

Ruh sağlığı ve bozukluklarının sosyolojisi

Orhan DOĞAN,¹ Faruk KOCACIK²

ÖZET

Psikiyatri ve psikiyatrik bozukluklar, epidemiyolojik ve etiyolojik özellikleri yönünden sosyal bilimlerle yakından ilişkilidir. Sosyologlar ruh sağlığı ve bozuklukları konusunda beş temel bakış açısı belirlemiştir: Sosyal nedensellik, sosyal tepki, eleştirel kuram, sosyal yapısalcılık, sosyal gerçeklik. Sosyolojinin ilgi alanına sosyal sınıf, cinsiyet, yaş, ırk ve etnisite, psikiyatrik tedavilerin özellikleri, etik konular, hastaneler ve mesleklerin özellikleri girer. Son 20 yılda psikiyatri biyopsikososyal modelden biyomedikal modele yöneldiği için, psikiyatri ve sosyoloji arasında beklenen işbirliği kurulamamıştır. Oysa sosyal psikiyatrinin bir bilimsel disiplin olarak gelişmesi için bu işbirliği gereklidir. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:109-120)

Anahtar sözcükler: psikiyatri, sosyoloji, sosyal psikiyatri, psikiyatrik bozukluklar

Sociology of mental health and disorders

ABSTRACT

Psychiatry and psychiatric disorders are closely related with social sciences through epidemiologic and etiologic characteristics of psychiatric disorders. Sociologists have been determined five basic views about mental health and disorders: social causation, societal reaction, critical theory, social constructivism, and social realism. Sociology consists of social class, gender, age, race and ethnicity, ethical issues, the characteristics of psychiatric therapies, hospitals, and professions. In the last two decades, it could not realize the cooperation between psychiatry and sociology because of psychiatry turn to biomedical model from biopsychosocial model. This cooperation is necessary for development as a scientific discipline of social psychiatry. (Anatolian Journal of Psychiatry 2006; 7:109-120)

Key words: psychiatric disorders, psychiatry, social psychiatry, sociology

SOSYOLOJİ DIŞI BAKIŞ AÇILARI

Ruhsal bozukluklar gerek epidemiyolojik, gerekse risk etkenleri ve etiyolojik özellikleri nedeniyle sosyal bilimlerle yakından ilişkilidir; psikiyatri de yer yer sosyal bilimlerle birlikte çalışan bir tıp dalıdır. Sosyoloji ile psikiyatri arasındaki işbirliği 1920'li yıllara dayanır. Bu işbirliği H.S. Sullivan ve A. Meyer tarafından başlatılmıştır.¹

Sosyal epidemiyoloji ve tıbbi sosyolojinin gelişmesi 20. yüzyılın ikinci yarısında olmuştur. Sosyal epidemiyoloji sağlığın psikososyal etkenlerini tanımlamıştır. Bunlar sosyal ilişkiler ve destek; akut ya da duruma bağlı stres; işte ve yaşamda kronik stres; öfke/hostilite, kendini kontrol eksikliği, negatif duygulanım/umutsuzluk/kötümserliktir.² 1970'lerden sonra sosyoloji ve psikiyatri farklı yollardan ilerledi. Psikiyatri

¹ Prof.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, SİVAS

² Prof.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü, SİVAS

Yazışma adresi: Dr. Orhan DOĞAN, C.Ü. Hastanesi Psikiyatri ABD, 58140 SİVAS

E-posta: odogan@cumhuriyet.edu.tr; ordogan@gmail.com

yöntem sorunlarıyla uğraşp biyomedikal modellerle dönerken daha çok tıbbi saygınlık arıyordu. Bu nedenle sosyal psikiyatri ve onun temeli olan biyopsikososyal model giderek zayıflamış, buna koşut olarak birçok sosyolog da psikiyatrik epidemiyoloji çalışmalarından uzaklaşmıştır.^{1,3}

1990'lı yıllar, ruh sağlığı hizmeti uygulamalarında, ruh sağlığına toplumun ilgisinde, toplumsal ilişkileri anlamaya yönelik sosyolojik çözümlerinin anlaşılması konularında bazı çelişkilerin yaşandığı bir dönem olmuştur. Ruh sağlığı ve bozukluklarıyla ilgili konular 1990'lı yılların ortalarında sosyologlar tarafından sanki yeniden keşfedilmiştir.

1990'lı yıllarda psikiyatri içinde biyolojik düşünceler psikofarmakoloji, yüksek teknolojiye beyin görüntüleme, davranış genetiği ve post-mortem beyin çalışması için canlanan istek ve ilgiyle yeni bir enerji bulmuştur. Ancak geleneksel biyolojik psikiyatriye geri dönüşe karşın, bazı ruh sağlığı çalışanları felsefeden ve sosyolojik düşüncelerin etkisinden dolayı biyodeterminizm eğiliminden uzak durmuştur.

Çeşitli sosyal araştırmalar değişmez olarak sosyal destek sisteminin ve toplumda istihdamın önemini, bunlar olmadığında ruh sağlığı riskini göstermiştir. Ancak Almanya'da sosyal psikiyatrik araştırmalar hala sosyoloji ile işbirliği yapılmadan gerçekleştirilmektedir. Oysa sosyal psikiyatri bilimsel bir disiplin olarak önem kazanacaksa, sosyolojiyle daha yakın işbirliği yapması gerekecektir.⁴

Her kültürde duygusal (emosyonel) ya da ruhsal farklılığın bazı kavramları vardır. Çeşitli kültürlerde bu farklılıklar tam olarak aynı biçimde belirlenmez ve aynı terimler kullanılmaz. Uzman olsun ya da olmasın, birçok kişi görünce ruh hastasını ya da ruhsal bozukluğu tanır. Herkes bir elem ya da anksiyete duygusu yaşadığında bunun farkına varır, bilir.⁵ Psikiyatri alanında *mental distress* kavramı ilk olarak İngiltere'de kullanılmıştır. Bu terim hastanın yaşadığı ruhsal acıyı göstermekle birlikte, onun sıkıntılı mı, incinmiş mi, ya da korkmuş mu olduğunu göstermez.⁵

Ruh sağlığı ve bozuklukları konusunda psikiyatri çalışanlarıyla meslek dışındakilerin görüşleri arasında önemli binişimler vardır. Örneğin, anoreksiya nervoza gibi tanı kategorilerinde etiyolojik etkenlerin belirsizliği ve tanıda kültürel öğelerin önemi gibi konularda psikiyatrik epidemiyologlarla meslekten olmayanların görüşleri benzer bulunmuştur.⁶ Bu iki grup arasında uyumsuzlukların olduğu örnekler de vardır.

1980'li yılların başlarında görülen bir davada, jüri iki katilin zihinsel durumunun değerlendirilmesini istemiş, bu kişilerin ruh hastası olduğu yönündeki uzman görüşlerini reddetmiştir. Bunlardan Yorkshire kasabası olarak bilinen kişi, Tanrıdan aldığı görev gereği birçok kadını öldürdüğünü belirtmiş, jüri bu kişiyi tasarlayarak insan öldürmekten suçlu bulmuştur.⁵

Toplumsal olarak tüm kültürlerde ruhsal bozuklukla (özellikle şizofreni ile) tehlikeli davranış arasında bir bağ kurma eğilimi vardır.⁷ Oysa ruhsal bozuklukla tehlikeli davranış arasındaki ilişki çok azdır. ABD'de 1500 kişinin %61'i şu anlatımı uygun bulmuştur:⁸ "Şizofreni tanısı konan bir kişi şiddet suçu işlemeye normal bir kişiden daha çok eğilimlidir." Şiddet ögesinin daha az vurgulandığı bir başka çalışmada bu oran %24 olarak bulunmuştur.⁹ Bu çalışmaya katılanların %45'i ruh hastalarının diğer insanlardan daha az tehlikeli olduğu kanısındaydı.

Bu ön bilgiler normallik/anormallik kavramlarının neyi gösterdiğiyle yakından ilgilidir. Bu kavramlar görece olduğu için psikologlar, sosyologlar gibi bazı normlar geliştirmişlerdir. Pilgrim ve Rogers'a göre Buss'un (1966) belirttiği normlar şunlardır.⁵

1. İstatistiksel kavram: Buna göre, bir toplumda en sık görülen davranışlar normal, nadir görülenler anormaldir. Bu yaklaşım sosyolojideki norm kavramına yakındır. Ancak istatistiksel kavram kültürler arasında, hatta aynı kültürde bile iyi bir gösterge olmayabilir. Örneğin, aynı kültürde kırsal kesimde yavaş konuşma normalken, kentse kesimde hızlı konuşma normal olabilir. Normal ile normal olmayan, kültürden kültüre göre değişen görece kavramlardır. Psikologlar normal ve anormal arasında bir süreklilik olduğunu savunurlar.

