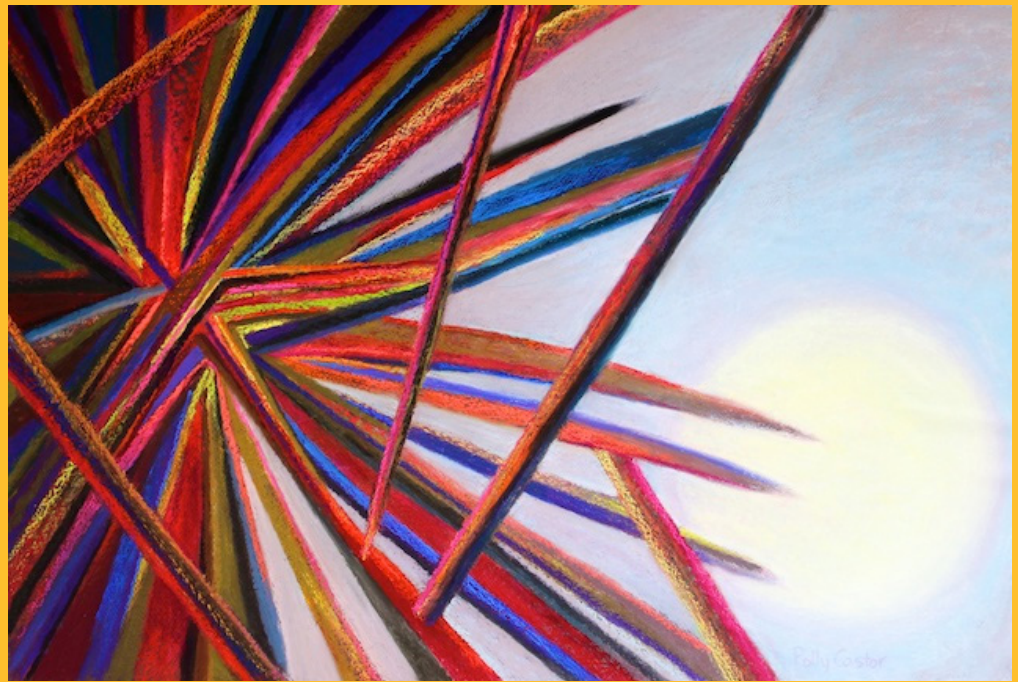




TÜRKİYE
PSİKİYATRİ
DERNEĞİ

Bülteni

CİLT 21 | SAYI 2 | 2018



Dosya: Kaldırım taşının ardından...

- PSİKİYATRİ DÜNYASINDAN
 - Bozulmuş Önem Atfetme
- ASİSTAN HEKİM KOMİTESİ'NDEN HABERLER
- GENÇ PSİKİYATRİSTLER KOMİTESİ YOLA ÇIKTI
- GÖZÜMÜZE TAKILANLAR
- HABERLER VE BASIN AÇIKLAMALARI
- KAYBETTİKLERİMİZ

Değerli Meslektaşlarım,

Bülten elinize ulaştığında yeni MYK olarak görev süremizin altı ayını neredeyse doldurmuş olacağız. Bu sürede olağan gündemi takip ederken aynı zamanda çalışma birimlerimizin daha verimli olabilmelerini sağlamak üzere bazı değerlendirmeler yapıyoruz. Tabii ki en önemli gündemlerimizden birini Ruh Sağlığı Yasası oluşturuyor. Bu çerçevede diğer meslek örgütleri ile işbirliği yapmaya çalışıyoruz. Türk Psikologlar Derneği ile görüşmelerimiz oldu ve Ruh Sağlığı Yasası dışında da bazı alanlarda işbirliği yapabileceğimizi gördük. Önümüzdeki akademik yılda bazı ortak çalışmalar planlıyoruz. Kongreler derneğimizin önemli faaliyet alanlarından biri. Geri bildirimler doğrultusunda ulusal kongrelerimizi şehir merkezlerinde yapmaya başladık. İçerik ile ilgili de bazı zorluklar olduğunu hepimiz biliyoruz. Kongrelerin nasıl değişmesi gerektiğini tartışacağımız bir çalıştay yapacağız. Ayrıca UPK forumunun konusunu "TPD Kongreleri" olarak belirledik. Kongrelerimizin verimliliğini artırmak için herkesi foruma katılmaya ve katkı sunmaya davet ediyoruz. Maalesef iki dönemdir en önemli sorunlarımızdan birini meslektaşlarımızın kanun hükmünde kararnemelerle aniden işlerini kaybetmeleri oluşturuyor. Bu dönemde de biri derneğimize çok emeği geçen, dört yıl MYK üyeliği yapan ve halen İzmir Şube Başkanlığı görevini sürdüren Doç. Dr. Halis Ulaş olmak üzere üç meslektaşımız işlerinden oldular. Şiddet içermeyen beyanların ifade özgürlüğü çerçevesinde değerlendirilmesi gerekliliğinin altını çizerek, bu ve benzeri haksız uygulamaların adalet duygusunu sarstığını bir kez daha vurgulamak isteriz.



Bültenimizin 2012 yılı 12/3. sayısının sunuş yazısında Tunç Alkın şiddet haberlerinin neredeyse sıradanlaşmasından bahsetmiş. Ne yazık ki artık şiddet haberleri gerçekten sıradanlaştı ve bültenin bu sayısının ana temasını "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet" oluşturuyor. Artık neredeyse ölüm ya da ağır yaralanma olmazsa sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemleri, haber bile olmuyor. Sözel şiddet veya düşük yoğunluklu şiddet, sağlık çalışanlarının hayatlarının kanıksanmış, gündelik bir parçası haline geldi. Şiddetin bildirimindeki düşüklük, özellikle şiddet sonrası saldırganla sağlık görevini vermekten çekilmeme oranlarındaki artışlar bunu net olarak ortaya koyuyor. Hatta son zamanlarda basında çıkan haberlerde şiddet ile görevini yaptırmaya zorlama örneklerine sıklıkla rastlıyoruz. Şiddet bir yana, hizmeti alan ile veren arasında iletişim sorunları olduğunda bile hizmetin verimliliğinden bahsetmenin mümkün olmadığını biliyoruz. Ancak hastane yöneticilerinin şiddet olaylarını sahiplenmemesi, şiddeti uygulayan ile sağlık çalışanını doğrudan karşı karşıya getiren sistem ve yargı ile ilgili sorunlar, çalışanı bir an önce bu sarmalın içinden çıkmaya zorluyor. Böylece verilen sağlık hizmetinin kalitesi düşüyor, hem hizmeti üreten hem de hizmeti alan açıkça zarar görüyor.

Sağlık çalışanlarına yönelen şiddeti, şiddetin diğer türlerinden ayrı düşünmek mümkün değildir. Hayvana yönelik şiddet, cinsel şiddet, aile içindeki şiddet de benzer şekilde daha sık gündemimize geliyor. Bölme, her türlü şiddetin en önemli dinamiklerinden biridir. Bu nedenle şiddet ile mücadele ederken kimi zaman ne yazık ki farkında bile olunmayan önyargılar ve ayrımcılık konusunda gereken hassasiyeti göstermeliyiz. Maalesef ülkemizin içinde bulunduğu fiili olağanüstü hal ve ekonomik zorlukların bölmeyi, dolayısıyla önyargıları ve ayrımcılığı daha çok artıracığını söyleyebiliriz. Şiddetin de artması şaşırtıcı olmayacaktır. Bu çerçevede en az kendimizi anlatmaya çalışmak kadar başkasını anlamaya vereceğimiz önem, tepkimizi daha verimli kılacaktır. Eylemlerimizi, genellemelerden kaçınarak, sağlık hizmeti alanlarla sağlık hizmeti verenlerin bütünlüğünü vurgulayarak şekillendirmeliyiz. Öncelikle, yöneticileri etkin müdahaleye davet etmeli, sorumluluklarını gündeme getirmeliyiz. Bıkmadan usanmadan gerçeklerin örtülemeyeceğini, "mış gibi yapmanın" hiçbir zaman işe yaramayacağını, yanlışların bedellerinin eninde sonunda hepimizin canını acıtacağını ve ümidin sadece bilim ve sanatta olduğunu anlatmaya çalışmamız gerekiyor.

Derneğimiz, kurulları, çalışma birimleri, komiteleri ve görev gruplarıyla üretimde bulunarak varlığını sürdürmeye, taş üstüne taş koymaya çalışıyor. Derneğe katkısı olan tüm üyelerimize destekleri için binlerce kez teşekkür ederiz.

İzmir'de görüşmek üzere...

Prof. Dr. Ömer Böke

Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Başkanı



TÜRKİYE
PSİKİYATRİ
DERNEĞİ

Bülteni

ISSN 1308 - 3279

CİLT 21 | SAYI 2 | 2018

Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni
Yılda 2 sayı yayımlanır. Üyelere ücretsiz olarak ulaştırılır.

Türkiye Psikiyatri Derneği adına sahibi
Ömer Böke

Yazı İşleri Müdürü
Hikmet Ekin Sönmez Güngör

TPD PETEK Yayıncılık Kurulu
Hatice Özdemir Rezaki, Ebru Aldemir,
Ersin Uygun, Ekin Sönmez,
Ömer Aydemir, Aruz Bozkurt,
Kerem Laçiner

Yazışma ve iletişim adresi:
Tunus Cad. No. 59/5,
Kavaklıdere, Ankara
Tel: 0-312 468 74 97
Fax: 0-312 426 04 53

Bülten ile ilgili iletişim için:
Ekin Sönmez
e-posta: ekinsonmez88@gmail.com

Kapak Görseli:
Polly Castor
Şiddet'ten Umuduma (Yeni Soyut Pastel)
<http://pollycastor.com/>

Yayın Hizmetleri
BAYT İtd. Şti.
Ziya Gökalp Cad. 30/31
Kızılay, Ankara
Tel: 0-312 431 30 62
www.bayt.com.tr

Basım Yeri
Miki Matbaacılık Ltd. Şti.
Matbaacılar Sanayi Sitesi
1516/1 sok. No: 27
Yenimahalle, Ankara
Tel: 0-312 395 21 28

Basım Tarihi: Eylül 2018

Kaldırım taşının ardından...



Haberler yoğun... Haberler sarsıcı... Yayıncılık Kurulu olarak TPD Bülteni'nin 2018 ikinci sayısına hazırlanırken yine meslektaşlarımıza, çalışma arkadaşlarımıza saldırı haberleri geldi. Yine ülkenin uzak köşelerinde çalışmayı sürdüren sağlık çalışanları şiddet görmüşlerdi Kimilerimizin öğrencisi, kimilerimizin hocası, kimilerimizin dönem arkadaşının karşılaştığı zor durumlara aldırılmazlık edemezdik. Olanları yok sayamazdık. Hele her gün benzer sahneler düşük yoğunlukta da olsa tekrar tekrar gözümüzün önünde yaşanıyorsa... Evet, sanki düşük yoğunluklu bir savaş sürüyor denebilir bugünkü sağlık ortamında. Kanıksamak, üstünü örtmek bu şiddetin bir başka biçimi olacaktı. Şiddet gündemdeyse, TPD Bülteni'nin gündeminde yer almalıydı.

Sağlıkta şiddet ne yazık ki yeni bir durum değil, uzun yıllardır çözüm bekleyen, kronikleşmiş bir sorun. Ancak toplumsal olarak şiddet tırmandıkça, sağlık ortamında şiddetin de artış gösterdiği belirtiliyor. Öte yandan ruh sağlığı alanı, doğası gereği birçok nedenle şiddete yatkın bir ortam olduğundan mıdır nedir, şiddet bizlere tanıdık bir sorun. Tanıdık bir sorun olsa da, her şiddet haberiyle sarsılmamak olanaksız. Konunun hâlâ düzenlenmemiş bir yasal çerçevenin eksikliği ile olduğu kadar, günümüzün kısırlanmış sağlık talebi, hizmet planlamasındaki sorunlar ve elbette sağlık sisteminin yapısal sorunları ile de ilgisi bulunuyor. Dünya Sağlık Örgütü, tüm sağlık çalışanlarının %8'i ile 38'i arasında şiddete maruz kaldığını bildiriyor. Ancak TTB Merkez Konsey üyesi Prof. Dr. Gülriz Erişgen'in dediği gibi Türkiye'de şiddete yaklaşım farklı. Konu ile ilgili az sayıda yapılan çalışmada, sözlü şiddet de dahil edildiğinde yaygınlığın %50'lere varabildiği görülüyor. Elbette çoğu şiddet olayının bildirilmemiş olduğu notu her zaman düşülüyor. Şiddetin kabul edilmezliğini bırakın, yer yer en üst makamlarca meşrulaştırıldığını duymak bizleri şaşırtmaz hale geldi. Bugün Türkiye'de sağlık kurumları çalışanlar için gün geçtikçe daha tehlikeli, güvensiz, huzursuz ortamları ifade ediyor. Çözüm için sorunun kaynağını tartışmak, gerekli düzenlemeleri örgütlü bir biçimde talep etmek gerekiyor. Psikiyatri, şiddet konusundaki bilimsel ve örgütsel birikimiyle bu konuda en önemli rolü oynayacak tıp dallarının başında geliyor.

Bununla birlikte, hatırlamayı ve hatırlatmayı, kendi içimize bakmayı, deneyimlerimizi paylaşmayı ihmal etmemek gerektiğini düşündük. Asistan, genç uzman, kıdemli uzman, farklı kuşakların dile getirdikleri ortak noktanın sessiz kalmamak, kabullenmemek olduğunu görüyoruz. Dosyanın bu sese bir katkı olmasını, bu paylaşımların birlikte şiddetsiz bir toplum ve sağlık ortamı için mücadele etmek açısından bizleri güçlendireceğini umarak, bugünün Türkiye'sinde iyi hekimlik, iyi insanlık değerlerinde ısrar etmenin zor ama mümkün olduğunu bilerek, iyi okumalar...

Şiddet Sona Ersin

Dr. Gülriz ERİŞGEN

Türk Tabipler Birliği Merkez Konsey Üyesi

Sağlık Bakanlığının beyaz kod kayıtlarına göre her gün ortalama 30 sağlık çalışanı şiddete maruz kalmaktadır. Aslında bu sayının çok daha fazla olduğunu, ne yazık ki “hafif” olayların artık kayıtlara bile girmediğini biliyoruz. Şiddet sağlıkta hizmetin sunulduğu hemen her alana, aile sağlığı birimlerinde yoğun bakımlara kadar yayılmıştır. Şiddetin şiddeti de artmıştır. Sözel şiddet olağanlaşmış, kaldırım taşları kafalarda kırılmaya başlanmış, hastanede çalışanların gözü önünde hastaları katledilmiştir.

Sağlıkta şiddet olaylarına hemen her toplumda rastlanmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının kaygı düzeylerinin yüksek olması, sağlık hizmetinin sunumunda güçlüklerin çok olması sözel ve zaman zaman fiziksel şiddete yol açabilmektedir. Birçok ülkede hastanelerde, özellikle şiddet olaylarının sık yaşandığı acillerde hasta ve yakınlarının kaygılarını azaltacak, hizmet sunumunu kolaylaştıracak koşullar sağlanmakta, güvenlik önlemleri alınmamakta, caydırıcı yasal düzenlemeler yapılmaktadır. Deneyimler, sağlık hizmeti sunulan alanlarda, şiddetin kabul edilemez olduğu kabul ettirildiği zaman şiddetin azaldığını göstermiştir.

Ancak Türkiye’de şiddete yaklaşım farklıdır. Şiddeti kutsayan, baskıcı politikalar ve gericileşme sonucu şiddet toplumda hızla yayılmaktadır. Bu yönü ile sağlıkta şiddetin artışı kadına, çocuğa ve hayvana şiddet ve tacizle ilişkilendirmek mümkündür. Diğer yandan sağlıkta uygulanan politikalar da şiddete yol açmaktadır.

AKP hükümetlerinin uyguladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlığı piyasa koşullarına terk etmiştir. Hasta-hekim ilişkisi işletme-müşteri ilişkisine dönmüştür. Amaç sağlıklı bir toplum değil, çok hastalanan ve üzerinden para kazanılan toplumdur adeta. Sağlık hizmet sunumunda önemli düzenlemeler yapıldığı, artık doktor kapılarında beklenmeyeceği, istenilen her doktora gidileceği, ücret ödenmeyeceği beklentisi oluşturulmuştur. Oysa gerçek farklıdır. Hekimler, patron ve müşteri memnuniyeti için daha çok hasta bakma, işlem yapma baskısı altındadır. Kışkırtılmış talep nedeni ile hastaların tanı, tedavi ve bilgilendirilmesine ayrılan süre kısalmış, hizmeti niteliği düşmüş, hekim yorulmuş, tükenmiştir ve hasta-hekim iletişimi çok yara almıştır.

Hekimin gözünün hastanın cebinde olduğunu iddia edilirken çeşitli alanlarda hastalardan tahsil edilen katılım payları ile cepten ödemeler artmıştır. Finanse edilmeyen ve ulaşılmayan sağlık hizmeti hasta ve hekimi karşı karşıya getirmektedir.

Bir taraftan da hekimleri ve sağlık çalışanlarını itibarsızlaştırma sürmektedir. Doktor efendi dönemi bitmiştir. Bakanlık müsteşarı özveri ile çalışan binlerce hekimi bir anda silip



nitelikli 1500 hekim var diyebilmektedir. Basında sık sık bakanlığın hekim ücretlerinin artırılacağı yönünde açıklamaları yer almaktadır. Performans ödemelerine yönelik düzenlemeler öyle bir sunulmaktadır ki sanki tüm hekimler açıklamalarda yer alan rakamları kazanabilmektedir. Artık sağlık piyasası futbol piyasası ile karşılaştırılmaktadır. Sağlığın Alex’leri çok iyi ücretler alabilecektir. Haberin ertesinde beklediğini bulamayan, memnun olmayan “müşteri”zaten “bir sürü para kazanan” buna rağmen istediği hizmeti vermeyen doktor efendiye cezasını vermektedir.

Sağlık Bakanlığı uzunca bir süre sağlıkta şiddet olgusunu kabul etmemiştir, şiddeti önlemeye yönelik kapsamlı ve sistematik bir program/politika oluşturulmamıştır. 17 Nisan 2012 tarihinde Gaziantep’te Dr. Ersin Arslan’ın bir hasta yakını tarafından öldürülmesinden sonradır ki Sağlık Bakanlığı bir genelge yayınladı. Genelge sağlık kuruluşlarında şiddet de dikkate alınarak risk analizi yapılmasını ve analiz sonuçlarına göre düzenlemelerin yapılmasını öngörmektedir. Ancak kurumlarda halen bu yönde düzenlemeler yapılmamıştır. Genelgenin gereği olarak kurumlarda, vatandaşların sağlık personeli şiddete uğradığında hizmet vermektan çekilme hakkı olduğuna ve şiddet uygulayanların mutlaka yargılanacağına dair bilgilendirme çalışması yapılmamıştır.

Yine aynı yıl sağlıkta şiddetin nedenleri ve çözümünü araştırmak üzere Türkiye Büyük Millet Meclisinde bir komisyon kurulmuştur. Komisyon raporu Ocak 2013’te yayınlanmıştır. Bu raporda:

“Sağlık Bakanlığının gerek güvenlik tedbirleri, gerekse diğer pek çok uygulamayı hayata geçirmekle birlikte son yıllara kadar sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda temel bir politika oluşturulmamış olması, sağlık çalışanlarının şiddete uğrama durumunda sorunu birbirinden farklı yöntemlerle çözmeye çalışmalarına neden olmuş, konuyla ilgili sistematik bir davranış modeli olmaması da hizmet alanların şiddet

uygulama konusunda kendilerini rahat hissetmelerine neden olmuştur.

Sağlık hizmeti verilen tüm kuruluşlarda şiddete yönelik risk değerlendirmesi yapılmalı, hizmetin yoğun olarak verildiği ve hasta yakınlarının da fazla olduğu birimlerde düzenlemeler yapılmalı ve güvenlik önlemleri ivedilikle alınmalıdır.

Topluma önder olan, rol model olan kişilerin; siyasiler, sanatçılar, toplum tarafından kabul edilen uzmanların sağlık çalışanlarına yönelik olumsuz söylemlerde bulunmamaları, hem mesleki saygınlığın korunması hem de bireylerin sağlık hizmetlerinden mümkün olmayan beklentilere girmelerini engelleyerek şiddeti azaltacaktır.

