

Psikiyatrik Ötanazi

PSYCHIATRIC EUTHANASIA

Dr. N. Yasemin OĞUZ^a

^aDeontoloji AD, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, ANKARA

Özet

Ötanazi düşüncesine ve uygulamasına karşı çıkan savlardan çoğunun ortak yönü, onun kişideki ruhsal bir hastalığın sonucu olarak ortaya çıkan ölme isteğine dayandığı sayılıdır. Bu savlarda psikiyatrinin özkıyım karşısındaki tutumu temel eksen olarak kabul edilmektedirler.

Bu yazıda, söz konusu savlara karşı, “psikiyatrik ötanazi” kavramının tarihçesi, tanımı ve etik dayanakları üzerine durulacaktır. Psikiyatrik ötanaziyi savunan ve ona karşı çıkanların, tıbbın öteki alanlarındaki ötanazi uygulamaları, özkıyım ve cinayet olguları ile karşılaştırıldığında, savlarını nasıl temellendirdikleri incelenecektir. İki temel soruya yanıt aranacaktır. Bunlardan birincisi, her ölüm isteğinin, bir ruh hastalığının belirtisi olup olmadığıdır. Eğer her ölüm isteği bir ruh hastalığının belirtisiyse, söz konusu isteğin karşılanması yerine, tedavi edilerek engellenmesi ve ortadan kaldırılması mı gereklidir sorusunu sormak kaçınılmaz olacaktır. İkinci soru ise, ruh hastalarının hastalık belirtisi olarak kabul edilemeyecek ölme istekleri olup olmayacağıdır. Ruh hastasının ölme isteği bazı koşullarda haklı bulunabilir mi sorusuna verilen yanıt “evet” bile olsa bu, isteğin yerine getirilmesi konusundaki tartışmayı ortadan kaldırmayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ötanazi, psikiyatrik; etik, medikal

Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2005, 13:20-25

Abstract

The common characteristics of almost all arguments against euthanasia as a concept and as a procedure, is their assumption that the decision for euthanasia always stems from a death wish which originates from the patient's psychiatric disorder. These arguments adopt the attitude of psychiatry towards euthanasia as the backbone of their discourse.

In this article, the evolution, definition and ethical bases of “psychiatric euthanasia” will be discussed against the above mentioned arguments. The justifications of the authors who support psychiatric euthanasia and/or oppose to it with regard to suicide, homicide, and the euthanasia procedures in other fields of medicine, will be examined. There are two main questions to answer. Firstly, whether every death wish is a sign of mental disorder or not. If it is so, then inevitably the question will be whether one should prevent and subside it with treatment, instead of acknowledging its validity. Secondly, whether the mental patients have this kind of wish which may not be accepted as a sign of a mental disorder. Even if our answer will be “yes” to the question of whether the death wish of a mental patient can be justified under certain circumstances, the discussion on the fulfillment of this wish will still survive.

Key Words: Euthanasia, psychiatric; ethics, medical

Ötanazi düşüncesine ve uygulamasına karşı çıkan savlardan çoğunun ortak yönü, onun kişideki ruhsal bir hastalığın sonucu olarak ortaya çıkan ölme isteğine dayandığı sayılıdır. Bu savlarda psikiyatrinin özkıyım karşısındaki tutumu temel eksen olarak kabul edilmektedirler.^{1,2} Bu yazıda, söz konusu savlara karşı, “psikiyatrik ötanazi” kavramının tarihçesi, tanımı ve etik dayanakları üzerine durulacaktır. Psikiyatrik ötanaziyi savunan ve ona karşı çıkanların, tıbbın öteki alanlarındaki ötanazi uygulamaları, özkıyım ve cinayet olguları ile karşılaştırıldığında savlarını nasıl temellendirdikleri incelenecektir. İnceleme sırasında yazarımızın sakımlı bir ötanazi yanlısı olduğu akılda tutulmalıdır. Burada iki temel soruya yanıt aranmaktadır. Bunlardan birincisi, her ölüm isteğinin, bir ruh hastalığının belirtisi olup olmadığıdır. Eğer her ölüm isteği bir ruh hastalığının belirtisiyse, söz konusu isteğin karşılanması yerine, tedavi edilerek engellenmesi ve ortadan kaldırılması mı gereklidir? İkinci soru ise, ruh hastalarının hastalık belirtisi olarak kabul edilemeyecek ölme istekleri olup olmayacağıdır. Ruh hastasının ölme isteği bazı koşullarda haklı bulunup, yerine getirilebilir mi? Kuşkusuz ikinci soru birincinin belirli bir biçimde; “evet” denilerek yanıtlanmış olmasını gerektirir ya da bu yanıtı varsayar.

