

Toplum ve Sosyal Hizmet

ISSN: 2147-3374 / E-ISSN: 2602-280X

Derleme Makale / Review Article

Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmeti Yeniden Konumlandırmak: Eleştirel Bir Değerlendirme

Repositioning Social Work In The Field Of Mental Health: A Critical Perspective

Ömer TAKAK¹

¹Araştırma Görevlisi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, omer.takak@cbu.edu.tr
ORCID: 0000-0002-4920-1044

Başvuru: 1.07.2024
Kabul: 16.11.2024

Atif: Takak, Ö. (2025). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmeti yeniden konumlandırmak: Eleştirel bir değerlendirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 36(1), 89-110.

DOI: 10.33417/tsh.1508468

ÖZ

Medikal modele dayalı olarak kurumsallaşan modern tıbbın, disiplinlerarası teori ve yaklaşımlara ihtiyaç duyduğu en önemli ihtisas alanlarından biri psikiyatri ve ruh sağlığıdır. Ancak modern psikiyatri disiplini, uzun yıllar boyunca ruhsal sorunların tanı ve tedavisinde medikal modele dayanmış ve bu alanın egemenliğini tek başına üstlenmiştir. 1960'larda başlayan anti-psikiyatri hareketiyle birlikte, ruh sağlığı alanının tıp disiplini tarafından hakimiyet altına alınması eleştirilmiştir. Bu dönemdeki düşünürler, bireylerin bedenlerinde ve davranışlarında normalin ve patolojik olanın sınırlarını belirleme sürecinde modern tıbbın sahip olduğu iktidarı eleştirmiş ve alternatif yaklaşımlar ortaya koymuştur. Bu tartışmalar ekseninde; sosyoloji, psikoloji ve sosyal hizmet disiplinlerinin teori ve yaklaşımları ruh sağlığı alanının medikal modelden biyopsikososyal modele evrilmesine katkı sunmuştur. Günümüzde, psikiyatri ve ruh sağlığı sorunlarının tanı ve tedavi yöntemlerinde baskın gücü tıbbi bilgi oluştursa da bu alanda, bütüncül bir bakış açısına doğru meyleden bir paradigma değişiminden söz edilir. Ancak bu çalışma, ruh sağlığı alanındaki sosyal hizmet uygulamalarının medikal modelin ilkelerini eleştirmeden benimseme riski taşıdığını iddia etmektedir. Bu nedenle çalışmada, medikal modele yaslanan psikiyatri disiplininin ruh sağlığı alanındaki hâkim konumu tartışmaya açılmıştır. Ruh sağlığı alanında eleştirel ve baskı karşıtı sosyal hizmet yaklaşımlarına neden ihtiyaç duyulduğu gündeme getirilerek sosyal hizmet bu alanda yeniden konumlandırılmaya çalışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Psikiyatrik Sosyal Hizmet, Eleştirel Sosyal Hizmet, Tıbbileştirme, Ruh Sağlığı.

ABSTRACT

Psychiatry and mental health is one of the most important areas of specialisation where modern medicine, which is institutionalised based on the medical model, needs interdisciplinary theories and approaches. However, the modern psychiatry discipline has relied on the medical model in the diagnosis and treatment of mental problems for many years and has assumed the sovereignty of this field alone. With the anti-psychiatry movement that started in the 1960s, the domination of the field of mental health by the medical discipline was criticised. Thinkers in this period criticised the power of modern medicine in the process of determining the boundaries of what is normal and pathological in the bodies and behaviours of individuals and put forward alternative approaches. On the axis of these discussions, the theories and approaches of sociology, psychology and social work disciplines have contributed to the evolution of the field of mental health from the medical model to the biopsychosocial model. Today, although medical knowledge is the dominant force in the diagnosis and treatment methods of psychiatry and mental health problems, there is a paradigm shift in this field, which tends towards a holistic perspective. However, this study argues that social work practices in mental health have the risk of uncritically adopting the principles of the medical model. For this reason, the dominant position of the discipline of psychiatry, which relies on the medical model, in the field of mental health is discussed in the study. Why critical and anti-oppression social work approaches are needed in the field of mental health is brought to the agenda and social work is tried to be repositioned in this field.

Keywords: Psychiatric Social Work, Critical Social Work, Medicalization, Mental Health

GİRİŞ

*“Bizim toplumumuzda, total kurumlar kişileri değiştirmeye yönelik seralardır.
Bu kurumların her biri, benliğe yapılabilecek şeyler üzerine doğal bir deneydir”*

Erving Goffmann (2015, s.24).

Ruhsal hastalıklar, modern dönem öncesinde ahlaki bozukluk, sapkınlık ve günah kavramları çerçevesinde ele alınmıştır. Akıl hastalığının bu tür bir bozukluk ve sapkınlık olarak değerlendirilip tıbbi bilginin hâkimiyet alanına girmesi, modernitenin merkezi unsurlarından rasyonalite ve pozitivizmin gelişimiyle eş zamanlı olarak gerçekleşmiştir. Bu süreçte, tıbbi bilginin gücü ve tıp disiplininin otoritesi belirgin biçimde artmıştır (Clarke vd., 2003, s. 164; Conrad, 2005). Sağlıkla ilgili sorunların ele alınış biçiminde ise, tıbbi bilginin temelini oluşturan medikal model ön plana çıkmıştır. Medikal model, yaşamı yorumlama biçiminde akli merkeze alan, insanın doğa üzerindeki tahakkümü ile karakterize olan modernite tarafından inşa edilmiştir (Ashcroft ve Van Katwyk, 2016, s. 142). Descartes'ın Kartezyen felsefesine dayanan bu modelde, insan zihin ve beden ayrımı üzerinden değerlendirilir. Modern tıbbın bedeni bir organizma olarak ele alan yaklaşımına göre hastalık, esasında “makine” olarak düşünülen bedenin parçalarında meydana gelen bir işleyiş bozukluğudur (Turner, 2011, s. 239).

1960'ların ortasında Michel Foucault, Erving Goffman, Thomas Szasz, Ronald David Laing ve David Cooper'in çalışmaları, bireylerin bedenlerinde ve davranışlarında normalin ve patolojik olanın sınırlarını belirleme sürecinde, modern tıbbın üstlendiği hâkim rolü eleştiren yeni yaklaşımlar ortaya koymuştur. Psikiyatrinin zorla hastaneye yatırma, ilaç tedavisi uygulama ve elektrokonvülsif terapi (EKT) gibi müdahalelerinin yanı sıra teşhis ve tedavi yöntemlerindeki muğlaklık nedeniyle normal ile anormal olanın ayrımını tesis etme gücüne sahip olduğu ve toplumsal yaşam üzerinde baskı kurarak bir tür sosyal kontrol işlevi gördüğü ifade edilmiştir (Ferguson, 2017, s. 28-29; Rissmiller ve Rissmiller, 2006, s. 863; Shafti, 2021). Örneğin, Goffman (2015) disiplin ve denetimin hapishaneler ve askeri kışlalar kadar yüksek seviyede olduğu, akıl hastalarının kapatıldığı (total) kurumlarda¹, bireylerin toplumsal yaşamdan tecrit edilerek normal-anormal ayrımına göre benliklerinin dönüştürülmesine yönelik çeşitli tahakküm pratiklerinin devreye sokulduğunu vurgulamıştır. Dolayısıyla, psikiyatrinin toplumsal yaşamda normal ve anormal olanın sınırını tesis eden konumu ve gücü eleştirilmiştir.

Psikiyatri disiplinine karşı gelişen ve anti-psikiyatri hareketinin oluşumuna kaynaklık eden bu eleştiriler, psikiyatri disiplini içerisinde, sosyal bilimler ve felsefeden gelmiştir. Anti-psikiyatri hareketinin temel kazanımlarından biri, toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımının (community care)

¹ Goffman (2015, s. 13-17) bu tür kurumları, *total kurum* olarak tanımlamaktadır. Total kurumlar, toplumsal yaşamdan uzun süre boyunca yalıtılmış, benzer sorunlardan muzdarip bireylerin, kurum tarafından organize edilmiş bir yaşam döngüsüne dahil olarak toplu bir biçimde yaşayıp çalıştığı yerlerdir. Bireyleri aynı yerde yaşamaya, çalışmaya ve uyumaya zorlayan bu kurumlar, gündelik yaşamı sıkı bir denetim altına alır. Total kurumların en temel özelliği kamusal alan ile özel alan arasındaki ayrımı ortadan kaldırmasıdır.

oluşumuna zemin hazırlaması ve yatılı kurum bakımının (deinstitutionalization)² azaltılmasıdır. Bir diğeri ise psikiyatri ve ruh sağlığı alanında medikal modelin hâkim konumunun kısmen sarsılmasıdır. Bu dönemde, ruh sağlığı hizmetinin sunumunda psikiyatristin baskın rolünün yanında bir ruh sağlığı ekibinden söz edilmeye başlanır. Bu ekipte hemşireler, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları yer alır (Tuncay, 2022). Dolayısıyla anti-psikiyatri hareketi günümüzde her ne kadar zayıflamış olsa da ruh sağlığı alanındaki temel değişimlerin kapısını aralamıştır. Ruh sağlığı alanının disiplinlerarası bir perspektife doğru genişleyerek psikoloji ve sosyal hizmet gibi sosyal bilimlerin konumlandığı bir çalışma alanına dönüşmesi söz konusu olsa da hâlâ baskın bir şekilde medikal modelin gücü hissedilmektedir.

Bu çalışmanın amacı, psikiyatri ve ruh sağlığı alanında konumlanan ve alanın indirgemeci bakış açılarını (medikal model) meydan okuma noktasında daha fazla güçlenmesi gerektiği düşünülen sosyal hizmet disiplinini eleştirel yaklaşımlar çerçevesinde değerlendirmektir. Bu bağlamda, anti-psikiyatri hareketinin ruh sağlığı alanına yönelik eleştirilerinden yararlanarak, eleştirel sosyal hizmet perspektifiyle ruh sağlığı alanı tartışmaya açılacaktır. Anti-psikiyatri hareketinin öne sürdüğü fikirlerin eleştirel sosyal hizmet perspektifleriyle incelenmesinin temel nedeni, teorik alt yapıları arasındaki uyumdur. Zira, her iki yaklaşım da eleştirel sosyal teoriye dayanır. Çalışmanın ilk bölümünde, modern tıp söyleminin temelini oluşturan medikal modelin tıbbileştirme pratiklerine değinilerek ruh sağlığı alanının egemenliğine soyunan psikiyatri disiplinine karşı gelişen eleştirilere yer verilecektir. İkinci bölümde ise, psikososyal model çerçevesinde ruh sağlığı alanında konumlanan mesleklerden biri olan sosyal hizmet disiplininin, tıbbi modelin sınırları içerisinde uygulama yapma riskinin doğasına ilişkin tartışmalar ele alınacaktır. Son olarak üçüncü bölümde, eleştirel sosyal hizmet yaklaşımıyla psikiyatri ve ruh sağlığı alanındaki uygulamaların tıbbi modelin hegemonyasının dışına nasıl çıkabileceği ve sosyal hizmetin bu alanda nasıl yeniden konumlandırılacağı tartışılacaktır.