Topluma yönelik çözüm önerileri içinde şiddetin sorun çözme biçimi olarak görülmesinin engellenmesi en başlarda yer almaktadır. Toplumun şiddet ile sorun çözme biçiminin engellenebilmesi için eğitim düzeyinin artırılması, kamu spotları ile bilgi ve farkındalık artışının sağlanması gerekmektedir. Bunun yanında önemli ve müdahale edilmesi gereken alanlardan birisi de bireysel silahlanmadaki artışın önlenmesidir.” denmektedir.

Bu başlıkların hiç birinde somut adım atılmamıştır.

Art arda yaşanan şiddet olayları sonrası Türk Tabipler Birliği ve tabip odası yöneticileri Temmuz 2018’de Urfâda toplanmış ve Sağlık Bakanlığında şiddete karşı çalışma grubu kurulmasını, hekimlerin çalışma koşullarını zorlaştıran performans ücretlendirmesinin düzenlenmesi ve hekim ücretleri içindeki ağırlığının düşürülmesini, hekim randevu sistem ve sürelerinin uygun şekilde düzenlenmesini, sağlıkta şiddeti kışkırtan haber ve yayınlara yönelik müdahalede bulunulmasını, sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik toplumu bilgilendirici, eğitici broşür, afiş, kamu spotu ve benzeri çalışmaların yapılması talep etmişlerdir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti artıran unsurlardan birisi de, şiddeti uygulayan kişilerin cezalandırılmayacakları ya da önemsenerek bir yaptırımla karşılaşmayacakları düşüncesidir. 2 Ocak 2014 günü kabul edilen 6514 Sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na Ek 12. Madde eklenmiştir. Ek madde ile sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenen kasten yaralama suçununun, 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu’nun 100. Maddesinin 3. fıkrası kapsamında tutuklama nedeni varsayılan suçlardan olduğu düzenlenmiş, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personel de, bu görevleriyle bağlantılı olarak kendilerine karşı işlenen suçlar bakımından kamu görevlisi sayılmıştır. Bununla birlikte Ceza Muhakemesi Kanunu’nun 100. Maddesi uyarınca, tutuklama tedbiri hâkimin takdirinde olup, kasten yaralama suçları dışında bırakılsa da, üst sınırı iki yılı geçmeyen yaralama suçlarında tutuklamaya karar verilememektedir. Önleyici etkinin

güçlenmesi bakımından Türk Tabipler Birliği ek madde önerisinde bulunmuştur. Bu maddenin hızla yasalaşmasını talep etmektedir.

TTB TÜRK CEZA KANUNUNA EK MADDE ÖNERİSİ

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Kamunun Sağlığına Karşı Suçlar Sağlık Hizmetini Engelleme:

(1) Sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeline karşı, sağlık hizmeti sunumu esnasında veya verilen sağlık hizmetinden kaynaklanan nedenlerle cebir, şiddet veya tehdit kullanan kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Bu fiiller sonucu sağlık hizmeti kesintiye uğramış ise yukarıdaki fıkra göre belirlenen ceza yarı oranında artırılır


VAPT Projesi: Psikiyatri Asistanlarına Şiddet

Dr. Ahmet GÜRCAN

Yozgat Şehir Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü

Son dönemde diyemeyeceğim kadar uzun zamandır hekimler yoğun şekilde şiddete maruz kalıyorlar ne yazık ki. Ara ara basına yansıyan acı olaylar gerçekte yaşananların küçük bir parçasını oluştursa da, sıkça tekrarlandığından hekime şiddet konusu ülkemizde gündemden düşmüyor.

Bahsedilen şiddetin dışarıdan görünen kısmı çoğunlukla fiziksel, ancak unutmamak gerekiyor ki hekimler meslek hayatlarında –özellikle de asistanlık döneminde- hatırlamakta zorlanacakları kadar sık tehditlerle, sözel ve cinsel şiddetle de karşılaşılıyorlar. Psikiyatristlerse şiddetin her türü için yüksek riskli gruplardan bir tanesi.



Violence against psychiatric trainees (VAPT) international study

EFPT Research Working Group

Dear colleague,

Violence against psychiatric trainees (VAPT) is an international pre-Trainees (EFPT) which aims to assess the relevance and impact in of trainees/residents by patients during their daily clinical work. Acknowledging intrinsically violent, EFPT wants to raise awareness, improve the prevention and reduce the stigma.

Sorun ülkemizde daha vahim olmakla birlikte bize özgü de değil. Diğer ülkelerde yapılan araştırmalarda psikiyatri asistanlarının %70-90'ının meslek hayatları boyunca en az bir kez tehdit edildiği; %35-55'inin ise fiziksel şiddet gördüğü saptanmış. Bu olayların tıbbi tedavi gerektirecek sonuçlarının yanı sıra psikiyatri asistanlarının psikiyatrik durumlarında bozulmadan, mesleki tercihlerini yeniden sorgulamaları ve hatta asistanlığı bırakmalarına kadar varan sonuçlarının olabildiği görülmüştür.

Diğer yandan da böyle şiddet olaylarının resmi bildiriminin ancak %60-70 oranında yapıldığı saptanmış. Bildirim oranlarının düşük olmasının bazı sebepleri; asistanların kendilerini suçlu, yetersiz hissetmeleri, hastalardan gördükleri şiddeti işlerinin bir parçası gibi olağan görmeleri, durumu değiştirmeye yönelik çabaların işe yaramayacağını düşünmeleri ve kurum yönetiminin kendilerine destek olmayacağı endişesi olarak belirtiliyor.

Asistanlık sürecinde şiddet görme riskinin yüksek olduğu durumlarla nasıl baş edileceğine dair eğitim alan asistanların oranı %21-79 arasında değişmekle birlikte eğitim alanların az

kısmı bu eğitimi yeterli buluyorlar. Ayrıca gördükleri şiddette çalıştıkları ortamda nitelikli yardımcı personel, güvenlik görevlisi bulunmamasının büyük payı olduğunu bildiriyorlar.

Ülkemizin durumunu da nesnel olarak görmek amacıyla psikiyatri asistanlarının karşı karşıya kaldıkları şiddetle ilgili İspanya'daki meslektaşlarımızla yaptığımız araştırmada çalışmaya katılan Türkiye'deki asistanların % 80'inin asistanlıkları boyunca en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldıklarını, bu oranın İspanya'da % 46 olduğunu gördük. Bu olaylar için özgül protokoller ülkemizde daha yaygın olmakla birlikte İspanya'daki meslektaşlarımız çalıştıkları kurumdan daha fazla destek gördüklerini belirttiler. Bu çalışmanın ileri bir basamağı olarak diğer ülkelerdeki durumu ortaya koymak amacı ve "Psikiyatri Asistanlarına Şiddet" (Violence Against Psychiatric Trainees) ismi ile Avrupa Psikiyatri Asistanları Federasyonu bünyesinde birçok ülkeyi kapsayacak büyük bir örneklem hedefi ile halen devam etmektedir.

Hem dünyada hem de ülkemizde hekimlerin daha güvenli çalışma koşulları için sarf ettikleri çabanın karşılığını bulması umudu ile...



Türkiye Psikiyatri Derneği üyesi psikiyatristler tarafından hazırlanan bu kısa kitap, şizofreni hastalarının ailelerinin içinde buldukları durumu birçok boyutuyla ele almaktadır. Psikoeğitimden adli süreçlere kadar farklı alanlarda "Aile olarak biz ne yapmalıyız, nasıl davranmalıyız?" sorularına yanıt olabilecek, bazı pratik yaklaşımlar sunmaktadır. Şizofreni ve Aile kitabı TPD Şizofreni Çalışma Birimi'nin ortak üretimlerinden bir tanesidir ve yazarların sağlıklı, iyi günler için şizofrenisi olan bireylere ve yakınlarına bir armağanıdır.



Bu kitapta, daha önce Psikiyatride Güncel dergisinde yer alan "şiddetin ruhsal kökenleri", "kadına ve çocuğa yönelik şiddet", "ruhsal hastalıklarla şiddet arasındaki ilişki", "sağlık çalışanlarına yönelik şiddet", "iş yerinde psikolojik şiddet", "adli psikiyatrik açıdan şiddet", "günlük yaşamda şiddet ve psikoterapi" bölümleri yazarları tarafından gözden geçirilerek güncellendi. "Cinsel şiddet", "Güncel bir sağlık sorunu: mültecilik ve şiddet" olmak üzere iki bölüm daha eklendi. Yazıların, kuramsal bilgi yanında olabildiğince günlük uygulamaya yönelik pratik öneriler içermesine özen gösterildi.

Bir İşyeri Güvenliği ve İşe Bağlı Sağlık Sorunu olarak Sağlıkta Şiddet

Dr. Ejder Akgün YILDIRIM

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikoterapi Eğitim ve Araştırma Merkezi

Kaçımız çalıştığımız yerin çalışan güvenliği ve sağlığı açısından risk analizlerini biliyoruz. İş yeri güvenliği dendiğinde inşaatlar fabrikalar yerine kaçımızın aklına hastaneler geliyor. İş yeri kaynaklı sağlık sorunları açısından en riskli grupların başında sağlık çalışanları gelmektedir. Enfeksiyon, tıbbi müdahale sırasında yaralanmalar, radyasyon gibi risklerin yanında sağlıkta şiddet günümüzün en önemli çalışan sağlığı sorunudur (Beech ve Leather 2006). Özellikle 20. yüzyılın son çeyreği ile birlikte toplumsal ihtiyaca göre değil kar odaklı asimetrik sağlık arzı, bu arzı karşılamak için oluşturulan gerçekçi olmayan sağlık talebi, toplumun ihtiyaç duyduğu talebin karşılanamaması, tarihsel ve sosyolojik kökenleri ile sağaltıcılara yönelik olumlu/olumsuz ama yoğun duygular ve sağlığın metalaşması gibi birçok faktör sonucunda şiddet, sağlık çalışanları için kayda değer bir risk haline gelmiştir.

Sağlıkta şiddet gerek ülkemizde gerek gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemi giderek artan bir sorundur. Bu sorunu sosyal bir durum olarak ve bir meslek alanının özel bir sorunu gibi tarif etmek günümüz çalışma yaşamı kuralları açısından yeterince kapsayıcı olmamaktadır (Yıldırım ve Hacıoğlu Yıldırım 2017). Kaynağı ne olursa olsun sağlıkta şiddet olasılığı sağlık çalışanı açısından iş yeri riski, sağlıkta şiddet ise iş yeri bağlantılı şiddet olarak tanımlanmalıdır.

Diğer tıp alanları ile karşılaştırıldığında ruh sağlığı çalışanları görece daha fazla işyeri şiddetine maruz kalmaktadırlar (Anderson ve West 2011, Privitera ve ark 2005). Psikiyatri klinikleri acil klinikler ile birlikte şiddetin en sık yaşandığı yerlerdir. İş yeri bağlantılı şiddet suçları istatistiğine göre Birleşik Devletler'de her 1000 ruh sağlığı çalışanı için oran 68.2'dir (Friedman 2006). Bu oran tüm tıp alanları açısından her 1000 hekim için 16.2, hemşireler için ise 21.9'dur.

Bazen ruhsal sorunun doğrudan belirtisi bir şiddet davranışı olabilmektedir (Shepherd ve Lavender T 1999). Bu açıdan şiddet psikiyatri kliniklerinin bir sorunudur. Bununla birlikte günümüzde bu sorun sadece psikiyatrik hastalıklara bağlı olmadığı gibi maruz kalınan şiddetin büyük çoğunluğu sağlıktaki diğer tıp alanlarında ortaya çıkan şiddet biçimine benzerdir. Psikiyatri kliniklerinde şiddet birçok nedene bağlı ortaya çıkar. Doğrudan hastalığın belirtisi ya da sonucu olarak şiddet; Şiddete eğilimli olup bunun sonucunda ruhsal zorluk yaşayan kişilerin zorlayıcı ya da uygun olmayan talepleri nedeniyle talep eden kaynaklı şiddet (Ör. Kontrole tabi ilaç bağımlısının ilaç yazdırması, uygun olmayan sağlık kurulu talebi vb); Sağlık ortamında tüm diğer alanlardaki şiddetin

psikiyatri kliniklerinde olması (Hasta ya da hasta yakınlarının sistemin işleyişine yönelik zorluklarının sorumlusu olarak sağlık çalışanına şiddet uygulamaları); Psikiyatrinin ilgilendiği ve başvuran hasta popülasyonunun daha fazla stresör ile karşılaşan ve tahammül düzeyi düşük olanlardan oluşması gibi bir çok faktör sıralanabilir.

Doğrudan hastalıktan kaynaklı şiddet davranışında bile hastanın ruhsal durumu ya da hastalığı saldırganlığın ana nedeniymiş gibi düşünülse de bunların tek etken olmadığı gözden kaçırılmamalıdır. Hastalık kaynaklı şiddette de kişisel, çevresel ve kurumlara ait sorunlar gibi birçok değişkenin saldırganlık eğilimine neden olabileceği ya da ortaya çıkan şiddetin yoğunluğunu artırdığı bildirilmiştir (Shepherd ve Lavender T 1999, Dodge ve ark 2005). Bunun dışında ruhsal sorunu olanlarda şiddete eğilim kadar yoğun kaygının da risk oluşturduğu, özellikle psikotik belirtisi olanlarda kendisine kötü-lük yapılacağı ya da güvende olmadığı düşüncesinin reaktif saldırganlığı doğurduğu bilinmelidir.

Başka bir sağlık alanında sınırlı sorun oluşturacak durumlar psikiyatri kliniklerinde ciddi sorunlara yol açabilir. Kuralların zorlaması, engellenme, isteklerinin dikkate alınmaması, klinik koşulları, çalışanın tecrübesizliği, çevresel ve kişiler arası faktörler saldırganlığa yol açabilir (Steinert ve ark 2010, Davis 1991). Psikiyatri kliniklerinde bir diğer farklılık eylem uygulayanların cinsiyet dağılımıdır. Genelde sağlık çalışanlarına yönelik saldırıda bulunanların büyük çoğunluğu erkek iken psikiyatri kliniklerinde diğer tıp alanları ile karşılaştırıldığında kadın hastalar tarafından sergilenen saldırganlık ve şiddet oranı görece daha yüksektir (Tardif ve ark 1997).

Saldırı Durumunda Yapılacaklar

Güncel yaklaşım, sağlık ortamında şiddet sorununun tek bir yönü olmadığı, çok yönlü değerlendirilmesi gerektiğini söylemektedir (Beech ve Leather 2006). Sadece polisye önlemler ile soruna yaklaşmak tedavi ortamının doğasını bozmaktan öteye gitmez. Diğer taraftan yaşanan şiddet ve saldırı riski şiddeti önlemede sadece pasif korunma yöntemlerinin yetmeyeceğini de göstermektedir. Sorunun makro politikaların sonucu olduğu ve düzeltilmesinin de ancak bu şekilde yapılması gerektiği açıktır. Bununla birlikte burada meslek mensubunun yapabilecekleri ele alınmıştır.

Nereden kaynaklanırsa kaynaklansın doğrudan çalışana yönelen ve çalışan güvenliği açısından açık tehlike oluşturan ve ani gelişen saldırılarda konu tıbbi bir durumdan çıkar, bir güvenlik sorunu haline alır.

Güvenliğin tesisi önceliklidir. Güvenlik önceliği durumları ile güvenlik merkezli bakış birbirine karıştırılmamalıdır. Güvenlik merkezli bakışın elbette çağdaş ruh sağlığı uygulamaları açısından kabul edilemez sakıncalı yönleri bulunmaktadır. Bu bakış ruhsal hastalığı olanları tehlikeli gören, onları toplumdan ayırmayı düşünen, tarihsel olarak geçtiğimiz yüzyıla ait, ruhsal sorun yaşayanı değil toplumun çıkarını gözetilen uygulamalardır. Ruh sağlığı hizmetleri insan ve hizmet alan merkezlidir. Biyotıp sözleşmesinin 2. maddesinde yazan

ve insan merkezli, bireyin sağlık hakkını tanımlayan “İnsanın menfaatleri ve refahı bilim veya toplumun menfaatlerinin üstünde tutulacaktır” ilkesi tartışmasız ana esastır.

Bununla birlikte güvenlik tedbirinin ihmali sadece çalışanın değil hem şiddet uygulayacak olanın hem de sağlık ortamında bulunan diğer hizmet alanların güvenliğini tehlikeye atabilir. Sorun bu güvenlik merkezli bakışın tıbbi merkezli bakışı ön-çeleme hatta gölgeleme riskidir. Ancak bilelim ki bu risk yeterli güvenlik tedbirleri olmadığında daha da artmaktadır. Yaşanılan her olumsuz yaşantının sonucunda olduğu gibi psikiyatri çalışma ortamındaki şiddet çalışını daha fazla güvenlik merkezli tutuma itecektir. Zamanında yeterli ve önleyici güvenlik önlemlerinin alınmaması aşırıya kaçan bir güvenlik talebine dönüşebilir.

Aşağıda bazı önleyici uygulama olanaklarından bahsedilmiştir (Yıldırım ve Hacıoğlu Yıldırım 2017)

Önleyici İletişim (?): “Sağlıkta yaşanan şiddet, bir iletişim sorunudur.” tanımlaması sağlık çalışını açısından yanlış bir önermedir. Sağlıkta yaşanan şiddeti bir iletişim sorunu olarak görmek, sağlık çalışınının iş ortamı riski ve işe bağlı yaralanmasının doğrudan çalışının hatası gibi algılanmasına ve bunun sonucunda hızlı tükenmeye yol açmaktan öteye geçmez. “Doktor, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı ya da yardımcı personel düzgün iletişim kursa sorun yaşanmazdı” yanlış inanişını güçlendirir, şiddetin meşrulaşmasına ve hatta artmasına yol açar. Sağlık ortamında şiddet bir ülke gerçeğidir. İletişim sağlıkta şiddetin nedeni değil var olan şiddeti azaltmak için önlemlerden biridir.

Çalışan Hakları ve Güvenli Çalışma Ortamı Talebi: Sağlıkta şiddet sorununun asıl muhatabı kurumlar ve idarecilerdir. İş yeri risk analizlerinin yapılması, risk durumlarının ve buna bağlı önlemlerin çalışınlar ile paylaşılması yöneticilerin sorumluluğu ve görevidir. Çalışınların ilgili yasal haklar çerçevesinde iş yerlerinden bu risklere yönelik tedbirlerin alınmasını istemeleri, risk durumunun ne olduğunu bilmeleri haklarıdır. Ruh sağlığı çalışını, işyerince gerçekçi bir risk analizi yapılmış ise bu raporlar sonucuna göre güvenli ortam talep etmek ve risk durumuna bağlı çalışma ortamının değiştirilmesini talep etmek, bilgi edindirme panoları ve bilgi veren personel talebinde bulunmak gibi girişimlerde bulunabilir. Raporlama yetersiz ise yazılı olarak riskleri belirterek talepte bulunmak ve tüm bu işlemleri kayıt altına aldirmek gerekmektedir.

Pasif ve Aktif Güvenlik Önlemleri: Sağlıkta şiddetin ağır ceza gerektiren suç kapsamında olduğunu belirten bilgilendirme panolarının konulduğu ülkelerde şiddet sayıları azalmıştır.

Önleyici ve caydırıcı tedbirler riskli kliniklerde sağlık çalışınının daha özgüvenli çalışmasını sağlar. Örneğin çağrılabilir bir yerde güvenlik personeli olması, acil durum butonu, etik ihlal olasılığı gözetilerek oluşturulmuş sabit ve güvenlik amaçlı kamera kayıtları bilgisi saldırı niyetinde olanları da sınırlandıracaktır. Çalışma ortamında güvenli ortamın sağlanması için de talepler oluşturulabilir ve basit önlemler hayata geçirilebilir. Çalışma odasının yeniden dizaynı (Çıkış kapısı, güvenlik butonu vb), risk oluşturacak eşya, malzeme vb'nin kaldırılması, ortamda yeterli düzeyde bilgilendirme yazılarının oluşturulması gibi.

