

TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ BÜLTENİ

YILDA ÜÇ SAYI YAYINLANIR • ÜYELERE ÜCRETSİZ OLARAK GÖNDERİLİR



Fotoğraflar: 8 Nisan 2003 ve 12 Nisan 2003 tarihli Cumhuriyet Gazetesi'nden alınmıştır.

SUNU

- «deal askerin ruhsal yapısı»
- Toplumsal kurum olmak ve sorumluluk
- Psikiyatri Notları»
- Türkiye'de bilimsel araştırma yapmak

- Bir Konu «ki Görüfl Psikiyatri eğitiminde psikoterapi eğitiminin yeri Psikodinamik psikoterapi eğitimi
- Ulusal ruh sağlığı politikası»

- Türk Medeni Kanunu'nun 432. maddesinin uygulanması hakkında
- SSK'da psikiyatri asistanı olmak
- Haberler-Duyurular
- Toplantı Kongre

Değerli meslektaşlarım merhaba,

Bir önceki bültenimizde "savaş söylemlerinin yoğunlaştığı günlerden" söz ederken ne yazık ki hemen arkasından kendimizi sıcak savaşın yanı başında bulduk. Günlerdir yazılı ve görsel medyada izlediklerimiz bizleri fazlasıyla bunalttı. Başlangıçtaki şiddetini kaybederek sona erecekmiş gibi görünen savaşın kısa ve uzun erimli olumsuz sonuçlarını yine hep birlikte yaşayacağız. Savaş sonrasında bölgemizde oluşabilecek yeni düzenin belirsizliği, bunun ülkemiz üzerindeki olası toplumsal ve ekonomik yansımaları ruh sağlığımızı olumsuz yönde etkileyebilecektir. Ancak yaşam sürüyor. Günlük sıradan uğraşlarımız, sorumluluklarımız, yaşadığımız sevinçler, hüznler, değişik alanlardaki mücadelelerimiz, yaşamımıza anlam katan öğeler olarak yaşamımızı sürdürmekte bize yardımcı oluyor. Bu bağlamda dernek yönetimi ve üyeleri olarak biz de üstlendiğimiz görevleri yerine getirmeye çaba gösteriyoruz. Bu bülten elinize geçtiğinde 7. Bahar Sempozyumu'nu gerçekleştiriyor olacağız. Bu sempozyumda değişik alanlarda sizlere doyum verecek etkinlikler bulacaksınız. Bunları hep birlikte paylaşmayı umuyoruz ve bekliyoruz.

Hepinize barış ve esenlik dolu günler dileğiyle, ortak ilkemiz bilim, etik, dayanışma olsun diyoruz.

Saygı ve sevgilerimizle,

Prof. Dr. Savaş Kültür
TPD Genel Başkanı

«deal askerin ruhsal yap›s›»

Doç. Dr. Levent Mete

Atatürk Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Ordu dediğin şöyle çok büyük bir tabanca gibi bir şey olmalı. Başkan, en fazla bir iki danışmanın desteğiyle, onu kaldırıp hedefe nişanlayabilmeli, daha fazla yardıma ihtiyaç duymamalı. Oysa bugün hiç de öyle değil. Üstün savaş teknolojisiyle donanmış ordular bile insanlarla ve dolayısıyla bir sürü insani zaafı boğuşmak zorundalar. Savaşın en kızgın yerinde bir ishal salgını baş gösterebiliyor örneğin, füzeleri fırlatacak adamlar hangi motorla uğraşacaklarını şaşırıp, ateş gücünde affedilemez bir düşmeye yol açabiliyorlar. Ayrıntılara girmiyorum, istenirse örnekler çoğaltılabilir.

İşin bir de ruhsal boyutu var ve bu yazı söz konusu bileşeni ön plana çıkarıp tartışmak üzere kaleme alındı. Dolayısıyla, okuyacaklarınız bir ruh hekiminin savaşçı güçlere tavsiyeleri olarak da görülebilir.

Öncelikle savaş sendromu* adı verilen duruma değinmek istiyorum. Bilindiği gibi, bir keşif uçağı hiçbir duygusal karışıklığa kapılmadan üzerinden uçtuğu bölgenin haritasını çıkarabilir. Kameralar da böyledir; oynanan kedi yavrularıyla, parçalanmış bedenler arasında ayırım yapmazlar; filmin üzerine düşen neyse odur. Ama insan gördüklerini nesnel değerlendirme imkanını elinden alan ruhsal etkiler altındadır; dehşet sahneleriyle karşılaştığında yükselen duyguların zorlayıp sıkıştırdığı bilişsel yetiler bozulur, karar verme ve uygulama kapasitesi düşer. Yapılan araştırmalar, çok iyi eğitilmiş askerlerin bile hedefteki karpuzla isabet oranlarının canlı insan yüzüne yapılan atışlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Savaş sendromu işte bu insani zaafın en ileri hali, hemen herkeste bulunan bir eğilimin patoloji düzeyine ulaşmasıdır. Dolayısıyla olayın doğasını inceleyerek ideal askerin ruhsal özellikleri konusunda çıkarımlarda bulunabiliriz.

Savaş sendromunun en temel bileşeni "kişinin kendisinin ya da başkalarının

fizik bütünlüğüne yönelik bir tehdit olayı yaşamaması, böyle bir olaya tanık olması ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olması ve bunun karşısında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşmesidir" (DSM-IV-TR, 2000). Görüldüğü gibi sorun kişi kendisi ya da bir başkası için korku, çaresizlik ya da dehşete kapıldığında ortaya çıkmaktadır.

İlk olarak kendisi için dehşete kapılmanın dinamiklerini gözden geçirelim. Bu durumun nedeni insanın kendisini ayrı bir birey olarak farkına varıp ayırt etmesidir. Aynı tepki güçlü bir sürü refleksiyle davranan evrimin daha genç dönemlerine ait türlerde görülmez. Örneğin karıncalar ve arılar sürünün ihtiyaçları için kendilerini feda etmekten çekinmezler. İyi bir askerin de bedeninin ve ruhunun kendisinden önce orduya ait olduğuna inanması gerekir. Böyle olduğunda bireysel hasar önemsizleşir, kişi kendisini büyük bir bütünün parçası olarak hissedebildiği oranda kendi ölümünü bir son olarak algılamaz.

Bir başkasının başına gelenler için dehşete kapılmanın dinamikleriyse daha karmaşık. Bunun için kişinin önce bireyleşip sonra kendisini bir başkasının yerine koymasına gerekiyor. Bu iki aşamalı davranışın zeminindeki ruhsal durumu "empati" başlığı altına koyabiliriz. Aşırı empati yapan kişi kendisini kullandığı silahın hedef aldığı bireylerin yerinde hissedeceğinden tetiği çekmekte ya da düğmeye basmakta zorlanır ve bu durum kendisi ve yandaşları için risk oluşturur. Daha dolaysız bir ifadeyle, empatinin savaş gücüyle ters orantılı olduğunu söyleyebiliriz.

Empatinin karşıtı olan ruhsal özellik yansıtma değildir. Yansıtmanın, kişinin içindeki kötülüğün başkalarından kendisine yönelmiş olarak algılanması olduğu anımsandığında, bu olgunun, bir askerin benliğinin temel yapı taşını oluşturan "düşman" kavramının bileşiminde taşıdığı ağırlık tahmin edilebilir. Bu nedenle, iyi askerin diğer bir önemli ruhsal donanımı güçlü bir



Desen: Mehmet Uluşahin

yansıtma düzeneğidir. Bir başka deyişle iyi asker paranoid askerdir diyebiliriz. Herkes potansiyel bir düşmandır ve eller sürekli tetikte olmalıdır.

Sonuç olarak, güçlü bir ordu isteniyorsa, kendini emir komuta zinciriyle kenetlenmiş savaş makinesine adanmış, yabancılarla ve farklı olanlarla empati yapmayan, içindeki tüm kötülüğü karşı tarafa yansıtır kendini ve yandaşlarını tertemiz kutsal güçlerin temsilcisi olarak gören kararlı gençler yetiştirilmelidir. Ancak böyle bireylerden oluşan bir ordu, başkının istediği hedefe küçük bir çabayla yönlendirip, istediğini tehdit edebileceği büyük bir tabanca gibi davranabilir. Ne yazık ki, kusursuz robot birliklerden oluşan insansız savaş makineleri icat edilinceye kadar bununla yetinmek zorundayız.

Tanrı hepimizi korusun!

*Savaş sendromu oldukça eski bir terim. Bugün artık söz konusu durumlar için "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" terimi kullanılıyor. Ancak burada, savaş dışı durumlarda ortaya çıkan benzeri olguların dışarıda tutmak amacıyla eski terminoloji korunmuştur.

**7. BAHAR
SEMPOZYUMU
DUYURULARI****Tüm meslektaşlarımıza çağrı!
Katılın, görüş bildirin, tartışın!**

Bu forumlarda tartışılacak konular, ülkemizde psikiyatrinin geleceğini belirlemede rol oynayacaktır.

FORUM**Yeterlilik Kurulu Yönergesi
Tartışması**

Yönetici: Prof. Dr. Raşit Tükel
Doç. Dr. Atilla Soykan
30 Nisan 2003, Çarşamba
Saat: 09:00-12:00

FORUM**Ulusal Ruh Sağlığı Politikası
Tartışmaları**

Yönetici: Prof. Dr. İsmet Kırpınar
Sunumlar:
Prof. Dr. İsmet Kırpınar
Prof. Dr. Berna Uluğ
Dr. Sezai Berber
1 Mayıs 2003, Perşembe
Saat: 10:00-12:00
Salon I

Toplumsal kurum olmak

Prof. Dr. Can Cimilli

DEÜTF Psikiyatri AD

Sosyolojik anlamıyla kurum, toplumca benimsenmiş kural ya da uygulama, bunları sürdürmek amacıyla olan örgüt ve kuruluş olarak tanımlanabilir. Türkiye'de psikiyatrinin yüz yılı aşkın bir süredir, en azından Gülhane Askeri Tıp Okulu'nda psikiyatri eğitiminin başladığı 1898'den itibaren varolduğunu söyleyebiliriz. Ama bir kurumun varolması toplumca benimsenmesi anlamına gelmiyor. Özellikle Türkiye gibi kurumların büyük bölümünün iç dinamikler sonucu oluşmayıp, dışardan ithal edildiği ülkeler için bu daha da belirgindir. Bu tür kurumlar örneğin yasa gereği varolabilirler, ama toplum tarafından benimsenmeleri zamana ve koşullara bağlı olarak farklı sürelerde gerçekleşir.

