

T.C.
MUNZUR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**MEKÂN VE RUH SAĞLIĞI SOSYOLOJİSİ BAĞLAMINDA RUH SAĞLIĞI MEKÂNLARI
BAKIRKÖY RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Ali Eren DEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Arif KALA

TUNCELİ – 2021

T.C.
MUNZUR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**MEKÂN VE RUH SAĞLIĞI SOSYOLOJİSİ BAĞLAMINDA RUH SAĞLIĞI MEKÂNLARI
BAKIRKÖY RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Ali Eren DEMİR
(20180100306)

YÜKSEK LİSANS TEZİ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Arif KALA

TUNCELİ – 2021

T.C.
MUNZUR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**MEKÂN VE RUH SAĞLIĞI SOSYOLOJİSİ BAĞLAMINDA RUH SAĞLIĞI MEKÂNLARI
BAKIRKÖY RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Ali Eren DEMİR
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Sosyoloji Anabilim Dalı

Bu yüksek lisans tezi 10/06/2021 tarihinde aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **oybirliği** ile kabul edilmiştir.

İmza
Dr. Öğretim Üyesi Arif KALA
(Munzur Üniversitesi)

DANIŞMAN

İmza
Prof. Dr. Murat Cem
DEMİR
(Munzur Üniversitesi)

ÜYE

İmza
Doç. Dr. Fatih
ARTVİNLİ
(Acıbadem Üniversitesi)

ÜYE

Bu yüksek lisans tezi, Enstitümüz Sosyoloji Anabilim Dalı'nda hazırlanmıştır.

Doç. Dr. Murat KORUNUR
Enstitü Müdürü

NOT: Bu yüksek lisans tezinde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanundaki hükümlere tabidir.

10/06/2021

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

Ali Eren DEMİR

Dr. Öğr. Üyesi Arif KALA
Danışman

TEŞEKKÜR

Bu çalışma benim için bir eşiktir. Tunceli Fen Lisesi mezunuyum. Lisemde genel olarak oluşturulan söylem sayısal bir alan yazmamız gerektiği üzerineydi. Felsefe veya sosyoloji kazanan üst sınıftaki arkadaşlarımın arkasından “yetersiz” olduklarına dair “söylentiler” yayılırdı. Ben de sosyoloji hayalimi kötü geçen bir üniversite sınavı sonrası hemşirelik yazarak bir kenara koymuştum. Sosyolojinin ne olduğunu ilk Yıldız ATAŞ’tan öğrenmiştim. Hemşirelik bölümü okurken edebiyat ve iletişim fakültelerinden hiç çıkmadım. Oralardaki sosyoloji ve felsefe derslerini arka sıraya geçip hep takip ettim. Çok sonrasında elime kalemi ilk almaya başladığım zamanlar Barış ÖZKUL’un desteği ile Birikim’de bir yazım yayınlandı. Barış ÖZKUL’un desteği ve önerileri beni oldukça cesaretlendirdi ve sosyoloji alanında yüksek lisans yapma hevesim gittikçe arttı. 2018 yılında bilimsel hazırlık olarak yüksek lisansa başladım. Hemşirelik bölümünden mezun olduğum için arayı kapatmak için sosyolojiye olan tutkuyla, dört kolla sarıldım.

Bakırköy ile yolları kesişmiş olan ve benimle değerli anılarını ve görüşlerini paylaşan hemşire, doktor, personel ve sosyal hizmet uzmanlarına teşekkür ederim. Prof. Dr. Murat Cem DEMİR, Prof. Dr. Erdal YILDIRIM ve Doç. Dr. Yavuz ÇOBANOĞLU hocalarıma çokça teşekkür ederim. Öğr. Gör. Dr. Ali Eşref KELEŞ verdiği destek, fikir ve öneriler için teşekkür ederim. Sosyolojide belki de en önemli dönüm noktalarımın birisi ve bu tezin gidişatını baştan sona değiştiren, düzelten Doç. Dr. Fatih ARTVİNLİ’ye seslendiğim yerden sesimi duyduğu, yürüdüğü yolun güzelliğini yansıttığı, bana verdiği desteği ve öğrettikleri için sonsuz mavilikte teşekkür ederim. Doç. Dr. Utku ÖZMAKAS’a yoğunluğuna rağmen çok uzaklardan tezime yaptığı çok önemli katkı ve düzeltmelerden dolayı gökyüzü kadar teşekkür ederim. Tezimi sayfa sayfa, kelime kelime okuyan, düzelten, sohbetini, sıcaklığını bir kez olsun esirgemeyen danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Arif KALA’ya nehirler kadar teşekkür ederim. Tezimin konusunu bir telefon görüşmesiyle yaptığımız beyin fırtınası sonucu bulduğumuz, tezin ilk halinden son haline usta bir editör edası ile okuyan, yüreğini yüreğime koyan, aynı yolu yürüdüğümüz Zahide Gül YAZGI’ya gökkuşağı kadar teşekkür ederim. Son olarak babam Cafer DEMİR, annem Aslı DEMİR, ablam Pınar DEMİR ŞAHİN ve abim Taner DEMİR’e çocukluk oyunlarımın yüksek lisans tezime kadar benimle oldukları anılar ve bana olan destekleri için teşekkürü bir borç bilirim. Son olarak Munzur’un divane deli ermişlerine saygıyla.

