

Yazar Christiane Gibiec onyediyi hastayı öldürmekle suçlanan hemşire Michaela Roeder'in duruşmalarını izledi. Olayın perde arkasını araştırdı. "Cinayet Yeri Hastane" adlı kitabında hemşire ve hastabakıcısı personelin ruhsal bakımdan bütün gücünü yitirmesi olayını ele alıyor. Bu, hastanelerde hemşire ve hastabakıcı sayısının azlığının genelde pek dikkate alınmayan bir boyutu.

Michaela Roeder'in hayat hikâyesi normalin sınırları içinde. Cinayetleri işleyene dek hemşire Roeder'in hayatı da binlerce diğer insanın yaşantısından farksızdı; göze çarpmayan, normal yolunda giden bir yaşantı. Tipik bir hemşirenin tipik bir hayat hikâyesi ve mesleğini seviyordu.

1978 yılından beri Wuppertal'de St. Petrus hastanesi cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışıyordu. İş arkadaşları tarafından sevimli ve çalışkan olarak nitelendiriliyor. Mesleğine vakıf bir hemşire, bazen biraz kaba. Yaptığı işin ruhsal ve bedensel yoruculuğundan sanki etkilenmemiş gibi bir izlenim bırakıyordu.

Bilirkişiler Michaela Roeder'de "çok bariz bir Yardımcı - Sendromu" tesbit ettiler. Bilirkişi raporuna göre kendi sıkıntılarının farkına varamıyor ama buna mukabil başkalarının dertleri karşısında da çok çok duyarlı bir kişi.

1984 - 1986 arasında 17 hastayı kardiyodepresif veya kan basıncını düşüren ilaçları zerkederek öldürüyor. O zamanlar yaptığı işin doğru bir iş olduğundan kesinlikle emindi.

Michaela Roeder için bir felaketle sonuçlanan olay, yoğun bakım ünitelerinin günlük yaşantısında, çalışma şartlarında ve getirdiği ruhsal yükte başlıyor.

Federal Almanya'da yaklaşık 30 yıldan beri yoğun bakım üniteleri var. Hastanenin problemleri yoğun bakım ünitelerinde kendisini gösteriyor: en ağır vakalar, ızdırıp, umutsuzluk ve ölümler burada çalışanlara büyük bir ruhsal yük getiriyor. Yoğun bakım ünitelerinde çalışanlar, hayatı idame ettirici tedavilerin bir anlamı olup olmadığı konusunda giderek daha sık şüpheye düşüyorlar. Çalışanlar hastaya yapılması gerekli yardım ile anlamsız acı çekirme arasındaki sınırın aşılıp aşılmadığını daha sık soruyorlar.

Tibbin imkanlarının giderek arttığı yerde hastaların kaderi bir sürü teşhis ve bulgu yığınının arkasında kaybolup gidiyor. Özellikle tam da etik ve hümanist kategoriler gözlerden kaçıyor.

Yazar burada Michaela Roeder olayının ana sorularından birini ediyor. Yazar burada Göttingen şehri hekimlerinden Türgen Wilhelm ve Elke Balzer'in yaptığı, hastabakıcı - hemşireler ile hekimlerin yoğun bakım ünitelerindeki ilişkisini ele alan sosyolojik bir çalışmaya yer veriyor. "Burada hekimlerin herşeye muktedir olma iddiaları tartışılmalıdır. Hekimlerin bu iddiaları hem yüksek bir prestij sağlıyor hem de onlara hatırı sayılır bir gelir getiriyor." Bu araştırmaya göre yaşlı insanlara uygulanan ameliyatlara sıklıkla uzmanlık eğitiminin ön görüldüğü sayıda ameliyat yapma zorunluluğunu yerine getirme amacını taşıyor.