1980'li yılların başlarında psikiyatri camiasına ilk katıldığım da bir uzmanlık alanı olan psikiyatrinin henüz toplumsal bir kurum olma aşamasına gelmediğini düşünmüştüm. Psikiyatri üç büyük kentin dışına pek çıkamıyor, daha çok üniversitelerde ve büyük akıl hastanelerinde kendi kurallarını kendisinin koyabildiği fildişi kulelere sığınmıyordu. Hekimler henüz psikiyatrinin gereğine pek inanmıyor, psikiyatri hekimleri puan tutturamadığı için orada olan başarısız öğrenciler olarak algılanıyor, psikiyatrinin tıp dallarının önem ve itibar sıralamasındaki yeri de diğer dalların arkasında kalıyordu. Küçük bir kente atanan psikiyatri uzmanı orada kendisini dört gözle bekleyen bir hasta topluluğu bulamıyor, kendi klientelini becerisi ölçüsünde kendisi yaratmak durumunda kalıyordu. Yeni açılan özel hastaneler bir nöroloji uzmanı görevlendirerek psikiyatrik sorunları da "idare edebileceklerini" düşünüyorlardı.

Halk nezdinde ise psikiyatri hekimleri akıl hastanelerinin bekçiliğini yapan, korkulacak ve biraz da acayip insanlar olarak tanınıyordu.

Ne şanslıyım ki, kısa meslek yaşamım içinde psikiyatrinin bir toplumsal kuruma dönüşme sürecini yaşayabildim. Bu dönüşüm özellikle 1990'lı yıllarda gerçekleşti. Elbette bunda pek çok etmenin rolü var. Genel eğitim düzeyinin yükselmesi, iletişim olanaklarının artması, TV kanallarının çoğalması ve özelleşmesi, Amerikan filmlerinin etkisi, psikiyatri uzmanlık eğitimi veren kurumların artması sonucunda psikiyatri hekimlerinin ülkesathına dağılıp ekmelelerini taştan çıkarmaya başlamaları gibi nedenler sıralanabilir. Birçok konuda olduğu gibi bu konuda da halk yer yer profesyonellerin önünden gitti. Örneğin özel hastane yöneticileri halkın bakımdaki farkı fark etmesiyle hastanelerinde psikiyatri uzmanları görevlendirmek zorunda kaldılar. İstanbul'da Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları hastanesinin hipertrofik ve tekelci yapısı psikiyatrinin kentin içine nüfuz etmesine engel oluyor ve İstanbul'un etkinliği göz önüne alındığında bu durum tüm Türkiye için de model oluşturuyordu. Psikiyatrinin İstanbul'daki genel hastanelerde yaygınlaşması ve eğitim kliniklerine kavuşması da bu dönemde gerçekleşti.

Bu dönemde, burada tartışmayacağım çeşitli nedenlerle biyolojik yaklaşımın Türkiye psikiyatrisindeki ağırlığı artmakla birlikte, adeta Amerika Birleşik Devletleri'nde psikanalizin etkinliğinin doruğa çıktığı 1940'lı yıllardakine benzer bir toplumsal gelişim yaşandı. Bunda özellikle İstanbul ve Ankara'da belirli gelir ve eğitim düzeyinin üzerinde olan genç

ve sorumluluk

profesyonellerin psikoterapiye ilgilerinin artması da önemli rol oynadı. Talep olunca arz da oldu ve birbiri ardına psikoterapi ve danışmanlık hizmeti veren ruh sağlığı merkezleri açıldı. Bu gelişme psikiyatri hekimlerinin yanısıra diğer ruh sağlığı çalışanlarına da önemli olanaklar sağladı. Genel hastanelerde ve ruh sağlığı merkezlerinde yaygınlaşmanın yanısıra psikiyatri hekimlerinin sağlık kuruluşlarının dışındaki etkinliği çok arttı. Psikiyatri hekimleri artık toplumun içindeler. TV ve radyo kanallarında, gazetelerde, internet sitelerinde, okullarda, işyerlerindeler.

Bir tıp dalı olan psikiyatrinin toplumsal kurum olarak etkinliğinin artmasının, bizlere daha fazla sorumluluk yüklediğini düşünüyorum. Toplumsal kurumlar daha fazla denetime açık olmayı gerektiriyor. Oysa ki anti-psikiyatrik hareketin gelişmediği Türkiye’de psikiyatri hekimleri bugüne dek kendi kurallarını kendileri koydular ve denetime yeterince açık olmadılar. Mesleğin etik standartlarının oluşmaması pek çok yanlış uygulamanın sorgulanmasına da engel oldu. Yukarıda tanımlanan gelişmelerin bir uzantısı olarak 2002 yılında Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Kurulu birçok arkadaşımızın emeğiyle hazırlanan Meslek Etiği Kuralları Yönergesine yürürlük kazandırdı. Artık bizler için referans oluşturan bir etik metnimiz var.

Elbette meslek etiğine uymayan pek çok hatalı uygulamayı gözlemek mümkün. Ama burada Ortadoğu’daki insanlık dışı savaşın yeniden gündemimize getirdiği bir konuya değinmek istiyorum. Savaş bu kez emekli askerleri TV yıldızı yaptı. Askeri strateji uzmanlarının her

kanalda karşımıza çıkması beklenen bir durum. Ama TV’de gözükmeye sıklıkta onları izleyen başlıca meslek gruplarından biri pek çok konuda olduğu gibi yine meslektaşlarımız oldular. Savaşın tarafların ruh sağlığına ilişkin açıklamalar ve politik psikolojik analizler başladı. Bazıları daha temkinli olmakla birlikte, bu yorumlar 1991’deki Körfez Savaşında Saddam Hüseyin hakkında, yargılanması sırasında Abdullah Öcalan hakkında, 11 Eylül sonrasında Usame bin Ladin hakkında yapılan gıyabi yorumlara benzemeye başladı. Üstelik de bu yorumlar ne ölçüde dezenformasyona tabi tutulduğumuzdan, yorumladığımız görüntüleri kimlerin nasıl seçtiğinden hiçbir zaman tam olarak emin olamadığımız bir ortamda yapılıyor. Elbette ki size uzatılan mikrofona bir psikiyatri hekiminin yetki sınırlarından söz etmek o sırada kimsenin ilgisini çekmeyecektir, ama konuşurken bu sınırları hiç değilse kendi aklımızdan çıkarmamamız gerektiğini düşünüyorum. Bu konuda duyumsadıklarımı en özlu biçimde sanıyorum bir yakınımın yaptığı espri ile ifade edebileceğim. Birinci Körfez Savaşı günleriydi. Çalıştığım kurumun tek psikiyatri uzmanı olarak herkes bana Saddam Hüseyin’in ruh sağlığını soruyordu. Bu sorular sinirime dokunuyordu, ama hazırcevap olmadığım için uygun bir yanıt bulamıyordum. Uygun yanıtı bir yakınım buldu: "Aaa evet, Saddam’ı geçen gün poliklinikte benim kapımda sıra beklerken görmüştünüz değil mi?" ■

7. BAHAR SEMPOZYUMU DUYURULARI

UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNE ÇAĞRI

*Türkiye Psikiyatri Derneği
Yönetim Kurulu Uzmanlık
Öğrencileri ile Buluşuyor*

*30 Nisan 2003 Çarşamba günü
saat 18.45-19.00 arasında
uzmanlık öğrencileri ile,
derneğimizin amaçları ve
etkinliklerinin tanıtımı,
katılım ve işbirliğinin
arttırılması için bir toplantı
düzenlenmiştir. Bütün
uzmanlık öğrencilerini bu
toplantıya bekliyoruz!*



TPD
web sitesini
ziyaret
ettiniz mi?

www.psikiyatri.org.tr

TTB ÜCRET TARİFESİ PSİKIYATRİ BÖLÜMÜ YENİLENDİ

Bilindiği gibi, resmi tedavi kurumlarındaki tıbbi işlemlerin ücretlendirilmesi her yıl Maliye Bakanlığınca yayımlanan Bütçe Uygulama Talimatına; ve özel kişi/kurumlarda verilen hizmetlerin ücretlendirilmesi ise TTB tarafından yine her yıl yayımlanan ücret tarifesine göre yapılmaktadır.

Türkiye Psikiyatri Derneği, TTB ile işbirliği yaparak bu yılki ücret tarifesinin Psikiyatri bölümünü içerik ve fiyatlar açısından yenilemiştir. Eski tarifelerde sınırlı sayıda başlık altında toplanan psikiyatrik tanı ve tedavi hizmetleri; yeni tarifede ana başlıklar altında ve ayrıntılı olarak yer almaktadır. Böylece özel birimlerde verilen hizmetlerin tamamının ücretlendirilebilmesi amaçlanmıştır.

Yeni tarife kitapçığındaki bazı uygulama katsayıları yanlışlıkla düşük tutulmuşsa da, TPD olarak yaptığımız girişimler sonucu bu yanlışlar düzeltilerek, ücret tarifesi TTB tarafından yeniden duyurulmuştur. Eski ve yeni tarife örneklerine derneğimiz web sayfasından ulaşılabilir. Gelecek yıllardaki tarifelerin daha da iyileştirilebilmesi için üyelerimizin tarifeyi inceleyerek görüş ve önerilerini derneğimize ulaştırmalarını bekliyoruz. Bütçe Uygulama Talimatı psikiyatri bölümünün de güncelleştirilmesi için Maliye Bakanlığı nezdindeki girişimlerimiz ayrıca devam etmektedir.

Prof. Dr. İsmet Kırpınar

PSİKIYATRİ NOTLARI

PROF. DR. AYLİN ULUŞAHİN

Kifliliğimiz ve genlerimiz...

"Genler mi yoksa çevre mi?" sorusuna sadece ruhsal hastalıklar için değil kişilik özellikleri için de yanıt aranıyor. İnsanların sayısız farklı kişiliğe sahip olduğuna inanılsa da psikologlara göre kişilikler arasındaki farklılıklar aslında az sayıdaki temel kişilik özelliğindeki farklardan kaynaklanıyor: Nörotiklik bu temel kişilik özelliklerinden biri. Nörotiklik denince bunaltılı ruh hali, çökkünlük, huysuzluk, kendine güven azlığı ve kararsızlık anlaşılıyor.

Psikologlar kişiliğin bir boyutu olarak "nörotiklik" in ölçümünü, duygusal dengeliği değerlendirme aracı olarak kullanıyorlar. Majör depresyonu olan hastaların belirgin nörotik özelliklere sahip oldukları ruh hekimleri tarafından da gayet iyi bilinir. Nörotikliğin nedeninin anlaşılması ile majör depresyonu anlamamız da kolaylaşacaktır.

Klinik gözlemlerimiz nörotiklik ile cinsiyet arasında bir ilişki olduğu doğrultusundadır. Kadınlarda nörotiklik daha fazladır, oysa genetik araştırmalar nörotikliğin kalıtımı açısından cinsiyetler arasında fark göstermemektedir.

Kişiliğin niceliksel genetik analizi ile nörotiklik özelliğinin kalıtımı hakkında ilginç bulgulara ulaşıyor. İngiltere'de Oxford Üniversitesi Psikiyatri Bölümü tarafından 34,580 kardeş çifti arasından nörotiklik özelliği açısından benzer ve hiç benzemez olanların seçildiği geniş bir örneklemede bir bağlantı (linkage) analizi çalışması yapılmış.

Araştırmacılar bu niceliksel özellik ile beş kromozom yerleşimi arasında bağlantı belirlemişler. Bu yerleşimler 1q, 4q, 7p, 12q ve 13q üzerinde saptanmış.

