

Antidepresan Kullanım Bozukluğu Sorununa Karşı Bir Normatif Çözüm Algoritması

A Normative Algorithm of Solution for the Problem of Antidepressant Use Disorder

 M. Kemal TEMEL^a

^aİstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik ABD, İstanbul, TÜRKİYE

ÖZET “Antidepresanların bilinçsizce, gereksizce, kontrolsüzce ve/veya endikasyon haricinde kullan(dır)ılışı” olarak tanımlanabilecek olan “antidepresan kullanım bozukluğu (AKB)”, bugüne dek gerek genel medyada, gerek literatürde ruh sağlığı profesyonellerince, gerekse resmî teftiş ve tespitlerde çok kez dile getirilmiş, dikkat çekilmiş olan bir meseledir. Antidepresif ilaç kullanım oranlarında kaydedilen ve de ruhsal hastalık prevalanslarındaki ve hasta popülasyonlarındaki artışlar ile açıklanamaz görünen yükselişe dair ampirik veriler, pek çok rapor ve çalışmada ortaya konmuştur. AKB’nin ortaya çıkışı için çeşitli neden ve mekanizmalar tarif edilebilirse de, sağlık çalışanları, bilhassa ruh sağlığı çalışanları, her tür AKB karşısında doğrudan veyahut dolaylı olarak sorumludurlar. Zira mesleklerinin etik yükümlülük ve icapları doğrultusunda, kişileri AKB’den korumak ve kurtarmak için hem yapabilecekleri hem de yapmaları gerekenler vardır. Bu çalışmada, yaygın varlığı daha önceki araştırmalarda ampirik, istatistik vd. verilerle ortaya konmuş olan AKB sorununa karşı, Tom. L. Beauchamp ve James F. Childress tarafından geliştirilmiş olan biyomedikal etik prensiplerinden yine Beauchamp ve Childress’a has normatif metodoloji (ayrıntılılandırma) kullanılarak üretilen bir dizi etik önermede bulunulmuştur. Zira benimsenen etik prensipler tababetin nasıl icra edileceğini, tababetin nasıl icra edildiği ise ortaya çıkacak iyi ya da (AKB gibi) kötü pratik sonuçları belirler.

ABSTRACT Antidepressant use disorder (AUD) as the uninformed, undue, uncontrolled and/or off-label use of antidepressants is an issue that has been frequently reported in the literature and mass media by diverse observers, including mental health-care professionals and official regulatory bodies. There have been many studies presenting sets of empirical data showing the increased rates of antidepressive drug use that appear to be unexplainable by a parallel increase in mental illness rates and patient populations. Although various mechanisms and causes could be suggested for AUD, health-care professionals, particularly mental health-care professionals, may be held directly or indirectly liable for all observed patterns of AUD, as they have both the potential and the duty to protect and rescue individuals from AUD, in accordance with the ethical obligations and requirements of their profession. In an effort against the problem of AUD, the prevalent presence of which has previously been shown based on empirical, statistical and other data, this study formulates a number of ethical propositions as derived from the principles of biomedical ethics developed by Tom. L. Beauchamp and James F. Childress, by using the normative method of specification, also articulated by Beauchamp and Childress. The ethical principles adopted outline how doctoring ought to be performed, and how doctoring is performed determines the positive or negative outcomes, such as AUD.

Anahtar Kelimeler: Antidepresan; antidepresan kullanım bozukluğu; bağımlılık; etik; tıp etiği; meslek etiği; kullanım bozukluğu

Keywords: Antidepressant; antidepressant use disorder; dependence; ethics; medical ethics; professional ethics; use disorder

“Antidepresanların bilinçsizce, gereksizce, kontrolsüzce ve/veya endikasyon haricinde kullan(dır)ılışı” olarak tanımlanabilecek olan “antidepresan kullanım bozukluğu (AKB)”, bugüne dek gerek genel medyada, gerek literatürde ruh sağlığı profesyonellerince, gerekse resmî teftiş ve tespitlerde

çok kez dile getirilmiş, dikkat çekilmiş olan bir olgudur.¹ Antidepresif ilaç kullanım oranlarında kaydedilen ve de ruhsal hastalık prevalanslarındaki ve hasta popülasyonlarındaki artışlar ile açıklanamaz görünen yükselişe dair veriler, pek çok rapor ve çalışmada ortaya konmuştur.

Correspondence: M. Kemal TEMEL

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik ABD, İstanbul, TÜRKİYE/TURKEY

E-mail: mkemaltemel@gmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History.

Received: 17 May 2020

Accepted: 03 Jul 2020

Available online: 15 Oct 2020

2146-8982 / Copyright © 2020 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Depresif bozukluklar (DB) ve anksiyöz bozukluklar (AB) antidepresanların endike sayıldığı ve reçete edildiği başlıca ruhsal hastalıklar olup, örneğin 2015'te dahi DB ve AB prevalanslarının %6 düzeyinde tahmin edildiği Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde, 15-54 yaşlarındaki bireylerde herhangi bir antidepresan kullanmakta olanların oranı 1990-2 yıllarında %2,2 iken 2001-3 yıllarında %10,1'e çıkarak, beş kat artmıştır.¹⁻³

Reçeteli ilaçların kötü kullanımının salgın derecesinde yaygın olduğu öne sürülen ülkede, 2011-2014 döneminde ise ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığınca 12 ve üzeri yaştaki Amerikalılarda antidepresan kullanma oranı ~%13 olarak güncellenmiştir.^{4,5} Yine Birleşik Krallık resmî verilerine göre, 2015 yılında Krallık ülkelerinden İngiltere'de halka, 2014'e kıyasla ~%1,8, 2005'e kıyasla ise ~%50'lik bir artışla, yaklaşık 1 milyar kutu ilaç temin edilmiştir. Tüm ilaç türleri içinde reçete ve temin edilme oranında en büyük artışın gerçekleştiği grup, antidepresanlar olmuştur.^{1,6} Yine 2015'te DB ve AB prevalansının sırasıyla ~%4,4 ve ~%4 olarak tahmin edildiği Türkiye'de ise, 2003'te tüketilen antidepresan miktarının (14,2 milyon kutu) 2012'de yaklaşık %160'lık bir artışla 37,35 milyon kutuya ulaştığı ve bu artışın nüfus ve prevalans artışıyla açıklanamayacağı bildirilmiştir.^{2,7,8} Bu bildirimler Türkiye Büyük Millet Meclisi soru önergelerine dahi konu olmuştur.^{1,9,10}

Günümüzde AKB olgusunu yaratan çeşitli mekanizmalar mevcuttur; mesela: (i) iyatrojenik (sağlık çalışanlarından, örneğin depresyon tanısı koymakta olan klinisyenin hatalı öznel klinik muhakeme yürütmesinden, klinik/psikiyatrik bilgi ve donanımının yetersizliğinden ya da detaylı anamnez almaksızın ve diğer olasılıkları iyice tartmaksızın hızlıca ilaç yazma yoluna giderek üstünkörü bir tababet icra etmesinden kaynaklı) AKB; (ii) sistemsel (günümüzde çok nüfuslu DSM gibi uluslararası nozolojik kılavuzlarda antidepresanların endike sayıldığı hastalıklar kümesinin zaman içinde giderek genişleyişinden ve bu genişlemenin esasen deneysel kanıtlar -kanıta dayalı tıp- temelinde olmayışından ileri gelen) AKB; (iii) psikolojik (örneğin kişilerin antidepresanlara her kötü hissiyatı hemen gideriverecek mucize ilaçlarmışçasına bir terapötik güç ve anlam isnat etmesinden ve

bu psikolojik isnat neticesinde gerekmediği hâlde antidepresan kullanma ya da kullandığı ilacı bırakmama eğilimi içine girmesinden kaynaklı) AKB; (iv) fizyolojik (kişilerin antidepresanlara karşı ICD ve DSM kriterlerine göre "madde bağımlılığı" sayılabilecek türden bir bağlanma geliştirdiği) AKB; (v) sosyal (örneğin kişilerin sosyal çevresindekilerin tavsiyesi ya da temini üzerine ilaç kullanmasından, tanıdıkları doktorlardan ricacı olarak kendilerine istedikleri ilaçları reçete ettirebilmelerinden ya da sosyal ve geleneksel medyadaki özendirici ilaç sunum ve tasvirlerinden ileri gelen) AKB.^{1,11}

AKB'nin ortaya çıkışı için bu gibi sıfatlarla müsemma pek çok farklı alt mekanizma tarif edilebilirse de, sağlık çalışanları, bilhassa ruh sağlığı çalışanları, *her tür AKB karşısında doğrudan veyahut dolaylı olarak sorumludurlar*. Zira aşağıdaki kesitlerde açıklanacağı üzere, mesleklerinin etik yükümlülük ve icapları doğrultusunda, kişileri AKB'den korumak ve kurtarmak için hem yapabilecekleri hem de yapmaları gerekenler vardır. Böylece bu çalışmada, yaygın varlığı daha önceki araştırmalarda ampirik, istatistik vd. verilerle ortaya konmuş olan AKB sorununa karşı, Tom. L. Beauchamp ve James F. Childress tarafından geliştirilmiş olan biyomedikal etik prensiplerinden yine Beauchamp ve Childress'a has normatif metodoloji kullanılarak üretilen bir dizi etik önermede bulunulmuştur. Zira etik prensipler tababet mesleğinin nasıl icra edileceğini, tababetin nasıl icra edildiği ise ortaya çıkacak iyi ya da (AKB gibi) kötü pratik sonuçları belirler.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

BİYOMEDİKAL ETİK PRENSİPLERİ

Amerikan filozoflar Beauchamp ve Childress tarafından yazılmış olan ve bugün ABD başta olmak üzere Batı dünyasında geçerli ana akım tıp etiği paradigmasının temelini oluşturan *Biyomedikal Etik Prensipleri*, Türkiye'de de klinik uygulama ve araştırmalarda, tıp eğitimi, etiği, pratiği ve hukukunda esas alınan başlıca ilkelerin kaynağıdır. Örneğin günümüzde ABD'de ve Türkiye dâhil Avrupa'da her hastanede her tıbbi prosedürden önce gerçekleştirilen hasta bilgilendirmesinin ve hastalara imzalatılan bilgilendirilmiş onam formlarının teorik temeli, bu eserde geliştirilmiş

ve genel kabul görmüş olan “özerlik/hasta özerkliği” prensibidir. Beauchamp ve Childress tarafından genel geçer ahlak normlarından geliştirilmiş ve *Biyomedikal Etik Prensipleri* adı altında yayımlanmış olan dört ana prensip (“özerklik”, “yararlılık”, “zararsızlık” ve “adalet”), bugün Türkiye’de AKB ile mücadelede birincil rolü oynayacak ruh sağlığı çalışanları dâhil tüm sağlık çalışanları için bağlayıcı niteliktedir. Beauchamp ve Childress, kuramlarında yine kendi geliştirdikleri “ayrıntılılandırma” yöntemini kullanarak, bu dört temel prensibi pek çok spesifik sorun ve medikal vaka özelinde kullanılabilir, yol gösterir hâle getirmiştir. Bu çalışma ise, Türkçe literatürde görüldüğü kadarıyla, AKB ile mücadele için Türk sağlık sisteminde kolayca pratiğe geçirilebilecek bir normatif algoritma (bir kurallar dizisi) geliştirmek üzere uluslararası kabul görmüş bu dört bağlayıcı prensibin AKB özelinde kullanıldığı ilk çalışmadır.

Ayrıca ilkin 1979’da yayımlanmış ve günümüze dek sekiz kez güncellenmiş olan *Biyomedikal Etik Prensipleri*’nin 7. edisyonu, daha önce yine bu çalışmanın yazarı tarafından tercüme edilerek Türkçe literatüre kazandırılmıştır.^{12,13}

Terminoloji, Konseptüalizasyon ve Ön Kavramlar

Belirtildiği üzere, burada antidepresanların “klinikyenlerin ya da halkın önemli bir bölümü tarafından bilinçsizce, gereksizce, kontrolsüzce ve/veya endikasyon haricinde kullan(dır)ılışı” olgusu bir “kullanım bozukluğu/bağımlılık” olarak ifade edilmiştir. Bu ifade; zaman içinde gerek Amerikan Psikiyatri Birliği’nin (the American Psychiatric Association—APA) *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*’nda (en bilindik İngilizce akronimiyle, *DSM*) gerek Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün *Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması (ICD)*’nda ve gerekse konuyla ilgili diğer otoritelerin (örneğin Türkiye Yeşilay Cemiyeti) mevzuatında “iptila”, “tıryakilik”, “bağımlılık” ve “kullanım bozukluğu” kavramlarına getirilen yeni tanım ve kriterler temelinde bu kavramların kesişme ve birbiri yerine geçebilişine binaen geliştirilmiştir.¹⁴

²⁰ Bu konseptüalizasyonun ayrıntı ve argümanları daha önceki çalışmalarda mevcuttur.¹¹

Öte yandan, nasıl kavramsallaştırılacağı ve adlandırılacağı farklı perspektif ve katkılara açık olsa

da, antidepresanların AKB teşkil edecek biçimde kullanılması sorununun *varlığı* hususunda mutabakata varılmıştır. Ulusal resmî istatistiklerin ve bilimsel literatürdeki verilerin yanı sıra, ICD’nin 10. revizyonunda “Bağımlılık Yaratmayan Maddelerin Kötü Kullanımı (*Abuse of Non-dependence-producing Substances*)” başlıklı alt kesitte (F55) antidepresanların ismen zikredildiği görülmektedir.²⁰ Bu, DSÖ’nün hâlihazırda antidepresanların kullanımı ile ilgili bir “sorun” olduğunu açıkça tanıması bakımından oldukça önemlidir. DSÖ, bu alt kesitte, bu sorun sonucunda ortaya çıkan ve bu çalışmada da değinilen birkaç olumsuz durumu da belirtmiştir: esasen gerekmediği hâlde sağlık çalışanlarına başvurma, esasen tibben endike olmadığı hâlde antidepresan kullanma ve bu kullanım sonucunda bu ilaçların yan etkilerine maruz kalma.

Çoğu kez antidepresan kullanım bozukluğunda mesele, Yeşilay tarafından tanımlanmış olan “teknoloji ve kumar bağımlılıkları”nda olduğu gibi, kişinin kendisini hissetmekte olduğu olumsuz hislerden kurtaracağına inandığı ya da kendince kurtardığını gözlemlediği eylemi gerçekleştirmesi, diğer deyişle ilacın (antidepresanın) kendisi değil, ilaç içme (antidepresan kullanma) ritüelidir.^{21,22} Dolayısıyla bunu *antidepresan bağımlılığı* olarak değil, *antidepresan kullanım bağımlılığı* (AKB) olarak adlandırmak daha uygundur ve Amerikan Psikiyatri Birliği’nin DSM-IV’te “bağımlılık” adıyla işlediği *aynı olgular* için DSM-5’te *bağımlılık ile kötü kullanım arasında bir fark gözetmeyerek* “kullanım bozukluğu” demek suretiyle sergilemiş olduğu kavramsal esneklik de göz önüne alındığında *antidepresan kullanım bozukluğu* (AKB) şemsiye terimine ulaşılabilir.^{15,16}

AKB diye tabir edilen problemin ortaya çıkış mekanizmaları yukarıda örneklendiği gibi girift ve çeşitlidir; üstelik aynı mekanizmalar, farklı kavramlar kullanılarak daha farklı biçimlerde de tasnif ve tarif edilebilir: Gerçek, klinik depresyon (majör depresif bozukluk) için belli tanımlar ve semptomatolojik kriterler söz konusudur.²³ Antidepresanların endike olduğu klinik yani gerçek depresyon; hastada bunların kısmen ya da tamamen vücut bulduğu psikiyatrik bir sendrom, bir duygudurum bozukluğudur. Klinik depresyonun bu özel semptomları, ICD-10’da “depresif epizot”, DSM-5’te ise “majör depresif bo-

zukluk” başlıklı kesitlerde tanımlanmıştır.^{16,20} Öte yandan günümüzde “depresyon”, düşük bir modda (mutsuz, keyifsiz, kederli bir duygudurumda) olunduğunu anlatmak için hemen herkes tarafından kullanılan, oldukça popüler bir sözcük hâline gelmiştir. Esasen bu “popüler depresyon”da dile getirilen, duygudurumdaki dalgalanmalar, kısa süreli olumsuz duygulanımlardır. İnsan yaşamının yer yer doğal ve sağlıklı bir parçası olan “üzüntü”, biraz uzun sürdüğünde, kolayca depresyon addedilebilmektedir.^{24,25} Bununla birlikte, çeşitli nedenlerden kaynaklanmakta olabilecek uzun süreli olumsuz hissiyatlar (örneğin beklenenden biraz daha uzun süren ya da biraz daha yoğun yaşanan *doğal ve sağlıklı bir yas*) da popüler tabir doğrultusunda “depresyon” olarak adlandırılmaktadır: “Eşini kaybettikten sonra *depresyona* girdi.” vb. Kişilerin popüler depresyon için (yani endikasyon haricinde) antidepresan kullanması ise, ilaç kim tarafından/ne şekilde temin edilmiş olursa olsun, bir AKB şeklidir.²⁶