Geliş Tarihi/Received: 10.02.2004 **Kabul Tarihi/Accepted:** 02.10.2004

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. N. Yasemin OĞUZ
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Deontoloji AD, Morfoloji (Dekanlık) Yerleşkesi
Sıhhiye, ANKARA
oguzx001@yahoo.com

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri

Psikiyatrik Ötanazinin Tarihçesi

Ötanazi isteğini bireyin ruhsal durumundaki bir bozukluğun belirtisi olarak görmek ve bu nedenle ötanazi isteğinde bulunmanın doğrudan yeterliği ortadan kaldıran

bir durum olduğunu ileri sürmek; yani ötanaziyi psikiyatrik gerekçelerle reddetmek yaygın ve eski bir tutumdur. Buna karşılık “psikiyatrik ötanazi” terimi oldukça yakın tarihli bir terimdir. Genel olarak tarihsel süreç içinde zeka engellilerin, ruhsal hastalığı olanların ötanazi adı altında öldürüldükleri bilinmekteyse de, bu uygulamalarla yukarıda sözü edilen terimin kapsamı arasında çok temel farklılıklar bulunmaktadır.³ Psikiyatrik ötanazi ilk kez resmi olarak Hollandalı psikiyatri uzmanı Dr. Chabot tarafından hastası Mrs. Bosscher’e uygulanmıştır. Eylül 1991’de gerçekleşen bu uygulamanın aktörlerinden Dr. Chabot, 50 yaşındaki hastası Mrs. Bosscher’e, hastanın isteği üzerine, öldürücü dozda ilaç sağlamıştır. Hasta bunu Dr. Chabot, kendi aile hekimi ve bir arkadaşının huzurunda almış; yarım saat kadar sonra da ölmüştür.

22 yaşında evlenen Mrs. Bosscher mutsuz bir evlilik geçirmiş; önce iki oğlundan büyüğü kendini öldürmüş, ardından evliliği daha da kötüleşmiş ve küçük oğlunu alarak evini terk etmiştir. Bu dönemde kendini öldürme arzusunu dile getiren hasta, yalnızca oğlunun bakımını üstlenmiş olmanın onu yaşamada tuttuğunu belirtmiştir. Bir trafik kazası nedeniyle gittiği hastanede kanser tanısı alan oğlu da ölünce, Mrs. Bosscher’in kendini öldürme kararı iyice kesinleşmiş ve biriktirdiği ilaçlarla kendini öldürmeye çalışmış, ancak başarılı olamamıştır. Bunun üzerine Hollanda Gönüllü Ötanazi Derneği’ne başvuran hasta, Dr. Chabot’yu bu dernek aracılığıyla tanımıştır.⁴

Dr. Chabot’nun tanısı, komplike yas süreci bağlamında psikotik belirti içermeyen, depresif duygudurumlu uyum bozukluğu olmuştur. Her ne kadar hastanın durumu ilkesel olarak tedavi edilebilir nitelikteyse de tedavi süreci uzun, şifa şansı az olarak değerlendirilmiştir. Dr. Chabot hastanın tedaviyi kabul etmesi için çok çaba harcamasına karşın, hasta daha önce uygulanan ve başarısız olan birçok benzer tedaviyi de kanıt göstererek, tedaviyi reddetmiştir. Chabot’a göre Mrs. Bosscher yoğun, uzun süreli ruhsal acı yaşamakta olup, durumu hasta için dayanılmazdır ve düzelme umudu da mevcut değildir. Hastanın özkıyım için yardım başvurusu iyi düşünülmüş; hasta hekime yazdığı mektuplarda ve yaptıkları görüşmelerde kararının nedenlerini açık ve ısrarlı biçimde anlatmıştır. Hasta durumunu ve kararının sonuçlarını anladığını açıkça göstermiştir. Dr. Chabot’ya göre tedavi reddi de iyi düşünülmüştür. Dr. Chabot yedi uzman hekimle hastasını konsülte etmiş; uzmanların hiçbirisi hastanın iyi kurgulanmış tedavi reddi karşısında gerçekçi bir tedavi yaklaşımı önerememiştir. Dr. Chabot hastanın özkıyım yardımı isteğini kabul etmiş ve gerçekleştirmiştir. Daha sonra görülen davada Yüksek Mahkeme Dr. Chabot’yu suçlu bulmuştur. Bunun nedeni Dr. Chabot’nun başvurduğu yedi danışmandan hiçbirinin hastayı bizzat görüp muayene etmemiş olmasıdır.⁴

Mahkeme, bu davayla ilgili bazı özellikleri kullanarak ötanazi tartışmalarına yeni bir boyut getirmiştir. Bunlardan