Kromozom yerleşimlerinden üçünün (1., 12. ve 13. kromozomdakiler) kadınlara özgü olduğu belirlenmiş. 1. kromozom üzerinde gösterilen yerleşim ise daha önce nörotikliğin hayvan modeli olarak kemirgenlerin duygusallığı üzerinde yapılan bir çalışmada belirlenen yerleşime uymakta imiş. İnsan ve hayvan modellerinde benzer yerleşimlerin gösterilmiş olması fare ve insanda nörotiklikten aynı genin sorumlu olduğu anlamına tabii ki gelmiyor! Ancak kişilik özelliklerimizle ilgili genetik çalışmalardan ve hatta hayvan modellerinden öğreneceğimiz çok şeyin olduğunu gösteriyor.

Kaynak

Fullerton J, Cubin M, Tiwari H, Wang C, Bomhra A, Davidson S, Miller S, Fairburn C, Goodwin G, Neale MC, Fiddy S, Mott R, Allison DB, Flint J (2003) Linkage analysis of extremely discordant and concordant sibling pairs identifies quantitative-trait loci that influence variation in the the human personality trait neuroticism. Am J Hum Genet 72: 879-890.

Türkiye’de bilimsel arafltırma yapmak

Dr. Ali Saffet Gönül

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD
Affektif Hastalıklar Birimi ve
Beyin Araştırmaları ve Uygulama Merkezi

Bilim Takdir Edilmediği Yerden Göçeder. İbni Sina

Televizyonumuzun tek kanallı olduğu yıllarda Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu’nun kendine has prensipleri ile seçtiği Pazar filmleri bir çoğumuzun belleğinde hoş birer anı olarak kalmıştır. Bu filmlerin bir çoğu salon komedileri ve aile filmleriydi. Ancak, ben bunlar arasından en çok bilim adamlarının hayatlarını anlatan filmleri severdim. Madam Curi, Edison, Nobel, Graham Bell, Galileo ve diğerleri. Benim için her biri birer kahramandı. Zamanlarının en büyük bilim adamlarıydılar. Çok zor şartlar altında ve kısıtlı imkanlar ile çalışıyorlardı. Her zaman sıkıntı çekiyorlardı ve bunu insanlık için yapıyorlardı. Bir kısmının değeri ancak öldükten sonra anlaşılabilmişti. Sanki her biri birer Hazreti İsa figürü gibiydi.

Bu bilim adamları ve niceleri bir din yaratmamışlardı ama batıda bilimin kurumsallaşmasında önemli adımlar atmışlardı. Bugün onların takipçileri tarafından kurulan kurumları ziyaret ettiğimde, beni en çok etkileyen şey, sahip oldukları bilim veya teknoloji düzeyi değil, bu bilim ve teknoloji düzeyini sürekli olarak yükseltmek için kurmuş oldukları düzenlerdir.

Asistanlık yıllarımın başına kadar Türkiye’deki araştırmaların önündeki en önemli engelin maddi sorunlar olduğunu düşünürdüm. Türkiye’nin bütçesinden üniversite gibi araştırma kurumlarına ayrılan payların düşük olması beni bu yönde düşünmeye sevk eden en önemli neden idi. İşin içine daha fazla girdiğimde aslında

ülkemizde araştırmacı olmanın bazı avantajları (???) olduğunu fark ettim. Öncelikle araştırmacılar kurum içinde çalışıyordu ve proje bütçesinden onlara bir maaş ödemek zorunluluğu yoktu. Araştırmaların bilimselliğini değerlendiren yetkili kurulları oluşturan kişiler aynı kurumdan idi ve hepsinin dolaylı veya dolaysız birbirleri ile ilişkileri bulunmakta idi. Hastalardan çok uzun boylu bilgilendirmiş olur almak gerekmiyordu çünkü onlar için en iyiyi zaten biz hekimler biliyorduk. Araştırma için gerekli olan tetkikleri de Emekli Sandığı veya SSK ödüyor ise zaten bütçeye ne gerek vardı. Zaten araştırmayı kabulünden sonra denetleyen hiç kimse yok idi. Çoğu araştırma uzmanlık bitirme tezi olarak yapılıyordu ve çalışmanın sonunda araştırmacının sahibi bir başka kuruma geçtiği için denetleme mekanizması kendiliğinden tıkanmakta idi.

Son yıllarda bu sorunların çözümüne yönelik adımlar atılmaya başlandı. Birçok kurum etik kurullarını daha iyi işletiyor, ve araştırmacının bilimsel niteliğini kurum dışından değerlendiricilere de danışıyor. Hasta haklarına ve etik ilkelere eskisine göre daha fazla dikkat ediyoruz. Birçok üniversite internet sayesinde daha fazla dergiyi okuyucusuna ulaştırabiliyor. Bu arada çalışmaların en önemli destekleyicileri olan (?) SSK ve Emekli Sandığını ise kaybetmiş bulunuyoruz. Şimdi kısıtlı bütçelerden pay alabilmek için daha kaliteli araştırma projeleri yapmak zorundayız. Birçoğumuz yeni

kaynaklar arıyoruz. Bununla beraber hala önemli bir avantajımız var. Araştırmacılar için pay ayırmıyoruz. Fotokopi, posta, kırtasiye gibi masrafları da ayrıca araştırmacıya yüklüyoruz.

Bugün kurumlar, araştırmacı sıfatını attettikleri kişilerden kaliteli ve etik ilkelerle bağdaşan araştırmalar yapmalarını ve yayınlamalarını beklemektedirler. Unutulmamalıdır ki kaliteli yayınlar zahmetli ön çalışmaların sonucunda elde edilmektedir. Halbuki, ön çalışmalar için araştırmacıların gereksinim duyduğu ekonomik, fiziksel alan ve işgücü desteği göz ardı edilmektedir. Dolayısıyla ön çalışmaları gereği gibi yapılamamaktadır. Bu da araştırma kalitesini düşürmektedir. Ekonomik krizin alt kadrolardaki araştırmacıları iyice hırpaladığı şu günlerde, bu kişiler ya hedeflerinden vazgeçmekte ya da bu hedeflerine ulaşabilecekleri başka ülkelere gitmeye çalışmaktadırlar.

Sonuç olarak, kaliteli araştırmalar ancak iyi eğitilmiş, dürüst, istikrarlı ve yaratıcı araştırmacılar tarafından yapılabilir. Bu araştırmacılar Türkiye’nin geleceğini kuracak insanlardır. Bu insanlardan Hz. İsa olmalarını beklemek onlara yapılacak büyük bir haksızlık olacaktır ve aksi halde ise İbni Sina’nın haklılığı bir kez daha ortaya çıkacaktır. ■

Psikiyatri eğitiminde psikoterapi eğitiminin yeri

Doç. Dr. Peykan G. Gökalp

*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi , 2. Nevroz Birimi
Şef Yardımcısı*

Ruh sağlığı hizmeti veren kurumlara başvuranların sorun ya da rahatsızlıkları nedeniyle uygun şekilde, ve yeterli eğitime sahip klinisyenler tarafından tedavi görmesi etik kurallar ve yasalarla belirlenmiş haklarıdır. Bu durumda, ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı olarak görev yapan klinisyenlerin, uygulamalarında yeterli olabilmeleri için temel bilgi ve becerilere sahip olmaları hem onların (hekimlerin), hem de hastalarının hakkıdır. Aynı zamanda, bu bilgi ve becerilerin sağlanması Sağlık Bakanlığı ve uzmanlık eğitimi veren kuruluşların (üniversite ve eğitim hastaneleri) olduğu kadar, eğitimcilerin ve eğitilenlerin de görevidir. Bu alanda sorumluluğu paylaşması gereken diğer kurumlar arasında Türk Tabipleri Birliği ve bünyesindeki Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu, uzmanlık dernekleri ve diğer mesleki eğitim alanında faaliyet gösteren ulusal ve uluslararası (*Avrupa Tıp Uzmanları Birliği – ATUB-, Dünya Psikiyatri Birliği vb*) düzeydeki meslek örgütleri sayılabilir.

Avrupa Tıp Uzmanları Birliği tarafından psikoterapinin, psikiyatri eğitiminin bir parçası ve psikiyatrinin biyolojik ve sosyal boyutuyla eşit konumda olduğu ortaya konulmaktadır. Psikiyatri uzmanı temel psikoterapi kuramları hakkında bilgi sahibi olmalı, hastasını gerektiğinde ana psikolojik tedavi yöntemleri ile tedavi edebilmeli, genel tedavi planının bir parçası olarak psikolojik değerlendirme yapabilmeli ve hastayı hangi durumlarda belli bir psikoterapi ekolünde uzmanlaşmış bir meslektaşına sevk edeceğini bilmelidir.

Bu çerçevede öngörülen temel psikoterapi eğitiminin minimum koşulları şu şekilde belirlenmiştir:

1. Haftada 1 saat (toplam 120 saat) kuramsal ders
2. 100 saat zorunlu süpervizyon (en az %50 si bireysel olmak üzere)
3. Kişisel psikoterapi deneyimi zorunlu değil yararlıdır
4. Ulusal yetkili merci temel psikoterapi eğitiminin maddi kaynağının sağlanmasından sorumludur.

Etik dışı ve yetersiz psikoterapi uygulamaları hasta, hatta uygulayıcı için de zararlı olabilir. Tüm bu nedenlerle temel psikoterapi eğitimi psikiyatri uzmanlık eğitiminin vazgeçilmez bir parçasıdır.

Temel psikoterapi eğitiminin mümkün olabilmesi için farklı sorunlarla başvuran yeterli sayıda hasta, bu hastaların uygun şekilde ele alınmasını sağlayacak koşullar, kurum tarafından kabul görmüş bir eğitim programı ve yeterli eğitimciler gereklidir. Uzun yıllardır ülkemizde psikiyatri eğitiminin standardize edilmesi tartışılırken, üzerinde en zor fikir birliğine varılabilen konunun psikoterapi eğitimi olduğunu gördüm. Belki de bu alandaki en önemli güçlüklerden biri o dönemlerde kurumlarda yeterli eğitimcinin bulunmıyordu. Ayrıca ülkemiz psikiyatri kurumlarında biyolojik ve betimleyici yaklaşımların hakimiyeti, psikoterapinin eğitim programında yer almasını zorlaştıran etkenlerden biriydi.

1925- 1927 yılları arasında önce Toptaşı Bimarhanesi sonra da Bakırköy’de çalışmış, psikanalizi ciddi şekilde ilgilenmiş, Avusturya’da yayınlanan *Imago* dergisinde makalesi basılmış olan ve muhtemelen hastanenin Kraepelin’ci geleneği tarafından dışlanmış olan Dr. İzzettin Şadan’dan uzun yıllar sonra, bu kez de yine hakim olan Yeni- Kraepelin’ci yönelim 1980’lerin sonunda Nevroz Servisi’nin yeniden düzenlendiği dönemde "psikoterapi"ye yoğun bir direnç gösterdi. O günlerden bu güne gelindiğinde, Bakırköy’de psikoterapi eğitimi eğitilenler tarafından en çok talep edilen eğitim alanı olma özelliğini yıllardır korumaktadır.