Şiddetten korunma eğitimleri: Bu eğitimler çoğunlukla farkındalık, uzaklaşma, kısıtlama ve öz savunma eğitimlerini içermektedir (Beech ve Leather 2006). Şiddeti tanıma ve önleme, yatıştırma, kızgınlığı azaltma, iletişim becerilerini geliştirme, raporlama, olay sonrası yaklaşım gibi teknikleri içeren başlangıç eğitimleri çalışının paniğini azaltmakta ve saldırı karşısında daha doğru hareket edebilmesini sağlamaktadır. Evde sağlık hizmetlerinin yaygın olduğu İngiltere’de şiddet

ve saldırganlık ile başa çıkma eğitimlerinin hemşirelik müfredatında zorunlu olması önerilmiştir (Beech ve Leather 2003). Yapılması gereken sağlıkta şiddetten korunma yollarının öğrenilmesi ve uygulanmasıdır.

Fiziksel korunma eğitimleri: Bu eğitimler saldırıyı savuşturma, güvenli bölgeye ulaşmaya kadar korunma gibi sınırlı eğitimlerden doğrudan saldırganı pasifize edecek yakın dövüş eğitimlerine kadar geniş bir spektrumu içermektedir. Tüm ruh sağlığı çalışınlarının sınırlı korunma eğitimleri alması önerilmektedir.

Saldırı anında: Mümkünse iletişim kurarak, mevcut agresyonu azaltacak ifadeler kullanarak, önceden bir kaçış yolu belirleyip, fiziksel kısıtlama varsa saldırganın dikkatinin dağıldığı bir anda hızla ortamdaki uzaklaşmak, güvenli ortama ulaşmaya çalışmak ve güvenlik personeline haber vermek önemlidir. Saldırganı üstün gelinceye varsayarak fiziksel bir mücadeleye girişmekten kaçınmalıdır. Öncelik riskli ortamın terk edilmesidir.

Eksitasyon Gösteren Hastaya Yaklaşım

Psikiyatri uygulamalarında şiddet riski ile ilgili bir diğer durum ise eksitasyon gösteren ya da eksitasyon riski olan hastaya yaklaşımdır. Bu konu özellikle acil ve yataklı servis uygulamalarında sürekli karşılaşılan bir durumdur (Grube 2001). Bu müdahale ile ilgili eğitim alınması mesleki uygulama niteliği açısından da önemlidir (Phillips ve Rudestam 1995). Aşağıda Yıldırım ve Hacıoğlu Yıldırım (2017)’in yazısında ayrıntılı olarak anlatılan eksitasyona müdahale adımları özetlenmiştir.

Saldırganlık ve durum analizi: Eksitasyon gösteren ya da ek-sitasyon riski olan hastayla ve durumla ilgili analiz yapılmasını, çevre güvenliğinin oluşturulmasını, varsa üçüncü kişilerin (diğer hasta ve yakınları, sağlık personeli) uzaklaştırılmasını ve müdahale edecek ekip ile pozisyon alınmasını içerir. Bu pozisyon ekip liderinin önde eksitasyon gösteren hastaya doğru durduğu, görece fiziki güç kabiliyeti daha fazla olan iki personelin ise geride, ekip lideri arkasında ve yüzlerinin hastaya dönük olduğu şekilde konumlanmalarıdır.

İletişim: Bu adımda ekip lideri olan, sakin ses tonuna sahip ve müdahale sırasında da iletişimi sürdürecektir kişi eksitasyon gösteren hasta ile iletişim kurarak sakinleştirmeye çalışır. Çoğu eylem bu sırada kontrol altına alınır. Bu iletişimde saldırganlığın tipi ve oluş nedenine göre kriz çözülmeye çalışılır, ses tonunu kullanarak yönlendirmeye, yaralayıcı bir alet taşıyor ise bırakması yönünde ikna edilmeye çalışılır.

Fiziki müdahale: Müdahale kaçınılmaz ise müdahale öncesi hasta ile konuşarak dikkati dağıtılır ve ekip eşgüdüm ile müdahale eder. Burada eş zamanlı baş ve kol-dirsek tespiti sağlanması, hastada fiziki zarar oluşmaması esastır. Fiziki kısıtlama sonrası hasta kademeli olarak yere yatırılır, eksitasyon geçene kadar yerde hareketsiz tutulur. Eksitasyon azalınca tıbbi müdahale bölümüne/güvenli bölüme götür. Bu aşamaların tümünde ekip lideri hastanın başını güvene alır ve müdahalenin başından sonuna kadar bilgi verir, yapılacakları söyler, belirsizliği azaltır ve güvende olduğu algısını oluşturur.

Tıbbi müdahale: Eksitasyon gösteren hastaya ek ilaç/izolasyon/kısıtlatmalı gözlem gerekiyor ise uygulanır.

İzlem/önleme: Hasta sadece eksitasyon sonrası değil ilerleyen dönemde de yakın gözleme alınır ve saldırganlık nedenleri psikososyal açıdan analiz edilir. Tedavi gözden geçirilir. Koruyucu/önleyici tedbirler alınır.

Olay sonrası değerlendirme: Uygun zamanda tüm ekip ile toplanılarak tedavi ekibinin beceri, öngörü durumu, olası ihmali değerlendirilir. Ekip uyumu değerlendirilerek bir sonraki kriz durumuna hazırlanılır.

Bu müdahale mutlaka eğitim almış ekiplerce uygulanmalıdır. Ateşli silah olması durumunda müdahale yaralanmaya karşı koruyucu ekipmanı olan kolluk güçlerince yapılmalı, 3. adımı geçilmemelidir. Tıbbi müdahale yalnızca hastalıktan kaynaklı eksitasyonda uygulanır

Müdahaleler sırasında hem ekibin hem de hastanın yaralanma olasılığı vardır. Psikotik hastalarda ağrı eşliğinin düşük olması (Korn 2000) ya da eksitasyon sırasında engelleyici otokontrol sistemlerinin yeterince çalışmıyor oluşu direnmelerine ve aşırı güç uygulamalarına yol açabilir. Bu durumda ekibin koordineli hareket etmemesi, tam hareketsizliği sağlamak için eklem bölgelerine güç uygulamaları ve eklemleri aşırı zorlamaları kemik eklem bütünlüğünü bozacak yaralanmalara yol açabilir.

Sonuç olarak sağlık ortamında şiddet giderek artmakta ve özellikle psikiyatri pratiğinde hem çalışanların çalışma

ortamını ve sağlıklarını hem de meslek uygulamalarının niteliğini etkilemektedir. Bu durum çalışma yaşamı tanımları açısından işyeri şiddeti ya da iş kaynaklı şiddettir. Konu bir çalışan güvenliği konusudur. Sorunun asıl sahibi, nedeni ve muhatabı çalışan değil çalışma ortamını, arzı yaratan ve yöneten kurumlardır. Mesleki uygulamalar sırasında ortaya çıkan hastalığa bağlı eksitasyonlara müdahaleler için de gerekli eğitimler hem uzmanlık hem de uzmanlık sonrası eğitimlere dahil edilmeli, ruh sağlığı çalışanları bu eğitimlere ücretsiz ve mesai saatleri içinde ulaşabilmelidirler. Yukarıda da bahsedildiği üzere psikiyatri kliniklerindeki şiddetin sadece bir klinik sorun olarak değil aynı zamanda mesleki bir sağlık sorunu olarak kabul edilip, çalışan sağlığı açısından da değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu yazıda doğrudan muhatap olan biz profesyoneller için zarar azaltıcı, zorunlu önlemlerden kısmen bahsedilmiştir. Detaylı bilgiler Türkiye Psikiyatri Derneği yayınlarından "Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Güncel durum ve klinik uygulamada ruh hekimine yönelik rehber" kitabından edinilebilir.

Kaynaklar

- Anderson A, West SG (2011) Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innov Clin Neurosci* 8(3):34-9.
- Beech B, Leather P (2006) Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior* 11:27-43.
- Beech B, Leather P (2003) Evaluating a management of aggression unit for student nurses. *J Adv Nurs* 44(6):603-12.
- Davis S (1991) Violence by psychiatric patients: A review. *Hospital and Community Psychiatry* 42: 585-90.
- Dodge KA, Price JM, Bachorowski JA ve ark. (1990) Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal of Abnormal Psychology* 99:385 – 92.
- Friedman RA (2006) Violence and mental illness: how strong is the link? *N Engl J Med* 355:2064-6.
- Grube M (2001) Aggressive behavior in psychiatric patients. Possible modification by self-defense training. *Nervenarzt* 72(11):867-71.
- Korn H (2000) Schizophrenic vulnerability: a deficiency of the correlation between foveal perception and oculomotor proprioception? *Med Hypotheses* 55:245-52.
- Phillips D, Rudestam KE (1995) Effect of nonviolent self-defense training on male psychiatric staff members' aggression and fear. *Psychiatric Service* 46(2):164-8.
- Privitera M, Weisman R, Cerulli C ve ark. (2005) Violence toward mental health staff and safety in the work environment. *Occup Med (Lond)* 55(6):480-6.
- Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R ve ark. (2010) Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45(9):889-97.
- Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC (1997) Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *American Journal of Psychiatry* 154(1):88-93.
- Yıldırım EA, Hacıoğlu Yıldırım M (2017). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Güncel durum ve klinik uygulamada ruh hekimine yönelik rehber. L. Gülseren (Ed). *Güncel Yaşamdan Kliniğe Şiddet ve Psikiyatri (İçinde)* 185-216 pp, ISBN: 978-605-65673-6-0, TPD Yayınları, Ankara, 2017.

Tanıklık ve Aidiyet

Dosya konusu sağlıkçıya şiddet, sağlıkta şiddet olunca, konunun nesnel boyutu, toplumdaki ve sağlık ortamındaki dönüşümün şiddeti tırmandıran niteliği, alınması gereken önlemler doğal olarak tartışmada ön plana çıkıyor. Öte yandan, ne yazık ki çalıştığı kurumda böyle bir şiddeti bizzat yaşayan ya da buna tanık olan; ve bugün üretmeye, çalışmaya devam eden meslektaşlarımız, çalışma arkadaşlarımız da var. İncelemeyi geniş plandan biraz daha yakın plana çekmeden ve onların öznel yorumlarına, duygu ve düşüncelerine yer vermeden hazırlanacak bir dosyanın eksik kalacağını düşündük. Geriye dönüp baktığımızda aslında bazı yaraların kapanmasında mesleki kimliğin ve aidiyetin, değerlerin ne kadar önemli, ne kadar iyileştirici olduğunu görebiliyoruz. Ve yine görebiliyoruz ki, sistematik olarak önlenmesi mümkünken devam eden şiddetin her darbesi sadece muhatabını değil, hepimizi örseliyor. Belleklerine başvurmak istediğimizde bu zor talebi kabul ederek, deneyimlerini ve baş etme süreçlerini bizlerle paylaşan meslektaşlarımıza teşekkür ederiz.

TPD Yayıncılık Kurulu

Hipokrat Yeminimiz Ağır Basarak

Dr. Nesrin DİLBAZ

Üsküdar Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

U zmanlığımın 4. ayında 1991 yılında eş durumu nedeniyle Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Psikiyatri Kliniğinde göreve başladım. O dönemde şu anda rahmetli olan Dr. Demir Tan Klinik şefimiz ve Doç. Dr. Hüseyin Fidaner de şef muavinimiz idi. Ankara Numune Hastanesi hem yurt içi hem de yurt dışı tedaviler konusunda hakem hastane statüsündeydi. Ankara'da ruh sağlığı hastanesi olmadığı için birçok adli olayda da son karar hastanemiz sağlık kurulunca veriliyordu. Hastanın öncelikli olarak klinik kurulu tarafından muayene ve kararı ile mümkün olduğunca tek hekimin hedef altında kalması engellenmeye çalışılıyordu. Zaman zaman verilen kararlar nedeniyle tehdit aldığımız da oluyordu.

Tarihi tam hatırlayamıyorum ama galiba 1996 veya 1997 yılı idi. Bir akşam klinikteki nöbetçi asistan telefonla arayarak klinik şefimiz Dr. Demir Tan'ın muayenehanesinden çıkarken asansörde saldırıya uğradığını ve hastanemiz aciline getirildiği bilgisini ilettiler. Hastaneye ulaştığımızda Demir hocamızın

arkası dönük iken kezzap atılmak suretiyle yaralandığı ve acilden yanık servisine yatırıldığını öğrendim. Olayla ilgili iki şüpheliden söz ediliyordu. İşin ilginç tarafı ikisinin de sağlık çalışanı olması idi. O gece şüphelilerden birisi (bizim klinikçe hastalığı nedeniyle malulen emekliliğine karar verilmiş) Sağlık Bakanlığı tarafından yönlendirilerek hasta olarak hastanemize yatırıldı. Hocamıza saldırarak ve ağır yaralanmasına neden olduğuna inandığımız kişi aynı zamanda da kliniğimizde hastası. Duygusal ve mesleki çatışmalarımızın sonucunda Hipokrat yeminimiz ağır basarak kişiyi Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine gönderene dek kliniğimizde tedavi ettik. Bu dönemde yapılan görüşme ve ruhsal muayeneler sırasında olayı yaptığını itiraf etmemesine karşın hocamızın bunu hak ettiğinden, kendisinin de hasta olduğundan ve ceza ehliyeti olmadığından söz ediyordu.

Hocamızı tedavi gördüğü yanık servisinde yaklaşık 2-3 ay sonunda yanığa bağlı sepsis nedeniyle kaybettik. Mesleğinin gereğini yaparak hastaya paranoid şizofreni tanısı koyması ve malulen emekli olmasına karar vermesi maalesef hocamızın ölüm nedeni oldu. 22 yıl sonra bugün hala bizler hekimlere yapılan saldırıların azalması bir yana gittikçe arttığından söz etmekteyiz. Bu kadar riskli görev yapan biz hekimlerin yeterince korunmaması, (hatta zaman zaman hedef haline getirilmesi) hekime yapılan saldırı olaylarında verilen cezaların yeterince caydırıcı olmaması hekime yönelik şiddet olaylarında artışa yol açmaktadır.

Hekimler ve Rahipler

Dr. Hüseyin SOYSAL

Serbest Hekim

Hekimler (sağlık çalışanları) ve rahipler (din adamları) önemli bir kusura sahiptirler. Kendilerini düşman-sız ve hatta dokunulmaz sanırlar. Bu san(r)ılarının sağlam bir de temeli vardır, onlar yardıma muhtaç insanlara karşılıklı ve karşılıksız yardım eder, verdikleri hizmetten sonra bile sorumluluk hatta suçluluk duygusuyla eksik bir şey bıraktım mı diye sorgularlar kendilerini.

Böylesine özverili ve böylesine önemli olmak, tanrısallıkla Tanrı'yı oynamak arasındaki dar bölgede gerçek üstü hatta gerçek dışı bir hayal dünyası yaratır. Hastaları, danışanları, hayranları hekimleri ve rahipleri bedenden soyutlar neredeyse, onlar ruhani varlıklardır. Oysa zavallılar, psikopatlar ve dünyaya dış bileyenler için kolay hedeflerdir. Kollarını açıp kucaklamaya hazırlandıkları insanlık dışı varlıklar tarafından hançerlenirler. Rahip Santoro ve Psikiyatir Demir Tan ve diğer hekimler, imamlar, hemşireler, hahamlar ve benim gibi.

Hekimler ve rahipler, masumdur, mazlumdur ve sandıklarının aksine korunmasızdır. Ne kadar korunmasız olduğumu fark ettiğim ve annesine zarar vermesin diye çırpındığım bir adama arkamı dönmek gafletinde bulunduğum için büyük hayal kırıklığı yaşadım.

Yukarıdaki satırlar ölümcül bir saldırıya uğradıktan sonraki hastane tedavimden sonra eve vardığımda mail listemdeki yüzlerce geçmiş olsun dileklerine yanıt olarak yazdığım iletiden. Bundan sonra iki hayal kırıklığı daha yaşadım. Birincisi kesinlikle öldürme amacı taşıyan saldırganımın, meslektaşlarım tarafından koruma ve tedavisi bir yılı bile tamamlanmadan salıverilmesi. İkincisi ise Rahip Santoro'yu öldüren katilin sadece 11 yıl sonra tahliye olması.

İyileştikten sonra mesleği bırakmamı, olmadı bir kurumda ve daha korunaklı bir ortamda çalışmamı önerdi sevenlerim. Oysa ben mesleğimi ve kişisel kalem olarak gördüğüm muayenehanemi çok seviyordum ve kaldığım yerden devam ettim. Çünkü bir insanın yapabileceği daha yararlı, daha onurlu ve daha itibarlı bir meslek olmadığına inanıyordum, ayrıca artık hayatımda patron istemiyordum. Bedensel ve ruhsal nekahet sürecimde yaşadığım duygular korkudan, kaygıdan çok düş kırıklığı, üzüntü ve kötülüğe, kalleşliğe karşı öfke oldu. Dik durmamı öfkem, iyileşmemi ise meslektaşlarım, ailem, dostlarım ve hastalarımın yakınlarının içten sevgileri ve destekleri sağladı.

Evet, hekimler ve rahipler korunmasızdır, semavi maharetlerine, sonsuz saygınlıklarına, karşılığı ödenemez emeklerine güvenir, Dr. Aynur Dağdemir gibi hayat kurtarmak için verirler canlarını. Bu yüzden vazgeçmeyiz mesleğimizden ve bu yüzden gurur duyuyoruz kendimizden.

Her Gün Suyun Altında Olmak

Dr. Meltem İLTER

Serbest Psikiyatrist

Tatilin ilk günüydü. Biraz yol yorgunu, biraz keyifli... Derken telefonumdaki mesajı fark ettim, sonra da bir mail. Bir yazı ricasıydı... Konusu "hekime yönelik şiddet".

Okur okumaz "yazmam" dedim kendi kendime. Hem nereden çıkmıştı bu konu tam da tatildeyken! Eski defterleri açmak için hiç uygun bir zaman değildi. Onca şey nasıl dökülürdü kâğıda?

Derin bir nefes alıp denize attım kendimi. Çok eskilerden beri arkadaşlık ettiğim denize. Şnorkelimi takıp yüzdüm yüzebildiğim kadar. Biraz yosun, biraz kum, birkaç küçük balık. Sanki yıllar önce karşılaştığım balıklar...

11 yıl önceydi, henüz dikişlerim yeni alınmıştı, iki bıçak yarısı. Korkuyordum, ilk o zaman öğrenmiştim dalmayı. Her gün suyun altında olmak daha güvenliydi, iyileşecektim.

Birden, geçmiş bugünle bir oldu. Korkuyordum, kırgındım, öfkeliydim. Yüzümdeki bu yara geçecek miydi, yoksa alırsak mıydım onunla yaşamaya?

Doktor olmaya karar vermem, lisede sahaflarda bulup aldığım "Yeni Başlayanlar için Freud" çizgi romanı, Bakırköy'ün ilk günleri, düşünen adam heykelinin yanından geçerken duyduğum çocuksu heyecan, merakım, gözü karalığım...

Sahi yüzümdeki bu yara geçecek miydi? 28 yaşındaydım, oysa hala çok gençtim. Tıp eğitimi alanlar anlar belki de, insan bazen gençlikteki bir şeyleri kaçırmış gibi hisseder.

Şimdi uzman doktor olacaktım. Acaba becerememiş miydim, bir yerde hata mı yapmıştım, bu neden benim başıma gelmişti...

"Hastaya kötü mü davrandı" diyenler, öfkeli hastayla görüşme metodları üzerine ahkâm kesenler, "doktorların hiç mi suçu yok" diyenler, doktora ceza kesmeyi hak görenler, söylentiler, söylentiler... (ve yıllardır her şiddet hadisesinde bu söylentilerin sürdüğünü, öfkenin büyüdüğünü, büyütüldüğünü görmek...)

Öbür yanda dostlarım, ailem, meslektaşlarım, hastalarım. Onların üzüntüsü, desteği, birlikte olmak... Yüzümdeki yaranın ilaçları.

Mesleğim, ideallerim, umudumuz. Aslında hepimizin (bunca hırpalanmaya karşı) vazgeçemeyeceği kadar büyükler.

Denizden çıktım, uzanıp güneşe baktım. Evet bir yazı yazmalıydım artık.