birincisi, herhangi bir hastalığın son döneminde olmayan ve fiziksel bir ıstırapı bulunmayan kişilere özkıyım yardımı sağlamanın, ancak üst düzeyde bir özen gösterilerek haklı çıkarılabileceğidir. Bu bağlamda ıstırapın fiziksel ya da ruhsal olması mahkeme tarafından belirleyici bulunmamıştır. İkinci olarak, mahkeme psikiyatri hastalarının özkıyım yardımı talep etmelerinin “gönüllü” olarak nitelenemeyeceğini, ancak özerk bir yargıya dayandığının savunulabileceğini kararlaştırmıştır. Mahkeme ayrıca tedaviyi reddeden bir hastanın durumunun umutsuz olduğunun kabul edilemeyeceğine karar vermiştir. Bu durumda yardımcı özkıyımın “umutsuz durumdaki hasta” tanımına dayandırılarak haklı çıkarılamayacağını kabul etmiştir. Son olarak Yüksek Mahkeme, hekim yardımcı özkıyım olaylarında danışmanın mutlak olarak hastanın danışman hekimler tarafından görülüp muayane edilmesi suretiyle yapılması gerektiğini bildirmiştir. Yukarıda da belirtildiği gibi mahkeme Dr. Chabot’yu tüm açılardan yeterince özenli bulmuş, ancak danışman hekimlerin hastayı görmemiş olmalarından dolayı onu cezalandırmıştır. Ayrıca Amsterdam’daki Tıp Mahkemesi de Dr. Chabot’yu yargılamış ve sonuçta Dr. Chabot’nun hastayı antidepresanlarla tedavi etmesinin daha uygun olduğuna, hatta gerekirse bunu, onun açıkça dile getirdiği tedaviyi reddetme isteğine karşın zorla yapması gerektiğine karar vermiştir.⁴

Bu vak’a psikiyatride ortaya çıkan ötanazi isteklerinin ayrı bir kategori olarak ele alınmasında bir ilk olmuştur. İki önemli sorunun tartışıldığı bu vak’ada sonuçta, psikiyatrik ötanazinin belirli koşullarda kabul edilebileceğine ve ölüm isteğinin her durumda ruh hastalığına ve buna bağlı olarak hastanın yetersizliğine kanıt olamayacağına karar verilmiştir. Daha sonra bu kararın da desteğiyle Hollanda’daki ötanazi yönergesi psikiyatri hastalarının ötanazi taleplerini de içine alacak biçimde genişletilmiştir.⁵⁻⁷

Psikiyatrik Ötanazinin Etik Dayanakları

Cinayetle, özkıyım ve ötanazi arasındaki fark şudur; cinayette katil, öldürdüğü kişinin en üst değerini elinden almakla yaşama üstün bir değer biçtiğini gösterir. Özkıyım ve ötanazi ise, her durumda ölüme yeğleneceği varsayılan yaşamın değerinin yadsınmasıdır.⁸ Burada psikiyatryi ilgilendiren temel soru özkıyım ve ötanazi seçiminin mutlak olarak klinik depresyonu mu gösterdiği, yoksa en azından bazı durumlarda ussal mı kabul edilebileceğidir.⁹ Bu soru doğrudan yaşamın değeriyle ilgili olduğu için felsefi bir sorundur. Bu nedenle Camus özkıyımın tek gerçek ciddi felsefi soru olduğunu söylerken haklıdır. Eğer varsa yaşamı yaşanmaya değer kılan nedir? Camus gibi varoluşçular, bizim dışımızda hiçbir şeyin olmadığına dayanan savlar ileri sürmektedirler. İnsanın varlığı absürddür ve yaşamımıza verdiğimiz anlam ya da yaşamı sürdürmek için kendi belirlediğimiz neden dışında hiçbir temellendirme yapılamaz.¹⁰

İnsan yaşamının anlamı için insan dışında bir kaynak belirlemeye çalıştığımızda ilk karşımıza çıkan açıklama dinsel olandır. Dinler insana yaşamı Tanrı'nın belirli bir amaçla verdiği düşüncesindedirler. Bu nedenle özkıyım dinler tarafından büyük günah ya da en azından ahlâken yanlış davranış olarak kabul edilir. Bu düşünce insan yaşamının neden insan için değerli olması gerektiğini değil, neden Tanrı için değerli olması gerektiğini temellendirmektedir. Dolayısıyla dinsel açıklama özkıyım arzusunun belirli bir bakış açısından ahlâken yanlış olduğunu temellendirebilirse de, usdışı olduğunu temellendiremez. Hırsızlık da ahlâken yanlıştır, ama akılcı bir bireysel çıkarın ifadesi olabilir.⁹

Tıbbın genel eğilimi; bir insan kendi yaşamına son vermek istediğinde onun ruhsal dengesinin bozulmuş olduğunu düşünmektir. Bu, tüm tıp dalları için yaygın bir inanstır. Bu düşüncenin temelinde insanın yaşama arzusunun öteki canlılarda olduğu gibi biyolojik olarak programlanmış olduğu ve bundaki bir farklılaşmanın insanın doğasındaki patolojik bir değişimle olanaklı olabileceği savı bulunmaktadır.¹¹ Ancak bu doğallık savı tıbbın eğilimini haklı çıkarmada yeterli değildir. Çünkü doğal istekler her zaman ussal ya da bireyin çıkarına olmayabilir. Örneğin insan aç kaldığında yenebilecek her şeyi yemek ister, ancak diyabetli bir insan açlık duygusuna karşın yemeğini kısıtlamak, kendi çıkarı için doğal isteğini engellemek durumundadır; ussallık bunu gerektirir. Burada daha uzun ve kaliteli bir yaşam isteğiyle yemek yiyip açlığa son vermek isteği arasında bireysel bir seçim yapılmaktadır ki bu, değersel bir seçimdir.⁹

