN² , Gamze ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ³ 

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Ankara, Türkiye

³Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

ÖZ

Psikiyatri pratiğinde tüm dünyada yaygın olarak kullanılan tanısal sınıflandırma sistemleri olan, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) ile Uluslararası Hastalık Sınıflaması (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems -ICD), psikanalitik bakış açısına uzak sistemlerdir. Yıllarca, bu uzaklığın hastaların anlaşılmasını güçleştirdiği dile getirildi. Bunun yanı sıra, bunların psikanalitik ilkelerin geçerlilik ve güvenilirliğinin bilimsel araştırmalarla sınanmasına engel oluşturduğu düşünüldü. Öte taraftan psikanaliz de, ampirik temellerden yoksun oluşu gerekçesiyle yoğun biçimde eleştirildi. Bu eksikliğin sonucu olarak, psikiyatri biyomedikal yaklaşımın etkisi altında şekillendi. Psikanalitik ilkelerin kanıta dayalı tıp dünyasında yeterli dayanağa sahip olmayışı, psikiyatri pratiğinde yaygınlaşmalarına da izin vermedi.

Son yirmi yıldır, hem eleştirilere yanıt vermek hem de psikanalitik disiplinin çağdaş psikiyatrideki yerini sağlamlaştırmak amacıyla, bilimsel araştırmalara hız verildi. Nesnel psikodinamik tanı araçlarının geliştirilmesi, ampirik çalışmaların tasarlanabilmesini sağladı. Bu derlemede, başta Psikodinamik Tanı El Kitabı (Psychodynamic Diagnostic Manual-PDM) ve İşlevselleştirilmiş Psikodinamik Tanı (Operationalized Psychodynamic Diagnosis-OPD) sistemleri olmak üzere, psikodinamik tanısal sınıflandırma araçları hakkında bilgi vermek, psikiyatri disiplini içerisinde psikanalitik bakış açısına sağladıkları katkılara dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Psikanalitik ilkeler, tanısal sınıflandırma sistemleri, kanıta dayalı tıp

ABSTRACT

The diagnostic classification systems in psychiatry practice which are used worldwide extensively, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) are far away from the psychoanalytical point of view. It is thought that this gap results in the difficulty to understand psychiatric patients in clinical practice for many years. It has also created an obstacle to scientific researches addressing the validity and reliability of the psychoanalytical principles. On the other hand, psychoanalysis has been much criticised for years due to the lack of empirical foundations. As a result of this paucity, psychiatry is led by the biomedical approach. Without enough grounds in evidence-based medicine, psychoanalytical principles could not

become widespread in psychiatric practice. To survive criticism and strengthen its place in contemporary psychiatry, empirical research in psychoanalytical discipline has gained momentum in the last two decades. Development of objective psychodynamic diagnostic tools enabled the design of such studies. The aim of this review is to introduce such diagnostic tools, namely Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) and Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD), and to discuss the possible contributions they provide for psychoanalytical perspective to take its deserved place in the psychiatry discipline.

Keywords: Psychoanalytical principles, diagnostic classification systems, evidence-based medicine

Cite this article as: Kotan VO, Kotan Z, Özçürümez Bilgili G. Psikanalitik İlkeleri Temel Alan Tanısal Sınıflandırma Sistemleri. Arch Neuropsychiatry 2018;55:91-97. https://doi.org/10.29399/npa.19505

GİRİŞ

Psikanalitik terapinin yöntem ve sonuçlarıyla ilgili sistemli araştırmaların geçmişi karanlıktır. Freud, psikanalizi "zihnin bilimi" olarak tanımlasa da çalışmalarını *öznel* alanında sürdürmesi, bilimin temelini oluşturan ve bilginin birikerek büyümesini sağlayan ampirik araştırmaların gerekliliğini bir kenara koymasına neden oldu. Ölümüne dek süren bu durum, psikanalizin bilimselliğini sorgulayan tartışmaları da beraberinde getirdi. Oysa, bu alanda yapılan ilk araştırmalar 1917 yılına dek uzanır (1). Belirgin düzeyde artması ise 1980'de yayımlanan Amerikan Psikiyatri Birliği'nin

resmi sınıflaması Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı DSM'nin üçüncü sürümüyle ilişkilendirilebilir.

Psikanalizin Amerika Birleşik Devletleri'nde üniversite eğitim programlarında yerini almaya başlaması, II. Dünya Savaşı nedeniyle Avrupa'dan göç eden psikanalistler aracılığıyla 1940'lı yıllarda oldu (2). İzleyen dönemde psikanalitik akımın etkisi altında şekillenen psikiyatri, nöroloji ile yakından ilişkili deneysel bir tıp disiplini olmaktan çok,

psikoterapiye odaklı ve kurama dayalı bir uzmanlık halini aldı. Bu durumun önemli göstergelerinden biri, DSM-I'de (1952) ve DSM-II'de (1968) bozuklukların etiolojisinin ve semptomatolojisinin psikanalitik kuram çerçevesinde açıklanmasıydı. DSM-III yayımlandığında ise psikiyatrinin 1960'lar ile 1980'ler arasında geçirdiği köklü değişim çarpıcı biçimde açığa çıktı. Temellerini XX. yüzyılın başında Kraepelin'in attığı, nesnel gözleme ve araştırmaya dayalı betimleyici yaklaşım geri gelmişti. Üçüncü sürümünden itibaren DSM'de, kanıtlanmış olmadıklarından, önemli ölçüde psikanalitik görüşleri yansıtan etiyojik açıklamalara tanı kategorilerinin hiçbirinde yer verilmedi.

Bu süreçte, biyolojik yönelimli psikiyatristler psikanaliz alanında ampirik araştırmaların eksikliğini ağır biçimde eleştirirken, psikanalitik yönelimli klinisyenler hastalarını kategorize edilmiş tanılarla -özünde medikal modelle- düşünmeye direnç gösterdiler. 1980'li yılların sonuna gelindiğinde, psikanalitik yönelimli psikiyatristler, DSM'nin tanısal etiketlerini kabul etmek ile yok saymak veya psikanalitik yaklaşımlara özgü boyutsal, bağlamsal, neden-sonuç ilişkisini içeren alternatif tanısal formülasyonlar geliştirmek arasında kaldı. Günümüzde ise psikanalitik disiplinin, çağdaş psikiyatrideki yerini sağlamlaştırmak amacıyla ampirik araştırmalara hız verdiği gözlenmektedir. Söz konusu araştırmaların ivmelenmesinde, kuşkusuz, geliştirilen nesnel psikodinamik tanı araçlarının önemli katkısı var. Bu gözden geçirme yazısında, başta Psikodinamik Tanı El Kitabı (*Psychodynamic Diagnostic Manual-PDM*) ve İşlevselleştirilmiş Psikodinamik Tanı (*Operationalized Psychodynamic Diagnosis-OPD*) sistemleri olmak üzere, psikodinamik tanısal sınıflandırma araçlarının bilinirliğini arttırmak ve psikiyatri disiplini içerisinde psikanalitik bakış açısına sağladıkları katkıya dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Psikodinamik Tanı El Kitabı (PDM)

