

Mektup

YAŞAMIN AŞIRI TIBBİLEŞTİRİLMESİ: İKİ UÇU KESKİN BİÇAK

Sayın Editör,

Psikiyatride aşırı tıbbileştirme hakkındaki tartışma kamuoyunda son yıllarda daha fazla ilgi çekmektedir (BMJ, 2002). İlaç firmaları ve tanışal el kitapları bir zamanlar normal kabul edilen durumları tıbbileştirmekle suçlanmaktadır. Gerçekten de, bunlar Avrupalı/Amerikalı bilimsel bilginin sorgulanmayan hegemonyasının; hayat ve ölümün, sağlık ve hastalığın alternatif yorumlarına olanak sağlamayan bir hegemonyanın; temeli kapitalizmin hazcılık felsefesi olan hegemonyanın Kartezyen bir yeniden gözden geçirmesini yansıtır olabiliyor olabilir.

Bu fikri destekleyenler ve karşı çıkanlar ne söylerlerse söylesinler, psikiyatri bir orta yaş bunalımı geçiriyor gibi görünmektedir. Psikiyatri tanım/sınıflandırma hakkındaki temel kavramlarını yeniden gözden geçirmek ve temel tıbbın çok uzun zamandır unutulmuş bir sorumluluğu olan, hayatın niceliği ve niteliği arasındaki boşluğu doldurmada ne derece başarılı olduğu gerçeğini yeniden değerlendirmek ihtiyacıyla karşılaşmıştı. Burada, yanlış anlaşılma sebepleri olabilecek hastalık gibi, sendrom gibi yaygın olarak kullanılan terimleri kullanmaktan kaçındım. Onun yerine, “problem” terimini mesleki bir tarzda kullandım.

Üstün ve Sartorius nelerin kamu sağlığı problemi olarak düşünülmesi gerektiği üzerinde durmuşlardır (Ustun ve Sartorius, 1993). Kamu sağlığı açısından önemli olarak kabul edilmesi için toplumda bir durumla sıklıkla karşılaşılması gerekir. Yaşam boyu yaygınlık oranının en az %2.5 olması bir ölçüt olmakla birlikte hastalığın tanımını epidemiyolojik boyutla sınırlı tutmamak gerekir. Problemin sonuçları da önemlidir. Bir hastalığın sonuçları insanın çektiği acı, ölümlülük ve sakatlık açısından ifade edilebilir. Mesele kamuoyunda dikkate değer bir

endişe yaratmalıdır. Aynı zamanda, bu problem için kullanılabilir, etkili ve uygun müdahaleler olmalıdır. Ölçütler, birbirlerini tamamlayacak biçimde kullanılmalıdır. Bir veya iki ölçütü karşılamamanın bir kamu sağlığı problemi olarak kabul edilmek için yeterli olmadığı açıktır.

Aşırı tıbbileştirmenin varlığını savunanların pek çoğu epidemiyologları vaka tanımlarını abartmakla suçlayarak sadece ilk ölçüte odaklanırlar. Temel endişeleri, bizim bir hastalık olarak etiketlediğimiz bir durumun insanlar tarafından bir ıstırap meselesi olarak görülme-yebileceğidir. Yani, insanların aldıkları tek şey bir damgadır, fayda değil (Carli ve ark. 2008). Oysa yukarıdaki ölçütler göz önüne alınırsa, ne sağlık sistemi, ne de sıradan insanlar böyle bir durumu bir hastalık olarak görür. Yine de böyle bir tanım, strese kalıtsal yatkınlık modeli ve evrim modeliyle bağdaşabilir. Bir duruma belirli bir yatkınlık olmasına rağmen diğer koşullar sağlanmadığı sürece kişi tehdide karşı bağışıklığını korur. Diğer etkenler birikip hastalık için ideal model oluştuğunda olası risk etkeni fenotipi açığa çıkarır. Öte yandan, evrime göre bazı risk etkenlerinin “koruyucu özelliği” olabilir. Buna diyabetin doğal seçimi hakkındaki tartışmaları örnek olarak verebiliriz. Kıtık zamanında atalarımızın meziyeti olan özellikler artık modern tüketim toplumunda gerçek bir sağlık sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Özgül fobi psikiyatride bir analogidir. Diğer bir deyişle, özellikler tek başına zarar verici değildir. Hastalığı oluşturan, özellikler, çevre ve içinde bulunan dönemin etkileşimidir. Zaman geçtikçe ve teknoloji ilerledikçe, sosyal hayat bireyin üstündeki tamamen farklı talepleriyle değişmektedir. Bu da, bir zamanlar “normal” olduğu düşünülen durumlara karşı bir hoşgörüsüzlüğe yol açacaktır. Benzer biçimde, matem gibi bugün oldukça normal kabul edilen durumların yakın bir gelecekte zarar verici durumlar olarak kabul edileceği öngörülebilir. Adet öncesi disforiyi “depresif bozukluklar” başlığı altında sınıflandıracığımıza sürgüne gönderdik bile!