Kant'ın doğa yasasını açıklayışı ise daha farklıdır. Ona göre eğer doğada yaşamı sürdürmeye yönelik uyarıcı bir yasa varsa, yaşamı sürdürme yönünde uyarıcı olan bir duygunun aynı zamanda onu yok etmesi kendi içinde tutarsız olur ve bu, doğa düzeni içinde içerilemez.¹² Eğer Kant'ın argümanı gerçekse kendini sevmek, her zaman ve zorunlu olarak sağ kalmayı istemeyi getirir; ıstırap, ağrı, onursuzluk ya da başka herhangi bir durum söz konusu olsa bile sağ kalmak zorunlu ve kendinde değer olarak yeğlenmelidir. Oysa buradaki temel sorun, yaşamı koruma içgüdüsünün olup olmadığı ya da mantıksal olanaksızlığı değil, içgüdünün dayattığı bu davranışın ussallığı; bu davranışın her zaman ve zorunlu olarak kendi yaşamına son vermektense daha akılcı olup olmadığıdır.⁹ Çünkü bilindiği gibi özkıyım bir seçimdir. Bu bir ruh hastalığının ifadesi olduğu zaman bile hastalığın etkisi dolaylıdır. Hastalık, seçimin dayandığı nedenlerin gerçekte olduklarından daha zorunlu görünmelerini sağlayarak bunu yapar. Dolayısıyla bir bireyin kendini öldürme nedenleri ussal olarak onu bu eylemde bulunmaya (daima ve doğaları gereği) zorlayıcı nitelikte değilse, bu bireyin özkıyım arzusu her zaman ve zorunlu olarak ruh hastalığının bir ifadesidir.^{13,14}

Bu durumda doğal dışsal bir kaynağın ölümü istemede belirleyici olamayacağı açıktır. Bir başka deyişle, özkıyımın hiçbir türüne değer yükünden arınmış nesnel bir dayanak bulunamaz. O halde varoluşçu model dışında bir dayanağımız bulunmuyor. Ancak buradaki sorun da, özkıyımı tümüyle bireysel bir seçim durumuna getirmesidir. Bu yaklaşımda özkıyım tümüyle kişisel değerlere dayalı, neredeyse tartışılmaz bir karar durumuna gelmekte, dolayısıyla bireyin kararının ussallığını sorgulama olanığı kalmamaktadır. Ayrıca varoluşçular ölümün, doğanın anlamsızlığının şahikası olduğunu ve insanın yaşamını anlamlandırmak için sahip olduğu insan özgürlüğüne ve kapasitesine sınır getirdiğini düşünerek de özkıyımı otantik olmayan bir davranış olarak eleştirmektedirler.¹⁵ Dolayısıyla bireyin özgürce yaşamını sonlandırmayı seçmesi, onun kendi özgürlüğünü yok etmesi ve saçmalığa yenilmesi anlamına gelmektedir. Oysa bireyin absürditeye isyan etmede başarısızlığa uğrayarak kendini öldürmesi, yaşamayı seçmesinden daha geçersiz bir özgürlük kullanımı değildir.¹⁶ Aristoteles'in, özkıyımı bir tür korkaklık olarak görüp eleştirmesiyle, varoluşçuların onu özgürlüğü kullanmada başarısızlık olarak görüp eleştirmeleri arasında fark yoktur; her ikisi de değer yargılarına dayanmaktadır. Eğer yaşam değer yargılarından oluşuyorsa ve otantisite bu gerçeğin farkında olarak yaşamaksa neden "korkaklığı" bir değer olarak benimseyip otantikliğe ulaşmayalım. Sonuç olarak her durumda yaşamı sona erdirmenin ona yüklenen değerle, dolayısıyla da bireysel değerlere dayalı bir seçimle ilişkisi vardır.

Kuşkusuz yaşamımızı anlamlı kılan her şey bize için değerlidir. Yaşamı nesnel olarak arzu edilir ya da edilemez yapan şeyler vardır. Örneğin geleceğe yönelik amaçlar ve projeler yaşamı sürdürmeye yönelik arzuyu arttırıcı nesnel etkenlerken, sürekli ve şiddetli ağrı, ciddi yetersizlikler bu arzuyu azaltıcı etkenlerdir. Gerçi yaşamı sürdürmek için duyulan arzuyu arttırıcı etkenlerin hiçbiri yokken ya da azaltıcı etkenler varken de bireyde akılcı bir yaşama arzusu bulunabilir; bunun nedeni gelecekte her şeyin daha iyi olacağına dair akılcı gerekçelere dayalı olarak beslenen umuttur. O halde tüm özkıyımların temel motivisi umutsuzluktur. Bu durumda sorumuz "özkıyım akılcı olabilir mi?" sorusundan, "bu tür bir umutsuzluk haklı çıkarılabilir mi?" ye dönüşmektedir. Bu sorunun yanıtı bazı durumlarda "evet"tir. Ancak bazı durumlarda, Roma'lı Stoik filozof Seneca'nın deyimiyile "ölmeye duyulan güçlü bir arzu" ve "yaşamdan çok nefret etme", bireyin yaşamını haklı çıkarılmayacak kadar değersiz bulması sonucu doğurur ki, bunu daha çok psikiyatrik bir bozukluğa yormak olanaklıdır.¹⁷ Örneğin yaşamda değerli hiçbir şey yapamayacağını düşündüğü için yaşamına son vermeye karar veren birisinin klinik depresyonda olduğundan söz etmek mümkündür. Bunun nedeni özkıyım eğilimli olması değil, kendi kapasitesiyle ilgili aşırı olumsuz algısını ussal olarak haklı