Ali Eren DEMİR
Tunceli-2021

İÇİNDEKİLER

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	I
TEŞEKKÜR.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
RESİMLER LİSTESİ	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VII
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Çalışmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları	3
1.2. Çalışmanın Yöntemi	5
2. MEKÂN SOSYOLOJİSİ	8
2.1. Klasik Sosyolojide Mekân Kavramsallaştırmaları	8
2.2. Modern Sosyolojide Mekân Kavramsallaştırmaları	10
2.2.1. Zaman ve mekân: Antony Giddens	10
2.2.2. Risk toplumu ve mekânsallık: Ulrich Beck	12
2.2.3. Gündelik hayatta kent ve mekân: Michel de Certeau.....	13
2.2.4. Mekânın tüketimi: John Urry	14
2.2.5. Mekânın poetikası: Gaston Bachelard.....	15
2.3. Postmodern Sosyolojide Mekân Kavramsallaştırmaları.....	16
2.3.1. Akışkan mekân ve küreselleşme: Zygmunt Bauman	16
2.3.2. Tüketim toplumu ve alışveriş mekânları: Jean Baudrillard.....	17
2.3.3. Habitus, alan ve mekân: Pierre Bourdieu	18
2.3.4. Kapatılma ve gözetleme mekânları: Michel Foucault.....	20
2.4. Neo-Marxist Mekân Kavramsallaştırmaları	23
2.4.1. Mekânın üretimi: Henri Lefebvre.....	23
2.4.2. Triyalektik ve mekân: Edward Soja	26
2.4.3. Sermayenin mekânları: David Harvey	27
2.4.4. Kolektif tüketim mekânları: Manuel Castells.....	29
2.5. Ara Değerlendirme	30
3. RUH SAĞLIĞI SOSYOLOJİSİ	31
3.1. Ruh Sağlığı Sosyolojisinin Temel Kavramları	34
3.2. Ruh Sağlığı Sosyolojisi Yaklaşımları.....	37
3.2.1. Yapısal işlevselci ruh sağlığı yaklaşımı	37
3.2.2. Sembolik etkileşimci ruh sağlığı yaklaşımları.....	39
3.2.3. Eleştirel teori temelli ruh sağlığı yaklaşımları.....	42
3.2.4. Postyapısalcı ve postmodern ruh sağlığı yaklaşımları.....	44
3.2.5. Feminist ruh sağlığı yaklaşımları	46
3.3. Toplumsal Olgular ve Ruh Sağlığı Sosyolojisi	47
3.3.1. Savaş ve ruh sağlığı	47
3.3.2. Yoksulluk ve ruh sağlığı.....	50
3.3.3. Cinsiyet ve ruh sağlığı.....	51
3.3.4. Etnisite ve ruh sağlığı	53
3.3.5. Sosyal bütünleşme ve ruh sağlığı	56
3.3.6. Toplumsal tabakalaşma ve ruh sağlığı	57
3.4. Ruh Sağlığı Mekânları.....	58
3.4.1. Ruh hastalıkları sınıflandırılması	60
3.4.2. Ruh sağlığı mekânlarının kısa tarihi.....	61
3.4.3. Ruh sağlığı mekânları türleri	63
3.5. Ara Değerlendirme	63

4. ARAŞTIRMA BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: BAKIRKÖY	65
4.1. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	66
4.2. Hastanın Ruh Sağlığı Mekânına Kabul Edilişi	73
4.3. Hastaların Mekâna Karşı Taktik ve Stratejileri	79
4.4. Ruh Sağlığı Mekânı İçinde Boş Zaman.....	83
4.5. Ruh Sağlığı Mekânı, Damgalama ve Etiketleme	85
4.6. Denetim Mekanizması Olarak Ruh Sağlığı Mekânı	87
4.7. Heterotopya Olarak Ruh Sağlığı Mekânı	92
4.8. Total Kurum Olarak Ruh Sağlığı Mekânı	97
4.9. Sahne Olarak Ruh Sağlığı Mekânı	99
5. SONUÇ YERİNE.....	106
6. KAYNAKÇA.....	112



RESİMLER LİSTESİ

Resim 4.1. Düşünen Adam Heykeli Yapılış Gazete Haberi	67
Resim 4.2. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi B Girişi	68
Resim 4.3. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Üstten Görünüm	68
Resim 4.4. Eski Bahçe Etrafındaki Yüksek Duvarlar, Tel Örgüleri ve Dikenli Teller.....	70
Resim 4.5. Eski Bakırköy İç (Eski) Bahçe.....	71
Resim 4.6. Şu An Hasta Yatışı Yapılmayan 22 No’lu Orijinal Kışla Yapısı.....	72
Resim 4.7. Eski Bir Servis Kapısı.....	73
Resim 4.8. Psikiyatri Acil Girişi	74
Resim 4.9. Dikenli Yüksek Teller Katılığa Karşı Yeşil Bir Direniş: İç Bahçeden bir Servis .	89
Resim 4.10. Bakırköy İçindeki Büyük Çayırklar	90
Resim 4.11. Bakırköy'de Eski Bir Servis Kapısı	92
Resim 4.12. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Bir Servis	94
Resim 4.13. Servislerin Kapısı Genel Olarak Kitli. 40. Servis	96
Resim 4.14. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi İç Bahçenin Çevresi.....	98

ÖZET

Ruh sağılığı mekânları; hasta, mekân, sağılık personelleri, denetim ve disiplinin mekânsal olarak etkileşime geçtiğı dinamik mekânlardır. Gündelik rutinlerin belirli bir mekânsal alanda gerçekleştiğı ruh sağılığı mekânlarında öznenin deneyimi, akıl hastanelerine ilişkin bilgiler sunar. Ruh sağılığı mekânlarının anlaşılabilmesi için geçmiş kavramsal çerçevelerin bir “alet çantası” olarak kullanılması oldukça önemlidir. Bu çalışma mekân kavramsallaştırmaları ve ruh sağılığı sosyolojisine dair geçmiş ve güncel tartışmaların bir özetini içerir. Mekân ve ruh sağılığı sosyolojisi bağlamında bir ruh sağılığı mekânı olarak Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağılığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi bu çalışmada örnek alan olarak seçilmiştir. Ruh sağılığı mekânlarının hangi gündelik ritüeller üzerine kurulu olduğuna, ruh sağılığı mekânlarının nasıl bir yer olduğuna ilişkin Bakırköy Ruh Sağılığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’ndeki personeller ile internet üzerinden görüşmeler yapılmış, hastane içerisinde kısıtlı bir süre için dahi olsa gözlem yapılmış ve Bakırköy’e dair belgesel, röportaj ve yazılar incelenmiştir. İnceleme sonucunda ruh sağılığı mekânının kurumda, o mekân ile etkileşime geçen hem hasta hem de sağılık personellerinin benliklerini etkilediğı ve mekânın salt bir “tumarhaneden” öte; bir “ev”, bir “eğitim mekânı”, “dev bir bahçe” ve “huzur alanı” olarak deneyimlendiğı sonucuna ulaşılmıştır. Ancak bu sonucun mekân içerisindeki hastalar ile iletişime geçilmediğinden mekâna dair gerçekliğin kusurlu bir yansıması olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mekân, Ruh Sağılığı, Ruh sağılığı sosyolojisi, Mekân sosyolojisi, Bakırköy

ABSTRACT

Mental Health Spaces in the Context of Space and Mental Health Sociology: Example of Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neuroscience Training and Research Hospital

Mental health settings: These are dynamic spaces where patients, places, healthcare professionals, supervision and discipline interact spatially. The experience of the subject in mental health settings where daily routines take place in a specific spatial area provides information on mental hospitals. It is very important to use past conceptual frameworks as a "tool kit" to understand mental health spaces. This study includes a summary of past and current debates on space conceptualizations and mental health sociology. As a mental health space in the context of the sociology of space and mental health, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital was chosen as the sample area in this study. Interviews were made with the staff at the Bakırköy Mental Health and Neurological Diseases Hospital on the internet regarding which daily rituals the mental health centers are based on and what kind of places the mental health centers are, observations were made even for a limited time in the hospital, and a documentary on Bakırköy, interviews and articles were examined. As a result of the examination, the mental health space affects the selves of both patients and healthcare personnel who interact with that place in the institution, and the space is more than just a "madhouse"; It is concluded that it is experienced as a "home", a "training place", "a giant garden" and a "peace area". However, this result is thought to be an imperfect reflection of the reality of the space, as patients in the space are not communicated with.