Yoğun bakım tıbbının esas görevi ameliyat istatistiklerinde başarı oranını artırmak. "Ameliyattan hastanın sağ çıkması ve ameliyat sonrası sağ kaldığı gün sayısı başarı kriteri sayıldığı için burada istatistiğin sözü geçiyor sadece, hasta insanın derdi değil!". Bu araştırmaya göre hekimlerin hastalara karşı duygusuzluğu ve kabalığı, iyi düşünülmemiş veya zarar verici tedaviler hiç de seyrek değil. Hemşire ve hastabakıcılar hastalara ağrı kesici ve teskin edici ilaçlar verilebilmesi için basbayağı mücadele etmek zorundalar.

Ve yardıma muhtaç yardımcıları iki yüzlülükten başka bir çıkar yol bulamıyorlar veya gizlice işneye başvuru yapıyorlar. Çok tehlikeli bir gelişme gözleniyor: yoğun bakım ünitelerinin çoğunda aşkar bir sır saklanıyor. Hemşire ve hastabakıcılar kendi başlarına ağrı kesici veya teskin edici ilaçlar zerk ediyorlar ve hastanın dosyasında buna dair hiçbir not yok.

Spiegel dergisinin görüştüğü hemşire ve hastabakıcılar şunları söylüyor: "İçinde bulunduğumuz aşırı yük her gün

ızdırıp veriyor. Ama bunun böyle olduğunu kabul edemiyoruz. Aksi takdirde yardımımıza ihtiyacı olan ve aslında bu yüke yol açan hastalara yardım etme imkanımız kalmaz.

Sonuçta agresyonlar ortaya çıkıyor ve bunların da bastırılması lazım. Bu durumda savunma mekanizmaları işleyenlerin, durumu düzeltme imkanı olmayanların ve herhangi bir sebepten mesleğini bırakamayanların hali kötü!

Yüksek teknoloji bir sistemde, yoğun bakım tıbbında olduğu gibi insan faktörü iflas ettiği takdirde sonuçlar korkunç, diye yazıyor" yazar.

Yukarıda geçen bir cümleyi tekrar vurgulamak istiyoruz: "Hastanelerde hemşire ve hastabakıcı sayısının azlığı". Federal Almanya'da bu durum kamuoyunda biliniyor. Yardımcı sağlık personeli deyim yerinde ise, "işe yetişemiyor". Korkunç bir çalışma temposuna ve sürekli fazla mesaiye rağmen işe yetişemiyorlar. Sonuçlar korkunç. Gütersloh şehrinde 14 hastayı öldüren hastabakıcı aktif bir sendikacı ve işyeri temsilcisiydi. Daha insancıl çalışma koşulları için aktif mücadelesiyle tanınıyordu!

Psikiyatride eğitim sorunu

Doç. Dr. Ali Nihat BABAĞLU*

Mezuniyet sonrası tıp eğitimi, önemi hiç azalmayacak, dolayısıyla da sürekli tartışılması zorunlu olan bir konudur. Hekim, insanın en değerli hak ve serveti olan sağlığını koruması ve bozulduğunda da onarılması göreviyle yükümlüdür. Bütün insanların böyle bir hizmetten eşit pay alabilme hakları tartışılmaz olduğundan, yalnızca hizmetin götürülme biçimi değil, hizmeti götüreceği olanların niteliği de insan hakları ilkelerinin kapsamı içine girer. İnsanlar, hangi hekim baş vururlarsa vursunlar, aynı değerde bir hizmeti alabilmek, sağlıkları için gerekli olan her şeyin yapılacağından emin olmak hakkından vazgeçemezler. Bu noktada psikiyatri, bir dizi özgün sorunla karşı karşıyadır. Tibbin bütün branşlarında olduğu gibi, psikiyatride de ve eğitim sorunu iki ayrı planda ele alınmalıdır: Bir yandan bütün hekimlerin yeterli psikiyatri bilgisiyle donatılmış olmalarını sağlamak zorunluluğu, öte yandan da psikiyatride uzmanlaşacak hekimlerin en üstün bilgi ve beceri düzeyine ulaşmalarını ve o düzeyde ilerlemelerini garantilemek sorunu.

