

## Bazen de İlaç İçilmeyebilir: Psikiyatrik Medikalizasyon

### There Are Times When There Is No Need for Medication: Psychiatric Medicalization

M. Kemal TEMEL<sup>a</sup>

#### Özet

*Daha önce tıpla ilintili olmayan, tıbbın müdahale alanında yer almayan kimi insanî hâllerin tıbbî terminoloji ile tarifi ve de tıbbî müdahale (tedavi) ile giderilmesi gereken problematik, patolojik hâller olarak takdimi, yani medikalize edilişi, 1970'lerden beri giderek daha sıkça gözlemlenen, böylece biyomedikal etikte giderek daha fazla değinilen bir olgudur. "Normal" ve "anormal", ya da "sağlıklı" ve "hasta" kavramları tıbbın diğer branşlarına kıyasla psikiyatride bilhassa göreceli, öznel bir mahiyette olduğundan, psikolojik hâller medikalize edilen ilk insanî hâllerden, psikiyatri ise medikalizasyonla anılan ilk tıbbî branşlardan olmuştur. Bu çalışmada medikalizasyon, özellikle de farmasötik medikalizasyon, Amerikan Psikiyatri Birliği'nce yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın tarihsel değişimi incelenerek, iki mental antite (dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile depresyon) üzerinden örnekler verilerek, ve de endüstriyel manipülatörler/mekanizmalar üzerinde durularak ele alınmıştır. Bulgular biyoetik refleksiyonla birlikte sunulmuştur.*

**Anahtar Kelimeler:** Depresyon; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; farmasötik medikalizasyon; medikalizasyon; psikiyatri.

#### Abstract

*The medicalization of human conditions previously not within the scope of medical intervention, i.e., their description in medical terms and presentation as problematic, pathological conditions that need to be resolved by medical intervention (treatment), has since the 1970s been an increasingly frequent phenomenon, increasingly addressed in biomedical ethics. Since the notions of "normal" and "abnormal", or "healthy" and "ill", are particularly subjective in psychiatry compared to other branches of medicine, psychological conditions were among the first human conditions to be medicalized, and psychiatry is among the first medical specialties to have been associated with medicalization. The present research study deals with medicalization, particularly pharmaceuticalization, by reviewing the historical evolution of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association), giving examples in terms of two mental entities (attention deficit hyperactivity disorder and depression), and focusing on industrial manipulators/mechanisms. Findings are presented together with bioethical reflection.*

**Keywords:** Depression; attention deficit hyperactivity disorder; pharmaceuticalization; medicalization; psychiatry.

## GİRİŞ

### Medikalizasyon ve Psikiyatri

Günümüzde biyomedikal etikte ve sosyolojide giderek daha sıkça kullanılan bir terim olan "medikalizasyon", en genel anlamda "medikalize etmek" yani "tıbbileştirmek", *tıpla ilintili hâle getirmek* demektir ve literatüre 1970'lerde girmiştir (1–3). Zira yetmişler, daha önce tıpla ilintili olmayan, tıbbın müdahale alanında yer almayan kimi insanî hâllerin tıbbî terminoloji ile tarifinin ve de tıbbî müdahale (tedavi) ile giderilmesi gereken problematik, patolojik hâller olarak takdiminin giderek daha açıkça görülür olduğu bir dönemdir.

<sup>a</sup> Doçent Doktor, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

✉ mkemaltemel@gmail.com, ORCID: 0000-0003-2533-8641

Gönderim tarihi: 4 Kasım 2024 • Kabul tarihi: 12 Kasım 2024

“Normal” ve “anormal”, ya da “sağlıklı” ve “hasta” kavramları tıbbın diğer branşlarına kıyasla psikiyatride bilhassa göreceli, öznel bir mahiyette olduğundan (4), bu bulanıklıkta psikolojik hâller medikalize edilen ilk insanî hâllerden, psikiyatri ise medikalizasyonla anılan ilk tıbbî branşlardan olmuştur (3). Böylece medikalizasyon olgusu için verilebilecek klasik örnek de, yine psikiyatrik müdahale için türetilmiş bir hastalıktır. Doksanlı yılların sonunda Avrupa’da bir ilaç şirketinin vermiş olduğu bir ilanla insanlar, “özel bir tür” depresyondan muzdarip olabileceklerinin farkında olmaya çağırılmıştır: “Sisi sendromu”.

Başlıca “semptom”u mutsuzluk olan Sisi sendromunun adının kaynağı dahi ilginçtir: XIX. asır Avusturya imparatoriçesi Elisabeth. Hastalığa önceleri yine doksanlarda mutsuz gönül ilişkileri ve ardından trajik ölümü ile gündemden düşmeyen Galler prensesi Diana Spencer’in adı verilmek istenmişse de, sonrasında benzer şekilde katı kraliyet teamüllerine ayak uyduramayışından ileri gelen mutsuzluğu ile bilinen İmparatoriçe Elisabeth’in adının sempatik kısaltmasında (Sisi) karar kılınmıştır. Böylece insanlara, mutsuzluğun aristokratik bir semptom olduğu bir hastalıktan muzdarip olma olanağı tanınmıştır. Söz konusu ilan Almanca yayımlanmıştır ve bekleneceği üzere Almanca konuşulmayan ülkelerde –öncesinde olmadığı gibi bu ilandan sonra da– hiçbir zaman bir “Sisi sendromu” vakası bildirilmemiştir. Sonrasında Almanya’dan bir grup psikiyatrist bu “sendrom”un bir uydurmaca olduğunu ortaya koymuştur (5–7).