PDM, deneysel ve yöntemsel açıdan geçerliğe duyulan gereksinim ile klinik karmaşıklık arasındaki boşluğa köprü olma işlevi gören psikodinamik yönelimli bir tanı sistemi oluşturma çabasının ürünüdür (3). Amerikan Psikanaliz Birliği, Uluslararası Psikanaliz Birliği, Amerikan Psikoloji Birliği Psikanaliz Birimi, Amerikan Psikanaliz ve Dinamik Psikiyatri Akademisi, Klinik Sosyal Hizmet Psikanaliz Komitesi Ulusal Üyeliği iş birliğiyle, Stanley I. Greenspan, Nancy McWilliams ve Robert S. Wallerstein başkanlığında hazırlanmıştır. Ekip, el kitabının amacını DSM ve ICD'yi tamamlamak olarak tanımlar (3). Ayrıca, salt bir tanısal sınıflandırma değil, hasta olsun olmasın, bir insanın psikodinamik değerlendirmesini açıklayan kapsamlı bir kılavuzdur (4). Üç bölümden oluşur: 1) Erişkin ruh sağlığı bozuklukları, 2) Çocuk ve ergen ruh sağlığı bozuklukları, 3) Ruhsal bozukluklar için psikodinamik kökenli sınıflandırma sistemine dayanak oluşturan araştırmalar ve kavramsal metinler. Çocuk ve yetişkinlerle ilgili bölümlerin her ikisi de üç eksen içerir: Kişilik bozuklukları (P eksen), mental işlev profili (M eksen), ortaya çıkan (manifest) belirtiler ve öznel (subjektif) deneyim (S eksen). Çocuk ve ergenlerle ilgili bölüm, çocuk ve ergen bozuklukları ile bebeklik ve erken çocukluğun ruh sağlığı ve gelişimsel bozuklukları olmak üzere ayrıca ikiye bölünmüştür. Erişkin ve çocuk/ergen bölümlerinde yer alan tanımlar olgu örnekleriyle zenginleştirilmiştir. Tanısal kategoriler mümkün olduğunca DSM ile paralel şekilde sıralanmaya çalışılmışsa da, kategori sayısının fazlalığı ve farklı kuramsal temeller sıklıkla başka bir yol izlenmesini gerektirmiştir (4). Örneğin, tanısal kategoriler erişkin bölümünde P, M ya da S ile başlarken, çocuk/ergen kısmında MCA (*Mental Child Adolescent*), PCA (*Personality Child Adolescent*) ya da SCA (*Subjective Experience Child Adolescent*) ile, bebeklik/erken çocukluk kısmında ise IEC (*Infancy/Early Childhood*) ile başlamaktadır. Erişkin bölümü kişilik kalıpları/bozuklukları ile başlarken, çocuk/ergen bölümü gelişimsel farklılıkları yansıtan mental işlevlerle başlar. Tanımlamalar sıklıkla literatürle desteklenmekte ve her bir bölüm uzun bir referans listesi ile sonlanmaktadır. Hazırlayanlar açıkça psikanalitik yanlılıklarını kabul etmekle birlikte, kılavuzun diğer ekollerde eğitim görenlere ve çalışanlara da yarar sağlayacağı umudunu taşıdıklarını belirtirler (5).

Erişkin Ruhsal Bozuklukların Sınıflandırılması

P Eksen: Erişkin bölümünde önceliğin kişiliğe verilmesi, şu ifadenin bir yansımasıdır: "Ruhsal belirtileri olan bir kişinin içsel yaşamı anlaşılmadığı sürece, belirti ya da sorunlarını kavrama, değerlendirme ve tedavi etme şansı bulunmadığını gösteren bulgular biriktirmektedir." (3). PDM-1'in P eksen, Kernberg (6), McWilliams (7), Blatt (8) ile Westen ve Shedler (9, 10) tarafından geliştirilen kuramsal ve deneysel yaklaşımları temel alır. Öncelikle bireyin kişilik örgütlenmesini, sağlıklı, nörotik, yüksek veya düşük düzey sınır (*borderline*) olmak üzere dört düzeye ayırır ve her birini işlevsellik bağlamında açıklar. PDM'de kullanılan "sınır" terimi, DSM'de olduğu gibi özgül bir kişilik bozukluğunu tanımlamamaktadır.

Örgütlenme düzeyi saptandıktan sonra sıra kişilik bozukluğu değerlendirmesine gelir. Bunun için önce belirleyici psikodinamik faktörleri tanıtan paragraflar verilmiştir ardından her bir kişilik bozukluğuna özgü özelliklerin şu altı alan kapsamında tanımlanması yapılır: 1) Eşlik eden yapısal-gelişimsel kalıplar. 2) Temel gerilim/kaygı. 3) Temel duygulanımlar. 4) Kendilik hakkında tipik patojenik inançlar. 5) Ötekiler hakkında tipik patojenik inançlar. 6) Temel savunma düzenekleri. Böylelikle her bir bozukluk, merkezde yer alan gerilimiyle, ayırt edici patojenik inançlarıyla, temel savunmalarıyla tanımlanmış olur. P ekseninde yer alan kişilik bozuklukları Tablo 1'de sıralanmıştır.

PDM-1'de kişilik bozuklukları, DSM-IV-TR'de tanımlananlardan daha geniştir ve örgütlenme düzeylerine göre sınıflandırılmıştır. Narsistik ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları gibi bazı tanımlar alt tanımlara ayrılmıştır (Tablo 1). Depresif ve pasif-agresif kişilik bozuklukları gibi tanımlara yeniden yer verilmiştir. "Çekingen" kişilik bozukluğu, "fobik" kişilik bozukluğu olarak adlandırılmıştır. Bu değişiklik, PDM'nin, tanımlanan davranış kalıplarının altında yatan dinamiklere verdiği önemi yansıtmaktadır. Psikanalitik kuramda geçmişten beri var olan sadistik, sadomazokistik ve mazokistik kişilik bozuklukları da P eksenine dahil edilmiştir. Eski terim "psikopatik" için "antisosyal" alternatifi sunulmuştur. Uzun zamandır kullanılmayan "histerik" teriminin dönüşü ise beklenmedik bir durumdur. Terimin gündelik dilde belirgin olarak aşağılayıcı bir anlamda kullanılmasının dışında histerinin etiyojik olarak uterusla ilişkili olduğu antik tıbbi görüşü yansıtmaktadır. Oysa daha yeni olan "histrionik" teriminin hem cinsiyetlere daha eşit bir mesafede olduğu hem de kategorinin tanımladığı davranış örüntüsünü daha fazla yansıttığı düşünülmektedir. Dolayısıyla PDM'de "histerik" ifadesine dönüş eleştirilebilir.

