

## SOSYAL PSİKİYATRİDE EKİP ÇALIŞMASI VE TERAPÖTİK DEMOKRASİ

M. Bilgin SAYDAM\*

Psikiyatrik sorunların bütüncül ele alınımı, sağaltım alanında çoğul etkenli bir yaklaşımı, dolayısıyla değişik meslek gruplarının (hekim, psikolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, uğraşı terapisti...) birarada ve bağlantılı faaliyette bulunmasını gündeme getirmiştir. Klasik psikiyatride zenginleştirici rol oynayan ekip çalışması, sosyal psikiyatri için vazgeçilmez bir gerekliliktir. Kabaca bir tanımlamayla *ekip*, farklı bilgi, deneyim, yetenek ve farklı mesleki kimlikler taşıyan, ancak psikiyatrik hastaların sağaltımı ortak amacıyla biraraya gelmiş profesyonellerin oluşturduğu -süreklilik gösteren- çalışma grubudur (5, 6, 14).

Sosyal psikiyatride -ideal olarak- en küçük ve temel birim tedavi ekibidir. Ekip çalışmasının ana prensibi, konumsal otoritenin yumuşatılması, sorumluluğun paylaşılarak, karar verme ve uygulamada, eşdeğerli çok sesliliğin vurgulanmasıdır. Yalnızca bilgi ve deneyimin sağlayacağı "işlevsel otorite"nin, ekibin verimliliğini artırmada katkıya dönüşmesi amaçlanır. Ekip-içi eşitlikçi, açık, demokratik tutumun benimsenmesi, ekip-hasta grubu ilişkisinde, dolayısıyla hastanın çevresiyle ilişkisinde de yansımaları bulacak, "sosyal öğrenme süreci"ne model oluşturacaktır (4, 6, 8, 14, 19).

Kuramsal temellerini ve uygulamasını -başlangıçta her ne kadar abartılı da olsa- hiyerarşik kurumsallaşmaya duyulan tepkiye (Basaglia, Cooper, Laing, Szasz...) borçlu olan sosyal psikiyatride, sağaltım birimleri kendilerini sancılı bir demokratikleşme süreci içinde bulmuşlar; çalışma

prensiplerini ve iç örgütlenmelerini yeniden tanımlamak zorunda kalmışlardır (2, 6, 14).

### TERAPÖTİK DEMOKRASİ

Tedavi ortamı, tedavi sürecinin hem bir bileşeni, hem de taşıyıcısıdır. Sosyal psikiyatrinin temel kuramı, aynı zamanda da uygulama ortamı "terapötik demokrasi"dir. Bu tanım hem ekip için, hem de ekip-hasta grubu için geçerlidir. Aşağıda ele alınacağı gibi, kimi kısıtlamalara rağmen, esas olan, birlikte yaşamak, yaşayarak öğrenmek, değişmek/büyümeğdir. Hastaya-anonim nesneliliğinden çıkarılarak- "özne" statüsü kazandırılır; onunla tek tek ve ekip olarak kurulan ilişki, tedaviye olanak sağlayan ve süreci taşıyan ana faktör olarak ele alınır. Gözlemci, değerlendirmeci, müdahaleci yaklaşım yerini katılımcı ve eşitlikçi yaklaşıma bırakmıştır. "Tedavi edilen" hasta tanımının yeniden yapılacağı, hastanın tedavi sürecine "aktif belirleyici" niteliğinde katılımının sağlanması amaçlanır. Psikiyatrik sorunları için yardım talep eden kişinin çeşitlilik gösteren gereksinimlerine, ekip elemanlarının, kendi kişilik, eğitim ve ilgi alanlarına uygun tarzda ayrı ayrı, ancak birbirinden haberdar olarak, amaca yönelik bir program dahilinde yanıt vermelerine olanak sağlanması zorunludur. Amaç ise "uyumlu ve doyumlu resosyalizasyon"dur (4, 9, 10, 14, 19).