Bu örnekte hayatın olağan akışı içinde hemen herkesçe deneyimlenebilecek mutsuzluk, huzursuzluk gibi *olumsuz fakat sağlıklı*, doğal insanî hâllerin medikalize edildiği görülmektedir. Bunlar, “Sisi sendromu” adı verilen bir sözde “klinik antite”nin, tıbbî müdahale (ilanın bir ilaç şirketince verilmesinden anlaşılacağı üzere, farmakoterapi) ile tedavi edilmesi gereken semptomları olarak lanse edilmektedir. Taktik; mutsuzluk bir “soylu hastalığı” olduğunda mutsuz insanların hasta olduklarını daha kolay kabul edebilecekleri, hatta kendilerinde böyle bir hastalık olmasını dahi isteyebilecekleri, neticede sözde hastalıklarından salah bulmak adına ilaç satın almak suretiyle ilaç şirketine malî kazanç temin edecekleridir. Bununla birlikte, medikalizasyon olgusunun sembolik örneklerinden addedilegelen Sisi sendromu, olgunun esasen medikal değil ticari aktörlerce teşekkül ettirildiğini göstermekle birlikte, günümüzdeki tabloya kıyasla ancak acemice, münferit bir girişim niteliğindedir—bugün medikalizasyon, çok daha organize bir biçimde gerçekleşmekte, on milyarlarca dolarlık bir ticari pazar arz etmekte, türlü mekanizmalarla işlemektedir. Olgunun son senelerde biyomedikal etikte giderek daha önemli bir mesele hâline gelmesi de bu realite eseridir.

### **Medikalizasyon ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)**

Mutsuz dönemler gibi, insan ömrünün gebelik, doğum, menopoz ve andropoz, yaşlanma ve ölüm gibi doğal safhaları da medikalize edilen, tıbbî müdahale ile “tedavi”sine girilen insanî hâl ve süreçlerden olmuştur. Öyle ki günümüzde doğum ve ölüm, Türkiye dâhil Batı’da artık neredeyse daima hastanede gerçekleşmektedir.

Hâllerin medikalizasyonu günümüzde ulusal değil global ölçekte bir nüfuza sahip olan prestijli Amerikan kurumlarının izlediği politikalarda yıllar içinde gerçekleşen değişikliklerle hayli ilişkilidir. Söz konusu hâller mental hâller olduğunda, bu kurumların başında dünyaca muteber nozolojik–diyagnostik kılavuzu Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (İng. akr. DSM) ile Amerikan Psikiyatri Birliği gelmektedir (8). Öyle ki günümüzde Amerikan Psikiyatri Birliği’nce yayımlanan ve psikiyatrinin başlıca kılavuzu konumunda olan DSM’de yer bulmak, “psikiyatrik” yani tıbbî müdahale gerektirir addedilen bir hâl için bu statüsünün meşru dayanağı gibidir. Fakat ileriki paragraflarda ele alınacağı üzere, DSM’nin bizzat kendisinin, bir kısmı tıp dışı birtakım etkiler altında değişimi, evrilişi söz konusudur. Bu paragrafta bu evrimin yalnızca şekli tarif edilecek olursa, ilk edisyonlarında (DSM-I, DSM-II) psikanalitik yaklaşımın hâkim olduğu DSM, 1980 tarihli üçüncü edisyonunda büyük bir paradigmatik değişim geçirmiş, yeniden düzenlenmiştir. Ruhsal patolojilerin kaynak ve mekanizmaları üzerinde durmaktansa sonuç ve belirtileri üzerinden gitmek suretiyle, etiyolojik tasniften semptomatolojik bir tasnife geçilmiştir (9–14). Söz konusu dönemden bugüne, “semptom” addedilen şeylerin kontrolüne odaklı bu süreçte, esasen tıbbın müdahale alanında olmaması gereken bir hâl bir semptom yani tıbbî bir hâl olarak DSM’de yer bulduğunda ise psikiyatrik medikalizasyon gerçekleşmiş olmaktadır.

Bu olgu tıp tarihinden, ilkin fazla hareketli, dağınık dikkatli çocuklara konmuş ve o günden bugüne geçerlilik ve gerçekliği bakımından çokça tartışılmış bir teşhis olan “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” (DEHB) üzerinden örneklenebilir: 1968’de yayımlanan DSM-II’de “hafif/minimal beyin hasarı” (9, s. 31–32) ve “hiperkinetik reaksiyon” (9, s. 50) gibi adlar altında, çocukluk ve ergenlik çağında görülen ve ekseriyetle yetişkinlikte geçen, fazla hareketlilik *ve de* dikkat dağınıklığı/eksikliği gibi semptomlarla karakterize birtakım “organik beyin sendromları” ve “davranış bozuklukları” tanımlanmıştır. Bu tanımlar, dayandıkları semptomların pek çok çocukta görülebilecek kadar muğlak olması, çocuklar için kötü yaftalar anlamına gelmeleri ve (bu tanıyı alacak çocuklarda sözde tedavi için) *ilaç kullanımına sevk etmeleri* nedeniyle, henüz 1970’lerde dahi eleştirilmiş, öyle ki bir “icat”, bir “mit” addedilmiştir (15). 1980 tarihli DSM-III’te ise, hiperaktivite *ya da* dikkat dağınıklığı/eksikliği suretiyle, önceden ikisi birlikte ele alınmış olan bu iki ana semptom birbirinden ayrılıp her biri hastalığın ayrı bir türünün karakteristiği hâline getirilmiş ve buna göre yeni bir nomanklatüre gidilmiştir: “hiperaktivitenin eşlik ettiği dikkat eksikliği bozukluğu” ve “hiperaktivitenin eşlik etmediği dikkat eksikliği bozukluğu”. “Dikkat eksikliği bozukluğu” kategorisine geçmişte “hiperkinetik reaksiyon”, “hiperkinetik sendrom”, “hiperaktif çocuk sendromu”, “minimal beyin hasarı”, “minimal/minör serebral disfonksiyon” gibi başlıklar verilmiş olduğu belirtilmiştir (10, s. 41)—yani DSM-III’teki bu yeni kategori ile kastın, DSM-II’deki mezkûr hastalıklar olduğu bizzat dile getirilerek, aynı patolojinin geçirdiği diyagnostik ve nomanklatürel evrimden söz edenler teyit edilmiştir. Ayrıca “tanı koydurucu” semptomlar kümesinin de DSM-II’dekine kıyasla –ve yine epey muğlakça olmak üzere– hayli genişletildiği görülmektedir; “çocuk başladığı şeyleri bitirmez, dinliyor gibi görünmez, yerinde durmaz, etrafta fazlaca koşup tırmanır, düşünmeden hareket eder” gibi, çocukluk çağında hemen her küçükten beklenebilecek türden *çocukluklar*, birer semptom olarak sunulmuştur (10, s. 41–5).