Keywords: Space, Mental Health, Mental health sociology, Space sociology, Bakırköy

1. GİRİŞ

*“Mekân, politik, siyasi ve ekonomik bir söylemdir”
(Lefebvre, 2016: 56).*

“Mekân ve Ruh Sağlığı Sosyolojisi Bağlamında Ruh Sağlığı Mekânları Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği” adlı bu tez, ruh sağlığı kavramını mekân ve birey etkileşimi üzerinden, hastaların ve hastanedeki personelin toplumsal konumu üzerinden ele almaktadır. Bu tezde ruh sağlığı mekânı olarak tanımlanan ruh ve sinir hastalıkları hastanesi içindeki etkileşimler açıklanarak ruh sağlığı mekânının kontrol ritüelleri incelenmiştir. Ruh sağlığı mekânlarının, kapsamlı bir ruh sağlığı sosyolojisi ile anlaşılması gerektiği bu tezde vurgulanmaktadır. Bu tez hastane içindeki anı ve deneyimler ile ruh sağlığı kavramını sosyolojik anlamda inceleyen bir çalışma örneği ortaya koymaktadır.

Bir mekân olarak hastaneler geçmişten bugüne kadar toplumsal yaşamın her zaman önemli bir konumunda yer almıştır. Orman içlerinde yaşayan şifacılarından, kraliyet doktorlarına ve günümüz şehir hastanelerine kadar hastane mekân olarak sağlık, siyaset, toplum ve ekonomiye ilişkin birçok söylem oluşturur. Ruh sağlığı mekânları yani akıl ve ruh sağlığı hastaneleri araştırılması gereken önemli yapısal olgulardır. Ruh sağlığı mekânları, geçmişten günümüze kadar deliliğin toplumsal konumu, günümüz ruhsal sıkıntıları, siyasi, ekonomik toplumsal süreçlerin birey üzerindeki etkisi, mekân-birey etkileşimi gibi birçok kavramın tartışılması ile anlaşılabilir. Ruh sağlığı mekânlarının geçmişte katı bir disiplin kurumu olarak görüldüğü söylenebilir. Bu duruma yaygın olarak kullanılan “yola getirilecek kadar bozulmuş olan” anlamına gelen “seni tımarhaneye kapatmak gerek” söylemi örnek verilebilir. Ruh sağlığı mekânlarının yoldan çıkan, anormal davranışlar sergileyen kişilerin yola getirileceği, normal davranışlar sergileyeceği kişiler haline getiren bir yer olarak algılandığı söylenebilir. Ancak ruh sağlığı mekânları içinde bireyin, katı bir disiplinle değil ikna anlayışıyla tutumlarının düzenlenmesi işlevi üretilir. Bir tutum ekonomisi düzenleyicisi olarak ruh sağlığı mekânları tavizler verir, istatistikler tutar ve iş birlikleri yapar (Foucault, 2016). Bu amaçla çalışma, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin tanımlanmasının, mekân ve ruh sosyolojisi olmadan tam olarak anlaşılamayacağını ve bu anlamda ruh sağlığı mekânlarının toplumsal etkilerini tartışır.

Mekân, psikolojik, sosyolojik, kültürel, ekonomik veya siyasi bir söylem olarak tanımlanabilir. Mekân, bir söylem üretir ve bu söylem bireyi ve toplumu etkiler. Toplum ve birey ise mekânı dönüştürür. Mekân, özne ile etkileşime giren dinamik, aktif bir alandır. Birey, mekânın kurallarını öğrenir, rutinlerine ayak uydurur ya da uydurmaz ve onu değiştirir.

Bu anlamda birey ile ilişkili alan olarak mekânı anlamak ve kavramak kapsamlı bir mekân sosyolojisi ile bağlantılıdır. Bu mekân sosyolojisi ise klasikten günümüz sosyolojisine kadar kimin mekân hakkında ne dediğini arka arkaya sıralamak ile değil, günümüz mekânın toplumsal alanda nereye tekabül ettiğini bulmakla gerçekleşebilir. Ruh sağlığı mekânlarına dâhil olan birey içeride mekânın kültürüyle bir etkileşime girer ve bu andan sonra bireyin dış dünya ile bağı kopar, kendi bireysel kültürünün yerine ruh sağlığı mekânın kültürü yerleşir. Ruh sağlığı mekânı içerisinde bireyin benliği belirsizleşir. Ruh sağlığı mekânları bireyin bu belirsizleşme sürecinde yaşadığı gerilimi disiplin stratejisi olarak kullanır. Ruh sağlığı mekânı bireyin benliğini, mekânsal bir kapatılmaya maruz bırakır. Oda numarası ve belirli ilaç saatleri dışında kendi benliğini oluşturan hiçbir pratik kalmayınca sigara içme veya kendine özel alan ve “zulalar” yaratmaya çalışır (Goffman, 2016). Bu mekânsal gizlenme alanları ruh sağlığı mekânın disipliner yönüne karşı alternatif bir mekân yaratma direnişi olarak tanımlanabilir.

Çalışmanın kapsamı olan Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi özelinde hastalar salt bir sayı ile anılmaktan öte aynı zamanda mekânın bir ferdi gibi muamele görmektedir. Bakırköy’de ölen hastalar, bahçede hastaların “baba” diye peşinden gezdiği hekimler, dışarıya kaçmaya çalışan hastalar, Türkiye gündemi ile yakından ilgilenen hastalar vb. bunların hepsi Bakırköy’ün içinde bulunmaktadır. Bu çalışmaya başlarken mekânın hapis haneye benzer bir kurum olarak tanımlanacağı düşünülse de Bakırköy’de çalışan ve uzun süre kalan hastalar için farklı bir anlamı olduğunu görüldü. Bu durum tezin aslında tam olarak amacı arasında yer alır. Bu bağlamda Bakırköy’de çalışmış personellerin sonrasında başka hastanelerde çalışmasına rağmen görüşmelerde eskiden çalıştıkları mekân hakkında “bizim hastane” söylemiyle bahsetmeleri mekân sosyolojisi ile anlaşılabilir bir konudur. Bu çalışmada araştırmacı tarafından katılımlı gözlem ile bir akıl hastanesinin iç işleyişi hasta-personel, hasta-mekân ve personel-mekân ilişkisi değerlendirilmeye çalışılmıştır. Ancak ülkemizde ve dünyada baş gösteren COVID-19 salgını sonrası yapılan kısıtlamalar bu durumu engellemiştir. Bu nedenle hastanede daha önce çalışmış veya hâlâ çalışmakta olan sağlık personelleriyle yapılan görüşmeler sayesinde onların deneyimlerinden yararlanılmıştır. Bu görüşmeler yapılandırılmış görüşme formu ile internet üzerinden yapılan görüşmeler ile elde edilmiştir.