A) Bütün hekimler, çalışacakları ve uzmanlaşacakları alan ne olursa olsun, tibbin bütün alanlarından haberdar kalmak zorundadırlar. Bu yüzden, hekim olmak için geçilen genel tıp eğitiminde, hekimin bütün branşların temel bilgileriyle donatılması sağlanır. Ancak, bu bilgilerle donatılmış kalması için gerçekten etkin bir yol bulunabildiği pek söylenemez. Tersine, hekimler genellikle kendi yollarını yürütürken karşılaştıkları olguların zorlamalarıyla ve kendi branşlarının kazandırdığı bir hayat görüşünün etkisiyle, değişe değişe birbirlerinden uzaklaşıyor ve farklılaşıyorlar. Mesleğin etkileri iş hayatına sınırlı kalmayıp bütün yaşamımıza da uzandığı için, bu farklılaşma da bütün kişiliğimizde gözlenebilir.

Tibba egemen olan genel somatik üsluptan çok ayrı bir

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi klinik Şefi

dil kullanmakta olan, sosyal bilimlerin içeriğini de tıbbı taşıyan psikiyatri ise, bu konuda başından itibaren bir takım zorluklarla karşılaşır. Bir kere psikiyatri, hem her branşa nüfuz eder, hem de hepsinden ayrı bir gelişme gösterir. Bu yüzden genel tıp eğitimi sırasında alınıp özümsemesi zor olduğu gibi, öbür branşlar mensupları tarafından yadsınıp yabancılaşması da çok kolay ve çok çabuk olur. Zaten yetersiz olan temel bilgi kısa zamanda yitip gider. Bu arada diğer branşların, psikiyatrik konularda kendilerine özgü ve psikiyatrininkinden hayli değişik görüşler geliştirdikleri de bir gerçektir. böylece, örneğin hastaların, hastalıkların çerçevesinde gösterebilecekleri ajitasyon, anksiyete ya da depresyonun, psikiyatrinin hiç kabul edemeyeceği şekilde ele alındığı hatta tedavisine girildiği, bunun sonucunda hastada derin ruhsal sakatlanmalar oluştuğu, diğer branş hekimlerinin psikofarmakayı amacının çok dışında ve rastgele kullanabildikleri ve çok zor komplikasyonlara yol açtıkları, biz psikiyatrlar tarafından çok sık görülen olaylardır. çünkü, psikiyatri ve yöntemleri yadsınmakta, onay görmemektedir. Genel pratisyen olarak çalışanlar ise, bir çok vakayı yerinde ve zamanında görebilme şansından ötürü, daha ilgili durumdadırlar. Fakat, sağlık sistemlerindeki aksaklıklar en fazla onlar üzerinde etkin olduğu için, bilgiyi sürekli geliştirebilmekte zaten zorluk çekmektedirler; ayrıca psikiyatrye yeterli zamanı da pek ayıramamaktadırlar.

B) Psikiyatri uzmanlık eğitimindeki temel sorun ise, standart bir ilgi ve beceri kazandırmaktaki güçlük olarak özetlenebilir. Psikiyatri bilgisinin, yaşam ve felsefe görüşleri birbirinden farklı, hatta birbirine karşıt ekollerce geliştirilmekte olması bir yöndeki ilerlemeyle öbür yönlerden uzaklaşma sonucunu vermekle kalmaz, öbür yönde çalışmayı bütünüyle olanaksızlaştırabilir de. Psikiyatride uygulama becerileri, o uygulamanın dayandığı temel bir takım görüş ve yönelişlerin alınması ve özümsemesi bağlıdır. Bu da, onlara karşıt ya da çelişkili olan hatta onlara tepki olarak ileri sürülmüş ve geliştirilmiş bulunan öbür görüşlerin uygulanabilmesine olanak bırakmaz. Her ne kadar çoğu psikiyatrist hastaya yaklaşımda daha çok klinik pragmatik ve elektrik bir tutumu benimseyorsa da, bu bir temel görüş ve yönelişi esasta benimseyip, yalnızca fazla bağnaz olmamak, öbür yönelişlerin bazı verilerinden de faydalanmaya açık bulunmak şeklinde yürümektedir. Bunun sonucu ise, hizmeti periferie götürülenler, bir yönde iyi yetişmiş olmaları, öbür yönelişlere uygun yaklaşımlar açısından yetersiz olmaları, dolayısıyla da periferie götürülen hizmette zorunlu ayrılık ve aksaklıkların ortaya çıkmasıdır demektir. Bu noktayı biraz daha ayrıntılı açıklamaya çalışsın:

Psikiyatride, gerek araştırma, gerekse uygulama alanlarında, bilgi şu dört temel yaklaşımdan birine dayalı olmalıdır:

1. Biyofizik görüş: Bu görüşteki yaklaşım, merkez sinir sisteminin yada onu etkileyen sistemlerin anatomi, fizyoloji ve biyokimyasındaki biyofizik defekt ve bozukluklarının, psikopatolojinin ana determinantları olduğunu kabul eder. Araştırmada ve tedavide biyofizik yol ve yöntemlere yönelir.

2. İntrapsişik görüş: Davranışları, doğuştan gelen bir dizi dürtü ve güdülerin, çocukluk çağındaki gelişim sırasında, çevreden gelen etkilere uygun ya da onlara tepki olarak değişim ve gelişime uğramalarıyla ortaya çıkan kalıpların sonucu olarak ele alır. Bilinç dışından etkin olan bu kalıpların rahatsız edici ve zararlı olduğu durumlarda, bu kalıpların ve mekanizmaların yeniden bilinç düzeyine çıkarılarak çözümlenmesine uğraşır.

3. Davranışçı görüş: Patolojik davranışın da, tıpkı normal sayılanlar gibi, öğrenilmiş olduğunu ileri süren bu yaklaşımda tedavi çabası, patolojik davranışın oluşmasına götü-

ren öğrenme sürecinin aynı kullanarak, bu istenmeyen davranışın değiştirilmesine, istenen bir başka davranışla yer değiştirmesini sağlamaya yöneliktir.

4. Fenomenolojik görüş: Bireyin dış dünyaya, tümüyle kendine özgü bir algılamasının sonucu olarak tepki göstermekte olduğu ilkesinden yola çıkar. Yani, kişinin dış dünyayı algılaması ve ona tepkisi yalnız kendisine özgü bir biçimdedir. Bu yüzden, kendisini bir dış obje olarak izlemekte olan ve tıpkı onun gibi kendine özgü bir biçimde algılayan bir başka kimse tarafından kavranıp anlaşılabilir. Bu, gerek normal, gerekse anormal davranışlar için böyledir. O halde yalnızca o kimsenin kendi yaşantısı ve kendi anlatımı geçerlidir. Tedavi sürecinde de o bireye kendi yaşamını gözden geçirerek yeniden planlamasında yardımcı olmakla yetinilir.

Bu dört görüş yalnızca bilimsel kuram ayrıntılarıyla kalmaz. Dayandıkları felsefelerin farklılığından dolayı, hasta karşısında farklı tutum ve yaklaşımlara da yol açar. Biyofizik görüş hasta karşısında medikal ve otoriterdir. İntrapsişik görüşler de bilen ve anlayan bir tutumu zorunlu kılar, medikal ve otoriter kalır. Davranışçı görüş tamamen teknik bir yaklaşımı izler, hekimin tutum ve davranışları hiç önemli değildir. Fenomenolojik yaklaşımda ise hekim mutlaka hastası ile aynı düzeyde kalmak zorundadır, bu yüzden de kesinlikle antiotoriter bir yöneliştir. Bu dört görüş, birbirlerinin bulgusu ve yöntemlerinden faydalanabilirlerse de tarz olarak bir araya gelmeleri olası değildir. Dolayısıyla da bir hekimde bütün yönelişler bulunamaz. Her hekim kendi yetiştirme olanaklarına ve eğilimlerine uygun olarak bir temel görüşü benimsemek ve öbürlerini ancak bu temel görüşün ışığında ele almak zorunda kalır.