Dahası antidepresanlar, günümüzde “medikalizasyon” olgusu kapsamında, yani gerçek bir tıbbi endikasyon olup olmadığı kuşku durumlarda, tabipler tarafından dahi temin (reçete) edilebilmektedir. Son yıllarda tıp etiğinde ve sosyolojide giderek daha sıkça kullanılan bir terim olan medikalizasyon, en genişçe “medikalize etmek,” diğer deyişle “tıbbileştirmek, *tıpla ilintili hâle getirmek*” anlamına gelmektedir ve literatüre 1970’lerde girmiştir.²⁷⁻²⁹ Zira 1970’ler, daha önce tıpla ilintili olmayan, tıbbın müdahale alanında yer almayan kimi insani ya da sıhhi hâllerin, tıbbi terminolojiyle tarif edilen ve tıbbi müdahale (tedavi) ile çözülmesi gereken problematik, patolojik hâller olarak takdiminin giderek daha açıkça gözlemlenir ve tartışılır olduğu bir dönemdir. “Normal”-“anormal,” ya da “sağlıklı”-“hasta” kavramları, tıbbın diğer branşlarına kıyasla psikiyatride özellikle göreceli ve öznel bir mahiyettedir.³⁰ Dolayısıyla bu bulanıklıkta, psikolojik hâller medikalize edilen ilk insani durumlardan, psikiyatri ise medikalizasyon olgusunun en erken görüldüğü tıbbi branşlardan olmuştur.²⁸ Başta ilaç şirketlerinin etkisiyle, günlük hayatın parçası olan üzüntü, çekingenlik, kaygı gibi olağan ve insani hâller medikalize edilerek, tedavi gerektiren patolojik hâller gibi görülebilmektedir. Söz konusu “tedavi”nin farmasötikler yani ilaçlar yoluyla gerçekleştirildiği

durum ise “farmasötikalizasyon” olup medikalizasyonun alt kümelerindedir. Sırf medikalizasyon nedeniyle antidepresan kullanılması ise yine bir AKB paterni anlamına gelmektedir. Örneğin hastaların ilaç reklamlarından öğrendikleriyle, belli bir antidepresanın adını doğrudan zikrederek doktorlardan reçete talebinde bulunmaları, ABD’de son zamanlarda zirve yapan antidepresan reçeteleme oranlarında rol oynayan bir etmendir.^{31,32}

Teorik Çerçeve ve Metodoloji

Beauchamp ve Childress’in biyomedikal etik paradigması, en başta mezkûr dört ana prensip (özerklik, zararsızlık, yararlılık, adalet) ile karakterizedir. Bununla birlikte “prensip”lerin yanı sıra, “hak”lar, “erdem”ler ve “yükümlülük”ler gibi, etik meselelere farklı perspektiflerden bakıldığında merkeze almak üzere seçilebilecek başka “norm” türleri de mevcuttur. Eserlerinde Beauchamp ve Childress tarafından da işlendiği üzere, etik kuramlar, bu norm türlerinden hangisini ön plana çıkardıklarına göre birlikte farklı kategoriler oluşturabilirler; örneğin kişilerin özel haklarının veya genel olarak insan haklarının vurgulandığı kuramlar “hak kuramcılığı”, insani erdemlerin görev ve haklardan (yani erdemli bir insan olmanın görevlerini yerine getirmekten ve insanların birtakım haklara sahip oldukları gerçeğinden) daha önemli (ya da işlevsel) bulunduğu etik kuramlar “erdem etiği”, ya da bunun aksine görevlerin her şeyden önemli addedildiği kuramlar ise “Kantiyen etik” gibi şemsiye terimler altında anılabilir. Bu bakımdan, Beauchamp ve Childress’in yukarıda zikredilen dört prensip üzerine bina etmiş oldukları ve kimi kez bu nedenle “prensipçilik” olarak anılan modelinin yanı sıra, farklı norm türlerinin merkeze alındığı, kuramcının farklı bir perspektiften baktığı, hatta “prensipçi” nitelik yine korunurken farklı prensiplerin esas alındığı başka tıp etiği modelleri de mevcuttur; örneğin *paternalist tıp etiği, ütiliter tıp etiği*, hasta haklarına odaklı bir etik kuram, ya da *tabip ve hemşirelerin edinmesi gereken erdemlerin* arz edildiği bir etik kuram.

Beauchamp ve Childress’in felsefesinde haklar ve erdemler gibi öteki norm türleri kesinlikle göz ardı edilmemektedir; zira gayet isabetli bir tespitle bulunarak, bunların birbiriyle ilintili olduğu dile getirilmektedir; “yükümlülükleri bildiren prensip ve

kurallar ile eşlenik haklar[,] ve erdemlerle eşleştirelebilecek prensip ve kurallar vardır.”¹³ Bununla birlikte alametifarikasının yukarıda sayılmış olan dört prensip olması bakımından, Beauchamp ve Childress’in kuramında ana hatların prensipler, spesifik bağlantıların (ayrıntılarının) ise öteki normlar ile inşa edilmiş olduğu söylenebilir. Nitekim Beauchamp ve Childress, (i) çok genel, ucu açık içerikte olup spesifik bir kılavuzluk sağlamayan prensiplerden durumlara özel normatif yargılara varabilmek ve ayrıca (ii) vardıklarının hepsini birlikte göz önünde bulundurabilmek için iki yöntem/işlem önermektedirler: (i) *ayrıntılılandırma* ve (ii) *dengeleme*.¹³ Beauchamp ve Childress’in felsefesinde *kurallar*, *prensiplerin* (karşılaşılan vakalardaki özel, bireysel detaylara göre) ayrıntılılandırılmış hâlidir. Örneğin, zihnen yetersiz (mesela demanslı) bir hasta vakasında, “özerkliğe saygı” prensibi ayrıntılılandırılarak, “özerkliğe saygı, demanslı bireylerin zihinsel yeterliklerini yitirmeden önce vermiş oldukları ön direktiflere uyularak ifa edilir” biçiminde bir kurala varılabilir. Ayrıca bu kural, “demanslı hasta” vakalarında gözetilmek üzere üretilebilecek normlardan yalnızca biridir. Bir durumda dikkat ve riayet edilmesi gereken birden çok kural ve yükümlülük olduğunda ise bunlar arasında makul bir denge kurulacaktır (*dengeleme* yapılacaktır).

Ayrıntılılandırmada gerçekleştirilen “duruma-özel hâle getirme,” bir açıklama ya da tanımlama yapılarak değil, bir “kapsam daraltma” yapılarak gerçekleştirilir. Bu, yukarıda verilen örnekte de görülebilir: İlk hâliyle “özerkliğe saygı” prensibi, dünya üzerindeki tüm rasyonel canlıların özerkliğine saygı anlamına gelerek, en genel -tümel- bir hâldedir. Bu prensip, bu hâliyle, bir “özerkliğe saygı” ana fikri vermekle birlikte, hâlihazırdaki bir “demanslı hasta vakası”nda *tam olarak* ne yapmak gerektiğini bildirebilecek keskinlikte bir kılavuz değildir. Bu prensibe demanslı bireylerle ilgili durumlar özelinde birtakım ayrıntılar getirilerek “Özerkliğe saygı, demanslı bireylerin zihinsel yeterliklerini yitirmeden önce vermiş oldukları ön direktiflere (İng. *advance directives*) uyularak ifa edilir.” kuralı elde edildiğinde, kapsam tüm canlılardan demanslı bireylere düşürülmüş olmaktadır. Bu kural daha da ayrıntılılandırılabilir:

“Demanslı bireylerde özerkliğe saygı, bireyin zihinsel yeterliğini yitirmeden önce vermiş olduğu ya-

zılı bir ön direktif varsa buna uyularak, bu yok ise bireyin istek ve fikirleri, bunları günlük konuşmalarda önceden ondan duymuş olabilecekleri ya da onu tanıdıkları kadarıyla kestirebilecekleri için bireyin yakınlarından sorulup öğrenilerek ve tedavi kararları bu öğrenilenler doğrultusunda alınarak ifa edilir.”

Ayrıca başlangıçtaki ana prensibe yine demanslı bireyler özelinde fakat daha farklı hususlarda ayrıntılar getirilerek daha farklı kurallar da elde edilebilir. Örneğin:

“Demansla sonuçlanacak progresif bir nöropatoloji teşhisi almış fakat henüz zihinsel yeterliğini yitirmemiş olan yaşlı bir birey, tedavinin progresyonu yavaşlatabileceği bilgisi kendisine verildikten sonra dahi tedaviyi reddeder ise, müdavi tabip bireyin yakınlarına ilaçları içtiği suya karıştırarak ona fark ettirmeden içirme gibi paternalistçe bir öneride bulunmamalıdır.”

Ayrıntılılandırma ile ulaşılabilecek kurallara dair örnekler çoğaltılabilir ki *dengeleme*, belli bir vakada göz önünde bulundurulacak tüm hususlarla ilgili tüm normatif ayrıntılar arasında bir denge kurduktan, tıp ahlakınca orta yolu bulduktan sonra eyleme (tıbbi müdahaleye) geçmek üzere, bu noktada devreye girmektedir.

Beauchamp ve Childress, soyut teorisinin ayrıntılılandırma yöntemiyle somut gerçekler karşısında izlenecek yolu gösterebilecek bir pratik kılavuz hâline getirilebileceğini belirtmektedir. Dört prensipten hareketle AKB özelinde tıp etiğince yapılması gerekenlere ulaşmak amacıyla, burada da aynı yöntem izlenmiştir: Dört prensip, önceki çalışmalarda arz edilen *ampirik* bulguların kaydedildiği AKB durum ve paternleri için ayrıntılılandırılarak, daha bu durumlara özgü, spesifik içerikte birtakım *normatif* önermelere varılmıştır. Bu önermeler *prima facie* niteliktedir, yani ilk bakışta (gözetilmesi daha öncelikli, daha ahlaki olacak başkaca normlar ortaya konup bu yeni normlarca geçersiz kılınmadıkça) geçerlidirler. Zira hiçbir bilimsel/entelektüel çalışma çalışılan konudaki her hususu kapsayacak denli geniş tutulamaz (bir limitasyon) ve ayrıca zaman içinde örneğin olağan hayattaki koşullar, değişen toplumsal doku, klinik teamüller, medikalizasyon ve farmasötikalizasyondaki gidişat doğrultusunda yeni yeni normlar, kural-

lar üretmek gerekebilir. Bu durumda bu çalışmada ortaya konacak önermeler ile bu yeni realitelerden hareketle ortaya konabilecek yeni normlar arasında yine bir *dengeleme* yapılması gerekecektir ki bu ise buradaki önermelerin tadil, ilga ya da tahkim edilmesi anlamına gelebilir.

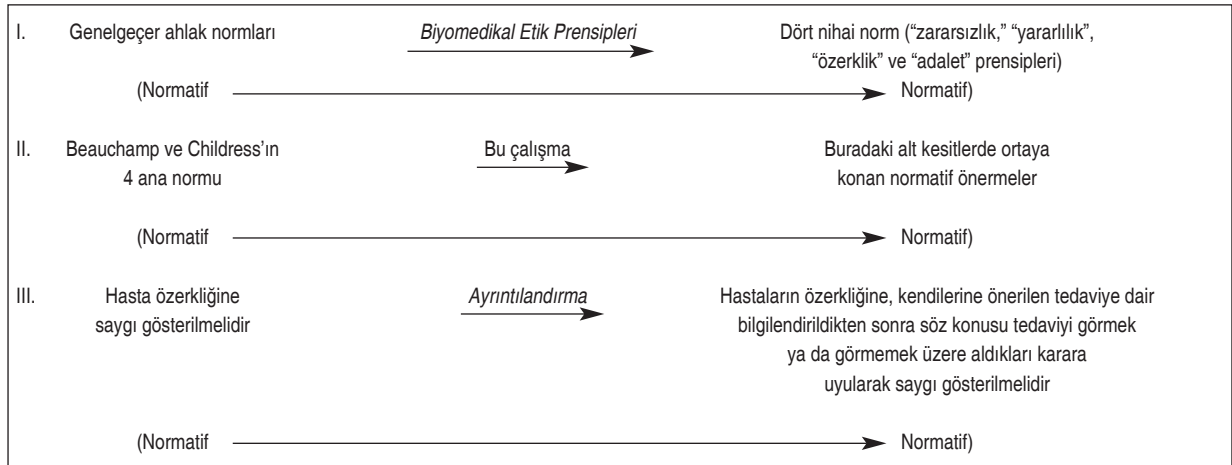
Ayrıca belirtmek gerekir ki, buradaki bu tıp *etiği* tartışmasında, literatürde sık düşünülen kritik bir hataya düşmekten özellikle kaçınılmıştır: *ampirik* verilerden yola çıkarak *normatif* sonuçlara varmak. Skeptik filozof David Hume (XVIII. yüzyıl) ile özdeşleşmiş olan “olgu-değer ayrımı (*fact-value distinction*)” olması, yapılması gerekenin, olana, olguya bakılarak söylenemeyeceğini belirtir. Diğer deyişle, benimse-necek değer ve kurallara (normatif sonuçlara), yalnızca olgulara dair tespitlerden (pozitif gözlemden) hareketle varılamaz. Basit bir örnek vermek gerekirse; çocukların tanrılara kurban edildiği ilkel bir kabileden, bu kabileden bir adam, etrafında olup bitene, atalarından göregeldiği şeye dair gözleminden (“Çocukları tanrılara kurban ediyorlar.”—*pozitif ifade*) hareketle, bunun böyle de olması gerektiği sonucuna (“Çocuklar tanrılara kurban *edilmelidir*.”—*normatif ifade*) sonucuna varamaz, varmamalıdır. Olgu-değer ayrımı, olguları ve normları birlikte ele alan, özellikle de normlara olgulardan hareketle varır görünen her felsefi, *ahlaki* çalışmada dikkat edilmesi gereken bir meseledir. Ayrıntılandırma, aynı zamanda bu meseleyi ortadan kaldıracı bir manevra niteliğindedir. Öyle ki, AKB varlığına ve yaygınlığına dair bu çalışmada değinilen ampirik bulgular, *olam* bildiren pozitif ifadeler niteliğindedir. Ama bu çalışmada AKB’ye karşı *yapılması gerekenleri* bildiren normatif ifadeler yer verilecektir. Ancak dikkat edilmelidir ki bu önermeler mezkûr olgu ve bulgular (ampirik) ile gerekçelendirilmemektedir; bunlar yalnızca, burada ortaya konan nihai önermelere (normatif) varılırken Beauchamp ve Childress’in dört genel prensibini (normatif) hangi durumlar için ayrıntılandırmak gerektiğinin bilgisi olarak kullanılmıştır, yani varılan nokta da yola çıkılan nokta da normatiftir ve ampirikten normatife geçiş söz konusu değildir. Bu, bir teşbih ile somutlaştırılacak olursa, burada Beauchamp ve Childress’in felsefesi normatif ham madde (demir), *ayrıntılılandırma* ham maddeyi döven çekiç, ampirik veriler demircinin nasıl bir ihtiyacı karşılayacak bi-

çimde bir kılıç yapması gerektiğinin bilgisi, bu çalışmada varılan normatif önermeler ise elde edilen nihai kılıç (demir) konumundadır. *Dengelemenin* ise örs vazifesi gördüğü söylenebilir.

Bu, bir tıp etiği (felsefe) çalışmasında başka sözcüklerle ikinci kez vurgulamaya değer bir husustur: Gayet isabetle Hume, ampirik gözlemden normatif hükme, yani İngilizce *is*’den doğrudan *ought*’a, Türkçesiyle ise *-dir*’den doğrudan *-melidir*’e varılamayacağı gerçeğini, varmamak gereğini formüle etmiştir. Örneğin “Türkiye’de AKB görülmektedir.” tespitinden (ampirik, pozitif ifade), “Türkiye’deki AKB’ye tabiiler aracılığıyla bir çözüm getirilmelidir.” normatif hükmüne varılamaz. Türkiye’deki AKB’ye getirilecek çözümün bir kısmının tabiiler aracılığıyla olması gerektiği bu çalışmada varılan sonuçlardan biri olmakla birlikte, buna varmanın yöntemi, *felsefi* yöntemi bu (tespit yapmak) değildir. AKB’nin varlığını tespit etmek, tabiilere AKB’ye karşı bir rol, bir görev tahmil etmek için yeterli gerekçe değildir.

Öyle ki Beauchamp ve Childress, dört prensip (“zararsızlık”, “yararlılık”, “özerklik” ve “adalet” *normları*) ile ördükleri kendi biyomedikal etik sistemlerine, genelgeçer ahlak paradigması içinden seçtikleri *normlardan* hareketle varmışlardır. Bu çalışmada ileriki kesitlerde görülecek olan *normatif* önermelere ise, Beauchamp ve Childress’in dört ana *normundan* yola çıkılarak, bu normlar ayrıntılandırılarak varılmıştır. Bu, **Şekil 1**’de olduğu gibi görselleştirilebilir.