2. İdeal kavram: Bu kavramın psikanalizden ve diğer insancıl psikolojiden köken alan iki yönü vardır: Birincisinde normallik, 'bilinçliliğin bilinçdışı özellikler üzerindeki üstünlüğü' olarak tanımlanırken; ikincisinde 'ideal insan kendini gerçekleştiren insandır'.⁵ Pilgrim ve Rogers'a göre Jahoda (1958) bu iki psikolojik eğilimi birleştiren ve olumlu ruh sağlığı için gerekli gördüğü altı ölçüt öne sürmüştür:⁵

- Ruhsal güçlerin dengesi
- Kendini gerçekleştirme
- Strese dayanıklılık
- Özerklik
- Yeterlilik
- Gerçeklik algısı

3. Özgül davranışların varlığı: Uyumsuz (maladaptif) davranış, istenmeyen ya da kabul edilemez nitelikteki davranıştır. Bu normun güçlü yanı, anormalliği neyin oluşturduğunu ortaya koyması; zayıf yanı ise değer ve normların açık olmamasıdır. Bu davranışların istenmediğine ya da kabul edilemez olduğuna kimin karar vereceği açık değildir.

4. Bozuk bilişler (cognitions): 1970'li yıllarda davranışa yapılan vurgu azalmış ve yerini bilişsellik almıştır. Sonuçta psikologlar davranışlar olarak içsel olayları tedavi etmeye başlamışlardır.

Ruh sağlığı ve hastalıklarında uzman bakış açıları belli bir inandırıcılığa sahiptir. Ancak sağlık ve hastalık kavramlarının görece kavramlar olduğu da unutulmamalıdır.¹⁰

SOSYOLOJİK BAKIŞ AÇILARI

Sosyologlar ruh sağlığı ve bozuklukları konusunda beş temel bakış açısı belirlemiştir.⁵ Sosyal nedensellik, sosyal tepki, eleştirel kuram, sosyal yapısalcılık, sosyal gerçeklik. Bu yaklaşımlar Durkheim, Weber, Freud, Foucault ve Marx'ın katkılarıyla ortaya konmuş, daha sonra Sartre ve Mead'in çalışmaları eklenmiştir. Farklı kuramsal bakış açıları farklı zamanlarda etkili ve popüler olmuştur.^{11,12}

Sosyolojinin konusu toplumdur. Toplumun iki ögesi olan insanı ve doğayla ilişkilerini ele alır. İnsanı beden ve bilinç yönleriyle inceler. İnsanı bilinç yönüyle inceleyen iki ekol vardır: Birincisi, insanı bireysel bilinç yönünden ele alan psikoloji ekolü; ikincisi, insanı kolektif bilinç yönünden ele alan sosyoloji ekolleridir. İnsan ve onun ortaya koydukları, bir başka anlatımla bireysel ve sosyal gerçekler karmaşık birer bütündür. Bu karmaşık bütün tek bir kuramsal yaklaşımla, tek bir disiplinle açıklanamaz.

1. Sosyal nedensellik: Toplumda belirli nedenlerin belirli sosyal sorunlara ve ruhsal bozukluklara neden olduğunu savunan bir yaklaşımdır.¹³ Bu yaklaşımın vurgusu, sosyal dezavantajla ruhsal bozukluk arasındaki ilişki üzerinedir. Sosyologların çoğu, dezavantajın ana göstergesinin düşük sosyal sınıf ve/veya yoksulluk olduğunu düşünür. Daha çok şizofreni ve depresyon üzerinde dururlar ve etiyolojisinde stresin rolü vurgulanır.

2. Sosyal tepki-etiketleme kuramı (Labelling theory): Bu kuram 1960'lı yıllarda son derece etkili olmuştur. Temel olarak hasta rolünün sürdürülmesi ve tartışılmasıyla ilgilidir. Bu kuram davranış sapmalarının kökenleriyle,

davranış sapmalarının nedenleri ve sonuçları üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu kuramı savunanlara göre, insanlar beklenen davranışların dışına çıktığında diğerlerinin tepkisi o kişiyi korumak için sapmayı yadsımaktır.¹⁴

3. Eleştirel kuram: Sosyal ve entelektüel yaşamın çeşitli yönlerinin eleştirisinden oluşan bir kuramdır. Bilgilerimizin kaynağı duyularımız ve deneyimlerimiz değildir; bilgilerimizin ve ortak insancıl yönlerimizin kaynağı hepimizin akılcı varlıklar olmamızdır.¹⁵ Bu kuram sosyoekonomik yapılarla bireylerin içsel yaşamları arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışır (progresif-regresif yöntem).

4. Sosyal yapısalcılık: Sağlık ve hastalık sosyolojisinde en etkili kuramlardan biridir. Bu kuramın temel varsayımı, gerçeğin insan etkinliğinin bir ürünü olduğudur. Bryant ve Brown'a göre:^{16,17}

a. Birinci yaklaşım, gerçeği göstermez, onu tanımlayan sosyal nedenleri ortaya koyar. Sosyal sorunlar ancak sosyolojik çalışmalarla tanımlanabilir. İlaç kötüye kullanımı ya da ruhsal hastalık gibi bir sosyal sorunu araştırmak, gerçeğin özel bir yönünü seçmektir. Bu, sosyal gerçeğin tümünü anlamamız için yeterli değildir.

b. İkinci yaklaşım, Foucault'nun post-strukturalizm öğretisine daha yakındır.

c. Üçüncü yaklaşım, bilimsel bilginin oluşturulmasını anlama ve bireyin özelliklerinin izlenmesi temelindedir.

5. Sosyal gerçeklik: Pilgrim ve Rogers'a göre, Bhaskar felsefi gerçekliğin sınırlarını çizer ve ruh sağlığı ve bozukluklarının sosyolojisiyle ilgili çalışmasının etkilerini "eleştirel gerçeklik" olarak adlandırır.⁵ Eleştirel gerçeklik, 'gerçeğin gerçekten var olduğunu' kabul eder. Olması gerekeni değil, olanı (gerçeği) ele alır; idealist olmaktan çok, materyalisttir (Sosyal bilimler için temel önemdedir).

SOSYOLOJİ İLE RUH SAĞLIĞI VE BOZUKLUKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Ruh sağlığı ve bozukluklarıyla ilgilenen sosyologlar, geleneksel olarak özellikle psikiyatri ve psikoloji disiplinlerinden sağladıkları ölçümleri kullanırlar. Bunlar resmi istatistiksel bilgileri, belirti ölçeklerini, tanısız ölçümleri kapsar. Sosyologlar açısından temel soru, sosyal düzenlemelerin ruh sağlığını nasıl ve ne kadar etkilediğidir. Bu sorunun yanıtını bulmak için, sosyologlar sosyal güçlerin olumsuz sonuçları kadar, olumlu sonuçlarını da ortaya koymalı;

bireysel düzeydeki sonuçlardan sosyal düzeye doğru yönelmelidir.¹⁸

Sosyal sınıf ve sosyoekonomik düzey ile kötü ruh sağlığı arasında ilişki kurma çabaları sosyal psikiyatri ve sosyolojide başat bir eğilim olmuştur. Bu gelenek içinde sosyoloji ve tıp arasında yakın bir ilişki vardır. İlk olarak şizofreni ile sosyal sınıf arasındaki ilişki Faris ve Dunham tarafından gösterilmiştir.⁵ Ancak tek değişken sosyal sınıf değildir; cinsiyet, yaş, ırk, göçmen olma gibi değişkenler de vurgulanır.

Geleneksel olarak fiziksel ve ruhsal sağlıktaki eşitsizlikler dört grupta açıklanır:¹⁹⁻²¹

1. Hatalı değerlendirme (artefakt) açıklamaları: Sağlık alanında görülen eşitsizliklerin, karşılaştırma için kullanılan istatistiksel tekniklerle ilgili olduğunu öne sürer. Fakat son çalışmalar bu görüşleri desteklememiştir. Sağlıkla sosyal koşullar arasında nedensel bir ilişki vardır.

2. Seçicilik (selection) açıklamaları: Küçük yaşlardaki uzun süreli hastalıkların bireyin sosyoekonomik durumunu olumsuz etkilediğini, sosyal hareketliliğini zorladığını ve erişkinlikteki hastalığın da bu eşitsizliği sürdürdüğünü öne sürer. Sosyoekonomik durumu sağlık durumu belirler.