Bu bağlamda çalışmanın ikinci bölümünde mekân üzerine kısa bir giriş yapılmış olup, üçüncü bölümde ruh sağlığı sosyolojisine ilişkin kavramsal bir çerçeve sunulmuştur. Son bölümde ise Bakırköy’de çalışmış olan sağlık profesyonelleri ile yapılan yapılandırılmış

görüşmelerin çözümlemesi ile literatür bağlantısı kurulmaya çalışılmıştır. Mekân içinde gerçekleşen etkileşimler içeriği ve biçimi ile ilgili Goffman külliyyatı ile bir çözümleme yapılmıştır. Bakırköy’de tedavi gören hastalarla görüşme yapılamaması bu tezin en önemli sınırlılıklarından biridir. Ancak Bakırköy’deki personelin anı ve deneyimlerinden yola çıkılarak hastalara dair bir fikir edinilmiştir. Her ne kadar Bakırköy’deki mekân gerçekliği hakkında kusurlu bir betimleme olsa da mekânsallığın bir kısmı hakkında bilgi sunmaktadır. İktidar söylemleri daha çok hasta tutum ve davranışlarını düzenlemek için yapılan “pazarlık”, “strateji” ve “diyalog” ile sağlanmaktadır. Bu durum ruh sağlığı mekânlarını kavramak için kapsamlı bir ruh sağlığı sosyolojisi gerektiğini vurgular niteliktedir. Tezde nitel bir yaklaşım kullanılmış ve genel bakış açısıyla yorumlayıcı (bireyin mekânı algılama deneyiminin üzerinden ilerleyen) bir bakış açısı belirlenmiştir. Tezin araştırma tekniği ise yapılandırılmış görüşme, gözlem ve içerik analizi tekniği kullanılmıştır. Görüşmecilere ise kartopu tekniği ile ulaşılmıştır.

1.1. Çalışmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Bu çalışmanın temel konusu, mekân ve ruh sağlığı sosyolojisi bağlamında kapsamlı bir ruh sağlığı mekânının tanımlamasıdır. Ruh sağlığı mekânları kavramının; toplumsal bir alan mekânın ne olduğunun anlaşılmasından geçtiğini tartışan çalışma ilk olarak mekâna odaklanmıştır. Sağlık mekânları ilk defa şifa alanları veya bakım merkezleri olarak kurulmuştur. Antik Yunan’da tıp biliminin temellerinin atıldığı eğitim ve tedavi alanları bulunmaktaydı. Orta çağ Avrupa’sında kadınların hamileliklerinde rahat etmeleri ve gözetim altında tutulması için gebe bakım merkezleri kurulmuştur. Hacca giden Hristiyanların yolda dinlenmesi veya hastalıklarının tedavi edilmesi için konaklama yerleri yapılmıştır. Selçuklu ve Osmanlılarda kervansaraylar içinde şifacılar görev yapmış ve savaştan yaralı dönen askerler tedavi edilmiştir. Tarih boyunca sağlık mekânları şifa merkezleri olarak toplumsal bir rol üstlenmiştir.

Akıl hastalarının belirli bir denetim altına alındığı, davranışlarının ve söylemlerinin toplumsal yapıya uygun hale gelinceye kadar tutulduğu akıl hastaneleri birer disiplin mekânı olarak da tanımlanır. Disiplin toplumlarında iktidar, belirli bir yerden gözetleyen bir aygıttan öte her an ne söylediğini, yaptığını kontrol eden bir denetim ve tahakküm mekanizmasıdır. “Normal” olanın eğitimde, sağlıkta, tıpta ve genel olarak toplumda tanımlanması bir iktidar stratejisidir. Foucault (2009) deliliği, kapitalizmin içine girdiği krizden kurtulma yöntemi

olarak tanımlar. Krizlerin içinde isyan, yağma ve hırsızlık olaylarını yapacak insanların belirli bir yerde kapatılması, gözetim altında tutulması ve geri kalan insanlara da tembelliğin bir hastalık olarak bilinmesi gerektiği söylenir (Foucault, 2015: 25). Bu anlamda toplumun denetlenmesi için mimariler geliştirilmiş ve tedaviler için ruh sağlığı mekânları yani akıl hastaneleri kurulmuştur. Goffman (2016) tımarhanelerin birer total kurum olduğunu söyler. Ruh sağlığı mekânlarında yaptığı gözlemler ile ortaya koyduğu total kurumlar kavramı farklı kapatılma mekânları arasındaki benzerliği vurgulamıştır. Goffman ruh sağlığı mekânlarında bu kurumların işlevlerini, kuruma kapatılan insanların üzerinde yarattığı etkileri ve kapatılma süreçlerinde ruh sağlığı mekânlarına uyum süreçlerini açıklamıştır.

Bu çalışmada mekân sosyolojisi hakkında klasik sosyolojiden neo-Marxist çalışmalara kadar mekânın ne olduğu toplumsal alanda nereye tekabül ettiği incelenmiştir. Mekân; bir ev, yol, hastane, patika, oda ve bir mezarlık olabilir. Bu anlamda bireyin mekân hakkında deneyimi, o mekân ile etkileşime geçtiği anda oluşan daha sonra tekrar yıkılan ve sonra tekrar kurulan bir andır. Bu anlar bireyin üzerinde etkiler bırakır. “Bu etkiler nedir?” sorusu kapsamlı birçok mekân ve birey etkileşim örneğine bakılarak anlaşılabilir.