"Terapötik demokrasi" tanımlamasında yer alan "eşitlikçi tutum" kendi içinde bazı çelişkileri barındırır: Terapist-hasta arasında daha başlangıçta bir eşitsizlik var gibi görülebilir. Elinde tedavi edici güçleri tutan kişi, yardıma gereksinimi olan, bu ne-

\* Doç. Dr. , İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

denle -kendi isteğiyle de olsa- bir bağımlılık ilişkisine giren "hasta"dan farklı bir konumdadır; yani konkordan (karşılıklı/eşit uyumlu) değil, komplementer (tamamlayıcı) bir ilişki söz konusudur. Klasik rol kalıplarının getirdiği "terapist-hasta" eşitsizliği, ancak "*hastadaki insan*"ı görmekle, "insan insana" bir ilişkinin kurulmasıyla, içerdiği çelişkiden sıyrılabilir. Bunun için terapistin, aktarım/karşı-aktarım farkındalığıyla kendisi ve hasta arasındaki benzerlikleri bulması ve işlemesi çok yardımcı olur (7, 14, 15, 19).

### BÜTÜNCÜL TEDAVİ YAKLAŞIMI:

Bütüncül tedavi girişimi, hastanın bir "bütün" olarak algılanmasını ve anlaşılmasını gerektirir. Farklı çalışma alanlarında, farklı kişilik ve mesleklerden olan, ancak amaç ve yöntemde birarada hareket edebilen bireylerin açık bir iletişim ağı içinde bulunmaları, değişik kanallardan gelen bilgilerin mozaik halinde birleştirilmesine olanak sağlar. Her ekip üyesinin taşıdığı ilişki yoğunluğunun azalması, aktarımların ekip içinde dağılması ve çeşitlenmesi -aynı zamanda teke tek ilişki biçimlerinin netleşmesi-, bazen çok ağır olabilecek bir yükü hafifletir. Ayrıca -gözlem ve yaşantıların paylaşılması halinde- hastanın bütüncül anlaşılmasına olanak verir. Hastanın bütüncül algılanması, ekip bütünlüğüne bağlıdır. Bunu sağlayacak faktör ise hızlı, doğrudan ve açık iletişimdir. Tüm üyelerin katıldığı, sık yapılan ekip toplantıları ekip çalışmasının can damarını oluşturur (3, 5, 6, 9, 14, 19).

İlişkiler ve bu ilişkilerde girilen sosyal rol kalıpları, duruma ve karşılaşılan kişiye göre değişiklikler gösterir. Ekip üyeleri, farklı "tarih"e, farklı "ideoloji"ye sahip, farklı eğitim/deneyim süreçlerinden geçmiş "özgün kişilikleri" nedeniyle, hastaların farklı ilişki modellerini gündeme getirmesine olanak sağlayacaklardır. Ayrıca uğraşı alanlarının farklılığı da, hastanın yaşamını değişik boyutlarında algılanması -dolayısıyla tanı- açısından zenginleştirici rol oynayacaktır. Hekimin muayene ettiği hastayla, psikologun verdiği testleri tamamlayan ya da sosyal hizmet uzmanıyla iş aramaya çıkan hasta -bütüncül açıdan bakarsak- aynı kişi olmayabilir. Bedeniyle ilişkisi, iç çatışmaları, yaşam öyküsü, kişisel hijyeni, sanatsal üretimi, iş alışkanlıkları vb. hastanın yaşamından kesitler sunacak, ancak bir "insan" tanımlaması için tek başlarına eksik kalacaklardır. Sınırlı/tek yönlü bilgiler nedeniyle bazı fenomenler tam anlaşılabilir. Anlaşılmadığı için de "ya-

bancılık" hissi verir. Farklı görüş ve deneyimler, diğer kanallardan gelecek bilgiler ışığında bütünün "anlaşılabilir" parçaları olarak mozaik içinde yerlerini alacaktır. "Yalnızca bir semptom" damgasıyla tanı ve tedavi bütünlüğü içinde yerleştirilemeyen tutum ve davranışların, dirençler, savunma mekanizmaları vb. olarak hastanın yaşamındaki önemlerinin farkedilmesi mümkün olacaktır (3, 6, 7, 10, 14).