3. Kültürel/davranışsal açıklamalar: Eşitsizliklere neden olan davranışların yaşam biçimi ve kültürle ilgili olduğunu öne sürer.

4. Materyalist açıklamalar: Bir kişinin sosyoekonomik durumunun, özellikle maddi yoksunluğun düşük sosyal sınıftaki kişilerde kötü sağlık durumuna neden olduğunu vurgular.

Sosyal Sınıf ve Ruhsal Bozukluklar

Sosyal sınıfla ruhsal bozukluklar arasında bir ilişki olduğu kabul edilir. Hemen tüm sosyal sınıflarda duygu durumu bozuklukları tanısı eşit olarak konurken, şizofreni ile sosyal sınıf arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Faris ve Dunham 1930 ve 1940'lı yıllarda şizofrenide hem sosyal sınıfın, hem de sosyal izolasyonun önemini göstermiştir.⁵ Ancak Pilgrim ve Rogers'a göre daha sonra Clausen ve Kohn (1959) ile Weinberg (1960) sosyal izolasyonla ilgili bulguyu desteklememiştir. 1950'li yıllarda sosyal kayma kuramı ortaya konmuştur.⁵

Şizofreninin iyileşmesinde ve relapsında stresin önemli olduğu ortaya konmuştur. Düşük sosyal sınıftaki kişiler daha az olumlu yaşantılara sahip olduğundan, ruhsal sıkıntıya daha yatkın oldukları ileri sürülmüştür.

Anatolian Journal of Psychiatry 2006; 7:109-120

Sosyal sınıf ve ruh sağlığı çalışanları: Ruh sağlığı çalışanlarına başvuranların hangi sosyal sınıftan olduğu önemlidir. Yoksul hastalara şizofreni tanısı daha çok konmakta, psikososyal tedaviden çok biyolojik tedavi uygulanmakta, psikoterapi seçeneği daha az yeğlenmekte; bu hastalarda tedaviyi erken bırakma daha sık görülmektedir.²² Klinisyenler düşük sosyoekonomik düzeydeki insanları daha patolojik olarak değerlendirme eğilimindedirler.

Yoksulluk ve ruh sağlığı: Yatan hastalar arasında düşük sosyal sınıftaki kişiler daha yüksek orandadır. Yoksulluk sosyal sınıf ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi anlamada önemli bir odaktır; ruh hastalıklarının ve ruhsal sıkıntının sosyal öncüllerini anlamada da önemlidir. Bu öncüller olumsuz iş koşullarının etkisini, kötü yaşam koşullarının stresini, ırk gibi değişkenlerin etkileşimini kapsar.

İşle ilgili sorunlar iş yükü, işin tekdüzeliği, işsizlik korkusu, kaza riski, cinsel taciz, cinsel ayrımcılık, ırk ayrımcılığı, çalışan anne-babalardaki ikili rol stresi gibi sorunları kapsar.

Cinsiyet ve Psikiyatrik Bozukluklar

Kadınlara özellikle anksiyete ve diğer nevrotik bozukluklar olmak üzere daha çok psikiyatrik tanı konur. Kadınların aşırı vurgulanmasının iki temel nedeni vardır.²³

1. Hastane kayıtları: Psikiyatri servislerini kullananların ve yatırılanların sayısı bir kaynaktır. Kadınlar daha çok yatırılır. Bununla birlikte, tersine kadınlara şizofreni tanısı daha çok konur.²⁴

2. Toplum araştırmaları: Bu çalışmalar depresyon ve nevrotik bozuklukların kadınlarda daha yüksek oranda olduğunu gösterir. Evli kadınlarda sıkıntı yaşantısı daha yüksek orandadır.²⁵

Bu bulgular üç biçimde kategorize edilebilir:

* **Sosyal nedensellik: Toplum, kadınlarda ruhsal bozuklukların daha yüksek oranda görülmesine neden olur mu?** Kadının sosyal rolünün iki yönü önemlidir. Birincisi, kadınlar rollerini ve sorunlarını daha uzun ve derin düşündükleri için ruhsal sıkıntıya daha duyarlıdır.²⁶ İkincisi, kadınların bakım verici rollerini yerine getirdikleri ortamlarda ruh sağlığı daha kötü bulunmuştur.

* **Hatalı değerlendirme: Kadının aşırı düzeyde ortaya konması bir ölçüm hatası (artefaktı) midir?**

Evli kadınlarda ruhsal sıkıntı, evli erkeklerden daha yüksek düzeydedir. Evlilik biçimlerinde ve ilişkilerinde rol farklılaşması ve gücün payla-

şılması gibi özellikler risk ya da koruyucu etken olarak etki edebilir.

Genelde bekar erkekler evli kadınlardan, ruhsal bozukluklar için evli kadınlar evli erkeklerden, psikiyatrik olmayan hastalıklar için evli erkekler evli kadınlardan daha çok hastaneye yatırılır.⁵

Kadınlar erkeklerden daha çok yardım arama, sağlık kurumlarını kullanma, ruh sağlıklarıyla ilgili daha çok konuşma eğilimindedir.⁵ Belirtilerin ortaya çıkmasından yardım aramaya kadar geçen süre hastaların %20'sinde 1 yıldan daha uzundur.²⁷

* *Sosyal damgalanma: Kadınlar erkeklerden daha çok mu damgalanır?* Bazı araştırmacılara göre, kadınlar annelik ve ev hanımlığı gibi stereotipik cinsiyet rollerine uymada yetersiz kalırsa, ruh hastası olarak etiketlenmeye daha yatkın duruma gelir. Psikiyatride ve tıpta erkek üstünlüğü vardır ve feminist yazarlar bunun önemini vurgular. Kültüre bağlı olarak değişmekle birlikte, 'sağlıklı kadın' daha uysal, daha az bağımsız, daha kolay etkilenen, daha az saldırgan, daha az yarışmacı, görünümünde daha özsever, daha az nesnel olarak düşünülür.²⁸

Erkek terapistlerin %70'i "kadın" kavramını negatif, %71'i "erkek" kavramını pozitif olarak değerlendirmektedir. Erkek hekimlerin erkek hastalara sempatiyle baktığı da öne sürülmektedir. Yanı sıra sosyal çalışmacıların çoğu kadın olduğu için, kadınlarda zorunlu hastaneye yatışların olmadığı düşüncesi vardır.⁵

Erkekler ve Ruh Sağlığı

Erkeklerin ruh sağlığıyla ilgili çalışma ve tartışma azdır. Bu alanda var olanlar daha çok işsizlikle ilgilidir. Çünkü işsizlik, 'erkeksi kendilik imgesi' nedeniyle sosyal beklentilere uymaz.²⁹

Cinsiyet ve tehlikelilik: Ruhsal bozukluklar yönünden kadınlar, suç istatistikleri yönünden erkekler daha öndedir. Erkeklerin davranışı antisosyal davranış, şiddet ve cinsel saldırı, içkili saldırgan davranışla; kadınların davranışı kendine zarar verici davranış, depresyon, yeme bozuklukları ile daha çok birliktedir.⁵ Başkalarına karşı tehlikeli davranış erkeklerde daha siktir. Kendine yönelik tehlikeli davranış ise karışıktır; kadınlarda intihar girişimi, erkeklerde intihar davranışı daha çoktur.