P eksen, daha sonra tanıtılacak OPD ve Shedler-Westen Değerlendirme Süreci (SWAP) sistemleri kullanılarak yapılan ampirik araştırmaların

Tablo 1. Kişilik Kalıpları ve Bozuklukları - P Eksen

Şizoid
Paranoid
Psikopatik (pasif parazitik veya agresif)
Narsistik (kibirli/yetkin veya çökkün/tükenik)
Sadistik ve sadomazokistik
Mazokistik (ahlaki veya ilişkisel)
Depresif (introjektif veya anaklitik veya karşıt dışavurum olan hipomanik)
Bedenselleştiren
Bağımlı (pasif-agresif veya karşıt dışavurum olan aşırı bağımsız)
Fobik veya karşıt dışavurumu kontrfobik
Anksiyöz
Obsesif-kompulsif (obsesif veya kompulsif)
Histerik/Histrionik (ketlenmiş veya gösteren/gösterişli)
Disosiyatif
Karışık/Diğer

bulguları ışığında hazırlanmıştır. Ancak, her alandan klinisyen ve araştırmacının güvenilir bir değerlendirme yapmasını sağlayacak kadar özgül değildir. Çünkü, P eksenini değerlendirmesi yapabilmek için psikodinamik kavramları iyi bilmek gerekir.

M Eksenini: Mental işlevsellik profili (M eksenini), kısa ve öz bir bölümdür. M eksenini şunları tanımlar: 1) Öğrenme, dikkat ve düzenleme kapasitesi. 2) İlişki kurma ve yakınlaşma (*intimacy*) kapasitesi (derinlik, çeşitlilik ve tutarlılık yönleriyle). 3) İçsel deneyim kapasitesi (özgüven ve özsayıgı düzeyleri). 4) Duygulanımsal deneyim, ifade ve iletişim kapasitesi. 5) Savunma kalıpları ve kapasiteleri. 6) İçsel temsilleri şekillendirme kapasitesi. 7) Ayırma ve bütünleştirme kapasitesi. 8) Özgözlem kapasitesi (psikolojik zihinlilik). 9) İçsel standart/ahlaki değer ve idealleri oluşturma veya kullanma kapasitesi (ahlak anlayışı).

Bir kontrol listesi yardımıyla mental işlevsellikteki yeterlilik ve çeşitlilik derecelendirilir. Böylesi bir profili ortaya çıkarmak için hastayı hatırı sayılır ölçüde tanımanın yanı sıra iyi düzeyde kuramsal birikim ve pratik gerekmektedir. Derecelendirilmiş kategori aralığının başlangıç çizgisi M201'dir, "evreye uygun esneklik ve bütünlük çerçevesinde optimal mental kapasite" düzeyini ifade eder. M208 ise işlevselliği en düşük kapasitedir, "temel mental işlevlerde ciddi bozukluklar" karşılık gelir.

S Eksenini: "Ortaya Çıkan Belirtiler ve Öznel Deneyim" -S eksenini- DSM-IV-TR tanı kategorilerine dayandırılmıştır. Yine de, sayfa 93'te, "Çoğu ruhsal bozuklukta biyolojik etkenlerin katkısını gösteren kanıtlar bulunsa da çok sayıda ruhsal belirti varlığının kesin olarak farklı ruhsal bozuklukların komorbiditesi (ek tanısı) olmadığına, bu belirtilerin aslında ruhsal işlevlerdeki temel bir karmaşık bozukluğun göstergeleri olduğuna inanılmaktadır." ifadesi yer alır. Ayrıca, belirtilerin gelişimsel uygunluğu irdelenir, yaşla ilişkili değişkenlerin kişiye özel tedavi yaklaşımının göstergeleri olduğu vurgulanır. Psikotik bozukluklar kategorisi şizofreni ve diğer psikotik bozuklukları içerir; bipolar bozukluk ise DSM'de olduğu gibi duygudurum bozuklukları içinde yer alır.

Bu bölümün en önemli katkılarından biri, hastaların öznel deneyimlerinde neler yaşadıklarını özenli biçimde tartışmasıdır. Klinisyen, ruhsal bozuklukların bilinç ve bilinçdışıyla bağlantıları konusunda yararlı tanımlamaları görece ve bu bozuklukların gelişimsel deneyimler ve psikodinamik etkenlerle nasıl şekillendiğini anlamlandırabilecektir.

Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Bozuklukların Sınıflandırılması

Erişkin bölümünde olduğu gibi, çocuk ve ergen bölümünde de DSM'ye kıyasla yaş gruplarını etkileyen durumları daha derinlemesine değerlendirir. Çocuk ve ergen bölümü, gelişimsel farklılıkları yansıtan mental işlevlerin tartışılmasıyla başlar. Yeni oluşmaya başlayan kişilik özelliklerini ve temsil eden belirtileri ortaya koymak yerine, genel bir bakışa ve bütüncül bir değerlendirmeye öncelik verir. Bebeklik/erken çocukluk bölümünde yer alan nöropsikolojik boyut özgül gözlem ve değerlendirme modellerini içeren bir rehberle bütünleştirilir. Klinik açıdan faydası, bebek veya çocuğun gelişimsel evreye ait işlevsellik yelpazesi üzerinde hangi noktaya olduğunu belirleyebilmesidir.

Psikodinamik Kökenli Sınıflandırma Sistemini Destekleyen Metinler

PDM'nin son bölümü uluslararası kabul görmüş psikanalitik araştırmacıların makalelerinden oluşur (3). Dört makale tarihi ve kavramsal kuramları özetler. Wallerstein, psikanalitik temelli nozolojinin gelişimini anlatan kapsamlı bir tarihçe sunar. Braconnier ve ark., psikanalitik psikoterapi endikasyonlarını Lacan ve takipçilerinin bakış açısından değerlendirirler. Amerika'dan Greenspan ve İngiltere'den Shanker, psikanalitik açıdan gelişimsel çerçevenin ve sağlıklı emosyonel işlevselliğin tanımlarını sunarlar. Shevrin, bilişsel davranışçı ve nörofizyolojik bulguların psikodinamik nozolojiye olası katkılarını tartışır. Sekiz metin uluslararası

araştırmalara değinir. Wallerstein, geleceğe yansımalarıyla beraber, ampirik araştırmalardan elde edilen sonuçları irdeler. Öztanımlama ve ilişki odaklı kişilikler diye iki farklı kişilik biçimlenmesi tanımlayarak uygulanacak terapi tekniğini belirlemede bu biçimlenmelerin önemini gösteren Blatt ve ark., etkililikle ilişkili değişkenlerin ölçümünü ele alırlar. Dahlbender ve ark., uygulanan psikoterapilerin etkinliğinin hangi yöntemlerle değerlendirilebileceğini aktarırlar. Leichensening, psikodinamik psikoterapi etkinliğini değerlendiren araştırmaların metaanalizlerini irdeler. Shedler ve Westen, kendi tanısal sistemleri olan SWAP'ın PDM'ye yansımalarını anlatırlar. Herzig ve Licht, DSM'deki belirti kümelerini temel alan tanısal sınıflandırmayı inceleyerek geçerlik-güvenirliğini tartışır. Westen ve ark., ampirik araştırma bulguları ışığında, klinikte kullanılan psikoterapi varsayımlarının geçerliğini değerlendirirler. Fonagy, kanıt dayalı psikodinamik psikoterapileri aktarır.