Nesne ilişkileri kuramı terminolojisiyle ifade edecek olursak, ilişkileri belirleyen şey, o ilişki içinde aktive olan kendilik ve nesne tasarımlarının karşılıklı etkileşimidir. Sosyal psikiyatrinin ağırlıklı çalışma konusunu oluşturan regresif hasta grubunda (borderline ve psikotik kişilik örgütlenmeleri) kişilik ve nesne tasarımları bütünleştirilememiştir. Birbirleriyle çatışan kısmi tasarımlar biraraya getirilemez ve yansıtılır: iç çatışma, dış çatışmaya dönüşmüş, hastanın sosyal çevresinde sahnelenmiş olur. Hastanın ekip üyelerine yansıttığı kısmi kendilik ve nesne tasarımlarının ekip bünyesinde bütünleştiği görmesi, ve bunun hiç de zannettiği gibi yıkım anlamına gelmeyebileceğini farketmesi, başlıbaşına terapötik etki gösterir: Çelişen öğeler biraraya gelebilir, çatışmalar çözümlenebilir (3, 7, 15).

### EKİP KÜLTÜRÜ VE EKİP ÇALIŞMASININ SORUNLARI:

Açık ve serbest iletişime olanak sağlayan, varoluş şeklini kendi içindeki süreçlerin belirleyeceği her grupta olduğu gibi, tedavi ekibi içinde de grup dinamikleri değişik zorlanmalarla regresyona neden olabilir. Başlangıç aşamasında, ekip oluşturma'nın "*bireysel kimlik*"lerin terkedilerek ortak bir "*ekip kimliği*"nin benimsenmesi anlamına geldiği zannı doğabilir. Bu durum üyelerde kimlik karmaşasına, belirli bir faaliyet konusunda anlaşma sağlamış olan "*çalışma grubu*" nun (Bion, 1) işlev kaybına ve ilkel nesne ilişkilerinin sosyal sistem içinde aktivasyonuna neden olabilir (6, 7, 8, 14).

Genelde meslek eğitimi, profesyonel kimliklere sıkıca sarılındığı, "kuvvetler ayrılığı"na dayalı hiyerarşik bir yapılanmaya yönlendirdiğinden, alışılmış rol kalıplarının terkedilmesi bazı sorunlar yaratacaktır. Klasik tedavi kurumlarında "en güçlü" ve çoğunlukla "ev sahibi" konumunda bulunan hekimlerin, geleneksel "*tek sağaltıcı*" rollerinden ödün vermekte zorlanacakları aşikârdır. Çalışma alanının özelliği nedeniyle hekimin görev ve sorumluluk-

larında bir eksilme söz konusu olamaz. Ekip içindeki konumunu "eşitler arasında birinci" (primus inter pares) olarak tanımlayabiliriz. Ancak hekim-hasta ikili ilişkisinin ağırlığı azalmakta, daha doğrusu yoğunluk ekip üyeleri arasında dağılmaktadır. Bu, mesleki kimlikler arasındaki sınırların bulanıklaşması anlamına gelmemelidir. Doğru ve gerçekçi olan, her ekip üyesinin kendi mesleki eğitim ve deneyimini, tedavi programı içinde en etkili kullanma yolunu aramasıdır. Herkesin tedavi sürecine katkısı kendine özgüdür; hiçbirinin yeri başkaları tarafından bütünüyle doldurulamaz. Hedef, faaliyet ve sorumluluk alanlarının eşitlenmesi, "tek ve aynı" bir terapist modeli oluşturmak değil, üyelerin deneyim ve yeterliğinin kişisel ilgi alanlarına göre geliştirilmesine olanak sağlamaktır. Ekip çalışması hakkıyla uygulanırsa, her üyenin kendi başına karar verme, uygulama ve sorumluluk üstlenmesi için yeterince geniş bir serbest alan kalır. Ancak bu hareket serbestisinin anlamı kopukluk olmamalıdır. *Terapötik işlevsellik*, ekip birlikteliği ve bireysel özerklik arasındaki esnek tutulması gereken hassas dengenin ürünüdür. "*Ekip ideolojisi*"ne körükörüne uymak ya da uymaya zorlamak, bireysel kaygılardan ve grubun ortak bilinçdışı fantezilerinden kaynaklanır, ve terapötik etkinliği tıkar. "*Ekip kültürü*"nün aynı dill konuşmak değil, üyelerin kendi dillerine yabancılaşmadan, başkalarının konuştuklarını anlayabilme ve entegre edebilme olduğu unutulmamalıdır (4, 6, 9, 12, 14, 19).