Literatürde medikalizasyonda “hastalık addetme”nin yanı sıra “kapsam genişletme”ye de başvurulduğu öne sürülmüştür ki söz konusu antitenin de DSM-II’de *ekseriyetle yetişkinlikte devam etmediği* belirtilmişken DSM-III’te üç türünün olduğu, bunlardan ilkinde *tüm semptomların yetişkinliğe de intikal ettiği*, ikincisinde ergenlikte son bulduğu, üçüncüsünde (rezidüel tip) ise hiperaktivite çocuklukla birlikte son bulurken *öteki semptomların yine yetişkinlikte de devam ettiği* bildirilmiştir (10, s. 42). Bu değişiklik için iki edisyon arasında gerçekleşen klinik çalışmalar gerekçe gösterilebilecek olmakla birlikte, bir yandan böylesi bir klinik tablo çizilirken öte yandan bu üç tipin toplumdaki yaygınlığının bilinmediğinin belirtilmiş olması ilginçtir (10, s. 42).

Üçüncü edisyonunun 1987 tarihli revizyonunda (DSM-III-R) ise söz konusu “bozukluk” yeniden adlandırılarak bugün de kullanılmakta olan ismini almıştır: “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu—DEHB”. Türkçe literatürde kimi kez terimin “ve” bağlacı içerecek biçimde (“dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu”) hatalı kullanıldığı görülse de, bağlacın yokluğu özellikle önemlidir: Zira bu mefkudiyet, hiperaktivitenin bozukluğun *zorunlu* değil yalnızca *olası* semptomlarından biri olduğunu anlatmaktadır. 1987’de DSM-III-R ile DEHB tanı kriterlerini sağlayabilecek çocuk sayısının iyice arttığı öne sürülmüştür (12,16). DEHB’nin varlığı, tam olarak ne olduğu ve semptomatolojik/diyagnostik kriterlerinin sıhhati konusundaki tartışmalar bugün hâlâ sürmektedir; son elli yıl içinde defalarca değişen ismine ve nörobilimde kaydedilen gelişmelere karşın DEHB farmakoterapisinin pek değişmemesi ve pek çok klinik antite ile ilişkilendirilebilecek olan “DEHB semptomları”nın gayrispesifikliği, dile getirilen eleştiriler arasındadır (17–20). Bununla birlikte şerh düşülmelidir ki DEHB’nin gerçek bir hastalık ve yerinde bir nozolojik başlık olduğunu savunan önemli psikiyatri çevreleri de mevcuttur.

DSM’nin değişiminde rol oynadığı iddia edilen gayritıbbî “dış etki” kaynaklarından başlıcası, daima sayısız eleştirinin odağındaki ilaç endüstrisidir. Günümüzde çoğu ABD orijinli olan, küresel ölçekte ticari faaliyet gösteren (21) dev farmasötik şirketler; klinik araştırmaların finansörü, bilimsel kongrelerin sponsoru, milyonlarca sağlık çalışanının ve yüz milyonlarca hastanın bel bağladığı tedavi araçları olan ilaçların üreticisi, ve de aradaki bağlantı her ne kadar tenkit konusu olsa ve regüle edilmeye çalışılsa da sağlık otoritelerinin ve

profesyonellerinin doğrudan muhatabı olmaları suretiyle, tıbbın işleyişi ve kabulleri üzerinde biçimlendirici bir rol oynamaktadırlar (22–24). İlaç yani farmasötik şirketlerinin medikalizasyonda oynadığı öne sürülen rol, başlı başına bir tartışma konusudur; öyle ki bunların yol açtığı medikalizasyon türünün özel bir adı vardır: farmasötikalizasyon. En başta verilen medikalizasyon tanımı anımsanacak olursa, farmasötikalizasyon da daha önce ilaç kullanımının (farmakoterapinin) söz konusu olmadığı psikolojik/fizyolojik doğal bir hâl ya da yaşam sürecinin farmasötik ajanlarla tedavi edilecek bir hastalık hâline getirilmesi işidir. Böylece farmasötik şirketlerin ticari ürünlerinin –ki bunların diğer adı halk için şifa, deva gibi çağrışımları olan “ilaç”tır– “tedavi” adına doktorlarca reçete edilmesi ve “hasta”larca satın alınması gereğinin doğması sağlanmaktadır.

DEHB örneği üzerinden devam edilecek olursa, önemli psikiyatristlerin de aralarında bulunduğu kişilerce, hayatta dönem dönem herkesin DEHB için tanımlanmış olan mezkûr muğlak semptomlardan birkaçını gösterebileceği dile getirilmiştir (25). Bugün yalnızca ABD’de ~7 milyon çocuğun (her dokuz çocuktan birinin) “DEHB” tanısı almış bulunduğu göz önüne alınırsa (26,27), bu hastalığın bu hastalığı tedavide kullanılacak ilaçların satışı için “yaratıldığı” (28,29), çocukluğun normal unsurlarından olan hareketliliğin, hatta haşarlığın bu sebeple bir hastalık olarak medikalize, farmasötikalize edildiği yönündeki iddialar dikkate şayan görünebilir ki veriler de bu yöndedir: ABD’de 2008’den 2012’ye dört yıl gibi kısa bir sürede DEHB nedeniyle ilaç kullanan yetişkinlerin sayısının neredeyse %50 oranında arttığı bildirilmiştir; bununla birlikte ilgili ilaçların başlıca kullanıcıları hâlâ çocuklar, ve bekleneceği üzere, erkek çocuklardır. 2012 yılında ABD’de neredeyse her 10 erkek çocuktan 1’i, “DEHB’sini tedaviye yönelik” bir ilaç kullanmıştır (30). Farmasötik “DEHB pazarı”nın değerinin 2014’te 6 milyar Amerikan doları civarında iken 2023’te iki buçuk katına çıkarak 16 milyar doları aştığı, 2032’de ise yine katlanarak 30 milyar doları aşacağı hesaplanmıştır (31,32). Bunlar, varlığı tartışmalı, ve şayet var ise tek çaresinin farmakoterapi olduğu daha da tartışmalı bir hastalık için düşündürücü verilerdir.