çıkarmanın mümkün olmamasıdır. Eğer uslamlama onu böyle bir sonuca götüremiyorsa, bu duygular onun kendi denetimi dışında bir nedene dayanmalıdır ki, bu da pekala patolojik bir etken olabilir.⁹

Bu durumda ölümü seçmek ya da yaşama isteğini kaybetmek psikiyatrik bir tanı grubuna uymaktan çok, ardındaki motivasyonla ilgilidir. Dolayısıyla belirli bir vakada yaşama ilişkin umutsuzluğun, patolojik bir belirti mi, yoksa nesnel olarak kötü bir duruma karşı gösterilen tümüyle akılcı bir tepki mi olduğunu araştırmak gerekir. Bir psikiyatrik tanı, o tanıyı alan kişinin motivasyonunun akılcı olmadığına ilişkin güçlü kanıtlar sunabilirse de, tanı kategorileriyle akılcı olmayan motivasyonlar zorunlu bir koşulluk içinde değildirlir.

Psikiyatrik Ötanazi ile İlgili Etik Sorunlar

Biyotetik bağlamında özkıyım ve ötanaziye bazı açılardan açıklık getirilebilir.

A) Yeterlik: Ölmeyi isteyen bir kişinin böyle bir kararı vermek için yeterliğinin olup olmadığını saptamak önemlidir. Özgür toplumun bir gereği olarak özerklik ilkesi, bireylerin kendi yaşamlarını ilgilendiren kararlarına olanaklar ölçüsünde saygı göstermeyi gerektirir. Ancak bu kararların yetişkin bir bireyin mantığının ürünü olması gerekir. Tıbbi tedaviye onam vermek de bu yeterliğin bir fonksiyonudur.¹⁸ Yeterlik 3 temel bilişsel yeteneğin varlığına bağlıdır. Bilgiyi kavrama ve hatırlama yetisi, bilgiyi kabul etme yetisi, bilgiyi dengeli bir biçimde değerlendirip bir karara ulaşma yetisi. Bu yetilerin nasıl değerlendirilebileceği konusu soru işaretlidir.¹⁹ Ancak bir ruhsal hastalığın varlığı tek başına yeterliğin bulunmadığı anlamına gelemez. Hatta son yıllarda usdışılığın bile, yeterliğin olmadığına dair bir kanıt olabileceği, ancak tek başına yeterliğin bulunmadığı kararını verdiremeyeceği yönünde bir uzlaşma söz konusudur.⁹

Herhangi bir ruh hastalığı bulunan kişinin (ki tanım gereği bu, kişinin düşünce sağlığını etkileyecektir) yeterli sayılamayacağı yönündeki görüş, ölümcül hastalığının son evresinde bulunan hastaların ötanazi isteklerini geçerli saymamaktadır. Çünkü bu bireylerin hemen hepsinde en az bir ruhsal hastalık, yani depresyon bulunmaktadır.²⁰ Oysa psikiyatrik hastalık tanı kategorilerinin bu denli genişlediği ve sağlıklı yaşamla sınırlarının belirsizleştiği günümüzde benzer savları her birey için ileri sürebiliriz.²¹

Yeterlikle özkıyım arasındaki ilişki özkıyım eğilimi açısından da önemlidir. Özkıyım düşüncesinin tek başına ruh hastalığının kanıtı sayılması ve ruh hastasının mutlak yetersizliğinin kabul edilmesi, özkıyım düşüncesi olanları ilk elden yetersiz kabul eder ki, bu kabul akılcı özkıyım kavramını reddeder ve psikiyatriste bütün olanakları kullanarak her türlü özkıyım engel olması biçiminde bir etik ödevi dayatır.²² Bu arada psikotik hastaların ve süre-

ğen/yineleyici ruh hastalıklarına sahip olanların ötanazi istekleri önemli bir sorun yaratmaktadır. Bu kişilerin de süreğen ve giderilmeyen acılar içinde olabildikleri bilinmektedir. O halde denilebilir ki fiziksel rahatsızlığı nedeniyle acı çeken ve ötanazi isteyen bir hastada yeterlik değerlendirmesi tanıdan ve belirtilerden farklı ve ayrı bir değerlendirmeyken, ruhsal rahatsızlığı nedeniyle aynı durumda olan bir hastada bu değerlendirme tanımın ve belirtilerin integralidir. Öyle ki kimi zaman onların ölümü istemelerine yol açan duygular ve yaşantılar, aynı zamanda bunun için kendilerine izin verilmemesinin de nedeni olmaktadır.²²

B) Yapma – yapmama: Bu kavram çifti pasif ötanaziye temellendiren kavram çiftidir. Ölümcül fiziksel hastalıklarda bu ayrım açıktır. Etkin bir eylemde bulunmak hastayı öldürmek anlamına gelirken, eylemde bulunmama, olayların kaçınılmaz doğal sürecine karşı herhangi bir girişimde bulunmayarak hastanın ölmesine izin vermek anlamındadır.²³