Demokrasi kuralsızlık demek değildir. Elbette ki -üzerinde uzlaşmış- bazı temel normlar ve sağlıklı bir iletişimi taşıyacak kurallar ("*ekip anayasası*") herkesi bağlayacak niteliktedir. Ancak, düşünce ve uygulamada özgünlüğün de desteklenmesi, vasa-tın egemenliğini önler, üyelerin kişisel ve mesleki alanda gelişme yollarını açar. Doğrudan demokrasinin doğal bileşeni olarak ekip elemanlarının özerkliği -her ne kadar çelişkili görünse de- ekip bütünlüğünü ve birlikteliğini pekiştiren bir faktördür. Bireysel inisiyatif tanınmasının amacı, ekip etkinliğini artırmaktadır. Burada önemli bir tehlike, bireyselliğin "kendini gerçekleştirme" kisvesi altında "tatlı" olmaktan uzak bir rekabete ve "normal" olmaktan uzak bir narsistik enflasyona dönüşmesidir. Kendileriyle uğraşan terapistler, hastaların daha çok preödüpal düzeydeki sorunlarını küçümseyecekler, görmezden gelecekler ya da kendi psikoseksüel (ödüpal -?-) gelişim düzeylerinde yorumlayacaklardır (forse -psödo- ödüpalizasyon). Sonuç, hastaların ani dekompenstasyonlara neden olabilecek de-

recede aşırı zorlanmayla karşılaşmasıdır (3, 4, 14, 18).

Bireysel özerkliğin, mesleki ve kişisel doyumunu, dolayısıyla tedavi etkinliğini artırıcı rolü çok önemlidir. Ancak madalyonun ters yüzünde potansiyel kargaşalara açık bir tablo vardır: Hiyerarşik organizasyonun yerine geçen demokratik yapılanma, bireysel sorumluluğun artması ve alışılmış rol kalıplarının terk edilmesi gereğini ortaya çıkarır ki, "boşluktalık hissi", "yabancılaşma duygusu" ve "*kimlik kargaşası*" ekip ortamına hakim olabilir. Kaygı düzeyinin yükselmesiyle birlikte derinleşen *regresyon*, bazı "*oyun*"lara, örneğin verimsiz ve telaşlı rekabetlerin doğmasına ("*köşe kapmaca*") zemin hazırlayabilir. İttifak arayışları ve hizipler arası çekişmeler ("*halat çekme*"), sonuçta ekip işlevliliğini tıkayıcı niteliktedir. (Bilgi=Güç) denklemi, oluşan rekabet havası içinde, terapötik alandaki bilgilerin ekipten saklanmasına götürebilir ve ekibin varoluş nedenine aykırı bir tutum ortaya çıkmış olur. Sorunları birisi ya da birilerinin sırtına yıkarak çatışmadan kurtulmak istenebilir. Bulunan "*günah keçisi*" ekip dışındaysa, ekip paranoid bir zorlanmaya girecek, iç sorunlarının çözümsüzlüğünü dış faktörlere bağlayacaktır. "Suçlu" ekip içindense, grup bütünlüğü bozulacak, ekip dağılma tehlikesiyle karşı karşıya gelebilecektir. Zorlanan ekip üyeleri, sorumluluğu devredecek "güçlü" kişi arayışına ("*elim sende*") girerken, kargaşanın artması, kohnumsal otoritenin "yumruğunu masaya vurmasını" çağırarak ortamı hazırlayabilir. "Yeni düzen" de edinilen deneyimleri sıfırlayıcı bir geri dönüş tehlikesini içeren bu durumda, yalnızca ekip-içi huzursuzlukların değil, çatışmaların ekip dışına taşması riski ve işlev kaybından doğan, dışarıya karşı oluşturulmuş "imaj"ın bozulması endişesinden kaynaklanan paniğin de rolü vardır (6, 12, 14).

Ekip, geleneksel hiyerarşik kurumlarda olduğu gibi, "üst makamlarca" öngörülen ve "tebliğ" edilen kararları uygulamak durumunda kalmamalıdır. Tedaviyi ilgilendiren, hatta bazen idari konuları ele alan kararlar ekip-içi dinamiklerin ürünü olma durumundadır. Ancak unutulmaması gereken, ne ekibin bütün olarak, ne de ekip üyelerinin tek tek özerkliklerinin mutlak değil, koşullar izin verdiği ölçüde göreliliği olduğudur. Dış ve iç örgütsel yapılanmalar aksadığı ya da çatıştığı sürece, işlevselliğe yönelik sorunların aşılması ütopyiden ibaret kalacaktır (12, 14, 18).