1. Tıbbi Bilginin Hakimiyeti: Medikal Model ve Akıl Hastalığı

Batı toplumlarında ruh sağlığı sorunlarının doğasını anlama çabalarında kullanılan medikal model, psikiyatri disiplininin 18. yüzyılda kurumsallaşmasıyla birlikte bu alanda güçlü bir şekilde varlık göstermiştir. Modern dönem öncesinde ise, akıl hastaları, yoksullar, dilenciler, işsizler ve sapkın davranışları olduğu düşünülen kişiler toplumsal düzenin tesisi ve idamesi adına “kurumsal kapatılma” süreci ile karşı karşıya kalmıştır. Kurumsal kapatılmaya maruz kalan gruplar, sanayileşme ve kapitalizmin gelişmesiyle birlikte iş gücü olarak görülerek toplumsal sisteme entegre edilmiştir. Bu amaçla yoksullar, işsizler, dilenciler ve engelliler kurumlardan çıkarılmıştır. Ancak ruhsal problemler yaşayan bireyler akıl hastası olarak kabul edilerek kurumlarda tutulmuştur (Bracken ve Thomas, 2001, s. 724; Kavirayni, 2019, s. 285). Foucault'ya göre, akıl hastalarının

² Kurumsuzlaştırma, büyük psikiyatri kurumlarının kapatılarak veya küçültülerek toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş süreci olarak tanımlanmaktadır (Chow ve Priebe, 2013).

kurumsal kapatılma sürecine maruz kalarak toplumsal yaşamdan yalıtılmaları, hasta olarak kabul edilmelerinden ziyade kapitalist toplumsal düzende iş gücü olarak yer alamamalarından kaynaklıdır. Böylece, toplumsal yaşamdaki siyasi ve ekonomik gelişmeler akıl hastalığı olan bir grubun varlığına işaret etmiş ve psikiyatri disiplini bu süreçle birlikte kurumsallaşmaya başlamıştır. Dolayısıyla, modern dönem öncesinde “delilik” olarak görülen durum 19. yüzyılda “akıl hastalığı” olarak tanımlanır. Bu süreçte, akıl sağlığı toplumsal bir norm olarak kabul edilir ve akıl sağlığından yoksun olduğu düşünülen bireyler toplumsal yaşamdan yalıtılarak “tımahanelere” kapatılır. Bu kapatılma deneyimi, toplumsal yaşamda normal ile anormal arasındaki ayrımın sınırını tesis etmiştir. Akıl hastalığının bütünüyle tıbbi bir alan olarak kabul edilmesiyle birlikte, tıp bu alanda egemen disiplin haline gelmiş (Foucault, 2011, s. 83-84; 2012, s. 219-220) ve moderniteyle birlikte tıp biliminin yükselişinin de habercisi olmuştur. Bu nedenle, bir bütün olarak modern tıbbın toplumsal yaşam üzerindeki etkisini kısaca incelemek gerekir.

Bu dönemde, sağlık ile ilgili sorunların ele alınış biçimlerinde tıbbi bilginin inşasına, tanı ve tedavi pratiklerine hâkim olan medikal modele dayalı bir anlayış gelişmiştir. Medikal model, yaşamı anlama ve yorumlama açısından akli merkeze alarak, insanın doğa üzerindeki tahakkümünü vurgulayan modern düşünce aracılığıyla inşa edilmiştir (Ashcroft ve Van Katwyk, 2016, s. 142). Descartes’ın pozitivist felsefesinden hareketle örgütlenen medikal modele göre, insan zihin ve beden ayrımına göre ele alınmaktadır. Bedeni mekanik bir bütün olarak ele alan modern tıba göre hastalık, bedenin parçalarında meydana gelen bozulma olarak tanımlanır. Bu yaklaşım, bireylerin öznel deneyimlerini, hastalığı algılama biçimlerini ve psikososyal unsurların hastalığın fenomenolojisindeki yerini göz önünde bulundurmaz (Turner, 2011, s. 239). Bu bakış açısına göre, modern tıp birtakım veriler ve bilgiler seti ışığında fizyolojik ve biyolojik temelli sorunları, yani patolojik olanı kavramsallaştırırken *disease*³ olarak tanımladığı hastalık kavramına başvurur (Nazlı, 2007). Biyolojik ve fizyolojik bir bütüne indirgenen bedenin işlevsiz ve bozuk parçaları mercek altına alınarak düzeltilmeye ve onarılmaya çalışılır. Bu yaklaşımda hastalığa sahip olan özneye yer yoktur, sadece beden vardır.

Akıl hastalığını anlama, tanımlama ve tedavi etme girişimlerinde de diğer hastalıklar gibi hâkim bakış açısını oluşturan medikal model ile yaklaşmıştır. Ancak akıl hastalığının ayırt edici farkı bireylerin kurumlara kapatılması, denetim ve gözetim altına alınmasıdır. Akli merkeze alan moderniteyle birlikte “akıl, akli olmayan” hakkında konuşmaya, inceleme yapmaya ve bilimsel argümanlar üretmeye başlamıştır (Foucault, 2011, s. 21-22). Bu süreçte giderek kurumsallaşan psikiyatri disiplini 19. yüzyılda tıbbi bir uzmanlık alanı olarak tanınmaya başlamış ve ruh sağlığı alanında yetkin bir konuma erişmiştir. 20. yüzyıla kadar psikiyatri disiplini, akıl hastalığı olan bireyleri şehir merkezlerinden bir hayli uzakta, kapalı, yüksek güvenlik önlemleriyle çevirili ve bir tür hapishaneyi andıran kurumlara kapatmıştır (Goffman, 2015, s.16). Bu uygulama, açıkça akıl hastalığı olan

³ *Disease* olarak tanımlanan hastalık, tıp disiplininin kişilerin yaşadıkları sorunları tanımlama, teşhis ve tedavi etme yöntemlerine işaret etmektedir. Nesnellğe vurgu yapan bu çerçevede bireyden bağımsız olarak hastalık merkezdedir. Hastalığın fizyolojik, ruhsal ve genetik yönlerine odaklanılmaktadır. *Illness* olarak tanımlanan hastalık ise özneyi merkeze alarak, bireyin öznel deneyimlerine ve hastalığın sosyo-kültürel boyutlarına işaret etmektedir (Sartorius, 2006).

bireyleri iyileştirmeye çalışmaktan ziyade, toplumu şiddet yanlısı ve anormal olarak görülen, söylemsel olarak inşa edilen “delilik” kimliğine sahip bireylerden koruma amacı taşımaktadır. Tedavi türleri arasında fiziksel kısıtlamalar ve ceza tehditleri yer almaktadır (Foucault, 2011; Kavirayni, 2019). Bu dönemde, ruhsal hastalıkların temelinde biyolojik ve genetik faktörlerin yer aldığı bilgisi hâkim kanıyı oluşturmuş ve ruh sağlığının biyolojik determinizm çerçevesinde değerlendirilmesine yol açmıştır. Neticede, akıl hastalarının nesneleştirilmesi sorununun çözümü olma iddiasında bulunan psikiyatri disiplini, aynı zamanda bu sorunların bir parçası haline gelmiştir (Double, 2005, s. 56). Akıl hastalığı teşhisi konan ve medikal modelin hakimiyeti altında nesneleştirilen bireyler, ortaya atılan bazı zayıf teoriler nedeniyle EKT’ye⁴ maruz bırakılmıştır.

Sorunun kaynağını biyogenetik faktörlerle açıklayan ve bireysel olarak ele alan bu yaklaşımın temel gayesi, bozukluk olarak nitelendirilen yönlerin toplumun çoğunluğuna göre düzenlenmesi ve normalleştirilmesidir (Oral ve Tuncay, 2012). Ancak bireylerin bedenlerindeki biyolojik ve fizyolojik temelli sorunların, hastalık durumunu etkilemesinin yanı sıra *illness* olarak kavramsallaştırılan ve hastalığın sosyo-kültürel dinamiklerini işaret eden durumla da ilişkisi vardır. Hastalığı *illness* olarak kavramsallaştırmak, zihin-beden ayrımını sorgulayarak hastalığın nedenlerinin tek bir çerçeveye indirgenemeyeceğini; bireylerin yaşadığı rahatsızlığın psikolojik, sosyal, kültürel ve tarihsel yönlerine odaklanmadan anlaşılamayacağı görüşünü temel alır. Medikal modelden psikososyal modele geçiş sürecini vurgulayan bu bakış açısında, merkezde biyolojik ve fizyolojik aksaklığın nedeni olarak hastalık değil, bütüncül bir bakış açısıyla özne mevcuttur (Nazlı, 2007; Turner, 2011, s. 19). Günümüzde psikiyatri disiplininin argümanları ruhsal sorunların tanımlanması ve tedavi edilmesinde hâlâ egemen söylemi oluştursa da sorunların bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilmesinde bir ilerleme söz konusudur.