İzlenecek metodolojiye dair bu açıklamaların ardından, son olarak neden *bu* metodolojinin seçilmiş olduğu açıklanabilir: Buradaki etik tartışmanın örneğin hak kuramcılığı ya da Kantiyen etik çizgisinde değil de Beauchamp ve Childress’in prensipleri çerçevesinde yapılmış olmasının (yani AKB’ye karşı yapılması gerekenlerin “hasta hakları” ya da “deontolojik mesleki görevler” değil de bu “dört prensip” üzerinden formüle edilmişinin) ana nedeni, belirtildiği üzere, Türkiye’de (ve yanı sıra klinikte konvansiyonel Batı tıbbi icra edilen öteki birçok ülkede) sağlık hizmeti ve tıp etiği eğitimi verilen kurumlarda ve ulusal sağlık hukuku mevzuatında hakim olan ana akım tıp etiği paradigmasının Beauchamp ve Childress’in ki olmasıdır. AKB veri ve bulgularına



ŞEKİL 1: Normatiften normatife gidiş.

I: *Biyomedikal Etik Prensipleri*'nde başlangıçtaki genelgeçer ahlak normları ile nihai 4 ana norm arasında; II: Bu çalışmada başlangıçtaki 4 ana norm ile nihai normatif önermeler arasında; III: Ayrıntılandırma sürecinin, örneğin "özerkliğe saygı" prensibinde işleyişinde.

nazaran sağlık çalışanlarınca AKB'ye karşı yapılması gerekenlere dair tartışma, öteki mezkûr normatif modeller çerçevesinde de kabul edilebilir bir biçimde gerçekleştirilebilirdi; fakat o zaman -en azından Türkiye'de- azınlıklarca benimsenmiş normlar kullanılmıyordu. Tıpkı Beauchamp ve Childress'in *genelgeçer ahlak normlarından* uzaklaşmamayı seçmiş oldukları gibi, burada da, çoğunluğu oluşturan birey ve resmî kurumlarca hâlihazırda benimsenmiş olan normları kullanmak suretiyle, olabildiğince çok sayıda insan için yararlı ve bağlayıcı olabilecek bir çalışma ortaya koymak hedeflenmiştir.

BULGULAR

AKB VE SAĞLIK PROFESYONELLERİ: ZARARSIZLIK VE YARARLILIK PRENSİPLERİ

Normatif Özet

"Önce zarar verme", Hipokratik tıp etiği paradigmalarında "prototipik ilke" sayılabilecek denli temel bir konumdadır. Bununla birlikte, zararsızlık Hipokratik tıp teamülünün en bilindik karakteristiği iken, hemen her tıp paradigmasında benzer derecede önemli bir başka prensiple (daha) karşılaşılır: yararlılık. Zira tıbbi müdahalenin gerekçesi, ekseriyetle o müdahalenin nesnesinin (hasta) bundan bizzat göreceği yararlıdır. "Önce zarar verme", kimi kez "yarar vermeye girişmeden önce zarar vermemeyi becer" olarak anlaşılabilir, tüm diğer ilkelerin üretiminden önce var

olan bir ilk ilke -adeta bir *arkhe*- statüsüne yerleştirilmekle birlikte, aslında bu gibi bir hiyerarşi gözetmek için her zaman gerçek bir gerekçe olmayabilir; mesela verilecek zararın çok küçük, beklenen yararın ise çok büyük olduğu durumlarda. Örneğin suda boğularak ölmekle eşitlikteki biri, manuel kalp masajı gibi basit bir ilk yardımla yaşatılabilecek olduğunda, ekseriyetle etikçisinin ve icracısının gözünde ahlaken meşru olan, "önce uygulanacak baskının göğüs kafesinde yol açacağı zedelenmeye yol açmamak" adına bu müdahaleden kaçınmak değil, önce yaşamı kurtarmak (ki bu kurtarılan kişiye bir yarar sağlamak demektir) olacaktır. Bu bakımdan zararsızlık prensibini âdeta ekberiyet gözeterek "ağabey", yararlılık prensibini ise "küçük kardeş" statüsünde sabitlemenin bir gereği yoktur; nitekim Beauchamp ve Childress'in felsefesinde bunlar, hayatta karşılaşılabilecek çok çeşitli hâllere dair yukarıda verilen türden örnekler göz önünde bulundurularak, aralarında *a priori* bir hiyerarşi bulunmayan "ikiz kardeşler" konumdadırlar. İkiz ve iki ayrı, münferit prensiptirler ve de vakaların tikel ve vakalardaki kişilerin bireysel özellik ve gerçeklerine -kısacası duruma- göre kimi kez bunlardan birine kimi kez ise ötekine daha öncelikle riayet etmek gerekebilir. Bu doğrultuda bu çalışmada da bu iki prensip hem aynı kesitte olmak suretiyle birlikte ele alınmış, hem de yeri geldiğinde argümantasyon hangisi ile ilintili ise onun ismi zikredilerek münferiden işlenmiştir.

Beauchamp ve Childress, zararsızlık ve yararlılık prensiplerinin icap ettirdiklerini yine aralarında ilk bakışta (*prima facie*), önceden mevcut (*a priori*) bir hiyerarşi bulunmayan şu dört ana kuralda özetlemiştir:¹³

“Zararsızlık

1. Kişilere kötülük etmemek ya da zarar vermemek gerekir.

Yararlılık

2. Kişilerin kötülüğe ya da zarara uğramasını önlemek gerekir.

3. Kişilerin uğradığı kötülük ve zararları gidermek gerekir.

4. İyilikleri daha da ilerletmek gerekir.”

Beauchamp ve Childress, zararsızlık ve yararlılık prensiplerini *ayrıntılıdırarak* vardıkları bu dört ana kuralı sonrasında daha da ayrıntılıdırarak sağlık profesyonelleri için mesleklerini icra ederken “gereken özeni gösterme” (zararsızlık) ve kolayca yapabilecek olduklarında tehlikedeki, zarardaki kişileri “kurtarma görevi” (yararlılık) gibi daha spesifik kurallara varmışlardır. Beauchamp ve Childress’in çeşitli argümanlar temelinde ortaya koydukları “zarar vermek” ve “yarar sağlamak” tanımlarının ise aşağıdaki gibi olduğu görülmektedir:¹³

■ Zarar vermek: “bir kişinin çıkarlarının gerçekleşmesini engellemek, durdurmak ya da aksatmak demektir.”

■ Yarar sağlamak: “zararı önlemek, zararı gidermek, iyi olanı ilerletmek[tir].”

Hem “zarar verme” hem de “yarar sağlama” ana kavramının aynı alt kavram (“zarar”) üzerinden açıklandığı görülmektedir ve bu iki ana kavram üzerine temellendirilecek “zararsızlık” ve “yararlılık” yükümlülüklerinin doğası arasında ise “eyleme geçmek” ve “eylemde bulunmamak” üzerinden bir ayrım yapılmaktadır: “Yararlılıkla ilgili üç yükümlülüğün her biri eyleme geçmeyi, kişilere yararı dokunacak bir eylemde -zararı önlemek, zararı gidermek, iyi olanı ilerletmek- bulunmayı gerektirmektedir; öte yandan zararsızlık yükümlülüğünün gerektirdiği ise, yalnızca zarar verici eylemlerden kaçınma çabasıdır.”¹³

Yukarıdaki dört genel norm AKB özelinde tadil edildiğinde ise aşağıdaki gibi dört norm elde edilebilir:

Zararsızlık

1. Kişilerin AKB’ye sürüklenmesine neden olmamak gerekir.

1.1. Kişilerin AKB’ye sürüklenmemesi için gereken mesleki özeni göstermek, üstünkörü bir biçimde konmuş hatalı bir “klinik depresyon” teşhisi ile endikasyon olmadığı hâlde kişileri antidepresan kullanmaya başlatmamak gerekir.

Yararlılık

2. Kişilerin AKB geliştirmelerini önlemek gerekir.

3. Kişilerin geliştirmiş olduğu AKB’yi, tedavi ederek gidermek gerekir.

3.1. AKB geliştirmiş olduğunu fark ettikleri bir hasta karşısında sağlık çalışanları, kayıtsız kalmayıp hasta ile ilgilenmek, hastayı AKB’den kurtarmak (için bir efor sarf etmek) ile görevlidirler.

4. Kişilerin psikososyoklinik sağlık ve bağımsızlıklarını daha da ilerletmek, berkitmek gerekir.

Bir sonraki alt kesitte, yukarıdaki dört norm AKB gelişimini körükleyen ampirik faktörlerle mücadeleye yönelik biçimde ayrıntılıdırarak, AKB’ye karşı tabiplerce yapılmayacaklara dair birtakım normlar geliştirilmiştir. Daha önce belirtildiği üzere bunlar kayıtsız şartsız değil *prima facie* geçerlilikte önermelerdir ve yine belirtildiği üzere başka çalışmaların ve yeni realitelerin getireceği başka normlarla *dengelenmeleri* gerekebilir.

Normatif Zararsızlık ve Yararlılık Prensiplerini AKB ile İlgili Ampirik Hususlara Göre Ayrıntılıdırarak Ulaşılabilecek Normatif Önermeler

“İlaç tedavisi” dendiğinde akla ilk gelecek “zarar” kuşkusuz farmasötik yan etkilere dir. Her farmasötik kimyasal gibi antidepresif farmasötiklerin de ciddiyeti ve görülme sıklığı (hangi ajanın hangi hastada kullanılmakta olduğuna göre) değişen birtakım yan etkileri vardır. Bu nedenle, her farmakoterapide olduğu gibi, antidepresanlar bir *psikiyatrist denetiminde ve gerçek endikasyon hâlinde* kullanılmakta olduklarında dahi terapötik-yarar/advers-zarar dö-

kümü dikkatle yapılmalıdır.

Literatürde, AKB olgusunun farklı gelişim paternlerinden söz edilmiştir: (i) *bir tabibin bilgisi dâhilinde* (bir tabip tarafından reçete edilmiş antidepresanlarla) gelişen AKB; (ii) *bir tabibin bilgisi haricinde* (kişilerin antidepresanları usulsüzce temin ederek kendi başlarına kullanmaları hâlinde) gelişen AKB.¹¹ Antidepresan kullanım bozukluğu/bağımlılığı tıp etiğinin zararsızlık prensibi üzerinden ele alınacak olduğunda mercek altına alınması gereken AKB paterni bunlardan ilkidir. Yukarıda da zikredilmiş olan “müdavi tabiplerce öznel klinik muhakeme kullanımı” hususu, zararsızlık prensibi ile doğrudan ilintilidir. Klinik muhakemenin hatalı kullanılması hâlinde klinik depresyondan muzdarip olmayan birine klinik depresyon tanısı konma ihtimali vardır. Bu yanlış tanının ardından antidepresif farmakoterapiye başlanması ve bu ilaçların bu hatalı tedavi rejimi kapsamında bir süre kullanılması ise, duruma göre, bu çalışmada yer yer eş anlamlı olarak yer yer ince, geçişken bir zar ile ayrılarak kullanılan “antidepresan kullanım bozukluğu” ve “antidepresan kullanım bağımlılığı” olgularının her ikisine de yol açabilir: Öyle ki hiçbir biçimde bir “bağımlılık”tan söz edilemeyecek vakalarda dahi, kişilerin endikasyon haricinde antidepresif ilaç kullanmaları yersiz yere farmasötik yan etkilere maruz kalmaları bakımından bir kullanım bozukluğu anlamına gelecektir. Fakat literatürde dokümanite edildiği üzere, zaman içinde antidepresanlarını ICD ve DSM kriterlerine göre fizyolojik “madde bağımlılığı” sayılabilecek bir biçimde kullanmaya başlayan, hatta böyle yıllarca devam eden ve bu kompulsif kullanıma son veremeyen insanlar da mevcuttur.^{19,33-44} Son olarak, fizyolojik AKB’nin yanı sıra, kişilerin mezkûr psikolojik isnat mekanizmalarıyla (antidepresanlara fazla terapötik güç ve anlam isnat etme, ilaç içme ritüelinin plasebo etkisi, ilacın her durumda bir esenlik sağlayıcı, bir kurtarıcı olarak algılanışı vd.) psikolojik AKB geliştirmeleri de olasıdır.⁴⁵⁻⁵²

Farmasötik yan etkiler, fizyolojik AKB ve psikolojik AKB, kişilerin tabiplerinin hatalı öznel klinik muhakeme kullanımı nedeniyle uğrayabileceği iyatrojenik zararlarıdır. Hatalı klinik muhakeme; tabibin mesleki bilgi birikiminin, ehliyetinin ve tecrübesinin

sınırlılığı, tıbbi branş farklılığı, klinik icraat sırasında gereken mesleki özeni göstermeyi ihmal edip baştan savmacı bir tutumda oluşu gibi faktörlerden doğabilir ya da beslenebilir.

Depresyon teşhisini koyan doktor, ulusal ve uluslararası psikiyatrik mevzuata hâkim bir psikiyatrist dahi olsa, ki aşağıda anımsatılacağı üzere bu doktor her zaman bir psikiyatrist de olmayabilmektedir, bu teşhis sırasında kendi klinik muhakemesine başvurması kaçınılmazdır. Hâlihazırdaki kurumsal diyagnostik kriterlerin varlığı da doğru teşhisin garantörü değildir. Örneğin Amerikan Psikiyatri Birliği’nin DSM-5’inde ortaya konan semptomatolojik kriterler, literatürde de dile getirilmiş olduğu üzere, kimi vakalarda yeterince patognomonik (doğru/ayırıcı tanı koydurucu) olamayabilir.⁵³

Depresif olmayan kişilere sehven depresyon teşhisi konmasının karşısında ise depresif kişilerde doğru tanının (depresyon teşhisinin) ıskalanması hatası bulunmaktadır. Bu durumda ise depresyondaki kişilerin antidepresanları usulsüz yollarla temin ederek kendi başlarına kullanmak suretiyle AKB geliştirme ihtimali vardır. Doğru muhakeme için mesleki bilgi birikimi ve tecrübe şart olduğundan, psikiyatrik teşhis ve tedavide hatalı klinik muhakeme riski, müşahhis ve müdavi tabip psikiyatri dışı branşlardan bir tabip olduğunda özellikle artmaktadır. Literatürde depresif hastaların yarısından fazlasının önce bir psikiyatrist ya da psikolog yerine birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda psikiyatri dışı branşlardan tabiplere görüldüğü bildirilmiştir ki bu ise, bu riskin çoğu zaman yüksek olduğunu hatırlatmaktadır.⁵⁴

Özetle depresyonda AKB gelişimine yol açma ve ayrıca farmasötik yan etkilere ve hatalı psikiyatrik teşhis ve tedaviye maruz bırakma gibi iyatrojenik zararları bertaraf etmek için, psikiyatri dışı branşlardan tabipler başta olmak üzere, tababet icra edenlerce aşağıdaki normlar benimsenebilir:

■ Belirtiliği üzere, DSM-5 gibi başlıca diyagnostik/nozolojik kılavuzların hiç ya da yeterince yönlendirici olmadığı durumlarda, (yine örneğin DSM-5’teki en az 5’inin sağlanması gerektiği belirtilen semptomatolojik “majör depresif bozukluk” kriterlerinden ancak 4’ü sağlanmaktaysa ve fakat hasta düşük duygudurum gibi çok karakteristik bir depres-

yon özelliği sergilemekte ise) nihai teşhis için öznel klinik muhakeme kullanımına başvurulması kaçınılmazdır. Fakat bu durumda aceleci davranılmamalıdır. **“Depresyon tanısı başta olmak üzere, psikiyatrik bir teşhis psikiyatri dışı branşlardan bir tabip tarafından subjektif klinik muhakeme kullanılarak konacak olduğunda, bunun yerine olabildiğince psikiyatrik branşlı başka tabiplerle kooperasyon/konsültasyon tesis etmek suretiyle kolektif klinik muhakeme kullanımına başvurulmalıdır.”** (zararsızlık adına Norm 1). Bu, daha makul ve zararsızlığa daha elverişli olandır. Tanı, böylece mesleki istişare ile müştereken varılacak kararlar doğrultusunda netleştirilebilir. Bu ilk aşamada “klinik depresyon” teşhisinde uzlaşırsa, sonrasında benzer bir müşterek kaniya şu hususlarda da varılması gerekir:

Antidepresif farmakoterapi için gerçek klinik endikasyon olup olmadığı. Klinik depresyon ve günümüzde antidepresanlarla tedavi edilen öteki hâl ve hastalıklar için farmakoterapi dışında başka terapötik modelitelerin de olabileceği unutulmamalı ve bunlar da birer seçenek olarak değerlendirilmelidir; örneğin hafif depresyonun üstesinden bilişsel-davranışçı (psiko)terapiyle de gelinebileceği bildirilmektedir.