Bütün bu sorunlar doğrudan ekip-içi çatışmalar-  
dan çıkabildiği gibi, hastaların ekip üyelerine yan-  
sıttığı -birbirile çatışan- kendilik ve nesne tasarımlarının ekip içine transferinden de kaynaklanabilir. Ekip sorunları da her zaman hasta grubunu etkiler. Bu karşılıklı etkileşim, zamanında yeterli çözüm bulunamazsa, giderek kaosa dönüşen bir kısır döngüyü başlatır. Çatışmaların bir an önce net tanımlanmasının yapılması, lokalize edilmesi ve bütün ekip faaliyetlerine yayılmasına imkan vermeden çizilen sınırların içinde çözüme çalışılması gereklidir (6, 7, 14).

Ekip içinde doğrudan veya hastalar üzerinden dolaylı olarak, yukarıda sözü edilenlere benzer sorunların açığa çıkması kaçınılmazdır. Demokratik zeminde ortaya çıkabilecek sorunların sağlıklı çözümlü, yine demokratik zeminde -yani açık iletişim, anlaşma, uzlaşma ve karşılıklı saygı- aranmalıdır. Çatışmaların üzerinin örtülmemesi, açık tartışmaya sunulması " *ekip kültürü*"nün oluşması için vazgeçilmez bir gerekliliktir. Nötr profesyonelliğin yanısıra, yaşantıların önemsendiği kişiselliğe de değer verilmesi, ekip-içi sorunların ele alınmasında kişilerarası dinamiklerin çözümlenmesini gerekli kılabılır. Zaten -grup dinamikleri açısından bakacak olursak- ekibin tedavi işlevinin tıkanması, zorlanmalar karşısında regresyon nedeniyle, derinde yatan savunma düzenekleri ve dirençlerin, " *çalışma grubu*"nun (Bion, 1) işleyişini engellemesinden ve sağlıklı çözümler üretilememesinden kaynaklanır (3, 6, 10, 14, 19).

## EKİP ŞEFİ VE GÖREVLERİ:

Amaca uygun olarak, ekip üyelerinin, "kapalı kapılar ardındaki" terapötik tutum ve girişimlerini ekip-içi gözlem ve eleştiriye açık tutmaları gereği ve beklentisinin, bütün üyeleri zorlayacağı aşikârdır. Kişisel ve mesleki cesaret gerektiren, bazen çok ağır zedelenmelere "çanak tutabilen", dolayısıyla da ürkütücü olabilen bu açık ortamda güvenliğin sağlanmasında herkesin özgün katkısının yanısıra, ekip şefinin ayrı sorumluluğu vardır. Unutmamak gerekir ki, gerçek demokrasilerde en ağır yük, demokratiğin olduğu kadar, liderliğinin de bilincinde olan yöneticilerin omuzundadır. " *Ekip şefi*", her zaman ekip "şefi"dir. Ancak bu konumunu amaca yönelik işlevsel alana aktarmalı, elinde tuttuğu idari güç ve yetkiyi -olabildiğince- ekip bütününe yaymalıdır. Bu rolün tanımlanmasındaki netlik, sınırlarının belirliliği, ve gerek ekip şefi, gerekse

diğer üyeler tarafından benimsenme derecesi, ekip işlevselliğini doğrudan etkiler (6, 7, 14).

Ekip şefi, sistemi uygulamaya yardımcı olanakları seferber edecek, " *ekip süreci*"ni başlatacak kişidir. İhtiyaç duyulduğunda aktif rol üstlenmeye hazır ve gereklerini yerine getirmeye yeterli birikime sahip bulunmalı, ancak kendini ve "ideoloji"sini ön planda tutmaktan olabildiğince kaçınılmalıdır. Grup dinamikleri konusundaki bilgi ve deneyimlerini, gerek ekip-içi, gerekse ekip ve hasta grubu arasındaki ilişkileri sağlıklı bir akıcılığa kavuşturmak için kullanılmalıdır (1, 3, 4, 6, 14).