Gerçekte, pratikte hasta karşısında kalan psikiyatrlar bunu yaparlar da. Ancak bu, yetiştikleri alan dışındaki bilgileri kulaktan dolma kaldığı için, çok yanlış uygulamalara da yol açabilmektedir. Pek çok psikiyatrinin yakında bulunabildiği ve hastanın hekimini seçme özgürlüğünün ve hekimleri değerlendirebilecek kapasitesinin de bulunduğu durumlarda normal piyasa kurallarının işleyeceği ve hastaların gereksindikleri hizmete doğru fazla zarar uğramadan yönlenebilecekleri farzedilebilir.

Oysa çok gelişmiş denilen ülkelerin büyük metropollerinde bile bu pek yürümektedir. Şizoid, borderline ya da narsisistik kişilik bozukluklarının, şizofreni olarak tanımlanıp ağır ilaç baskısı altına alındığı ve ailenin olumsuz tutumunun da desteklenmesiyle genç insanların desosyalize edilip sakatlandığı, öte yandan ise bir beyin tümörü vakasının konversiyon reaksiyonu tanısıyla uzun yıllar psikoterapiye alındığı, üstelik bütün ailenin de terapi süreci içine çekilerek suçlandığı, aile ilişkilerinde onulmaz yaralar açıldığı durumlar çok olağandır. Psikiyatri uzmanlarının birbirlerinden çok uzak ve bağımsız kaldıkları, bütün bir bölge için tek bir psikiyatri bulunduğu, bir çok psikiyatrik vakanın ise psikiyatri uzmanına hiç görünmeden diğer branşlar hekimlerince tedavi edildiği durumlarda ise olay daha da olumsuzdur.

Psikiyatrik bakımdan patolojik olan ve olmayan davranışların değerlendirilmesinde hiç bir zaman tam bir anlaşma olamaz. Psikiyatri kurumlarında tedavi personelin işine gelmeyen, hoşuna gitmeyen bir çok davranışın agresyon ve ajitasyon olarak adlandırıldığı, hatta bazan personelin kendi tutumunu yüzünden ortaya çıkan normal tepkilerin bile bu şekilde değerlendirildiği ve hastaya ağır ilaçlar verilmesine gidildiği, hatta daha da radikal tedavilere yönelindiği bir gerçektir. Bir çok psikiyatri kurumunda, gece ya da hafta sonu nöbetçi olan personelin hastalara sadıstçe, zalimce davranışları, bunun sonucunda serviste ortaya çıkan direnme, baş kaldırma durumlarını hemen bir takım ilaçlarla bastırma yoluna gittikleri ve raporlarına da ve hastanın gece agresif ya da ajite oldukları şeklinde not koydukları görülür. Bu tür ra-

porların süregelmesiyle de hastanın patolojisinin devam etmekte olduğu sanılabilir. Özgün koşullarda ortaya çıkabilecek olan ve biraz anlayışla hemen yeniden normale dönebilecek olan durumların da, olduğu gibi kabul edilmeyerek uzun drastik tedavilere ve dolayısıyla hastanın ve ailesinin zarar görmesine yol açması aynı derecede olağandır. Psikiyatri hizmetinin gittikçe lokal hizmete yönelmesi ve birbirlerine yakın olmayan uzmanlarca icra edilmesinin doğurduğu sonuç, psikiyatri hizmetinin olması gerekli bir standarttan gittikçe uzaklaşması ve üstelik denetiminin de olanaksızlaşmasıdır. Buna karşılık büyük psikiyatri hastaneleri de çözüm sağlamaktan çok uzaktır. Bu tür kurumlarda da büyük sayıda hasta bulunması, hastaların ağır mental ve sosyal defektler edindikten sonra da buralara toplanmakta oluşları ve hatta böyle kurumlarda bu tür defektler kazanmaları, burarlarda çalışan hekimlerin, hastalık tabloları hakkında özgün ve bilim dışı kanılar geliştirmelerine yol açmaktadır. Böylece bu hekimlerin hastalığın prognozu hakkındaki kanaatları genellikle olumsuz ve umutsuzdur. Dolayısıyla da hastalığın düzeltilmesi için çabaları, daha başından kırık ve yetersizdir. Sonuç olarak, periferde gidecek olan psikiyatri uzman adaylarının, büyük psikiyatri hastanelerinde sanatı öğrenip, küçük ve separe merkezlerde icraya koymaları, kamu sağlığı açısından en olumsuz sonuca götürmektedir. Özetle, asistanlık döneminde büyük hastanenin kronikleşmiş, depo hastaları ya da toplum dışına itilmiş hasta örnekleri üzerinde öğrenilen, karamsar ve umutsuz bir psikiyatri, uzman olarak ülkenin, büyük merkezlerden uzak bir bölgesinde ve tek başına, küçük bir kurumda ve küçük bir ekiple, sosyal bağları henüz sakatlanmamış, prognozu henüz iyi olan bir hasta kitlesi üzerinde uygulanmaya konmaktadır. Bunun, toplum sağlığı açısından zararı ölçülemeyecek kadar büyük olmaktadır. Türkiyemizde de durum budur.