Felsefi açıdan bakıldığında, ölüme terk etmekle öldürmek arasında anlamlı bir fark görülmemektedir. Farkı yaratan toplumla birey arasındaki uzlaşıdır. Toplumun görevi yaşamı korumaktır; o halde öldürmek genel olarak kötü bir şeydir. Ancak tedaviyi kesmek öldürmek değildir. Hastayı öldüren hastalık sürecidir; sağlık hizmetini sunmakla yükümlü olan birey değildir. Bir başka deyişle hasta da, sağlık çalışanı da doğayı kendi seyrine bırakmaktadır. Bu sav yeterince iyi temellendirilemez; daha başka savların desteğini gerektirir. Çünkü örneğin bakıma muhtaç bir çocuğu beslemeyip onu doğanın seyrine bırakırsak, bu bir cinayet olur.⁴ Destekleyici bu sav niyetle ilgilidir. Tedaviyi keserken bizim amacımız/niyetimiz hastayı öldürmek değil, doğaya “karşı” girişimde bulunmaya son vermektir. Örneğin hastayı solunum aygıtından ayıran hekim, onun ağzını, burnunu elleriyle tıkayıp solunmasını engellemeye çalışmamaktadır.⁴ Eğer hasta kendiliğinden yeterli oksijen almayı başarabilirse, onu öldürmek için ileri bir çaba harcamayacaktır. Ayrıca bireyin kendisine yük getirdiğini düşündüğü tedaviyi reddetme hakkı vardır; ve bu durumda ne hekim hastayı öldürmüş sayılır ne de hasta özkıyımında bulunmuş kabul edilir.²⁴ Ancak bu sav felsefi geçerlilikten çok, toplumsal bir uzlaşmaya dayanmaktadır.

Oysa özkıyımın önlenmesi söz konusu olduğunda bu ayrım geçerliliğini yitirmektedir. Çünkü özkıyımda hekimin herhangi bir girişimde bulunmaması basit bir edilgin tutum değildir. Önlenebilir bir öldürme eylemine izin vermektir. Bu durumda hekim, bireyi ölümden kurtaracak eylemi yapmayarak ölüme izin veren değil, bireyin (kendisi tarafından olsa bile) öldürülmesine izin veren konumdadır.⁸

C) Çift etki: Bu kavram, sonucu aynı olan davranışı bir niyete göre etik açıdan olumlu, bir başkasına göre o-

lumsuz bulmayı ifade eder. Örneğin fiziksel acılar içindeki bir hastaya onun hayatını kısaltacağını bilerek yüksek doz morfin vermekle, onu öldürmek amacıyla yüksek doz morfin vermek arasında gözetilen ayırım böyle bir durumdur. Ancak niyet yalnızca eylemde bulunmanın usunda varolduğu için değerlendirilmesi güçtür.²⁵

D) Olağan tedavi – olağanüstü tedavi: Bu bakımdan da fiziksel hastalıklar açısından

daha belirgin bir ayırım yapılabilirken, psikiyatrik hastalıklar açısından durum karmaşıktır. Fiziksel hastalıklar için olağan tedavinin sıradan, ucuz ve invaziv olmayan; olağanüstü tedavinin ise deneysel, karmaşık, pahalı ve sonuçta ciddi yan etki gösterme riski yüksek olan tedaviler olduğu söylenebilir.²⁶ Oysa psikiyatrik hastalıkların tedavisi genellikle olağan olmakla birlikte, hastaya uygulanması gereken kısıtlamalar olağanüstüdür. Kimi zaman hastayı özkıyımdan alıkoymak için, kölelikte bile bulunmayan kısıtlamalar getirilebilmektedir. Szazs “bir köle isteğine karşın ancak çalıştırılabilir, bir ruh hastası ise yaşamaya zorlanmaktadır” demektedir.²⁷

E) Hastalığın ölümcül olma niteliği: Fiziksel hastalıklarda gönüllü ötanazi, özellikle de etkin ölüm yardımı savunulurken ileri sürülen bir sav da, böyle bir yardımın hastayı öldürmek anlamına gelmeye, ölüm sürecini kısaltma anlamına geldiğidir.²⁸ Gerçi ölümcül hastalığın hangi aşamasında bu ölçütün kullanılmasının haklı çıkarılabileceği tartışmalıdır; ancak kavrama düzeyinde yine de bir nokta saptanabilir gibi görünmektedir. En azından “her tek durum için bunu ayrıca saptayabiliriz” biçiminde bir sav ileri sürülebilir. Psikiyatrik hastalıklarda ise böyle bir durum yoktur. Her ne kadar psikiyatrik hastalıklarda özkıyım oranının genel topluma göre yüksek olduğu istatistiksel olarak ortaya konulabilirse de bu, onların ölümcül sayılması gerektiğini ortaya koyan ontolojik bir kanıt olmaktan uzak, zayıf bir temellendirmedi.