Bir önem var önemsizden içeri: Bozulmuş önem atfetme - “Aberrant Saliency”

Dr. Emre MISİR

Yozgat Şehir Hastanesi

Bir organizmanın doğanın kompleks yapısıyla başa çıkmasında, dış uyaranların seçimi ve ilgili uyarana verilen yanıtın niteliği temel rol oynamaktadır. Örneğin, bir ceylan çalılar arasından gelen sesin sadece rüzgar etkisi mi olduğunu, yoksa yaklaşan bir aslanın çıkardığı ses mi olduğunu hayatta kalabilmek için farkedebilmelidir. İki durumun duyuşsal uyaranları arasındaki farkları ayırtedebilme, karar verme ve harekete geçmede ne kadar hızlı ve başarılı olabilirse arkadaşlarının yanına dönebilme şansı o kadar artacaktır. Bu

açından organizmaların sınırlı algısal ve bilişsel kaynaklarını önem arzeden nesne ve durumlara yönlendirmeleri yaşamsal rol oynamaktadır. Hızlı gerçekleşen bu otomatik yanıtlar daha önceki deneyimlerin ödül veya ceza niteliğindeki sonuçlarına dayalı bir öğrenme yoluyla kalıcı hale gelmekte ve yeni deneyimlerle sürekli değişkenlik göstermektedir. Özellikle insan yaşamında sosyal etkileşimin karmaşık doğası, sınırsızlığı ve algısal girdilerin değişken yapısı bilişsel süreçlerin başatme gücünü sınırlamaktadır. Bu sınırlılıkla nasıl başedildiği özellikle dikkat, filtreleme, duyuşsal ve davranışsal yönelim, motivasyonel ve karar verme süreçlerinin niteliğine bağlıdır. Uyarıların bazı özellikleri açısından diğerlerinden farklılaşmaları ve ön plana çıkmaları onların ‘önem’lerini (saliency) belirlemektedir. Bir cismin algılanması onun rengine ve parlaklığına değil arka planla arasındaki kontrasta bağlıdır. Bu kontrast büyük oranda organizmadan bağımsız dışsal bir durumdur. Bununla birlikte uyarı odaklı işleme sırasında bu dışsal özelliklerle hedef, inanç, bellek gibi içsel faktörlerin etkileşimi dikkat, biliş ve davranışı yönlendirmektedir. Bu işlemede dopaminin temel rol oynadığı düşünülmektedir. Dopaminerjik sistem aynı zamanda ödüllendirme, pekiştirme, karar verme gibi süreçlerin temelindedir. Uyarının yeni olması, emosyonel süreçlerle bağlantısı, ceza veya ödüllendirmeye kurulmuş ilişkinin bozulması durumunda ventral tegmental alandan (VTA) milisaniyeler içinde fazik dopamin salınımı meydana gelmektedir. Bu fazik dopamin salınımının ilgili uyarana önem atfetmeyi sağladığı gösterilmiştir. Önceki deneyimlere dayanarak belirli bir uyarı veya durumla ilgili beklenen ve mevcut arasındaki fark ‘öngörme hatası’ olarak adlandırılır. Beklenen durumdan sapmayı farketme olarak bu hata aslında olumsuz bir sapmayı değil, dış dünyayı anlamlandırmada işlevsel bir mekanizmayı işaret eder. Adaptif önem atfetme için ödül veya ceza ile ilişkili ipuçlarının değerlendirilebilmesi, yani ipucunun doğru uyarı ile ilişkilendirilebilmesi gerekmektedir. Bunun için hata öngörme mekanizması sağlam olmalıdır. Adaptif bir önem atfetme bu bağlamda ödülü algılama ve dolayısıyla haz alma kapasitesiyle ilişkili hale gelmektedir. Örneğin kitaplarla dolu bir odada karışımıza çıkması beklenmeyen bir palyaço ile



karşılaşmak geçici fazik bir dopamin salınımına neden olur. Eğer bu hata olmasaydı yani kitaplar arasında gezinirken karşımıza bir palyaço çıkması şaşırtıcı değil sıradan bir durum olarak algılandığı ve geçici fazik dopamin ateşlenmesi gerçekleşmeseydi, farklılıkların önemini yitirdiği daha gri bir dünyada yaşıyor olurduk. Adaptif önem atfetmede azalmanın, dopaminergic regülasyonda bozulmaya işaret eden ödül ön görememe, ödülle ilişkili uyarının önemini ve değerini kaybetmesi ve ödül beklentisinde azalma aracılığıyla şizofrenide negatif belirtiler ve beklentisel anhedoniye neden olduğu düşünülmektedir.

Bu durumun tam tersi, yani nötr uyarıların önemli olarak algılandığı durum ‘bozulmuş önem atfetme (aberrant salience)’ olarak adlandırılmaktadır. Prodrom psikoz ve şizofrenide sanrıların şiddeti bozulmuş önem atfetmede artışla ilişkilendirilmektedir.

Sağlıklı popülasyonda da bozulmuş önem atfetme ve psikoz benzeri yaşantılar arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. Kronik stres, erken dönem travmatik yaşantılar gibi dış faktörler ve içsel etkenlerin etkisiyle psikoz öncesinde meydana gelen subkortikal dopamin artışı zemininde dış ve iç uyarılara bozuk önem atfedilmesinin psikotik semptomları oluşturabileceği düşünülmektedir. Bu şekilde nötral uyarılara aşırı önem atfetme meydana gelmekte ve sanrısız

düşünce ortaya çıkmaktadır. Son dönemde yapılan çalışmalarda, sanrısız düşüncenin ortaya çıkmasının ardından sürdürülmesinin de önem atfetmede bozulma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ödül ve ceza ilişkili durumlara atfedilen önemde bozulmaya bağlı olarak, psikozun uzun süreli özellikleri olan davranışları yönlendirme (motivasyonel önem atfetme), düşünce hatalarının ayıklanmasında bozukluk, sonuca atlama, karar vermede bozulma gibi nöropsikolojik sapmalar ortaya çıkmaktadır. Şizofreni modellerinde gösterilen spontan fazik dopamin artışı ve artmış striatal dopamin üretiminin nötral uyarıların özellikli olarak algılanmasının (aberrant salience) altında yatan nörobiyolojik neden olduğu gösterilmiştir. Ayrıca kortikal fazik dopaminergic aktivitenin heterojen doğası, atfedilen yeni anlamların karmaşık bir örgüye sahip olmasına neden olmaktadır. Bu da kişide dünyanın değiştiği algısı ve yoğun bir kaygıya neden olmaktadır. Jaspers’in “delüzyonel atmosfer” olarak tariflediği psikoz prodromu bu kaygıyı yansıtmaktadır.

Adaptif bir önem atfetme bu bağlamda ödül algılama ve dolayısıyla haz alma kapasitesiyle ilişkili hale gelmektedir. Örneğin kitaplarla dolu bir odada karşımıza çıkması beklenmeyen bir palyaço ile karşılaşmak geçici fazik bir dopamin salınımına neden olur. Eğer bu hata olmasaydı yani kitaplar arasında gezinirken karşımıza bir palyaço çıkması şaşırtıcı değil sıradan bir durum olarak algılandığı ve geçici fazik dopamin ateşlenmesi gerçekleşmeseydi, farklılıkların önemini yitirdiği daha gri bir dünyada yaşıyor olurduk.

Uyarının önemlilik derecesinin belirlenmesinde uyarı ile ilişkili lokal nöral devreler ve genel bir önem atfetme ağı olan “salience network” (SN) rol oynamaktadır. Özellikle anterior insula olmaları SN yapılarının emosyonel ve motivasyonel önem atfetmede temel rolü olduğu göstermiştir. SN temel olarak emosyonel, bilişsel ve duyuşsal bilginin işlenmesi yoluyla içsel ve dışsal uyarılara verilen önemin belirlenmesinde rol oynamaktadır. Aynı zamanda SN, dikkat ve yüksek bilişsel süreçlerden sorumlu ‘central executive network’ ve kişinin diğerleri ve kendisi hakkında düşünme ve gelecekle ilgili plan yapma gibi içsel işlevlerden sorumlu ‘default mode network’ gibi zıt yönlü çalışan iki nöral ağ arasındaki dengeyi sağlaması açısından özel bir öneme sahiptir. Böylelikle içsel ve dışsal dünya arasındaki bariyerin ortadan kalkması SN yapısında bozulma ile ilişkilendirilmektedir. SN yapıları arasında artmış bağlantısallık ile bozulmuş önem atfetme ve sanrı şiddeti arasında

pozitif yönlü ilişki olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda bağlantısallıkta azalma sosyal inhibisyonla ilişkilendirilmektedir.

Aberrant salience modelinin şizofreninin nörobiyolojik modeli ve fenomenolojik özellikleri arasındaki boşluğu dolduran bir köprü rolü üstlenebileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte etiyolojiye vurgu yapması ve iyatrojenik stigmayı azaltacağı düşüncesiyle J.Van Os tarafından şizofreni terimi yerine “salience dysregulation syndrome” teriminin kul-

lanılması önerilmiştir. Önem atfetme süreçlerinde bozulma sonucunda kaotik hale gelen dış dünyayı anlamlandırma çabası içinde kognitif adaptasyonlar psikotik düşüncenin sürmesine sebep olmaktadır. Önem atfetmenin nörobiyolojik mekanizmalarının daha iyi anlaşılması, şizofreninin prodromal döneminde erken müdahalelere ve şizofreninin farmakolojik tedavisinin güçlendirilmesinde etkili modalitelerin geliştirilmesine öncülük edebilir.

Kaynaklar

- Winton-Brown, Toby T, Ungelss MA ve ark (2014) Dopaminergic basis of salience dysregulation in psychosis. Trends Neurosci 37.2: 85-94.
- MaiaTiago V, Michael J Frank (2017) An integrative perspective on the role of dopamine in schizophrenia. Biol Psychiatry 81.1: 52-66.
- Kapur S, (2003) Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. Am J Psychiatry, 160(1):13-23.
- Roiser JP, Stephan KE, den Ouden HE ve ark. (2009) Do patients with schizophrenia exhibit aberrant salience? Psychol Med 39(2):199-209.

Asistan Hekim Komitesi'nden Haberler

AHK İLK PODCAST'İNİ 54. UPK İÇİN YAPTI!

Dr. Yiğit ŞAHBAL

Asistan Hekim Komitesi Yürütme Kurulu adına

Asistan Hekim Komitesi olarak kuruluşumuzdan bu yana Türkiye Psikiyatri Derneği bünyesinde kongrelerde düzenlediğimiz otumlarda, şube etkinliklerinde, dernek resmi web sitesi üzerinden ve önceki dönem bülten yazıları aracılığıyla kendimizi tanıtmaya fırsatı bulduk. Hızla gelişen teknoloji ve bizlere sunduğu imkanlar derneğin en dinamik işleyen organı olan AHK'yı da etkiledi! Yazılı materyallerin bir alternatifi olarak geliştirilen, internet üzerinden otomatik olarak indirilebilen ve dijital formatta yer alan, müzik veya konuşmadan oluşan bir program olan ve hızla yaygınlaşan "podcast"ler bizim için yeni bir fırsat yarattı. Kongre Düzenleme Kurulu'nun desteği ile biz de bir podcast hazırlamaya karar verdik ve kendimizi bir anda stüdyoda bulduk. AHK olarak teknolojiye hızla ayak uydurduğumuz ilk podcastimiz "54. UPK'da biz asistanlar için neler var?" başlığı altında Dr. Elif Subaşı ve Dr. Aybeniz Civan Kahve'nin katılımıyla yapıldı. İçeriğinden kısa notları aldığımız bu yazının sonuna, teknolojiye ayak uyduran tüm meslektaşlarımız için linki de ekledik. Buyrun beraber bakalım neler konuştuğumuza...

- Asistan hekimlerin poliklinikte sık karşılaştıkları hastalıkların başında anksiyete bozuklukları gelmekte. Meslek hayatının henüz başında bizler için bu hastalara nasıl müdahale edeceğimiz önemli bir sorun. Ne zaman ve hangi ilaç tedavisi başlanmalı, psikoterapi mi yapılmalı soruları da en çok aklımıza gelenler. Bu soruların cevapları için Tunç Alkın hocamızın oturum başkanlığını yaptığı "Anksiyete Bozukluklarında İlaç ve Psikoterapi Uygulamaları: Ne Zaman, Hangisi?" panelini yolumuza ışık tutacağını düşünerek öneriyoruz.
- SALMAN AKHTAR! Dinleme fırsatı bulacağımız için çok heyecanlıyız ve kursu sabırsızlıkla bekliyoruz! 54. UPK'da dünya çapında bir isim olan Salman Akhtar'ın "Terapötik Dinleme" kursunun oturum başkanlığını Işıl Vahip hocamız yapacak.
- Poliklinikte sıklıkla yaşadığımız bir diğer sorun hastaların kullandıkları antidepresan ve antipsikotik ilaçların bir süre sonra etki etmediğini söylemesidir. Murat Demet hocamızın oturum başkanlığını yaptığı "Antidepresanlarda ve Antipsikotiklerde Etkinlik Kaybı" isimli panelde bu sorunun cevaplarını bulacağız.
- Rengarenk reçetelerimiz! Çoğu kez müdahale etmeye çekindiğimiz, yolun başındaki bizler için zorlayıcı alanlardan birisi olan bağımlılık. "Beyaz-Yeşil-Kırmızı: Reçeteli İlaçlarla Bağımlılık"



İlilik" oturumuna Figen Karadağ hocamız başkanlık yapacak. Beyaz, kırmızı, yeşil reçeteli ilaçlar ve bağımlılık konularının ele alınacağı paneli ilgiyle beklemekteyiz.

- Derneğimizin bizlere sunduğu bir büyük fırsat da TPD - EPA işbirliğiyle hazırlanan " Onam ve Karar Verme Kapasitesi Değerlendirmesinde Mitler, Yanlış Düşünceler ve Gizli Tuzaklar: Olgular, Nedenler ve Klinik Yaklaşımlar" kursu. Oturum başkanlığını Doğan Yeşilbursa hocamızın yapacağı, yabancı konuşmacıları da dinleyeceğimiz bu kurs bir de ücretsizmiş! AHK bu fırsatı kaçırmı mı?
- EPA ve TPD işbirliği ile düzenlenen bir diğer oturum ise "Şikayetler, Davalar ve Malpraktis: Bir Psikiyatrist Olarak Nasıl Hayatta Kalmalı?" konferansı. Mustafa Sercan hocamız adli psikiyatrinin Türkiye'de önde gelen isimlerinden birisi olarak bu oturumun başkanlığını yapacak. Adli psikiyatride uluslararası alanda önde gelen yabancı konuşmacıların da konuşumumuz olduğu bu oturumun AHK'daki meslektaşlarımıza yol gösterici olacağını düşünüyoruz.
- Ve son olarak 54. UPK'da "psikiyatride güncel" oturumları. Asistanlar ve genç uzmanlar için arada kaldığımız olgular hep zorlayıcı olgular olmuştur. Bu konuya yönelik psikiyatride güncel oturumlarında Şeref Gülseren ve Kürşat Altınbaş hocalarımızın başkanlığını yapacağı "Sınır Olgularda Tanı ve Tedavi Yaklaşımları" ele alınacak. "Demans, Psödodemans ve Hafif Bilişsel Bozukluk Sınırlarında Olgularda Tanı ve Tedavi Yaklaşımı, Dissosiyatif Bozukluk-Psikotik Bozukluklar Sınırlarında Olgularda Tanı ve Tedavi Yaklaşımı ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu-Bipolar Bozukluk Sınırlarında Olgularda Tanı ve Tedavi Yaklaşımı" konularını zihnimizdeki sınırları aşarak dinleyeceğiz.

Elbette 54. UPK'nın oturumunda üzerinde konuşulacak, AHK'ya yönelik olabilecek daha çok panel, kurs ve konferanslarımız var. Bizler çektiğimiz bu podcast ile birkaçını seçip tanıtılabildik. AHK'daki tüm arkadaşlarımızı güzel İzmir'de 54. UPK'da buluşmak üzere bekliyoruz!

Ve bu kadar anlattığımız podcastimizi dinlemek isteyen meslektaşlarımız için linki aşağıya ekledik

<http://burkonturizm.com/duyuru/upk/146/AsistanlaricinSecmeler.mp3>

Asistan Hekim Komitesi Yürütme Kurulu

EFPT (Avrupa Psikiyatri Asistanları Birliği) 'den yeni haberler!



AHK üyesi arkadaşlarımızın Avrupa'daki meslektaşları ile bulunduğu bir forumu daha geride bıraktık. EFPT'nin 21-25 Temmuz 2018 tarihlerinde Bristol, İngiltere'de gerçekleştirilen 26. Forumuna derneğimiz tarafından burs imkanı da sağlandı. AHK'ya verdiği bu destekten dolayı öncelikle TPD'ye bir kez daha teşekkür etmek isteriz. Forumun kısa bir değerlendirmesini yapmak üzere söz; Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD' de görev yapan arkadaşımız Dr. Asilay Şeker ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Erişkin Psikiyatri ABD'den Dr. Uğur Çıkrıkçılı' da.

Asilay:

"Merhaba; EFPT'nin Bristol'de yapılan bu seneki forumuna Türkiye'den Pelinsu Şirin, Uğur Çıkrıkçılı, Ekin Başar ve Ekin Sönmez ile birlikte ben de katıldım.

EFPT'nin forum süresi ve içeriği her yıl düzenleyen ülkeye göre farklılık göstermekte. Bu yıl İngiltere'de düzenleme komitesinde yer alan meslektaşlarımız bir tam günü popürlüğünü korumakta olan bir alana - nörobilim sempozyumuna - ayırmışlardı.



Forum Moldovya'dan Malta'ya farklı ülkelerden asistan temsilcilerinin yer aldığı, çeşitli sosyal etkinlikler ve bazı klinik geziler ile renklendirilen, tanışmamız ve sosyal etkileşimin sağlandığı bir organizasyon ile gerçekleştirildi.

Son gün yapılan Genel Kurul toplantısında önceki yılın bütçe hareketleri paylaşıldı, geçmiş dönem faaliyetleri hakkında bilgilendirme yapıldı ve federasyon içindeki çeşitli pozisyonların yeni sahipleri için bir seçim yapıldı. Çocuk psikiyatrisi çalışma grubunun birinci ve ikinci temsilcileri de bu seçimle belirlendi. Bu çalışma grubu tarafından önümüzdeki yıl için belirlenen öncelikli gündem ise; EFPT içinde idari yer ve işleyiş üzerindeki görevler hakkında çalışmalar başlamak idi.

Hepimiz için yeni bir vizyon yaratan, farklı ülkelerdeki meslektaşlarımız ile bir araya geldiğimiz, keyifli ve benim adıma eğitici bir forum oldu. Birlikte üretmeye devam edebilmek dileğiyle."

Uğur:

"Ben de birkaç noktaya vurgulayacak olursam, Bristol Üniversitesi'nin tarihi binalarının olduğu Wills Hall kampüsünde konaklamak ve toplantıların, organizasyonların yapılmış olması katılımcılar için keyif vericiydi. Organizasyon iyi planlanmıştı. Blimsel programda beş gün de ayrı ayrı "klinik ziyaretleri, ülke günleri, nörobilim günü... gibi" farklı temalara göre gerçekleştirildi. Son yani altıncı gün ise psikoterapilere ayrılmıştı.

Nörobilim günü demişken, Royal College of Psychiatrist başkanı Wendy Burn, Yale Üniversitesi'nden David Ross (ki tipik bir Amerikanvari sunum yaparak net, fazla süslü kelimelerin olmadığı, oldukça anlaşılır bir şekilde ekip çalışması ve Psikiyatri'nin geleceği üzerine konuştu), Oxford Üniversitesi'nden Russel Foster, Bristol Üniversitesi'nden Matt Jones gibi kendi alanlarında otorite sayılan kişilerden çalışma alanlarına ilişkin sunumlarını dinledik. Aynı günün sonunda tarihi şu an müze olan, SS Great Britain buharlı gemisinde resepsiyon verilmişti.