Uygulamasıyla birlikte tüm psikiyatri eğitim süresini kapsayan bir psikoterapi eğitim programı niteliğinde olmamakla birlikte, Bakırköy’de yaklaşık son 15 yıldır özellikle altı aylık Nevroz Kliniği rotasyonu sırasında psikotik olmayan hastaların yatarak ve ayakta tedavisinin yürütülmesinde farmakolojik tedavi ile entegre edilmiş psikoterapi uygulamaları ve eğitimi yürütülmektedir. Her iki Nevroz Kliniğinin yönelim ve eğitim programı değerlendirildiğinde görüşme teknikleri, temel psikoterapi kuramları, psikodinamik ve bilişsel-davranışçı psikoterapiler, grup psikoterapisi, ortam tedavisi ilkeleri yer almakta, uygulamada da olgu formülasyonu, kısa süreli hasta izleme ve

süpervizyon ile bireysel görüşmelerin değerlendirilmesi yapılmaktadır.

2002-2003 eğitim yılı programında hastanenin genel seminer programına bakıldığında, 52 kuramsal toplantının 11’inin psikoterapi konularına ayrıldığı görülmektedir. Nevroz Klinikleri ortak kuramsal eğitim programında ise 29 saatin 11 saati psikoterapiye ilişkin konulardan oluşmaktadır. Bunların dışında hastanenin diğer 10 psikiyatri biriminde psikoterapiye ilişkin kuramsal seminerlerin sayısı az olmakla birlikte saatler daha çok hasta-hekim ilişkisi ve görüşme tekniklerine ayrılırken, bazı Genel Psikiyatri Kliniklerinde psikanalitik psikoterapi okuma saatleri ve olgu tartışmaları yürütülmektedir.

Bir taraftan da, Bakırköy’deki asistanlar ve uzmanlar kurum dışında düzenlenen psikoterapi eğitimi programlarına yoğun ilgi göstermektedirler. Bunların başında psikanalitik yönelimli programlar ve seminerler, bilişsel davranışçı psikoterapi programları gelmektedir. İhmal edilmeyecek sayıda psikiyatr ise psikanaliz süreci içinde yer almaktadır.

Psikodramaya dayalı grup psikoterapisi eğitimi bu alanda uzun yıllar tek uluslararası kurumsal bağlantılı eğitim faaliyeti olması ve kişisel psikoterapi sürecinin önemini vurgulaması açısından büyük öneme sahip oldu. Bu çalışmalar halen devam etmekte, ayrıca kurum dışında yürütülen terapi gruplarına da önemli oranda katılım olmaktadır. Zaten birçok Batı ülkesinde temel psikoterapi bilgi ve becerisi, eğitim verilen kurumda karşılanmakta, daha ileri bir uzmanlık veya kişisel psikoterapi / psikanaliz süreci içinse mutlaka resmi kurum dışındaki enstitü ve kurumlardaki programlara katılım olmaktadır. Ülkemizde de bu yönde bir gelişimi gözlemlemekteyiz.

Psikoterapinin finansmanının sağlanması ve mesleki ve bilimsel platformlarda ilaç endüstrisi tarafından desteklenen biyolojik tedaviler ile rekabet etmesi ne kadar zor olsa da, psikiyatrinin, bireydeki biyolojik süreçler kadar psikolojik süreçlerin de anlaşılması ve tedavisiyle uğraştığının unutulmaması gerekiyor. İnsanın bir bütün olarak ele alınabilmesi ruhsal süreçlere ait merak ve heyecanın sürmesiyle mümkün olabilir ancak. ■

Psikodinamik psikoterapi eğitimi

Doç. Dr. İfla Vahip

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

Ülkemizde ve diğer ülkelerde, psikoterapi eğitimi genellikle özel çabayla alınan bir eğitim durumundadır. Psikiyatrist ya da psikoterapi eğitimi alan kişi, bir bakıma kaçınılmaz olarak kurum dışında psikoterapiden geçmektedir. Ben bu yazıda ek bazı pratik önerilerde bulunmak istiyorum. O nedenle, asistan eğitimi içinde yer alabileceğine inandığım şekliyle dinamik psikoterapi eğitiminden söz edeceğim.

Her şeyden önce, kırkbeş dakika boyunca bir odada aynı insanla defalarca oturmak ve o insanın zihninin nasıl işlediğini elinden geldiğince anlamaya çalışmak çok özel bir öğrenme deneyimidir. Aktarım, karşı aktarım, direnç kavramları ancak bu şekilde öğrenilir. Çünkü bunlar zamanla kendilerini belli etmeye başlayacaklardır. Süpervizyon veren kişinin bunlara işaret etmesiyle, yavaş yavaş eğitim alan kişi bunları kendi kendine tanı hale gelecektir. Ayrıca yetişkin hastalarla çalışırken, gelişimsel sorunların bugünü nasıl etkilediğini kavrayacak; psikoseksüel ve psikososyal gelişim evrelerinin anlamını ve önemini öğrenecektir. Nesne ilişkilerinin hasta ile arasında nasıl tekrarlandığına bizzat tanıklık ederken, nötralitenin neden önemli olduğu, hasta hekim ilişkilerinde sınırların nasıl çizildiği gibi teknik konuları yaşayarak öğrenecektir. Rüya, dil sürçmeleri, aktarım içinde yaşanan tekrarlar ve bunların hastanın günlük yaşamındaki ilişki sorunlarıyla koşutluğu üzerinden, bilinçdışının insanı nasıl yönlendirdiğini görecektir. Bazı durumlarda zaman kısıtlaması, bazen de başka türlü kısıtlamalar nedeniyle, psikanalitik kuramdan gelen bilgilerin, yerine ve hastasına göre, daha özgül amaçlarla nasıl kullanılabileceğinin öğretilmesi, süpervizyon sırasında ihmal edilmemelidir. İçerik ve süreç ele alınmalı, yerine göre sürecin içerikten

daha önemli olduğu, hangi içeriğe öncelik tanıdığımızı sürecin nasıl belirlediği asistana gösterilmelidir. Aklına gelen her şeyi söylememeyi, gereksiz yorumlardan kaçınmayı asistan bu şekilde öğrenecektir.

Hangi uygulama ne zaman yapılmalıdır?

Asistanlığın ikinci yılından itibaren, asistanlar ayaktan tedavi birimlerinde çalışmaya başlamalıdır. Böylece betimleyici olarak tanı koymanın yanı sıra, dinamik tanı koyma sürecinde de ustalaşabilirler. Destekleyici yaklaşımlara ve semptomları ortadan kaldırmaya yönelik yaklaşımlara ağırlık veren, haftada bir sıklığındaki psikoterapi yaklaşımlarını uygulamalı olarak süpervizyon altında öğrenmeye başlayabilirler. İkinci yılda başlayan ve süpervizyonla sürdürülen psikoterapi uygulamalarının bir kısmı, üçüncü ve dördüncü yılda da devam edecektir.

Üçüncü yılda seçmeli olarak, süpervizyon altında haftada bir ya da iki kez sıklığındaki derinlemesine psikoterapi eğitimi başlayabilir ve dördüncü yılda sürebilir. Dördüncü yılda ileri olgu sunumları yaparak olguya ait materyali tartışırken, terapistin içinde uyanan emosyonel yanıtları terapötik olarak nasıl kullandığına da odaklanılabilir. Bu oldukça üst düzeyde bir aşamadır. Kendisi psikoterapiden geçmiş ya da geçmekte olan, kuramsal ve teknik donanımı belli bir düzeye gelmiş asistanlarla yapılacak bir çalışmadır.

Asistan hangi hasta gruplarıyla deneyim kazanmalıdır?

Dinamik psikoterapi uygulamaları her iki cinsiyetten, her yaşta, her tanısal kategoriden ve her sosyokültürel/sosyoekonomik kesimden hastayla yapılmalıdır. Örneğin, tanısal kategorilerden depresyonu ele alalım. Depresyondaki bir hastada özkıyım riskini değerlendirebilmek için, özkıyım ruminasyonu içinde olan obsesif kişilik ile, özkıyım tehditlerinde bulunan yine depresyondaki histerik kişilik arasındaki

farkı öğrenmek ve deneyim sahibi olmak gerekir. Aynı şekilde, kendine zarar verici dürtüsel davranışları olan depresyondaki bir borderline hastanın ayırıcı tanısının öğrenilmesi gereklidir. Süpervizyon, terapinin çeşitli evrelerini kapsayacak şekilde süreklilik göstermelidir.

Psikoterapinin şart olmadığı durumlarda bile, hastada neler olup bittiğini, sağaltım sürecinde neler olup bittiğini anlayabilmek psikiyatristin gündelik çalışmasının ayrılmaz bir parçasıdır. Bir psikiyatrist her şeyin birden en iyisini yapamaz. Ancak her psikiyatrist, her sağaltımla ilgili temel bilgileri ve becerileri edinmek zorundadır. Böylece neyin, ne zaman endike ya da kontr-endike olduğunu bilir ve hastasını gerekli kanallara ya da merkezlere yönlendirir.

Uygulamalı dinamik psikiyatri eğitimi, yani psikoterapi sürecinin kendisi, asistanın gerekli bilgi ve becerileri edinmesi için canlı bir laboratuvardır. Yeri geldikçe, ek kaynaklar vermek, eğitim alan asistanları okumaya ve okuduklarını tartışmaya yöreklendirmek önemlidir. Böylece asistan öğrendiği kuramsal bilgileri uygulama olanağı bulduğu kadar yaşadığı ve gözlediği süreci kuramsal bir zemine oturtma olanağını da bulur. ■

Ulusal ruh sağlığı politikası

SUNUŞ

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından Marmara Depremi Acil Durum Yeniden Yapılanma Projesi (MEER) – Travma Programı Bileşeni olarak "Ulusal Ruh Sağlığı Politikası Konferansları" düzenlendi. İlki 12- 13 Aralık 2002 tarihinde yapılan konferansın ikincisi 10-11-12 Mart 2003 tarihinde Ankara Dedeman Oteli'nde gerçekleştirildi.

Konferansa Sağlık Bakanlığı'nın çeşitli birimleri, SSK, Milli Eğitim Bakanlığı, RTÜK, üniversite hastaneleri, Türk Tabipleri Birliği, çeşitli psikiyatri dernekleri, Türk Psikologlar Derneği temsilcilerinin yanı sıra derneğimizden de temsilci delege çağrılmıştır. Derneğimizi temsilen Prof. Dr. Berna Uluğ'un katıldığı toplantıya, MYK üyelerimizden Prof. Dr. İsmet Kırpınar Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi temsilcisi, Dr. M. Sezai Berber Türk Tabipleri Birliği temsilcisi olarak katılmışlardır. Derneğimiz Genel Başkan Yardımcısı Doç. Dr. Mustafa Sercan da Erişkin Psikiyatrisi Modülü'nde konuşmacı olarak çağrılmış, derneğimiz adına konuşmuştur. Bu konuşmanın metnini bültenimizin bu sayısında, yandaki sütunlarda sunuyoruz.