Konumsal otoritenin "tüm-güçlülüğü" -gerek dış ve iç gerçekliğin, gerekse bireysel ve ortak bilinçdışı fantazilerin etkisiyle- hiç bir zaman tamamiyle ortadan kaldırılamaz. Çalkantılı dönemlerde " *güçlü baba*" arayışının ortaya çıkmasına değinmişim. Demokrasinin yukarıdan emirle uygulamaya konduğu kurumlarda, yöneticinin ortadan kalkmış gibi görünen otoritesi, çatışmalı ilişkilerden ve ekibin dağılmasından ürken ekip üyelerinin iteklemesiyle eskisinden de güçlü duruma gelebilir, ki bu sonuç varılmak istenen noktanın tam tersidir. Ancak hiyerarşik kurumlara tepkinin aşırıya kaçtığı ve eşitlikçiliğin " *ekip fetişi*"ne dönüştüğü durumlarda, konumsal otoritenin yanısıra, bilgi ve deneyimden kaynaklanan " *işlevsel otorite*"nin de törpülenmesi, ekibi hem kendi içinde, hem de dış gerçekliğe karşı kargaşaya sürükleyebilir (6, 14).

## EKİP SÜPERVİZYONU:

Ekip şefinin, kendisinin de sorunların içinde yaşayan bir ekip üyesi olması nedeniyle, ancak bir dereceye kadar götürebileceği "süpervizörümü" işlevin çıkmaza girmesi, kurum dışından, grup dinamikleri konusunda deneyimli süpervizörlerin yardımını gerektirir. Bu " *kurum danışmanları*" ekip üyelerine, gündemdeki sorunun net tanımı, terapötik işlevsellik üzerindeki etkisinin belirlenmesi, çatışmada dolayısıyla da çözümünde her birey ya da alt-grubun katkı ve sorumluluğunun farkedilmesi konusunda yardımcı olabilir. Grup dinamiklerini temel almanın amacı ekip terapisi değildir. Aydınlatma (klarifikasyon) ve yüzleştirme (konfrontasyon) ancak bilinç ve ön-bilinç düzeyinde mümkündür. Bilinçdışını hedef alan yorumlardan (interpretasyon) olabildiğince kaçınmak gerekir. Bu konuda yardımcı olabilecek yöntemler, metaforların kullanımı, süpervizörün kendi deneyimlerini -ki

bunlar kabul edilebilirliği ve amacı vurgulaması açısından tercihen hatalardan öğrenilenler olacaktır-paylaşması ve hasta aktarımlarıyla gündemdeki konu arasında analogik bağlantılar kurmasıdır. Bazı bireysel sorunların -o an için- supresyonu, hatta represyonuna yardımcı olmak gerekebilir. Süpervizyonda sürekli vurgulanması gereken nokta, ekip içinde oluşan sorunların, yine ekip içinde, ekip üyeleri tarafından çözüme kavuşturulabileceğidir (6, 7, 8).

## TÜRKİYE'DE DURUM:

Yetmişli yıllardan bu yana, Klinik psikiyatrinin sosyal psikiyatri kuram ve yöntemleriyle zenginleştirilmesi yönünde bazı öneriler getirilmiş, sosyal psikiyatrinin bir "alternatif" değil, tamamlayıcı bir gereklilik olduğu vurgulanmıştır. Kuramsal tartışmalar, başlangıçta üniversite kliniklerinde, giderek diğer sağlık kurumlarında da uygulama alanları yaratacak şekilde meyvesini vermiştir. Halen ülkemizde farklı tanımlamalar altında bu yaklaşımı pratiğe döken birimler mevcuttur (11, 12, 13, 16, 17).

Ülkemizde ekip oluşturma ve sürekliliğini sağlamada -yukarıda sözü edilen özgün sorunların yanı sıra- genel koşullardan kaynaklanan bazı güçlükler de söz konusudur:

a- Her ne kadar farklı meslek ve birikimlerin ekip içinde özgünlüklerini korumaları amaçlanıyorsa da, ekip-içi ilişkilerin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi, ancak üzerinde hareket edilecek bir ortamın varlığında mümkün olur; üyelerin kendilerini güvende hissetmelerine, yaşadıklarını açma ve karşısındakini anlayabilmelerine olanak sağlar. Ülkemizde, sosyo-psikoterapötik yöntemler konusunda, herkesin hemfikir olduğu ve eğitimini aldığı asgari standardizasyonun eksikliği ekip çalışmasının her aşamasında zorlanmalara neden olabilmektedir.