Bu konuya başka bir açıdan yaklaşıldığında ölümcül olmayan, ancak derin acı ve ıstırapla seyreden umutsuz vakalarda gönüllü ötanaziyi savunmak için daha ciddi bir dayanağın söz konusu olduğu söylenebilir. Çünkü ölümcül hastalıklarda çekilen acının süresi ölümün gerçekleşmesiyle bitecek sınırlı bir süredir; oysa ölümcül olmayan hastalıklarda böyle bir durum söz konusu değildir.

F) Eylemde bulunma yetisi: Biyoetik alanında çalışan bazı düşünürlere göre, yardımcı özkıyım ve ötanazi, yalnızca yardımsız olarak özkıyım eylemini gerçekleştirecek fiziksel yetkinlikten yoksun olanlar için bir seçenek olabilir. Onlar için özkıyım yardımcı özkıyımdan, yardımcı özkıyımsa ötanaziden daha yeğlenir uygulamalardır.⁴ Bu ayırım eylemler arasındaki mutlak bir ahlâksal farktan kaynaklanmamaktadır. Niyet ve sonuç tüm durumlarda aynıdır, ancak bireyin özgür eyleme düzeyi, yani gerçekleştirme anında ölümün gerçek bir gönüllülüğe dayandığına

ilişkin kesinlik derecesi aralarındaki ayırımı yaratmaktadır. Aynı yazarların kanısı, fiziksel olarak yeterli kişilerin ölüm yardımı istemesinin gerçek bir ölüm isteğini dile getirmekten çok, bir yardım çılgılığı olduğudur. Bu cümleden yola çıkarak, fiziksel yeterliği bulunan ruh hastalarında da yardımcı özkıyım ve ötanazi yanlıştır, gereksizdir ve savunulamaz. Ölmek isteyen hasta başarılı bir özkıyım eyleminde bulunarak bunu kendisi gerçekleştirmelidir. Buna karşı çıkan görüş, ruh hastalıklarının özkıyım girişiminde bulunmak için gereken fiziksel yeterliği ortadan kaldırmamakla birlikte, başarılı bir özkıyım eylemini gerçekleştirmek için gereken planlama ve idare yeteneğini etkilediğidir. Bu durum olumlu ya da olumsuz bulunabilir. Böyle hastalarda yalnız ve zor bir ölüm, başarısız bir özkıyım denemesinin yol açtığı sakatlıklar söz konusu olabilir.⁴

Sonuç

Şurası bir gerçektir ki tüm özkıyım girişimleri (özkıyımın bizzat kendisi ruhsal hastalık olarak kabul edilmedikçe), psikiyatristlerin tanı koyabildikleri ruhsal bozuklukların sonucunda ortaya çıkmamaktadır. Kişinin tanısı konulmuş bir ruhsal hastalığı olsa bile bu, her zaman ölme isteğiyle neden-sonuç ilişkisi içinde olmayabilmektedir. Ayrıca tanı aldıkları durumda da varolan ruhsal hastalıklar her zaman kolayca tedavi edilememekte, bazen tedavi tümüyle başarısız olmaktadır. Bu durumda psikiyatrik ötanazi ile ilgili temel sorunlardan bir başkası ortaya çıkmaktadır. Bu da Dr. Chabot olayında da açıkça görüldüğü gibi, ruh hastalıklarında doğru tanı, ve sonlanımla ilgili öngörüler konusunda tam bir güvenliğin olmayışı, kimi zaman ruhsal acının sürekli oluşudur.²⁹ Bu durumları göz önüne aldığımızda, psikiyatrik bir hastalık nedeniyle ötanazi kararı vermek (ya da vermemek) daha katı kurallara dayalı olmak zorundadır.

Psikiyatrik hastalara ötanazi (ya da hekim yardımcı özkıyım) hakkı tanıyan Hollanda uygulamasında da olduğu gibi, ölme isteğinin sürekliliği, kişinin özgür istemesine dayanması ve iyi düşünülmüş olması yanında tedavi seçeneklerinin denenmiş ve başarısız olmuş bulunması, hastanın çektiği ıstırapın kabul edilemez olması ve ortadan kaldırılamaması, son olarak da hastanın bağımsız, başka bir psikiyatri uzmanı tarafından da incelenip kararın onaylanması temel kurallar olarak kabul edilse de etik açıdan yeterli değildirler.¹⁴ Bu yetersizliğin nedeni psikiyatri uğraşının niteliğine bağlıdır. Özellikle istemenin özgürlüğü, iyi düşünüp akılcı yargı oluşturmanın olanaklılığı ve psikiyatrik tedavilerin sonlanımı konusundaki belirsizlik bu yetersizliğin temel nedenlerini oluşturmaktadır.

Ancak tüm bu değerlendirmenin sonucunda çelişkinin, sıklıkla savunulduğu gibi psikiyatristlerin özkıyımı önleme ödevleriyle, psikiyatrik ötanaziyi benimseme eği-

limleri arasında olmadığı ortaya çıkmaktadır. Çünkü ölüm isteğinin ruhsal hastalık tanısı için tek ve yeterli ölçüt olarak kabul edilemeyeceğini kanıtladığımızda, psikiyatrik ötanaziyle öteki fiziksel hastalıklara bağlı olarak talep edilen ötanazi arasında ahlâksal açıdan anlamlı bir fark kalmamaktadır. Bu durumda psikiyatrik anlamda tedavisi gereken özkıymımla ötanazi arasında temel bir ayırımı varmak mümkün olmaktadır.