Bu çalışmada ruh sağlığı mekânının birey ile etkileşimi örnek seçilmiştir. Ruh sağlığı mekânlarının birey ile etkileşimin temel olarak anlaşılması için ruh sağlığının ne olduğu incelenmelidir. Ruh sağlığı mekânı tanımlaması bu kurumların disipliner yönüne vurgu yaparken ayrıca ruh sağlığı uygulamaları açısından da tanımlamaktadır. Ruh sağlığına toplumsal ve biyolojik olmak üzere iki bakış açısı vardır; Biyolojik ruh sağlığı yaklaşımları, psikiyatrinin ve tıp biliminin ağırlıklı olarak epistemolojik altyapısını oluşturduğu bir bakış açısıdır. Bu bakış açısı bireyin biyolojik olarak tepkilerinin temel olarak ruh ve akıl hastalıklarına neden olduğunu söylemektedir. Toplumsal bakış açısı ise sosyolojik bir bakış açısı ile kapsamlı bir ruh sağlığı sosyolojisini önerir. Sosyolojik bakış açısı, akıl hastalığının nedenleri olarak beyindeki genetik ve kimyasal dengesizliği hedefleyen biyolojik bakış açısının dışında, toplumun sosyal bağlamlar, ilişkiler, roller ve durumlar yoluyla etkisini vurgular.

Bu anlamda ruh sağlığı sosyolojisinin kapsamlı bir içeriğini içeren bu çalışma; dil, göç, savaş, yoksulluk, siyasi baskı, anti-demokratik uygulamalar, mültecilik, cinsiyet, yaş ve birçok konunun ruh sağlığı ile ilişkili olduğunu tartışmaktadır. YÖK Ulusal Tez Merkezinde sosyoloji alanında bugüne kadar yazılmış olan 9744 yüksek lisans 2228 doktora, 1 tıpta uzmanlık ve 13 sanatta yeterlilik tezinin adı, konusu, dizini ve özetinde “ruh sağlığı sosyolojisi”nden bahsedilmemektedir. Bu tezde Fanon, Fromm, Foucault, Goffman, Scull,

Rogers ve Pilgrim gibi birçok düşünürün kapsamlı tartışmaları ile oluşturulan ruh sağlığı sosyolojisi bölümü bulunmaktadır. Temel olarak zindan, hapishane, kışla ve kamp kavramları ile tanımlanan ruh sağlığı mekânlarının Bakırköy örneğinde olduğu gibi aynı zamanda içinde öykülerin, anıların olduğu, hastanede çalışan bireylerin mekâna duyduğu aşırı bağlılık anlatıları bu tanımları farklı bir boyuta taşımaktadır. İlkokul mezunundan tıp profesörüne uzanan kişilerle yapılan görüşmelerde Bakırköy’e duyulan bağlılığın bir açıklaması olarak görülebilir. Hastanedeki personellerin ortak bir disiplin yöntemi kullanmadığı, aslında kişiden kişiye değişen ve zamanla bu farklı pratiklerin ortaklaştığı bir uygulama ile karşılaşmıştır. Ruh sağlığı mekânları kapsamlı bir ruh sağlığı sosyolojisi ile anlaşılmadığı sürece bir kısmı eksik kalacağı bu çalışmada ayrıntılı vurgulanmaktadır. Akıl hastanelerinin 20. yüzyıl kavramsallaştırmaları ile açıklanmayacağı, yeni bakış açılarının geliştirilmesi gerektiği bu çalışmada vurgulanan noktalardan biridir. Mevcut literatürdeki disiplin, tahakküm ve iktidar üzerinden tımarhane eleştirileri bu kurumların pratiklerini ve ortaya çıkışını tartışmaktadır. Ancak Bakırköy örneğinden de anlaşılacağı gibi bu durum günümüzde farklılaşmıştır. Küreselleşme, eğitimin farklılaşması, insan hakları, iletişim teknolojilerinin gelişmesi ve sağlıktaki gelişmeler ruh sağlığı mekânlarına farklı bakış açılarının getirilmesini zorunlu kılmıştır.

1.2. Çalışmanın Yöntemi

Bu çalışmada ruh sağlığı mekânı Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi yorumlayıcı yaklaşım ile analiz edilmiştir. Ruh sağlığı mekânı bir disipliner kurum olmasının yanı sıra bir total, heterotopya veya huzur mekânı olarak da tanımlanabilir. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin ruh sağlığı mekânlarını açıklamada örnek olarak seçilmesi oldukça önemlidir. Çünkü Bakırköy hastane tarihi olarak oldukça önemli bir konuma sahiptir. Hastane 1927’de Reşadiye Kışlası arazisine yani askeri, disipliner bir mekânsal yapıya taşınmıştır (Artvinli, 2013). Eski bir askeri disiplin mekânı olarak tasarlanmış bina bir akıl hastanesi işlevinde kullanılmıştır. Disiplin ve tımarhaneler arasında kurulan teorik ve kuramsal yapı tezin yönetsel altyapısını oluşturmaktadır. Mekânsal anlamda bir disiplin söylemi oluşturduğunu tanımlayan Foucault (2015) yönetsel olarak soykütük ve arkeoloji yöntemlerini kullanmıştır. Tımarhanelerin söylemsel olarak; okul, kamp ve hapishaneden farklı olmadığı temellendirilmiştir.

Bakırköy hakkında sınırlı bir veri kaynağına sahip olmak çalışmanın yöntemini genişletmek zorunda bırakmıştır. Sosyolojik olarak gerçekliğin en azından bir kısmını ortaya çıkarmak için kullanılacak yöntemin tek bir biçimde seçilmesi sosyoloji içinde güncelliğini yitirmiştir. Bakırköy hakkında yazılan, çekilen belirli bir içeriğe sahip olan anılar, haberler, belgeseller, mimari yapılar önemli veri depolarıdır. Herhangi bir yöntemin görüşmeciye karşı uygulayacağı hiyerarşik baskı olmadan internet adını gizleyerek Bakırköy hakkında yorum yapan internet kullanıcıları mekânın gerçekliği hakkında “anlat bakalım” görüşme tekniğinden daha önemli veriler içerebilmektedir. Görüşmecinin gizliliği, kendi hakkındaki ve bir kamera karşısında kaydedilirken konuştuğunu bilmek anılarının istemsiz bir sansürden geçtiğini düşünmek sıra dışı bir düşünce değildir. Bu nedenle kişilerin kendini bir kamera tarafından kaydedilmeden, gizil kimliklerini koruyabildikleri düşünceleri sosyal gerçekliklere dair daha güvenilir veriler sunabilir. Bakırköy hakkında daha önce çekilmiş belgesel ve röportajlarda yine güncel olanı anlamaya, yorumlamaya ve tartışmaya yönelik kıymetli veri kaynaklardır. Araştırmada 2021 Şubat ayında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde 1980-2020 yılları arasında en az beş yıl çalışmış hemşire, doktor, sağlık memuru ve personeller ile video görüşme ve e-posta üzerinden yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Araştırma kapsamında hazırlanan yapılandırılmış görüşme formu (EK 1) ile 10 kişi ile derinlemesine görüşme yapılmıştır.