İki ayrı günde üçer saatlik çalışma gruplarının toplantısı oldu, yıl içi değerlendirmesi ve önümüzdeki yıla ait çalışma planları oluşturuldu. Son gün olan psikoterapi günü tercihe bırakılmıştı. Buna rağmen oldukça kalabalıktı. Birleşik Krallık'ın yanı sıra Avrupa'nın da önemli psikoterapi merkezlerinden olan Tavistock and Portman NHS Foundation Trust'dan konuşmacıların yer aldığı Adli Psikiyatri'ye psikanalitik psikoterapi çerçevesinden yaklaşımı, perversiyonlar, klinik pratiğindeki son gelişmeler gibi başlıklarda sunumlar yapıldı ki kendi adıma tezim de bu alanda olduğu için birkaç alt başlıkta çok faydalandım diyebilirim.

EFPT'nin başlangıcından beri içinde olan bir ülkeyiz ve derneğime bu desteği bizlere sunduğu, üstelik bir burs olanağı

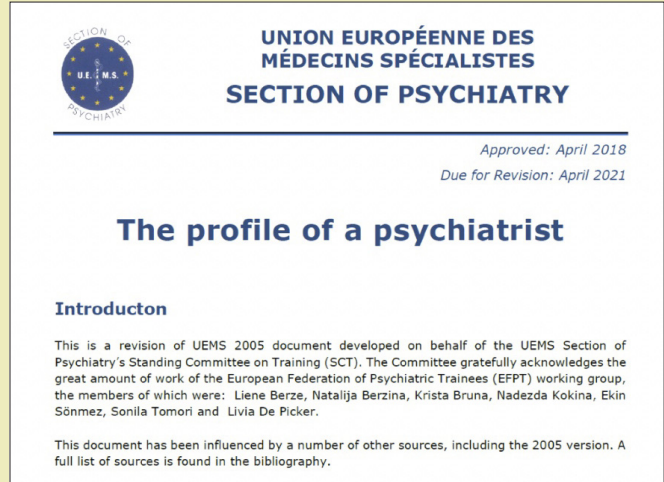
sağlayarak katılım olanağımızı kolaylaştırdığı için çok teşekkür ediyorum. Bizlerden sonra, AHK'da olan arkadaşlarımızın da EFPT'de aktif görevler alıp, akademik deneyimlerini arttırmasını diliyorum"

Son olarak, EFPT çocuk ve ergen psikiyatrisi temsilcilerden birisi arkadaşımız Asilay oldu, Uğur Psychiatry Across Borders grubunun eş başkanlığını Ukraynalı meslektaşım ile bu sene de sürdürecektir. Kendilerini tebrik ediyoruz. AHK olarak EFPT'deki varlığımızı tecrübe aktarımları ile sürdürmeye devam ediyoruz. Bu konuda ilgili tüm meslektaşlarımızı aramızda görmekten mutluluk duyacağız.

Birlikte paylaşmak, nice güzel başarıları yaşamak dileğiyle!

UEMS – Profile of a Psychiatrist : Psikiyatrist kimliğini tanımlamak

Türkiye Psikiyatri Derneği'nin de üyesi olduğu Avrupa Tıp Uzmanları Birliği'nin Psikiyatri Seksiyonu tarafından bu yıl güncellenen Profile of a Psychiatrist dosyası, bir psikiyatristin mesleki kimliğinin hangi bileşenlerden oluştuğuna, bu bileşenlerin uygulamada neye karşılık geldiğine dair bilgiler ve tanımlamalar içeriyor. Sadece klinisyenlik değil, eğitcilik, araştırmacılık, ekip liderliği gibi zaman zaman geri planda kalan mesleki roller inceleniyor. Hazırlanmasında Avrupa Psikiyatri Asistanları Federasyonu (EFPT) üyelerinin de katkısı bulunan metne, Türkiye'deki psikiyatrist ve asistan hekimlerin erişimini kolaylaştırmak adına TPD Merkez Yönetim Kurulu'nun girişimiyle Asistan Hekim Komitesi bünyesinde bir çeviri çalışması yürütüldü. Ekin Sönmez'in koordinatörlüğünde yapılan çeviri ve redaksiyonda Asilay Şeker, Emine Tuğçe Akçaer ve Elif Subaşı görev aldı. 54. UPK ile birlikte meslektaşlarımızla ve eğitim araştırma klinikleriyle buluşmasını umduğumuz



Profile of a Psychiatrist - Bir Psikiyatristin Profili'nin okunması, tartışılması ve uygulamada kılavuzluk etmesi dileğiyle...

Lokman Hekim Gelse...

Dr. Şahabettin ÇETİN

Tokat Ruh Sağlığı Hastanesi

Giresun'da 82 yaşındaki bir vatandaşın eşi için ilaç yazdırma isteğinin hekim tarafından kanunsuz olduğu anlatılarak reddedilmesi ve sonrasında yaşananlar toplumu bir kez daha taraflaştırırken, hekimlerin de hedef haline gelmesini destekler nitelikteydi. Kamuoyunun hekime karşı tutumu ve toplumsal vicdanın değer yargılarındaki tutarsızlıkları üzerine düşünmemize yol açan tepkilerle karşılaştırdı bizi.

Reçete, hekimin bir hastayı gördüğüne ve üzerinde yazılı ilaçları kullanmasının kullanmamasından daha uygun oldu-

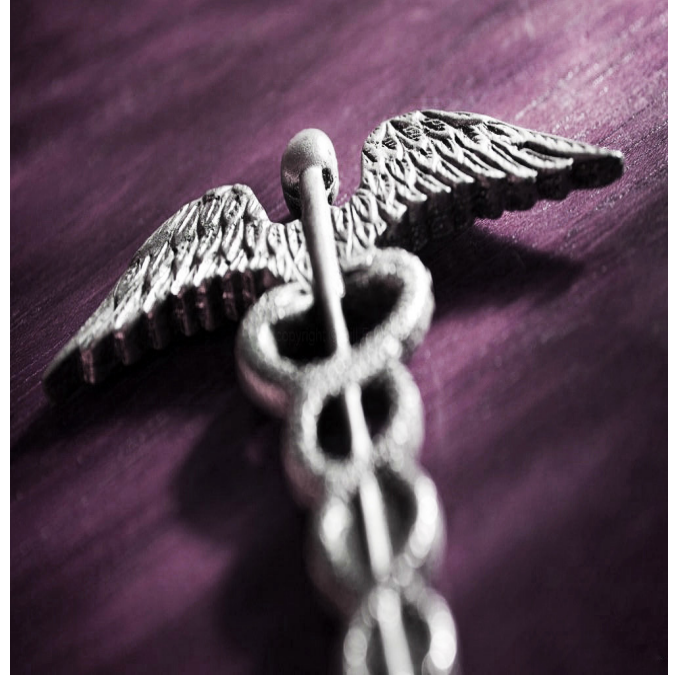
ğuna kanaat ettiğine dair beyanda bulunduğu resmî bir evraktır. Evde bakım ise bunun için görevlendirilmiş bir hekimin önceden belirlenmiş bir zamanda hastanın bulunduğu eve giderek, hastayı gördükten sonra ilacı yazabilmesinin yolunu açan kolaylaştırıcı bir sistemdir. Evde bakım kolaylığının olması hastanın istediği her şeyin evde yapılabileceği anlamı da taşımaz. Gerektiğinde evde yoğun bakım, ameliyat vb yapılamayacağı gibi istediği an herhangi bir sağlık ekibinin hastanın evine gitmesi mümkün değildir. "Ama sizin işiniz insan sağlığı" türünde önermeler bir argüman

olarak kabul edilemez. Hizmet sektörüne ait -herkesin günü 24 saat yaşadığı, aynı anda farklı yerlerde olamayacağı gibi- insani gerekçeler ve kurallar doğal olarak geçerlidir.

Hekimler olarak bir tür bölmenin tarafında olduğumuz ve giderek ayrıştırıldığımız aşikar uzun süredir. Maruz kaldığımız -sözlü/fiziksel- saldırılarla, bulunduğumuz taraftan aynı şiddette nefret söylemleri üretmeye de sürükleniyoruz. Bölme maruz kalan hiçbir toplum, birey hatta cisim bölmenin zerresi kadar kusurlu değildir. Bir pastanın tercih ettiğimiz parçasını bölerek kalanını diğerlerine ayırmamızın sorumlu su ne pasta ne de bıçaktır. Bu nefretin bir parçası olmaya çağımız gibi, görmediğimiz hastaya reçete yazmak gibi etik dışı esnemelere de aracı olamayız.

Çalıştığımız kurumlardaki rolümüz masanın bir tarafındaki hizmet veren ile diğer tarafındaki talep eden ilişkisinin bir tür örneğidir. Hiç bir hekim kendi uzmanlık alanında dahi "her şeye muktedir" olma iddiası taşımazken, birçok meslek grubundan farklı olarak bu role sürüklenir ilişkinin başında. "Önce Allah sonra siz" gibi ifadeler bu rolün örneklerindedir esasında. İşler istendiği gibi gitmediğinde tam aksi yönde devrileceğinin de tedirgin edici işaretidir. Bu rol siyasetin "iyileştiren" uzantısı olarak sağlık sektörünü kullanabilmesine de ortam hazırlar. Hem hizmet veren hem iyileştiren kimliğine uydurulmaya çalışılan hekim de yapabileceklerinin sınırını bu tedirginlikle anlatmaya çabalar. Öyle ki her haliyle sorguya açık bilimsel doğrulara bile tanrısal güçler atfedildiğinde, o bilginin açık verme imkanı kalmaz. Dolayısıyla hizmet veren/talep eden ilişkisinden, muktedir/aciz ilişkisine dönüşmesi de kaçınılmaz olur. Esasında hekimin iddia etmediği bu tüm güçlü görüntüsünün yanılsamasıyla, diğerlerinin beklentileri de gerçekdışı bir hal alır. Aynı anda hem poliklinikte kimseyi bekletmeden yaşam iksiri dağıtan biri hem de acz içindeki diğerlerinin evlerine koşabilen biri olması beklenebilir. Bütün bu beklentilere yanıt vermeye çalışırken de "aciz" in yapabileceği hiçbir saldırı "muktedir" için gerçekten tehdit olamazmış sanılabilir. Sosyal yaşamda hemen herkesin farkında olduğu iletişim ve anlatabilme güçlüklerinin hekim için mümkün olabileceğine inanmak istemez. Aynı anda bir sürü yerde olmadığı için, talep eden herkesi anında iyileştirecek sihrini kullanmadığı için, çocukların ateşlerini mahsustan düşürmediği için yok edici saldırılar da müstehak hale gelir. Aslında öyle olmasa da tüm güçlü sanılan otorite bir anda minimum ceza riski ile alt edilebilecek şekilde bireylerin önüne serildiğinde neler olabileceğini düşünebiliriz bu durumla ilgili. Bunun da sorumlusu yine tüm bu hizmet kanallarındaki rol sınırlarını kendi isteğine göre manipüle edip parçalayan siyasi otoritedir.

Bu şartlar içinde hekim, yine de elindeki en medeni yöntemi kullanarak toplumsal düzen mekanizmalarından birini devreye soktuğu için katil ilan edilebilmiştir. Burada devreye sokulan mekanizmanın geçerliliği saldıran kişinin psikososyal durumu, yaşı, taşıyor olabileceği muhakemesini bozan patolojilerden (demans, psikotik bozukluk...) bağımsızdır. Zaten bu mekanizmalar tam da bu nedenle, farklı güç ve düzeydeki bireylerin eşit şartlarda yaşam hakkını savunması



için kurulmamış mıdır? Alternatifi; beklentisi karşılanmadığı için öfkelenen bireyin saldırılarına bir çeşit savunma sporuyla karşılık vermeye çalışmak olabilir. Beyaz kod da bu tür sahnelerin mümkün olduğunca önceden önüne geçilebilmesi için herkesin selameti adına yapılan güvenlik uygulamalarındandır.

Aslında her şeyin başında sağlıklı yaşama hakkına hizmet üretme niyetiyle yola çıkan hekim çaresizliğe sürüklenmektedir. Tanrısal güç, sihirli değnek iddiası olmayan hekimler içsel enerjisini, bilimsel zeminde sağlık hizmeti üretmeye dönüştürmek istediğindedir. Ancak üretimi hiç anlaşılmayan, diğerlerince karşılanmayan birey tahammülü güç bir boşlukla karşılaşır. Adım atmaya başladığında, gülümsediğinde, ağladığında, istekleri olduğunda ebeveynlerinden karşılık bulamayan bir çocuğun boşluğu gibi. Kendi derdini resimleriyle ifade edip anlaşılmayı bekleyen, sonra da çizdiği tablolar kafasında parçalanan bir ressamın durumundan çok daha vahimdir aslında yaşanmakta olan. Anlaşılmayı bekleyen bir sanatçının ötesinde diğerlerinin iyi yaşamasını hedefleyen de bir çabası vardır çünkü.

Bütün bunların içinde hizmet vermektен yorulmak, iş bırakıp anlaşılmayı beklemek, ortamı tümünden değiştirip başka ülkelerde çalışmak için yaşamından bir şeyleri feda etmek de anlaşılır tepkilerdir. Nankörlük, hainlik, kabını beğenme, şımarıklık vs. değil benlik bütünlüğünü sürdürebilmenin kalan nadir yollarındandır. Hepsinden önce alanını savunmaya çalışan bir canlı organizma olarak gelen saldırılara; sert, öfkeli, kırgın reaksiyonlar vermek de oldukça anlaşılır. Yine de kalıp umut ile hizmet üretmeyi sürdürmek, bildiğini bildiği şekilde sunmaya çalışmak da bir yöntem elbette. Kesin olan ise, maruz kalınan fiziksel/sözel, bireysel/toplumsal linç karşısında, ortam yatışana kadar bir köşede bekleyip sonra sessizce devam etmesine izin vermenin bir seçenek olmadığıdır.

Genç Psikiyatristler Komitesi'nden merhaba!

Dr. Oğuzhan KILINÇEL

Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi

Dr. Gamze ERZİN

Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Genç Psikiyatristler Komitesi (GPK) fikri uzun yıllardır gündemde olmasına rağmen 2016 yılında gönüllü genç psikiyatristler sayesinde, dönemin Merkez Yönetim Kurulu'nun desteği ile oldu. Uzmanlığının ilk 5 yılında veya 40 yaş altı psikiyatristleri kapsayan Genç Psikiyatristler Komitesi 2018 yılında yönergesini tamamladı, birçok kongrede panel düzenledi ve çalışma birimi toplantıları yaptı. GPK' nın kurulma hedefleri, ulusal anlamda genç psikiyatristler arasında iletişimi sağlamak, zorunlu hizmet gibi oldukça zorlu dönemlerde birbirlerine destek olmalarını sağlamak, birçok alanda işbirliği yapmalarına yardımcı olmak ve bu sorunları belirlemek amacıyla bir çalışma yapmaktır. Kurucu koordinatörlüğünü Deniz Ceylan, Gamze Erzin, Şevin Hun Şenol, Oğuzhan Kılınçel ve Necip Çapraz'ın yaptığı komitemiz ulusal kongrede sosyal ve mesleki toplantılar yapacaktır, kriterlere uygun tüm meslektaşlarımızı bekleriz.



“Önce zarar görme!”

Dr. Sevgi Gül ERTÜRK

İzmir Özel Ekol Hastanesi

Hekimliğe başlarken herkesin bildiği gibi “Önce zarar verme” kuralıyla eğitildik fakat klinik deneyimlerimiz bize başka bir öncelikli kural getirdi: “Önce zarar görme!” Hekim kimliğinin, birçoğumuz için sadece mesleki kimlikten ibaret olmadığını düşünüyorum. Bu mesleğin seçilmesinde bilinç dışında insanlara yardım etme arzusu mutlaka bulunuyor ve bu da insan hayatıyla ilgilenmenin getirdiği riskleri göğüsleyebilmemiz için taşıyıcı görev üstleniyor. Son zamanlarda çevremizde deneyimlediğimiz ve şahit olduğumuz hekime şiddet vakaları tam da bu taşıyıcıya indirilmiş bir darbe gibi oluyor.

Ben fiziksel olarak şiddete uğramadım ama çok kez tehdit, hakaret, küfür gibi sözel şiddet ile karşılaştım. Kendisi de hekim olan eşim fiziksel şiddete de uğradı. Böyle zamanlarda öncelikli duygum sorunu çözmeye çalışma ve şaşkınlık oluyor, mesleğin de getirdiği soğukkanlılık alışkanlığıyla durumdan bir şekilde kurtulduktan sonra acaba bir şeyi yanlış mı yaptım tereddüdü geliyor sanki yanlış yapmak şiddeti haklı çıkarırmış gibi. Aklım biraz başıma geldikten sonra öfke başlıyor. Hastaya, hasta yakınına, mesleğe, topluma, sağlık sitemine, beni doktorluğa iten nedenlere ve kendime... Sonrasında hastaneye girerken yaşanan isteksizlik, mutsuzluk, keyifsizlik, korku, endişe, kaygı, çabuk sinirlenme, motivasyonsuzluk... Herhangi bir hastayı görürken kafamın arkasında sürekli bu durumdan nasıl zarar görmeden çıkarım düşünceleri ile boğuşurken buluyorum kendimi. Sonra beklentilerimi bir miktar düşürerek ve savunmalarımı arttırarak bir şekilde uyum sağlıyorum. Ta ki sonraki şiddet tecrübesine kadar. Sosyal medyadan, arkadaşımın, eşimden duyana ya da kendim yaşayana kadar.

Bunlar şiddetin biz hekimlerde oluşturduğu sorunlar. Bir de madalyonun öbür yüzü var. Hekime şiddetin topluma

zararları. Bunu düşündüğümde daha önce okuduğum bir deney geliyor aklıma. Bir anne maymunu ve yavrusunu kafese koyuyorlar ve kafesin altını ısıtmaya başlıyorlar. Dünyadaki en güçlü bağlardan olan annelik güdüsüyle anne maymun hemen yavrusunu kucağına alıyor. Kafesin altı ısındıkça anne maymun tek ayak üstünde zıplamaya başlıyor ki hem kendini hem yavrusunu koruyabilsin. Kafesin altı biraz daha ısındığında ise anne maymun yavrusunu bırakıp onun üstüne çıkmaya başlıyor. Her ne kadar maymunlar üzerinde böyle zarar verici bir deney yapılmış olmasından rahatsızlık duysam da şunu düşünmeden edemedim: Hayatta kalma güdüsü dünyanın en güçlü koruma güdüsü olan annelik güdüsünden bile şiddetli olabiliyor. Ne olursa olsun hayatımızın tehlikede olduğunu hissettiğimiz zaman, önceliği başkalarına verme güdümüz yoktur.

Bir hastanız var ve onun hayatı için mücadele veriyorsunuz. Eğer aklınızda “Ben bu hastayı nasıl kurtarırım?” sorusu değil de “Ben kendimi nasıl kurtarırım?” sorusu var ise; şartlar ciddi anlamda tersine dönmüş demektir. Kendinizi koruma düşüncesi ve bu düşüncenin üzerinize yüklediği stres; savaş, afet gibi olağanüstü hallerde devreye girmesi beklenen mekanizmalardır. Günlük yaptığınız işin bir parçası haline gelmiş ise yıpranmanız kaçınılmazdır. Bu durumda geri çekilme işlerin kısa ve uzun vadede hastalar için daha zor hale gelmesine neden olur. Döngüsel olarak şiddet uygulayan kişi de dahil olmak üzere herkes bu durumdan zarar görür.

Çevremde son 1 yıl içinde şiddetin herhangi bir çeşidine maruz kalmayan hiçbir hekim arkadaşım yok. Tablo karamsar görünse de birlikte olmak iyi hissettiriyor. Bunları konuşurken ya da yazarken yine de içimde bir umut var. En azından yalnız olmadığımı biliyorum. Yine de iyi ki hekim olmuşum diyebiliyorum. Umudun bitmemesi dileğiyle...

“Yola çıkarken şiddet”

Dr. Güneş Devrim KICALI

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bu yazıya, şiddetin kapsamlı bir tanımını yaparak başlayabilirdim, çarpıcı istatistikler vererek, ya da hekime yönelik şiddeti eleştirici nitelikte tecrübelerimi aktararak. Fakat bunun yerine, sadece, “yola yeni çıkmış” sayılan bir meslektaş olarak, benden sonrakilere ufak bir fikir verecek, bu yoldan geçmiş olanlara da bir durum güncellemesi yapacak birşeyler yazmayı istedim.

Eğer bir yolculuksa meslek hayatımız, şiddet bir durak değil, bize arkadan gelip çarpan bir araç ya da, sanki, tepemizde sıcak bir yaz güneşi, mevsimine göre, buz gibi ısırıcı bir soğuk...