Nasıl bir farmakoterapi uygulanacağı. Şayet antidepresif farmakoterapi için gerçek klinik endikasyon olduğuna hükmedilirse, hangi ajanlarla, ne süreliğine bir farmasötik tedavi rejimi düzenleneceği mutlaka psikiyatrik branşlı tabiplerle konsültasyon ve işbirliği içinde kararlaştırılmalıdır. Zira böyle bir karar başlı başına mesleki tecrübe, ehliyet ve birikim ve hatta ilaveten güncel farmakope ile psikiyatrik farmakoloji bilgilerine hâkimiyet gerektirecektir.

■ Fakat tabipler, kırsal alan gibi, tıbbi disiplinler arası konsültasyonun mümkün olmadığı ortamlarda çalışmakta da olabilirler. Kırsal kesimde birçok yerleşim yeri, sağlık ocakları gibi birinci basamak sağlık kurumlarının ötesinde interdisipliner sağlık hizmeti verebilecek tam teşekküllü hastanelerden mahrumdur. Bu durumda müdavi tabibin depresyon tanısını kendi başına koyması, antidepresif farmakoterapinin endike olup olmadığını kendi başına belirlemesi gerekebilir. Ayrıca, birinci basamak sağlık

kurumlarında çalışan bir tabibin AKB içerikli ciddi bir depresyon vakasına acilen müdahale etmesi gerektiği durumlar da olabilir; örneğin depresif bir hasta, antidepresif ilacını çok yüksek dozda alarak giriştiği başarısız bir intihar denemesinin ardından kendisine getirildiğinde. (Öyleyse bu gibi) **“Mahrumiyet ve aciliyet hâllerine karşı, psikiyatri dışı branşlardan olanlar başta olmak üzere müdavi tabipler, psikiyatrik patolojilere dair spesifik bilgi birikimlerini imkân buldukça artırmaya çabalamalıdır.”** (yararlılık adına Norm 2).

■ Ayrıca, DSM'nin geçirdiği mezkûr evrim, medikalizasyon ve farmasötikalizasyon gibi realiteler ile mimli çağımızda, “sağlıklı” ve “patolojik” arasındaki sınırlar iyice bulanıklaşmış, neyin klinik neyin popüler (hatta uydurulmuş) depresyon olduğunu doğru belirlemek özellikle zorlaşmıştır. Üstelik ilgili teşhis, karşıdaki hasta *ergenler, yastakiler, terminal dönemdeki hastalar* ya da (bilhassa kronik) *organik komorbiditesi olan kişiler* gibi özel ya da kolay incinir (İng. *vulnerable*) gruplardan biri olduğunda daha da çetrefilli olacaktır. Ruh sağlığı profesyonelleri bu zorlu arazide yürürken şu yanlış adımları atmaları hâlinde AKB'yi iyatrojenik bir biçimde besleyebilirler:

Kişilere yakınılan duygudurumun altında yatan somatik-psikolojik nedenleri gereğince tetkik etmesizin antidepresan reçete etmeleri.

Medikalizasyon trendleri doğrultusunda (yani, *esasen farmakoterapiye endike olan değil, farmasötikalize edilmiş olan non-patolojik bir psikoloji için*) antidepresan reçete etmeleri.

Antidepresan tedavisine klinik endikasyon hâli ortadan kalktıktan sonra dahi devam etmeleri.

Bu bulanık ve çetrefilli günümüz şartlarında bu yanlış adımları atmamak ise doğru klinik muhakeme yürütmeye bağlıdır ki, teşhis ve karar süreçlerinin öznel klinik muhakeme içerdiği gerçeği DSM-5'te de ikrar edilmektedir, örneğin kişinin yaşadığının yas (sağlıklı) mı yoksa depresyon (patolojik) mu olduğuna nasıl karar verilebileceğine dair şu cümle: *“...bu karar kaçınılmaz olarak, bireyin öyküsünü ve kayıplar karşısında yaşanan kederin ifade edilmesine dair kültürel normları da göz önünde bulundurmak suretiyle klinik kanaat kullanmayı gerektirecektir.”*¹⁶ Doğru teşhis ayrıca, tabibin (i) savuşturucu ve bencil değil özverili

ve özgeci olması, (ii) özverili ve istekli olduğu hâlde hastayla yeterince ilgilenememesine neden olabilecek aşırı hasta yoğunluğu ve öteki kurumsal imkânsızlıklar gibi harici koşullara karşı pasifçe kabullenici değil, bunları değiştirmek ya da en azından zorlamak üzere mücadeleci bir tutum içinde olması ile mümkündür. Öyleyse bu faktörler de değerlendirildiğinde, Norm 2 şu şekilde, bir parça daha ayrıntılandırılabilir: **“Hem psikiyatristler hem de psikiyatri dışı branşlardan tabipler, gerçek endikasyon haricinde antidepresif farmakoterapi başlatmamak gibi isabetli klinik hükümler verebilmek için mesleki bilgi birikimlerini artırmaya çabalamalı, kullandıkları diyagnostik kılavuz ve araçlar kümesini geniş tutmalı, bunların yanı sıra tutumca da özenli ve azimli olmalıdırlar.”** (zararsızlık -daha spesifik olarak, gereken özeni gösterme- adına Norm 3).

■ Yukarıda değinilen “zararsızlık” ile “yararlılık” arasındaki geçişkenlik, ayrıca her iki prensibin de “zarar” alt kavramı üzerinden tanımlanışı, burada daha açık bir biçimde örneklenebilir ve bu sırada AKB’ye karşı iki normatif önerme daha üretilebilir: Bir önceki alt kesitte (normatif özet) bir öznenin bir nesneye başka bir öznenin gelecek *zararı önlemesi* nin de o nesneye sağlanan bir *yarar* olduğu belirtilmiştir. Yukarıda sağlıklı hâl ve hayat süreçlerinin nasıl farmakoterapi ile tıbben müdahale edilecek durumlar hâline getirildiğine, yani farmasötikalize edildiğine de değinilmiştir (ki buna olağan sağlıklı insan yaşamının bir parçası olan mutsuzluğun “depresyon” olarak medikalizasyonu da dâhildir). Bir insan sırf farmasötikalizasyon nedeniyle antidepresan kullandığında, psikolojik ve fizyolojik AKB gelişimi ve farmasötik yan etkilere maruziyet, *gereksiz* zararlar olarak zuhur eder. Tabibin kendisinin gereksiz yere farmakoterapiye girişmemesi ve böylece hastayı mevzubahis zararlara maruz bırakmaması zararsızlık prensibi ile ilintili iken, insanların utangaçlık ya da yas gibi *olumsuz fakat sağlıklı* hissiyatlarının başka öznelere farmasötikalize edilişi nedeniyle gereksiz yere farmakoterapi görmelerini önlemesi yararlıdır. Dolayısıyla aynı farmasötikalizasyon olgusuna karşı şu iki farklı norm arz edilebilir: **“Tabipler antidepresif farmakoterapinin endike olduğundan emin olmadıkça antidepresif farmasötik reçete etmemelidirler.”** (zararsızlık adına Norm 4) ve **“Tabipler,**

örneğin popüler depresyon ile kendilerine gelen hastalarının methini duydukları bir ilaç için reçete taleplerini geri çevirmek suretiyle, antidepresif farmakoterapinin endike olmadığı durumların farmasötikalize edilişi ile mücadeleye yapabilecekleri zahmetsiz katkıları da esirgememelidirler.” (yararlılık adına Norm 5).

■ Yakın geçmişte T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de yıllardır sürmekte olan kötü ve aşırı antibiyotik kullanımı sorununa karşı, kamu spotları hazırlayıp yayımlamak gibi oldukça yenilikçi bir yöntemle mücadeleye girişmiştir. Sağlık Bakanlığının bu “antibiyotik kullanım bozukluğu ile mücadele” kampanyası, antibiyotik tedarikçilerinin (eczacıların) ve antibiyotik kullanılan tıbbi alanlarda çalışan tabiplerin de destek ve katılımıyla, oldukça başarılı, örnek alınası bir inovasyon olmuştur. Halka, yine zararlı bir farmasötik olguyu engellemek suretiyle benzer bir *yarar*, AKB konusunda da sağlanabilir. (Öyleyse,) **“Psikiyatristler (bu gibi) halk sağlığı sorunlarına kayıtsız kalmamalı ve (antidepresanlar gibi) kendi alanlarının temel farmakolojik cephanesinin yanlış, bozuk kullanımını önlemeye yönelik çareler geliştirmede girişimci, yenilikçi ve istekli olmalıdırlar.”** (yararlılık adına Norm 6). Bu norm esasen yararlılık prensibi altında özel bir tür yükümlülük olan “kurtarma görevi” ile ilintilidir ki bu görev ile ilgili kesitlerde müstakilen de ele alınmıştır.

AKB VE SAĞLIK PROFESYONELLERİ: ÖZERKLİK PRENSİBİ

Normatif Özet

Buradaki amaçlar doğrultusunda gereken, Beauchamp ve Childress’in “özerkliğe saygı” prensibini geliştirirken özerkliği nasıl tanımlayıp ne gibi şartlara bağladıklarını, ve de felsefelerinde teorik “özerkliğe saygı”nın klinikte pratiğe döküm yolu olan “bilgilendirilmiş onam” prosedürünü nasıl açıkladıklarını mercek altına almaktır.

Özerk kişi, “başkalarının kontrolü altında olmaksızın ve anlamlı seçimler yapabilmesine engel bir durumu bulunmaksızın, kendi üzerinde yine kendis[i] söz ve erk sahibi olan” kişi iken, “özerkliği azalmış” olan kişi, “kimi oldukça önemli konularda başkalarının denetimi altınd[a] ya da kendi tasarısı ve istekleri doğrultusunda iradi eylemlerde bulunma yetisinden

yoksun” olan kişidir.¹³ “Kimi kez, özyönetim yetilerine sahip ve genelde sağlıklarını iyi yöneten özerk kişiler dahi hastalık, bunalım, *bilgisizlik*, başkalarından gelen baskılar ya da muhakemelerini bozan ya da seçeneklerini sınırlayan başkaca koşullar nedeniyle kimi seçimlerde bulunurken başarısız bir özyönetim sergilerler.”¹³ Kişinin bir eylemi ne yaptığını *bilerek* gerçekleştiriyor olması, o eylemin özerkçe bir eylem sayılabilmesi için şarttır. “Ne yaptığını bilmek,” yaptığını hangi neden ve amaçlarla yaptığını ve yaptığının kendisi ve ötekiler üzerinde ne gibi muhtemel sonuçları olacağını bilmek demektir. Bu, aynı zamanda “yapmayışlar” için de geçerlidir: bir şeyi bizzat yapmayı ya da bir şeyin kendisine başkalarınca yapılmasını reddederken bu yap(tır)mayışın hangi neden ve amaçlardan icap ettiğini ve de ne gibi etki ve sonuçları olabileceğini bilmek. Bunlardan ilki (yapışılar) tıp etiğinde kendisine sağlık profesyonellerince önerilen bir tedaviyi onamaya tekabül ederken (özerk onam), ikincisi (yapmayışlar) tedaviyi onamamaya karşılık gelir (özerk ret). Klinikte hastanın tedavisi ile ilgili kararlarını alırken “ne yaptığını bilmesi”, sağlık profesyonellerince gerçekleştirilen hasta *bilgilendirmesi* ile sağlanır. Hasta tarafından verilen bir onam, ancak bir *bilgilendirilmiş onam* ise özerk olabilir.

Çoğu kez “hasta özerkliğine saygı”dan anlaşılan, bir doktorun karşısına gelen bir hastaya paternalistçe bir müdahalede bulunmaması, onun karar ve isteklerini saygı ve kabulle karşılmasıdır. Oysa Beauchamp ve Childress’in felsefesinde özerkliğe saygı, bundan çok daha fazlasını gerektirmektedir: “Özerk öznelerle saygı duymak demek, bu öznelerin birtakım görüşlere sahip olma, birtakım seçimler yapma ve de kendi değer ve kanılarından yola çıkarak birtakım eylemlerde bulunma hakkı olduğunu bilmek demektir. Bu saygı, söz konusu öznelerle karşı yalnızca saygılı bir *tavır takınılarak* [yalnız pasifçe] değil, aynı zamanda saygının gereği olan *davranışlarda bulunularak* [aktifçe de] gösterilir. Yani, başkalarının kişisel işlerine karışmamaktan fazlasını gerektirir. *Kimi durumlarda bir yandan kişilere özerk seçimler yapma yetisi kazandırmak* ya da bu yetinin sürdürülmesini sağlamak için *uğraşmayı, bir yandan da korkuların ya da özerk eylemleri zedeleyecek ya da engelleyecek öteki koşulların ortadan kaldırışına*

yardımcı olmayı içerir.”¹³ Kısacası “özerkliğe saygı”, sağlık çalışanlarına (genel olarak ise insanlara) hem negatif hem de pozitif yükümlülükler tahmil eder; AKB olgusu özelinde söylenecek olursa, tabiileri AKB gerçeği ile *aktif bir mücadeleye* davet eder. Tabibin “kişilere özerk seçimler yapma yetisi kazandırması”, bağımlılık psikolojisi altında (ya da aksi takdirde hayatla baş edemeyeceği korkusuyla) anti-depresan kullanmakta olan kişilerle karşılaştığında bu kişilerin bu döngüyü kırmaları (ya da bu korku ve yarınlığından çıkmaları) için elinden geleni yapmak üzere girişimde bulunmasını, harekete geçmesini gerektirir.

Bilgisizliğin yanı sıra, bağımlılık hâli, zihnen gelişmemişlik ve doğuştan ya da edinilmiş zihinsel yetersizlik de rasyonel ve gerçek *özgür iradeye* engel teşkil ettiğinden, bu niteliklerdeki kişiler çoğu zaman özerk seçimlerde bulunabilecek durumda değildirler: “Toy/gayrireşit, ya da kimi yetilerini yitirmiş, ya da çok cahil, ya da baskı/sömürü altında olmaları nedeniyle eylemlerinde yeterince özerk olamayan –ya da bu özelliklerinden ötürü özerk sayamayacağımız türden– kişiler, özerkliğine saygı göstermekle yükümlü olduğumuz kişiler arasında yer almaz. Küçük çocuklar, irrasyonel bir intihar eğilimi içindeki bireyler ve *ilaçlara/uyuşturuculara bağımlı hastalar bu kişilere örnektir.*”¹³ Nitekim olağan hayattaki tecrübesinden hareketle herkesin sezinleyebileceği üzere, ileri evredeki bir Alzheimer hastasının ya da 5 yaşındaki bir çocuğun görmesi gereken bir tedavi için “İstemiyorum!” derken *ne yaptığını bilmesinden* söz edilemez.

Ayrıca öyle ki bu gruplardan hiçbirine girmeyen, yetişkin, zihnen yeterli kişilerin dahi sanki zihnen yetersiz insanlarmışçasına özerk kararlar veremez hâle geldikleri olabilir.¹³ Örneğin, hayati olmayan bir sağlık sorunu için bir süredir bir ilaç kullanmakta olan biri, sözüne itibar ettiği bir başkasının ilacı bırakması hâlinde hastalığının çok ilerleyeceği yönündeki mesnetsiz iddiasına inanacak olursa, bu korku ve zan nedeniyle mantıklı düşünemez hâle gelebilir ve bunu duymamış olsaydı zamanı geldiğinde rahatça alabileceği ilacı bırakma kararını artık bir türlü alamayabilir. Nitekim birçok psikolojik AKB vakasında olan da budur: antidepresanı kullanmazsa hayatla baş edemeyeceğini *zannetmek*.

Beauchamp ve Childress, antidepresif farmakoterapi de dâhil olmak üzere, kişilere her tür tıbbi müdahaleden önce evvela özerkliğe saygı prensibini kişilerden bilgilendirilmiş onam almak suretiyle hayata geçirmeyi önermektedirler. Fakat bu prosedür, “bilgi vermek”ten ve “onam almak”tan ibaret değildir. Bundan fazlasını gerektiren ve içeren “bilgilendirilmiş onam”ın unsurları, Beauchamp ve Childress tarafından şöyle çözümlenmiştir:¹³

“I. Başlayabilmek için gerekenler (ön koşullar)

1. (Anlayabilecek ve karar verebilecek) zihinsel yeterlikte olmak.

2. Özgür irade (kararlarını baskı altında olmaksızın alacak olmak).

II. Bilgilendir(il)menin bileşenleri

3. Önemli bilgileri hastayla/denikle paylaşmak.

4. (İzlenecek bir yol haritası) önermek.

5. (3 ve 4’te anlatılanları) anlamak.

III. Onamın bileşenleri

6. (Önerilen yoldan yana) bir karar vermek.

7. (Önerilen yolda ilerlenmesi için) izin ve yetki vermek.”