1970’lerden bugüne medikalizasyon ile geçen yaklaşık elli yıllık dönemin ilk dekatlarına bakıldığında, nelerin “tedavi edilecek patolojik hâller” sayılacağı, ilkin sihhî–tıbbî otoritelerce belirlenmiş gibi görünmektedir (33). Bunda XX. yüzyılda tıbbın giderek artan prestijinin, bilimsel bilginin iyileştirici, iyiye götürücü gücüne duyulan güvenin rolü büyüktür (3). Bu artan prestij ve güven, söz konusu asırda 1970’lere gelinene dek kaydedilen –penisilinle başlayan antibiyotik devrimi, viral aşularla taçlanan prevantif tıp, ve hatta ilk kez bir hastalığın (çiçek) yeryüzünden silinmesi gibi– emsalsiz bilimsel gelişmeler neticesinde vaki olmuştur. Yine aşularla elde edilen bağışıklıklar gibi (34), tıbbî tedavi etme (İng. *treatment*) işlevinin yanı sıra daha iyiye götürme (İng. *enhancement*) işlevinin tahmininin de bu dönemde, bu zafer ve güven atmosferinde ivme kazandığı söylenebilir. Bir diğer husus ise yine tarihte geleneksel Çin tıbbının bitkiler, akupunktur ve egzersiz, geleneksel Hint tıbbının Ayurveda üzerine tesisi gibi, Amerikan sağlık sisteminin ve geleneksel Amerikan sağaltım anlayışının da farmakoterapi üzerine kurulmuş olduğu gerçeğidir (35). Ve aynı nedenlerdir ki Amerikan tıbbî fazla hareketli çocukların hasta olduğunu bildirdiğinde, şirketler de buna karşı farmasötik bir çözüm vadettiğinde, söz konusu “daha uslu çocuklar” kimseye dayanaksız ve imkânsız görünmemiştir.

Son dönemde ise medikalizasyonun lokomotifinin tıbbî otoriteler yerine mezkûr ticari aktörler, yani ilaç endüstrisi olduğu öne sürülmüştür (36–39). Tıbbî figür ve otoritelerin nasıl tali planda kalabileceği sorgulanabilir; zira ilaçların halk tarafından satın alınabilmeleri için doktor tarafından takdim–temin edilmeleri gerektiği, bu olmadan tüketimin gerçekleşmeyeceği düşünülebilir. Fakat ilaç üreticileri gerek sağlık çalışanlarına gerekse halka yönelik çeşitli manevralarla prosedürel engellerin üstesinden gelebilmektedir, örneğin “doğrudan farmasötik reklamcılık” ile. Tüketicilere doğrudan ilaç reklamı yapılabilen istisnai ülkelerden olan (ve nitekim DEHB prevalansında da başı çeken) ABD’de halk, bu reklamlarda birtakım “hastalık”ların farkında olmaya ve şayet hasta iseler reklamdaki ürünü kullanmak suretiyle şifa bulmaya davet edilmektedir. Tüketici, reklamını gördüğü farmasötik ürünü direkt (örneğin *online* satın alım ile) ya da doktorundan talep ederek temin edebilmektedir. Doktorlara yönelik olarak ise, kimilerine göre bir örneği DSM’nin biçimlendirilişi olduğu üzere, farklı “bilgilendirme–benimsetme” politikaları yürütülmektedir.

Sağlık çalışanları ile ilaç firmaları arasında kurulan ve literatürde pek çok türü tanımlanıp tartışılmış olan malî menfaat içerikli ilişkiler de, ayrı bir çalışma konusu teşkil eden mekanizmalardandır.

Çocukluk (“dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu”), mutsuzluk (“Sisi sendromu”), menopoz (“östrojen yetmezliği”), menstrüasyon (“disforik bozukluk”), utangaçlık (“sosyal anksiyete”) gibi doğal hâl ve yaşam süreçlerinin ilaç satılacak, farmakoterapi ile sağaltılacak “hastalık”lar olarak lanse edilmesi, insanlığı bunlara karşı teyakkuza davet eden “farkındalık” çağrılarını–çığırkanlığı ile birlikte, literatürde kimi kez “hastalık tacirliği” (İng. *disease mongering*) adı altında da anılmıştır (23,40–46).

## Depresyon ve Antidepresan Temelli Medikalizasyon

Belirtildiği üzere, “normal” ve “anormal” ya da “sağlıklı” ve “hasta” kavramları, tıbbın diğer branşlarına kıyasla psikiyatride özellikle göreceli, özeldir. Böylece psikiyatride, diyagnostik ve nozolojik kriterlerin kişilere, sosyal yapı ve kurumlara verilmek istenen şekil doğrultusunda geliştirildiği, hatta tüm psikiyatri biliminin bu gibi kontrol edici, politik amaçlarla kullanıldığı ileri sürülmüştür ki bunun en bilindik örnekleri kuşkusuz M. Foucault gibi düşünürlerdir (47–49). Yukarıda 1970’lerden başlatılarak incelenmiş olsa da ilk fikrî temelleri daha öncesinde bu gibi düşünürlerin eserlerinde atılmış olan medikalizasyon tenkitnâmesinde bugün öne sürülen ise, psikiyatrinin diyagnostik–nozolojik kabullerinin farmasötik ticareti daha kârlı hâle getirecek şekilde biçimlendirildiği, manipüle edildiğidir.