Meslek alanımızın düzenlenmesi, vermeye çalıştığımız hizmetin niteliğini yükseltmek, hastalarımızın sağlığını ve insanlık onurunu koruyarak tedavi uygulamak için gerekli düzenlemelerin kamusal ve sivil katılımı en iyi şekilde örgütlenmesi olarak anladığımız Ulusal Ruh Sağlığı Politikası'nın oluşturulmasında Türkiye Psikiyatri Derneği olarak üstümüze düşeni yapmayı görev bilmekteyiz. Bütün meslektaşlarımızın bu sürece katkıda bulunmasını dileriz.

2. Ulusal Ruh Sağlığı Politikası Konferansı

Türkiye Psikiyatri Derneği adına Genel Başkan Yardımcısı
Doç. Dr. Mustafa Sercan'ın konuşması

RUH SAĞLIĞI POLİTİKAMIZ
OLMALI

1876'da yürürlüğe konulmuş bir "Bimarhaneler Nizamnamesi" olduğunu biliyor muydunuz? Bu metin bugünkü anlamda bir tüzük. Yönetmelikten üstün, yasa gücüne yakın. Ruh hastalarının hastaneye yatırılma, çıkarılma esaslarını düzenliyor. Ancak bugün genel hastalarla ilgili "Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği" dışında ruh hastalarının hastaneye yatırılma ve çıkarılmalarıyla ilgili bir düzenleme yok. Yasal alt yapı, örgütlenme şeması, personel anlayışı, işletme esasları, kısa-orta-uzun erimli hedefleriyle, denetleme ve düzeltme mekanizmalarıyla bir "yol haritasına" gereksinimimiz var.

DURUM

Hastalık yükü

- Türkiye'de sağlığa ayrılan bütçe payı çok düşük. Dolayısıyla ruh sağlığına da son derecede düşük bir bütçe payı ayrılmaktadır. Bu yetersiz kaynağın çoğunluğu yataklı tedavi hizmetlerine ve ilaç tedavisine harcanmaktadır. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan nüfus tedavi giderlerini karşılayamamaktadır. Sonuç olarak sosyal güvencesi olmayan ve ruh sağlığı bozulan kişilerde mali yük yalnızca aile tarafından taşınmaktadır.
- Ağır ilaç tedavisine verildiğinden ve rehabilitasyon göz ardı edildiğinden kişilerin ve ailelerin manevi yükü de olması gereken daha yüksek olmaktadır.
- Akut psikotik tabloların tedavisinde zorunlu olan ruh sağlığı yataklı tedavi kurumlarının sayısı yetersiz, dağılımı ve tedavi standartları eşitsiz olduğundan; sorunu olanlar yakında hizmet alabilecekleri bir ruh sağlığı tedavi kurumu bulamamaktadırlar. Zorunlu ya da istemli bir "ruh sağlığı turizmi" yaşanmaktadır.
- Tedavi standartları olmadığından gereksiz yere uzamış yatışlar olsa da, yetersizlikten dolayı makul tedavi süresinden daha kısa yatışlar yaygındır. Yetersiz yatış süresi, yetersiz tedavi sonucu psikotik hastalar olağan ruh sağlığı sisteminden adli psikiyatrik sürece kaymaktadır.
- Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde

hem psikiyatrların hem de, klinik psikolog, sosyal çalışmacı, psikiyatri hemşiresi gibi yardımcı sağlık çalışanlarının ve hatta hizmetlilerin nicel ve nitel yetersizliği nedeniyle başta psikiyatr hekimler olmak üzere bütün hastane çalışanlarının iş yükü sürekli yükselmekte ve hizmet kalitesindeki zorunlu düşüklük nedeniyle mesleki doyum her geçen gün düşmektedir.

Özetle: Ruhsal sorunu olanların yükü hasta, hasta ailesi, hastanın bağlı olduğu sosyal güvence kurumu ve ruh sağlığı çalışanlarınca taşınmakta ve bu taşıyıcılar desteksiz kaldıklarında yük taşınmamaktadır.

Yasal Durum

- Türkiye'de bir ruh sağlığı yasası yok. Ruh sağlığı bozulanların hastalıkları nedeniyle özgürlüklerini sınırlamak gerektiğinde, uygulamanın yasal dayanağı yok. Bu durum hem hasta hakları ihlallerine bir açık kapı bırakmakta, hem de ruh sağlığı çalışanlarını yasal yönden desteksiz bırakmaktadır.
- Ülkemizde var olan geleneksel toplumsal destek sistemlerinin çözülmesi ve yerine çağdaş sistemler kurulamaması nedeniyle damgalanma, ayrımcılık, dışlanma artmaktadır. Yasal düzenleme gereklidir.
- Türkiye Psikiyatri Derneği olarak bir yasa taslağı hazırladık: "Psikiyatrik Hastaların Haklarını Koruma Yasa Tasarısı Taslağı". Son düzeltmeleri yapılmaktadır. Bitirildiğinde Sağlık Bakanlığı'na sunulacaktır. Bu taslak ruhsal hastalığı olup da zorunlu olarak özgürlüğü kısıtlanması gereken hastaların haklarının tanımlanması, yargı güvencesine alınması ve hastaların gizlilik haklarının korunması ile ilgili kural önerileri içermektedir. Yola çıkarken alanın bütün yapılanmasını tanımlayan bir "Ruh Sağlığı Yasası" hedeflenmişti. Ancak haklarla ilgili düzenlemelelere öncelik tanınması daha uygun bulundu. Bugün tartışılan Ulusal Ruh Sağlığı Politikası kapsamında bütün ruh sağlığı alanının yapılanmasını tanımlayacak ve uygulamalarında yasal düzenlemeyi de içerecek bir planlama yapıldığında süreç tamamlanacaktır.
- Nitelik (kalite) geliştirme
 - Ruh sağlığı hizmetlerinde nitelik (kalite) yükseltme konusu son derecede önemli.

Ama nicelik yeterli olmadığından, "Biz henüz o konuya gelmedik." durumundayız. Nitelik geliştirme konusu hizmet kurumlarının ve görevli personelin dengeli dağılımı temelinde tartışılmalıdır.

- Nitelik yükseltme konusunda son haliyle "Tababet Uzmanlık Tüzüğü" eğitim kurumları açısından öncekine göre daha uygun bir denetim alt yapısı sağlamakta, ancak eğitim vermeyen tedavi kurumları üzerinde bir denetim ve nitelik yükseltme konusunda genel denetim ayrı bir düzenleme bulunmamaktadır.
- Ruh sağlığı alanında yataklı tedavi kurumu dışında hizmet üreten kurumlar yok denecek düzeydedir. Yataklı tedavi kurumlarında ise ağırlıklı ilaç tedavisi uygulanmaktadır.
- Var olan kurumların standardizasyonu ile ilgili bir çalışma bulunmamaktadır.
- Sağlık Bakanlığında genel sağlık alanında tanı ve tedavi standardizasyonu ile ilgili çalışmalar sürdürülmektedir. Türkiye Psikiyatri Derneği psikiyatrik hastalıklarla ilgili tedavi kılavuzları hazırlamaktadır. İlki "Duygudurum Bozuklukları" konusundadır ve Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi'nce hazırlanan bu kılavuz bu yıl içinde yayımlanacaktır. "Psikotik Bozukluklar" ve "Anksiyete Bozuklukları" tedavi kılavuzları da ilgili Bilimsel Çalışma Birimleri'nce hazırlanmaktadır.

Finansman

- Bir yandan geçmişten bu yana gelen, tedavide "merkezietçi örgütlenme ve finansman" sürmekte, bir yandan da "özelleştirme politikası" doğrultusunda tutum geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bu durum ruh sağlığı alanında tam bir belirsizlik oluşturmaktadır.
- Yerel yönetimlerin (belediye ve özel idarelerin) kurumsal sürece katılması ile ilgili bir adım yoktur.
- Resmi sigorta kurumlarının mali zorluk içinde olmaları, zaten sınırlı olan ruh sağlığı desteğinin daha da sınırlanması sonucunu getirmektedir (SSK örneği).
- Özel sağlık sigortaları ruh hastalıkları tedavisini ve rehabilitasyonunu içermemektedir. Türkiye Psikiyatri Derneği olarak Özel Sigortalar Birliği ile ilişkiye geçildi. İki temel koşulun sağlanması gerektiği ifade edildi: 1. Hazine'den ruhsal hastalıkların tedavisini kapsayan poliçeler üretilmesi ile ilgili bir düzenleme gereklidir, 2. Tedavi maliyetini tanımlayacak bir tıbbi dayanak gereklidir. Bu tür tıbbi dayanaklar tanı tedavi rehberleri, ortala-

ma tedavi süreleri vb. olabilir. Türkiye Psikiyatri Derneği, Özel Sigortalar Birliği ile ilişkiyi sürdürmektedir.

Örgütlenme

- Hizmet tedavi ağırlıklı verilmektedir, rehabilitasyon hizmetleri örgütlenmemiştir..
- Psikiyatrik hastalara yönelik yatak sayısı DSÖ'nün önerdiği oranın 1/6'sı düzeyindedir.
- Hizmet veren kurumlar (Devlet hastaneleri, özel dal hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler, başka resmi kurum hastaneleri vb.) dağınıktır ve eşgüdümünden yoksundur.
- Resmi kurumlar arasında yerel yönetimler, resmi olmayan kurumlar arasında sivil toplum örgütleri, hasta ve hasta yakınları dernekleri ruh sağlığı hizmetleri içinde yer almamaktadır.
- Ruh sağlığı profesyonellerinin yetiştirilmesi ve ülke genelinde dengeli dağılımı ile ilgili bir plan uygulanmamaktadır.
- Özendiricilik yerine zorunlu görevlendirme anlayışı ağır basmaktadır.
- Ruh sağlığı çalışanlarından hekimlerin sayısı yetersiz, öbür ruh sağlığı çalışanlarının sayısı ise son derecede yetersizdir.
- Kurum yöneticisi ve çalışan atamalarında mesleki liyakat yerine başka tercihler rol oynamaktadır. Bu da örgütlenme ve hizmet anlayışında sürekliliği önlemektedir.

ÖNERİLER

Politika

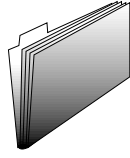
Her politikanın bir temel düşüncesi, amacı olmalı. Ruh sağlığı politikasının temel amacı ruh sağlığının bozulmadan korunması ve ruh sağlığı bozulanların sağlık hizmetine en kolay yollardan ulaşabilmesi olmalıdır.

- Gereksinimi olanlar, en üst nitelikte hizmete ödenebilir ücretle alabilmeli,
- Ödeme gücü olmayanlara uygun sosyal güvence sistemi sağlanmalı,
- Tedavi yanında, yeti yitimine uğrayanların rehabilitasyonu için bütün olanaklar sağlanmalı,
- Dönemsel yönetim değişikliklerinin sürekliliği bozması için önlemler alınmalı,
- Politika plan ve program uygulamaları, kendi içinde tutarlı denetim ve geri bildirim mekanizmalarını, nesnel düzeltme ilkelerini içermeli,

- Politika plan ve programlarının bütününe ve her aşamasının hedefleri, mali kaynakları ve harcamaları önceden belirlenmiş olmalı, uygulama sırasında denetlenmesi ile ilgili düzen belirlenmiş olmalıdır.