Erkeklere kadınlardan daha erken yaşta tanı konur. Gelişmekte olan ülkelerde şizofreni tanısı erkeklerde, nevrotik bozukluk tanısı kadınlarda daha sık konmaktadır. Şizofreninin iyileşme oranı kadınlarda daha yüksektir.³⁰

İrk, Etnisite ve Ruh Sağlığı

Sosyal bilimler içinde *ırk* kavramı tipik olarak üstün bir toplum ve azınlıklar arasındaki ilişkiyi kapsayan 'ırk ilişkileri' için kullanılır. Buna karşılık, gruplar arasındaki sosyokültürel farklılıklar genellikle 'etnisite' olarak belirtilir. *Etnisite* terimi kolektif bir kimliği de gösterir. Farklı etnik grupların yaşam biçimleri, onların kendi kültürüne ve diğer kültürlerle ilişkilerine bağlıdır.³¹

Yakın zamana kadar birçok sosyolog ırk kavramını kullanmayı reddediyordu. Daha sonra gruplar arasındaki biyolojik ayırım için kullanılmaya başlanmıştır. Bu, ırksal gelişmenin bilimi olan *öjenik* (eugenics) ile ilgili olabilir. Nazi Almanyası'nda ruh hastalarının kısırlaştırılması ve öldürülmesi Alman tıp çalışanlarınca kışkırtılmış ve Nazi Hükümeti tarafından onaylanmıştır. Böylece öjenik ilkelerin etkilediği politikalar ırk ve ruhsal bozuklukları birlikte ele almıştır.³² Günümüzde birçok sosyolog, antropolog ve biyolog, insanlar arasında salt fiziksel farklılıkların olduğunu ve ırk kavramının tümüyle bırakılması gerektiğini savunmaktadır.³³

Azınlık grupları ve sağlıkla ilgili söylenenler daha çok kültürel farklılıklarla ilgilidir. Transkültürel psikiyatri, üstün (yerli) kültürün içinde sosyalize olan ruh sağlığı çalışanlarının farklı etnik grupları nasıl tedavi ettiğiyle ilgilidir.³⁴

Etnik azınlıklarda duygu durumu bozukluklarının görülme oranı beyaz Amerikalılara benzerse de, bunların uygun ve yeterli bakım alma oranı daha düşüktür.³⁵

İrk ve sağlık: Yirminci yüzyılın ikinci yarısında ülkeler arasında göçün artmasına bağlı olarak göçmenlerde psikiyatrik bozuklukların yaygınlığıyla ilgili çalışmalar çok artmıştır.³⁶ İngiltere'deki siyah ve etnik azınlıkların genel sağlığının yerli beyazlarınkinden daha kötü olduğu öne sürülmüştür.³⁷

ABD'deki Haitili göçmenlerin ruhsal bozukluklara daha duyarlı oldukları bulunmuştur.³⁸ Bunun birçok nedeninin olduğu düşünülür:

* *Genetik:* Sosyal bilimciler öjenik birliktelikten dolayı genetik açıklamalardan kaçınma eğilimindedir. Ancak bu alandaki çalışmalara göre, genetik olarak bazı ırksal grupların bazı hastalıklara daha duyarlı olduğu kabul edilmektedir.

* *Göç:* Göçün kendisi ve sonuçları hem fiziksel, hem de ruhsal olarak travmatik olabilir. Aynı ırktan ve aynı yerden kişilerin aynı yere göç etmesi, onların yeni ülkedeki yaşam biçimlerini ırksallaştırmalarına (yeni yerde değiştirmeme) yol açabilir.

* **Maddi dezavantaj:** Göçmenler eski durumlarına göre zenginleşirken, yerleştikleri toplumun (ülkenin) standartlarına göre yoksul olabirler. Düşük ücret, ev dezavantajı ve işsizlik, onları yoksulluğun sağlığa doğrudan etkilerine karşı duyarlı duruma getirebilir.

* **Kültürel etkenler:** Yeni ülkeye göre yaşam biçimi, sosyal destek ağı, akrabalık gibi özellikler sağlıkla ilgili kayıp ve kazançlara neden olabilir.

* **Irkçılık:** Irkın sağlığa etkisi iki yönlüdür: Birincisi, ırklarından dolayı zarar gören kişilerin stres, yaralanma ve ölüme yatkın olduğu doğrudan etki; ikincisi, iş ve evde ırksal ayrımcılığın yarattığı daha düşük sağlık giderleri.

Hastaneye yatışlarda ırk etkeni: Hastaneye yatışlar, farklı ırksal ve etnik gruplarla ilgili ruhsal bozuklukların bir ölçümü olarak kullanılmıştır. Hastaneye yatış kayıtları sıklıkla eksik ve yetersiz olduğundan, toplumdaki ruhsal bozukluklarının sıklığının ve yaygınlığının ancak zayıf bir göstergesi olabilir.

İngiltere’de göçmenlerin (Hintliler hariç) psikiyatri servislerine İngilizlerden daha yüksek oranda yatırıldığı bulunmuştur.³⁹ Irklar arasındaki farklılıkların nedenlerinden biri, kültürel farklılıktır. Asya kökenlilerde kadercilik ve psikolojik güçlülük vardır, bunlar damgalanma korkusundan dolayı hekimlerle/hastanelerle ilişkiden kaçınırlar.

İkinci neden, yabancı bir sosyal çevreyle ilgili sıkıntıya karşı gösterilen aşırı duyarlılıktır: Sosyal yoksunluk, uygun olmayan iş ve ev koşulları, ev dışında karşılaşılan ırksal ayrımcılık sosyal çevreye uyumu olumsuz etkiler. Siyahlarda ırktan kaynaklanan stresin ruh sağlığını olumsuz olarak etkilediği bulunmuştur. Asyalı kadınlarda sosyal izolasyon ve kültürel farklılıklar, erkeklerde işsizlik ya da farklı ırktan olmanın yarattığı rahatsızlığın bir sonucu olarak güçsüzlük duygusu önemlidir. Fakat ırkı ve güçsüzlüğü öne çıkaran *basit sosyal stres varsayımı* ruhsal bozukluk verileri için yeterli görülmez.⁵

Üçüncü bir neden, etnisiteye göre ruhsal sıkıntıya daha duyarlı olmaktır. Bu açıklama özellikle siyah ırk için yapılmıştır.⁴⁰

Bir kişinin ruh hastalığıyla etiketlenmesi, etiketlenenle etiketlenen arasındaki kültürel uzaklığı artırır. Genel olarak azınlık etnik grup üyeleri yerli gruptan daha çok etkilenir.

Psikiyatriyle İlişkinin Doğası

Hastaneye kabul (yatış) tipi: Birçok hasta, psikiyatri kliniklerine isteğe bağlı hasta olarak kabul

edilir. Bu hastalar tedaviyi reddetme ya da istediklerinde taburcu olma hakkına sahiptirler. İngiltere’de zorunlu yatışların oranı %8’dir.⁴¹

Tanı: Tüm psikiyatrik tanımlar kendiliğinden incelenmesini kapsadığı için damgalama eğilimindedir. Psikotik bozukluklar nevrotik bozukluklardan daha damgalayıcıdır. Siyahlarda psikoz tanısı daha yüksek oranda konur. Bu durumun üç açıklaması olabilir:⁵

1. Siyahlar ruhsal bozukluklara beyazlardan daha sık yakalanır. Tanısal geçerliliğinin ön koşulu, bir hastalığın bilinen bir nedeninin olmasıdır. Şizofrenide etiyolojik özgüllük eksiktir, bilinen bir nedeni yoktur. Bu nedenle siyahlardaki gerçek sıklığın gösterilmesi olasılığı zayıftır.

2. Siyahlar ruhsal bozukluklara beyazlardan daha sık yakalanır, fakat yanlış tanı konur: Şizofreni ve diğer psikotik hastaların hastaneye yatış oranlarının, bu bozuklukların toplumdaki sıklıklarını yansıtması gerekli değildir. Hastane kayıtları tanısal uygulamalardaki eğilimleri yansıtabilir. Psikiyatristlerin etnosentrik görüşleri şizofreni gibi yanlış bir tanıyla sonuçlanmış olabilir.

3. Psikiyatrik kuram ve uygulama geniş bir ırkçılığın parçasıdır: Salt psikiyatristlerin tanısal uygulamaları değil, psikiyatrik tanı kategorilerinin oluşturulması ve içeriği de sorun olarak görülmektedir. Bu sorunun geçmişte ve günümüzde, ırk ve kültürle ilgili bozukluk kategorilerine bağlı olduğu çeşitli örneklerde görülür. Örneğin, İngiltere’de psikoz ‘olağan anlatımın aşırılığı olarak anlaşılabilen’ bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanır. Burada ‘olağan’ kavramı yerli (beyaz) grupların sayısı, statüsü ve gücü temelindedir. Bu nedenle İngiltere’de ‘olağan’ terimi beyaz derili olmayı gösterir. Gerek DSM, gerekse ICD sistemleri ilk başlarda Alman psikiyatrisinden etkilenmiştir.

Tedavi: Bir suç nedeniyle hastaneye gönderilme psikoz tanısı koymaya bir ön hazırlık yaratır. Temel olarak siyahlar beyazlara göre daha katı ve cezalandırıcı biçimde tedavi edilir. Siyahlar için fiziksel tedaviler, antipsikotik ilaç kullanma, parenteral ilaç uygulanması, kapalı servislerde yatırma daha sıktır.^{42,43}

Asyalı kadınlar ve somatizasyon: Asyalı kadınlar ruhsal sıkıntılarını genellikle bedensel yakınmalar biçiminde ortaya koyar. Ancak ortaya konan bu belirtiler birçok nedenden dolayı belirsizlikler taşır.⁴⁴

* Ruhsal bozukluğun tanınmaması,

* Fiziksel hastalıkla duygusal durumlar arasındaki ilişkinin tanınmaması,

* Ruhsal sıkıntının kısmen tanınmasına karşın, bozukluğun bedensel belirtilerle sunulması,

* Ruhsal belirtilerin biyomedikal yönelimli hekimlere yansıtılmaması.