2. Tıbbileştirme Tartışmaları ve Anti-Psikiyatri Hareketi

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre sağlık, “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlanır (WHO, 1948). Hastalık ve sağlık kavramlarına sosyal, psikolojik ve kültürel açılardan bütüncül bir perspektifte yaklaşmanın tek nedenli açıklama biçimlerinden daha uygun olduğu aşikardır ancak bu bakış açısının da bazı riskleri ve sorunları içerdiği söylenebilir. Öyle ki tanıma göre, tam bir iyilik haline (well-being) ulaşmak ve sağlıklı olmak, yalnızca hasta olmamayı gerektirmez. Hastalık gibi sağlık da yalnızca fizyolojik ve biyolojik verilerle değerlendirilemez. Bu bağlamda, bireyin hastalık durumu dışında sosyal, psikolojik ve kültürel etmenlerin de etkisiyle belirlenen sağlıklı olma durumu önemli bir ayrım ortaya koyar: sağlıklı olan ve sağlıklı olmayan. Başka bir ifadeyle, sağlıklı olma tanımına dayalı olarak inşa edilen “normal ve patolojik” ayrımı yalnızca modern tıbbın kapsamıyla sınırlı değildir; aynı zamanda

⁴ Konvülsiyon teorisi, konvülsiyonları tetiklemek için elektrokonvülsif terapi ve duygudurum bozukluklarının teşhisi için epileptik ilaç kullanımı da dahil olmak üzere günümüzde desteklenen birçok psikiyatrik müdahalenin temelini oluşturmuştur (Joseph, 2013, s. 269).

psikoloji, sosyoloji ve sosyal hizmet gibi disiplinler ve bu disiplinlerin teorik ve uygulama bilgisi de bu ayrımı tahkim etmek üzere sürece dâhil edilir. Böylece, modern tıbbın bilme ve açıklama biçimlerinin meşruiyetini sağlamak maksadıyla sosyal, kültürel, ekonomik ve psikolojik alanlarda üretilen bilgiler araçsallaştırılır (Clarke vd., 2003; Leonardi, 2018; Manchester, 2015; Özcan, 2022; Schramme, 2023). Bu şekilde tıp disiplini, yalnızca hastalıkların tedavisine yönelik değil aynı zamanda toplumsal yaşamda anormal olanı tanımlama çabalarında medikal modelin bilgi ve ölçüm biçimlerine, psikososyal modelin sosyal inceleme bilgisini dâhil ederek “normal ve anormal” ayrımını tespit etmeye çalışır ve bu alanda oldukça yetkin bir konuma gelir (Nazlı, 2007; Leonardi, 2018). Gelgelelim Canguilhem’in (2018, s.98) vurguladığı üzere, “normal” somut bir gerçekliği ifade etmez; aksine belirli bir değer yargısına işaret edebilir. Zira “normal” olanın belirlenmiş bir üst bir sınırı yoktur; “normal” olan patolojik olana göre hizalanır ve sınırı çizilir.

Bu bağlamda, sağlık ve hastalığa dair anlayışların ve toplumsal kabullerin bazı temel riskler içerdiği söylenebilir. Öncelikle, geniş bir alan kapsayan bu bilimsel değerlendirmelerin, ahlaki ve siyasi argümanlarla birleşme riski mevcuttur. “Fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali ifadesi”, tıbbi sorunlar olarak değerlendirilmemesi gereken yoksulluk, adaletsizlik, ayrımcılık, şiddet ve baskı gibi toplumsal sorunlardan arındırılmış bir yaşam anlamına gelir. Bu açıkça, toplumsal yaşamın bütün yönleriyle tıbbileştirilmesi demektir (Leonardi, 2018). Tıbbileştirme literatürünün önemli kuramcılarında Conrad (1992, s. 210), tıbbileştirmeyi “davranışın tıbbi bir sorun ya da hastalık olarak tanımlanması ve tıp mesleğinin buna yönelik bir tür tedavi sağlaması için yetkilendirilmesi” olarak tanımlar. Bu açıdan tıbbileştirme, tıbbi olmayan veya tıbbin kapsamına girmeyen gündelik sorunların tıbbi sorunlar olarak ele alınıp tedavi edilmesini öngören bir sürece işaret eder (Conrad, 2005). Bir diğer tıbbileştirme kuramcısı olan Zola (1972, s. 492) ise tıbbileştirmeyi, toplumsal yaşamın giderek daha büyük bir bölümünün tıbbin egemenliği, etkisi ve denetimi altına girdiği bir süreç olarak kavramsallaştırır. Modern tıbbın yapmaya çalıştığı şey bizatihi budur. Dolayısıyla, modern tıp artık yalnızca hastalıklara dair bilgi üretmek, tedavi teknikleri geliştirmek ve uygulama yöntemleri sunmakla yetinmez. Tıp disiplini “sağlıklı insan, hasta olmayan insan ve model insan” tanımını yapmaya girer ve toplumsal bir sınıflandırma sistemi tesis eder. Böylece tıp disiplini, toplumsal yaşamda insanların sağlıklı bir yaşam sürmeleri için tavsiyelerde bulunma otoritesinin yanına bir de bilimsel bilgi iddiasıyla bezenmiş toplumsal ve ahlaki ilişkilere dair söylem üretme gücünü ekler (Foucault, 2002, s. 59).

Gündelik yaşamdaki sorunların tıbbi bir mercekle en yoğun şekilde incelendiği alanlardan biri de şüphesiz ruh sağlığıdır. 1970’lerin ortalarında anti-psikiyatri hareketine ilham veren Michel Foucault, Irving Goffman, R.D. Laing ve Thomas Szasz gibi düşünürlerin çalışmaları, bireylerin bedenlerinde ve davranışlarında normal ile anormal olanın sınırlarını belirleme sürecinde modern tıbbın üstlendiği konuma dair yeni yaklaşımlar ortaya koymuştur. Bu yaklaşımlara göre, normal ve anormal ayrımı tıbbin ürettiği söylemsel ve söylemsel olmayan pratiklere dayanan toplumsal bir inşanın sonucudur (Ferguson, 2017; Nye, 2003). Bu çalışmalar, akıl hastalığının doğasını anlama, bireylerin damgalanması ve denetlenmesinin özgürlük üzerindeki etkilerini açığa çıkarma, davranışları kontrol

etme amacıyla insanlıktan çıkarıcı uygulamaları (dehumanization) ve psikofarmakolojiyi (ilaçla tedaviyi) eleştirme noktasında anti-psikiyatri hareketine temel oluşturmuştur (Geppert, 2004). Anti-psikiyatri hareketi, bir grup psikiyatrist ve sosyal bilimcinin toplumun “normal dışı” olarak kabul edilen kesimleri üzerinde pratik edilen cezalandırıcı ve disipline edici tedavi yöntemlerine direnerek ortaya çıkmıştır. Bu harekete ilham olan çalışmalarda, normal-anormal ayrımının iktidar ilişkileriyle tatbik edildiği, hastaların ve dolayısıyla toplumun ötekileştirme pratikleriyle tahakküm altına alındığı ve disipline edilerek öznelliklerinin yok edildiği vurgulanmıştır (Szasz, 2007; Goffman, 2015; Kavirayni, 2019).

Bu eleştirilere önemli bir katkı, psikolog David Rosenhan tarafından yürütülen ve 1973 yılında Science dergisinde “On Being Sane in Insane Places [Akılsız Yerlerde Akıllı Başında Olmak]” başlığı altında yayımlanan bir dizi çalışmadan gelir. Çalışma iki bölüm halinde gerçekleştirilir. İlk bölümde, ABD’nin 5 farklı eyaletinde bulunan 12 farklı psikiyatri hastanesine halüsinasyon gördüğünü iddia eden ve bunun taklidini yapan sağlıklı kişiler “sahte hastalar” olarak başvuru yaparlar. 19 gün hastanede yatılı tedavi gören kişilerden biri hariç tümüne şizofreni teşhisi konur. Bir süre sonra, sahte hastalar “normal” davranır, hastane personeline kendilerini iyi hissettiklerini ve halüsinasyon görmediklerini beyan ederler. Ancak hastane personeli, antipsikotik ilaç kullanmaları şartıyla taburcu edileceklerini ifade eder. Bir diğer çalışma, ilk deneyden rahatsızlık duyan bir hastanenin talebiyle gerçekleşir. Hastane yönetimi Rosenhan’dan kendi hastanelerine de sahte hastalar göndermesine talep eder. Hastanenin amacı “sahte hastaları” tespit etme iddiasıdır. Deney başladıktan sonra yapılan tanı ve teşhis çalışmalarının ardından hastane yönetimi başvuru yapan 193 yeni hastadan 41’inin sahte hasta olduğunu vurgular. Ancak deneyi gerçekleştiren ekip, hastaneye sahte hasta göndermediklerini ifade eder (Rosenhan, 1973). Dolayısıyla, Rosenhan’ın söz konusu çalışması psikiyatri disiplininin ruh sağlığı sorunlarının tanı ve teşhisinde muğlak bir alanda konumlandığını bariz bir biçimde göstermektedir. Bu, aynı zamanda psikiyatri kurumunun, insanları normal ve anormal olarak tanımlama girişimlerinin risklerini ve insanları damgalama konusunda yaratabileceği tehlikeleri de açıkça ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, eleştirel psikoloji kanadı, psikiyatrik tanı ve teşhis sürecinde bir dizi davranışın, tuhaflık ve normal dışılık söylemiyle ele alınarak psikolojik bir bozukluk olarak değerlendirilmesinin ekseriyetle bilimsel bir karar olmadığını savunmaktadır. Bu nedenle, psikiyatrik hastalıkların tanı ve teşhis sürecinin, ahlaki ve politik seçimlere dayalı olma riski her zaman mevcuttur. Zira, normal ve anormal olana dair yargılar, kültürel yakınlıklardan ve toplumsal değerlerden bağımsız değildir; bunlar, dayanağını toplumsal pratiklere gömülü olan ortak kanaatlerden ve uzlaşıldan alırlar (Fox, vd., 2017 s.126).