Hizmet örgütlenmesi

- Sağlık bütünsel olarak ele alınmalıdır: Temel sağlık hizmetleri içinde ruh sağlığı hizmetlerine yer verilmesi çok önemlidir. Pratisyen hekimler, hemşireler, öbür sağlık personelinin, okullarda Psikolojik Danışman- Rehberlerin, işlevi tanımlanmak, görev alanı belirlenmek suretiyle görevlendirilmesi hastalıkların erken fark edilmesi, psikosozyal destek verilmesi ve gerekirse tedaviye yönlendirilmesi konusunda yararlı olacaktır.
- Temel sağlık çalışanlarının ruh sağlığı alanında etkin kılınması gerekir. Bu alanda çalışanlarda klasik bilgilendirme yöntemlerinin tutum ve davranış değişikliğine yol açmadığı bilinmektedir. Psikiyatri uzmanlarıyla birinci basamak sağlık çalışanlarının etkin bir işbirliği içinde çalışacakları bir düzenleme sonrasında etkin olmaları beklenebilir.
- Bu düzenleme bir pilot çalışma içinde denenmelidir.
- Her türlü eğitim kanalları kullanılarak halkın ruh sağlığı konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır.
- Ruh hastalarının damgalanmasını önleyici bilinçlendirme esas alınmalıdır.
- İntiharı önleme programları hazırlanıp uygulanmalıdır.
- Rehabilitasyon, yeti yitimini önleme, beceri kazandırma programları ve kurumları kurulup işletilmelidir.
- Ruh hastalarının akut alevlenme dönemleri dışında, ülke koşullarına uygun bir biçimde toplum içinde tedavilerini sürdürebilecekleri, izlenebilecekleri bir düzenleme yapılmalıdır.
- Sivil toplum kuruluşlarının ve meslek örgütlerinin özellikle rehabilitasyon ve toplum ruh sağlığı konularında etkin olarak yer alması sağlanmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı, politika belirlemeden uygulamalara dek, değişik yapıların verdiği hizmetlerin eşgüdümünü üstlenmelidir. ■



SUNUŞ

22.11.2001 tarihinde resmi gazetede yayımlanmış ve 01.01.2002 tarihinde yürürlüğe giren 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu'nun 432. Maddesi'nin uygulanmasında karşılaşılan sorunlar nedeniyle meslektaşlarımız arasında bazı sorular ve kararsızlıklar belirmesi üzerine Merkez Yönetim Kurulu'muz "bir hukukçunun görüşü alınarak konunun aydınlığa kavuşturulması" kararını almış ve üyelerimize bu kararını duyurmuştu. Bu süreçte Av. Ziyet Özçelik'in görüşüne başvurulmuş, sorunun hukuki ve psikiyatri uygulaması ile ilgili yönü tartışılmış, bir bilgi-yorum metni oluşturularak TPD Bülteni ve TPD Web Sitesi'nde yayımlanmasına karar verilmiştir.

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu

Doç. Dr. Mustafa Sercan

Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Başkan Yardımcısı

Türk Medeni Kanunu'nun "Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması" üst başlığı altında 432. Maddesinde, "akıl hastalığı", "akıl zayıflığı", alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arz eden bulaşıcı hastalık ve serserilik sebeplerinden biri nedeniyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişinin kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması halinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli kurumlara yerleştirileceği veya alıkonulacağı öngörülmüştür. 433, 434, 435, 436, 437. Maddelerde ise uygulamanın aşamaları tanımlanmaktadır.

Bu düzenlemeler ile hem kişinin hem toplumun korunmasının amaçlandığı belirtilmektedir. Psikiyatri uzmanları açısından özellikle "akıl hastalığı", "akıl zayıflığı", alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı halleri nedeniyle insanların özgürlüğünün kısıtlanması süreci önem taşımaktadır.

KORUMA AMACI İLE ÖZGÜRLÜĞÜN KISITLANMASI SÜRECİ

Yasa metninde 432'den başlayarak yer alan 6 maddenin (432-437) tanımı ve kapsamı bakımından olağan psikiyatri uygulamasında kişilerin istemsiz olarak kapalı servislere konulmasını da kapsadığı, ancak bununla ilgili uygulama ayrıntılarını içermediği görülmektedir. Üstelik uygulama birincil olarak ikametgahın bulunduğu mahkemeyi görevlendirmektedir. Olağan tedavi sürecinde kişinin özgürlüğünün kısıtlanması çoğunlukla en çok 1 ay sürmekte ve tedavi tamamlandığında kaldırılmaktadır. Bu yasada tanımlanan kurallar içinde olağan yatışlarla ilgili

ayrıntılar yer almamakta ve zaten Sulh Hukuk Mahkemelerinin de bugüne dek yasanın bu maddelerini bu yönde uygulamadıkları görülmektedir. Bilindiği gibi bu konuda Türkiye Psikiyatri Derneği'nin "Psikiyatrik Hastaların Haklarının Korunması Hakkında Yasa Tasarısı Taslağı" tamamlanmak üzeredir.

Türk Medeni Kanunu'nun Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması konusundaki maddelerinin uygulamasıyla ilgili olarak karşılaştığımız durumlar, daha çok mahkemelerin kendiliğinden tıbben uygun olmayan ya da uygulanması mümkün olmayan kararlar alarak hastaları yatak sayısı yüksek Ruh Sağlığı Bölge Hastaneleri'ne göndermesi şeklindedir. Tıbbi olarak açık ve anlaşılır olan tedavi, rehabilitasyon, eğitim gibi kavramların tıbbi bilirkişilere danışılmadan, başka meslekten kişilerce anlaşılması güçtür. Bu nedenle yasa mahkemenin karar almasından önce Resmi Sağlık Kurulu Raporu'nu koşul saymaktadır.

Ancak uygulamada bazı mahkemelerin resmi sağlık kurulu raporu olmaksızın, kişinin durumuna uygun tedavi ya da ıslah kurumu olup olmadığına bakmaksızın kişiyi hakkında koruma kararı alarak Ruh Sağlığı Bölge Hastaneleri'nden birine gönderdiği görülmektedir.

Birçok örneği yaşanmış bir durum ise şöyledir: TMK 405. maddesine göre açılmış bir davada, kişinin vesayet altına alınması gerektiği konusunda resmi sağlık kurulu raporu düzenlenmiş, ancak mahkemece bilirkişiye "resmi bir kurumda koruma altına alınmasının gerekip gerekmediği" yönünde bir soru

sorulmadan, bilirkişi bu yönde bir görüş bildirmeden TMK 432. maddeye göre hüküm verilmiş ve hükmün uygulanması için kişi Ruh Sağlığı Bölge Hastanesi'ne gönderilmiştir. Daha az rastlanan bir örnekte de opioid bağımlılığı nedeniyle birçok kez yatırılarak tedavi edilen, ancak hastaneden çıkışında yeniden opioid kullanmaya başlayan bir hastanın, resmi sağlık kurulu raporu olmaksızın hüküm kesinleştirilerek resmi bir kurumda korunması amacıyla bir Ruh Sağlığı Bölge Hastanesi'ne gönderildiği görülmüştür.

KORUMA NEDENİYLE ÖZGÜRLÜĞÜN KISITLANACAK KİŞİLERİN BULUNDURULACAĞI ELVERİŞLİ KURUMLAR?

Tartışılan uyumsuzluk göz önüne alındığında psikiyatri uzmanları yönünden koruma nedeniyle özgürlüğü kısıtlanacak kişilerin bulundurulacağı 'elverişli kurum'un neresi olduğu yargıca açıklanması gereken bir durumdur.

Psikiyatrik durumları bakımından bunama ya da ileri derecede zeka geriliği gibi herhangi bir tedaviyle iyileştirilebilme olanağı olmayan, buna karşılık bakıma gereksinimi tartışmasız bir gerçek olan hastaların, aile olanakları içinde bakılamaması durumunda resmi bir kurumda bakılması birey hakları ve sosyal devlet ilkeleri açısından gereklidir. Öte yandan ileri derecede yeti yitimine uğramış kronik psikotik hastaların, özellikle bakacak kimsesi veya kalacak evi olmaması durumunda, resmi bir kurumda bakılması bir zorunluluktur. Ayrıca, yatırılarak akut tedavisi sağlanmış psikotik hastaların yeti yitimini önlemek amaçlı rehabilitasyonu için resmi kurumlar bulunması da çağdaş gelişmeler yönünden bir zorunluluktur.

Ancak, yasada sözü edilen koruma ve bakım da dahil, tıbbi tedavi kavramı dışındaki iyileştirici uygulamaların yapıldığı bu tür resmi kurumların ülkemizde bulunmadığı gerçeğinden, yukarıda örnekleri verilen davalarda hüküm veren yargıçların haberdar olmadığı anlaşılmaktadır. Bu haberdar olmayışta, 25 yıl öncesine dek ülkemizdeki bölge hastanelerinin gönderilen her türlü hastayı kabul etme ve uzun süre ya da sürekli tutma

MADDELERİN UYGULAMASI HAKKINDA

uygulaması içinde olması gerçeğinin de payı olduğu yadsınmaz. Bu tür alışkanlıkların etkisinin ancak birkaç kuşakta geçeceği düşünülürse, şu sırada bölge hastanelerinde yalnızca tedavi uygulanmakta olduğundan bazı yargıçların haberdar olmaması doğal karşılanması gereken bir durumdur.

Bu durumda;

1. Kişi mahkemece "vesayet altına alınması gerekir mi, gerekmez mi?" sorusuyla gönderilmişse, ve resmi bir kurumda koruma altına alınması gerekeceği tıbbi kanısı oluşmuşsa, bu kanı belirtilebilir ancak mümkünse uygun resmi kurumun adının raporda yazılması önerilir. Böyle bir kurum bilinmiyorsa, hangi resmi kurumların bu tür bir koruma için uygun olmadığı da raporda yer alabilir.

2. Kişi mahkemece "Resmi bir kurumda koruma altına alınması gerekir mi?" sorusuyla gönderilmişse, ve resmi bir kurumda koruma altına alınması gerekeceği tıbbi kanısı oluşmuşsa, bu kanı belirtilir ve resmi kurumlarla ilgili olarak 1. Maddede sözü edilen seçeneklere göre davranılır.

3. Mahkeme TMK 432. Maddesi uyarınca kişi hakkında "resmi bir kurumda koruma altına alınması" yargısını kesinleştirmiş ve yargı uygulaması için bir Ruh Sağlığı Bölge Hastanesi'ne göndermişse;

a) Kişinin o sırada yatırılarak tedavisini zorunlu kılan akut bir klinik durum içinde olup olmadığına bakılır. Hastanın yatırılarak akut tedavisi tıbben gerekliyse bu tamamlandıktan sonra,

b) Hastanın yatırılarak akut tedavisi tıbben gerekmiyorsa doğrudan bir sağlık kurulu raporu düzenlenerek, kişi evrakıyla birlikte mahkemeye iade edilebilir. Düzenlenecek raporda "hastanenin yasada sözü edilen resmi kurum olmadığını, hastanede kısa süreli yatışlar ile tedavi yürütüldüğünü, mahkeme hükmünün ancak uzun süreli bakım ve koruma olanakları bulunan bir resmi kurumda gerçekleştirilmesinin uygun olduğu" tıbbi kanaati yazılmalıdır. ■

TÜRK MEDENİ KANUNU

ALTINCI AYIRIM

KORUMA AMACIYLA ÖZGÜRLÜĞÜN KISITLANMASI

A. Koşulları

MADDE 432.- Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arzeden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması hâlinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir. Görevlerini yaparlarken bu sebeplerden birinin varlığını öğrenen kamu görevlileri, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar.