Çözülmesi gereken sorun, psikiyatrik hastaların ötanazi (ya da hekim yardımıyla özkıymım) taleplerini güvenli biçimde değerlendirmeye olanak sağlayacak bir değerlendirme ölçütünün oluşturulmasıdır. Bu ölçütün tek tek durumlar bazında kullanılması ve belirli bir anlayışın oluşturulması için çaba gösterilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Leeman CP. Depression and right to die. *General Hospital Psychiatry* 1999;21:112-5.
2. Öz F. Ötanazi. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi* 1998; 6(1):40-7.
3. Müller – Hill B. Psychiatry in the Nazi era. In: Bloch S. Chodoff P. *Psychiatric Ethics*. 2nd edition. New York: Oxford University Press; 1993. p.461-72.
4. Burgess S. Hawton K. Suicide, euthanasia and the psychiatrist. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology (PPP)*, 1998;5(2):113-26.
5. Schoevers RA, Asmus FP, Van Tilburg W. Physician-assisted suicide in psychiatry: Developments in the Netherlands. *Psychiatric Services* 1998;49(11):1475-80.
6. Groenewoud JH. ve ark. Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. *New England: Journal of Medicine* 1997;336(25):1795-801.
7. Haverkate I. Van der Wal G. Policies on assisted suicide in Dutch psychiatric facilities. *Psychiatric Services* 1998;49:98-100.
8. Demirdöven İH. "Euthanasia" ve "hak" üzerine. 3P- *Psikiyatri Psikoloji Psikiyatrik Dergisi* 1996;4(Ek Sayı 3):17-9.
9. Matthews E. Choosing death: Philosophical observations on suicide and euthanasia. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology (PPP)* 1998;5(2):107-11.
10. MacIntyre A. *A Short History of Ethics*. 14th edition. London: The MacMillan Company; 1995.
11. Kugaya A. ve ark. Successful antidepressant treatment for five terminally ill cancer patients with major depression, suicidal ideation and a desire for death. *Support Care Cancer* 1999;7:432-6.
12. Kant I. *Prolegomena (Çeviren İonna Kuçuradi)* 2. baskı. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları; 1995.
13. Lifton I. Kettl P. Suicidal ideation and the choice of advance directives by elderly persons with affective disorders. *Psychiatric Services* 2000;51(11):1447-9.
14. Kissane DW, Kelly BJ. Demoralisation, depression and desire for death: problems with the Dutch guidelines for euthanasia of the mentally ill. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000;34:325-33.
15. Geçtan E. *Varoluş ve Psikiyatri*. 4. basım. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1994. s.169-79.
16. Küçük M. Menzilin peşinde düşe kalka. *Düşünen Siyaset* 1999;4:47-56.
17. Seneca. *Ahlâki Mektuplar [Epistulae Morales] Kitap I-XX (Çeviren: Türkân Uzel)*. 2. baskı. Ankara: Türk Tarih Kurumu Yayını; 1999. s.182-90.
18. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 4th edition. New York: Oxford University Press; 1994.
19. Oğuz NY. *Psikiyatride Onam ve Aydınlatılmış Onam: Etik, Hukuk ve Bilim Açısından*. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Ankara. 1994.
20. Sullivan MD, Youngner SJ. Depression, competence, and the right to refuse lifesaving medical treatment. *American Journal of Psychiatry* 1994;151:971-8.
21. Güvercin CH, Oğuz NY. Yaşamın tıplaştırılması. *Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kongre Kitabı*. 1. baskı. Bursa: F. Özkan Matbaası; 2003. s.555-8.
22. Swisher KN. Implementing the PDSA for psychiatric patients: A common-sense approach. *The Journal of Clinical Ethics* 1991;2(3):199-205.
23. Oğuz NY. Tıp etiği açısından ötanazi. 3P (Psikiyatri-Psikoloji-Psikofarmakoloji) 1996;4(Ek sayı 3):5-8.
24. Singer P. *Practical Ethics*. 3rd edition. Westford: Cambridge University Press; 1981. p.127-57.
25. Marquis DB. Four versions of double effect. *The Journal of Medicine and Philosophy* 1991;16:515-44.
26. Capron AM. Professional and Public Policies in Death and Dying: Euthanasia and Sustaining Life. In: Warren Reich, ed. *Encyclopedia of Bioethics*. Revised edition. New York: MacMillan; Vol. I. 1995. p.577-88.
27. Szasz TS. *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. 1st edition. Paladin. 1975.
28. Abaan S. Ötanazi: Hastalarımıza borcumuz mu? *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi* 1997;5(2):92-6.
29. Bursztajn HJ. Feinbloom RI. Hamm RM. Brodsky A. *Medical Choices, Medical Chances*. 2nd edition. New York. Routledge. 1990.