Fiziksel belirtilerin gerçek bir ruhsal bozukluğu gizlemesine karşın, hekimler altta yatan ruhsal bozukluğa tanı koymak ve bunu tedavi etmek zorundadır.

İrlandalılar ve psikiyatri: İngiltere'ye göç eden İrlandalılara en çok konulan tanılar şizofreni, nevrotik bozukluklar, kişilik bozuklukları, depresyon, diğer psikozlar ve alkol bağımlılığıdır.⁴⁵ Yatırılma oranı yüksektir.⁴⁶ Bu tür bozuklukların ve yatırılma oranının yüksek olmasının nedenleri arasında yoksulluk, açlık, bazı tepki isyanlarının askeri güçle bastırılması, göçe zorlanma vardır. Bu durum bireysel ve toplumsal düzeyde kimlik kriziyle de iç içedir.

Yaş ve Ruh Sağlığı

Duygular ve birincil toplumsallaşma: Çocukluk boyunca iki etken ruh sağlığı konusuyla yakından ilgilidir: Birincisi, gençlerin duygusal yaşamı, ikincisi birincil toplumsallaşmadır.

Freud'un kuramı, yapısal işlevselcilikten Neo-Marksizme kadar birçok sosyal kuramı etkilemiştir. Psikanaliz, bireyin içsel yaşamını dış sosyal ortama bağlayan bir kuram ortaya koyar. Freud'a göre, uygarlık cinsel istek ve öldürücü saldırganlık gibi dürtülerin özgürce ortaya konmasını yaşanmasını sınırlar. Bu sınırlamalar çocuğun antisosyal duygularını bastırması gereksinmesine neden olur. Duygular ve sosyal uyum arasındaki bu mücadele nevroz gelişmesine yol açar. Ancak Freud'un kuramı sınırlı bir sosyal kuramdır. Freud'un vurgusu, bastırmaya ve nevroza neden olduğunu öne sürdüğü uygarlıktadır. Herkes az ya da çok nevrotiktir.⁵ Ruhsal bozuklukların ilkel toplumlarda daha az görülmesini, uygarlığın daha yüksek düzeyde organizasyon ve zihinsel üretim gerektirmesine, özgür ve daha az çatışmanın olduğu bir yaşama bağlama eğilimi vardır.⁴⁷

Sosyoloji ve psikolojide çocukluk döneminin yaşamın özel bir dönemi olduğu konusunda görüş birliği vardır. Çocuk yaşadığı sınıf, toplum ve kültürün etkisiyle toplumsal kuralların çoğunu öğrenir. Cinsiyetini benimseyerek buna uygun davranışlar kazanır. Başkalarının yanında yeterli ve etkili bir performans ortaya koymak için yavaş yavaş bedenini ve duygularını kontrol etmeyi öğrenir, kimlik duygusu gelişir. Toplumsallaşma, çocuğun toplumda nasıl uygun biçimde davranacağını öğrenmesi, güven duygusu

kazanmasıyla ilgilidir; toplumun kültürünü benimsemesidir.

Toplumsallaşmanın ruh sağlığıyla ilişkisi, çocukların uygun ve yeterli biçimde davranması, kurallara ve normlara uymayı öğrenmesidir. Bir başka yönü ise, çocukların duygularını kontrol etmeyi öğrenmeleridir. Sonraki yıllardaki normallik beklentisi, insanların sosyal rollerinde yeterli olmalarını gerektirir.⁵

Çocuklukta cinsel kötüye kullanım ve ruh sağlığı: Cinsel kötüye kullanıma ile sıkıntı arasındaki ilişki bir etken olarak gözden geçirilebilir, fakat bu tüm kurbanların aynı sonucu yaşayacaklarını göstermez. Bireyler arasında kötüye kullanılmaya yanıtta, kötüye kullanımın şiddetinde ve süresinde, kötüye kullanılanla ilişkisinde ve sonlanmada farklılıklar vardır.

Cinsel kötüye kullanıma, çocuk kurbanları daha çok saldırganlığa, cinsel yönden daha çok uygunsuz davranışa, daha çok cinsel saldırganlığa yöneltebilir. Çeşitli çalışmalar kurbanların çocukluk yıllarındaki sorunlarının erişkin yaşamda yansıdığını göstermiştir. Erişkin yaşamda madde kötüye kullanımı, depresyon, fobik bozukluk, dissosiyatif bozukluk; toplam olarak bakıldığında herhangi bir psikiyatrik bozukluk toplumdaki daha yüksek oranda görülmektedir. Bazılarına göre, çocukluk yıllarında cinsel kötüye kullanıma ile psikiyatrik bozuklukların yaygınlık oranları arasında yakın ilişki vardır.⁴⁸⁻⁵⁰

Sosyal yeterlilik: Erişkinlikte toplumun beklentilerine, kurallarına, normlarına uygun düşünülmesi ve davranılması beklenir. Ancak ruhsal bozukluklar davranış ve düşünce üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Bir hastanın sosyal yönden yeterliliği kültürle, ruhsal bozukluklara bakış açısıyla yakından ilgilidir.

Yaşlılık: Bireyin ileri yaşlarında, önceki yıllarına göre sosyal yeterliliğindeki azalma ve bozulma miktarı önemlidir. Nörolojik bozukluğu olmayan, bilişsel sorunlu birçok yaşlı hasta vardır. Bunları fiziksel tehlikelerden korumak ve yaşam kalitelerini artırmak için sosyal destek gereklidir.

Yaşlılarda depresyon bunamadan daha yaygındır. Birçok yaşlı, depresyonu bir psikiyatrik bozukluk olarak görmez.⁵¹ Birden çok hastalığı olan yaşlıların kullandıkları ilaçlar depresif duygu durumu artırabilir, bunlarda intihar oranları da yüksektir. Fakat yaş ilerledikçe, bunama oranı artar.⁵ Toplumdaki yaşlılarda depresyon oranlarının yüksek olması çeşitli nedenlere bağlı olabilir:

* Yaşla birlikte artan fiziksel hastalıklar yaşlıları

depresyona daha duyarlı yapabilir.

* Yaşlılar eşlerini, arkadaşlarını, çocuklarını kaybetmiş olabilir. Yaşlılarda depresyon, yas ya da onun bir parçası olarak düşünülebilir.

* Maddi güçlükler yoksul yaşlıları depresyona daha eğilimli yapar.

* Güvenli ve oturmuş ilişki eksikliği/yokluğu depresyona duyarlılığı artırır.

* Kötüye kullanıma (bakım) ve ihmal %8-17 arasındadır ve depresyona temel hazırlar.

Psikiyatrik Tedavi

Psikiyatrik tedavinin kısa sosyal tarihçesi: Eski Roma'da duygusal yönden acı çekenlerin bedenleri araştırılırken, bir yandan da iyi danışmanlık hizmeti verilmeye çalışılmış,⁵² 18. yüzyılda biyolojik tedaviler ya da bazı ruhsal tedaviler ayrı ayrı, ya da birlikte kullanılmış; 19. ve 20. yüzyılda ruhsal bozuklukları beyin bozuklukları olarak kabul edildiği için tedavi buna göre yapılmıştır. Bu dönemde ruhsal tedavilere ilgi yoktu, ya da çok azdı.⁵³

Birinci Dünya Savaşı ile savaş nevrozunun ve daha sonra travma sonrası stres bozukluğunun ortaya çıkması ruhsal tedaviye ilgiyi artırmıştır.⁵ Fakat II. Dünya Savaşı'ndan sonra ruhsal etkenlerin etiyolojik rolü göz ardı edilmiştir.

1950'li yıllarda antipsikotikler hastane kapılarını açarak hastaların toplumda tedavisini ve bakımını kolaylaştırmıştır. Günümüzde de biyolojik tedaviler daha çok uygulanmaktadır.⁵⁴

Psikiyatrik tedavinin eleştirisi: Son zamanlarda ruhsal bozukluklar daha geniş sosyal ve kültürel etkenlere bağlanmış, bunun ardından tedaviyle ilgili eleştiriler de artmıştır.⁵

* Biyolojik tedaviler ve psikoterapiler arasında hala geniş ve çözümlenmemiş bir gerginlik vardır. Biyolojik tedavilerin üstün tutulması, bazı hastalarda hoşnutsuzluğa yol açmıştır.