Bu bağlamda, asıl eleştiri, toplumsal yaşamda bireylerin davranışlarını yönlendirme, sınırlama, disipline etme ve damgalama pratiklerinde psikiyatrinin güç hiyerarşisinde en üstte konumlanmasına yöneliktir. Foucault 18. yüzyıldan itibaren Batı toplumlarında siyasal iktidarın, toplumun yönetiminde cezalandırıcı bir rolden ziyade, normalleştirici ve disipline edici bir rol üstlendiğini belirtir. Bu haliyle, iktidar doğrudan bedenler üzerinde çalışmaz. O artık toplumsal yaşamı tümüyle kuşatma maksadıyla

benliklere sızarak öznenin inşası üzerinden bir dizi biyopolitik tertibatı yaşama geçirmeye çalışır. Bu açıdan, Foucault'da özneleşme, öznenin iktidarın bir formu olan tabiyet pratikleri ya da toplumsal yapıya içkin olan kurallar, tarzlar ve uzlaşmalar yoluyla inşa edilmesi anlamına gelir (Foucault, 2014, s. 266). İktidar ve kiplerini (tabiyet) düşünürken; özneleri bastıran, kuşatan, tahakküm altına alan tek yönlü bir yapı ve egemen/boyun eğen, yöneten/yönetilen gibi ikili karşıtlıkların yukarıdan aşağıya doğru ilerleyen, topluma bu şekilde sirayet eden bir yapıda olmadığını bilmemiz gerekir. Zira, "iktidar aşağıdan gelir [...], sayısız noktadan çıkarak, eşitsiz ve hareketli ilişkiler içinde işler" (Foucault, 2016, s. 70). Bu anlamda, özellikle ıslahevleri, akıl hastaneleri, okullar ve cezaevleri bireyleri toplumsal normlara uygun hale getirme amacıyla bu tür normalleştirme, disipline etme ve özneleştirme (tabi kılma) pratiklerinin yoğun bir biçimde uygulandığı spesifik kurumlar olarak öne çıkmaktadır (Foucault, 2011, s. 14). Tıp, kriminoloji, pedagoji ve teolojiye kadar pek çok disiplin, bireylerin bedenlerini ve zihinlerini toplumsal normlara uygun hale getirerek yönetme ve onlara belirli kimlikler (öznelik konumları) dayatma amacıyla araçsallaştırılmaktadır (Scott, 2009, s. 360). Bu nedenle, anti-psikiyatri hareketi psikiyatrik tedavinin çoğu zaman hastalara yarardan çok zarar verdiğini ileri sürmektedir. Ancak hareket mevcut psikiyatri anlayışını ve uygulamalarını sorgulamış olsa da hiçbir zaman psikiyatryi ortadan kaldırmayı amaçlamaz. Bunun yerine, doktor ve hasta arasındaki eşitsiz güç ilişkisi ve psikiyatrik teşhis sürecinin muğlaklığı nedeniyle psikiyatrinin bir tahakküm aracına dönüşebileceğine işaret eder (Kavirayni, 2019).

3. Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmetin Konumu

1960'lardan önce ruh sağlığı alanının baskın aktörü olan psikiyatri disiplini, anti-psikiyatri hareketinin etkisiyle birlikte bazı değişimlere uyum sağlamak zorunda kalmıştır. Değişimlerin sonuçları arasında yatılı kurum bakımının azaltılması, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin öne çıkması ve ruh sağlığı alanının disiplinlerarası mesleklere açılması yer almaktadır. Bu süreçte, psikiyatristlerin yanı sıra hemşireler, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşan bir ruh sağlığı ekibi modeli ortaya çıkmıştır (Tuncay, 2022, s. 6). Ruh sağlığı alanındaki bu radikal değişimle birlikte, medikal modelin yerini biyopsikososyal modelin aldığı öne sürülmektedir. Biyopsikososyal modelin benimsenmesiyle birlikte, ruh sağlığı alanının artık yalnızca tıbbi perspektiflere dayanmadığı sıklıkla vurgulanır. Nitekim, ruh sağlığı alanında sosyal hizmetin rolüne odaklanan çalışmalar incelendiğinde bu durum açıkça gözlemlenir (Albayrak, 2020; Çölgeçen ve Abay, 2018). Gelgelelim, biyopsikososyal model bazı çevrelerde eleştirilere konu olmuştur. Örneğin Manchester (2015), biyopsikososyal kavramındaki kelime sırasının tesadüfi olmadığını, aksine hiyerarşik bir vurgu içerdiğini öne sürmektedir. Ona göre, bu kavram hastalıkların öncelikle biyolojik, ardından psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alındığını ima eder. Bu noktadaki esas çelişki, tıbbi modelin, ruhsal sorun yaşayan bireylerin düzeltilmesi gereken bir patolojiye sahip olduğu yönündeki güçlü argümanını desteklemek için sosyal perspektifleri de kullanmaya başlamasıdır (Manchester, 2015; Morley ve Stenhouse, 2021). Dolayısıyla, ruh sağlığı alanında baskın yaklaşım daha örtük bir görünüm kazanmakla birlikte hâlâ tıbbi modele dayanır. Bireylerin yaşamındaki sosyal ve çevresel faktörler, biyolojik açıklamalar ve müdahaleler karşısında ikincil konumdadır (Larson, 2008).

Bunun en somut örneklerinden biri, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı* (DSM) ile Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından geliştirilen *Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması* (ICD), gibi ruh sağlığı alanındaki tanı ve tedavi süreçlerinde yoğun şekilde kullanılan temel belgelerin medikal model ekseninde tasarlanmış olmalarıdır. Psikiyatri ve ruh sağlığı alanında, biyopsikososyal modeli esas alan ruh sağlığı ekibindeki mesleklerin tamamı bu çerçeveyi kullanır. Sosyal hizmet disiplini de ruh sağlığı alanında DSM ve ICD gibi belgeleri temel bilgi kaynağı olarak kabul etmekte ve müdahalelerini bu doğrultuda yapılandırmaktadır (Cranford ve LeFrançois; Ferguson, 2017; Gambrill, 2014). Bu nedenle, ana akım psikiyatrik sosyal hizmet, medikal modelin ilkelerini eleştirmeden benimseme riski taşır ve tıbbın hakimiyetini temel alan sosyal hizmet yaklaşımlarını kullanmaya teşvik eder (Johnstone, 2021). Ancak, DSM'nin psikopatolojileri tanımlama yöntemleri, sosyal hizmetin bireyle çalışırken esas aldığı sosyal, kültürel ve psikolojik çerçeveye bütünüyle ters düşer (Kirk, 2003).

Sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki rollerini ve sorumluluklarını ele alan literatürde, birincil görevlerinin psikiyatrik tedaviye destek sağlamak olduğu belirtilmektedir. Bu görevler, hastanın reçete edilen ilaçları kullanmasını sağlamak ve izlemek, yatılı bakımda gündelik yaşam becerileri hakkında bilgilendirme yapmak, barınma ve diğer sosyal ihtiyaçların karşılanmasını düzenlemek, tedavi süreci hakkında bireyi, toplumu bilgilendirmek, hastalık ve tedaviye dair aileye danışmanlık vermek şeklinde tanımlanmaktadır (Rosenson, 1993; Yıldırım, 2018; Çölgeçen ve Abay, 2018). Tanımlanan söz konusu görev ve sorumluluklardan hareketle Morley (2003), ruh sağlığı alanında sosyal hizmetin medikal modelin ilkelerine dayandığını iddia eder (s. 66-67). Ruh sağlığı alanındaki rol ve sorumluluklarının yanı sıra sistem ve ekolojik yaklaşımlar gibi ana akım sosyal hizmet kuramları ve onlara alternatif olarak görülen güçler perspektifi, savunuculuk ve güçlendirme gibi başlıca uygulama yaklaşımları da bu alan içerisinde tıbbi modelin varsayımlarına meydan okumada yetersiz kalır (Pilgrim ve Carey, 2010). Örneğin, bireysel eksikliklerden ziyade güçlü yanlara ve becerilere odaklanan güçler perspektifi bir dereceye kadar patoloji ve sorun temelli uygulama yaklaşımlarına karşı gelse de akıl hastalığı olgusunun tıbbi perspektifine yaslanır. Dolayısıyla, psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarına medikal model hâkim olmaya devam etmektedir (Morley, 2003; Gambrill, 2014; Manchester, 2015).

Ruh sağlığı hizmetleri ekseriyetle, profesyonellerin çoğunluğunun tıbbi eğitilmiş psikiyatristler ve psikiyatri hemşirelerinden oluştuğu bir alandır. Webber (2013), psikiyatri ve psikolojinin sosyal hizmet de dahil olmak üzere tüm meslekler için ruh sağlığı uygulamalarını tanımlamada liderliği üstlendiğini iddia eder. Bu nedenle, sosyal hizmet uzmanları bu alanda psikiyatrist ve hemşireler gibi tıbbi model ile eğitim almış kişiler tarafından daha az yetkin olarak algılanırlar (Larson, 2008). Bourdieucu bir zaviyeden söyleysek, ruh sağlığı alanı aslında bir tür *iktidar alanı* (Bourdieu ve Wacquant, 2021) olarak işlemektedir. Hastalar ve uzmanlar arasında olduğu gibi meslekler arası ilişkiler de iktidar pratikleriyle düzenlenir. Ruh sağlığı alanındaki tanı ve tedavi yöntemlerinin temeli

tıbbi modele dayandığından, modern psikiyatrinin başlangıcından itibaren bu alanın tek hâkimi psikiyatristlerdir. Zira alandaki hâkim bilgi tıbbın bilgisidir; tıbbi terminoloji kullanılır (hastalık, semptom, bozukluk, tanı ve teşhis), tıbbi modele dayalı teşhis ve tedavi protokolleri uygulanır, bireye dair analizleri hakikat olarak değerlendirilir ve psikiyatri hekiminin gücü açıkça tasdik edilir. Ancak sosyal adalet, özgürleştirme ve güçlendirme gibi sosyal hizmetin teori ve pratiğinin merkezi unsurlarına çok az dikkat çekilir (Cranford ve LeFrançois, 2022, s. 78; Tew, 2002, s. 144). Bununla birlikte, ruhsal sorunlara ve hastalıklara sosyal inşacı perspektiften yaklaşan eleştirel teoriler, alanın hâkim paradigması karşısında marjinalleştirilmektedir.

Buradaki esas problem, sosyal hizmetin ruh sağlığı sorunları yaşayan bireyleri patoloji ekseninde değerlendiren tıbbi modele yardımcı bir disiplin olarak konumlandırılmasıdır (Manchester, 2015, s. 150). Öyle ki, Macfarlane (2009, s. 210), sosyal hizmetin mesleki tanınma ve meşruiyetini tesis etme amacıyla psikiyatri temelli disiplinlere entegre olduğunu ve ruh sağlığı alanında destekleyici bir disiplin olma rolünü kabul ettiğini savunmaktadır. Nitekim, tarihsel olarak süregelen mesleki tanınma, meşruiyet kazanma ve bilimsel olma çabası sosyal hizmetin belirli yaklaşımlara ve teorilere yaklaşmasına neden olmuştur. Örneğin, mikro düzeydeki sosyal hizmet yaklaşımlarının daha fazla ön plana çıkması, mesleğin kendisine “bilimsel bir meşruiyet” alanı yaratmaya çalışmasında açıkça görülmektedir.⁵ Öyle ki, bu çabayı teşvik eden en önemli nedenlerden biri, medikal modelin “daha bilimsel, işe yarar ve somut çıktıları” olduğuna dair hâkim kanaatlerdir. Ne var ki, ruh sağlığı ekibinin bir üyesi olarak kabul ettiği bu koşullar, mesleği alanının baskın ideolojisi karşısında oldukça güçsüz kılmakta ve tıbbi paradigmanın eleştirisini yapmaya yeltenmeden faaliyet göstermesine neden olmaktadır (Brown, 2021, s. 649).