Burada bu kriterler antidepresif farmakoterapi ve AKB kontekstinde ele alınabilir. Belirtildiği üzere bilgilendirilmek, özgür irade kullanımı ve özerk onam için elzemdir. Kişilerde tabip/psikiyatrist denetiminde antidepresif farmakoterapiye başlanacak olduğunda gerçek bir bilgilendirme için *şart* olan “önemli bilgileri hastayla paylaşmak” (*şart 3*) ise, kişiye diğer birçok bilginin yanı sıra özellikle aşağıdaki bilgilerin de verilmesini gerektirir ki tababette bunlar genellikle es geçilmektedir:

■ kişinin kendisine antidepresan reçete edilme nedeni olan hastalığının, yazılan antidepresanın resmen ruhsatlı, tıbben endike olduğu bir hastalık olup olmadığı,

■ kişinin doktora başvurma nedeni olan hastalığının aslında (antidepresif) farmakoterapi dışında başka yöntemlerle (örneğin basit bir yaşam tarzı değişikliği) ya da başka terapötik modalitelerle (örneğin psikoterapi) de tedavi edilip edilemeyeceği,

■ kişinin, antidepresif ilaç kullanımını sırasında doktorunun tavsiye ve talimatları dışına çıkacak ya

da bu tedavisini yarıda bırakacak olursa antidepresanını bir AKB teşkil edecek biçimde kullanmış olacağı,

■ (ya da tedaviyi yarıda bırakmanın -nonkompliyanstın- aksine,) kişi doktoru ilaç tedavisini sonlandırdıktan sonra yine de kendince duyduğu gereksinimden ya da gördüğü gerekten ötürü antidepresif ilaç kullanmaya devam edecek olursa bunun kendisine yararı değil zararı olacak bir AKB anlamına geleceği,

■ ve (karşısındaki kişi hâlihazırda bir doktora başvurmayı başarmış olmakla birlikte,) kişiler kendi başlarına antidepresan kullandıklarında bunun AKB anlamına geldiği genel bilgisi.

Aşağıda, “özerkliğe saygı” ana normu ve bu normun sağlık profesyonellerine yukarıdaki gibi bir bilgilendirme yapmanın yanı sıra tahmil ettiği öteki pozitif normatif yükümlülükler yine AKB özelinde *ayrıntılılandırılarak*, yeni birtakım normatif önermelere varılmıştır.

Normatif Özerkliğe Saygı Prensibini AKB ile İlgili Ampirik Hususlara Göre Ayrıntılılandırarak Ulaşılabilecek Normatif Önermeler

Önceki kesitlerde AKB için bir ayırım ortaya konmuştur: (i) *tabip bilgisi dâhilinde* gelişen psikososyoklinik AKB, (ii) *tabip bilgisi hâricinde* gelişen fiziksel ve psikososyal AKB. Burada bunlar münferiden ele alınmıştır.

Bir Tabibin Bilgisi Dâhilinde Gelişen AKB

Dikkat çekildiği üzere, antidepresanların kullanıldığı alanlar ve kullanıcı kitlesi yıllar içinde giderek genişlemiştir. Öyle ki bugün antidepresif ajanlar sigara bırakma süreçlerinde dahi bir “yardımcı” olarak araştırılır ve kullanılır hâle gelmiştir.^{55,56}

Fakat rasyonel dizaynla geliştirilen bir ilaç söz konusu olduğunda, genellikle, seçilmiş olan bir etken madde, etkili olacağı teorize edilen hastalığa karşı, o hastalıktan muzdarip kişiler üzerinde gerçekleştirilen faz II-III kontrollü klinik deneylerle, gerçek etkililiği ve güvenliliği bakımından sınanır. Sonuçta başarılı bulunan ilaç, ilgili ülkenin ilgili düzenleyici kurumlarınca (örneğin Türkiye’de T.C. Sağlık Bakanlığınca) *o hastalığa* karşı kullanılmak üzere ruhsatlandırılır; bir diğer deyişle, belirlenen tıbbi endikasyonu

için kullanılmak üzere resmî ruhsat alır.

Buna karşın günümüzde tüm ülkelerde ilaçlar, rutin bir uygulama olarak, ruhsatlandırılmış oldukları sağlık sorunları dışındaki hastalıklar için de sıklıkla reçete edilebilmektedir. ABD’de ayakta verilen sağlık hizmetleri sırasında reçete edilen her 5 ilahtan birinin ruhsatlı endikasyonları dışında bir sağlık sorunu için yazıldığı tahmin edilmektedir.⁵⁷ Klinik depresyonun tedavisi için klinik çalışmalarla geliştirilen antidepresanlar da günümüzde bu ana endikasyonları dışında başka birçok psikolojik (ve hatta fizyolojik) hastalık için reçete edilmektedir. Örneğin antidepresif ilaç sınıflarından (selektif serotonin ve noradrenalin-serotonin geri alım inhibitörleri, tetrasiklik ajanlar ve de serotonerjik antagonist ve geri alım inhibitörleri gruplarından) birçok etken madde, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi tarafından başlangıçta majör depresif bozukluk tedavisi için onaylanmış oldukları hâlde, sonrasında çeşitli anksiyete bozuklukları, posttravmatik stres bozukluğu, bulimia nervosa ve alkolizm gibi sorunların tedavisi için de onaylanmıştır.⁵⁸⁻⁶⁰ Fibromiyalji, baş ağrısı, kokain bağımlılığı tedavisi ile migren profilaksisi ise, antidepresanların resmen onaylanmamış oldukları amaçlar için kullanıldıkları durumlara örnektir.⁶¹⁻⁶³ Antidepresanların ülseratif kolit ve Crohn hastalığı gibi semptomatolojisi açıkça fizyolojik hastalıklarda kullanıldığı da bildirilmiştir.⁶⁴ Öyle ki başlangıçtaki gözlem ve hedefler doğrultusunda tarihte *antidepressan* adını almış olan bu ilaçların kullanımında bugün *depresyon* tedavisi âdeta ancak tali bir amaç ve yüzde teşkil eder görünmektedir.^{58,65-68}

Fakat bir ilaç ruhsatlandırıldığı endikasyon(lar) dışındaki hastalıklar için reçete edildiğinde, bu, ilacın klinik çalışmalarla etkililiği (ve güvenliliği) kanıtlanmamış olan bir hastalık için reçete edilmesi demektir. Bu tür preskripsiyon ise *kanıtta dayalı tıp* değil, şahsi/mesleki sezgi ve tecrübeye dayalı tababet anlamına gelmektedir. Bu durumda elde somut, görüleceği *farz* edilen yarar uğruna ilaç kullanımıyla girilen riskleri gerekçelendirebilecek güçte bir klinik kanıt yoktur. Dolayısıyla ruhsatsız farmasötik kullanım, en azından bu bakımdan problematiktir. Dahası yarar görülmeyen (boşuna) bir farmakoterapi için yan etkilere maruz kalınırsa *zararlı* bir kullanım teş-

kil edebilir ki, yarar-zarar bilançosu bir ilaç endikasyonları dışında kullanıldığında (yani kontrollü klinik araştırmalarla elde edilmiş kanıtlar olmadığında) özellikle belirsizdir. Dolayısıyla klinik depresyon için antidepresan reçete etmek ile “uykusuzluk” için antidepresan reçete etmek kesinlikle aynı şey değildir.

Öyle ki, uykusuzluk ve ağrı kaynaklı mutsuzluk gibi son derece nonspesifik hâller için uzun süre antidepresan kullanıldığında bu hem buradaki tanımla bir AKB tezahürüdür hem de bir AKB faktörüdür. Bir *faktör*dür; çünkü zaten bu gibi nonspesifik ve alakasız hâller (popüler depresyon) için kendi başına antidepresan kullanmak psikososyal AKB’nin temel nedenini teşkil eden *halk davranış*ıdır ve bir de bunun bu gibi hâller için tabiplerce de önerildiği, uygulandığı bilgisi yayıldığında, antidepresanların nasıl kullanıldığına dair -ve bu gibi hâller için kullanılabilirliği yönündeki- yanlış inanışlar pekiştirilmiş olacaktır. İlaçların endikasyonları dışında kullanılmalarının yasal ve yaygın *olması*, bunun *olması gerektiği* anlamına gelmez ki bu, yine bu çalışmanın başında değinilmiş olan bir *olgu-değer farkı* örneğidir.

Fakat son olarak istisnaların olabileceğini eklemek gerekir: Klinik pratikte hâl ve hastalıklar, hastalar ve koşullar öylesine çeşitli, öngörülemez ve tek bir kural altında kategorize edilemez ki tabiplerin ilk bakışta gerekçelendirilemez görünmesine karşın antidepresan reçete etmek için *geçerli tıbbi gerekçeler* sunabilecekleri durumlar yine de olabilir. Böyle durumlarda -yani antidepresanlar tabiplerce endikasyonları dışında, spesifik klinik kanıt yokluğunda, fakat birtakım geçerli gerekçeler icabınca reçete edilmekte olduğunda- ise, preskripsiyonun bu doğası, söz konusu farmakoterapi öncesinde yapılacak olan bilgilendirmede mutlaka ele alınması gereken bir husustur. Öyle ki, bir tabip klinik depresyondan muzdarip bir hastaya klinik depresyon için geliştirilmiş 2 ruhsatlı, muadil antidepresif ajandan neden ötekini değil de berikini reçete ettiğini açıklamak zorunda olmayabilir, ancak herhangi bir antidepresanı baş ağrısı, uykusuzluk, alkolizm gibi farmasötik endikasyonun ve terapötik etkililiğin kanıtlanmamış olduğu durumlar için reçete ettiğinde bu gerçeği hastaya açıklamalıdır. Bu hem hasta özerkliğine saygının gereği, hem de bir AKB riski meselesidir: Özerkliğe

saygının gereğidir, çünkü bir önceki alt kesitte belirtildiği üzere *bilgilendirilmiş* onam için gerçek bir *bilgilendirme* çok önemlidir ve aslında “terapötik kanıtlara dayanmayan bir terapi”ye girilmekte olduğu ana bilgisi es geçildiğinde gerçek bir bilgilendirmeden söz edilemez; ve bir AKB riski meselesidir, zira değil endikasyon haricinde, klinik depresyon nedeniyle antidepresan kullanan kişilerde dahi, farmasötik AR-GE safhalarında hiç tahmin ve rapor edilmemiş bir durum olarak, bu ilaçlara fizyolojik ve psikolojik bağımlılık gelişebildiği görülmüştür. Dolayısıyla AKB riski, endikasyon dâhilinde antidepresan kullanımında dahi söz konusudur.

Burada, bu kesitte değinilen tüm bu hususları kapsayacak kadar ayrıntılı, uzun bir norm üretilebilir ve esasen bu normun kimi parçaları özerkliğe saygı prensibi yerine (ya da özerkliğe saygı ile birlikte) yararlılık ve zararsızlık prensipleriyle de bağlantılandırılabilir: **“Tabipler antidepresif farmakoterapiden yeğ başka birtakım terapötik modalite ve seçeneklerle üstesinden gelinebilecek olan (endikasyon dışı) hâl ve hastalıklar için ilk etapta antidepresan reçete etmekten yana olmamalıdır; kullanılan bir ilaca (hatta ilaç içme ritüeline dahi) görece çok daha kolay bağlanıp bunun üzerinden kimlik geliştirme potansiyeline sahip adolesanlar gibi hasta gruplarında ise bundan özellikle kaçınmalıdırlar; kimi geçerli tıbbi gerekçelerden ötürü endikasyon dışı antidepresif ilaç preskripsiyonunda bulduklarında ise, bu bilgiyi -ve yanı sıra dünyada AKB geliştiren insanlar da olduğu gerçeğini- bilgilendirilmiş onam sürecinde dile getirmeli, böylece hastanın (ya da hastanın velisinin veya vasisinin) bu doneleri de değerlendirme şansı olmasını ve antidepresif farmakoterapiye (verecekse) buna göre onam vermesini sağlamalıdır.”** (özerklik adına Norm 7).

Bir Tabibin Bilgisi Haricinde Gelişen AKB: Kendi Başına Antidepresan Kullanmaya Başlamak (ya da Devam Etmek) Neden Özerkçe Bir İş Değildir?

Literatürde (ve burada) medya ve/veya sosyal çevrelerinden gördüklerinden hareketle antidepresan kullanan insanlara dair veri ve bulgular arz edilmiş ve bu tür bir kullanım AKB'nin tezahür paternlerinden biri olarak tanımlanmıştır.¹¹ Fakat 30 yaşında, aklı

başında ve depresyonda olduğuna inanmakta olan bir insan, bir arkadaşının kendisinin yarar gördüğünü, iyi hissetmeye başladığını söyleyerek tavsiye ve eliyle uzatarak temin ettiği bir antidepresif ilacı o anda kullanmaya karar verdiğinde, bu neden özerk bir karar, özerk bir seçim olmasın?

Bu, kesinlikle özerk bir seçim değildir; çünkü özerklik, “canının istediğini yapmak, yapabilmek” demek değildir, *tıpkı özgürlüğün bu olmadığı gibi*. Özerklik, bir önceki kesitteki normatif özette belirtildiği üzere, yaptığı ya da yapmadığı bir şeyi, bunun nedenlerini, amacını ve sonuçlarını *olabildiğince bilerek* yap(ma)mak demektir. “Etki ve sonuçları bilebilmek”, işin özellikle bilgilendirilmeyi gerektiren kısmıdır ve “Bana iyi geldi; sen de dene!” gibi bir cümle, antidepresif ilaç kullanımının doğasına ve sonuçlarına dair bir bilgilendirme teşkil etmez. Bu tür bir cümle, normal şartlar altında cümleyi kuranın ilgili konudaki epistemik ehliyetsizliği bir yana, antidepresanların yan etkilerine, genel başarı şanslarına, bu genel şansın bireyler özelinde oldukça değişebildiğine, çok çeşitli antidepresif ajanlar olduğu ve kişiye bunlardan biri bir terapötik fayda sağlamadığı hâlde bir diğerinin bunu pekâlâ sağlayabileceği gerçeğine, antidepresanların ne kadar süre kullanılması gerektiğine, antidepresanları hangi hâllerde kullanmamak icap ettiğine ve daha birçok kritik hususa dair gerçek, profesyonel bir bilgilendirmenin kapsamlılığından ve eğiticiliğinden çok uzaktır.

Sosyal çevre ve(ya) medya teşvikli bu gibi yanlış başlangıçların ardından, uzun bir sürükleniş söz konusu olabilmektedir. Gelişen antidepresan kullanım bozukluğu/bağımlılığı, örneklenmiş olduğu üzere, yıllarca sürebilmektedir. Kimi kez psikolojik isnat mekanizmaları ile psikolojik, kimi kez ise iptila (madde bağımlılığı) hâli ile fizyolojik tabiatlı olabilmektedir. Bunlar, yine bir bilgi ve bilinç üzerine değil de, ilk paternde bir yanılgı, ikincisinde ise bir nörobiyolojik kompülsiyon üzerine tesis edilmiş kullanımlar olduklarından, özerkçe değildirlir.

Yukarıda özerkliğe saygının, sağlık profesyonellerine kişilerin bilinçli ve sağlıklı bir biçimde aldıkları kararlara karışmama gibi bir negatif yükümlülüğün yanı sıra, kişilerin kararlarının bilinçli ve sağlıklı olmasını *sağlama*(ya *çalışma*) gibi po-

zitif bir yükümlülük de tahmil ettiği belirtilmiştir. Buna göre, kompülsiyon ve intravenöz kullanım gibi öğeleri olan fizyolojik AKB konusunda özerklik adına şöyle bir norm üretilebilir: **“Tabipler, AKB hâlindeki kişilerle karşılaştıklarında, onlara yapmakta olduklarının tehlikelerine ve antidepresanların aslında nasıl kullanılması gerektiğine dair bilgiler vermekten geri durmamak suretiyle, kişilerin sürüklendikleri bu yolda yürümeye devam edip etmeyeceklerine özerkçe karar vermelerine katkıda bulunmaya çabalamalıdır.”** (özerklik adına Norm 8).

Antidepresanlara anlam, terapötik güç, kurtarıcılık isnadı ile karakterize, kaygı ve zan içerikli psikolojik AKB hâlinde ise, antidepresif farmakoterapinin gerçeklerine dair yapılacak olandan da önce, depresyonun ne olduğuna ve olmadığına dair bir bilgilendirme gereklidir; zira bu kişiler çoğu kez klinik değil *popüler depresyon* içinde olan kişilerdir. Buna göre Norm 8, psikolojik AKB için şu şekilde tadil edilebilir: **“Tabipler, kendilerini depresyonda sanarak antidepresan kullanan ya da antidepresif ilaçlardan medet uman kişilerle karşılaştıklarında, onlara ‘klinik depresyon’un belli semptomatolojik/psikiyatrik kriterlere göre anlaşılan bir hastalık olduğunu, öte yandan her olumsuz hâl ve hissiyatın bir hastalık teşkil etmediğini ve mutsuzluğun da sağlıklı insan yaşamının bir parçası olduğunu açıklamak suretiyle, bu kişilerin bu gibi durumlarda psikiyatrik ilaç (antidepresan) yerine psikolojik destek arayışına girmek biçiminde bir kararı, özerkçe almalarına yardımcı olmalıdırlar.”** (özerklik adına Norm 9).