Bu hep böyle miydi? Pek sanmıyorum, 2011 yılının sonunda başladığım meslek hayatımda, nedense, gün geçtikçe sorunlar ve şiddet arttı. Hastalarımın sayısı arttıkça, sabah polikliniğin kapısına geldiğim her gün sorunları daha da çok hissettim.

Son 3 yıldır uzman olarak çalıştığım farklı hastanelerin, farklı polikliniklerinde karşılaştığım şiddet olaylarını yazmak, sizin de tahmin edeceğiniz gibi, sadece okuyana, can sıkıcı bir “biliyorum, maalesef...” hissi bırakacaktır. Başta söylemiştim, iki niyetim var, arkadan gelenlere bir kılavuz olup, önden gitmiş olan, şiddeti görmezden gelen, polikliniğe az

uğrayan, eğitim ve araştırma görevleri ile ilgilenen, idari sorumlulukları olan psikiyatristlere “biz şu aralar bu haldeyiz, bir öneriniz var mı?” diyebilmek.

Hasta, hasta yakını, üçüncü şahıslar ya da çalışanların yönelttiği şiddet tecrübelerimden çıkarttığım dersler sırasıyla şunlardır; ilk an tepkim çoğunlukla öfke ve haksızlığa uğramışlık oldu, ve bu olayların bir çoğunu da gizlemeye eğilimim oldu. “Lütfen gizlemeyin”, en kısa zamanda bir meslektaşınızla, poliklinik komşunuzla paylaşın, şiddet eylemi sırasında, sizi en iyi anlayan ve cinsiyeti, yaşı, hayat görüşü ne olursa olsun size destek çıkan, doktor arkadaşınız oluyor.

Bir başka gözlemim, yönetici - idareci meslektaşlarım, konu hakkında benden daha tecrübeli ve yetkin olmalarına karşın, kapı komşunuz poliklinik hekimi kadar “yakın” ve “ilgili” olamıyor. Bunu bir eleştiriden çok sitem olarak yorumlamanızı dilerim. Keşke bizlere bu anlarda destek olabilseler ve hakkımızı savunmamızda bize örtbas edici rol yerine savunucu rolü gösterebilseler.

Yasal haklarınızı bilmek ve kullanmak, üçüncü olarak vurgulamak istediğim konudur. Beyaz kod vermekten lütfen kaçınmayın, şöyle hayal edin, hastanenin bir koridorunda, yere düşmüş bir hastayı gördüğünüzde, bilinç durumu açık değilse, yapacağınız ilk şey mavi kod vermek değil midir? Beyaz kod da şiddetin acil yardım çağırısıdır.

Yaşanan şiddet sürecinden sonra, haksızlığa uğramış olmanın, bir başka insanın size zorbalık uygulamış olmasının, hakaretlerinin, uygunsuz davranışlarının, bakışlarının duygusal etkisi hissedilir olmaya başlar. Poliklinikten kendini dışarı atmak ister insan, doktorluğu bırakmaya kadar giden yoğun düşüncelerin sardığı, fiziksel ve ruhsal bir gerilim oluşur. Masadan kalkmak, bir daha dönmek ister. Ben, bu noktaya gelince, kapının önüne çıkıyorum, diğer

bekleyenlere kısa bir açıklama yapıyorum. En yakın kapıdan açık havaya çıkıyorum, biraz yürüyorum, toprak bir zemin olursa daha da rahatlatıyor. En yakınimdakilere, sevdiğilerimi arayıp paylaşmak geliyor olanları, ama yapmıyorum. Belki bi bardak çay içiyorum, ya da kahve, ama sigara sağlığa zararlıdır. Odamda beni bekleyenleri arıyorum, geri geleceğim yaklaşık süreyi bildiriyorum. İmkanım varsa bir bank buluyorum, ve sadece şöyle bir şey düşünüyorum. “.....”

(Hepimizin, gözünün önünde canlandığında, oturduğu banktan, hastaneden, kentten, ülkeden uzaklaşabileceği güzel bir resmi, hayali vardır ya hani, birkaç on saniye sürer, onu burada kullanmanızı öneririm)

Sevgili okur, yazının burasında, dönüp bakınca, metni, duygudan yoksun ve soğuk bulabilirsin. Eğer henüz benim bulunduğum erken noktada değilsen, gözünü korkutmayı hedeflemiyorum. Zorluğu yaşamadan bilmek, beklenti oluşturmak, benliğin başa çıkma düzeneklerinden birisidir.

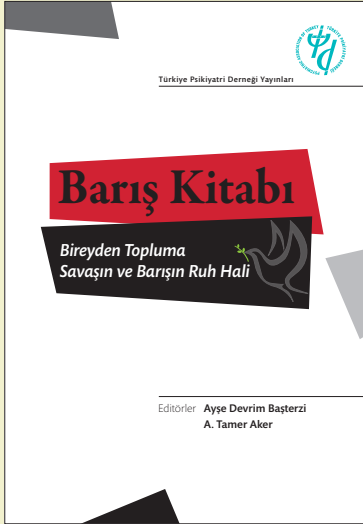
Bitirirken bazı önerilerim ve dileklerim de var, onları paylaşmak istiyorum. Birbirimize ulaşabileceğimiz, sadece şiddeti paylaşabileceğimiz halkın ve medyanın gözlemine açık bir platformun parçası olsak, bu konuda daha kolay kamuoyu oluşturabiliriz. Süreklilik arz eden bir tabloyu, ancak geri dönüşsüz bir hasar oluşturunca medyada görmekten yoruldum. Her zaman varsa, her zaman bilinmeli. Bu, sadece hekime yönelik değil, şiddetin her türü için geçerlidir. Hukuki mücadele konusunda daha örgütlenmiş olmayı, bir mağdur arkadaşımızın davasına, kitlesel olarak müdahil olabilmeyi dilerim.

Şiddetin, birçok batılı toplumda olduğu gibi, asla kabul görmeyen bir davranış örüntüsü olduğu güzel günlerde buluşmak üzere, hoşçakalın.



Türkiye Psikiyatri Derneği Asistan Hekim Kılavuzu, psikiyatri eğitimine yeni başlayan sizlere, derneğimiz ve asistanlık süreci hakkında bilgi vermek amacıyla TPD Asistan Hekim Komitesi tarafından oluşturuldu. Hangi kitapları okumalıyım? Nöbet sonrası izin hakkım var mı? Kongrelere nasıl katılacağım? Peki terapi eğitimleri? Aklınızdan geçen pek çok sorunun yanıtını bu kılavuzda bulabilirsiniz. Kılavuzun, asistanlık sürecinize katkıda bulunması ve gelecekte, hep birlikte üretebilmek umuduyla...

TPD Asistan Hekim Komitesi



Barış Kitabı

Bireyden Topluma Savaşın ve Barışın Ruh Hali

Editörler

Ahmet Tamer Aker,
Ayşe Devrim Başterzi

Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları,
461 sayfa, 2015

Barış Kitabı

Bireyden Topluma Savaşın ve Barışın Ruh Hali

Dr. Gamze Özçiçek

Kırıkkale ÜTF Psikiyatri AD

Türk Psikiyatri Derneği Yayınları'ndan çıkan, editörlüğünü Ahmet Tamer Aker ve Ayşe Devrim Başterzi'nin üstlendiği Barış Kitabı karanlığı silip barışı simgelercesine beyaz bir kapakla çıkıyor karşımıza. Beş ana başlıktan meydana gelen kitapta, dünyanın var oluşundan beri, bireyi ve toplumu etkileyen yıkımlar, kayıplar, göçler, ölümler geniş bir perspektifte incelenmiş.

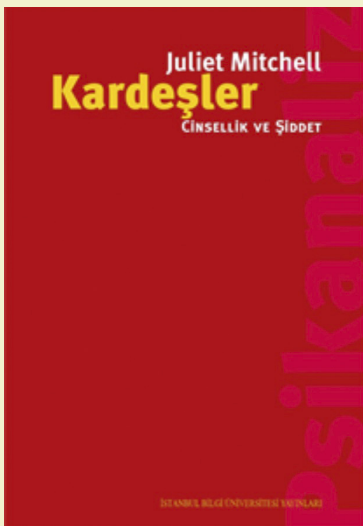
"Neden Savaşıyoruz?" adlı ilk bölümde evrimsel psikoloji, saldırganlığın nörobiyolojisi, ayrımcılık gibi çok çeşitli alanlarda savaşın yıkıcılığı ele alınmış. "Savaş Ortamı İnsanlara Ne Yapar?" sorusuna cevabın arandığı ikinci bölümde savaşın halk sağlığına ve akıl sağlığına etkisinden, askeri alanlardaki ruhsal travmalardan ve çocukların bu yıkımdan nasıl etkilendiğinden bahsedilmiş. Üçüncü bölüm olan "Savaşın Cinsiyeti"nde toplumun farklı kesimlerinde kadınlar, erkekler, LGBT bireyler açısından savaşın ve ardından getirdiği yıkımın etkileri incelenmiş. Kitabın dördüncü bölümü olan "Yeryüzüne Dayanabilmek, Savaşa Katlanabilmek" bireyden topluma, ruhsal dayanıklılık ve travma kavramlarını; sinemadan edebiyata, resimden futbola kadar geniş bir alanda ele alarak farklı bakış açıları sunmuş. Barış kitabının son bölümü ise artık savaşı geride bırakıp sadece barıştan bahseden "Tek Umudumuz Barış". Barışa psikanalitik açıdan bakılan, travmaların aşılmasında toplumsal birliğin öneminin vurgulandığı, travma belleğinin derinlemesine incelendiği, yas süreçlerinden bahsedilen bu bölüm; barış umudunun gerçekçi bir arzuyu ifade ettiğini, temel bir insan hakkı olarak ele alınması gereken barış içinde yaşama hakkının, barış umudunu sürekli kılacağını bizlere hatırlatıyor.

Kardeşler- Cinsellik ve Şiddet

Dr. Özlem Altuntaş

Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Freud kişinin ruhsal gelişimini ebeveyn-çocuk ilişkisi dinamikleri temelinde Oedipus mitini merkeze alarak kuramlaştırmıştır. Enest tabusu ve babanın yasası insanın kültüre girişinde, cinsel kimlik rollerini edinmesinde ve yaşamının sonraki döneminde kuracağı ilişkilerde tutumlarını belirleyecektir. Freud sonrası psikanalistler erken dönem anne-çocuk ilişkilerinin de kişilik üzerindeki etkilerine dair kurama önemli katkılarda bulunmuştur. Juliet Mitchell ebeveyn-çocuk ilişkisinin kuramdaki merkezi rolünü kuşaklar arasına odaklanmasından ötürü dikey paradigma olarak tarif eder. Peki kardeşler nerededir? Mitchell Oedipus'un kız kardeşi var mıydı diye sorar? Kardeşlerin oluşturduğu yatay paradigmanın psikanalizde ihmal edilmiş olduğunu iddia eder. Bir kardeşin dünyaya gelmesi ya da bunun ihtimali çocuğun tümgüçlü egosunu sarsar. Fantezisinde kendinden bir tane daha geleceği inancı ile önce coşku yaşayan çocuk, kardeşin gelişile birlikte yerinden edilmiştir. Yazar bu durumu kardeş travması olarak adlandırır. Çocuk için yok edilme anlamına gelebilecek bu biricikliğin kaybı deneyimi aynı zamanda yok etme isteği de uyandıracaktır. Mitchell kardeşine bakan bir çocuğun yüzünde öldürücülüğü ve hayranlığı aynı anda görmenin mümkün olduğunu söyler. Aşk ve nefretin, yaşam ve ölümün kardeş yatay ilişkilerinin ruhsal temsilleri olduğunu öne sürer. Nefret aşka dönüşebilecek, ölüm dürtüsü ise yaşama yer değiştirecektir. Kabil erkek kardeşi Habil'i öldürmemeli aksine 'kendi gibi' sevmelidir. Bu noktada Mitchell kardeşlerin birbirlerini öldürmesine ve kardeşler arası eneste engel olabilecek



Kardeşler- Cinsellik ve Şiddet

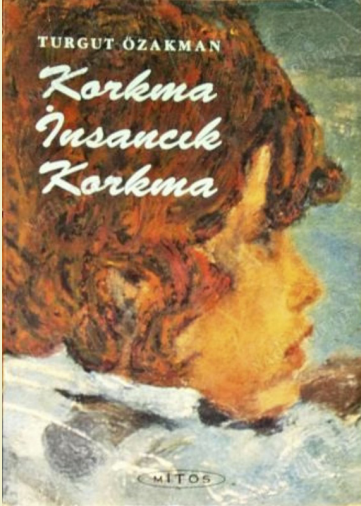
Juliet Mitchell

İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları
Çeviri:

Pınar Padar - Billur C. Yılmazyığıt

bir 'anne yasası'ndan bahseder. Bu yasa bir yandan Lacan'ın 'babanın yasası'na yapılan bir göndermeyi de içerir. Annenin yasası kardeşler grubunda bir anlaşmaya tekabül eder: Kişiler kendisiyle aynı olduğu için diğerini severek toplumsal gruplar oluşturur ve nefret edecek başka gruplar bulur. Birinci Dünya Savaşı sonrası erkeklerde meydana gelen histerik semptomların tanımlanmasıyla birlikte histerinin sadece kadınlara özgü olmadığı anlaşılmıştır. Uzun yıllar erkek histerisi üzerine çalışan Mitchell histeri kavramını önceki kuramcılardan farklı yorumlar. Anne yasası ve kardeşler arası ilişkiler üzerinden kuşak-içi bir ilişki olan savaşı anlamaya çalışır. Savaşlar erkek kardeşliğiyle ilgilidir, savaşlarda şiddet ve tecavüz yanyanadır. Savaşlarda çok yaygın olan tecavüz ve cinsel saldırıların anne yasasının askıya alındığı bir 'bastıramama' durumu olduğunu, savaşın kardeşler arası sınırları bulanıklaştırdığını söyler.

Mitchell aynılık-farklılık, üreme-cinsellik kavramlarını yatay ve dikey paradigmlar çerçevesinde tekrar ele alır. Oedipus'un bir kızkardeşi olduğunu hatırlatır, bu yas tutmak isteyen Antigone'dir. Bu çalışma psikanalitik kurama yenilikçi bir katkı sunması yanında cinsellik, şiddet ve cinsiyet temaları üzerine düşünmek isteyenlere yeni ufuklar açmaktadır.



Korkma İnsancık Korkma

Yazar: **Turgut Özakman**

Yayınevi: Mitoş Boyut Yayınları

Sayfa Sayısı: 348

Basım Yılı: Ocak 1994

Korkma İnsancık Korkma

Dr. Ekin Başar

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Turgut Özakman, dramaturg olarak tiyatroya sayısız eserle katkıda bulunmuş, kimbilir kaç gence tiyatro sevgisi aşılacak, eşsiz eğitmenlerden. Tam da şu günlerde, aramızdan ayrılışının beşinci yıldönümünde, imkanımız olsa ve birkaç yıl geriye gidip kendisiyle biraz sohbet edebilseniz. Hukuk fakültesini bitirip avukat olmasının ardından nasıl oldu da tiyatro bilimiyle ilgilenmeye başladı, kendisine sorabilsek. Sahnenin ardındaki gerçekleri araştırmaktan vazgeçip, önündeki büyülü dünya için oyun yazmak nereden aklına geldi, öğrenebilsek. Şüphesiz böyle bir sohbetin talibi çok olurdu ama ben olsaydım en uzun zamanı ilk romanı "Korkma İnsancık Korkma" için ayırmak isterdim.

Roman annesi ve babasını bebekken kaybetmiş, yalnız bir çocuğun dünyasıyla başlıyor. Bu isimlessiz çocuk, iki ailenin arasında ihtiyaçlarını gidermeye çalışıyor. Bağlanmaya, ayrılanmaya uğraşılıyor, şeylerin doğrusunu kimden öğreneceğini bulmaya çalışıyor.

Anne evindeki Rum gelin Tiya Eleni ise genç yaşta eşini kaybetmiş yasıyla içine kapanmış, sönük bir hayat yaşayan yalnız bir kadın. Yollarının kesişmesinin ardından Tiya Eleni bu insancığı tekrar doğuruyor, hayatı baştan öğretiyor. Böylece biz de sınırlarda gezen sıradışı bir aşka tanık olmuş oluyoruz. Özakman bu büyülü hikayenin içindeki sapmaları, bu iki yalnız kalbin birbirini adım adım iyileştirmesinin içine öyle bir gizliyor ki insan hiç fark etmeden bu aşkın taraftarlarından biri haline geliyor.

Bu romanla tanışmamın üzerinden onbeş yıl geçtikten sonra, arada öğrendiklerimle beraber şimdi tekrar okuduğumda yine aynı büyüye kapıldığımı keyifle görüyorum. Belki siz de günün birinde kendinizi daha iyi anlamak ister, Tiya Eleni'nin çağrısına kulak verir, korkularınızı bir kenara bırakır ve en eski isteğinizin açtığı yolun sonuna bakmak istersiniz.

Tombul kollarıyla beni sardı, "Korkma insancık." dedi, "Korkma! Göreceksin, her şey yeniden güzelleşecek! Bütün korkuların geride kalacak."

Tereddüt

Dr. Ceren Meriç Özgündüz

Besni Devlet Hastanesi

2016 yılının Aralık ayında, tesadüfen filmin konusundan küçük bir ilçeye mecburi hizmete gitmiş genç bir kadın olan psikiyatristin genç kadın hastasıyla ilişkisine odaklanan bu hikayeden haberdar olduğumda; ben de henüz mecburi hizmetimin sekizinci ayına yeni girmiş, küçük bir Güneydoğu Anadolu ilçesinde çalışmakta olan genç bir kadın psikiyatristim. O sırada, bu küçük ilçede mesaide olduğumdan, hafta sonunu iple çekmiş ve heyecanla İstanbul'da iken sıklıkla yaptığım gibi festival filmlerini izlemeye gittiğim sinemaya koşmuşum. Açıkçası bu heyecan ve kat ettiğim kilometrelere fazlasıyla değmiş olan bir filmden bahsedeceğim size bu yazıda.

Filmin açılış sahnesi Karadeniz'in dalgalarına kendini kapırmış, düşünceli bir kadının -psikiyatrist Şehnaz'ın- bakışlarıyla karşılıyor seyircileri. Hava kapalı, filmin genel havasına uygun biçimde. Ve hemen ardından küçük bir ilçede, devlet hastanesinde koşturmacalı bir gün başlıyor Şehnaz için. Sonrası tanıdık, sıradan bir poliklinik günü gibi ilerlerken; acil servise adli vaka olarak getirilen "evli" bir kız çocuğu ile asıl hikaye başlar. 14 yaşında zorla evlendirilmiş Elmas, karbonmonoksit zehirlenmesine bağlı evde öldükleri tespit edilmiş kocası ve kaynanasıyla birlikte, balkonda baygın halde bulunmuş ve hastaneye getirilmiştir. İlk müdahalenin ardından halen iletişim kurulamayan hasta, tablonun psikiyatrik olabileceği düşünülerek konsulte edilir ve servise yatırılır. Çok farklı sosyokültürel düzeylerde olmakla birlikte, aslında ne kadar da ortak dertleri olduğunu gün be gün gelişen ilişkileri çerçevesinde görmeye başlarız böylece Şehnaz ve Elmas'ın. Psikiyatri eğitimim sırasında psikodrama ile pek alakadar olmadığım için, psikoterapi seansları esnasındaki yoğun duygusal katarsis ve bazen fiziksel teması da içeren sahnelerde, başlangıçtan itibaren neredeyse birebir özdeşim kurduğum psikiyatrist Şehnaz'dan uzaklaşmış olsam da, sinematografik olarak bakıldığında filmin en etkileyici sahneleri olduğunu söyleyebilirim. Özellikle Elmas'ın annesine karşı isyanını dışa vurduğu sahne en dokunaklıydı bana göre. Küçük yaşta, okulundan alınıp kocaya verilmiş, eve hapsedilmiş ve yaşlı-hasta kaynanasına bakmakla yükümlü, her gece tiksinerken yaşadığı evlilik içi tecavüze dayanmaya çalışan Elmas ile hafta sonlarını İstanbul'da karizmatik mimar kocasıyla birlikte geçiren ve kah üst kesim sosyal yaşantısına dair karelerde, kah evinde kocasıyla paylaştığı/paylaş(a)madığı cinsel yaşantısından kesitlerde gördüğümüz Şehnaz'ın nasıl olup da erke dair benzer şiddetin pençesinde olduklarını ve aslında bu bağlamda Şehnaz'ın tereddütteki varoluşunun farkına varışını incelikle işleyen Yeşim Ustaoglu'na teşekkürlerimle yazımın sonuna geliyorum.