Yine yukarıda örneklendiği üzere, medikalizasyonu körükleyen çeşitli paradigmatik ve politik etmenler söz konusudur. Bunlar doğrultusunda mezkûr DSM’nin her yeni edisyonunda daha esnek bir “hastalık” anlayışının benimsendiği dile getirilmiştir ve bu, “DEHB”nin yanı sıra “depresyon” üzerinden de örneklenebilecek bir savdır. Örneğin, neyin bir yakının kaybının ardından tutulan sağlıklı bir yas, neyin yas yerine klinik depresyon teşkil eden patolojik bir durum olduğu arasındaki ince çizgi, DSM-IV’ten DSM-5’e (2013) geçildiğinde iyice silikleşmiştir. DSM-IV’te “yas”lar ve “üzüntülü dönemler”, klinik depresyon ile karıştırılmaması gereken birçok doğal insanî süreç arasından ismen zikredilenler olmuştur. Klinik depresyon tanısı konabilmesi için, tanımlanmış olan kriterlerin sağlanması (örneğin “dokuz semptomdan beşinin mevcut olması”, “semptomların en azından iki hafta boyunca, hemen her gün ve günün büyük bir bölümünde görülmesi”) gereği üzerinde durulmuştur (50, s. 326–327). DSM-5’te\* ise bu konuda yine bir açıklama yapıldığı ve fakat bu kez depresyon ile bir yakının kaybından sonra yaşanan yas arasında DSM-IV’tekine kıyasla daha ince bir ayırım gözetildiği görülmektedir:

“...C. ...Not: (Bir yakının kaybı, malî iflas, doğal afetlerde verilen kayıplar, ciddi bir hastalık ya da sakatlık hâli gibi) önemli bir kayıp karşısında verilen reaksiyon sırasında; yoğun bir üzüntü, kayıp üzerine uzun uzun düşünme, insomni, zayıf iştah ve Kriter A’da belirtilen kilo kaybı gibi, depresif epizotlarda yaşananlara benzer yaşantılar söz konusu olabilir. Bu gibi semptomlar anlaşılabilir ve kaybın gereği olarak görülebilir olsa da, kayba verilen normal reaksiyonun yanı sıra ortada bir majör depresif epizot olup olmadığı dikkatle değerlendirilmelidir. 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.” (51; 52, s. 182). (Türkçe tercüme yazardandır)

Buna göre şayet doktor klinik kanaatini, yani öznel klinik muhakemesini, sehven karşısındaki kişinin “depresyonda” olduğu yönünde kullanacak olursa (ki burada öznel muhakeme çok önemli bir rol oynamaktadır) (53), söz konusu kişi “yasta” değil “hasta” olan ve böylece depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlara sevk olunan, yani antidepresan satın alan ve kullanan biri hâline gelecektir.

Fakat “üzüntünün medikalizasyonu” (54), asıl sehven değil kasten yapılanlar üzerinden cereyan etmektedir: Yine 1980 tarihli DSM-III’te, daha önce farklı adlarla anılmış olan çeşitli depresif hâletiruhiyeler “depresyon” şemsiye terimi altında toplanmıştır (55,56). Depresyon adı altında toplanmış olan –ama

\*DSM-5’in revize edildiği DSM-5-TR’de (2022) ise “uzamış yas bozukluğu” adlı antitenin (F43.8) yer aldığı görülmektedir.

patolojik ama doğal– bu hâllerin karşısına da, yine ilaç endüstrisinde 1950’lerden beri geliştirilmekte olan ve antidepresan adı verilen çözüm konmuştur (57,58). Bunlar XX. yüzyılın ikinci yarısında hem “depresyon” tanısı almayı kolaylaştırıcı hem de böylece bunun tedavisi adına ilaç kullanımını artırıcı gelişmeler olmuştur— ve bu gelişmeler, DSM’deki modifikasyonlarla “DEHB” tanısının doğuşuna ve ardından “DEHB ilaçları”nın tüketiminde kaydedilen patlamaya dair yukarıda nakledilmiş olan paterne oldukça benzerdir. Dahası tıpkı hemen her çocuğun DEHB için öne sürülmüş olan semptomatolojik kriterlerden birkaçını sağlayabileceği gibi, hemen herkes de yine hayatının bir bölümünde, üstelik mükerreren (ki böylece “epizodik” bir patern de arz edecek biçimde) depresyon için öne sürülmüş olan semptomatolojik kriterlerden bir ya da birkaçını sağlayabilir.

Ve depresyon üzerinden yapılan farmasötikalizasyonda DSM’nin modifikasyonu yegâne unsur da değildir. Amerikan Psikiyatri Birliği’nin DSM’de kavramları genişletip “depresif bozukluk” başlığını pek çok psikolojik tabloyu şâmil hâle getirişi gibi, zaman içinde Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (İng. akr. *FDA*) gibi öteki sağlık otoriteleri de antidepresanların endike sayıldığı hâl ve hastalıklar kümesini giderek genişletmiştir (kapsam genişletme). Başlangıçta yalnızca depresyon tedavisine yönelik olarak tanınmış olan ilaçlar (ki adları da buradan gelmektedir—“*antidepresan*”=“*depresyon ile savaşan*”), yıllar içinde depresif bozukluklardan anksiyöz bozukluklara, hatta migrenden uykusuzluğa ve sigara kullanımına kadar, “hastalık” dahi sayılmayacak birçok *şikayet* için *reçete edilir* hâle gelmiştir. Antidepresanların giderek daha hafif ve muğlak ruhsal durumlar için reçete edilir olduğu ve bu reçetelerin giderek daha fazlasının psikiyatri dışı branşlardan tabiplerce yazıldığı belirtilen bir çalışmada, 1996 ve 2007 yılı ABD Ulusal Ayakta Verilen Sağlık Hizmetleri Araştırması resmî istatistikleri incelenmiş ve hastalarca doktor muayenelerine yapılan ziyaretlerde doktorların hastalara *herhangi bir psikiyatrik teşhiste bulunmadıkları hâlde antidepresan reçete etme* oranının 1996’da ~%60’tan 2007’de ~%73’e çıktığı tespit edilmiştir (59).