Öte yandan, günümüzde tıbbileştirilmiş ve teknikleştirilmiş psikiyatrik terminoloji, toplumsal ve mesleki yaşamda daha yaygın bir biçimde kullanılır hale gelmektedir. Gündelik yaşamda bireyler için sosyal adaleti geliştirmeyi misyon edinen sosyal hizmet disiplini de bireylerin yaşadıkları sorunları ve sorunlar karşısında sergiledikleri birtakım davranış örüntülerini psikiyatrik hastalık terminolojisiyle ele almaktadır (Gambrell, 2014). Nitekim, ruh sağlığı alanında faaliyet gösteren disiplinlerin tamamı tıbbi dili öylesine benimsemişlerdir ki çoğu zaman bu dil olmadan konuşmak neredeyse mümkün değildir (Fox vd., 2017, s.125). Sosyal hizmet disiplini, tıbbileştirilen bu dili ve medikal terminolojiyi benimseyip uygulamalarında kullandığında aslında farkında olmadan psikiyatri disiplininin ruh sağlığı alanındaki “bilimsel ve sorgulanamaz” olan iktidar konumunun pekişmesine katkıda bulunur (Brown, 2021; Morley ve Stenhouse, 2021). Ruh sağlığı alanındaki mesleki uygulamalarda kullanılan dil, doktor ve hemşirelerin dilinden ayırt edilemez hale geldiğinde, sosyal hizmet uzmanlarının da tıp profesyonelleri gibi düşünme potansiyeli artar. Bu durumda, sosyal hizmet tıbbi modelin hâkim argümanlarını yeniden üretmeye aracılık etmiş olur (Manchester, 2015, s. 152). Tıbbi dil ve terminoloji, müracaatçıyı nesneleştirerek hem müracaatçı ile kurulan ilişki biçimini hem de uygulamaları doğrudan etkilemektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının biyogenetik bozukluk temeline

⁵ Detaylı bilgi için bkz. Hugmann (2009)

dayanan tıbbi dil ve terminolojiyi kullanması, müracaatçıların ruhsal sorunlarının çözülebileceğine dair inançlarını zayıflatmakta ve kendilerini damgalamalarına yol açmaktadır (Brown, 2021). Ayrıca, sosyal hizmetin ruh sağlığı alanındaki tamamlayıcı/destekleyici rolünü kabul etmesi ve müdahalelerini tıbbi terminoloji üzerinden yapılandırması, psikiyatrik çalışma ortamındaki diğer mesleklere kıyasla daha az yetkin ve daha düşük statüye sahip olduğuna dair algıyı da güçlendirmektedir (Larson, 2008; Hyde vd., 2015).

Tarihsel süreçte sosyal hizmet disiplini tarafından psikiyatrinin medikal modeline karşı eleştirel ve radikal argümanlar geliştirilmiştir. Örneğin, Kutchins ve Kirk (1986), DSM'nin dördüncü baskısının önemli ölçüde eksik ve yanıltıcı analizlerle elde edilen kanıtlara dayandığını vurgulamışlardır. Sosyal hizmet teori ve pratiğinde, ruh sağlığı alanında tıbbi modele yöneltilen eleştirilere rağmen literatürün önemli bir kısmı, psikiyatrik hastalıkların medikal modele dayalı bilgi biçimini kabul etmekte ve tedavi yöntemlerinde katı modernist ve pozitivist varsayımlara bağlılık göstermektedir (Morley, 2003; Macfarlane, 2009; Joseph, 2013; Ferguson, 2017). Son yıllarda psikiyatri biliminin hâkim konumuna yönelik eleştirilerin görece zayıf kalmasının bazı nedenleri olduğu ileri sürülmektedir. Öncelikli nedenlerden biri, ruh sağlığı alanında medikal model yerine biyopsikososyal modelin hâkim paradigma olduğuna dair güçlü söylemlerin varlığıdır. Psikiyatrye karşı ileri sürülecek eleştirel ve radikal yaklaşımlar çoğu zaman söz konusu biyopsikososyal model tarafından absorbe edilmektedir (Manchester, 2015, s. 150). Fakat biyopsikososyal modelle ilgili en önemli sorunlardan biri, biyogenetik ve psikolojik faktörleri ruh sağlığı sorunlarının doğasını anlamak üzere bir hiyerarşiye sokarak (biyolojik, psikolojik, sosyal şeklinde) biyolojiyi temel belirleyici olarak kabul etmesidir. Nitekim biyopsikososyal yaklaşım kapsamında biyolojik olanın örtük şekilde ön plana çıkarılması, teşhis ve tedavi yöntemlerinin tıbbileştirilmiş terminolojisini korumakta ve sürdürmektedir (Morley ve Stenhouse, 2021).

Psikiyatrye yöneltilen eleştirilerin görece zayıf kalmasının bir diğer nedeni, neoliberal çağın bürokrasi, performans, büyüme, yönetim ve verimlilik hedeflerine dayalı olarak gelişen tasnif ve kategorizasyona dayalı eğilimdir. Günümüzde insanların karşılaştığı sorunlara karşı bilim ve teknolojiye yaslandığını iddia eden, spesifik ve tekil konularda uzmanlaşmayı zorunlu kılan teknokratik bir toplum inşası söz konusudur. Hem meslek elemanları hem de hizmet alıcıları teknik bilginin yükseldiği ve eleştirel düşünme olanağının azaldığı bir toplumsal yaşam içerisinde (Brown, 2021). Örneğin, bilgi iletişim teknolojilerinin refah hizmeti sistemlerine entegre edilmesi, kayıt konusunda hız ve kolaylık açısından avantaj sağladığı açıktır. Fakat sosyal mesleklerin vaka kayıtlarında “anormal” olan davranışları bireylerin risk haritasında “onay kutuları” aracılığıyla tanımlaması ve belirli kodlar ataması çeşitli riskleri beraberinde getirmektedir (Gambrell, 2014, s. 17). Her şeyden önce, bireylerin öznel kimlikleri, bilgi işlem teknolojileri aracılığıyla veri tabanında oluşturulan alanlara göre değerlendirilir; müracaatçının öznelliği ve sosyal bağlamı, ihtiyaç ve risk kategorilerine göre sınıflandırılır. Genellikle bu sürecin daha fazla verimlilik ve standardizasyon için yapıldığı iddia edilir. Ancak burada bireyin öznelliğine yer yoktur. Bu durum, sosyal hizmetin özneye

çok yönlü bakış açısını törpülemekte ve özneyi parçalara ayırarak, veri tabanlarının tasniflerine uygun biçimde -ki bu tasnifler sıklıkla psikiyatrik kategorileri içerir- kimliklendirmesine neden olmaktadır (Parton, 2008, s. 262-263)⁶. Bunun en belirgin örneği, teknolojik bir belge olarak da ele alabileceğimiz ve en nihayetinde bir psikiyatrik sınıflandırma sistemi olan DSM'dir. DSM, ruhsal bozuklukların tanı ve sınıflandırılması için bir referans noktası olmanın ötesinde, bireyleri belirli hastalık kategorilerine yerleştirerek, onları belirli bir normatif çerçeveye hapseder. Bu süreç, bireylerin psikiyatrik bir bakış açısıyla etiketlenmesine ve genellikle öznel deneyimlerinin göz ardı edilmesine yol açar. Sosyal hizmetin bu tür sınıflandırma sistemlerine dayalı yaklaşımı, bireylerin karmaşık yaşam koşullarını ve toplumsal bağlarını yeterince dikkate almayarak, onları basit bir hastalık ya da bozukluk olarak sınıflandırır. Bu da sosyal hizmetin daha insancıl ve bütünsel bir yaklaşım geliştirmesini engellemektedir.

Şüphesiz, sosyal hizmetin ruh sağlığı alanında mesleki kimliğinin merkezi unsurlarını işe koşacağı bir alan açamamasına neden olan en önemli faktörlerden biri de neoliberalizmin ortaya koyduğu piyasa ekonomisi mantığına dayanan bireyci düşünme biçimidir. Neoliberalizm, kanıta ve kısa vadeli verimliliğe dayalı modelleri vurgulayan rasyonelleştirilmiş uygulamaları⁷ teşvik etmektedir. Öte yandan, tıbbileştirme pratiklerine alan açarak ve bireysel sorumluluğu öne plana çıkararak sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığının sosyal ve yapısal belirleyicilerini analiz etmesine engel teşkil eder (Brown, 2021). Nitekim 1980'lerden beri "sosyal hizmet değerleri" ile "piyasa değerleri" arasında bir gerilim yaşanmaktadır. Sosyal devletin toplumsal yaşamdan çekilmesi ve sorunların çözümü için sivil toplum ve özel sektörlerin devreye girmesi, sosyal hizmet mesleğinin sosyal adalete ve insan haklarına odaklanma misyonu ile piyasa değerleri arasında bir çatışma yaratmıştır (Pyysiäinen vd., 2017; Brown, 2021). Sosyal hizmet disiplini, mesleğin neoliberal medikalizme tabi olmasını talep eden ortamlarda çalışırken, sosyal adaleti, eşitsizliği, marjinalleşmeyi ve baskıyı yeterince dikkate al(a)mamakta ve bu nedenle mesleki bir kimlik kriziyle karşı karşıya kalmaktadır. Nitekim sosyal hizmet literatüründe, mesleğin bir kimlik krizi ile karşı karşıya olduğu, güçsüzleştirildiği ve değersizleştirildiği giderek daha fazla tartışılmaktadır (Carpenter ve Platt, 1997; Arnfjord ve Hounsgaard, 2015; Hyslop, 2018). Neoliberal politikaların etkisiyle sosyal hizmet disiplini, toplumsal sorunları daha fazla bireysel ölçekte değerlendiren, tıbbileştirilmiş dar bir çerçeveye hapsolmuştur. Bu durum, sosyal hizmet uzmanlarının daha geniş toplumsal yapıları ve eşitsizlikleri analiz etme kapasitesini sınırlamakta ve sosyal hizmetin özgün misyonunu ve etik değerlerini zayıflatmaktadır. Sosyal hizmetin mesleki kimliğine yönelik tehdit, ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları için ise kritik bir öneme sahiptir. Çünkü sosyal, kültürel, ekonomik ve politik koşulların ruh sağlığı üzerindeki etkisi teşhis ve kanıta dayalı tedaviye odaklanan hâkim medikal bakış açısı karşısında ikincil konuma itilmektedir (Nathan ve Webber, 2010; Bullen vd., 2020).