Alana Sağladığı Katkı

PDM, giderek yaygınlaşmış, Fransa, İspanya, İtalya gibi çeşitli ülkelerde psikodinamik psikoterapi alanında yapılan eğitimlerde ve araştırmalarda kullanılmıştır. Yeni değerlendirme araçları geliştirenlere de kaynaklık etmiştir. Örneğin, Gazzillo ve ark., 2008-2010 yılları arasında oluşturdukları "Psikodinamik Tanısal Prototipler", "Çekirdek Düşünceler Anketi" ve "Patojenik İnançlar Anketi" adlı üç ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışmalarını PDM'nin P eksenini kullanarak yapmışlardır (11). Gordon ve Stoffey, PDM'nin erişkin bölümünü temel alan "Psikotanısal Çizelge" sonuçlarının, Minnesota Çoklu Kişilik Envanteri-2 (MMPI-2), Karolinska Psikodinamik Profili ve OPD sonuçlarıyla uyumlu olduğunu saptamışlardır (12).

İlk basımı 2006 yılında yayımlanan 857 sayfalık PDM, psikanalitik temelli tanısal çerçeveye geri dönüşü amaçlayan iki yıllık bir çalışma sonucunda ortaya çıkmıştır. PDM, bozuklukları psikodinamik açıdan değerlendirme, olgu formülasyonu, tedavi planı, terapötik süreç ve sonuçların uzunlamasına izlemi için kapsamlı bir tanı sistemi sunmaktadır. Hem klinik değerlendirme hem de psikodinamik araştırma amacıyla başvuru son derece kapsamlı bir el kitabıdır. Aynı nedenle, kullanım kolaylığı sunmadığı eleştirilerine de hedef olmuştur (3-5).

PDM-2

Yararlılığını arttırmak amacıyla tüm bölümleri son 10 yıldaki klinik, ampirik, metodolojik gelişmeler ışığında gözden geçirilip yenilenen PDM'nin ikinci sürümü Eylül 2016'da tamamlandı. PDM'nin oluşum sürecinde ekibin başında yer alan, ancak PDM-1'in basımından kısa süre sonra 2006'da ölen Greenspan ile 2014'de ölen Wallerstein'in anısına yayımlanması düşünülmüştür. 2-3 Haziran 2017'de New York'ta düzenlenecek PDM-2 konferansının duyurusu aylar öncesinden yapıldı.

İkinci basımda da çok eksenli temel çerçevenin korunduğu, ancak bazı önemli değişikliklerin olduğu anlaşılıyor. Psikodinamik Tanısal Prototipler, SWAP-200 ve onun son sürümleriyle yapılan araştırmalardan elde edilen deneysel, klinik ve kuramsal bulguların bütünleştirilip P ekseninin yeniden yapılandırılması, bu değişikliklerden biridir (13). Böylelikle, 2006'dan bu yana araştırmaların işaret ettiği bulgular doğrultusunda P eksenine, örneğin, "psikotik düzey kişilik örgütlenmesi" eklenmiştir.

M ekseninde yer alan mental işlevlere ise zihinselleştirme (mentalizasyon) ve üzerine düşünme (*reflection*) kapasitesi, dürtü kontrolü ve düzenlenmesi kapasitesi, uyum, esneklik ve dayanıklılık kapasitesi olmak üzere üç işlev daha eklenerek, mental işlev sayısı dokuzdan on ikiye çıkartılmış; her bir mental işlevin Likert tipi puanlama ölçeğiyle değerlendirilmesi sağlanmıştır.

S ekseninde, bu kez DSM-5 ile ICD-10 sınıflandırma sistemleriyle bütünleştirilmiş, "duygulanımsal durumlar", "bilişsel kalıplar", "somatik durumlar" ve "ilişki kalıpları"nın kapsamlı tanımlamalarına yer verilmiştir. Tanımlamaların içinde hastanın öznel deneyimine ek olarak klinisyenin karşı aktarımı da vurgulanmıştır.

Çocukluk ile ergenlik arasında anlamlı farklılıklar olduğu için, ergen bölümü (11-18 yaş aralığı) çocuk bölümünden (4-10 yaş aralığı) ayrı tutulmuştur. Bebeklik ve erken çocukluk bölümünde, klinik ve deneysel bulgular doğrultusunda, psikopatolojinin bebeklik, çocukluk, ergenlik ve erişkinlik gelişimsel çizgisiyle gösterdiği homotipik/heterotipik süreklilik tartışmasına yer verilmiştir. Bağlanma biçimleri ile bu biçimlerin psikopatoloji ve normal gelişim üzerindeki olası etkileri, aile sistemiyle beraber değerlendirilmiştir. Böylece, birincil ilişkilerin (çocuk ve bakım veren) niteliğinin daha kapsamlı tanımlanması amaçlanmıştır.

İlk sürümde bulunmayan "Yaşlıların Ruhsal Bozuklukları" bölümü de PDM-2'de yerini almıştır. Bir diğer yenilik, "Klinisyen Dostu Gereçler" başlığı altında kılavuzun genel yaklaşımını anlamaya yardımcı olan iki özel bölümün eklenmiş olmasıdır. İlk sürümde yer alan, ruhsal bozukluklar için psikodinamik kökenli sınıflandırma sistemine dayanak oluşturan araştırmalar ve kavramsal metinler bölümü ise ikinci sürümde bulunmuyor. Yerine, farklı bozuklukları değerlendiren ampirik araştırmalar sistematik bir referans dizini biçiminde sunulmuştur (14).

PDM'yi Türkçe'ye kazandırma hazırlıkları Türkiye Psikiyatri Derneği Psikanalitik Psikoterapiler Çalışma Birimi (ÇB) Koordinatörü Ferhan Dereboy'un önerisiyle ve önderliğinde ÇB üyelerinden oluşan gönüllü bir ekiple 2015'de başlamıştır. Dereboy, uzun bir süredir PDM'nin psikiyatri uzmanlık eğitiminde yer alması için de çaba göstermekte. İkinci sürümün yukarıda özetlenen kapsamlı değişikliklerle, üstelik bir yıl gibi kısa bir süre içinde tamamlanacağı öğrenildiğinde, PDM-2'yi çevirmek üzere çalışmalara ara verilmiştir (kişisel iletişim).