AKB VE SAĞLIK PROFESYONELLERİ: ADALET PRENSİBİ

Normatif Özet

Eserlerindeki “Adalet” başlıklı 7. bölüm, belki de Beauchamp ve Childress’in biyomedikal etik kuramında beslendiği teorik havza en eklektik mahiyette olan bölümdür. Kendi refleksiyonlarını geliştirirken, tarihte adalet kuramcılığında başkalarının izlenmiş olan yaklaşımları eşitlikçilik, toplulukçuluk, özgürlükçülük, utilitarizm gibi ortak özellikleri üzerinden kategorize ederek gözden geçirmişlerdir. “Adalet”, “dağıtıcı adalet”; “erişim”, “sağlık hizmetlerine erişim” ve “en azın-

dan temel düzeydeki sağlık hizmetlerine erişim”; “hakkaniyet”, “fırsatta hakkaniyet”; “dağıtım”, “adil dağıtım”; “sağlık hizmeti alma hakkı”, “sağlıklı olma hakkı”; “pay” ve “tayın”, çok çeşitli tarihi normatif kaynakları özümseyerek kendi görüşlerini ortaya koyarken kullandıkları temel kavramlar olmuştur.

Ulusal sağlık hizmetlerinde ve sistemlerinde adalet uyarınca gözetilmesi gereken hususlardan olan “adil dağıtım”, tedavilerin, terapötik hizmet ve ürünlerin hastalar arasında adil bir biçimde dağı(t)lması anlamına gelmektedir. Beauchamp ve Childress, burada bu çalışmanın yazarının da katıldığı üzere, “adil dağıtım”ı Aristotelesvari bir eşitlik yaklaşımıyla “her hastanın her sıhhi hizmetten eşit miktarda alması” olarak değil, her hastanın bu hizmet ve ürünlerden *ihtiyaç duyduğu, muhtaç olduğu* miktarda alması olarak formüle etmiştir. Zira “Herkes eşit olsun!” gibi popüler ve yerine göre gerek egaliter, gerek komüniter, gerekse utiliter kontekstte kullanılabilecek olan bir slogan, ilk duyuşta kulağa hoş gelse de, esasen rutin tıbbi pratik sırasındaki en basit paylaşım/dağıtım vakalarına dahi cevap veremeyecek sığılıktadır. Örneğin hiçbir ağrısı olmayan, hafif ağrıları olan ve terminal dönemde dayanılmaz ağrıları olan 3 insanın “ağrı kesici ilaç kotası”nın eşit, yani ülkede belli bir analjezik grubundan her birine ayrılan “tayın”ın aynı miktarda olması, hem ahlaki sezgimize ve sağduyuya, hem de tarihi süreçte ortaya konmuş çok çeşitli adalet normlarına aykırı gibi görünmektedir. Eşit olması gereken, kişilerin “en azından temel düzeydeki sağlık hizmetlerine erişim” şansı ve imkânıdır ki bu ise Beauchamp ve Childress ve John Rawls gibi düşünürlerce “fırsatta hakkaniyet” adı altında ele alınmış olan ayrı bir adalet hususudur. Rawlsçu bir ilke olan “fırsatta hakkaniyet” (İng. *rule of fair opportunity*), adından da açık olduğu üzere, sağlık hizmetleri kontekstinde sıhhi/tıbbi ürün ve hizmetlerin herkese eşit miktarda pay edilmesi değil, herkesin bu ürün ve hizmetlere erişiminin eşit derecede mümkün olması, herkese bunlara erişim için eşit fırsat tanınması anlamına gelmektedir. *Miktarda eşitlik* değil, *imkânda eşitlik* önerilmektedir.

Fakat tam olarak hangi “tıbbi ürün ve hizmetler”e erişim? Örneğin devletçe sağlanan sağlık sigortalarının kapsamı ve kişilerin değişen ekonomik alım gücü

göz önüne alındığında herkesin kozmetik amaçlı plastik cerrahi hizmetlerine erişim şansı hâlihazırda aynı olmadığına göre, sağlık sistemi herkese eşit bir “kozmetik amaçlarla burun rekonstrüksiyonu yaptırabilme” fırsatı tanınacak biçimde modifiye edilmeli midir? Beauchamp ve Childress, bunun için eşitlik, toplumsal ütilite ile menfaat, bireysel özgürlük ve memnuniyet gibi, ilk bakışta bağdaşmaz görünen birçok husus-ölçüt arasında makul bir orta yol teşkil eden, 2 katmanlı bir sağlık sistemi dizaynı önermiş ve bunu şöyle tarif etmiştir:¹³

“ [E]n azından temel sağlık hizmetlerini alma’ hakkı, daha cazip bir hedeftir—gerçekçi olacak olursak, ulaşılabilecek tek hedeftir. Bu ölçülü egaliter hedef, herkesin (en azından bir devletin sınırları içindeki herkesin) temel sağlık hizmetlerine ve kaynaklarına erişebilmesini içermektedir. Burada genellikle iki katmanlı bir sağlık sistemi düşünülür: temel ve hayati sağlık gereksinimlerini karşılayacak zorunlu sosyal sağlık sigortası (katman 1), ve buna ek olarak, sağlıkla ilgili öteki gereksinimler ve talepler için isteğe bağlı, özel sağlık sigortaları (katman 2). İkinci katmanda kişilere, lüks bir hastane odasında hospitalizasyon ya da opsiyonel kozmetik dış tedavileri gibi, özel sağlık sigortaları aracılığıyla ya da doğrudan cepten ödeyerek satın alabilecekleri daha iyi hizmetler sağlanabilir. İlk katmanda ise herkesin erişebileceği, temel sağlık hizmetleri sağlanacaktır. Bu katmanın en azından; kamu sağlığını korumaya yönelik uygulamaları, prevantif sağlık hizmetlerini, birinci basamak sağlık hizmetlerini, akut hastalık ve travmalarda sağlanan kısa süreli sağlık hizmetlerini ve de sakatlıklardan muzdarip olanlara yönelik özel sosyal hizmetleri içereceği düşünülebilir. Herkesi tutacak bir güvenlik ağına benzeyen bu model, aynı zamanda toplumun yükümlülüklerinin sınırsız olmadığını da onaylamaktadır.”

Antidepresif farmakoterapi, gereksinim duyan herkesin sosyal sağlık sigortaları kapsamında eşit erişim fırsatı olması gereken, temel bir sağlık hizmetidir. AKB olgusu, bu psikofarmakoterapötiklerin AKB’li bireylerce (i) kısa vadede âdeta ikinci katmanda yer alan tıbbi ürünlermiş gibi, yani yanlış bir biçimde, (ii) uzun vadede ise herkesin hem bunlara hem de öteki ilaçlara eşit erişim şansının tehlikeye düşeceği bir biçimde kullanılması anlamına gelmek-

tedir. Bunların nasıl olduğu hususu, bunların çözümü için adalet prensibi ayrıntılandırılarak varılan bir normatif önerme ile birlikte, aşağıda işlenmiştir.

Normatif Adalet Prensibini AKB ile İlgili Ampirik Hususlara Göre Ayrıntılandırarak Ulaşılabilecek Normatif Önermeler

AKB olgusu, bir önceki paragrafta arz edilen iki anlamı ile eşlenik olarak, şu iki biçimde adalet prensibine aykırılık teşkil etmektedir: (i) doğrudan AKB’li bireylerin uğradığı adaletsizlik, (ii) dolaylı olarak ulusal sağlık sistemindeki tüm hastaların uğradığı adaletsizlik.

Antidepresanlar tabiplerce bir AKB paterni teşkil edecek biçimde reçete edildiklerinde, bu preskripsiyon *de facto* hastanın uygun olan diğer tedavilere erişiminin engellenmesi anlamına gelebilir. Öyle ki örneğin hafif depresyon vakalarında depresyonun üstesinden psikoterapötik yöntemlerle de gelinebileceği ve gelinebildiği bildirilmektedir. Bir pratisyen tabip hafif depresyonlu bir hastayı psikoterapi görebileceği ikinci basamak sağlık hizmetlerine sevk etmek yerine antidepresan reçete ettiğinde, hastanın psikoterapi görme şansını elimine etmiş olmaktadır. Ayrıca, burada psikoterapiye erişimin engellenmesi adalet prensibinin ihlali anlamına geldiği gibi, özerkliğe saygı ile bağdaşmazlık bakımından da problematiktir: Hafif depresyonlu bir hastaya derinlemesine bir muayene ve tetkikat esirgenerek otomatikman antidepresan reçete edildiğinde ve hastaya *öteki tedavi alternatiflerinden* bahsedilmediğinde, hastanın bu farmakoterapiye elinde makul bir insanın gerekli göreceği tüm terapötik bilgiler olmadan (yani yeterince bilgilendirilmeden) onam vermesi söz konusu olacaktır. Öncesinde *gerçek bir bilgilendirme* olmadan verilmiş bir “onam” ise, daha önce ilgili kesitlerde belirtilmiş olduğu üzere, şeklen yerine getirilmiş bir formalite kabilinden olup *gerçek bir onam ve de özerklik ve özgür irade kullanımı* içermez. Dahası gereksiz yere farmasötik yan etkilere maruziyet söz konusu olduğundan, zararsızlık prensibi de çiğnenmiş olacaktır. Fakat dikkat edilmesi gereken nokta şudur ki burada yararlılık ve zararsızlık prensiplerinin ihlali, *yalnızca* yararlılık ve *yalnızca* zararsızlık prensibinin ihlali biçiminde değildir; her ikisinde de dual tabiatlı bir normatif ihlal, yani *hem* yararlılık *hem* adalet ve *hem* zararsızlık *hem* adalet

prensiplerinin çiğnenişi söz konusudur. Öyle ki, adalet prensibini sağlık sisteminde yalnızca her insanın “sağlık hizmeti alma hakkı” üzerinden anlama zorunluluğu yoktur ve adalet her insanın “sağlıklı olma hakkı” üzerinden de düşünülebilir ve düşünülmelidir. Belirtilen zararsızlık-adalet dual ihlalinde kişilerin aynı anda hem gereksiz yere yan etkilere maruz hem de gereksiz yere başka tedavilerden mahrum bırakılmaları, yani hem *sağlık hizmeti alma* haklarının hem de *sağlıklı olma* haklarının gaspı söz konusudur. Özerklik-adalet dual ihlalinde ise, sağlık hizmetlerinde *adilce* olmayan şey, hastanın bilgilendirilerek *özerk* kararlar verme hakkının gaspıdır.

Burada AKB faktörlerinden “ilaca gerek olmadığı hâlde psikoterapi yerine farmakoterapi” hatası üzerinden işlenmiş olan bu hususlar, AKB’yi besleyen başka etmenlere dair verilebilecek başka örnekler için de geçerli olacaktır ve buna göre iyatrojenik AKB sırasında neden olunan normatif adaletsizliğin doğası, çiğnenen bireysel hakların tür ve sayısındaki değişimle birlikte değişebilir.

Başta belirtildiği üzere, sağlık hizmetlerinde ve sistemlerinde adalet uyarınca gözetilmesi gereken bir diğer husus ise “adil dağıtım”dır ve AKB kontekstli bu direkt bireysel adaletsizlikler bir araya geldiğinde, AKB’li insanların -hatta antidepresan kullanıcılarının- ötesinde bir ülkede sağlık sisteminde “hasta” pozisyonunda yer alan ve alabilecek olan herkesin, yani tüm popülasyonun uğramasından söz edilebilecek bir endirekt kolektif adaletsizliğe yol açmaktadır: Türkiye’de hasta yoğunluğu, zaman darlığı ve psikoterapi gibi alternatif modalitelere izin vermeyen kurumsal ve maddi imkânsızlıklar gibi nedenlerle pek çok tabip tarafından pek çok hastaya endikasyon haricinde (AKB oluşturacak ya da AKB’ye zemin hazırlayacak biçimde) antidepresan reçete edildiği gerek medyada gerekse akademik ortamlarda sıklıkla dile getirilmiş ve bu çalışmada da nakledilmiştir. Ne var ki hasta yoğunluğu ve sayılan öteki ülke *gerçeklerinin* birer *gereke* kabul edilip edilemeyeceği tartışmalı, *tıbbi* birer *gereke* sayılamayacağı ise kesindir. Üstelik bu gerçeklerin yanı sıra, (başta psikiyatri dışı branşlardan) tabiplerin hatalı klinik muhakeme kullanımı, hatalı tanımlar koyuşu, depresif bozukluklara dair spesifik bilgi eksikliği ve ayrıca *sağlıklı olumsuz hissiyatların* medikalize edilerek farmasötikalizasyonu da bu

tür bir preskripsiyonu beslemektedir. Öte yandan şunlar da ekonomik ve aritmetik birer gerçektir ki; her kutu ilacın üretiminin ve teminin devletlere bir maliyeti vardır, devletlerin sağlık bütçeleri sonsuz değil sınırlıdır ve bütün sınırlı iken bütün içinden herhangi bir parçaya ne kadar çok yer -yani belli bir ilaç grubuna ne kadar çok pay- ayrılırsa öteki parçalara -yani öteki ilaç gruplarına, terapötik (ve hatta diyagnostik, profilaktik ve prevantif) uygulamalara ve halk sağlığı programlarına- o kadar az yer/pay ayrılacaktır. Bir genel tabip ya da psikiyatrist, *sağlık hizmetlerinin kötü organizasyonu* da dâhil olmak üzere hangi ülke gerçekleri nedeniyle olursa olsun bir hastaya uykusuzluk, ağrı, genel keyifsizlik, mutsuzluk vb. durumlar için füzuli olarak antidepresan reçete ettiğinde, bu davranışı ulusal sağlık bütçesinden bu ilaçlara ayrılan ve harcamak zorunda kalınan payın da füzuli olarak şişmesi anlamına gelecektir. Öyle ki 2011-2014 döneminde 12 ve üzeri yaştaki her 10 Amerikalıdan 1’inin antidepresan kullanmış olduğu ABD’de, devlet tarafından (ABD’nin yoksullara yönelik sosyal sağlık hizmeti programı olan *Medicaid* kapsamında) harcanan para 14 yıldan kısa sürede (1991-2004) 14 kattan fazla artarak 159 *milyon* dolardan 2,26 *milyar* dolara ulaşmıştır.^{5,69,70} (Üstelik bu, yalnızca ABD’de nüfusun görece küçük bir bölümünün yararlandırıldığı resmî *Medicaid* programı kapsamında doğrudan devlet tarafından ve 15 yıl kadar önce harcanmış olan meblağdır; günümüzde ise özel sağlık sigortacılığında ve bireylerce cepten yapılan harcamalarla birlikte ABD’de antidepresanlara harcanan meblağ onlarca milyar doları aşmaktadır.) Antidepresan kullanımında AKB’ye karşılık gelen kaynak israfı, hem AKB’lilerin hem de başka insanların diğer hastalıklardan ötürü görmeleri gerekebilecek öteki tedavilere ayrılacak mali payı azaltacaktır ki birilerinin biraz dikkat, gayret ve farkındalık ile engellenebilecek türden hatalarından doğan böyle bir sonuç, hiç kimse için adil bir sonuç değildir. Antidepresanların AKB oluşturacak ve böylece ulusal sağlık kaynaklarının israfına yol açacak biçimde reçete edilmemesi gerektiği, bu gibi toplumsal ölçekli, ütiliter bir perspektiften bakıldığında da görülmektedir.

Baştaki normatif özette ortaya konmuş olan “adil dağı(t)ım” kavramı ve tanımları doğrultusunda, an-

tidepresanların halka adil bir biçimde dağılımı demek, herkesin miktarca eşit bir antidepresan istihkakı olması değil, herkese *tibben gereksinim* duyduğu miktarda antidepresan reçete edilmesi demektir ki böyle bir norma uymak, antidepresanlar *tibben* zaten endikasyon -yani gerçek tıbbi ve sıhhi ihtiyaç- hâlinde reçete edilmesi gereken ilaçlar olduklarından, hem ahlaken (tıp etiğince) hem de *tibben* (klinik bakımdan) doğru olanı yapmak anlamına gelecektir.

Bu kesitte dikkat çekilen tüm bu adalet hususlarını kapsayacak denli ayrıntılı bir norm için şöyle bir formülasyon geliştirilebilir: “**Antidepresif preskripsiyon içeren tıbbi pratikleri sırasında tabipler; (i) ‘tıbbi endikasyon varlığı’ gibi mümkün merteye nesnel bir ölçüt kullanarak her hastaya gereksinim duyduğu kadar antidepresan reçete etmek suretiyle, (ii) antidepresanların endike olmadığı fakat başka terapötik ürün ya da modalitelerle çözülebilecek sağlık sorunları olan hastaları, bu ürün ya da modalitelerden haberdar etmek ve böylece bu hastalara bunlara erişmek üzere harekete geçme fırsatı vermek suretiyle, (iii) AKB oluşturacak biçimde antidepresan reçete ederek ülkenin sağlık bütçesinden bu ilaçlara ayrılan ve dolayısıyla başka ilaç ve tedavilere ayırlamayan mali payı fuzulice şişirmekten imtina etmek suretiyle, adil olmalıdırlar.**” (adalet adına Norm 10).