* İlaçların yan etkileri önemlidir.

* Her yaklaşım, sıkıntıyı azaltmada ilaçların tek başına yetersiz olduğunu öne sürmüştür.

Biyolojik tedaviler neden daha üstündür? Hastaların %98'ine biyolojik tedaviler uygulanırken, psikoterapiler salt %60'ına uygulanmaktadır. Bu konuyla ilgili özellikler şöyle özetlenebilir:²⁷

1. On dokuzuncu yüzyılda ruhsal bozuklukların tıbbileştirilmesi biyolojik vurguyu güçlendirdi. Biyolojik tedavilerin kullanılması *biyodeterministik etiyolojik kuramla* uyumludur. Böyle bir yaklaşım inandırıcı değilse, o zaman ruhsal hastalık gerçekte sosyal, eğitimsel ya da var

oluşçu bir sorundur. Bunun bir göstergesi psikanalizdir.

2. 1960'lı yıllarda ruh hastalıkları hastaneleri yoğun saldırılara uğradı. Bu durum servis modelini doğurdu.

3. Biyolojik tedaviler meşrulaştırılmakta ve kazanç dürtüsüyle desteklenmektedir.⁵⁵

4. Yüksek harcamalara karşın, ilaç tedavisi hala ucuz bir seçenektir.

5. Yıkıcı davranışlarda bulunan ve işbirliği yapmayan hastalarda biyolojik tedaviler uygundur, dirençli hastalarda uygulanması daha kolaydır; sosyal kontrol için grup tedavisi uygundur.

6. Nöropsikiyatrik hastalığı olanlarda pahalı teknoloji uygulanması biyolojik indirgemeciliği destekler.⁵⁶

Antiansiyete ilaçlar: Bağımlılık, sedasyon yapma, çekilme belirtileri yaşlılarda konfüzyon, epileptik nöbet gibi yan etkileri vardır.⁵⁷ Sosyologlar özellikle benzodiyazepinlerin kabul edilebilirliği ve kullanılmasındaki süreçleri, kurumları, sosyal etkilerin önemini ve rolünü aydınlatmışlardır.⁵⁸

Antipsikotikler: Bazı antipsikotiklerin ekstrapiramidal sistem belirtileri, ölüm gibi ciddi tehlikeleri sosyolojik ilgi içindedir. Antipsikotiklerin tehlikelerine karşın, değişmeye mesleksel bir direnç vardır. Antipsikotiklerin kullanılmasında mesleksel üstünlük duygusu ve damgalama önemli sorunlardır.⁵⁹ İkisi de hastaların sosyal durumlarının güçsüz olmasına dayanır. Sonuçta psikiyatristler, hastaların yan etki yakınmalarına dikkat etmeyip ilaçların etkinliğiyle ilgilenme eğilimindedirler; yan etkileri hastalık belirtilerinden daha az sıkıntı verici bulurlar.^{5,60}

Yan etkiler dışında, antipsikotiklere uyumun sosyolojik önemi vardır. Psikiyatri hastalarında ilaca uyumsuzluk önemli bir sosyal sorun olarak ortaya çıkar. İlaçlar, toplum için tehdit olarak görülen hastaların ele alınmasında ve kontrol edilmesinde değerli bir araç olarak görülür. Ancak ilaç tedavisine aşırı güven, biyolojik tedavinin sonuçlarının klinisyenlerce yadsınması, ya da mantıksallaştırılmasıyla ilgili sorunlara da neden olabilmektedir.

Depo hastanelerin kapatılması ve hastaların toplumda bakılması, antipsikotiklerin kabul edilen etkinliğini doğrulamıştır. Günümüzde daha güvenli antipsikotikler vardır.

Antidepresanlar: Yan etkileri çok olan trisiklik antidepresanların yerini günümüzde seçici serotonin gerilim önleyicileri ve diğer yeni kuşak antidepresanlar almıştır. Psikoterapiyle birlikte ya da tek başına kullanılabilirler.

Ruhsal tedaviler: Psikoterapilerde iki iatrojenik sorun ortaya çıkar: Deteryorasyon etkisi ve terapistler tarafından cinsel kötüye kullanma.⁶¹ *Deteryorasyon etkisi*, tedavinin normal gidişi sırasında belirtilerin kötüye gitmesidir ve psikotik hastalarda daha sık görülür.⁶² Bu durumda terapötik gerileme görülebilir. Psikoterapi bireysel bir tedavi biçimidir.

İlaçların, psikoterapinin ve davranış tedavilerinin etkinliğiyle ilgili çeşitli eleştiriler vardır.^{5,63,64}

Tedavinin ahlaksal yönleri: Psikiyatri hizmetini vermenin bir ucunda zorla tutulan ve zorla tedavi uygulanan, diğer ucunda tedavi olanaklarından yararlanmak için isteyerek başvuran ayaktan hastalar vardır. Bu iki ucu ayıran şey özgür seçimdir. Psikiyatri kliniklerinde aydınlatılmış onayın olup olmadığını anlamak için beş soru sorulmalıdır.⁶⁵

1. Hasta kendisi hakkında karar vermede yeterli mi?
2. Kendilerinin farkında olduklarını kabul ettikleri profesyoneller ve akrabaları, hastaya karşı ahlaksal olarak davranmış mı?
3. Profesyoneller hastaya kapsamlı ve anlaşılır bilgi vermiş mi?
4. Hastalara psikiyatrik tedavi uygulanırken baskı ya da zorlama olmuş mu?
5. Profesyoneller sağladıkları belirlenmiş davranışlar için onay almış mı?

Bu soruların yanıtı için tek tek gözden geçirmek uygun olur.

İçgörü: İçgörü, bir anlamda hastanın hekimiyle aynı görüşte olmasıdır. Profesyoneller hastanın içgörüsünün olmadığına inanırsa, tedavi için hastadan onay almayabilir. Ruhsal bozukluklar profesyoneller tarafından epizodik olarak kabul edilir. Profesyoneller içgörüsü yetersiz olan hastaların bazı konularda yeterli olabileceğine inanır. Bu durumda hekim hastanın durumunun farkında olduğundan, ya da olmadığından nasıl emin olacaktır? Zayıf içgörüyle bilişsel bozukluklar arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır.⁶⁶

Psikiyatristler hastaların duyarlılıklarına ve gereksinmelerine uygun olarak etik davranmayabilirler. Antipsikotiklerin yan etkileri konusu ve terapistlerin hastaları kötüye kullanma olasılıkları bunun örneklerindedir. ABD'de hastaların %60-70'i verilen bilgiden hoşnut değildir. Bu hoşnutsuzluk ilaç, elektro-konvulzif tedavi (EKT) ya da psikoterapiyle ilgili olabilir.²⁷

İngiltere'de hastaların çok azı zorla tutulur. Fakat bu hastalara istekleri dışında enjeksiyon, EKT ya da psikoşürji uygulanabilir zorlanabilir.

Kliniklerdeki tüm etkinlikler ve girişimler hastanenin politikalarıyla belirlenir. Biyolojik yönelimli psikiyatristler ilaçlar, psikoterapistler teknikleri hakkındaki sorulardan kaçınabilir. Hastalardan alınacak bilgilendirilmiş onay genel değil, tedavinin tüm bileşenleri için ayrı ayrı olmalıdır.

Tedavinin sosyal özelliklerle ilişkisi

Ruh sağlığı hizmetlerine yüklenen damgalanmanın ışığında psikiyatrinin rolü, sosyal olarak yıkıcı davranışı kimi zaman zorla kontrol altına almaktır. Fakat psikiyatrik hizmet almaya daha yatkın olan bazı gruplar da vardır.⁵

1. Siyah ve etnik azınlıktan olanlar daha çok yatırılır ve daha çok biyolojik tedavi uygulanır.
2. Yatan hastalar genellikle işsiz ve yoksuldur.
3. Zorla tedavi erkeklere daha çok uygulanmakla birlikte, kadınlar daha çok yatırılır.

İsteyerek ayaktan tedavi uygulamasında daha farklı bir görüntü vardır.⁶⁷⁻⁶⁹

1. Uzun süreli psikoterapi yaş, siyah ırk ve eğitim süresiyle ters orantılıdır.
2. ABD'de siyah ve Hispanik kadınlar ayaktan tedavi olanaklarını beyaz kadınlardan daha az kullanır.
3. Siyah ırktan gaziler travma sonrası stres sorunları için beyazlardan daha az yoğun tedavi görür.
4. Siyahlar aile tedavisini beyazlardan daha erken bırakır. Bu durum, aile tedavisinde kültürler arası danışmanlığın yetersizliğiyle ilgilidir.