Tereddüt / Clair-Obscur

Yön: Yeşim Ustaoglu

2016, 1 sa 45 dk.

Hem bir psikiyatrist hem de kadın olarak beni oldukça etkilemiş olan bu filmi, psikoterapi süreçlerinde daha çok karşılaştığımız üzere hasta ile aramızdaki sınırların ne kadar geçirgen olduğunu göstermesi ve hangi sosyal statüde olursa olsun kadınların savaşmak zorunda olduğu erk şiddetini en açık ve aynı zamanda en gizli halleriyle ortaya koyması bakımından tüm meslektaşlarıma tavsiye ediyorum.

16-17-18 Kasım 2018

Başkent Üniversitesi Bağlıca Kampüsü İhsan Doğramacı Konferans Salonu /ANKARA

III. Uluslararası Leyla Zileli Psikanaliz Sempozyumu

"Psikanalizi Vaka Çalışmalarıyla Keşfetmek"

Psikanalitik psikoterapi uygulama ve eğitimini ülkemizde ilk başlatanlardan, Hacettepe ve Başkent Üniversiteleri Psikiyatri Anabilim Dallarının kurucuları arasında yer alan Prof. Dr. Leyla Zileli'yi bu kez ölümünün 10. yılında anmak üzere Başkent Üniversitesi, Ankara Çağdaş Psikanalitik Psikoterapiler Derneği ve Hacettepe Üniversitesi iş birliğiyle III. Uluslararası Leyla Zileli Psikanaliz Sempozyumunu düzenliyoruz.

Sempozyumda ülkemizden Prof. Dr. Cem Kaptanoğlu, Psike İstanbul Başkanı eğitim ve süpervizyon analisti Yavuz Erten, İstanbul Psikanaliz Derneği üyesi IPA analisti Pınar Padar, Britanya Psikanaliz Cemiyeti üyesi ve Ankara Çağdaş Psikanalitik Psikoterapiler Derneği onursal başkanı eğitim ve süpervizyon analisti Ülkü Gürışık; Birleşik Krallıklar'dan Britanya Psikanaliz Cemiyeti üyesi Carine Minne, Rob Hale, Matthias von der Tann; Almanya'dan International Psychoanalytic University-Berlin, Alman Psikanaliz Cemiyeti ve Alman Psikanaliz Birliği üyesi akademisyenler Prof. Dr. Michael Buchholz, Prof. Dr. Karla Hoven-Buchholz, Prof. Dr. Aleksandar Dimitrijevic, Prof. Dr. Horst Kächele (Sigourney Ödülü sahibi), Prof. Dr. Martin Teising birer konferans verecekler. Daha önce düzenlediğimiz iki sempozyumdan farklı olarak "Leyla Zileli: Sevdik ve Sevidi 'Önceki Kuşaklardan Son Mohikan'a" başlıklı açık kürsü düzenindeki oturumda, Leyla Zileli'yi güzel hatıralarla anmak üzere katılımcıları mikrofonla davet ediyoruz. İlk günün bu son oturumunun ardından önce Akademik Başkent Orkestrası dinletisi, sonrasında da Hoşgeldiniz Resepsiyonu yer alıyor.

Üç güne sığdırmakta hayli güçlük yaşadığımız programda ana temayı Psikanalizi Vaka Çalışmalarıyla Keşfetmek olarak belirledik. Bu seçimde, Leyla Hanım'ın psikanalitik kuramları vaka çalışmaları aracılığıyla öğrencilerine aktarmadaki ustalığından ilham aldık. Ülkemizin ekonomik koşullarını göz önünde tutarak kayıt ücretini mümkün olan en düşük düzeyde tutmaya gayret ettik.

Sevgili dostu Prof. Dr. Orhan Öztürk'ün sözleriyle Leyla Zileli'nin "alabildiğine insancıl sevgisini, olağanüstü eşduyum (empati) yetisini, anlaşılması güç durumlar karşısındaki tükenmez sabrını" hem klinik uygulamalarda hem de eğitimde diri tutmak amacıyla, 16-17-18 Kasım 2018 tarihinde, Ankara'da, Başkent Üniversitesi Bağlıca Kampüsü İhsan Doğramacı Konferans Salonunda gerçekleşecek sempozyumda buluşmak dileğiyle...

Daha fazla bilgi ve kayıt için: <http://lzilelisesempozyum.org/index.html>

DERNEKTEN HABERLER

- Açık Eğitim Modülü, 2017 yılında en çok izlenen sunum Dr. Cemil Çelik in Askeri Psikiyatri Modülü içerisindeki 'Askeri Psikiyatri ve TSK Sağlık Yeteneği Yönetmeliği Uygulamaları' sunumu olurken, en çok sunum izleyen üyemiz de Dr. Mehmet Bülent Sönmez olmuştur.
- Türkiye Psikiyatri Derneğinin ilkinin 2009 yılında gerçekleştirdiği ve son yıl asistanlarının meslek yaşamına uyumunu kolaylaştırmayı amaçlayan TPD Uzmanlık Yaşamına Hazırlık Eğitim Programı'nın sekizincisi 12-13 Mayıs 2018 tarihlerinde İstanbul'da gerçekleşmiştir.
- Prof. Dr. Mehmet Z. Sungur, Portekiz'de yapılan 14. Avrupa Seksoloji Kongresinde, Avrupa Seksoloji Federasyonu başkanı seçilmiştir. Meslektaşımızı kutluyor ve yeni görevinde kendisine başarılar diliyoruz.
- Uluslararası Bipolar Bozukluklar Derneği'nin (ISBD) her yıl düzenlediği Samuel Gershon Genç Araştırmacı Ödülü'ne, 2018 yılı için üyemiz Dr. Burcu Kök Kendirlioğlu layık görülmüştür. Meslektaşımızı başarısından dolayı tebrik ediyoruz ve gelecek çalışmalarında başarılar diliyoruz.
- Genç psikiyatristler, aralarındaki iletişim ve iş birliği olanaklarını geliştirmek amacıyla bir araya gelmiştir. Genç psikiyatristler Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yürütme Kurulu'na Genç Psikiyatristler Komitesi işleyişi ile ilgili bir yönerge önerisi sunmuş ve Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yürütme Kurulu'nun 03.06.2018 tarihinde bu yönerge taslağını onaylamasıyla TPD Genç Psikiyatristler Komitesi resmi olarak kurulmuştur.

- EMDR Türkiye Derneği tarafından, psikiyatri asistanlarını EMDR konusunda ulusal ve uluslararası bilimsel yayınlara teşvik amacı ile bir burs programı organize edilmiştir ve Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) ile bursun duyurulması ve başvuru yapılması aşamalarında işbirliği yapılmıştır. Burs kazananların EMDR Türkiye Derneği tarafından düzenlenen ve EMDR Europe Association tarafından tanınan Temel EMDR eğitimlerinin 1 düzey kurslarına katılma hakları olacaktır.
- 'Ruh Sağlığı Yasa Teklifinin Vaat Ettikleri ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetleri' başlıklı panel 26.05.2018 tarihinde İstanbul Medipol Üniversitesi'nin ev sahipliğinde düzenlenmiştir. Ruh Sağlığı Yasa Tasarısının hazırlanması ve Meclise sunulması sürecinde görev almış tüm paydaş meslek dernekleri ve sivil toplum kuruluşlarının davetli oldukları panele Türkiye Psikiyatri Derneği'ni temsilen MYK üyesi Doç. Dr. Fatih Öncü ve Ruh Sağlığı Yasası Görev Grubu Koordinatörü Doç. Dr. Ejder Yıldırım katılmıştır.
- Psikiyatri alanında önde gelen dergilerden "JAMA Psychiatry" dergisi genel yayın yönetmenliğine Dr. Dost Öngür getirilmiştir. Meslektaşımızı başarısından dolayı tebrik eder, gelecek çalışmalarında başarılar dileriz.
- Psikiyatri alanının en prestijli dergilerinden birisi olan The Lancet Psychiatry'nin editör yetiştirme programı kapsamında geliştirdiği "Development Board" üyeliğine bu dönem derneğimiz üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Deniz Ceylan seçilmiştir. 2018-2020 yılları arasında görev alacak olan meslektaşımızı başarısından dolayı tebrik eder, gelecek çalışmalarında başarılar dileriz.

Gazze Saldırısıyla İlgili Basın Açıklaması (17.05.2018)

Bugün halkların yüreğine ölüm tohumları ekenler, yarının coğrafyasında yaşanacak savaşların ve yıkımların da müsebbibi olacaktır. İnsanlığın vicdanına açılan yaraların sonuçlarının en yakın tanıklarından olan biz psikiyatrlar, yaşama hakkını savunmaya çalışan silahsız insanlara yapılan bu katliamda Filistin halkının yanındayız. Fgain halkını yok etmeye yönelik insanlık dışı saldırıları nedeniyle İsrail devletini kınıyoruz.

Ruh sağlığı çalışanları olarak barışın ne denli önemli olduğunu biliyor ve sonuna kadar savunuyoruz. Savaşı, zulmü, işkenceyi ve baskı ve sindirmeyi, ablukayı, insanların ölümünü, çocukların acı çekmesini kabul etmiyoruz. Yıkıcılığın insan doğasının önüne geçilemez bileşeni olduğunu öne sürenlerin aksine, insan ruhunun kararlı bir şekilde barış talep eden, irade ve gücünü ortaya koyan ve dayanışma becerisini sergileyebilen yönüne dikkat çekmek istiyoruz.

Ülkemizde Dünya'da hekimler ve sağlık çalışanları, meslek örgütleri savaşa ve şiddete karşı içtenlikli, onurlu ve kapsayıcı bir dayanışma oluşturmalı ve harekete geçmelidir. Savaş ve şiddete karşı bu tutum mesleki kimliğimizden gelen sorumluluğumuzun doğal sonucudur.

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu

Şiddetin Önüne Şiddetle Geçilemez (04.07.2018)

Son günlerde arka arkaya aldığımız çocuk ölüm haberleri, yüreklerimizi dağılıyor. İnsanlığın en temel ortak kabul ve değerlerinden biri olan çocuğun yaşam hakkına yönelik bu tür şiddet içeren eylemler, şiddetin doğrudan ya da dolaylı tanığı olan bireylerde çaresizlikten korkuya, utançtan öfkeye pek çok duygunun yaşanmasına sebep olur. Son derece insani olan bu duyguları yaşarken, tepkilerimizi nasıl etkilediğine dikkat kesilmeliyiz. Öncelikle şiddetin şiddeti beslediğini bilerek, yazılı ve görsel medyada ölüm haberlerinin yer alma şekline özen gösterilmesi gerektiğinin altını çiziyoruz.

Kişilerin uyguladığı şiddeti bir ruhsal hastalıkla açıklamaya çalışmanın hem şiddeti aklama hem de şiddetle uzaktan yakından alakası olmayan ruhsal hastalık sahibi bireyleri damgalayarak hedef haline getirme riski taşıdığı bir kez daha hatırlatmak istiyoruz. Özellikle cinsel suçlarda her failin ruhsal bozukluğu olduğuna dair varsayım yanlış olup, cinsel suç olarak tanımlanan her eylem salt bir cinsel eylemi değil, mağdur üzerinde güç uygulama aracı olarak yine şiddeti temsil etmektedir.

Bireylerin şiddet ve suç işleme eğilimlerini yaşadıkları toplumsal çevreden bağımsız bir şekilde düşünmek mümkün değildir. Bu nedenle suçun önüne geçmenin yolu olarak cinsel suçlarda cinsel isteğin tıbbi uygulamalarla azaltılması yöntemine ve daha geneli idam cezasına işaret etmek, toplumun vicdanını rahatlatmak üzere sunulan bir atımlık girişimlerdir ve sorunu çözmekten öte sahte bir arınma yoluyla üzerini örttüğü için çok daha ağırlaşmasına sebebiyet verecektir.

Yalnızca beden bütünlüğüne ve dokunulmazlığına yönelik şiddet eylemlerine vurgu yapmak, hayatlarımızı terörize eden diğer şiddet türlerinin hafife alınması hatta kanıksanmasına neden olmaktadır. Kutlama adı altında rastgele ateşlenen silahların, hayvanlara uygulanan akıl almaz şiddetin ve bunun sınırsızca sergileniyor ve paylaşıyor olmasının, halka yönelik açıkça dillendirilen şiddete çağrı söylemlerinin bağlantılı olabileceğini düşünüyoruz. Bireysel silahlanmanın artıyor olması, insanların adaleti kendi eylemleri ile gerçekleştirme çabasının giderek haklı bir tutum olarak algılanmaya başlaması, şiddetin gündelik hayatlarımızdaki artışının gösterenleri olarak ele alınmalıdır.

Tüm bu sebep ve sorunların tespiti ve gerçekçi çözüm yöntemlerinin değerlendirilebilmesi için Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere ruh sağlığı alanında çalışan bütün kurumlar bir araya gelerek ortak çalışmalar yapmalıdır. Şiddetle ilgili çözümler üretmeye öncelik verdiğimizizi, bu konuda diğer kurum ve toplumsal kesimlerle birlikte çalışmaya açık olduğumuzu bildiriyoruz. Çözüm kastrasyon değildir, çözüm idam değildir. Çözüm şiddeti ve suç

eğilimini besleyen, çocukları, kadınları, engellileri, hayvanları ve sonunda hepimizi savunmasız hale getiren sorunların tespiti ve üzerine gidilmesidir. Başka Eylül'leri, Leyla'ları, Özgecan'ları, başka savunmasız dostlarımızı kaybetmemek için hepimizin değişmesi ve çalışması gerekiyor.

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu

Şizofreni bir aşağılama ifadesi değil, ruhsal bir hastalıktır (14.07.2018)

Şizofreni ruhsal bir hastalıktır. Ülkemizde yaklaşık 500000 kişinin bu hastalıkla mücadele ettiği söylenebilir. Hastalığın ortaya çıkışı kendiliğindedir. Kişilerin ya da ailelerin yaptığı ya da yapmadığı hiçbir şey hastalığın ortaya çıkmasına neden olmaz.

Hastalığın iki önemli belirtisi kendine özgü içe kapanma ve alışlagelmış algı ve yorumlamalarda değişikliklerdir. Algı ve yorumlarda değişiklik olduğu dönem içe kapanmaya göre çok daha kısa sürer ve genellikle ilaç tedavisi ile ortadan kalkar. Tedavi altındaki hastaların şiddet davranışı içinde bulunma olasılığı herhangi bir hastalığı bulunmayan kişilerden daha yüksek değildir.

Şizofreni hastalarının yaşam kalitesini özellikle içe kapanmanın şiddeti belirler ve bu dönemdeki belirtiler ilaç tedavisi ile düzelmez ancak bazı psikososyal müdahaleler işe yarayabilir.

Zaman zaman toplumun önünde bulunan kişiler "şizofren" kelimesini başkasına suçlama ya da başkasına hakaret etmek için kullanmaktadır. Tamamen yanlış bilgidir kaynaklanan önyargıların ortaya çıkardığı bu davranışlar, açıkça ayrımcılığı ve damgalamayı artırmakta, şizofreni hastalarının toplumdan hatta tedaviden uzak durmasına, içe kapanma döneminin belirtilerinde artışa ve içe kapanma dönemi ile mücadelede zorluklara neden olmaktadır. Şizofreni bir hastalığın ismidir. Bunun dışındaki kullanımlar bu hastalıkla mücadele eden hastalara ve yakınlarına zarar vermektedir. Değişim dille başlar. Şizofreni kelimesini hastalık dışında kullanmış olanları yanlışlarını düzeltmeye ve hastalık dışında kullanımı tamamen bırakmaya davet ediyoruz.

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu

Dr. Bahattin Ahmet Yalçın'a Yapılan Saldırığı Kınıyoruz! Sağlıkta Şiddet Yasası Bir An Önce Çıkarılmalıdır! (19.07.2018)

İntihar Önemli Bir Halk Sağlığı Sorunudur! (09.09.2018)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2015 yılında Dünya'da 800.000 kişinin intihar sonucu öldüğünü bildirmiştir. Bu sayı dünyada her 40 saniyede bir, bir kişinin intihar sonucu yaşamını kaybettiğini göstermektedir. DSÖ bu sayının 2030 yılında bir milyon üzerine çıkacağını öngörmektedir. İntihar girişimleri ise bu sayıların yaklaşık 20 katıdır. İntihar sonucu yaşamını kaybedenlerin yakınlarının yaşadığı ruhsal acı da düşünüldüğünde intiharın toplumun önemli bir kısmını etkileyen ciddi bir halk sağlığı problemi olduğu nettir.

Bu nedenle her ülkenin ölçülebilir hedefleri olan, etkinliğinin değerlendirilebildiği, tüm toplumu kapsayan ve süreklilik gösteren ulusal intihar önleme programlarına ihtiyacı bulunmaktadır. Bu programlar halk sağlığı uygulamalarının bir parçası olarak yürütülmelidir. İntihar davranışı genetik, psikolojik, sosyal ve kültürel birçok risk faktörü tarafından belirlenir. Bu nedenle bu alanda yapılacak önleme programlarının multidisipliner olması gereklidir. İntihar önlemede hükümetler, ruh sağlığı çalışanları, eğitimciler, medya, aile ve arkadaşlar hep birlikte çalışmalıdır. Tek bir disiplin tarafından uygulanan önleme programlarının belirgin bir etkisi olmazken, birden fazla kurumun içinde yer aldığı programların sinerjik etki ile çok daha etkin sonuçlar sağladığı çalışmalarla gösterilmiştir.

Önyargılar uygun zamanda ruh sağlığı hizmetlerine ulaşımı engellemektedir.

Ruhsal hastalığa sahip olmak intihar için önemli risk faktörlerinden biridir. Ruhsal hastalıkların erken dönemde saptanması, intihar riski olan bireylerin uygun tedavisi önemlidir. Ruhsal hastalıklar ve intihar ile ilgili önyargılar intihar düşünceleri olan kişilerin uygun ruh sağlığı hizmetlerine ulaşımını engellemektedir. Toplumun her bireyinin bu konuda bir sorumluluğu bulunmaktadır. İntihar ve ruhsal hastalıklar konusunda kendi önyargılarımızın farkında olmak, etrafımızdakileri ve kendimizi bu konuda eğitmek ve geliştirmek, intihar riskinin arttığı durumlarda öğrenmek ve yakınlarımızda bu riski gördüğümüzde uygun hizmetlere yönlendirmek hepimizin sorumluluğu olmalıdır.

İntiharın önlenmesinde medya ve medya çalışanlarına da önemli görevler düşmektedir. İntihar haberlerinin medyada ayrıntılı olarak yer alması, dramatize edilmesi ve intiharın kriz durumlarına verilebilecek normal bir tepki olarak sunulması intihar riski yüksek olan bireyleri olumsuz etkilemektedir.

Medyada intihar haberleri mümkün oldukça yer almamalı; haber yapılacaksa basın Kanunu'nun 20. maddesine uygun olarak özendirme etkisi

yaratmayacak, mümkün olan en yalın şekilde haber yapılıp, intihar düşünceleri olan kişilerin uygun hizmetlere yönlendirilmeleri hedeflenmelidir.

Ateşli silah kullanımı asıdan sonra en sık kullanılan intihar yöntemidir. İntihar düşünceleri olan kişilerin ölümcül intihar araçlarına ulaşımının kolay olması intihar oranlarını arttırmaktadır. Ateşli silah temininin yasal olarak sınırlandırıldığı ülkelerde ateşli silahla intihar oranları azalmaktadır. Bu nedenle ateşli silahlara ulaşımın kısıtlanması tüm intihar önleme projelerinin içinde yer almalıdır.

Toplumun her bireyi intihar önlemede bir katkı sağlayabilir.