⁶ BİT'lerin sosyal hizmet üzerindeki etkilerini anlamak için bkz: Parton (2008)

⁷ Örneğin bilişsel davranışçı terapi (BDT) ekonomik kısıtlamalar, sosyal hizmet uzmanlarını "kanıta dayalı" uygulama iddialarıyla meşrulaştırılan verimlilik temelli modeller altında sınırlı sayıda seansla medikalleştirilmiş, kısa vadeli ve genellikle bağlamından koparılmış stratejiler benimsemeye zorlamıştır (Brown, 2021).

O halde şunu sormak gerekir: Ruh sağlığı ekibinin önemli bir üyesi olan sosyal hizmet disiplini, bireylerin ruh sağlığını etkileyen toplumsal dinamiklerin etkisini ön plana çıkarmak için mücadele etmez ve mesleğin uluslararası tanımında (IFSW, 2014) merkeze konan sosyal adalet, insan hakları ve özgürleştirme gibi temel değerler çerçevesinde eleştirel bir sorgulama yapmazsa, başka kim yapacaktır?

4. Ruh Sağlığı Alanında Eleştirel Sosyal Hizmet Yaklaşımı

Morley (2003), sosyal hizmetin ruh sağlığı alanındaki rolleri, sorumlulukları ve uygulamalarının, bireylerin toplumsal sorunlarını anlamada yetersiz kaldığını; tıbbi modelin patoloji odaklı medikal söylemini kabul ederek çalışmalarını bu perspektif doğrultusunda inşa ettiğini belirtmektedir. Bu durum hem geleneksel hem de geleneksel yaklaşımlara alternatif olarak ortaya çıkan güçler perspektifi, savunuculuk, güçlendirme ve görev merkezli sosyal hizmet yaklaşımlarının, mesleğin kurucu öğeleri olan sosyal adalet, insan hakları, özgürleştirme ve çeşitliliğe saygı değerleri temel alınarak eleştirel sosyal hizmet yaklaşımlarıyla desteklenmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır (Macfarlane, 2009; Joseph, 2013; Morley ve Stenhouse, 2021).

Baines'e (2011) göre, geleneksel sosyal hizmet yaklaşımları odağını büyük oranda bireysel müdahale modeline dayandırmaktadır. Bu koşullar altında birey, yapısal ve sosyal adalet temelli sorunlardan yalıtılmakta, sosyal kontrol temeline dayanan ve sosyal işlevselliği merkeze alan yaklaşımlarla karşı karşıya kalmaktadır (Healy, 2001; Baines, 2011, s. 20; Akbaş, 2014, s. 26-28). Geleneksel sosyal hizmet yaklaşımlarının temel perspektifini Baines (2011) şu şekilde açıklar:

Genellikle aksini iddia etse de geleneksel sosyal hizmet sosyal sorunları bireysel eksiklikler, patoloji ve yetersizlik çerçevesinde yorumlayarak depolitize bir şekilde görme eğilimindedir. Bu çerçevede müdahaleler büyük ölçüde bireye yöneliktir; iktidara, yapılarla, sosyal ilişkilere, kültürel veya ekonomik eşitsizliklere meydan okuma niyeti ya çok azdır ya da hiç yoktur (Baines, 2011, s. 20)⁸.

Geleneksel sosyal hizmet yaklaşımlarının bireylerin sosyal işlevselliğine yaptığı vurgu, esasen toplumsal yaşamda marjinalleştirilen bireylerin öznelliklerine yatırım yapmaya, davranışlarını şekillendirmeye ve yönlendirmeye dayanır (Akbaş, 2014, s. 7; Atasü Topçuoğlu, 2016, s. 14). Bu bakış açısı, modern tıbbın psikiyatri disiplini aracılığıyla akıl hastalığının tanı ve tedavisinde normal-anormal ayırımına dayanarak yapmaya çalıştığı şeydir. Dolayısıyla, sosyal hizmet diğer birçok alanda olduğu gibi ruh sağlığı alanında da çağdaş eleştirel yaklaşımlara ihtiyaç duyar. Ife (2014, s. viii), eleştirel sosyal hizmet yaklaşımlarının neoliberal ekonomi, sosyal ve yapısal eşitsizlikler, ötekileştirilme ve ayrımcılık temelli sosyal, ekonomik ve politik sistemle karakterize olan sorunlar nedeniyle günümüzde daha fazla gündeme gelmesi gerektiğini vurgular. Fook (2022) ise, toplumsal yaşama ve mesleki pratiklere dair düşünümsel ve eleştirel bir duruş sergileyemeyen bir disiplinin,

⁸ Çeviri yazara aittir.

kimliğini ve değerlerini kaybetme riskiyle karşı karşıya olduğuna işaret eder. Esasında, sosyal hizmetin eleştirel yaklaşımlara olan ihtiyacının en önemli göstergelerinden biri, mesleğin küresel tanımının 15 yıl arayla yeniden güncellenmesidir. Tanımda yer alan değişimler de benzer bir çabaya işaret etmektedir. Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonunun (IFSW, 2014) tarafından düzenlenen mesleğin güncel tanımı, eleştirel yaklaşımların önemini açıkça ortaya koymaktadır:

Sosyal hizmet, sosyal değişimi ve gelişimi, sosyal uyumu, insanların güçlendirilmesini ve özgürleşmesini teşvik eden uygulamaya dayalı bir meslek ve akademik bir disiplindir. Sosyal adalet, insan hakları, ortak sorumluluk ve farklılıklara saygı ilkeleri sosyal hizmetin merkezinde yer alır. Sosyal hizmet teorileri, sosyal bilimler, beşerî bilimler ve yerel bilgiyle desteklenen sosyal hizmet, yaşamdaki zorluklarını ele almak ve iyilik halini geliştirmek üzere insanlarla ve yapılarla çalışır.⁹

Tanımda görüldüğü üzere, 2014 yılında “ortak sorumluluk”, “çeşitlilik”, “sosyal bütünleşme” ve “yerel bilgi” gibi eleştirel yaklaşımlardan temellenen kavramlara açıkça yer verilmiş; “bütünleşme”, “sosyal kalkınma”, “insanların güçlendirilmesi ve özgürleştirilmesi” gibi toplumsal yaşamın makro yönlerine vurgu yapılmıştır. Bu yönüyle, 2000 yılında yapılan tanımdan “sorun çözme”, “insan davranışı”, “sosyal sistemler”, “birey-çevre” kavramlarını dışarıda bırakması açısından farklılaşmaktadır (Akbaş, 2019). Tanımdaki bu farklılık, sosyal hizmetin teorik temelinde ve uygulama çerçevesinde eleştirel yaklaşımlara dayalı bir dönüşümü yansıtmaktadır. 2000 yılından 2014’e kadar, öznenin toplumsal yaşamda psikolojik belirlenimler veya katı sistemler altında şekillenen edilgen olduğu görüşünü benimseyen “insan davranışı ve sosyal sistemler teorileri” üzerine kurulu bir disiplinden, postmodern dönemin teorik açılımlarıyla, öznenin failliğini merkeze alan eleştirel ve baskı karşıtı yaklaşımları benimseyen bir disipline doğru evrildiği görülmektedir (Ornellas vd., 2018).

Payne’e (2020) göre, eleştirel sosyal hizmet, bireylerin karşılaştığı sosyal sorunları ve eşitsizlikleri toplumsal hayattaki baskı ve iktidar ilişkilerine odaklanarak ele alır. Bu yaklaşım, bireylerin yaşadığı zorlukları psiko-sosyal, ekonomik, kültürel ve politik düzeyde bütüncül bir biçimde değerlendirir (s. 411-412). Uygulamanın her bir düzeyinde mikro ve makro arasındaki ilişkiselliği yakalayarak ayrımcılık, baskı, sosyal ve yapısal eşitsizliklerle mücadele etmeye ve bireylerin özgürleşme pratiklerini desteklemeyi mümkün kılar (Hugman, 2009; Tuncay, 2020, s. 185-186). Eleştirel yaklaşımlar, toplumsal sorunlara dair geleneksel sosyal hizmetin birey merkezli psikolojik indirgemeci tavrına karşı gelir. Örneğin, ekolojik kuramın ortaya attığı “adaptasyon” fikri, toplumsal yaşamda karşılaşılan sosyal, ekonomik, kültürel ve politik sorunların değiştirilmesine odaklanmak yerine, toplumsal normlara uyuma teşvik eder. Dolayısıyla, geleneksel yaklaşımlar kapitalist toplumsal düzeni sorgulamak bir yana, toplumsal sorunları birey odaklı bir biçimde ele alarak, mevcut düzenin devam etmesine zemin hazırlamaktadır (Payne, 2020, s. 425; Fook, 2022, s. 18-20). Bu nedenle, Healy’ye (2001, s.2) göre eleştirel sosyal hizmet şu hedeflere yönelmektedir:

⁹ Çeviri yazara aittir.

- (1) Gündelik yaşamda insanların karşılaştığı ekonomik ve sosyal sınıf, etnisite, ayrımcılık ve toplumsal cinsiyet temelli sorunlarına karşı çok boyutlu analiz gerçekleştirme,
- (2) Sosyal hizmet uygulamasına ve sosyal politikalara eleştirel ve düşüncüsel bir bakış açısıyla yaklaşma,
- (3) Sosyal hizmet uzmanları ile müracaatçı arasında hiyerarşik ve otoriter uygulama biçiminden kaçınarak müracaatçıyla ittifak kurmaya olanak sağlama,
- (4) Toplumsal dönüşümü ve bireyin refahını artırmak hedefiyle ezilenlerin safında onlarla birlikte çalışmayı mümkün kılma.