Psikiyatrinin Organizasyonu

Hastane sosyolojisi: Modern Batı toplumlarında hastane, sağlık bakımının verilmesi, sağlık çalışanlarının eğitimi ve tıbbi araştırma için temel kurumdur. Bu kurumları gözden geçirirken, sosyologlar genel hastane çalışma modelini kullanma eğilimindedir.

Yüksek teknoloji araçlarıyla donatılmış modern hastane, prosedürleri oluşturur; özelleşmiş beceriler sıklıkla bilimsel gelişmelerin bir sonucu olarak görülür. Bu varsayım, modern hastanenin Weber'in 'bürokratik organizasyon' düşüncesinin bir örneği olduğu yorumuyla birçok sosyoloğa önderlik etmiştir. Sosyologlar Weber'in ideal tipinden etkilenen modern hastanenin özelliklerini belirlemişlerdir. Pilgrim ve Rogers'a göre Perrow (1965) genel hastanelerin üç belirgin özelliğini tanımlamıştır.⁵

1. Karmaşıklık: Hastanelerin işlevlerinin belirlenmesinde üç etken önemlidir: Amaçlara yön veren kültürel sistem, teknoloji ve organizasyon

yapısı. Hastaneler teknoloji ve yapı arasında karşılıklı bağımlılık temelinde çalışır. Bunların etkinliği verilen hizmetin tipini belirler.

2. Hastaneler Durkheim'ın 'organik birlik' adını verdiği son derece özelleşmiş bölümlerle karakterizedir. Bölümler arasındaki rol ve görev sınırı kesindir.

3. Hastanelerde otoriter bir yapı ve hiyerarşik bir sistemi vardır.

On dokuzuncu yüzyılda yaygınlaşan depo hastanelerinin yapısı, organizasyonu ve genel işleyişi ideal genel hastane tipine uygun değildi. Sonraki yıllarda ruhsal bozukluklarla ilgili düşünceler değişmeye başladı. Genel bir anlamı olan 'insanlık kaybı' kavramı, yerini daha dar kapsamlı bir kavram olan 'self kontrol kaybı'na bıraktı. Bu hastaneler hızla kronik hastalarla doldu. Giderleri azaltmak için politik baskılar başladı. Eleştiriler artınca sistem tıkandı.

Ruh sağlığı hastanelerinde yaşamın tüm etkinlikleri aynı yerde, başkalarının varlığında sürdürülür. Bunlar hastaların gereksinmelerinden çok, kurumun amaçlarına uygundur. Çalışanlarla hastalar arasında katı bir sınır vardır. Ruh sağlığı hastanelerine yatma bir anlamda kendiliğin küçük düşmesi olarak görülür. Hastalar apatik, edilgen ve sosyal çekilme içindedir.

Depo hastanelerin içine düştüğü krize yanıtlardan en önemlisi II. Dünya Savaşı sırasında 'tedavi edici ortam'la İngiltere'de ortaya çıkmıştır. Tedavi edici ortamla, geleneksel hastane uygulamalarının bir sonucu olarak hastaneye bağımlı duruma gelen hastaları yeniden toplumsallaştırma gereksinmesi ve bir iyileştirici ajan olarak hastane ortamının kullanılması amaçlanmıştır. Kliniğin sosyal yapısı, grup atmosferi, çalışanlarla hastalar arasındaki katı hiyerarşiyi kırma girişimleri bu alanda önemli yenilikler olmuştur. Fakat grup çalışması ve sosyal çevre aşırı düzenli kurumsal ilişkileri değiştirmede etkili olmamış ve bu eksiklikler İtalya'daki psikiyatri reformuna temel oluşturmuştur. Tedavi kurumları eski önemini yitirmiş, bu sonuçla ilgili olarak çeşitli nedenler öne sürülmüştür: Farmakolojik devrim, ekonomik determinizm, akut sorunlara ağırlık verme, ruhsal tedavilere dönüş. Sonuçta antipsikotiklerin kullanılması yaygınlaşmış, toplum bakımı akut ve daha az ciddi sorunu olanlara yönelmiştir.

Ruh Sağlığı Meslekleri

Ruh sağlığı meslekleri tartışılırken iki belirsizliğe dikkat çekilir: Birinci sorun mesleğin kendisiyle ilgilidir. Onlar ne yapıyorlar? Sıkıntıyı hafiflet-

mekle mi, davranış sapmasını kontrol etmekle mi, yoksa her ikisiyle de mi ilgileniyorlar? Bu rollerin her birinde etkinlik düzeyleri nedir? Onların işi kiminle (kendileri, hastaları, aileler, toplum, asker) ilgilidir? Onlar tarafsız, iyi huylu hekimler mi, yoksa sosyal uyuma yönelik yansız uygulayıcıları mı, daha geniş eşitsizliklerin (cinsiyet, sınıf, ırk) temsilcileri midir? Onlar kişiliği ezer mi, onu etkiler ya da yapısallaştırır mı?

İkinci sorun, bu sorulara yanıt bulmaya çalışmada sosyologların görüş birliğinde olmamalarıdır. Bu belirsizlikler ruh sağlığı meslekleriyle ilgili tartışmaların varlığını gösterir.

Geleneksel epidemiyolojik araştırmalara göre, ruh sağlığı alanındaki eşitsizlikler mesleksi tartışma ya da girişimlerden bağımsız olan sosyal gruplar arasındaki sosyoekonomik etkenlerin ortaya koyduğu gerçek farklılıklardan köken alır. Profesyoneller bu farklılıklara tanrı koyar ve yanıt verir. Bu durumda sosyal gruplar arasında ruh sağlığı alanındaki görünür farklılıkların, sosyal eşitsizliğin gerçek sonuçları olup olmadığıyla ilgili sorunları nasıl çözeriz?

Dünyada hiçbir ülkede ruh sağlığına sağlık ve toplum politikalarının parçası olarak öncelik verilmemiştir. Ruh sağlığı sağlığın temel bir parçası olmasına karşın, fiziksel sağlığa ikincildir. Ruh hastası tüm dünyada hizmet sistemi sıralamasının alt sıralarındadır. Onlara karşı yaygın tutum son derece olumsuzdur. Bunun sosyal sonuçları damgalama, izolasyon ve reddetme olabilir.⁷⁰

Dünyadaki ülkelerin %40'ında ulusal ruh sağlığı politikası, %30'unda ilgili eylem programı, %25'inde yasal düzenleme yoktur. Ruh sağlığı tedavi ve bakım olanakları şimdi ülkelerin %87'sinde birincil bakım düzeyinde vardır. Psikiyatrik yatakların üçte birinden çoğu geleneksel psikiyatri hastanelerinin dışındadır.⁷¹

SONUÇ

Bilimsel bilgiler belirli disiplinlerin olduğu kadar, disiplinler arası işbirliğinin ürünleri olarak da ortaya çıkar. Bireyin bireysel ve sosyal yönlerinin daha iyi tanınması için psikiyatriyle sosyolojinin işbirliği yapması gereklidir. Psikiyatriyle sosyolojinin işbirliği içinde çalışmasının gerekliliği kabul edilirken, yeterli bir işbirliği yoktur. Psikiyatrinin ve onun bir dalı olan sosyal psikiyatrinin gelişmesi, psikiyatrik bozuklukların sosyal yönlerinin daha iyi tanınmasını sağlayacaktır. Böylece bu bozuklukların dağılımını etkileyen etkenler ve risk etkenleri daha iyi anlaşılacak, sonuçta bu hastaların ele alınması

ve tedavisi daha iyi sağlanabilecektir. İşbirliği ile psikiyatri alanında çalışanların ve çalıştıkları