b- Ülkemizde psikodinamik okulların kurumsallaşmasındaki gecikme ve grup dinamikleri konusunda deneyimli terapistlerin sayıca yetersizliği, sorunların çözümünde süpervizyona başvurma, ekip çalışmasının gerekli ve faydalı bir öğesi haline gelmesine olanak vermemektedir. Kurum-dışı süpervizyon geleneğinin gerek bireysel olarak, gerekse ekip düzeyinde rutine oturtulması henüz gerçekleştirilmemiştir. Bu durumda bazı gerçekçi kısıtlılıkların yanı sıra, bireysel ve grup dirençlerinin de rolü vardır.

c- Organizasyon sorunları ve ekonomik nedenlerle, "ideal ekip" için gerekli kadroların hem mesleki çeşitlilik açısından, hem de sayısal yetersizliği bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de söz konusudur. Sosyal psikiyatride "amaç" olduğu kadar "araç" da insandır: Tedavi etkinliğinin yükseltilmesi, ancak ilişki yoğunluğu ve kalitesinin, dolayısıyla hasta başına düşen terapist sayısının artırılması ile mümkündür.

d- Sosyal çalışmacıların tedavi ekiplerine entegrasyonu nisbeten yeni bir olgudur; çoğu sosyal psikiyatri biriminde ise bu alan için gerekli kadrolar henüz oluşmamıştır. Ayrıca uğraşı terapisi, müzik terapisi, hareket/dans terapisi gibi konularda sistematik eğitim veren kurumlar da halihazırda mevcut değildir.

e- Halen ülkemizde mevcut tüm sosyal psikiyatri birimleri, hiyerarşik yapılanma gösteren klasik psikiyatri kurumları içinde görev yapmaktadır. Çoğunlukla kişisel çabaların ayakta tuttuğu bu birimlerin kurumsallaşması ve idari yapılanması tamamlanmış değildir; dolayısıyla sınırları da net çizilmemiş durumdadır. Dış ve iç ortamların çalışma prensiplerinin farklılığı -ve bazen karşıtlığı- nedeniyle, ekip içindeki zorlanmaların dışarıya taşınması, üst-kurumda bir çeşit "yabancı cisim reaksiyonu"na neden olabilir. Sorunların -uzun ve yorucu olsa da, nihayetinde ekip işlevselliğine büyük katkıyı olacak "gerçek" çözümlene sürecine izin verilmeyerek-, dışarıdan müdahaleyle kısa yoldan "çözümle (me)"sine gidilebilir. Sonuç ekip bütünlüğü, özerkliği ve sürekliliğinin bozulması, bazen "bu başarısız deneme (!)"nin sonlandırılmasıdır.

## SONUÇ

Yukarıda özetlenmeye çalışıldığı gibi, terapötik demokrasi zemininde yapılacak ekip çalışması, bütüncül tedavi yaklaşımı için gereklilik arzeder. Sosyal psikiyatride "ekip felsefesi"ni biçimlendiren demokratik tutum, çoğunlukla sorunların da kaynağını oluşturur. İyileşimin üst düzeyde tutulması, varoluş biçimi ve alanının net tanımlanması ile başlar: Demokrasi, "mutlak eşitlik" ve "mutlak özgürlük" demek değildir. Zira hedefi, bireylerin tek başlarına/ bağımsız varoluşlarını sürdürmeleri değil, -karşılıklı kısıtlamaların asgariye indirildiği bir ortamda- birlikte yaşarken, özgün potansiyellerini olabildiğince gerçekleştirme serbestisi de bulabilmeleridir.

Ortaya çıkacak sorunlar hiçbir zaman aşılacak nitelikte değildir; ancak çözümlenmeleri

bütün üyelerin yoğun emeğini gerektirir. Açılmaz kapıları açan bütün tılsımlı sözcükler, basit -basit olduğu kadar da kolay unutulabilen- sözcüklerdir. Ekip işlevselliği için sihirli formül iki kısa sorudan ibarettir: "Ben (biz), ne amaçla buradayım (buradayız) ?", ve "Şu anda ne yapıyorum (yapıyoruz) ?" Sağlıklı çözümler, doğru soruların sorulmasına bağlıdır; cevapları da soruların içindedir.