Ruh sağlığı alanında sosyal hizmetin mesleki konumunu inceleyen pek çok çalışma, psikiyatri disiplininin alandaki egemen konumunu sorgulamıştır. Bu çalışmalar, psikiyatrye yönelik eleştirel alternatifler sunarak, sosyal hizmetin sosyallik ve yapısalılık vurgusu ile bu alanda eleştirel bir rol üstlenebileceğini ortaya koymaktadır (Gambrill, 2014; Macfarlane, 2009; Morley ve Stenhouse, 2021). Odağın birey mi toplum mu olacağına dair ikili ayrımlara düşmeden, toplumsal sorunların doğasındaki çoklu dinamikleri bütüncül bir analize tabi tutarak teori, uygulama ve araştırma alanlarında ana akım psikiyatrye alternatifler geliştirilmesinde eleştirel yaklaşımlara daha fazla yönelmek gerekir (Morley, 2003). Bu tür bir analiz, müracaatçıların belirli sorunları nasıl deneyimlediklerini, sorunlar karşısında nasıl davrandıklarını ve neler hissettiklerini yapısal bağlamı dikkate alarak değerlendirmeyi içerir. Bireylerin sorun alanlarına dair deneyimlerini anlamak, belirli bir psikiyatrik etiket atamaktan başka bir şeydir. Ancak sosyal hizmet, mesleğin temel değerleri olarak konumlandığı sosyal adalet, özgürleştirme ve sosyal değişim gibi ilkeleri ruh sağlığı alanındaki uygulamalara taşımakta zorlanmaktadır (Manchester, 2015). Larsen (2008) bu durumu eleştirel ve baskı karşıtı yaklaşımlar ile medikal model arasındaki teorik farklılıktan kaynaklanan uyumsuzlukla açıklar. Bu nedenle, sosyal hizmetin ruh sağlığı alanındaki mesleki uygulamalarda, müracaatçıyı sürece dahil ederek eşitlikçi, güçlendirici ve sosyal adalete dayalı çalışmaları hayata geçirmesi ve böylece medikal modeli yapı söküme uğratması icap eder. Geleneksel ve özgürleştirici sosyal hizmet değerlerini, ruh sağlığı uygulamalarının merkezine yeniden konumlandırmak için sorunların sosyo-ekonomik, kültürel ve politik yapısal koşullar tarafından nasıl meydana geldiği sorgulanmalıdır. Bunun sonucunda ortaya çıkan baskı ve ötekileştirme pratiklerinin klinik sosyal hizmet teori ve pratikleriyle bütünleştirilmesi gerekir (Brown, 2021).

Modern psikiyatrinin tarihsel gelişiminde en önemli aktörlerden biri belirttiğimiz üzere psikiyatristlerdir. Sosyal hizmet ve psikoloji gibi disiplinlerin ruh sağlığı ekibi içinde mesleki faaliyet göstermesi nispeten yenidir. Bu nedenle, alanın egemen bilgisini sorgulamadan kabul etme eğilimine sahiptirler. Örneğin, kendisi de bir psikiyatrist olan ve anti-psikiyatri hareketinin en önemli aktörlerinden biri olarak kabul edilen Thomas Szasz (2007), ruh sağlığı alanında çalışan fakat tıp eğitimi almamış mesleklerin (sosyal hizmet, psikoloji) tıbbi bilgi konusundaki eksikliklerini kapatmak ve niteliklerini artırmak amacıyla alandaki hakim bilgi ve terminolojiye psikiyatristlerden bile daha fazla bağlı olabildiklerini ileri sürmektedir. Bu nedenle, sosyal meslekler, mesleki uygulamalarını

değerlendirebilmek ve tıbbi modelin baskın yapısını sorgulayabilmek adına eleştirel yaklaşımlara ihtiyaç duymaktadır Tew (2005), ruh sağlığı alanında sosyal hizmeti yeniden konumlandırma çabalarında eleştirel ve baskı karşıtı yaklaşımların uygulamaya entegre edilebilmesi için bazı temel temalar önermiştir:

- (1) Bireyi toplumsal yaşamda bütüncül bir açıdan ele almak, meselenin bireysel olduğu kadar sosyo-kültürel, ekonomik ve politik bağlamını da göz önünde bulundurmak,
- (2) Ruh sağlığını olumsuz etkileyen ve sürülmesine neden olan mikro ve makro çerçevede sosyopolitik doğasını ele almak,
- (3) Ruh sağlığı sorunlarını yaşayan bireylerin deneyimlerine kulak vermek, seslerinin duyurulmasını sağlamak,
- (4) Ruh sağlığı hizmeti alanlar ile hizmet sağlayıcılar arasındaki hiyerarşik ilişki biçimini eleştirmek; biz ve onlar ayrımını ortadan kaldırmak,
- (5) Bireylerin gündelik yaşamlarında karşılaştıkları her türlü baskı ve tahakküm deneyimlerini sosyal hizmet uygulamasının gündemine taşımak.

Bu kapsamda, eleştirel sosyal hizmet yaklaşımları, ruh sağlığı alanında toplumsal düzenin tesisine ve idamesine katkıda bulunan baskı ve tahakküm ilişkilerini gizleyen ajandaların nasıl işlediğini yapı sökümü uğratarak ifşa etme niyetindedir. Sosyal hizmetin bu alanlara yönelmesi, ruh sağlığı uygulamalarını medikal modele dayandırmaksızın teori ve pratiğini sosyal modele uygun hale getirmesine olanak sağlar. Bu çerçeve, bireylerin yaşadıkları sorunlara mesleki misyon ve değerler düzeyinde yaklaşarak sorunların sosyal, ekonomik, kültürel ve politik boyutlarını anlamayı mümkün kılmaktadır. Böyle bir yaklaşım, bir yandan sosyal hizmetin ruh sağlığı ekibindeki mesleki konumunu ve kimliğini güçlendirirken diğer yandan sosyal adalet, insan hakları ve özgürleştirme amacına da hizmet etmektedir (Macfarlane, 2009; Johnstone, 2021). O hâlde sosyal hizmet, toplumsal eşitsizliğin bütün formlarını ortadan kaldırmak, baskının bireyler üzerindeki etkilerine meydan okumak, sosyal değişimi savunmak, bireylerin özgürleşmesi ve güçlenmesini teşvik etmek için ruh sağlığı alanındaki mesleki uygulamalarını, konumunu ve kimliğini eleştirel yaklaşımlar çerçevesinde yeniden inşa etmek zorundadır.

SONUÇ

Psikiyatri ve ruh sağlığı alanında her ne kadar biyomedikal modelin yerini biyopsikososyal modelin aldığı vurgulansa da ruh sağlığı alanındaki temel yaklaşımlar hâlâ büyük ölçüde medikal modele dayanmaktadır. Ruhsal sorunların bireye ait bir bozukluk ekseninde değerlendirilmesi ve DSM'nin eleştirilmeden kabul edilmesi sosyal hizmet disiplini için çeşitli riskleri gündeme taşımaktadır. Ruhsal sorunları kategorize eden, sınıflandıran ve gün geçtikçe yeni kategoriler ile gündelik yaşamı kuşatan psikiyatri disiplini ve tıbbileştirme aparatları, bireylerin öznel deneyimlerini ve yaşadıkları sorunların sosyo-kültürel ve politik doğasını göz ardı etmektedir. Bu nedenle, psikiyatrik sorunların doğasını anlama ve müdahale etme sürecinde sosyal modelin önemine daha fazla dikkat çekilmelidir. Aksi takdirde, ruh sağlığı sorunlarının indirgemeci yaklaşımlarla ele alınması, sorunun ana kaynağını

gözden kaçırmaya neden olur. Ayrıca, bu yaklaşım bireyleri damgalayarak tedaviye olan motivasyonlarını olumsuz yönde etkiler. Dolayısıyla, ruh sağlığı alanındaki hâkim bakış açısının ve tedavi yöntemlerinin medikal modele dayanması, sosyal hizmet uygulamalarını doğrudan biçimlendirmektedir. Bu bağlamda, ruh sağlığı alanında düşünümelliği teşvik eden eleştirel sosyal hizmet yaklaşımlarına ve baskı karşıtı uygulamalara duyulan ihtiyaç giderek daha fazla önem kazanmaktadır.

İnsan hakları, sosyal adalet, sosyal değişim, bireyin güçlendirilmesi ve özgürleştirilmesi gibi hedefleri ve mesleki değerleri olan sosyal hizmet disiplininin, ruh sağlığı alanında medikal modelin dayattığı yaklaşımlara açıkça meydan okuması gerekmektedir. Sosyal hizmet, ruh sağlığı sorunlarıyla çalışırken indirgemeci bakış açısını aşarak sosyal, kültürel ve mekânsal faktörleri gündeme getirmek zorundadır. Bu amaçla, toplumsal yaşamda özneyi fail (eyleyici) olarak gören, güç ilişkilerine ve yapısal sorunlara daha fazla odaklanan eleştirel yaklaşımları ruh sağlığı alanındaki mesleki uygulamalara dahil etmesi gerekmektedir. Bu şekilde, mesleki kimliğini ve değerlerini uygulama alanına daha fazla yansıtacağı düşünülmektedir. Ruh sağlığı sorunlarını, bireysel patoloji odaklı bir bilgi biçimiyle açıklamak yerine sosyal, ekonomik, kültürel dinamikler ve toplumsal eşitsizliklerle birlikte ele almak, baskı ve iktidar ilişkilerine odaklanmayı mümkün kıldığı gibi mikro ve makro düzeyde ilişkiyel bir analiz yapılmasına da olanak sağlayacaktır.

ÇATIŞMA BEYANI

Bu çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Akbaş, E. (2014). *Sosyal çalışmada çağdaş eleştirel perspektifler*. SABEV Yayınları.
- Akbaş, E. (2019). Sosyal hizmetin revize edilen küresel tanımının gösterdikleri: Paradigma değişimi. *Turkish Studies-Social Sciences*, 14(5), 1945-1956.
- Albayrak, H. (2020). Toplum ruh sağlığında sosyal hizmet uygulamaları. *Toplum ve Hekim*, 35(4), 282-292.
- Arnford, S., & Hounsgaard, L. (2015). Problems of professional disempowerment: An initial study of social work conditions in Greenland. *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 4(1), 40–58-40–58.
- Ashcroft, R., & Van Katwyk, T. (2016). An examination of the biomedical paradigm: A view of social work. *Social Work in Public Health*, 31(3), 140-152.
- Atasü Topçuoğlu, R. (2016). Kadın hareketleri ve feminist bilgi birikiminin sosyal hizmetlere ve sosyal çalışmaya getirdiği açılımlar üstüne düşünceler. *Sosyal politikanın cinsiyet halleri: Toplumsal cinsiyet ve sosyal hizmet*, 9-27.
- Baines, D. (2011). *Doing anti-oppressive practice: Building transformative, politicized social work*. Fernwood.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2021). *Düşünümsel Sosyolojiye Davet* (N. Ökten, Çev.). İletişim.
- Bracken, P., & Thomas, P. (2001). Postpsychiatry: a new direction for mental health. *Bmj*, 322(7288), 724-727.
- Brown, C. (2021). Critical clinical social work and the neoliberal constraints on social justice in mental health. *Research on Social Work Practice*, 31(6), 644-652.
- Bullen, P., Deane, K. L., Meissel, K., & Bhatnagar, S. (2020). What constitutes globalised evidence? Cultural tensions and critical reflections of the evidence-based movement in New Zealand. *International Journal of Psychology*, 55, 16-25.
- Canguilhem, G. (2018). *Normal ve Patolojik* (P. Akgün, Çev.). Monokl Yayınları.
- Carpenter, M. C., & Platt, S. (1997). Professional identity for clinical social workers: Impact of changes in health care delivery systems. *Clinical Social Work Journal*, 25(3), 337-350.
- Chow, W. S., & Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC psychiatry*(13), 1-14.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine. *American Sociological Review*, 161-194.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18(1), 209-232.

- Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3-14.
- Cranford, J. M., & LeFrançois, B. A. Mad Studies is Maddening Social Work. *Zeszyty Pracy Socjalnej*, 2022(Numer 3), 69-84.
- Cranford, J. M., & LeFrançois, B. A. (2022). Mad Studies is Maddening Social Work. *Zeszyty Pracy Socjalnej*(Numer 3), 69-84.
- Çölgeçen, Y., & Abay, A. R. (2018). Psikiyatrik sosyal hizmet-koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı alanında sosyal çalışmacıların rolü. *OPUS International Journal of Society Researches*, 9(16), 2147-2185.
- Dain, N. (1989). Critics and dissenters: Reflections on “anti-psychiatry” in the United States. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 25(1), 3-25.
- Double, D. (2005). Beyond biomedical models: A perspective from critical psychiatry. In J. Tew (Ed.), *Social Perspectives in Mental Health*. (pp. 53-70). Jessica Kingsley Publishers.
- Ferguson, I. (2017). *Politics of the mind: Marxism and mental distress*. Bookmarks Publications.
- Fook, J. (2022). *Social work: A critical approach to practice* (4 ed.). SAGE Publications.
- Foucault, M. (2002). *Kliniğin Doğuşu: Tıbbi Algının Arkeolojisi*. (Ş. Ünsaldı, Çev.) Epos yayınları.
- Foucault, M. (2011). *Büyük Kapatılma*. (I. Ergüden & F. Keskin, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Foucault, M. (2012). *İktidarın Gözü*. (I. Ergüden, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Foucault, M. (2014). *Özne ve İktidar*. (I. Ergüden, & O. Akınhay, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Foucault, M. (2016). *Cinselliğin Tarihi*. (H. Uğur Tanrıöver, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Fox, D., Prilleltensky, I., & Austin, S. (2017). *Eleştirel Psikoloji*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Gambrill, E. (2014). The diagnostic and statistical manual of mental disorders as a major form of dehumanization in the modern world. *Research on Social Work Practice*, 24(1), 13-36.
- Geppert, C. M. (2004). The anti-psychiatry movement is alive and well. *Psychiatric Times*, 21(3), 21-21.
- Goffman, E. (2015). *Tımarhaneler: Akıl hastalarının ve kapatılmış diğer kişilerin toplumsal durumu üzerine denemeler* (E. Arıcan, Çev.). Heretik Yayıncılık.
- Healy, K. (2001). Reinventing critical social work: Challenges from practice, context and postmodernism. *Critical Social Work*, 2(1), 1-13.
- Hugman, R. (2009). But is it social work? Some reflections on mistaken identities. *British Journal of Social Work*, 39(6), 1138-1153.

- Hyde, B., Bowles, W., & Pawar, M. (2015). 'We're Still in There'-Consumer Voices on Mental Health Inpatient Care: Social Work Research Highlighting Lessons for Recovery Practice. *British Journal of Social Work, 45*(suppl_1), i62-i78.
- Hyslop, I. (2018). Neoliberalism and social work identity. *European Journal of Social Work, 21*(1), 20-31.
- Ife, J. (2014). Foreword. C. Morley, P. Ablett, & S. Macfarlane (Eds.) içinde. *Engaging with Social Work: A Critical Introduction*.
- IFSW. (2014). *Global Definition of the Social Work*. Retrieved 14 Ocak from
- Johnstone, M. (2021). Centering social justice in mental health practice: Epistemic justice and social work practice. *Research on Social Work Practice, 31*(6), 634-643.
- Joseph, A. J. (2013). Empowering alliances in pursuit of social justice: Social workers supporting psychiatric-survivor movements. *Journal of Progressive Human Services, 24*(3), 265-288.
- Kavirayni, K. (2019). Past and current concepts of "Anti-Psychiatry": Does it have a future? *Archives of Medicine and Health Sciences, 7*(2), 284-286.
- Kirk, S. A. (2003). The role of diagnostic and problem classification in formulating target-based practice guidelines. In *Developing Practice Guidelines for Social Work Intervention: Issues, Methods, and Research Agenda* (pp. 140-155). Columbia University Press.
- Kutchins, H., & Kirk, S. A. (1986). The reliability of DSM-III: A critical review. *Social Work Research and Abstracts*,
- Larson, G. (2008). Anti-oppressive practice in mental health. *Journal of Progressive Human Services, 19*(1), 39-54.
- Leonardi, F. (2018). The definition of health: towards new perspectives. *International Journal of Health Services, 48*(4), 735-748.
- Macfarlane, S. (2009). Opening spaces for alternative understandings in mental health practice. In *Critical Social Work* (pp. 201-213). Routledge.
- Manchester, R. (2015). Towards critical mental health social work: Learning from critical psychiatry and psychiatry survivors. *Critical and Radical Social Work, 3*(1), 149-154.
- Morley, C. (2003). Towards critical social work practice in mental health: A review. *Journal of Progressive Human Services, 14*(1), 61-84.
- Morley, C., & Stenhouse, K. (2021). Educating for critical social work practice in mental health. *Social Work Education, 40*(1), 80-94.
- Nathan, J., & Webber, M. (2010). Mental health social work and the bureau-medicalisation of mental health care: Identity in a changing world. *Journal of Social Work Practice, 24*(1), 15-28.

- Nazlı, A. (2007). Hastalığın Sosyala İnşası ve Hastalık Anlatıları: Meme Kanseri Örneği. *Sosyoloji Dergisi*(18).
- Nye, R. A. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(2), 115-129.
- Oral, M., & Tuncay, T. (2012). RUH SAĞLIĞI ALANINDA SOSYAL HİZMET UZMANLARININ ROL VE SORUMLULUKLARI. *Journal Of Society & Social Work*, 23(2).
- Ornellas, A., Spolander, G., & Engelbrecht, L. K. (2018). The global social work definition: Ontology, implications and challenges. *Journal of Social Work*, 18(2), 222-240.
- Özcan, E. (2022). Hastalığın ve sağlığın sınırları: Özneleşme pratiği olarak sağlıklı yaşam dispozitif'i ve tıbbileştirme. In S. Attepe Özden & Ö. Emre (Eds.), *Tıbbi Sosyal Hizmet* (pp. 51-67). Nobel.
- Parton, N. (2008). Changes in the form of knowledge in social work: From the 'social' to the 'informational'? *British Journal of Social Work*, 38(2), 253-269.
- Payne, M. (2020). Modern sosyal hizmet kuramı. Çev. Ed. Kasım Karataş. Ankara: Nika Yayınevi.
- Pilgrim, D., & Carey, T. A. (2010). Contested professional rationales for the assessment of mental health problems: Can social theories help? *Social Theory & Health*, 8, 309-325.
- Pyysiäinen, J., Halpin, D., & Guilfoyle, A. (2017). Neoliberal governance and 'responsibilization' of agents: reassessing the mechanisms of responsibility-shift in neoliberal discursive environments. *Distinktion: Journal of Social Theory*, 18(2), 215-235.
- Rissmiller, D. J., & Rissmiller, J. H. (2006). Open forum: evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatric services*, 57(6), 863-866.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), 250-258.
- Rosenson, M. K. (1993). Social work and the right of psychiatric patients to refuse medication: A family advocate's response. *Social Work*, 38(1), 107-112.
- Sartorius, N. (2006). The three aspects of malady. *Croatian medical journal*, 47(2), 350–351.
- Schramme, T. (2023). Health as complete Well-being: the WHO Definition and beyond. *Public Health Ethics*, phad017.
- Scott, C. E. (2009). Foucault, genealogy, ethics. *Journal of Medicine and Philosophy*, 34(4), 350-367.
- Shafti, S. S. (2021). Antipsychiatry Against Psychiatry: Remonstrations vs. Responsibilities. *Journal of Psychiatry Research Reviews & Reports*. SRC/JPSRR-145. DOI: doi.org/10.47363/JPSRR/2021 (3), 128.

- Szasz, T. (2007). *The medicalization of everyday life: Selected essays*. Syracuse University Press.
- Tew, J. (2002). Going social: championing a holistic model of mental distress within professional education. *Social Work Education, 21*(2), 143-155.
- Tew, J. (2005). Core themes of social perspectives. In *Social perspectives in mental health: developing social models to understand and work with mental distress* (Vol. 2). Jessica Kingsley Publishers.
- Tuncay, T. (2020). Özgürleştirici Yaklaşımlar: Eleştirel ve Baskı Karşıtı Uygulama. In S. Saruç & H. Aslantürk (Eds.), *Sosyal Hizmet Kuram ve Yaklaşımları* (pp. 184-207). Anadolu Üniversitesi.
- Tuncay, T. (2022). Psikiyatrik Sosyal hizmete Giriş. In Ç. İçağasıoğlu & S. Attepe Özden (Eds.), *Psikiyatrik Sosyal Hizmet* (pp. 3-17). Nobel.
- Turner, B. (2011). *Tıbbi güç ve toplumsal bilgi* (Ü. Tatlıcan, Çev.). Sentez Yayınları.
- Webber, M. (2013). Developing advanced practitioners in mental health social work: pedagogical considerations. *Social Work Education, 32*(7), 944-955.
- WHO. (1948). *Constitution of the world health organization*.
- Yıldırım, B. (2018). Hastane sosyal hizmetinin işlevi ve bakım veren ebeveynlerde pediatrik astım yönetimi. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 29*(2), 364-385.
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review, 20*(4), 487-504.