Ortalama yaşam süresindeki artışın önemli bir nedeni

son dönemdeki teknolojik gelişmelerdir. Öte yandan bu gelişmeler hayatta kalma, tükenmişlik sendromu, ihtiyarlık ve geçmişte var olmayan pek çok başka durumun ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bunlar tıpkı ötenazinin, nitelik pahasına hayatın niceliğini istemenin bedeli olması gibi teknoloji ve modernleşme için ödediğimiz bedel olarak düşünülebilir.

Bu konuların nasıl haklı gösterildiğinden çok ne için haklı gösterildiğine odaklanmakta yarar vardır. Belirli özelliklerin bir dizi insanda gözlenebildiği kişilik bozuklukları alanında bu oldukça anlaşılırdır. Bu özelliklerin ve olası risk etkenlerinin nasıl üstesinden geleceği kişinin tercihi olacaktır (yani uygun çevreyi karşılayarak bu özellikleri güçlü yönü haline getirmek veya kişiler arası kargaşaya girmek). Böyle bir Aşıl topuğu her zaman fırsatlar yaratır (ilaç üreticileri için olduğu gibi). Ancak, böyle bir Aşıl topuğunun varlığı asla yadsınamaz.

Eksik tıbbileştirme ihtimali olduğu sürece aşırı tıbbileştirme kavramı hakkında çok ileri gitmemek akıllıca olur. Herhangi bir durumu eksik tıbbileştirdiğimiz de oldu mu? Oldukça güvenilir ancak daha az geçerli bazı tanı kategorilerinin gelişmesi yönünde artan eğilime rağmen (tıbbın tarihinin öncesine uzanır) hala kamu sağlığı problemi ölçütlerini karşılayan ancak “iyi bilinen” tanı el kitapları tarafından “tanınmayan” pek çok gerçek durum vardır. Majör depresyonla aynı hastalık hali ve ölüm oranına rağmen, depresyonun sendrom-altı biçimleri resmen hastalık olarak kabul edilmez ve sonuç olarak tedavi edilmez (Lewis ve ark., 2002). Kurbanın travma stresinin ve tanı el kitaplarının başarısızlığının yükünü çektiği kaygı bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğunun kısmi biçimleri için prognoz daha da vahim durumdadır (Stein ve ark. 2000, Moreau ve Zisook 2002). Aynı şey, uzun zamandır resmen kabul edilmek ve bir an önce te-

davi edilmek için sırada bekleyen bipolar spektrum olarak bilinen döngüsel durumlar dizisi için de geçerlidir. Bu nedenle Psikiyatrik Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (DSM) bazı komplo teorisyenleri tarafından ekonomik bir mesele olarak görülmüş olabilir ama bana göre daha ziyade iki ucu keskin bir kılıçtır.

İnsan ıstırapının sürekli değişen yüzünü “ilaç şirketlerine ve modern sağlık politikalarının masonlarına” atfederek her türlü bilgiyi paranoyak bir filtre aracılığıyla kutuplaştırmak komplo teorisinin doğasında vardır. Ancak, bir tür damgalamayı azaltma (yani eksik tıbbileştirme) olarak yanlış biçimde reklamı yapılan ve kısa vadede kamuoyunun ilgisini çeken şey, uzun vadede, genelde yeni bir tıp karşıtlığı (antimedecanism) ve özelde neo-antipsikiyatri dalgası oluşturabilir ve gerçekten önem verdiğimiz pek çok kişinin hayatlarını tehlikeye sokabilir.

Kaynaklar

- Carli P, Graffin B, Gisserot O ve ark. (2008) Non-diseases: another field for the specialist of internal medicine. *Rev Med Interne*, 29: 122-8.
- Lewis JL, Schettler PJ & Akiskal HS (2002). The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *Psychiatr Clin N Am* 25: 685-698.
- Moreau C & Zisook S (2002) Rationale for a posttraumatic stress spectrum disorder. *Psychiatr Clin N Am* 25: 775-790.
- BMJ (2002) Non-disease. Results of ballot, and electronic responses. *bmj.com* (bmj.com/cgi/content/full/324/7334/DC1; accessed 4 April 2002).
- Stein MB, Torgud LJ & Walker JR (2000) Social phobia symptoms, subtypes, and severity. *Arch Gen Psychiatry* 57: 1046-52.
- Ustun TB ve Sartorius N (1993). Public health aspects of anxiety and depressive disorders. *Int Clin Psychopharmacol* 8 (Suppl. 1), 15-20.

Doç. Dr. Shahrokh S. Gudarzi

Shahid Beheshti Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü Tahrân
s.gudarzi@sbmu.ac.ir