Bu çalışma bireysel etkileşimin, deneyimlendiği ve yeniden üretildiği bu mekânlarda bireyin toplumsal mekânı nasıl anlamlandırdığı ve inşa ettiğini anlamayı amaçlar. Çalışma, hastane içinde katılımlı gözlem ve mekânın içindeki etkileşimlerin araştırmacı tarafından gözlemlenmesi olarak planlanmıştır. Ancak Mart 2019’da tüm dünyada baş gösteren COVID-19 salgını nedeni ile bu amaç gerçekleştirilememiştir. Hastanedeki personeller ile yüz yüze yapılacak olan yapılandırılmamış bir görüşme ise sosyal mesafe ve virüs yayılması tehlikesi ile yapılamamıştır. Aynı zamanda araştırmacının bir pandemi hastanesinde çalışması görüşmecilerin sağlığı düşünülerek bir risk faktörü olarak sayılmıştır. Çalışmanın kapsamı, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1980-2020 yılları arasında en az beş yıl çalışmış hemşire, doktor, sağlık memuru ve personeller ile sınırlıdır.

Hastane tarihi boyunca hastanede birçok sağlık profesyoneli çalışmış ve birçok hastaya ev sahipliği yapmıştır. Ruh sağlığı mekânlarında ise mekân kadar ruh sağlığının toplumsal yönleri anlaşılmalıdır. “Akıl hastanelerinde; mekân, ruh sağlığı ve bireyin etkileşimi nasıl deneyimlenir?” sorusu tam olarak hastaneyi deneyimleyen bireylerin mekânı üretmesi, deneyimlemesi ile anlaşılabilceğinden görüşmecilerin duyguları algılayışları

önemli addedilmiş ve yorumlayıcı yaklaşım tercih edilmiştir. COVID-19 salgını nedeni ile araştırmacının hastane içinde gözlem yapamaması salt mekânı deneyimleyenlerin görüşleri sağladıkları resim, anı ve deneyimler ile şekillenmesi çalışmanın sınırlılıkları arasındadır. Yıllarca kurumda aynı rutini tekrarlayan bireylerin hastanede gerçekleşen önemli bir pratiği prosedür olarak görmesi o olguya yeterince eğilmemesine yol açmaktadır. Araştırmacının “soran”, “sorgulayan” ya da “gözleyen olması etkileşimde hiyerarşi yaratır. Yapılandırılmış görüşmelerde yapılan en önemli sorun ve eksiklik bu noktadan ortaya çıkmaktadır. Sorgulayan araştırmacının kendi tasnif düşüncelerini görüşmeciye dayatması ona göre sorular sorması çıkan verinin gerçeklik ile ilişkisini bozar. “Söyle bakalım?” tarzı ile başlayan görüşmelerde bireyin deneyimine ulaşmaktan çok bir “polisiye sorgu” ile oluşan sonuçlardan öte bir şey elde edilemez (Ünsaldı, 2016). Görüşmecilerin gerek Bakırköy’ü en ufak anlamda küçümsemeyecek veya yanlış anlaşılacak bir şey söyleme endişesi göz önüne alınmıştır. Bu bağlamda “Bakırköy bir disiplin mekânı mıdır?”, “Bakırköy bir hapishane midir veya hapishane teknikleri mi kullanılır?” veya “Hastaları içeride nasıl yola getiriyorsunuz?” tarzı “1960 tımarhane kuramları” ile yaklaşmaktan oldukça uzak durulmaktadır.

2. MEKÂN SOSYOLOJİSİ

*“Mekân bir yandan insanların davranışlarını etkilerken,
diğer yandan ise ihtiyaçların karşılanması için
insanlar tarafından dönüştürülür”*
(Lefebvre, 2016: 96).

2.1. Klasik Sosyolojide Mekân Kavramsallaştırmaları

Sanayi devrimi ile ortaya çıkan yeni toplumsal hareketler nüfusun çoğunlukta olduğu bölgelerde daha belirgin hissedilmiş ve dönemin sosyologları için ilgi çekici bir konu olmuştur. Sanayi devriminin etkilerinin en fazla kentlerde ve daha yoğun olarak işçi mahallelerinde hissedilmesinin temel nedenlerinden biri mekândır. Auguste Comte, Emile Durkheim, Ferdinand Tönnies ve Karl Marx sanayi devriminin kent ve mekân üzerinde etkilerini toplumsal açılardan yorumlamışlardır. Açık bir şekilde mekân sosyolojisine katkıda bulunmayan klasik sosyologların kent ve birey üzerine söyledikleri mekân sosyolojisi için bir temel kabul edilebilir. Köyden kente doğru oluşan göç hareketleri köy mekânı ile özdeşleşen geleneksel rutin ve pratiklerin yerini kentsel mekânda oluşan rasyonalizasyon ve bürokratikleşmeye bırakmıştır. Weber’in bürokrasi ve çelikten kafes kavramları bu rasyonalizasyon sürecini tanımlar. Mekân ve kent üzerine, Tönnies (2019), “cemaat” ve “cemiyyet” kavramsallaştırmasından yola çıkarken, Durkheim (2006) ise mekanik ve organik dayanışma kavramsallaştırmasını kullanır.

Marx, mekân ve kent olgusunu tarihin belirli bir dönemindeki üretim ilişkileri bağlamında açıklamıştır. Marx’a göre mekân ancak kapitalist üretim biçimleri içerisinde anlaşılabilir. Kapitalizm ancak kendi iç çelişkilerinden genişleme yolu ile kurtulabilir ve genişleme eş zamanlı yoğunlaşma ve coğrafi-mekânsal bir yayılma tanımlanabilir (Harvey, 2014: 317). Kapitalizm yerel mekândan öte küresel ölçekte tanımlanmış olarak “soyut toplumsal emeğe” dayanan, evrensel bir değer kümesi inşa ederek kendini var eder. Marx kapitalizmin gelişmesi için sermaye dolaşımının hızlandırması gerektiğini vurgular.

“Marx’ın, önceliği mekân yerine zamana vermesi yanlış olmak zorunda değil. Sermayenin dolaşımı ile uğraşanların amacı ve hedefi, eninde sonunda, artık emek zamanını yönetmek ve onu toplumsal açıdan gerekli

devir zamanı içerisinde kâra dönüştürmek. Bu yüzden, sermaye dolaşımı açısından, mekân ilk bakışta önemsiz bir rahatsızlık, aşılması gereken bir engel gibi duruyor. Marx, takdire şayan bir öngörü ile kapitalizmin, zorunlu olarak, tüm mekânsal engelleri aşmaya ve zamanla mekânı yok etmeye yönelik daimî bir çaba tarafından karakterize edildiği sonucuna varıyor. Fakat bu amaçlardan ancak sabitlenmiş ve hareketsiz mekânsal değişiklikler ile elde edebileceğimiz anlamı çıkıyor. Mekânsal örgütlenme mekânı aşmak için gereklidir. Kapitalizm bağlamında mekânsal teorisinin görevi çelişkinin tarihsel dönüşümler yoluyla nasıl ifade edildiğini gösteren dinamik temsiller inşa etmektir” (Harvey, 2014: 399).