İşlevselleştirilmiş Psikodinamik Tanı (OPD)

OPD çalışma grubu 1990'da Manfred Cierpka başkanlığında, Alman psikanalitik, psikanalitik psikoterapist ve psikiyatristler tarafından kuruldu (15). Amacı, ICD-10'a klinik olarak doğrulanmış temel psikodinamik boyutları ekleyerek daha kapsamlı bir tanısal sınıflandırma sistemi tasarlamaktır. Bu hedef doğrultusunda hazırlanan OPD'nin ilk sürümü, psikanalitik yapıları ampirik araştırmalara ve tedavi planlamasına uygun değerlendiren, çok eksenli bir tanı sistemi olarak yayımlandı. Geniş bir gözden geçirmeyle yenilenen ikinci sürümü ilk sürümden 10 yıl sonra tamamlandı.

OPD-2, kullanıcıya bir miktar özgürlük tanıyan, görece açık formüle edilmiş ölçütlere sahiptir. DSM-IV TR ve ICD-10'u bütünleyen OPD-2 dört psikodinamik eksen içerir: Eksen 1. Hastalık deneyimi ve tedavi önkoşulları, Eksen 2. Kişilerarası ilişkiler, Eksen 3. Çatışma, Eksen 4. Yapı. Birkaç saati bulan ilk değerlendirme sırasında, klinisyen veya terapist, hastanın dinamiklerini inceler ve OPD değerlendirme formunu doldurur. Değerlendirme formunda, bir yandan hastadan alınan bilginin nesnel olmasını sağlayan, diğer yandan psikodinamik görüşmenin gerektirdiği esnekliğe uyan yönergeler vardır.

Eksenlerin Kısa Tanıtımı

Eksen 1. Hastalık Deneyimi ve Tedavi Önkoşulları: Bu eksen de yer alan maddeler, temelde hastanın tedavi motivasyonunu ve psikodinamik psikoterapi endikasyonunu değerlendirmek amacıyla kullanılır. Likert tipi bir ölçek üzerinde her bir madde, "yok (0), düşük (1), orta (2), yüksek (3)" olarak puanlanır. Bireysel tanımlar bir terimler sözlüğü içinde verilir. Tanısal güvenilirliği arttırmak amacıyla olgu örnekleri de kullanılmıştır. Eksen 1'de bulunan maddeler Tablo 2'de özetlenmiştir.

Eksen 1, hastalık seyrinin yalnızca sendrom ve belirtilerle değil, etkilenen kişinin öznel ve sosyal durumuyla da ilişkili olduğuna işaret eder. Özellikle psikoterapi gibi bir tedavi söz konusu olduğunda, hastanın psikososyal desteği ve hastalığının nasıl anladığı, gidişi belirleyen en önemli belirleyiciler olarak kabul edilir.

Tablo 2. OPD Eksen 1'deki maddeler

1. Bedensel hastalığın şiddeti
2. Ruhsal hastalığın şiddeti
3. Hastanın öznel yakınması
4. Kendilik deneyiminde bozulmalar
5. Hastalığın ikincil kazançları
6. Bedensel bozukluğun düzeyi
7. Psikodinamik ve psikosomatik bağlantıların anlaşılması ve kabulü
8. Psikodinamik ve somatopsişik bağlantıların anlaşılması ve kabulü
9. Uygun tedavinin değerlendirilmesi (psikoterapi)
10. Uygun tedavinin değerlendirilmesi (medikal tedavi)
11. Psikoterapi motivasyonu
12. Bedensel tedavi motivasyonu
13. Uyum (kompliyans)
14. Belirtilerin sunumu - öne çıkan bedensel belirtiler
15. Belirti sunumu - öne çıkan ruhsal belirtiler
16. Psikososyal bütünleştirme
17. Kişisel kaynaklar
18. Sosyal destek
19. Öznel bozulmanın hastalık şiddetiyle uygunluğu

Eksen 2. Kişilerarası İlişkiler: Psikodinamik kuram, ruhsal bozuklukları aynı zamanda "ilişki bozuklukları" olarak görür. Kişiler arası ilişkiler, ruhsal bozuklukların ortaya çıkması ve ilerlemesinde temel belirleyicilerden birisi olarak kabul edilir. Bu nedenle, işlevsiz ve uyumsuz ilişki kurma biçimleri psikodinamik araştırmaların odağında yer alır. OPD ilişki eksenini maddeleri, ilişkiler içerisinde görülen davranışların çeşitliliğini tanımlamaya yarar (15). İlişki deneyimlerinin yaşam boyu birikimi olan bilişsel duygusal taslaklar, psikanalizin aktarım ve karşı aktarım kavramlarına da esas oluşturur. OPD ilişki eksenini, insan ilişkilerinin bu döngüsel ve etkileşimsel yapısını tanımlar.

Eksen 2 değerlendirmesi iki aşamadan oluşur. İlk aşamada kendilik ve ötekilerle ilgili öznel deneyimlerin tanınması amaçlanır. İkinci aşamada ise şimdiki önemli öteki (*significant other*) olan klinisyenin kendi deneyimini tanımlaması istenir. İlk aşama "Hasta kendi nesnelereyle ve görüşmeciyne ne yaşamaktadır?" sorusuna yanıt arar. İkinci aşama ise "Ötekinde ne tür duyguları tetikler?"dir. Bu iki aşama şöyle özetlenebilir: Hasta, ilişkileri içerisinde kendisini nasıl deneyimlemektedir; görüşmeci hastanın ötekiler karşısında kullandığı davranış kalıplarını nasıl tanımlamaktadır. Böylece terapist, aktarım ve karşı aktarım değerlendirmesini de yapar.

Eksen 3. Çatışmalar: Çatışmalar, kendilerini özne, nesne ve nesne ilişkileri içinde ortaya koyar. Öykü alma aşamasında, aktarım, karşı aktarım, sahneleme gibi dışa vuran davranışlar yoluyla hangi çatışmanın baskın olduğu anlaşılabilir. Bunun yanı sıra, Eksen 3'te farklı yaşam alanlarıyla ilişkili çatışma biçimlerini belirlemeyi sağlayan bir kontrol listesi vardır. Bu liste aracılığıyla, temel çatışmalar ve bu çatışmalarla başa çıkma yolları, partnerle ilişki, içine doğulan-büyüten aile, meslek, aidiyet, grup içi davranışlar ve hastalık deneyimi gibi temel yaşam alanları üstünden tanımlanır.

Eksen 3, yedi ruhsal çatışma alanı, bir de çatışmanın kısıtlı algılandığı bir kategori tanımlar: 1) Bağımlılığa karşı özerklik. 2) Boyun eğmeye karşı kontrol. 3) Bakım alma/korunma arzusunun karşı özerklik. 4) Kendilik değeriyle ilgili çatışmalar. 5) Suçluluk çatışmaları. 6) Ödipal cinsel çatışmalar. 7) Kimlik çatışmaları. 8) Çatışmalar ve duyguların kısıtlı algılanması.