Bu günkü model ne olmalıdır?

Bu gün psikiyatrinin çok yönlü eğitimi öngörülmektedir. Bir psikiyatri uzmanının;

1. Bütün psikiyatrik bozuklukları, sosyal, psikolojik ve medikal açılardan en iyi değerlendirebilmesi,
2. Hastanın çevre koşullarını en iyi değerlendirebilmesi ve onun için bir danışma güvencesi sağlaması,
3. Her yerde ve her koşulda medikal ve psikoterapotik olanakları kombine edebilmesi,
4. Bütün yaşamsal zorluklarda danışabilen, güvenilir bir bilirkişi olması gerekmektedir.
5. Bunlardan çok daha önemli olarak; kendi eğitiminin hiç bitmeyeceğinin bilincinde olmalı ve bu eğitim için sürekli bir çaba içinde bulunmalı, karşılaşacağı zorlukları meslektaşlarıyla danışacak kadar açık yürekli olmalı, bu zorluklarda kendi hata payını görebilecek kadar da iç gözü sahibi olmalıdır.

Böyle bir psikiyatri uzmanı, kolaylıkla ulaşabileceği bir üniversite kliniğinin süpervizyonu ile iyi ilişkiler kurabilir, 30-40 yataklı bir servisi en büyük fayda derecesinde işletebilir ve poliklinik ya da muayenehanede ayakta hizmeti optimal şekilde yürütebilir. Ancak bunu sağlayacak kadar iyi yetişebilmesi için, bir yandan psikiyatrik bozuklukları, organik-dinamik, psikoz-nöroz, sosyal-psişik gibi yapay ayrımlara düşmeden hastanın bütün biyolojik ve sosyal ünitesi içinde değerlendirebilecek bir klinik eğitimi görmesi, hastaları yalnız klinik pencerelerden görmekle yetinmeyip, dışarıda, sahada ve hasta takibine alışık olması, hastaların sosyal çevrelerini iyi değerlendirebilmek için alan çalışmalarını yapmayı öğrenmiş olması gereklidir. Bunun çeşitli aşamaları boyunca da, uzun süren psikiyatrik tedavi becerisini edinme çalışmasını sürdürmelidir. Klinik - Poliklinik- Alan zincirindeki eğitim, eğitim kurumlarının iyi niyetli planlama ve örgütlenmeleri ile başarılabilecek bir şeydir. Oysa sorumlu koşul, yani psikiyatrik tedavi becerisinin kazandırılması, her