AKB VE SAĞLIK PROFESYONELLERİ: KURTARMA GÖREVİ

Normatif Özet

Genelgeçer ahlak paradigmasında, normal şartlar altında kişiler, *hiç kimseye zarar* vermemekle yükümlüdürler, ama *herkese yarar* sağlamakla yükümlü değildirler. Örneğin arkadaşıyla öğle yemeği yemiş olan bir adam, 1 saat sonra bir parktayken çantasında bulduğu bir atıştırma malzemesi az ileriden kendisini izlemekte olan bir yabancı yerine yine yanındaki arkadaşıyla paylaşmayı seçebilir ve bu seçimiyle genel ahlak kaidelerine aykırı bir iş yapmış olmaz—*az ilerideki yabancı açlıktan ölüyor olmadığı sürece*.

Burada parktaki üç adam üzerinden örneklendirilmiş olan normatif olgu, etikte ve hukukta “kurtarma görevi/kuralı” (İng. *duty to/rule of rescue*) adı altında tartışılmıştır ve önemli bir yere sahiptir. “Kur-

tarma görevi”; bir kişi, kendisini büyük bir zahmet ya da tehlike altına sokmadan (yani kolayca) bir başkasını büyük bir çıkmazdan ya da tehlikeden kurtarabilecek (yani mümkün) olduğunda, bu kurtarışı gerçekleştirmekle görevlidir, anlamına gelmektedir. Kısacası, *kolayca mümkün* bir kurtarma, kurtarılması bir insandan esirgenmemelidir.

Beauchamp ve Childress, kurtarıcılığa dair kendi normatif refleksiyonlarını eserlerinde “Bir Zorunlu Yararlılık Örneği Olarak Kurtarma Görevi” başlığı altında işlemişlerdir. “Zorunlu” sıfatı, başta belirtildiği üzere çoğu yararlılık eyleminin gerçekleştirilişi ihtiyari iken, bu görevin ifasının zorunlu addedilişine gönderme yapmaktadır. Beauchamp ve Childress, yarar sağlamanın hangi koşullarda ihtiyari olmaktan çıkıp mecburi olacağı sorusuna, aşağıdaki 5 koşul ile cevap vermişlerdir (“X kişisi” kurtaran, “Y kişisi” kurtarılandır):¹³

“1. Y kişisi yaşamına, sağlığına ya da öteki temel çıkarlarına yönelik ciddi bir kayba ya da zarara uğrama tehlikesi altındadır.

2. X kişinin eylemi (tek başına ya da ilgili eylemler zinciri içinde) bu kayıp ya da zararı önlemek için gereklidir.

3. X kişinin eylemi (tek başına ya da öteki eylemlerle birlikte) büyük olasılıkla bu kayıp ya da zararı önleyecektir.

4. X kişisi bu eylemi gerçekleştirmekle kendisini önemli bir risk, bedel ya da yük altına sokmayacaktır.

5. Y kişinin görmesi beklenen yararlar, X kişinin karşılaşılabileceği zarar, bedel ya da yüklerden daha ağır basmaktadır.”

Başta verilen örneğe dönülecek olursa, *ahlaki sezgilerimiz* de bize kendimiz neredeyse tokken ve başka yiyecekler alma imkanına da sahipken elimizde bir parça yiyecek ve karşımızda açlıktan kıvranan bir insan bulunduğunda *ahlaken yapmamız gerekenin* elimizdekini ona uzatmak olduğunu söyleyecektir. Fakat öznel doğasından ötürü sezginin normatif bilgiye ulaşmada kullanılabilir bir yöntem olmadığı öne sürülebilir ve bu ekseri yerinde bir itiraz olur. Bununla birlikte *sezgi, bilgi* için bir yöntem değilse bile bir olası yardımcıdır ve feraset bir meziyettir. Dola-

yısıyla, ahlaki sezgilerimizi tümünden kulak tıkanacak bir cızırtı değil, normatif gerekçelerle desteklenebileceği ölçüde kulak verilecek bir iç ses olarak görmek daha iyidir. Nitekim burada da ahlaki sezgimizin söylediğinin, yukarıdaki normatif kriterleri sağladığı görülmektedir: (i) Y kişisi aklıktan ölmek ya da kıvrılmak gibi ciddi bir tehlike altındadır; (ii) X'in elindeki yiyeceği Y ile paylaşması Y'yi bu tehlikeden kurtarmak için o anda yersiz değil gereklidir; (iii) X bunu yapmakla büyük olasılıkla Y'nin ızdırabını - en azından bir süreliğine- giderecektir; (iv) *elindeki yiyeceği vermek X için kayda değer hiçbir müşkül yaratmayacaktır*; ve (v) Y'nin tatması beklenen tokluk (yarar), X'in ödediği atıştırılmalığından feragat bedelinden daha ağır basmaktadır.

Aynı koşulların günlük hayat ve genelgeçer ahlak paradigması yerine klinikte rutin tıp pratiği ve tıp etiği kontekstinde nasıl uyarlanabileceği ve geçerli olduğu ise aşağıdaki alt kesitlerde AKB olgusu üzerinden arz edilmiştir.

Normatif Kurtarma Görevinden AKB Özelinde Çıkarılabilecek Normatif Önermeler

Bir psikiyatrist, klinikte (mesleğini icra ettiği iş yerinde) profesyonel ilişki kurduğu hastalarını AKB'den kurtarabileceği ve kurtarması gerektiği gibi, klinik dışında da pekâlâ AKB kurtarıcılığına soyunabilir ve de soyunmalıdır. Aşağıda bu iki ortamdaki kurtarma görevleri münferiden ele alınmıştır.

Klinikte

Klinikte günlük mesleki rutin içinde meslek icra etmekte olan tabipler, bilhassa psikiyatrist ve psikologlar, yukarıda sağlanmaları hâlinde sağlayıcıları için bir "kurtarma görevi" doğacağı belirtilmiş olan kriterleri, tıbbi ürünlerin yanlış kullanıldığına ya da anlaşıldığına tanık olmaları gibi bir durumda, kendilerinde mevcut olan doğru profesyonel malumattan ve bunu paylaşmanın kolaylığından ötürü *per se* sağlamaktadırlar. Ama "kurtarma görevi", ruh sağlığı çalışanlarına mesleki icraatları sırasında ne AKB'li kişileri arayıp bulmak, ne bu kişilere yardım adına kendi işlerini aksatacak denli büyük "kurtarma projeleri"ne kalkışmak, ne de bu kişiler kurtulana dek onların refakatçisi olmak gibi bir yükümlülük tahmil eder.

Antidepresanların AKB teşkil edecek biçimde bir diğer usulsüz temin biçimi ise, ABD'de gayriresmî "*doctor shopping*" terimiyle anılmakta olan olgudur.⁷¹ "Doktor dolaşma" veya "doktor dolaşmaya çıkma" ya da en basitçe "doktor doktor dolaşmak" olarak tercüme edilebilecek bu terim ile kastedilen olguda hastalar, reçetesiz satılmayan bir ilacı, rica ya da ısrar yoluyla kendilerine reçete ettirebilecekleri bir doktor ararlar. Bu gibi hastalar, doktorlara bir ilaçtan yarar gördüklerini söyleyerek kendilerine o ilacın reçete edilmesi talebinde/ricasında bulunmakta, ya da bir başka sağlık sorunu için yapılan bir ziyaret sırasında reçeteye kendi istedikleri bir ilacın da "eklenilmesini" ummaktadırlar. Taleplerinin reddi hâlinde, aynı ya da benzer taleplerle başka doktorlara gidebilmektedirler.¹¹¹ ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri *doctor shopping* gibi yollarla temin edilen ilaçların fazla miktarda -hatta aşırı dozda- kullanımının ABD'de "salgın derecesinde" yaygın olduğunu bildirmiştir ve aynı olgunun Türkiye'de de birinci basamak sağlık kurumlarında sık gözlemlendiği bilinmektedir.^{4,11} *Doctor shopping* antidepresanlar ve AKB özelinde ise birkaç farklı biçimde tezahür edebilir. Yararının görüldüğü belirtilerek preskripsiyonu talep edilen antidepresif ilaç, (i) hiçbir zaman endike olmamış ve buna rağmen hasta tarafından kullanılmış olabilir, ya da (ii) öncesinde endike iken talep/rica anında endikasyon artık ortadan kalkmış ve bir süredir endikasyon haricinde kullanılmakta olabilir. Bu gibi "tam" ve "kısmi" AKB vakalarında AKB'nin ilk bakışta tespiti görece zordur; ama bu tespitin hemen yapılabilir kadar kolay olduğu, aleni AKB vakaları da vardır. Bu aleni durumlarda genellikle *yararının görüldüğü* belirtilen bir ilaç yerine *yararının görüleceğinin düşünüldüğü* belirtilen bir ilaç söz konusudur. Örneğin bir kişi, depresyonda olduğunu ve bir tanıdığına kullandığı bir antidepresanın o kişiye çok iyi geldiğini -yani zımnen kendisine de iyi geleceğini düşündüğünü- söyleyerek belli bir antidepresanın kendisine reçete edilmesini isteyebilir. Böyle bir vaka, doktorun AKB'ye karşı açıkça bir "kurtarma görevi" olduğu vakadır. Çünkü kişi açıkça kayda değer bir tehlike -bir kullanım bozukluğu geliştirme riski- altındadır (Kriter 1) ve tabibin bu eşikte bu kişiye yapacağı bir ikaz ya da kısa bir bilgilendirme (Kriter 2) kişiyi AKB'den kurtarabile-

cek veya sakındırabilecek güçte olmasına karşın (Kriter 3, 5) tabip için zahmet ve külfetçe neredeyse hiç hükmündedir (Kriter 4, 5).

O hâlde, **“Hayat bir tabibin (hele ki bir ruh sağlığı profesyonelinin) karşısına kendisinden antidepresan (preskripsiyonu) talep eden bir kişi çıkarmış ise, tabip tecrübe ve ferasetiyle kişinin aslında nasıl bir ilaç kullanımının eşliğinde (ya da içinde) olduğunu kolayca fark edebilmiş ise ve tabibin bu kişiye ayırabileceği birkaç dakikası var ise; söz konusu tabip, talep edilen antidepresanı reçete etmek ya da talepci ile herhangi bir diyaloga girmemek yerine, bu kişiye bu talebinin/arayışının risklerini ve yanlışlığını açıklama teşebbüsünde bulunmalıdır.”** (kurtarma görevi adına Norm 11). Bu normatif önerme daha çok AKB'nin aleni olduğu vakalara yönelik bir içerikte olmakla birlikte, “Endikasyon hâlinin sürüp sürmediğini anlamak için gereken muayeneden de geri durmamalıdır.” ayrıntısı da ilave edilirse AKB'nin tespitinin zor, ama buna mukabil söz konusu tabibin bir psikiyatrist olduğu vakaları da kapsayacak bir norm hâline getirilebilir.

Bu noktada bu gibi bir yararlılık girişiminin bir işe yaramama ihtimalinin de olduğu, hatta bu ihtimalin yüksek olduğu öne sürülebilir. Mesela, hastanın bildiğini okuyacağı düşünülebilir. Fakat unutulmamalıdır ki “kurtarma görevi”ndeki “görev”, mutlaka başarılı bir kurtarma gerçekleştirmek değil, kendisine çok az şeye mal olacak ama muhtemelen karşındakine çok şey kazandıracak bir teşebbüs için gereken alelade çabayı sarf etmekten geri durmamaktır. Bu, bunu yapabilecek konumdaki bir tabip için, ne hasta yoğunluğu ne de öteki olumsuz kurumsal-ortamsal koşullar gibi mazeretlerle savuşturulabilecek bir yükümlülüktür. Bu, bir özveri eylemi, bir özgecilik ideali değil, başta belirtildiği üzere zorunlu olan, zaten yapılması gerektirir.

Klinik Dışında

Bir psikiyatristin klinik (meslek icra ettiği yer ve zaman) dışındayken nasıl bir kurtarıcılığa soyunabileceği, nasıl ve neden hâlâ bir “kurtarma görevi” bulunduğunu, bir çocuk sahibi bir kadın psikiyatrist üzerinden örneklenerek gösterilebilir: İnsanlar ha-

yatta çeşitli sosyal, mesleki ve ailevi rolleri birlikte oynarlar ve bu personaları arasında keskin -hatta herhangi- bir sınır bulunmaz. Bir çocuk sahibi bir kadın psikiyatrist, evinde olduğu gibi çalıştığı klinikte de bir annedir, hâlâ bir annedir. Çocuğunun o sırada kendisinin yanında bulunmayışı ve o sırada ilgisinin muhatabı olarak önceliğin hastalarında oluşu, psikiyatristin çocuğunu dünyaya getirmekle üstlenmeyi kabul etmiş olduğu annelik yükümlülüklerini, yanı sıra annelik hislerini, tecrübesini ve donanımını ortadan kaldırmaz. Bunun aynısı psikiyatristin mesleki personası için de geçerlidir. Psikiyatrist klinikten dışarı adım attığı anda mesleki tecrübesinin, bilgi birikiminin ve tıp mesleğine girmekle üstlenmeyi kabul etmiş olduğu etik yükümlülüklerin ve içmiş olduğu andın bilincinin buharlaşması söz konusu değildir. Bir önceki kesitteki normatif özette belirtildiği üzere, kurtarma görevi, karşındaki bir kişiyi kendisi için büyük bir zahmet ve tehlikeye yol açmaksızın büyük bir tehlikeden kurtarabilecek olduğunda bunu yapmak gereği anlamına gelmektedir. Söz konusu psikiyatrist, klinik dışında -örneğin sosyal- bir ortamda antidepresanları AKB teşkil edecek bir biçimde kullanan ya da kullanmayı tasarlayan biriyle karşılaştığında, bunun yanlışlığına dair kuracağı yalnızca birkaç cümleyle o kişiyi yeniden düşünmeye sevk edebilir, hatta çoğu kez bir psikiyatrist olarak sözüne itibar edileceğinden, bunu yapmaktan tümüyle *kurtarabilir*.

Bire bir karşılaşma ve konuşmaların yanı sıra, bugün kitle iletişiminde geline nokta göz önüne alındığında, bir psikiyatrist *yeri geldiğinde* bu görevi ana akım ya da sosyal medyada yapacağı/yazacağı bir açıklama ile de kolayca yapabilir.

Kısacası ruh sağlığı profesyonelleri klinik dışında da kişileri hâlâ AKB'ye karşı kolayca uyarabilecek ve bilgilendirebilecek durum ve marifette olduklarından, ayrıca klinik dışında karşılıklarına çıkan AKB eğilimli insanlar klinikte karşılıklarına çıkanlarla yine aynı ciddiyette, hatta daha ciddi bir AKB geliştirme tehlikesi altında olduklarından (zira klinikteki en azından bir doktora görünme adımını atabilecek bilinçte görünmektedir), sırf bu gerçekler gereğince, yani *ipso facto*, iletişimsel düzeyde bir kurtarma görevi ile memurdurlar. Burada başlangıç-

taki “kurtarma görevi” normundan hareketle bu göreve dair şöyle bir normatif önermeye varılmaktadır: **“Tabipler ve bilhassa ruh sağlığı çalışanları, klinikte olduğu gibi sosyal çevrelerinde ya da hayatın olağan akışı içinde de AKB’li ya da AKB adayı kişilerle karşılaştıklarında bu kişilerle ilaç kullanımının doğrularına ve yanlışlarına dair kısa bir bilgilendirme yapmak üzere iletişim kurmaktan geri durmamalıdır.”** (kurtarma görevi adına Norm 12).

SONUÇ

Bu çalışmada, AKB olgusuna karşı gerek psikiyatristler gerekse psikiyatri dışı branşlardan tabiplerce sağlık profesyonellerince- yapılması gerekenlere dair refleksiyonla 12 normatif önerme formüle edilmiştir. Öteki yükümlülük ve kurullarla dengelenmeye açık, *prima facie* geçerlilik iddiasındaki bu normlar, Beauchamp ve Childress’in Türkiye dahil birçok ülkede ana akım tıp etiği paradigması hâline gelmiş olan kuramlarını örmüş oldukları 4 ana normdan, ayrıntılandırma yöntemiyle elde edilmiştir.