Değerlendirmede, süregiden çatışmaların yanı sıra yaşamı etkileyen akut stresörlere yanıt olarak ortaya çıkan çatışmalara da yer verilir, ancak bunlar ayrıca puanlanır. Yedi temel çatışma ve sekizinci kategori (örneğin; bedenselleştiren hastalar), Likert tipi bir ölçümle 'yok'tan 'var'a; 'önemsiz'den 'var ve önemli düzeyde'ye olarak puanlanır. Böylece her hasta için iki temel çatışma alanı belirlenir.

"Bakım alma/korunma arzusuna karşı özerklik" çatışmasındaki pasif durumu temel alan bir örnek verirsek; pasif durumda hasta ötekilere aşırı düzeyde bağımlıdır, korunma ve bakım gereksinimine dair arzular ön plandadır. Ayrılmayı veya reddedilmeyi çökkünlük ve/veya korkuyla karşılar. Karşı aktarımda terapist, endişe, çaresizlik ve kendisine şantaj yapıldığı duygularına kapılır. Yakın ilişkiler, finansal zorunluluklar gibi ayrılmayı olanaksızlaştıracak bir kalıba sahiptir. Doymak bilmeyen yakınlık arayışları, sıklıkla ilişki değiştirme şeklinde tepkisel (reaktif) bir savunmaya yol açabilir. Bakım alma gereksinimi, hastanın kendi ebeveynleriyle uzun süre bağımlı kalmasına neden olmuş olabilir. Hasta, mesleki yaşamında yardımcıları ve suç ortakları arar; sıradan profesyonel talepler, desteğin kesilmesi olarak anlaşılıp çökkünlük yaratabilir. Sosyal yaşamda da hasta, bakım veren ilişkiler arar; arzu ve istekleri nedeniyle çevresi tarafından talepkâr ve yorucu olarak algılanır. Hastalık sırasında, hasta doktoruna pasif ve doyumuz bir beklenti içinde yaklaşır. Tedavi süreci zordur.

Eksen 4. Yapı: OPD, yapıyı, "iyi bütünleşmiş, orta düzeyde bütünleşmiş, düşük düzeyde bütünleşmiş ve bütünleşmemiş" olarak dört bölüme ayırır (16). İyi bütünleşme, ruhsal çatışmaları içinde barındırabilen, özerk bir kendilik anlamına gelir. Orta düzeyde bütünleşme, ruhsal yapıların daha zayıf ayrılaştığı, işlevselliğinin daha düşük olduğu durumu ifade eder. Düşük düzeyde bütünleşme, çatışmaların güç bela işlenebildiği, az gelişmiş bir ruhsal iç alana ve yapılaraya sahip olduğu, çatışmanın baskın olarak kişilerarası alanda deneyimlendiği anlamına gelir. Bütünleşmeme ise parçalanmayla ve yapının psikotik düzeyde şekillenmesiyle belirlidir. Yapı işlevselliği altı alanda değerlendirilir: 1) Kendilik algısı. 2) Kendilik denetimi/düzenlemesi. 3) Savunma. 4) Nesne algısı. 5) İletişim. 6) Bağlanma.

OPD bütünleşme düzeyini her bir alan için ayrı ayrı saptar (16, 17). Sonunda, toplam yapısal düzeyi belirten bir profil oluşturulabilir. Ayrıca, her madde ve alt maddelerin puanlanması için bir kontrol listesi vardır. Kendilik ve öteki çatısı, dört temel işlev, sekiz birincil madde ve 24 alt madde üzerinden değerlendirilir (Tablo 3).

Alana Sağladığı Katkı

OPD, 1996 yılında yayımlanmasının ardından birçok dile çevrildi. Almanca çocuk ve ergen sürümü 2003 yılında basıldı. Karmaşık psikanalitik kuramların ve ayrıntılı olgu tartışmalarının inşa edilebileceği sağlam bir

zemin sağladığı için, psikoterapi birimlerinde yaygınlaştı. Almanya'da çeşitli eğitim merkezlerinde 3000'den fazla terapist uygulama eğitimini aldı. OPD'den psikodinamik psikoterapi eğitiminde de yararlandı. Sınırları net tanı ölçütleri sayesinde, deneysel örneklerin benzeştirilmesine (homojenleştirilmesinin) olanak veren bir gereç oldu. Ayrıca, farklı bilimsel disiplinlerle ortak bir dil kurulmasını sağladı. Güvenilirliği gösterilmiş psikodinamik formülasyonlar yapabildiği için, psikosomatik kliniklerinde, travma kliniklerinde, üniversitelerde birçok ampirik araştırmada kullanıldı. İkinci sürümü, ilkinden on yıl sonra yeni araştırma bulguları ışığında hazırlandı. OPD-2 ile amaçlanan, formülasyonun odağını ve terapi hedeflerini daha kolay belirlemektir. İngilizce çevirisi 2008'de Kernberg'in kaleme aldığı ön sözle basıldı. Türkçe'ye Mine Özmen ve bir grup psikanalist, psikodinamik psikoterapist ve psikiyatristin çabalarıyla kazandırılan OPD-2, yakında ülkemizde de kullanılabilir olacaktır (kişisel iletişim).

Zimmermann ve ark., 2012'de yayımlanan "İşlevselleştirilmiş Psikodinamik Tanı kılavuzu kullanarak yapısal bütünleşme düzeyinin değerlendirilmesi: DSM-V'e öneriler" ile 2015'de yayımlanan "OPD'nin yapı ölçüğü kişilik bozukluklarının genel özelliklerini yansıtıyor" araştırmalarında, OPD-2 sisteminin yüksek güvenilirlikte olduğunu gösterdiler (16, 17). Dinger ve ark.'nın 2014'de yayımlanan "Kişilik işlevselliğinin özbidirimsel ve gözlemci değerlendirmeleri: OPD sistemi üzerine bir çalışma" araştırması da, OPD-2'nin güvenilirliğini ve kolay uygulanabilirliğini ortaya koydu (18). Vicente ve ark., 2012'de yayımlanan "Portekiz'de OPD-2'nin kültürler arası uyarlanması" çalışmasıyla, Portekizce sürümün geçerliğini gösterdi ve OPD-2'nin farklı kültürlerle uyarlanabilir olduğuna güçlü bir kanıt sundu (19).