Başka bir bağlamda ise işçi mahallelerinin kent dışında izole edilen, sağlıklı barınma ve su ihtiyacı karşılanmayan mekânlarda kontrol altına alındığını savunan eleştirel söylem, şehir merkezinin, korunaklı sığınakların yalnızca burjuvazi için üretildiğini söyler. Marx her türlü sağlıklı koşulda çalıştırılan emekçi sınıf için ise çalışma koşullarının ve barınılan yerlerin de sağlıklı olduğunu söyler. Bu mekânsal konumlanma ve ötekileştirilme Marx’a göre işçi sınıfının örgütlenmesinin önünde bir engel stratejisi olarak kullanılır. Marx yine kenti bir sermaye birikim mekânı olarak tanımlar. Sermayelerin kendini biriktirdiği, merkezileştiği alanlar olarak büyük ticaret merkezi kentler mekânsal anlamada önemli bir noktada durmaktadır.

George Simmel, kent ve mekânın üretilmesi ve düzenlenmesinden çok kentin mekânsal olarak birey üzerindeki etkilerine değinmiştir. Simmel, “Metropol ve Zihinsel Yaşam” (2009) adlı makalede, modern kent yaşamının doğasının modern bireydeki toplumsal-psikolojik yansımaları yani metropolün insan ilişkilerini düzenleyen ve dönüştüren karakteri üzerinde durmuştur. Simmel (2009), kent yaşamının insan karakterini kalıcı bir şekilde etkilediği” düşüncesinden hareket ederek, kente özgü birtakım psikolojik durumdan söz eder. Modernliği, kent bağlamında ele alan Simmel aynı zamanda bizzat kent, mimariyi, mekânı, estetiği sosyolojinin ilgi alanı olarak düşünmüş ve “mekân” kavramını toplum bilimsel çözümlemenin içine dâhil etmeye çalışmıştır. Simmel’e göre bireyin en temel sorunu; “öznelliğini ve özgüllüğünü, büyük toplumsal güçler karşısında koruma çatışmasıdır” (2009: 255).

Kent gibi karmaşık bir mekânsallık biçimi, çoğu zaman bireyin hızla değişimine ve karmaşık sosyal ilişkiler içinde erimesine neden olur. Kendi bireysel kültürünü ve şahsiyetini modern mekânların tehlikelerinden korumaya çalışan özne, kendine duygularıyla değil aklı ile hareket eden rasyonel bir kişilik edinmek zorunda kalır. Simmel (2009), Marx gibi kentsel mekânın para ilişkileri içinde kurgulandığını, paranın insanlar arasındaki mesafeyi belirlediğini ve mekânsal konumunu düzenlediğini söylemiştir. Simmel’e göre kent mekânında üretim, pazar için yapılır. Bu durum bireyin kendi çıkarı için yaptığı hesaplanabilirliği olağan hale getirir (Simmel, 2009: 83). Bireyin kendi çıkarları için aldığı kararlar ve oluşturmuş olduğu sosyal çerçeve olabildiğince hesaplanabilir ve rasyonel

olmalıdır, aksi takdirde Bauman'ın (2003) vurguladığı gibi modern yaşamda müphemlik oldukça tehlikeli olur. Bu bakımdan modern mekânların ve kent yaşamının insana kattığı bir diğer özellik ise kayıtsızlıktır. Simmel'in vurguladığı “bıkkınlık” tanımını, Goffman (2009) “uygar kayıtsızlık” olarak kullanmıştır. Uzun süreli bir insanla bakışmak modern kent mekânlarında tehlikeli algılanabilir; çünkü modern rasyonel insan ilişkileri ile çelişebilir. Bu daha az sohbet ve içsel davranışlar bireyi geleneksel toplumsal yapı baskısının ötesinde oldukça özgürleştirir. Çünkü birey kendi yaşamını modern kent mekânlarında olabildiğince az ilişki kurarak idame ettirebilir (Simmel, 2009: 402). Simmel'in bu çalışmaları esasında modern kapitalist mekân ve kent ilişkilerine ve modern topluma yönelik bir eleştiridir. Simmel kentte oluşturulan yeni mekânsal toplumsal ilişkinin esasında modern kültür olduğunu savunur. Simmel bireysel etkileşimlerin rolünü vurgular. Bireysel etkileşimlerin toplumsal yapıdaki yeri mikro sosyolojik tanımlamaların başlangıç noktası sayılabilir.

Marx ve Simmel'in kent üzerine yaptığı kavramsallaştırmalar mekân sosyolojisi için oldukça temel bir noktada yer alır. Mekânın sermaye ve kapitalizm ile ilişkisini açıklayan neo-Marxist coğrafyacı ve sosyologlar Marx'ın bu düşüncelerini temel almışlardır. Mekânın birey ile ilişkisini inceleyen, deneyim üzerinden kavramları açıklayan etkileşimci düşünürlerin çıkış noktası ise Simmel'dir.

2.2. Modern Sosyolojide Mekân Kavramsallaştırmaları

2.2.1. Zaman ve mekân: Antony Giddens

Giddens (2017) yapılaşma kuramının yapısını oluşturmuş ve bu kuramsal bakış açısını *Toplumun Kuruluşu: Yapılaşma Kuramının Ana Hatları* (2002) ile geliştirmiştir. Giddens (1998:19), yapılaşma kuramını; “uzaklaşma”, “yerinden çıkarma” ve “düşünümsellik” üzerinden tanımlamış ve bu özelliklerin modernliğin dinamik unsurları olduğunu söylemiştir. “Uzaklaşma”; zaman ile mekânın ayrılması veya uzaklaşmasıdır (Giddens, 1998). Modern öncesi dönemde zaman daima mekân ile birlikte düşünülen ve net ölçülemeyen bir olgu iken modernleşme ile birlikte zaman mekândan kopmuştur (Ritzer, 2018: 399). Hem zamanın hem mekânın içi boşaltılmış; hiçbir özel zaman veya mekânın ayrıcalığı kalmamıştır. Zaman ve mekân ayrışmasının yerinden çıkarmaya sosyal etkileşimleri bağlamlarından bireye koparma olanağı verir. Düşünümsellik ise yaşadığı bu durum içinde bireyi sürekli düşünmeye zorlamanın tanımı olarak gösterilebilir.