Bu gibi bir reçeteleme paterni Türkiye’de de mevcuttur ve bu reçetelemenin büyük bölümünün kontrollü klinik çalışmalarla elde edilmiş verilere dayanmadığına –diğer deyişle “kanıta dayalı tıp” olmadığına– dikkat edilmelidir. Yine antidepresanların “klinisyenlerin ya da halkın önemli bir bölümü tarafından bilinçsizce, gereksizce, kontrolsüzce ve(ya) endikasyon haricinde kullan(dır)ılışı”, literatürde daha önce bir “kullanım bozukluğu” olarak ele alınarak etraflıca incelenmiştir (53,60). Farmasötik bir maddenin insanlar üzerinde kullanımını tıp etiğince ancak; (i) maddenin, kullanıldığı hâl ve hastalıklar için makul bir yarar–zarar profili arz ettiği klinik olarak kanıtlandığında, (ii) bu kanıtlanmadığında ise, elde söz konusu hâl ve hastalıklar için umut vadeden başka hiçbir farmasötik ürün ve hatta terapötik modalite olmadığında meşru sayılabilir. Fakat öteki mezkûr durumlar bir yana, antidepresif farmakoterapi için başlıca endikasyon olan klinik depresyonda dahi endikasyon hâlinin geçerliliğine ve antidepresanların etkililiğine dair kanıtlar ancak şiddetli klinik depresyon için mevcuttur ve de hafif ve orta şiddetteki depresyonda antidepresanların endike olup olmadıkları, bunları kullanmak gerekip gerekmediği konusunda mutabakat yoktur (61). Yine hafif ve orta şiddetli depresyonda farmakoterapi yerine psikoterapi, psikolojik destek, bedensel ve entelektüel aktivite, ya da aksine bedensel ve zihinsel istirahat gibi yöntemlerden istifade seçeneğinin es geçilmesi ise bir diğer problematik konudur.

Bu noktada hem dikkate arz edilebilecek hem de etik meşruiyeti sorgulanabilecek bir başka husus da, yıllar içinde antidepresanların endike *sayıldıkları* hâl ve hastalıklar kümesi giderek genişlediği gibi, antidepresan reçete edilen *hasta yaşı aralığının* da giderek genişlemiş olmasıdır (ki aynı durumun DEHB’de de gerçekleşmiş olduğu anımsanmalıdır). Seksenlerin sonlarında piyasaya çıkan serotonerjik geri alım inhibitörleri (58), zaman içinde etkililik ve güvenliliklerinin klinik deneylerle kanıtlanmamış olduğu ve dolayısıyla kullanım için resmen ruhsatlandırılmamış oldukları pediatrik popülasyonda, adölesanlarda da kullanılmaya başlamıştır (62). Yetişkin ve çocuklar arasındaki metabolik farklılıklara nazaran bunun ilkin biyomedikal etiğin başlıca prensiplerinden zarar vermeme ile ilgili bir mesele olduğu düşünülebilir (63); fakat aynı mesele, bir zararsızlık prensibi ihlali yanı sıra, bir farmasötikalizasyon örneği de teşkil etmektedir. *Zira doğal ve sağlıklı ruhsal çalkantılarla* karakterize bir yaşam süreci olan “ergenlik”, kimi mantalitede artık piyasada “iyi hissettirici” birtakım ilaçlar olduğuna göre bunlarla tedavi edilebilecek bir patolojidir.

Aynı mantalitenin ürünüdür ki DSM-5 bir yakının kaybı ardından yaşanan yasın, kayıptan yalnızca iki hafta sonra hâlâ sürmekteyse “depresyon” olarak tanılanmasına olanak tanımıştır (55)—bir diğer deyişle, *eşini* ya da *çocuğunu* kaybeden biri bundan yalnızca iki hafta sonra hâlâ yas, üzüntü içindeyse bu durumu ilaçla tedavi edilesi bir patoloji addetmek mümkün olmuştur. Depresyon prevalansındaki artışın obezite, kötü beslenme (*fast food* vd.), sedanter ya da aksine hızlı yaşam gibi modern psikopatojenlerdeki artışla açıklanabileceği de öne sürülmekteyse de (64), seksenlerden bugüne başta ABD olmak üzere (Türkiye dâhil) konvansiyonel Batı tıbbi icra edilen ülkelerde antidepresan tüketiminde kaydedilen katbekat artışta bu çalışmada tartışılan türden suni faktörlerin daha vahim bir etkisi olması muhtemeldir.

## SONUÇ

Şu bir gerçektir ki psikotrop ilaçlar kanıta dayalı tıp çerçevesinde ve medikal endikasyon hâlinde hem pediatrik hem yetişkin hastalarda başvurulabilecek olan ve nitekim böyle kullanıldıklarında çoğu kez de yüz güldürücü sonuçlar sağlayan değerli, gerekli ve meşru tedavi araçlarıdır. Bununla birlikte şunu da görmek gerekir ki, yüzyıllarca ya çocuk doğasının bir parçası addedilmiş ya da geleneksel çocuk terbiyesi yöntemleri gibi gayrifarmasötik yollarla mücadele edilebilmiş olan birçok tablo, bugün bir kanıt ve endikasyon nakışlığına karşın “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” adı altında farmakoterapötik birer mesele hâline gelmiş bulunmaktadır. Benzer biçimde, binlerce yıldır farklı coğrafyalarda farklı etiyolojik açıklamalarla yaklaşılmış ve farklı farklı terapötik yöntemlerle savaşılmış olan depresyon, 1950’lerde ilk klinik antidepresanların ortaya çıkışıyla birlikte adeta –endüstriyel ve farmasötik– tek tip bir çözümü olan bir hastalık hâline gelmiştir (58,65). Gerçek bir hastalık olan *klinik depresyonun* yanı sıra, bugün “depresyon” adı altında medikalize edilen pek çok psikolojik durum/duygudurum da artık yine farmakoterapi ile müdahale edilen hâllerdir.