Shedler-Westen Değerlendirme Prosedürü (Shedler-Westen Assessment Procedure)

PDM P ekseninin geliştirilmesinde önemli payı olan Shedler ve Westen, kişiliğin ve kişilik patolojisinin kapsamlı olarak tanımlanmasını sağlayan psikometrik bir sınıflandırma sisteminin de mimarlarıdır. Shedler-Westen Değerlendirme Prosedürü (SWAP) olarak adlandırılan kılavuz 1999'da yayımlandı. Araştırma bulguları ışığında, 2004 ve 2007'de iki kez gözden geçirildi (20-22). SWAP, bir form aracılığıyla hastanın eğitilmiş bir klinisyen tarafından görüşme boyunca sistematik olarak değerlendirildiği bir ölçüm aracıdır. Gerek geliştirilmesinde gerek geçerlik güvenilirlik çalışmalarında Serra Müderrisoğlu'nun önemli katkıları vardır.

Form, sekiz kategoriden ve her biri "tanımlayıcı değil (0)"den "en çok tanımlayan (7)"a diye puanlanan 200 maddeden oluşur. Kişilik bozukluğu sınıflandırması yapmak üzere geliştirilen orijinal SWAP-200 ve revize edilmiş SWAP-2 erişkinler için, SWAP-200-A ve revize edilmiş SWAP-2-A ergenler içindir (21, 23). DSM-4 TR Eksen II tanısı

Tablo 3. OPD Eksen 4 - Yapısal bütünleşme kategorileri

İşlev	Kendilik (self)	Nesne
Algılama/Biliş	Kendilik algısı Kendi üzerine düşünme Duygulanım ayrımı Kimlik	Nesne algısı Kendilik-nesne ayrımı Tüm nesne algılaması Gerçeğe uygun nesne algılaması
Düzenleme	Kendilik düzenlenmesi Duygulanım toleransı Dürtü kontrolü Özsaygı düzenlenmesi	İlişkilerin düzenlenmesi İlişkilerin korunması İlgilerin dengelenmesi Öngörü (anticipation)
İletişim	İçsel iletişim Duygulanımı deneyimleme Düşlemlerin kullanımı Bedensel kendilik	Dışsal iletişim Temas kurma Duyguları anlama Empati (eşduyumu)
Bağlanma	İçsel nesnelere bağlanma İçselleştirme İçe yansıtılanların kullanımı Bağlanma modellerinin çeşitliliği	Dışsal nesnelere bağlanma Bağlanma kapasitesi Yardıma kabul etme İlişkilerde yansızlık

koydurabilen SWAP, farklı tanıları ve ayrıntıları da içerir. SWAP kişilik sendromları, DSM'nin kısıtlılıklarının azaltıldığı alternatif bir kişilik sınıflandırmasıdır (Tablo 4).

Tablo 4. SWAP kişilik sendromları

Disforik (depresif) kişilik
Antisosyal-psikopatik kişilik
Şizoid-şizotipal kişilik
Paranoid kişilik
Obsesyonel (saplantılı) kişilik
Histriyonik kişilik
Narsistik kişilik
Kaçıngan kişilik
Yüksek işlev gösteren depresif kişilik
Sınır (emosyonel açıdan düzensiz) kişilik
Bağımlı-sömürülmüş (<i>dependent-victimized</i>) kişilik
Düşmancıl-dışsallaştırıcı (<i>hostile-externalizing</i>) kişilik

SWAP sınıflandırma sistemindeki başlıklar; psikolojik sağlık, psikopati, hostilité, narsisizm, duygu düzenlenmesinde bozukluk, disfori, şizoid yönelim, obsesyon, düşünce bozukluğu (veya şizotipi), ödipal çatışma, disosiyasyon ve cinsel çatışmadır. SWAP aracılığıyla MMPI profiline benzer bir sonuç grafiği elde edilebilir. Bu grafik, olgu formülasyonu ve tedavi planı yapılabilmesi için klinisyene daha ayrıntılı değerlendirme yapma olanağı sunar (23).

Shedler ve Westen, 2007'de SWAP'ın, 2012'de ise SWAP-2'nin kişilik kalıbı tanısında hem ampirik hem klinik geçerlik-güvenirliliğinin iyi düzeyde olduğunu gösterdiler (21, 22, 24). Bu sonuçların yarattığı etki, olguya yönelik özellikleri ve yaklaşımları SWAP kullanarak değerlendiren araştırma sayısının çokluğuna bakılarak anlaşılabilir. Öne çıkan araştırmalardan biri, intihar girişiminde bulunan 311 erişkinin SWAP-2 ile kişilik kalıplarını değerlendiren çalışmadır (25). Bu çalışmayla, intihar girişiminde bulunan bireylerin, içselleştiren, duygu düzenlenmesi bozuk, bağımlı, hostile-izole, psikopatik, kaygılı-bedenselleştiren olarak altı kişilik sendromu alt grubunda toplandığı belirlenmiştir. Çocukluğunda travmatik ayrılık yaşayan 203 erişkinin SWAP-2 ile incelendiği bir başka araştırmada ise bu bireylerin, içselleştiren/kaçıngan, psikopatik, duygu düzenlenmesi bozuk, hostile/paranoid ve esnek (*resilient*) olmak üzere beş alt grup oluşturdukları saptanmıştır (26). Psikanalitik akımın gerek özkıyım gerek çocukluk travmalarına ilişkin görüşlerini ve tedavi hedefini destekleyen bu bulgular, ampirik araştırmaların alana katkısını örnekledirmeleri bakımından önemlidir.

SONUÇ

Psikanalitik kuram ve uygulamanın odağında öznellik olduğu için, ampirik araştırmaların gerektirdiği nesnel ölçüm araçlarını geliştirmek görece daha güçtür (27). Diğer terapilere uygulanan standartlarla (örneğin; salt hastanın belirti profili) psikanalitik psikoterapilerin etkinliğini ve etkililiğini belirlemek kolay olmasa da, maliyetler konusunda saplantılı hale gelmiş aşırı yük altındaki sağlık hizmetleri kültüründe bu bir zorunluluk olmuştur (28, 29). Sağlık otoritelerinin deneysel olarak kanıtlanmış sağaltımlara verdiği önem ve modern sağlık hizmetleri içinde kanıta dayalı tıbbi duyulan ihtiyaç, psikanalitik psikoterapilerin hangi hasta grupları için uygun olduğunu bilimsel yöntemlerle göstermeyi şart koşar (30). Dolayısıyla, psikanalitik/psikodinamik tanısal sınıflandırma sistemleri, hem klinikte bilimsel olarak kabul görmüş yöntemler kullanılarak tanı koymayı hem de ampirik araştırmaları mümkün kıldıkları için varoluşsal önemdedir.