İntihar davranışı evrensel ve herkesi etkileyen bir davranıştır. İntihar nedeni ile her yıl dünyada milyonlarca insan etkilenmektedir. Bu deneyimler etkin intihar önleme projelerinin geliştirilebilmesi ve intihar riski yüksek olan kişilere destek sağlanabilmesi için çok önemlidir. İntihardan etkilenen bireylerin önleme çalışmalarında yer almaları etkin projeler üretmek için gereklidir.

Dünya İntihar Önleme Günü'nün 2018 yılı teması " İntiharı Önlemede Beraber Çalışalım" olarak belirlenmiştir. Kurumlar arası işbirliğinin sağlanması ve her bireyin önleme çalışmalarında aktif olarak yer almasının önemi ile ilgili farkındalığın artırılması amacı ile 2019 ve 2020 yıllarında da temanın aynı kalması planlanmaktadır.

Bir Mum da Siz Yakın!!

Uluslararası İntihar Önleme Derneği intihar önleme ile ilgili desteğinizin bir sembolü olarak 10 Eylül 2018 Dünya İntihar Önleme Günü saat 20.00'da sizi de pencerenizin önüne bir mum yakmaya davet ediyor.

İntihar önleme konusunda desteğiniz, intihar nedeni ile kaybettiğiniz yakınlarınızı anmak ve intihardan kurtulanlar için bir mum da siz yakın....

Türkiye Psikiyatri Derneği

Kriz Müdahale ve İntiharı Önleme Çalışma Birimi

psikiyatride güncel



Psikiyatride Güncel dergisinin tüm sayılarına

tpdyayin.psikiyatri.org.tr adresinden ulaşabilirsiniz

ONUR SALTUK DÖNMEZ



Sevgili Saltuğum, hep içimde yaşayacak biricik dost,

Mesleki yolda tanıştık seninle, psikanalitik çocuk formasyonumuzu beraber tamamladık, acı-tatlı birçok anı biriktirdik birlikte. Ve kısa sürede, yol arkadaşlığımız derin bir dostluğa dönüştü. Seninle ilgili kısa bir yazı yazmam çok zor. O sınımsız, önyargısız, uçsuz bucaksız, dünyayı hem kucaklayan, hem de yüklerini umursamayan ışıltın bir paragrafta nasıl anlatılır ki? Teskin eden, anlayan, güçlü, muzip ve bilge bakan gözlerin... Formasyonumuzu alırken, derin ve zengin analitik çağrışımlarına ilk önce şaşırır sonra hepimiz büyülenirdik çünkü sen hep söylenmeyi duyar, duyulmayı iştirdin...Yardımseverliğinin, cömertliğinin, idealizmin ve bilgeliğininle öyle çok kişiye dokundun ki... Kaybının acısı içimde ve hep kalacak biliyorum ama ben seni hep o içleri gülen, hepimize hayat coşkusu saçan ışıltılı gözlerinle anacağım... Nurlar içinde yat sevgili dostum.

Dr. Neslihan Zabcı

Onur Saltuk Dönmez "iyilik" kelimesinin sözlük karşılığıdır bana göre. Mesleğin bize öğrettiği, her insanın içindeki iyilik ve kötülükten bağımsız bir iyilikten bahsediyorum; 18 yıllık hukukumuzda Saltuk'un ne kadar iyi bir dost, arkadaş, meslektaş, hekim, evlat, terapist, eş, baba vs vs olduğuna şahit olduğum yüzlerce anımız var. Bütün bunlardan öte "iyi" bir insandı Saltuk bir o kadar da onurlu...

Etrafındaki tüm insanları derinlemesine düşünen hassas, naif kalbi, ince esprileri, müthiş zekası, mesleğine olan aşkı, sadece hastalarına değil, kıdemli kıdemsiz tüm meslektaşlarına ve öğrencilerine babacan tavrı, gönlübol cömertliğine doyamadan çok erkenden kaybettik maalesef bu İYİ insanı....

Nurlar içinde, huzurla uyu kaptanım.

Dr. Burak Doğançın

Kaç kez yazıp silerek şu birkaç satırı tamamladığımı bilemiyorum, ne desem boş, ne yazsam eksik kalacak sanki. Bu duygunun sadece benim için değil, onu tanıyan herkes için de aynı olduğuna eminim. Belki başkaları tamamlar eksiklerimi...

Saltuk'la ilgili ilk anım, henüz tıp fakültesi öğrencisiyken yapmakta olduğum psikiyatri stajıma denk gelir. O sıralar, psikiyatryi seçip seçmeme kararını vermeye çalışıyordum. Bilgisini, mesleğine hakimiyetini gözüme kestirmiş olacağım ki bunun iyi bir seçim olup olmayacağını Saltuk'a sordum. Sorumu cevaplarırkenki hararetini, eminliğini ve bu kısacık konuşmanın içine psikoterapi ve psikanaliz sevdasını da nasıl sıkıştırdığını hala çok net hatırlıyorum. Sonradan, aslında lise yıllarımdan bu yana psikanalist olmaya karar verdiğini ve seçimlerini de hep bu doğrultuda yaptığını öğrendim. Benim psikoterapiyle ilgimin şekillenmesinde de bu kısa konuşma etkili oldu diyebilirim.

Bu etki, asistanlığım sırasında bu defa Didem'le yaptıkları hararetle konuşmalara kulak misafiri olmamla sürdü. Bu satırları yazarken Saltuk'un zihnindeki yerinin sandığımdan da farklı olduğunu yeniden ayırımsıyorum. Onunla aynı ofiste çalışmaya başladığımdan bu yana, sadece entellektüel donanımını ve aklını değil, özünü, insanlığını, arkadaşlığını ve ağabeyliğini de tanıma fırsatı buldum. Onunla bir şekilde temas eden herkese verebileceği bir şey vardı sanki. Tanıyan herkesin, arkadaşlarının, dostlarının, birlikte çalıştığı insanların da tanıklık edeceği gibi, Saltuk iyi bir insandı...

İnsan, onu anan son insan öldüğü zaman ölürmüş. O halde sonsuzluk, bir şekilde kesişen yollarda, söylenilen sözlerde, verilen öğütlerde, iki hasta arası kısa kurtarıcı hamlelerde, ağabeylikte, rehberlikte, yazılarda, çizilerde, bir evin içinde, bahçesinde, bütün o kalabalık gülüşlerde, çocuklarının yüzünde, sevenlerinin kalplerinde. Etrafına saçtığı ışıklar içinde uyu Saltuk...

Dr. Banu Aslantaş

İSMAİL ÇİFTER



Prof. Dr. İsmail Çifter'in Anısına...

Hocaların hocası Prof. Dr. İsmail Çifter hocamızı sonsuzluğa uğurladık...

Öğrencisi olmaktan övünç duyduğumuz, kendisinden yalnızca psikiyatri değil, insanlık adına da çok şey öğrendiğimiz biriydi. İyiliğin ve doğruluğun simgesiydi...

Araştırma görevlisi olarak Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na atanmadan önce kendisini hiç tanı-mıyorduk. Araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladığımızda, öğrencisine çok değer veren, öğrencilerine yalnızca sevgiyle değil, büyük bir saygıyla da yaklaşan, yanında çalışan doktorların bilimsel özerkliğine son derece özen gösteren, klinikte bir aile ortamı yaratmaya çalışan bir anabilim dalı başkanıyla karşılaştık. Psikiyatri alanında kendimize geliştirmemiz için elinden geleni yapıyor, iyi bir uzman olmamız için bizi sürekli destekliyor ve yüreklendiriyordu. Bir büyüğümüz, anabilim dalı başkanımız olarak, onun öğrencisi olmaya yakışır birer uzman olmaya çalıştık; anabilim dalı başkanı olarak ondan hiç korkmadık, ancak onu üzer miyiz, beklentilerini gerçekleştiremez miyiz diye hep çekindik. Bize olan sevgisi, bizi hep isteklendirdi, bizi daha çok çalışmaya yönlendirdi...

Doğrusu, öğretim üyelerinin benzer özelliklerde olmadığı bir bölümde çalışıyor, dolayısıyla, belki başka birçok bölümde de olan, bölüm içi gerginlikleri biz de hissediyor ve yaşıyorduk. Ancak, Sayın Hocamız Prof. Dr. İsmail Çifter, ilkeli duruşuyla, görmüş geçirmişliğin verdiği büyük bir olgunlukla, bu gerginliği bize hiç yansıtılmaya çalışıyordu. Biliyorduk, bütün bunları yapmaya çalışırken çok yoruluyordu, ancak bütün önceliği bizlerin eğitimi olan bu çok değerli hocamız, eğitimin aksamaması için, elinden geleni sonuna dek yapıyordu...

Onu incitenler oluyordu, ama kendisini incitenlere bile büyük bir sevecenlikle yaklaşıyordu. İlkeli yöneticilik tutumunu sürdürürken, kimseyi üzmemeye ve kırmamaya çalışıyordu. Psikiyatri bilim dalında, terapi sürecinde, hoşgörünün, insan sıcaklığının önemini ilk onda gördük, hep onu örnek almaya çalıştık. Terapide önceliğin, sevgiyle ve yardım etme isteğiyle yaklaşmak, karşısındakini anlamaya çalışmak ve insanları koşulsuz kabul edip, anlayışla karşılamak olduğunu ilk onda gördük, onu gözlemledik. Yıllar geçti, birçok terapi okuluyla tanıştık, değişik uluslararası kurumlardan terapi eğitimi aldık, ancak hep gördük ki, Prof. Dr. İsmail Çifter hocamızın bize aşıladığı temel değerler hep doğrudu. Hangi terapi okuluna bağlı olunursa olursun, insan sevgisi, karşısındakini anlamaya çalışma kaygısı, karşısındakini önemseme, karşısındakinin duygularını anlama ve ona yardımcı olma isteği, sıcak bir yaklaşım, ilkeli ve yapılandırılmış bir tutum, kanıta dayalı bütün psikoterapi okullarının ortak özelliği idi. Bu özellikleri hep onda gördük, onu örnek almaya çalıştık; öğrenebildiysek, ondan öğrendik. Hocamız olması bizim için çok büyük bir şanstı...

Bir kitabımı kendisine ithaf etmiş, yayın yönetmeni olduğum bir derginin bir sayısını özel sayı olarak ona ayırmış, adına bir kongre düzenlemiş ve Bozlam Psikiyatri Hastanemizin konferans salonuna onun adını vermiş olmama karşın gönül borcumu ödeyebilirdim mi, bilmiyorum...

Yeri doldurulamaz bir insandı... Gönüllerimizde hep yaşayacak...

Kendisini çok özleyeceğiz, bütün sevenlerine başsağlığı diliyorum.

Dr. Ertuğrul Köroğlu

NİHAT ZİNCİR



Evet gidenin ardından ne denilebilir ki. Belki gözyaşı dökülebilmek daha anlamlı olurdu... Nihat otuz yıllık arkadaşım ve hep neşesi ile bulunduğu ortamın havasını yumuşatırdı. Nihat'ın olduğu yerde hep bir grup insan olurdu. Ama son yıllarda hepimiz nasıl birbirimizden uzaklaştıysak Nihat'tan da ayrı düşmüştük. Fakat O bizi cenazesinde bu sefer acısıyla yine bir araya getirmeyi başardı. İçimi en çok acıtan şeyde; evinde yalnız başına son nefesini vermesi oldu. Başka ne denilebilir ki; Allah rahmet eylesin, biricik kızına, eşine, ailesine ve bizlere de sabırlar versin."

Dr. M.Alpay Ateş

1997'de ihtisasa başlayıp beş benzemizin I.Q'su en yüksek olan, masum çocuksuluğu, neşesi, gülümsemesi ve en çok erken aramızdan ayrılması ile kalplerimizde derin bir üzüntü bırakan kardeşimiz, dostumuz ve arkadaşımızı özleyeceğiz. Geride kalanlara ve camiamıza başsağlığı diliyorum.

Dr. Murat Özkan

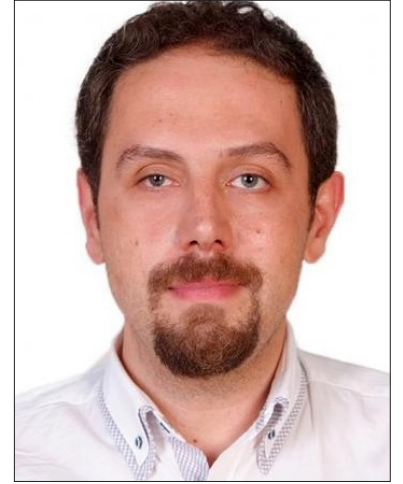
1988 yılında GATA Tıp Fakültesi'ne başlayan 143 gençten en neşeli, en özgün kişiydi Nihat. İnişli çıkışlı yapısıyla hepimize bir parça dokundu, hepimizde bir parça yer buldu. Sıklıkla toplumun neşesiydi. Onu özleyeceğiz. Allah rahmet eylesin, ailesine ve bizlere sabırlar versin

Dr. Erkan Dönmez

Hekimlik hayatımda daha önce de kaybettiğim meslektaşlarım oldu, ama Nihat'ın kaybı daha farklı bir acı oldu. Sanırım, bir zamanlar asistanımız olması, daha dün yetiştirdiğimiz meslektaş olması, elimize doğdu der gibi. Geriye dönüp düşününce, burada ben de varım diyen insanlardan, kendinden bahsettirecek, üzerine konuşulabilecek birisiydi diyebilirim. İşin özü eğitim olunca, çalışkan bir hekimdi, hastaları ile ilgiliydi. Nüktelerini, mesleki hicivlerini hatırlıyor insan. Bulunduğu ortama sıcak bir renk katardı. Ruhu şad olsun!

Dr. K.Nabit Özmenler

ENGİN SERT



Sevgili Engin'im, canım arkadaşım, meslektaşım,

Bu kadar erken gideceğini, gitmeyi seçeceğini tahmin edemedim. Beraber çalıştığımız yıllarda gözlerinin içi gülerken eminim sen de tahmin edemezdin gitmek isteyeceğini...

Haberini aldığımdan beri attığım her adımı, içtiğim her bir yudum suyu, yediğim her lokma yemeği kısacası yaptığım her şeyi artık senin yapamayacağını düşünmeden edemiyorum...

Ölüm kimseye yakışmaz elbet ama henüz 36 yaşında, hayatın tadını çıkarmayı bilen, sıcak dostluklar kuran, çalışkan ve üreten sana hiç yakışmadı...

Senin ardından en çok ölümü seçecek kadar ızdırap çektiğini düşünmek üzüyor beni, belki öylesine bunaldın ki rahatlama yada kurtulmanın aslında geride bıraktığın bu dünyaya ait kavramlar olduğu aklına bile gelmedi...

Kim bilir ne çok danışanını vazgeçirdin ölümünden, ne çok hayata şifa oldun...

Arkadaştan doktor olmaz bilirim de yine de arkadaşça sarıp sarımalayarak sana şifa olabileceğimiz ihtimali aklımdan çıkmıyor.

Belki bir not bırakmadın ama güzel hatıralar yanında bir de yaşadıklarının ardından seni yalnızlaştıracağını, iteceğini ve belki de arkandan konuşacağını düşündüğün camiamıza sıkı bir ders bıraktın.

Giydiğin kefenin beyazı da, üstüne yorgan diye örttüğümüz toprak da hiç yakışmamış olsa da sana ışıklar içinde uyu sevgili Engin, bıraktığın anılar bizimle...

Dr. Özlem Taşkaynatan

EMRE KAPKIN

özlemle anıyorum seni.

gençliğimizin yaratıcı arayışları, büyük heyecanları, dolu dizgin tartışmaları, geceli gündüzlü dostluklar, en zor zamanlarda paylaşılan umutlar, dayanışmalar. ne yazık ki, acılı anılara dönüşüyor birer birer.

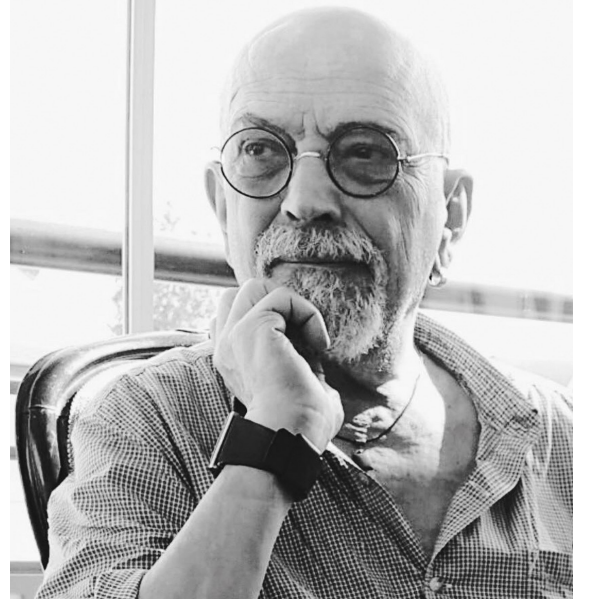
eksile eksile ağırlaşıyoruz.

yaşananların lezzeti yitip gidiyor anıların kuyularında,
gecenin kuytularında, rüyalara sığınıyoruz,
sessiz.
yarınlarımızı acıtıyor yaşanamayanların kederi,
çaresiz.
çaresiz anılara sığınıyoruz.

vedalaşmıştık seninle, ortak bir dostumuzun veda yemeğinde,
yetmiyormuş ki vedalaşmalar,
bir kez daha,
bir kez daha,
güle güle emre.

levent

eylül 1980 - eylül 2018



Kitaplığınızda psikiyatriye yer açın...

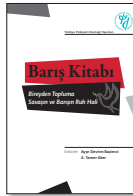
Çocukluktan erişkinliğe süren ve bireysel etkilerinin yanı sıra sosyal ve toplumsal sorunlara da yol açabilen bu nörogelişimsel sorunun tanı ve tedavi edilmesi gittikçe önem kazanmaktadır. Kitap bu sürece katkı umudu taşımaktadır.

Yayın Hazırlayanlar:
Bengi Semerci, Umut Mert Aksoy
Nisan 2018 (1. baskı)
368 Sayfa



Kitabın tüm ruh sağlığı çalışanları ile hastalarımız için bugüne kadar şizofreni alanında sağlanan gelişmelerden en uygun biçimde yararlanmalarını sağlayacak bir başucu kitabı olması amaçlanmıştır.

Yayına Hazırlayanlar:
Ayşen Esen Danacı, Ömer Böke, Meram Can Saka, Almıla Erol, Semra Uusoy Kaymak
Nisan 2018 (2. baskı)
704 Sayfa



Kitaplığınızda psikiyatriye yer açın...

Barış Kitabı'nı psikiyatroistlerden psikologlara, siyaset bilimcilerden şairlere kadar pek çok farklı disiplinden barış üzerine düşünen, eyleyen isimler hazırladı. Bireyden topluma savaşın ve barışın ruh halini anlamak için. Kitabın barışı arayanların başucu kaynaklarından biri olacağına inanıyoruz.

Yayına hazırlayanlar
Ayşe Devrim Başterzi, Tamer Aker
Kasım 2015
472 sayfa



Psikoeğitimden adli süreçlere kadar farklı alanlarda "Aile olarak biz ne yapmalıyız, nasıl davranmalıyız?" sorularına yanıt olabilecek, bazı pratik yaklaşımlar sunmaktadır. Şizofreni ve Aile kitabı TPD Şizofreni Çalışma Birimi'nin ortak üretimlerinden bir tanesidir ve yazarların sağlıklı, iyi günler için şizofrenisi olan bireylerle ve yakınlarına bir armağandır.

Yayına Hazırlayanlar:
Semra Uusoy Kaymak, Haldun Soyğür, Ayşen Esen Danacı, Köksal Alptekin
Nisan 2018
92 Sayfa



Bilim, etik ve dayanışma

KİTAP VE DERGİ
ÇEVİRİMİÇİ SATIŞI İÇİN
tpdyayin.psikiyatri.org.tr



Bilim, etik ve dayanışma

KİTAP VE DERGİ
ÇEVİRİMİÇİ SATIŞI İÇİN
tpdyayin.psikiyatri.org.tr



Under the Sea - Christian Joudrey

*"Mesleğim, ideallerim, umudumuz. Aslında hepimizin
(bunca hırpalanmaya karşı) vazgeçemeyeceği kadar büyükler."*

Dr. Meltem İler