Bu kontekstte sorgulanması bir realite olarak ortadadır ki son dekatlarda hem “DEHB” hem “depresyon” nedenli ilaç kullanımında çarpıcı bir artış kaydedilmiştir (66). Artan teşhis ve preskripsiyon oranları için olanakların (bilimsel bilginin, ruh sağlığı hizmeti tedarikçilerinin ve sağlık hizmetlerine erişimin), sosyal bilincin (toplumdaki ruh sağlığı farkındalığının, sağlık okuryazarlığının) ve de kuşaklararası sosyo(tekno)lojik farkların (örneğin özellikle pediatrik DEHB için sosyal medya ve teknolojik alet kullanımının) da artmış olması üzerinden, kısmen geçerli olacak açıklamalar yapılabilecek olmakla birlikte, tarihsel bir perspektiften ve üstelik aynı argümanlar (artan olanaklar, iyileşen koşullar) üzerinden sorulabilecek şu soru yine de bakidir: XIX. yüzyıl Sanayi İnkılabı’nın (gerek fiziksel gerekse mental sıhhatçe) hayli gayrisihhi koşullarının, XX. yüzyılın Büyük Buhran’ının, I. ve II. Dünya Savaşlarının geride kaldığı, XXI. yüzyıla has tıp teknolojisiyle, devrim niteliğinde tıbbi gelişmelerle sayısız sağlık sorununun devâlandığı, insan ömrünün uzadıkça uzadığı, gelişmiş ülkelerde ekonomik istikrarın, insan haklarının, insanî ihtiyaçların karşılanmasının, ebeveyn ihtimamının norm hâlini aldığı, çocuk sağlık ve huzurunu bozucu her şeye karşı kolektif bir bilinçle savaş açıldığı, evlerin, okulların ve hatta kentlerin çocukların ihtiyaçlarına göre donanımlandırıldığı bir dönemde, Kuzey Amerika, Avrupa ve Türkiye’de, neden her yaşta giderek daha çok insan “depresif” ve “DEHB’li” olmuş ya da *bulunmuştur*? Şayet uygarlığın, inkişafın bedeli gerçekten huzursuzlukla ödenmiyorsa (S. Freud), yirminci yüzyıl sonlarından bu yana –yani endüstriyel farmasötikalizasyon çağında– neredeyse eş zamanlı olarak tırmanışa geçen “depresyon”, “DEHB” yaygınlığına ve psikotrop ilaç kullan(dır)ma oranlarına en azından bir parça kuşkuyla bakmak yersiz olmayacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Conrad P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, 1975;23(1):12–21.
2. Illich I. The medicalization of life. *The Journal of Medical Ethics*, 1975;1:73–77.
3. Conrad P. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 1992;18:209–232.
4. Geçtan E. *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*, 13. bas. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1997.
5. Blech J. Die Abschaffung der Gesundheit. *Der Spiegel*, 2003;33:116–126.

6. Burgmer M, Driesch G, Heuft G. Das “Sisi-Syndrom”—eine neue Depression? *Der Nervenarzt*, 2003;74(5):440–444.
7. Ertin H. Some ethical reflections on weight-loss diets. *The Turkish Journal of Medical Sciences*, 2011;41:951–957.
8. Temel MK. Helsinki Bildirgesi ve tıbbi araştırmalarda plasebo kullanımı: bir eleştirel karşılaştırmalı alışma. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği–Hukuku–Tarihi Dergisi*, 2022;30(3):274–282.
9. The American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2. ed. Washington, DC/ABD: American Psychiatric Association; 1968.
10. The American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3. ed. Washington, DC/ABD: American Psychiatric Association; 1980.
11. Cooper R. What is wrong with the DSM?. *History of Psychiatry*, 2004;15(1):5–25.
12. Conrad P. From hyperactive children to ADHD adults: observations on the expansion of medical categories. *Social Problems*, 2000;47(4):559–582.
13. Mayes R, Horwitz AV. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *The Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 2005;41(3):249–267.
14. Suris A, Holliday R, North CS. The evolution of the classification of psychiatric disorders. *Behavioral Sciences*, 2016;6:5.
15. Schmitt B. The minimal brain dysfunction myth. *The American Journal of Diseases of Children*, 1975;129(11):1313–1318.
16. Newcorn H, Halperin JM, Healey JM, O’Brien JD, Pascualvaca DM, Wolf LE, ve ark. Are ADDH and ADHD the same or different?. *The Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1989;28(5):734–738.
17. Sousa A, Kalra G. Drug therapy of attention deficit hyperactivity disorder: current trends. *Mens Sana Monographs*, 2012;10(1): 45–69.
18. Shier AC, Reichenbacher T, Ghuman HS, Ghuman JK. Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: clinical strategies. *The Journal of Central Nervous System Disease*, 2013;5:1–17.
19. Saul R. Doctor: ADHD does not exist. *Time* (14 Mart 2014). URL: <http://time.com/25370/doctor-adhd-does-not-exist>
20. Parens E, Johnston J. Facts, values, and attention–deficit hyperactivity disorder (ADHD): an update on the controversies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2009;3:1.
21. Dünya Sağlık Örgütü. *The World Medicines Situation*. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü; 2004.
22. Henry D, Lexchin J. The pharmaceutical industry as a medicines provider. *Lancet*, 2002;360:1590–1595.
23. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *The British Medical Journal*, 2002;324:886–890.
24. Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. *The British Medical Journal*, 2003;326:45–47.
25. Borland S. ADHD expert claims disorder is “not a real disease” and EVERYONE fits at least two of the criteria used for diagnosis. *The Daily Mail* (30 Mart 2014). URL: [www.dailymail.co.uk/health/article-2592641/Expert-claims-ADHD-not-real-disease-fits-two-criteria.html](http://www.dailymail.co.uk/health/article-2592641/Expert-claims-ADHD-not-real-disease-fits-two-criteria.html)
26. Hamed AM, Kauer AJ, Stevens HE. Why the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder matters. *Frontiers in Psychiatry*, 2015;6:168.
27. The Centers for Disease Control and Prevention. *Data and Statistics on ADHD* (23 Ekim 2024). URL: [www.cdc.gov/adhd/data/index.html](http://www.cdc.gov/adhd/data/index.html)
28. Quinn M, Lynch AR. Is ADHD a “real” disorder?. *Support for Learning*, 2016;31(1):59–70.
29. Schwarz A. *ADHD Nation: Children, Doctors, Big Pharma, and the Making of an American Epidemic*. New York: Scribner; 2016.
30. Express Scripts. *Turning Attention to ADHD: U.S. Medication Trends for Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. St. Louis, MO/ABD: Express Scripts Co; 2014.
31. Pharmaceutical Executive. *ADHD market to reach \$13.9 billion by 2024*. *Pharmaceutical Executive* (7 Eylül 2016). URL: [www.pharmexec.com/view/adhd-market-reach-139-billion-2024](http://www.pharmexec.com/view/adhd-market-reach-139-billion-2024)
32. Polaris Market Research. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Market Size, 2024–2032* (Haziran 2024). URL: [www.polarismarketresearch.com/industry-analysis/attention-deficit-hyperactivity-disorder-market](http://www.polarismarketresearch.com/industry-analysis/attention-deficit-hyperactivity-disorder-market)
33. Ballard K, Elston MA. Medicalisation: a multi-dimensional concept. *Social Theory & Health*, 2005;3:228–241.
34. Döbler NA, Carbon CC. Boosting human capacities: attitudes toward human enhancement and vaccination in the context of perceived naturalness and invasiveness. *Discover Psychology*, 2023;3:24.
35. Temel MK. Modern psikososyoklinik gelişmelerin eseri “antidepresan kullanım bozukluğu”: tıp etiğince sorun teşkil eden bir olgu. *Anadolu Klinięi Tıp Bilimleri Dergisi*, 2019;24(3):206–216.
36. Conrad P. The shifting engines of medicalization. *The Journal of Health and Social Behavior*, 2005;46(3):3–14.
37. Abraham J. Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, 2010;44(4):603–622.