Literatürde bu tür değerlendirme araçlarıyla yapılan çalışma sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Üstelik, bu çalışmalardan elde edilen bulgular sayesinde, psikanalitik sınıflandırma sistemleri sürekli gözden geçirilmekte ve geliştirilmektedir (31, 32). Ülkemizde de kullanılmaya başlanmalarıyla birlikte, klinik uygulamaya ve araştırmalara katkı sağlamanın ötesinde kültürler arası çalışmalara da yeni bir boyut getirecekleri beklenebilir. Yanı sıra, özellikle mesleğin ilk yıllarında psikanalitik kuramları anlamının güçlüğü düşünüldüğünde, kavramları daha somut hale getiren psikodinamik tanısal sınıflandırma sistemlerinden uzmanlık eğitiminde yararlanılabilir. Tüm bu nedenlerle, PDM-2 ve OPD-2'nin çeviri çalışmaları sonuçlandırıldığında, önemli gelişmeleri de beraberlerinde getireceklerine inanıyoruz.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - VOK; Tasarım - ZK; Denetleme - GÖB; Kaynak - VOK; Malzemeler - ZK; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - VOK; Analiz ve/veya Yorum - GÖB; Literatür Taraması - VOK; Yazıyı Yazan - VOK; Eleştirel İnceleme - ZK, GÖB.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - VOK; Design - ZK; Supervision - GÖB; Resource - VOK; Materials - ZK; Data Collection and/or Processing - VOK; Analysis and/or Interpretation - GÖB; Literature Search - VOK; Writing - VOK; Critical Reviews - ZK, GÖB.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Wallerstein RS. The relevance of Freud's psychoanalysis in the 21st century: Its science and its research. *Psychoanalytic Psychology* 2006;23:302-326. [CrossRef]
2. Wallerstein RS. Psychoanalysis in the university: the natural home for education and research. *Int J Psychoanal* 2011;92:623-639. [CrossRef]
3. *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. PDM Task Force 2006. Silver Spring, MD. Alliance of Psychoanalytic Organizations.
4. Wallerstein RS. The Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM): rationale, conception, and structure. *J Am Psychoanal Assoc* 2011;59:153-164. [CrossRef]
5. Clemens NA. The psychodynamic diagnostic manual: a review. *J Psychiatr Pract* 2007;13:258-260. [CrossRef]
6. Kernberg OF. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT. Yale University Press; 1984.
7. McWilliams N. *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*, 2nd ed. New York: Guilford; 2011.
8. Blatt SJ. Representational structures in psychopathology. In: Cicchetti D, Toth S, editors. *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*, Vol. VI. Emotion, Cognition and Representation. Rochester, NY. University of Rochester Press; 1995. pp. 1-33.
9. Westen D, Shedler J. Revising and assessing axis II, Part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am J Psychiatry* 1999;156:258-272. [CrossRef]
10. Westen D, Shedler J. Revising and assessing axis II, Part II: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999;156:273-285. [CrossRef]
11. Gazzillo F, Lingardi V, Del Corno F. Towards the validation of three assessment instruments derived from the PDM P Axis: The Psychodynamic Diagnostic Prototypes, the Core Preoccupations Questionnaire and the Pathogenic Beliefs Questionnaire. *Bulletin of Applied Psychology* 2012;265:31-45.
12. Gordon RM, Stoffey RW. Operationalizing the psychodynamic diagnostic manual: a preliminary study of the psychodiagnostic chart. *Bull Menninger Clin* 2014;78:1-15. [CrossRef]
13. Lingardi V, McWilliams N. The psychodynamic diagnostic manual, 2nd ed. (PDM-2). *World Psychiatry* 2015;14:237-239. [CrossRef]

14. Lingiardi V, McWilliams N, Bornstein RF, Gazzillo F, Gordon RM. The Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2(PDM-2): Assessing patients for improved clinical practice and research. *Psychoanal Psychol* 2015;32:94–115.
15. Cierpka M, Grande T, Rudolf G, von der Tann M, Staschf M. The operationalized psychodynamic diagnostics system: clinical relevance, reliability and validity. *Psychopathology* 2007;40:209–220. [\[CrossRef\]](#)
16. Zimmermann J, Ehrental JC, Cierpka M, Schauenburg H, Doering S, Benecke C. Assessing the level of structural integration using operationalized psychodynamic diagnosis (OPD): implications for DSM-5. *J Pers Assess* 2012;94:522–532. [\[CrossRef\]](#)
17. Dinger U, Schauenburg H, Hörz S, Rentrop M, Komo-Lang M, Klinkerfuß M, Köhling J, Grande T, Ehrental JC. Self-report and observer ratings of personality functioning: a study of the OPD system. *J Pers Assess* 2014;96:220–225. [\[CrossRef\]](#)
18. Zimmermann J, Dahlbender RW, Herbold W, Krasnow K, Turrión CM, Zika M, Spitzer C. The OPD structure questionnaire captures the general features of personality disorder. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2015;65:81–83. [\[CrossRef\]](#)
19. Vicente CS, Oliveira RA, Silva F, Ferrajão P, Augusto S, Oliveira S, Senra H, Oliveira R, Krieger D. Cross-cultural adaptation of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) in Portugal. *Trends Psychiatry Psychother* 2012;34:129–138.
20. Shedler J, Westen D. Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *Am J Psychiatry* 2004;161:1350–1365. [\[CrossRef\]](#)
21. Westen D, Waller NG, Shedler J, Blagov PS. Dimensions of personality and personality pathology: factor structure of the Shedler-Westen assessment procedure-II (SWAP-II). *J Pers Disord* 2014;28:281–318. [\[CrossRef\]](#)
22. Shedler J, Westen D. The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): making personality diagnosis clinically meaningful. *J Pers Assess* 2007;89:41–55. [\[CrossRef\]](#)
23. Blagov PS, Bi W, Shedler J, Westen D. The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): evaluating psychometric questions about its reliability, validity, and impact of its fixed score distribution. *Assessment* 2012;19:370–382. [\[CrossRef\]](#)
24. Westen D, Shedler J. Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): integrating clinical and statistical measurement and prediction. *J Abnorm Psychol* 2007;116:810–822. [\[CrossRef\]](#)
25. Ortigo KM, Westen D, Bradley B. Personality subtypes of suicidal adults. *J Nerv Ment Dis* 2009;197:687–694. [\[CrossRef\]](#)
26. Malone JC, Westen D, Levendosky AA. Personalities of adults with traumatic childhood separations. *J Clin Psychol* 2011;67:1259–1282. [\[CrossRef\]](#)
27. Özçürümez Bilgili G. Psikanalitik yönelimli dinamik psikoterapinin bugünü. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2015;8:1–9.
28. Gabbard GO, Gunderson JG, Fonagy P. The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:505–510.
29. Kernberg OF. Psychoanalytic contributions to psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:497–498.
30. Wallerstein RS. Psychoanalytic treatments within psychiatry: an expanded view. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:499–500.
31. Smit Y, Huibers MJH, Ioannidis JPA, van Dyck R, van Tilburg W, Arntz A. The effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy – a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev* 2012;32:81–92. [\[CrossRef\]](#)
32. Fonagy P, Lemma A. Does psychoanalysis have a valuable place in modern mental health services? Yes. *BMJ* 2012;344:e1211. [\[CrossRef\]](#)