Bu konuda kişinin çevresine getirdiği külfet de göz önünde tutulur.

İlgili kişi durumu elverir elvermez kurumdan çıkarılır.

B. Yetki

MADDE 433.- Yerleştirme veya alıkoymaya karar verme yetkisi, ilgilinin yerleşim yeri veya gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde bulunduğu yer vesayet makamına aittir.

Yerleştirme veya alıkoymaya karar veren vesayet makamı, kurumdan çıkarmaya da yetkilidir.

C. Bildirim yükümlülüğü

MADDE 434.- Kısıtlı bir kişi bir kuruma yerleştirildiği veya alıkonulduğu ya da ergin bir kişi hakkında vesayete ilişkin diğer önlemlerin alınmasına gerek görüldüğü takdirde, kişinin bulunduğu yer vesayet makamı veya özel kanunlarda öngörülen ilgililer, durumu yerleşim yeri vesayet makamına bildirmekle yükümlüdürler.

D. İtiraz

MADDE 435.- Kuruma yerleştirilen kişi veya yakınları, verilen karara karşı kendilerine bildirilmesinden başlayarak on gün içinde denetim makamına itiraz edebilirler.

Bu hak, kurumdan çıkarılma isteminin reddi hâlinde de kullanılabilir.

E. Usul

I. Genel olarak

MADDE 436.- Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması, aşağıdaki kurullar saklı kalmak üzere, Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanununa tâbidir:

1. Karar verilirken ilgilinin bunun sebepleri hakkında bilgilendirilmesi ve karara karşı denetim makamına itiraz edebileceğine yazılı olarak dikkatinin çekilmesi zorunludur.

2. Bir kuruma yerleştirilen kişiye, alıkonulma kararına veya kurumdan çıkarılma isteminin reddine karşı en geç on gün içinde denetim makamına itiraz edebileceği derhal yazılı olarak bildirilir.

3. Mahkeme kararını gerektiren her istem, gecikmeksizin yetkili hâkime ulaştırılır.

4. Yerleştirme kararı veren vesayet makamı veya hâkim durumun özelliklerine göre bu istemin görüşülmesini erteleyebilir.

5. Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arzeden bulaşıcı hastalık olanlar hakkında, ancak resmi sağlık kurulu raporu alındıktan sonra karar verilebilir. Vesayet makamının daha önceden bilirkişiye başvurmuş olması hâlinde denetim makamı bundan vazgeçebilir.

II. Yargılama usulü

MADDE 437.- Hâkim, basit yargılama usulüne göre karar verir.

Gerektiğinde ilgili kişiye adli yardım sağlanır.

Hâkim, karar verirken ilgili kişiyi dinler.

VESAYETİ GEREKTİREN HLLER

A. Küçüklük

MADDE 404.- Velâyet altında bulunmayan her küçük vesayet altına alınır.

Görevlerini yaparlarken vesayeti gerektiren böyle bir hâlin varlığını öğrenen nüfus memurları, idarî makamlar, noterler ve mahkemeler, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar.

B. Kısıtlama

I. Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı

MADDE 405.- Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır.

Görevlerini yaparlarken vesayet altına alınmayı gerekli kılan bir durumun varlığını öğrenen idarî makamlar, noterler ve mahkemeler, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar.

II. Savurganlık, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı, kötü yönetim

MADDE 406.- Savurganlığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı veya malvarlığını kötü yönetmesi sebebiyle kendisini veya ailesini darlık veya yoksulluğa düşürme tehlikesine yol açan ve bu yüzden devamlı korunmaya ve bakıma muhtaç olan ya da başkalarının güvenliğini tehdit eden her ergin kısıtlanır.

III. Özgürlüğü bağlayıcı ceza

MADDE 407.- Bir yıl veya daha uzun süreli özgürlüğü bağlayıcı bir cezaya mahkûm olan her ergin kısıtlanır.

Cezayı yerine getirmekle görevli makam, böyle bir hükümlünün cezasını çekmeye başladığını, kendisine vasi atanmak üzere hemen yetkili vesayet makamına bildirmekle yükümlüdür.

IV. İstek üzerine

MADDE 408.- Yaşlılığı, sakatlığı, deneyimsizliği veya ağır hastalığı sebebiyle işlerini gerektiği gibi yönetemediğini ispat eden her ergin kısıtlanmasını isteyebilir.

Dr. Akfer Karaođlan
Dr. Gökem Karakafl

Bu yazıyı yazmamız istendiğinden bu yana düşünüyörz nasıl bir yol izlemeli diye. Aklımıza ilk olarak, bundan 23 ay önce, fakültenin ilk günlerinden bu yana birlikte geçen eğitim sürecinin ardından, aynı klinikte çalışacağımızı öğrendiğimizde ne çok sevindiğimiz geldi; ve sonraki günlerde, televizyondaki üst üste hasta görüntülerinin eşliğinde yayınlanan SSK hastaneleri haberlerini birbirimize aktarıırken hattın iki ucunda giderek kısılan seslerimiz...Bu bir kabus muydu?

Kafamızda binlerce soruyla kliniğı ilk görmeye gidişimizde bütün düşüncelerimiz tam tersine döndü. Gri karanlık koridorlar, pis yataklar, odalara sıkıştırılmış onlarca hasta yoktu. Hastaların yaşam koşulları gayet iyi görünüyordu. Klinik ekibinin çoğunun toplantıda olduğı odanın kapısındaki panoda oldukça yoğun görünen ama aynı zamanda güven duygusu veren bir eğitim programı asılıydı. Ekipten tanışma fırsatı bulduğumuz insanlar gayet sıcak insanlardı. Yoksa bu bir düş müydü?

Yirmi üç ayın ardından; diğör psikiyatri kliniklerine göre 4-7 kat fazla olduğı söylenen (bu kadar az mı?) hasta sayısına; son yıllarda iyice azaltılmış asistan kadrosu nedeni ile üç günde bir tutulan nöbetlere; ayda iki geceyi psikiyatri dışında acil servis hekimi olarak çalışıp

SSK'da psikiyatri asistan olmak

100-200 tonsillit, gastroenterit vakası görmeye (tedavi konusunda yorumsuzuz!); ders, seminer, literatür ve süpervizyon alma gibi eğitim çalışmalarını, hizmet yükü nedeni ile, öğle saatlerine sıkıştırmaya; tüm gün diğör hastanelerde yazılan reçetelerin hastayı muayene etmeden "SSK reçetesi" şeklinde neden repete edilmeyeceğini açıklamaya; iki farklı semte kurulmuş poliklinik ve yataklı servis arasında mekik dokumaya, SSK genelgesi nedeniyle, tanısını koyduğumuz (ya da tanı koymamızın beklendiğı) hastalara yazdığımız reçeteleri imzalamaya yetkimiz olmamasına karşın, sabah diğör kliniklerde çalışan asistan arkadaşlarımıza göre oldukça erken sayılan bir saatte hastaneye girdiğimizde yine de mutlu olduğumuzu fark ediyoruz.

Yukarıdaki satırlardan sonra SSK'yı daha ayrıntılı anlatan bir yazı istendiğı için ek yapma gereksinimi duyduk. Yukarıdaki 250 kelimenin yaşamımızdaki yansımaları daha açık yazmalı belki de..Yukarıdaki satırlar poliklinikte günde seksen psikiyatri hastası görmek , klinikte onbeş hasta takip etmek, ergen ünitesinde günlük yirmi hastaya hizmet üretmek için çalışmak demek; yukarıdaki satırlar gördüğünüz o seksen hastaya beş altı dakika içinde tanı koyma uğraşısının ardından bu reçeteyi yan tarafta imzalatmak demek (bu kadar işlemin ardından hastanın, ilacın SSK eczanesinde kalmamış olması ve yeni alım için ihale

beklenmesi nedeniyle, ilacı alamama olasılığı cabası); yukarıdaki satırlar bütün gün süren bu yoğun tempunun ardından akşam acil servise geçip acil servis hekimliğı yapıp sabah yine hiç ara vermeden dönüp yine aynı tempoda çalışmak, ve bu arada yaptığınız işe ve kendinize olan saygınızı sürdürmek için uğraşmak demek; yukarıdaki satırlar eğitiminize ayırabildiğiniz tek zaman olan öğle aralarında da genel müdürlüğün hasta bakılmasına dair yayınladığı genelgenin ATO ile yapılan bir görüşme sonrası iptal edilme olasılığı karşısında sevinmek demek.Yukarıdaki satırlar hizmet yükünden fırsat bulup hastane dışında bir yerlere çıkarsanız, mutlaka medikal ve non-medikal SSK eleştirilerini dinlemeniz ve aklınızda bulunması gereken çözüm önerilerinden birkaçını anlatmanız gerektiğini düşünen eski okul arkadaşlarınızın karşısında ne kadar yorgun olduğunuzu düşünmemeye ve esnememeye çalışmak demek. Ama yukarıdaki satırlar aynı zamanda bu sıkışıklığın arasında size her an zaman ayırmaya hazır, eğitim konusundaki taleplerinizi tartışmaya ve karşılamaya hazır insanlarla çalışmak; altından kalkmaya çalıştığımız hizmet yükü karşısında arkanızda hep bir destek olduğunu bilmek demek. Tekrar gibi oldu belki ama insan SSK'da iki yıl geçirincede her şeyi tekrar tekrar yapmaya alışıyor...

Y<T<RD<KLER<M<Z

PS<K<YATR< TOPLULU/ UNUN ACI KAYBI



Arfl. Gör. Dr. Leyla NURAY (TOPRAK)

25 Eylül 1977 tarihinde Konya'da doğdu. İlk, orta ve lise tahsilini Konya'da tamamladı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini 30 Haziran 2001 tarihinde bitirdi. Eylül 2001 TUS sınavında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi'ni kazanarak 5 Kasım 2001 tarihinde görevine balladı. Nisan 2002 tarihinde de Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi'ni kazanarak 28 Mayıs 2002 tarihinde görevine balladı. Evli olan Araştırma Görevlisi Dr. Leyla NURAY (TOPRAK) Psikiyatri Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak görevine devam etmekte idi.