38. Williams SJ, Martin P, Gabe J. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, 2011;33(5):710–725.
39. Bell SE, Figert AE. Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: looking backward, sideways and forward. *Social Science & Medicine*, 2012;75:775–783.
40. Meyer VF. The medicalization of menopause: critique and consequences. *The International Journal of Health Services*, 2001;31(4):769–792.
41. Meyer VF. Medicalized menopause, U.S. style. *Health Care for Women International*, 2003;24:822–830.
42. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PLoS Medicine*, 2006;3(4):e191.
43. Dyer O. Disease awareness campaigns turn healthy people into patients. *The British Medical Journal*, 2006;332:871.
44. Scott S. The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness. *Sociology of Health & Illness*, 2006;28(2):133–153.
45. Browne TK. Is premenstrual dysphoric disorder really a disorder? *The Journal of Bioethical Inquiry*, 2014;12(2):313–330.
46. Prior JC. Perimenopause and menopause as oestrogen deficiency while ignoring progesterone. *Nature Reviews Disease Primers*, 2015;1:15031.
47. Foucault M. *Deliliğin Tarihi*, 4. bas., çev. Kılıçbay MA. İstanbul: İmge Kitabevi; 2006.
48. Foucault M. *Akl Hastalığı ve Psikoloji*, 3. bas., çev. Bayoğlu E. İstanbul: Ayrıntı; 2015.
49. Davis J. Medicalization, social control, and the relief of suffering. *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, ed. William CC. Malden, MA/ABD: Wiley-Blackwell; 2009.
50. The American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4. ed. Washington, DC/ABD: American Psychiatric Association; 1994.
51. The American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5. ed. Washington, DC/ABD: American Psychiatric Association; 2013.
52. Kearney C, Trull TJ. *DSM-5 major depressive disorder. Abnormal Psychology and Life: A Dimensional Approach*, 2. ed. Stamford, CT/ABD: Cengage Learning; 2015.
53. Temel MK. *Modern Psikososyoklinik Etmenlerin Eseri “Antidepresan Kullanım Bozukluğu/Bağımlılığı” ve Tıp Etiği Prensipierince Değerlendirilişi [doktora tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı; 2018.*
54. Horwitz AV, Wakefield JC. *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
55. Dowrick C. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *The British Medical Journal*, 2013;347:f7140.
56. Khan A, Brown WA. Antidepressants versus placebo in major depression: an overview. *World Psychiatry*, 2015;14(3):294–300.
57. Frances A. DSM, psychotherapy, counseling and the medicalization of mental illness: a commentary from Allen Frances. *The Professional Counselor*, 2014;4(3):282–284.
58. Temel MK. 1950’li yıllar ve antidepresif psikofarmakoterapi: prototiplerinden bugüne klinik antidepresanların tasnif ve tarihi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği–Hukuku–Tarihi Dergisi*, 2019;27(2):89–102.
59. Mojtabei R, Olfson M. Proportion of antidepressants prescribed without a psychiatric diagnosis is growing. *Health Affairs*, 2011;30(8):1434–1442.
60. Temel MK. Güncel bir olgunun geçmişten bugüne otoriterlerce benimsenen “iptila”, “tıryakılık”, “bağımlılık” ve “kullanım bozukluğu” konseptleriyle konseptüalizasyonu: “antidepresan kullanım bozukluğu”. *Türk Tıp Etiği Tıp Hukuku ve Tıp Tarihi Araştırmaları Yıllığı*, vol. 10–14. İstanbul: ACR Tıbbi Yayın ve Dış Ticaret Ltd Şti; 2021, s. 273–288.
61. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, ve ark. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *The Journal of American Medical Association*, 2010;303(1):47–53.
62. Hixson TJ. Anti-depressants and children: suicidality: off-label use, and trial publication. *Indiana Health Law Review*, 2006;3(1):201–230.
63. Beauchamp TL, Childress JF. *Biyomedikal Etik Prensipleri [Principles of Biomedical Ethics]*, 7. ed., Tr. çev. Temel MK. İstanbul: BETİM; 2017 [Oxford: Oxford University Press; 2013].
64. Hidaka BH. Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *The Journal of Affective Disorders*, 2012;140(3):205–214.
65. Temel MK. Antikiteden 1950’lere gelinene dek “depresyon” kavramına, etiyolojisine ve tedavisine dair başlıca eser ve anlayışlar. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği–Hukuku–Tarihi Dergisi*, 2019;27(3):256–268.
66. Mulder RT. An epidemic of depression or the medicalization of distress?. *Perspectives in Biology and Medicine*, 2008;51(2):238–250.