Terapötik demokrasiyi ve ekip çalışmasını hakıyla gerçekleştirmek çok zor gibi gözükabilir. İçin-

de taşıdığı bazı çelişkiler nedeniyle, "idea"i utopi gibi gözüksede de, "optima"i mümkündür. Gerek tedaviye katkısı, gerekse ekip elemanlarının mesleki/ kişisel gelişimleri açısından getirdikleri, harcanan çabaya değer. Sorunlar sağlıklı çözüme kavuşturulabilirse, varılan yer, sorunun çıktığı yerden daha ileride olacaktır. Yani çözümlenme süreci, gerek bütün olarak- ekip ve -bireysel olarak- ekip üyelerinin, gerekse hastalarımızın gelişim süreçlerine katkıda bulunacaktır.

#### KAYNAKLAR

1- Bion W.R.: Experiences in Groups. Tavistock Publications Limited, London (1961).

2- Cooper D.: Villa 21: Ein anti-psychiatrisches Experiment. In: Cooper D.: Psychiatrie und Anti-Psychiatrie. pp. 100-124. Suhrkamp, Frankfurt a. M. (1975)

3- Heigl-Evers A., Henneberg-Mönch U., Odağ C., Standke G. (Eds.): Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Verlag für Medizinische Psychologie/Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (1986).

4- Hoover K.K., Raulinaitis V.B., Spaner F.E.: Therapeutic democracy: Group process as a corrective emotional experience. International Journal of Social Psychiatry 11: 26-31 (1965).

5- Janssen P.L.: Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Klett-Cotta, Stuttgart (1987).

6- Kayser H., Krüger H., Maeyers W., Petersen P., Rohde M., Rose H.K., Veltin A., Zumppe V.: Gruppenarbeit in der Psychiatrie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart (1973)

7- Kernberg O.: Toward an integrative theory of hospital treatment. In: Kernberg O.: Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. pp. 241-275. Jason Aronson, New York (1976).

8- Lellau E.: Institutionsberatung aus gruppenanalytischer Sicht. Psychiatrische Praxis 8: 100-103 (1981).

9- Madsen A.M.: Problems in teamwork between a social service psychiatric unit and a psychiatric hospital. In: E. Strömgen, A. Dupont, J.A. Nielsen (eds.): Epidemiological Research as Basis for the Organization of Extramural Psychiatry (Acta Psychiatrica Scandinavica 62, Suppl. 285, pp. 92-96. Munksgaard, Copenhagen (1980)

10- Mallinson T.J.: Applications of group process to a clinical (psychiatric) setting. International Journal of Social Psychiatry 11: 32-37 (1965)

11- Özbek A.: Sosyal Psikiyatrye Giriş. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları: 243. Ankara (1971).

12- Özbek A.: Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft in der Psychiatrischen Universitätsklinik Ankara. Gütersloher Fortbildungswoche-Konferanslar Kitabı. pp. 37-46 (1975).

13- Özbek A.: Dreijährige Erfahrungen mit dem Psycho-drama in einer therapeutischen Gemeinschaft. Gütersloher Fortbildungswoche-Konferanslar Kitabı. pp. 40-51 (1979)

14- Rose H.K.: Grundfragen therapeutischer Teamarbeit in der Psychiatrie. Psychiatrische Praxis 8: 87-94 (1981).

15- Saydam M.B.: Borderline kişilik bozukluğu: Aktarım-karşı aktarım özelinde insan ilişkileri. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi/Bilimsel Yayınlar Kitabı- Cilt I: 63-80 (1990).

16- Saydam M.B.: Şizofrenide sosyo-psikoterapötik yaklaşım: Çoğul nedenli oluşum modeli çerçevesinde genel kurallar Nöro-Psikiyatri Arşivi, XXIX/1: 25-37 (1992).

17- Ünlüoğlu G., Sözeri Z.G.: A.Ü.T.F. Psikiyatri Kliniğinde gündüz hastanesi uygulaması. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimsel Kongresi/Bilimsel Yayınlar Kitabı-Cilt II: 317-323 (1990).

18- Veltin A.: Zum Problem der Meinungsbildung und Entscheidungsfindung in psychiatrischen Institutionen-Erfahrungen mit der Institutionsberatung. Psychiatrische Praxis 8: 95-99 (1981).

19- Whiteley J. S., Gordon J.: Group Approches in Psychiatry. Routledge & Kegan Paul, London (1979).