WPA Başkanı ile buluşma

12 Nisan 2003 tarihinde İstanbul'da düzenlenen bir toplantı için Türkiye'ye gelmiş olan Dünya Psikiyatri Birliği (WPA: World Psychiatric Association) Başkanı Prof. Dr. Ahmet Okasha (Mısır) ile Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu temsilcileri ve Türk Nöropsikiyatri Derneği Yönetim Kurulu temsilcileri biraraya geldiler. Türkiye Psikiyatri Derneği Yönetim Kurulu Dr. Mustafa Sercan, Dr. Sezai Berber, Dr. Berna Uluğ ve Dr. İsmet Kırpınar tarafından, Nöropsikiyatri Derneği Yönetim Kurulu ise Dr. Peykan Gökalp, Dr. Ayça Gürdal Küey, Dr. Aslıhan Polat, Dr. Vehbi Keser ve



aynı zamanda WPA Güney Avrupa Bölge Temsilcisi olan Dr. Levent Küey tarafından temsil edildi. Türk Nöropsikiyatri Derneği WPA'ye üye derneklerden birisi ve WPA'de ülkemizi temsil ediyor. Türkiye Psikiyatri Derneği ise aday üye konumunda; ilk genel kurulda tam üye olması bekleniyor ve bu konudaki çalışmalar sürdürülüyor. Prof. Okasha ile toplantının amacı tanışma ve sürecin paylaşımı

idi. Toplantıda Türkiye Psikiyatri Derneği'nin niteliği, üye profili, amaçları, işlevleri üzerinde duruldu; Dünya Psikiyatri Birliği'ne üyelik isteği ve bu katılımdan hedeflenen kazanım ve katkılar dile getirildi.

7. BAHAR SEMPOZYUMU KONUKLARI...

Prof. Dr. Onur Güntürkün



Laterizasyonla ilgili çalışmalarıyla, beyin konusunda çok önemli buluşlara imzasını atan Türk bilim adamı Prof. Dr. Onur Güntürkün Bahar Sempozyumları 7'nin konusudur. 15 yıllık geceli gündüzlü araştırma sonuçlarında elde ettiği önemli buluşları nedeniyle, Bochum Üniversitesi Üstün Araştırmalar Ödülü'nü, Alman Araştırma Fonu Bursu'nu ve Gerhard Hess Bilim Ödülü'nü kazanan Prof. Dr. Güntürkün'e, 1995'te de Almanya'nın en büyük bilim ödülü olan Krupp Bilim Ödülü verildi. Prof. Onur Güntürkün'ün yaşamı, bilimin hangi kofullarda, nasıl yapılabileceğinin, bilimsel ilerlemenin ve bilim geleneğinin nasıl gerçekleştirebileceğinin, insana verilen değerlerin bilime giden yolları nasıl açtığını canlı bir örnektir.

Prof. İber Ortaylı



1947 yılında doğdu. Siyasal Bilgiler Fakültesi (1969) ile Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Tarih Bölümü'nü bitirdi. Chicago Üniversitesi'nde master çalışmasını Prof. Halil İnalcık'la yaptı. "Tanzimat Sonrası Mahalli idareler" ile doktor, "Osmanlı İmparatorluğu'nda Alman Nüfuzu" çalışmasıyla da doçent oldu. Viyana, Berlin, Paris, Princeton, Moskova, Roma, Münih, Strasbourg, Yanya, Sofya, Kiel, Cambridge, Oxford ve Tunus üniversitelerinde misafir öğretim üyesi ile birlikte seminerler ve konferanslar verdi. Yerli ve yabancı bilimsel dergilerde Osmanlı tarihinin 16. ve 19. yüzyılı ve Rusya tarihiyle ilgili makaleler yayınladı. Osmanlı İmparatorluğu'nda Alman Nüfuzu (1988), Hukuk ve idare Adamı Olarak Osmanlı Devletinde Kadı (1994), Türkiye idare Tarihine Giriş (1996), İmparatorluğun En uzun Yüzyılı (1999), Tanzimat'tan Cumhuriyete Yerel Yönetim Geleneği (2000), Osmanlı Toplumunda Aile (2000) gibi araştırma eserleri; Osmanlı İmparatorluğu'nda İktisadi ve Sosyal Değişim (2001) ve Gelenekten Geleceğe (2001) gibi deneme ve makale derlemeleri vardır. İstanbul üzerine çeşitli dergilere yazdığı makalelerini İstanbul'dan Sayfalar (1995) adlı kitapta biraraya getirdi. 1989'dan beri Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi'nde idare Tarihi Bilim Dalı Başkanı'dır. Ayrıca Galatasaray Üniversitesi'nde öğretim üyesidir. Ortaylı, Uluslararası Osmanlı Etüdleri Komitesi Yönetim Kurulu üyesi ve Avrupa Arkeoloji Cemiyeti üyesidir.

Tarhan Erdem



1933 yılında Kurucaşile'de doğdu. İlk öğrenimini Barın'da bitirdi. Kayseri Lisesi'nde orta öğretimini bitirdikten sonra İTÜ İktisat Fakültesi'nden mezun oldu. İktisat firması ve Millî Savunma Bakanlığı'nda mühendislik, Cam Elyaf Sanayi Genel Müdürlüğü, Milliyet Genel Koordinatörlüğü ve Doğan firmaları Grubu'nda yöneticilik yaptı. 1988 yılında KONDA firmasını kurdu. 1953 yılında CHP'ye kaydoldu. İstanbul Örgütü'nün ocak, ilçe, il yönetim kurulu üyeliklerinde bulundu. 1978'de Genel Yönetim Kurulu üyesi oldu. 1977'de İstanbul Milletvekili seçildi. Öğrenci derneklerinde yöneticilik Türk Devrim Ocakları Genel Başkanı'na yapıldı (1967-68) Halkevleri, Nispetiye Nedit? 80'leri Karşılarında, Anayasa ve Seçim Kanunları, CHP İstanbul 1969 İ Kongresi Tutanağı, CHP'de Üye Kayıtlarının Birleştirilmesi, Tıkanaç Siyaset (2002) adlı kitapları yayımlandı. Bir grup arkadaşıyla birlikte 1992'den beri Demokratik Cumhuriyet Programı'nın olulmasında çalıştı. Radikal Gazetesi yazarlarından olan Tarhan Erdem CHP Genel Sekreterliği yaptı. Evli, 2 çocuk sahibidir.

Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni

Türkiye Psikiyatri Derneği adına sahibi
Savafı Kültür

Yazı İşleri Müdürü
Berna Ulu

Yayın Kurulu
Ali Saffet Gönül
Mustafa Sercan
Sezai Berber
Şmet Kırpınar
Kültegin Ögel

Yazılma adresi
Tunus Cad. No. 59/5
Kavaklıdere, Ankara
Tel. 0-312 468 74 97
0-312 426 04 53

Tasarım ve Uygulama
bayt ltd. fti.
Tel. 0-312 431 30 62
Faks 0-312 431 36 02
E-posta: bayt@bayt.com.tr

Baskı
Pozitif Matbaacılık Ltd. fti.
Tel. 0-312 395 21 17

TOPLANTI-KONGRE

- **30 Nisan-4 Mayıs 2003, Bahar Sempozyumları VII. Kemer, Antalya.**
Başvuru: Flap Tour, Metin Tansu. Cinnah Caddesi, No:42, 06690 Çankaya, Ankara.
Tel. 0-312 4420700,
Faks: 0-312 440 77 99.
E-posta: aysin@flaptour.com.tr
- **7-11 Mayıs 2003, 4. Ulusal Biyolojik Psikiyatri Kongresi, Ankara.**
Tel. 0-312-3044501
E-posta: abozkurt@gata.edu.tr.
- **17-22 Mayıs 2003, APA Annual Meeting San Francisco, CA.**
" The Promise of Science, The Power of Healing"
- **22-25 Mayıs 2003, VIII ECOTS, European Societies for Traumatic Stress Studies, Berlin.**
E-posta: berlin@cpo-hanser.de
trauma-conference@kfb-berlin.de
Website: www.estss.org
- **Haziran 2003, 12. Anadolu Psikiyatri Günleri, Elazığ.**
Başvuru: Yrd. Doç. Dr. Murat Kuloğlu,
Yrd. Doç. Dr. Murat Atmaca,
Fırat Üniversitesi Fırat Tıp Merkezi,
Psikiyatri Kliniği, 23119, Elazığ.
Tel: 0 424 233 35 55, Faks: 0 424 2388096
E-posta: kuloglum@yahoo.com,
matmaca-p@yahoo.com,
Kayıt: Metin Tansu
Flap Tour, Cinnah Caddesi No: 42,
066 90 Çankaya, Ankara.
Tel: +312 442 07 00, Faks: +312 440 77 99
E-posta: metin@flaptour.com.tr
- **23-24 Ağustos 2003, Pre-Congress, 25-29 Ağustos 2003, the 15th International Congress of the International Association of Group Psychotherapy, The Crossroads of Culture: Where Groups Converge. Lütfi Kırdar Convention and Exhibition Center, İstanbul, Türkiye.**
Başvuru: Kubaba Tourism Travel Agency,
Güniz Sokak, No:44/1, Kavaklıdere, 06700,
Ankara, Türkiye.
Tel: +90 312 428 04 00,
Faks: + 90 312 428 03 05
E-posta: (precongress)kubaba@tr.net,
(congress)esb@kubaba.net
Website: www.iagpcongress.org
- **20-24 Eylül 2003, 16th ECNP (European College of Neuropsychopharmacology) Congress, Prag, Çek Cumhuriyeti.**
Başvuru: 16th ECNP Congress Organising Secretariat, Congrex Holland BV, P.O. Box 302,1000 AH, Amsterdam, The Netherlands.
Tel: +31 20 50 40 205,
Faks: +31 20 50 40 225.
E-posta: ecnp@congrex.nl
- **14-19 Ekim 2003, 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi, WOW Kremlin Palace, Antalya.**
Başvuru: Dr. Ümit Tural, Kocaeli ÜTF, Psikiyatri AD, İzmit.
Tel: 0 262 233 59 81/1708
Faks: 0262 233 54 61,
E-posta: turali@hotmail.com
Website: www.psikiyatri2003.com.
Kayıt: Flap Tour, Cinnah Cad. No: 42,
06690, Çankaya, Ankara.
Tel: 0 312 442 07 00
Faks: 0312 440 77 99
E-posta: aysin@flaptour.com.tr
- **20-24 Ekim 2003, 2. Ulusal Geriatri Kongresi, Limak Limra, Kemer, Antalya.**
Website: www.geriatrikongresi2003.org
- **16-19 Kasım 2003, 6th Congress of the European Society for Sexual and Impotence Research, İstanbul.**
Başvuru: Dr. Emre Karakuş, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji AD., Cerrahpaşa, İstanbul.
Tel: 0 532 344 95 40,
Faks: 0 212 265 54 74,
E-posta: emreak@istanbul.edu.tr,
Website: www.essir 2003.org
- **14-18 Nisan 2004, 12th AEP (Association of European Psychiatrists) Congress, Cenevre, İsviçre.**
Başvuru: Association Européenne de Psychiatrie, 12ème Congrès de l'AEP, 17 Rue du Cenrier, B. P. 1726, CH-1211 Geneva 1, Switzerland.
Tel: +41 22 908 0488
Faks: +41 22 732 2850,
E-posta: aep12@kenes.com
Website: www.kenes.com/aep 2004