AKB, antidepresanlara -tıbbi otoritelerce nesnel kriterlerle tavsif edilen klinik depresyon hâlinde çok farklı olarak- öznel kötü hissiyata göre ilan ve tarif edilen ve burada değinilmiş olan klinik/iyatrojenik etmenlerden de beslenen çeşitli psikolojik hâllerde başvurulmasıyla ortaya çıkan bir olgudur. Oysa psikiyatrik hastalıkların tedavisinde, kimi kez farmakoterapi hiç gerekli olmayabileceği gibi, gerekli olduğunda ise kullanılması gereken psikofarmasötik bir antidepresan olmayabilir. Dolayısıyla böyle bir durumda, örneğin antidepresanların insanların kendilerini iyi hissetmelerini sağladığını duymuş olmaktan ya da sağlayacağına inanmaktan ötürü antidepresana başvurma, hastalanıldığında daha önce (görünüşte) benzer bir hastalık geçirmiş olan bir tanıdığın kullanıp memnun kaldığını dile getirdiği bir ilacı kullanmaya, yani çokça eleştirilen “arkadaş, komşu vb. tavsiyesiyle ilaç kullanma” durumuna benzemektedir. Bu bakımdan özünde bilinçsiz antidepresan kullanımına çok benzeyen ve fakat bilinçsiz antidepresan kullanımına kıyasla çok daha fazla üzerinde durulmuş ve artık belli bir miktar

farkındalık kazanılmış olan bir diğer olgu, bilinçsiz antibiyotik kullanımınıdır. Yine Türkiye’de öteki sakıncalarının yanı sıra bilhassa antibiyotiklere bakteriyel direnç gelişimi gibi toplumsal ve de intestinal mikrobiyotanın zarar görmesi gibi bireysel sorunlara yol açan kötü antibiyotik kullanımı öyle bir düzeye gelmiştir ki, bunun üzerine son yıllarda T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan kampanya ve kamu spotlarında, antidepresanlar ve aslında tüm diğer ilaçlar için de söylenmesi gereken söylenmiştir: “Hekiminiz yazmadıkça antibiyotik kullanmayınız veya talep etmeyiniz.”⁷² Antibiyotik kullanım bozukluğuna karşı benimsenen bu motto, aslında “antibiyotik” sözcüğü “antidepresan” ile değiştirildikten sonra AKB için de aynen geçerlidir. Ampirik, istatistik vd. verilerin gösterdiği üzere, her iki olguda da söz konusu ilaç grubunun klinisyenlerin ya da halkın önemli bir bölümü tarafından *bilinçsizce, gereksizce, kontrolsüzce ve(ya) endikasyon haricinde kullan(dır)ılması* söz konusudur. Yine hemen her somatik hastalığın ilacı antibiyotikler olmadığı gibi, hemen her kötü hissin gidericisi de antidepresanlar değildir ve hekim yazmadıkça antidepresan kullanılmamalı veya talep edilmemelidir. Ne var ki, yukarıda belirtilenler gibi biçim ve nedenlerle (örneğin “hatalı klinik muhakeme”), genel popülasyon bir yana hekimlerin dahi AKB’yi körükleyici, kusurlu roller oynayabildikleri görülmektedir.

2000’li yıllardan itibaren Türkiye’de hem antibiyotik kullanım bozukluğu hem de antidepresan kullanım bozukluğu önemli bir halk sağlığı sorunu teşkil etmekteyken, 2010’dan sonra T.C. Sağlık Bakanlığı önderliğinde bu sorunlardan ilkinde karşı *resmî* bir mücadeleye girişilmiş ve hayli başarılı olunmuştur. Bugün Türkiye’de doktorlar antibiyotik reçete ederken daha da dikkatli, halk ise bu ilaçların nasıl kullanıl(may)an ilaçlar olduğuna dair belki de hiç olmadığı kadar bilgili ve bilinçlidir. Benzer bir ilgi ve gayret AKB olgusuna karşı da gösterildiğinde, halk belki bu kez devlet eliyle değil ama tababet ahlakı gereğince bizzat tabiplerce bilgilendirildiğinde, kısacası burada geliştirilenler gibi basit normatif, *etik* önermelere riayet hâlinde, modern psikososyoklinik etmenlerin eseri “antidepresan kullanım bozukluğu/bağımlılığı” probleminin de üstesinden gelinebilir.

Açıklamalar/Teşekkür

Bu makale, yazarın Türkiye Yeşilay Cemiyeti tarafından desteklenmiş olan "Antidepresan Kullanım Bozukluğu/Bağımlılığı ve Tıp Etiği Prensiplerince Değerlendirilmesi" başlıklı doktora tezinden (2018) üretilmiştir.

Yazar, yazıyı okuduğu için Doç. Dr. Rainer Brömer'e teşekkür eder.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğru- dan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma

ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin, çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma tamamen yazarın kendi eseri olup başka hiçbir yazar katkısı alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Temel MK. ["Antidepressant use disorder" as a result of modern psychosocioclinical factors: a medical-ethically problematic phenomenon]. Anatol Clin. 2019;24(3):206-16.
2. WHO. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Cenevre: WHO Document Production Services; 2017. [Link]
3. Olfson M, Marcus SC. National patterns in antidepressant medication treatment. Arch Gen Psychiatry. 2009;66(8):848-56. [Crossref] [PubMed]
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC grand rounds: prescription drug overdoses - a U.S. epidemic. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2012;61(1):10-3. [PubMed]
5. Pratt LA, Brody DJ, Gu Q. Antidepressant use in persons aged 12 and over: United States, 2011-2014. NCHS Data Brief. 2017(283):1-8. [PubMed]
6. Prescribing and Medicines Team Health and Social Care Information Centre. Prescriptions Dispensed in the Community England 2005-2015. [Link]
7. Aydın N, Çetin M, Kurt E, Savaş H, Açikel C, Kılıç S, et al. [A report by Turkish association for psychopharmacology on the psychotropic drug usage in Turkey and medical, ethical and economical consequences of current applications]. Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2013;23(4):390-402. [Crossref]
8. Psikofarmakoloji Demeği. Türkiye'de psikotrop ilaç tüketimi. 2013. Erişim tarihi: 15 Ekim 2016. [Link]
9. Karabağlı H. Türkiye'nin yarısı antidepresan mı kullanıyor? T24. Yayın tarihi: 20 Kasım 2012. Erişim tarihi: 10 Ağustos 2017. [Link]
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı. Kocaeli Milletvekili Lütfü Türkkan tarafından verilen "Antidepresan ilaçların kullanımındaki artışa ilişkin" 7/13159 esas nolu yazılı soru önergesinin cevabıdır. Erişim tarihi: 1 Ağustos 2017. [Link]
11. Temel MK. Modern psikososyoklinik etmenlerin eseri "antidepresan kullanım bozukluğu" ve tıp etiği prensiplerince değerlendirilmesi [yayımlanmamış doktora tezi]. İstanbul: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı; 2018.
12. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. Oxford: Oxford University Press; 2013. p.459.
13. Beauchamp TL, Childress JF. Ahlaki normlar. Özerkliğe saygı. Zararsızlık. Yararlılık. Adalet. In: Biyomedikal Etik Prensipleri. 7th ed. Temel MK, çevirmen. İstanbul: BETİM; 2017. p. 21, 26-36, 229-30, 154, 155, 161, 163, 176, 189, 415, 314-5.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). 3rd ed. Washington, ABD: American Psychiatric Publishing; 1980. p.512.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-IV. 4th ed. Washington, DC/ABD: American Psychiatric Association; 1994. p.886.
16. American Psychiatric Association. Major depressive disorder. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). 5th ed. Washington, DC/ABD: American Psychiatric Pub.; 2013. p.160-8.
17. American Psychiatric Association. Çeviri editörü: Köroğlu E. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı DSM-5™. 5. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2015. p.1200.
18. World Health Organization. WHO Expert Committee on Drug Dependence: Sixteenth Report. Cenevre: World Health Organization; 1969. [Link]
19. World Health Organization. WHO Expert Committee on Drug Dependence: Thirty-third Report. Cenevre: World Health Organization; 2003. [Link]
20. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. ICD-10 Version: 2016. Erişim tarihi: 3 Haziran 2017. [Link]
21. Türkiye Yeşilay Cemiyeti. Teknoloji bağımlılığı nedir? Erişim tarihi: 1 Haziran 2017. [Link]
22. Türkiye Yeşilay Cemiyeti. Kumar bağımlılığı nedir? Erişim tarihi: 1 Haziran 2017. [Link]
23. Örsel S. Depresyonda tedavi: genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. Klinik Psikiyatri. 2004;7(Ek 4):17-24.
24. Hamilton M. The clinical distinction between anxiety and depression. Br J Clin Pharmacol. 1983;15(Suppl 2):165S-9. [Crossref] [PubMed] [PMC]
25. İlardi S. Depression: tragically misunderstood. Psychology Today. Yayın tarihi: 5 Temmuz 2009. Erişim tarihi: 15 Kasım 2017. [Link]
26. Parekh R. What is depression? American Psychiatric Association. Yayın tarihi: 2017. Erişim tarihi: 30 Mayıs 2017. [Link]
27. Conrad P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. Soc Probl. 1975;23(1):12-21. [Crossref] [PubMed]
28. Conrad P. Medicalization and social control. Annu Rev Sociol. 1992;18:209-32. [Crossref]
29. İlich I. The medicalization of life. J Med Ethics. 1975;1(2):73-7. [Crossref] [PubMed] [PMC]
30. Geçtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar. 13. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1997. p.291.
31. Frankenberger KA, Frankenberger WR, Peden BF, Hunt HL, Raschick CM, Steller EG. Effects of information on college students' perceptions of antidepressant medication. J Am Coll Health. 2004;53(1):35-40. [Crossref] [PubMed]

32. Kadison R. Getting an edge - use of stimulants and antidepressants in college. *N Engl J Med.* 2005;353(11):1089-91. [Crossref] [PubMed]
33. Bertschy G, Luxembourgier I, Bizouard P, Vandel S, Allers G, Volmat R. [Amineptin dependence. Detection of patients at risk. Report of 8 cases]. *Encephale.* 1990;16(5):405-9. [PubMed]
34. De los Cobos JCP, Jorda LL, Pelegrin C. [A case of amineptine dependence]. *Encephale.* 1990;16(1):41-2. [PubMed]
35. Durmuş N, Ozbilen G, Kasap Y, Koyuncu O, Yildirim O, Artiran G, et al. Risk management in tianeptine abuse in Turkey: a national experience. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology.* 2013;23(2):149-54. [Crossref]
36. Eşizoğlu A, Yaşan A, Bülbül İ, Karabulut E, Gürgen F. Venlafaxine addiction without a history of alcohol and substance abuse: a case report. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 2012;25(4):376-8.
37. Guillem E, Lépine JP. [La toxicomanie aux antidépresseurs existe-t-elle? À propos d'un cas de dépendance à la tianeptine]. *Encephale.* 2003;29(5):456-9.
38. Haddad P. Do antidepressants have any potential to cause addiction? *J Psychopharmacol.* 1999;13(3):300-7. [Crossref] [PubMed]
39. Kisa C, Ozen Bulbul D, Aydemir C, Goka E. Is it possible to be dependent to tianeptine, an antidepressant? A case report. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2007;31(3):776-8. [Crossref] [PubMed]
40. Lapsekili N, Yavuz KF. Tianeptine abuse: a case report. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 2014;27(1):1-4.
41. Quaglio G, Schifano F, Lugoboni F. Venlafaxine dependence in a patient with a history of alcohol and amineptine misuse. *Addiction.* 2008;103(9):1572-4. [Crossref] [PubMed]
42. Saatçioğlu Ö, Erim R, Çakmak D. A case of tianeptine abuse. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2006;17(1):72-5.
43. Vadachkoria D, Gabunia L, Gambashidze K, Pkhaladze N, Kuridze N. Addictive potential of tianeptine: the threatening reality. *Georgian Med News.* 2009;(174):92-4. [PubMed]
44. Welsh CJ, Doyon S. Seizure induced by insufflation of bupropion. *N Engl J Med.* 2002;347(12):951. [Crossref] [PubMed]
45. Boyd CJ, McCabe SE. Coming to terms with the nonmedical use of prescription medications. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2008;3:22. [Crossref] [PubMed] [PMC]
46. Çeler A, Kara İH, Baltacı D, Çeler H. [Investigation of the relationship of job satisfaction and depression level among medical faculty research assistants]. *Konuralp Tıp Dergisi.* 2015;7(3):125-33. [Crossref]
47. Evans EA, Sullivan MA. Abuse and misuse of antidepressants. *Subst Abuse Rehabil.* 2014;5:107-20. [Crossref] [PubMed] [PMC]
48. Franke AG, Bagusat C, Dietz P, Hoffmann I, Simon P, Ulrich R, et al. Use of illicit and prescription drugs for cognitive or mood enhancement among surgeons. *BMC Med.* 2013;11:102. [Crossref] [PubMed] [PMC]
49. Fujii K, Suzuki T, Mimura M, Uchida H. Psychological dependence on antidepressants in patients with panic disorder: a cross-sectional study. *Int Clin Psychopharmacol.* 2017;32(1):36-40. [Crossref] [PubMed]
50. Hernandez SH, Nelson LS. Prescription drug abuse: insight into the epidemic. *Clin Pharmacol Ther.* 2010;88(3):307-17. [Crossref] [PubMed]
51. Özsoylu S, Akyıldız B, Dursun A. [Burnout levels and affecting factors in nurses working in a university hospital]. *J Pediatr Emerg Intensive Care Med.* 2017;4:104-9. [Crossref]
52. Zullig KJ, Divin AL. The association between non-medical prescription drug use, depressive symptoms, and suicidality among college students. *Addict Behav.* 2012;37(8):890-9. [Crossref] [PubMed]
53. Smith MD, Hong BA, Robson AM. Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease. Comparative analysis. *Am J Med.* 1985;79(2):160-6. [Crossref] [PubMed]
54. Yalçın BM, Öztürk O. [The management of major depressive disorder in primary care]. *TJFM&PC.* 2016;10(4):250-8. [Crossref]
55. Baribeau D, Araki KF. Intravenous bupropion: a previously undocumented method of abuse of a commonly prescribed antidepressant agent. *J Addict Med.* 2013;7(3):216-7. [Crossref] [PubMed]
56. Evren C. [Use of antidepressants in smoking cessation treatment: bupropion]. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology.* 2001;11(3):198-211.
57. Miller K. Off-label drug use: what you need to know. *WebMD.* 2009. Erişim tarihi: 2 Şubat 2018. [Link]
58. Temel MK. 1950'li yıllar ve antidepressif psikofarmakoterapi: prototiplerinden bugüne klinik antidepressanların tasnif ve tarihi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics.* 2019;27(2):89-102. [Crossref]
59. Sayın A, Yüksel N. [Pharmacological treatment of anxiety disorders]. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics.* 2010;3(4):96-102.
60. Schatzberg AF. New indications for antidepressants. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(Suppl 11):9-17. [PubMed]
61. Francesconi G, Orsolini L, Papanti D, Corkery JM, Schifano F. Venlafaxine as the "baby ecstasy"? Literature overview and analysis of web-based misusers' experiences. *Hum Psychopharmacol.* 2015;30:255-61. [Crossref] [PubMed]
62. Ozyalcin SN, Talu GK, Kiziltan E, Yucel B, Ertas M, Disci R. The efficacy and safety of venlafaxine in the prophylaxis of migraine. *Headache.* 2005;45(2):144-52. [Crossref] [PubMed]
63. Sayar K, Aksu G, Ak I, Tosun M. Venlafaxine treatment of fibromyalgia. *Ann Pharmacother.* 2003;37(11):1561-5. [Crossref] [PubMed]
64. Schaffer L. This is why a third of antidepressants are prescribed for something else. *CNN Health.* Yayın Tarihi: 19 Aralık 2017. Erişim tarihi: 2 Şubat 2018. [Link]
65. Healy D. The Doctoring of Madness before Chlorpromazine. *The Creation of Psychopharmacology.* 1. baskı. Cambridge, MA/ABD: Harvard University Press; 2002. p.56.
66. Noll R. *The Encyclopedia of Schizophrenia and Other Psychotic Disorders.* 3rd ed. New York: Facts on File; 2007. p.409.
67. Phelps L. *Psychopharmacology for pediatric neuropsychologists.* Davis AS, ed. *The Handbook of Pediatric Neuropsychology.* 1. baskı. New York: Springer Publishing Company; 2011. p.1077-84.
68. Wong J, Motulsky A, Eguale T, Buckeridge DL, Abrahamowicz M, Tamblyn R. Treatment indications for antidepressants prescribed in primary care in Quebec, Canada, 2006-2015. *JAMA.* 2016;315(20):2230-2. [Crossref] [PubMed]
69. Chen Y, Kelton CML, Jing Y, Guo JJ, Li X, Patel NC. Utilization, price, and spending trends for antidepressants in the US Medicaid Program. *Res Social Adm Pharm.* 2008;4(3):244-57. [Crossref] [PubMed]
70. Kelton CML, Rebelein RP, Heaton PC, Ferrand Y, Guo JJ. Differences in the cost of antidepressants across state Medicaid programs. *J Ment Health Policy Econ.* 2008;11(1):33-47. [PubMed]
71. Sansone RA, Sansone LA. Doctor shopping: a phenomenon of many themes. *Innov Clin Neurosci.* 2012;9(11-12):42-6. [PubMed]
72. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Akılcı antibiyotik kullanımı kamu spotu.* Yayın tarihi: 24 Ocak 2017. Erişim tarihi: 10 Ekim 2017. [Link]