hastanelerin hastaların gereksinmelerine uygun biçimde düzenlenmesi de olası olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Bloom SW. The relevance of medical sociology to psychiatry: a historical view. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193:77-84.
2. House JS. Understanding social factors and inequalities in health: 20th century prospects. *J Health Soc Behav* 2002; 43:125-142.
3. Pilgrim D, Rogers A. The troubled relationship between psychiatry and sociology. *Int J Soc Psychiatry* 2005; 51:228-241.
4. Angermeyer MC, Kluge H, Riedel-Heller SG, Roick C. Social psychiatry without sociology. Analysis of a scientific journal. *Psychiatr Prax* 2004; 31:420-424.
5. Pilgrim D, Rogers A. *A Sociology and Mental Health and Illness*. İkinci baskı, Trowbridge, Redwood Books, 1999.
6. Lees S. How lay is lay? Chinese students' perceptions of anorexia nervosa in Hong Kong. *Soc Sci Med* 1997; 44:491-502.
7. Castel F, Castel R, Lowell A. *The Psychiatric Society*. New York, Free Press, 1979.
8. Field Institute. *In Pursuit of Wellness: A Survey of California Adults*. Sacramento, California Department of Mental Health, 1984.
9. DYG Corporation. *Public Attitudes toward People with Chronic Mental Illness*. Elmsford, NY DYG Corporation, 1990.
10. Ryle A. *Cognitive-Analytical Therapy: Active Participation in Change*. Chichester, Wiley, 1990.
11. Wallece RA, Wolf A. *Contemporary Sociological Theory*. New Jersey, Prentice-Hall, 1999.
12. Scott J. *Sociological Theory: Contemporary Debates*. Aldershot, Edward Elgar, 1995.
13. Layder D. *Understanding Social Theory*. London, Sage Publication, 1995.
14. Becker H. *Through Values to Social Interpretation*. Durham, Duke University Press, 1950.
15. Horkheimer M. *Critical Theory-Selected Essays*. New York, Continuum Pub., 1999.
16. Bryant C, Jary D. *Giddens' Theory of Structuralism, A Critical Appreciation*. London, Routledge, 1991.
17. Brown P. Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. *J Health Soc Behav* 1995; Extra Issue:34-52.
18. Horwitz AV. Outcomes in the sociology of mental health and illness: where have we been and where are we going? *J Health Soc Behav* 2002; 43:143-151.
19. Bartley M, Blane D, Davey-Smith G. Beyond the Black Report. *Social Health Illness* 1998; 20:563-577.
20. Power C, Matthews S, Manor O. Inequalities in self-related health in the 1958 birth cohort - lifetime social circumstances or social mobility? *BMJ* 1996; 313:449-453.
21. Illsley R. Social class, selection and class differences in relation to stillbirths an infant death. *BMJ* 1986; 229:1520-1524.
22. Pilgrim D. *Psychotherapy and Society*. London, Sage, 1997.
23. Page S. Gender and support for mental health research. *Can J Psychiatry* 1993; 38:665-670.
24. Pearson V. Goods on which one loses: women and mental health in China. *Soc Sci Med* 1995; 41:1159-1173.
25. Blaxter M. *Health and Lifestyles*. London, Routledge, 1990.
26. Gove W. Gender differences in mental and physical illness: the effects of fixed roles and nurturant roles. *Soc Sci Med* 1984; 19:77-91.
27. Rogers A, Pilgrim D, Lacey R. *Experiencing Psychiatry: Users' Views of Services*. London, Macmillan, 1993.
28. English B, Ehrenreich D. *Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness*. London, Writers and Readers, 1976.
29. Hayes J, Nutman P. *Understanding the Unemployed*. London, Tavistock, 1981.
30. World Health Organization. *Schizophrenia: An International Follow-Up Study*. Chichester, Wiley, 1979.
31. Anthias F. Connecting race and ethnic phenomena. *Sociology*, 26:421-438.
32. Meyer JE. The fate of the mentally ill in Germany during the Third Reich. *Psychol Med* 1988; 18:575-581.
33. Giddens A. *Sosyoloji*. H Özel, C Güzel (yay. haz.), Ankara, Ayraç Yayınevi, 2000.
34. Rack P. *Race, Culture and Mental Disorder*. London, Tavistock, 1982.
35. Miranda J, Lawson W, Escobar J, NIMH Affective Disorders Workgroup. Ethnic minorities. *Ment Health Serv Res* 2002; 4:231-237.
36. Hutchinson G, Haasen C. Migration and schizophrenia: the challenges for European psychiatry and implications for the future. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:350-357.
37. Smaje C. The ethnic patterning of health: new directions for theory and research. *Soc Health Illness* 1996; 18:139-171.

38. Desrosiers A, St Fleurose S. Treating Haitian patients: key cultural aspects. *Am J Psychother* 2002; 56:508-521.
39. Cochrane R. Mental illness in immigrants to England and Wales: an analysis of mental hospital admissions 1971. *Soc Psychiatry* 1977; 12:2-35.
40. Sashidharan SP. AfroCaribbeans and schizophrenia: the ethnic vulnerability hypothesis re-examined. *Int Rev Psychiatry* 1993; 5:129-144.
41. Cope R. The compulsory detention of Afro-Caribbeans under the Mental Health Act. *New Comm* 1989; 15:343-356.
42. Bolton P. Management of compulsorily admitted patients to a high security unit. *Int J Soc Psychiatry* 1984; 30:77-84.
43. Mohan D, Murray K, Taylor P, Stead P. Developments in the use of regional secure unit beds over a 12-year period. *J Forensic Psychiatry* 1997; 2:321-335.
44. Fenton S, Sadiq-Sangster A. Culture, relativism and mental distress. *Soc Health Illness* 1996; 18:66-85.
45. Cochrane R, Bal S. Mental hospital admission rates of immigrants to England: a comparison of 1971 and 1981. *Soc Psychiatry* 1989; 24:2-11.
46. Bracken PJ, Greenslade L, Griffen B, Smyth M. Mental health and ethnicity: an Irish dimension. *Br J Psychiatry* 1998; 172:103-105.
47. Raimundo Oda AM, Banzato CE, Dalgalarondo P. Some origins of cross-cultural psychiatry. *Hist Psychiatry* 2005; 16:155-169.
48. Lundqvist G, Hansson K, Svedin CG. The influence of childhood sexual abuse factors on women's health. *Nord J Psychiatry* 2004; 58:395-401.
49. Katerndahl DA, Burge S, Kellogg N. Psychiatric comorbidity in women with a history of childhood sexual abuse. *J Child Sex Abus* 2005; 14:91-105.
50. Sar V, Akyuz G, Kundakci T, Kiziltan E, Dogan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2271-2276.
51. Marwaha S, Livingston G. Stigma, racism or choice. Why do depressed ethnic elders avoid psychiatrists? *J Affect Disord* 2002; 72:257-265.
52. Sedgwick P. *Psychopolitics*. London, Pluto Press, 1982.
53. Bean P. *Compulsory Admissions to Mental Hospital*. Chichester, Wiley, 1980.
54. Busfield J. *Managing Madness*. London, Hutchinson, 1986.
55. Phillipson C. Developing a political economy of drugs and older people. *Ageing Soc* 1989; 9:431-440.
56. Healy D. *The Anti-Depressant Era*. London, Harvard University Press, 1997.
57. Tyrer P. Benefits and risks of benzodiazepines. *Proc Royal Soc Med* 1987; 114:7-11.
58. Bury M, Gabe J. Hooked? Media responses to tranquillizer dependence. P Abbott, G Payne (eds), *New Directions in the Sociology of Health*, London, Falmer Press, 1990.
59. Brown GW, Harris TO, Bifulco A. Long term effects of early loss of parent. M Rutter, C Izard, P Read (eds), *Depression in Childhood: Developmental Perspectives*, New York, Guilford Press, 1986.
60. Finn SE, Bailey M, Schultz RT, Faber R. Subjective utility ratings of neuroleptics in treating schizophrenia. *Psychol Med* 1990; 20:843-848.
61. Jehu D. *Patients as Victims*. London, Wiley, 1995.
62. Bergin A, Lambert M. The evaluation of therapeutic outcomes. S Garfield, A Bergin (eds), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, ikinci baskı, Chichester, Wiley, 1978.
63. Crow TJ, MacMillan JF, Johnson AL, Johnstone EC. The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia II: a controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. *Br J Psychiatry* 1986; 148:120-127.
64. Yates A. *Behaviour Therapy*. New York, Wiley, 1970.
65. Bean P. *Mental Disorder and Legal Control*. Cambridge, Cambridge University Press, 1986.
66. Goodman C, Knoll G, Isakov V, Silver H. Insight into illness in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2005; 46:284-290.
67. Olsen M, Pincus H. Outpatient psychotherapy in the US patterns of utilization. *Am J Psychiatry* 1994; 51:1289-1294.
68. Padgett DK, Patrick C, Burns BJ, Schlesinger HJ. Women and outpatient mental health services: use by black, Hispanic and white women in a nationally insured population. *J Ment Health Admin* 1994; 21:347-360.
69. Kazdin AE, Stolar MJ, Marciano PL. Risk factors for dropping out of treatment among white and black families. *J Fam Psychol* 1995; 9:402-417.
70. Taipale V. Mental health and quality of mental health care. *Med Law* 2001; 20:531-542.
71. Thornicroft G, Maingay S. The global response to mental illness. *BMJ* 2002; 325:608-609.