şeyden önce bu alanda eğitim verecek insan gücünün elde bulunmasına bağlıdır. Bu yetenekte insan gücü ise, bir çok ülkenin yoksun olduğu bir şeydir. Bu yüzden genellikle şöyle bir fenomen görülmektedir: Ülkenin psikiyatrları, sosyal ve psikiyatrik terapi yöntemlerinde yetişme olanaksızlığı karşısında umutsuz bir tutuma kaymakta ve bireysel olarak kıvrabilecekleri becerilere kendilerini kapatmaktadır. Bu sırada çoğu, kendi olanaksızlıklarını, organik ve biyolojik görüşlerini savunuculuğu ile maskeleyerek çalışırlar. Ülkelere koşullarının bu tutumu gerçekçi kıldığını ileri sürerler. Bu tutumun ardında kendilerine acımaları ve çevrelerini küçümsemeleri kolaylıkla sezilebilir. Bunun karakteristik örneği Güney Amerika ülkelerinin 60'lı ve 70'li yıllardaki tutumlarıdır. O ülkelerde koyu dikta rejimlerinin hüküm sürdüğü yıllarda oralar organik-biyolojik psikiyatrinin kaleleri durumundaydı. Bu dönemde Güney Amerika ülkelerinde gerçekten çok önemli organik çalışmalar yapılmıştır. (Elbette bu dönemde, o ülkeleri doğal bir araştırma alanı olarak ele alan ilaç firmalarının da bu süreçte çok önemli payları olmuştur.) Tarihsel gelişme içinde bir yandan tıbbi araştırmaların minimal kabul edilebilirlik ilkelere kabul ve ilanıya o ülkelerdeki biyolojik araştırmaların değeri kaybolurken, öte yandan da o ülkelerdeki dikta rejimlerinin yıkılmasıyla sürgünde bulunan bir çok aydın geri dönmesi ve liberal demokratik rüzgarların esmesiyle psikoterapilerin o ülkelerde kamuoyunda değer kazanmaya başladığı görülmüştür. 80'li yıllarla birlikte aynı ülkelerde bu kez bir psikoterapi patlaması görülmüştür. Bu psikoterapi modelinde o ülkeler, genellikle sürgünden dönen hekim ve psikologların eğilimlerine göre, bir ya da birkaç ekolün yoğun bir fanatizmle yaygınlaşması sürecini de gösterirler. Anlaşılabileceği gibi, bir uçtaki uygun-suzluktan öbür uçtakine geçilmektedir. Oysa, ülkelerin kendi sosyal yapılarına uygun, aynı zamanda sosyo-ekonomik yapı bakımından da daha geçerli psikoterapi şemalarının geliştirilebilmesi gerekir.

Bu türlü kayba yol açan dalgalanmalar yerine, eldeki potansiyelin zamanında kullanılmasıyla yeterli insan gücünün yetiştirilmesi ve potansiyelin yükseltilmesi mümkündür. Türkiyede şimdi tam bu konumdadır. Kendi çabalarıyla psikoterapi becerisini yurt dışında kazanmış ve bir süredir Türkiye'de uygulayarak bu yöntemlere özgün özellikler kazandırmış insan gücü vardır. Bu gücün belirli bir yönde örgütlenmesi ve terapi eğitiminin standart bir programa kavuşturulmasıyla periferde güç sahibi elemanların yetiştirilmesi kolay görünmektedir. Bu da periferde çağdaş bir hizmetin götürülebilmesini ve bölge farkı olmaksızın bütün vatandaşların standart bir hizmetten faydalanabilmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Darcy, P.T.: Theory and Practice of Psychiatric Care; Hodder and Stoughton, 1984 London
- Russel, G.F.M.: Psychiatric education and training; in Psychiatric der Gegenwart, Red, K.P. Kisker - J. E. Meyer, Bd. 3; Springer, 1975, Berlin. s. 779-828
- Brill, H.: Institutional Psychiatry; in New Dimensions in Psychiatry, Ed. S. Arieti-G. Chrzancowski; John Wiley, 1975, New York. s. 221-238.
- Bastide, R.: Soziologie der Geisteskrankheiten; Kiepenhauer-Witsch, 1973, Köln
- Rudy, L.H.: The Psychiatrist and Psychiatric Education: American board of Psychiatry and Neurology; in Comprehensive Textbook of Psychiatry / IV, Ed. H. I. Kaplan - B.J. Sadock; Williams - Wilkins, 1985, Baltimore
- World Health Organization - Regional Office for Europe: Mental Health services in pilot study areas; WHO, 1987, Copenhagen