Giddens (1998: 55) yer ve mekânın giderek düşünümsel hale geldiğini, yerelliğin çok uzaklarda gerçekleşen olayların etkisi ile şekillendiğini ancak yerelin özgül görünüşünün bunun fark edilmesini engellediğini belirtir. *Modernliğin Sonuçları* (1998) kitabında zaman ve mekânın uzaklaşmasının modernlik açısından önemli olduğunu, yerel ile küresel alanların bağlarının rasyonelleşmiş aygıtlar ile genişletildiğini söyleyen Giddens, mekân ve zamanın birbirinden ayrılması ile gerek bilgi gerekse sermayenin uluslararası hareketinin hızlandığını tespit etmiştir (Giddens, 1998: 401).

“Giddens’in kuramı içinde zaman ve mekân çok önemlidir. Her ikisi de öteki insanların zamansal olarak mı yoksa mekânsal olarak mı mevcut olduklarına bağlıdır. Başlangıçtan beri var olan koşul, içinde ötekilerin aynı zamanda ve aynı mekânda mevcut oldukları yüz yüze etkileşimdir. Yine de toplumsal sistemler zaman ve mekân içinde genişler ve böylece öteki artık mevcut olmayabilir. Modern dünyada iletişim ve ulaşımın yeni biçimleri yoluyla zaman ve mekân açısından bu tür bir uzaklaşmaya, artarak olanak sağlanmaktadır” (Ritzer, 2018: 371).

Kişinin algıladığı ve yarattığı dünyanın etkileşim halinde olduğunu savunan yapılaşma kuramı ile sosyal yapıların sosyal sistemler içinde yaratılan kurallar ve ritüellerden oluştuğu düşünülür. Sosyal sistemlerde makro ve gündelik mikro yapılar birbirine geçmiş durumdadır veya başka bir deyişle yapı ve faillik ilişkili bir ikiliktir; biri diğeri olmadan var olamaz (Giddens, 2002). “Giddens’in yapılaşma kuramı olağanüstü bir biçimde eklektiktir” diyen Ritzer (2018: 368), Giddens’in Marxist olmamasına rağmen eserlerinde kuvvetli bir Marxist etki olduğunu tanımlar. Marx’ın (2010: 23): “tarihi insanlar yaparlar ancak onları kendi istedikleri gibi yapmazlar; onu, kendi seçtikleri koşullar içinde değil, doğrudan karşılaşılan, belirlenmiş ve geçmişten aktarılan koşullar içinde yaparlar” sözü yapılaşma kuramındaki failin toplumu üretme becerisinin hem kendinde hem toplumda olması kavrayışı ile benzerdir.

“Faillerin ve yapıların oluşumu, fenomenlerin birbirinden bağımsız iki verili dizisi, bir ikicilik değildir, bir ikiliği temsil eder... Toplumsal sistemlerin yapısal özellikleri, onların tekrarlanan bir şekilde düzenledikleri pratiklerin hem araçları hem de sonuçlarıdır [...] eylemin üretilme anı, aynı zamanda, toplumsal yaşamın günlük olarak yürürlüğe konulmasının bağlamları içindeki yeniden üretimlerden biridir” (Giddens, 1998: 26).

Yapısallaşma teorisi ile Giddens (1998) uzun süre boyunca sosyolojide tartışılan mikro ve makro yapılar konusunu çözümlemek istemiştir. Yapısallaşma kuramına göre gündelik yaşamın oluşmasında makro yapılar kadar mikro yapılar da belirleyicidir. Bugün önemsiz addettiğimiz birçok eylem sosyal dünyamızı yeniden yaratır ve dönüştürür. Yani birey; tarihi, mekânı ve coğrafyayı hem üretir hem de onlar tarafından üretilir (Giddens, 2002: 22). Gündelik yaşam içerisinde toplumsal yeniden üretimin gerçekleştiği rutinler, zamansal ve mekânsal olarak inşa edilir. Giddens mekânın toplumsal olaylarının gelişim sürecini

etkilediğini; zaman ve mekân içerisinde rastgele ortaya çıkan olguların gerçekleştiği yer ile bir ilgisi olduğunu tanımlar (Giddens, 1998: 36).

Yapılaşma teorisinde öznenin bulunduğu yerin verili değil, inşa edilen bir mekân olduğunu söyleyen Giddens (1998: 22), olayların gerçekleştiği yerleri pasif mekânlar gibi algılamak yerine aktörleri etkileyen aktif mekânlar olarak tanımlar. Bu bağlamda Giddens yapılaşma kuramı ve zaman ve mekân olguları üzerine yaptığı tartışmalar mekân sosyolojisine önemli katkılar sunmuştur. Giddens modern zamanlarda mekânın zamandan ayrıldığını ve mekânın artık zamandan bağımsız bir olgu olduğunu belirtmiştir. Ayrıca modernliğin önemli özelliklerinden bir olan denetim ve gözetimin ise düzenlenmiş alanlar sayesinde gerçekleştiğini belirterek mekânın kontrol aracı olma özelliğini vurgulamıştır.

2.2.2. Risk toplumu ve mekânsallık: Ulrich Beck

Ulrich Beck, “geç modernite” kavramsallaştırmasıyla risk toplumu, küreselleşme, bireyler ve toplumsal kurumlar arasındaki ilişkileri açıklamaya çalışmıştır. Giddens’ın *Modernliğin Sonuçları* (1998) eserinde değindiği “risk” kavramı Beck’in önemli çalışma alanlarından biridir. Giddens’a (1998: 7) göre modernlik; belirli alanların ve yaşam biçimlerinin genel risk oranını azaltır. Bununla birlikte modernlik daha önce olmayan risk faktörleri üreten bir risk kültürü yaratır.

“Modernleşmenin, on dokuzuncu yüzyılda feodal toplumun yapısını sona erdirdiği ve endüstri toplumunu ürettiği gibi bugün modernleşme, endüstri toplumunu sona erdirir ve başka bir modernlik meydana gelir. Bu kitabın tezi şudur: biz modernliğin sonuna değil başlangıcına tanık olmaktadır yani klasik endüstriyel tasarımının ötesinde bir modernliğe” (Beck, 2019: 10).

Beck’e (2019) göre yeni olan bu modern dönem, düşünümsel modernlik olarak tanımlanır. Avrupa’da yaşanan endüstri gelişimi, faillerin yapısal kısıtlamalarından artarak bağımsızlaşmışlardır ve bulundukları toplumu düşünümsel bir şekilde üretme, oluşturma yeteneği kazanmışlardır. Beck toplumsal ilişkilerde failin düşünümsel bir şekilde içinde bulunduğu sınıfın koşulları ötesinde az çok kendilerini yönlendirebilir ve düşünümseelliğin önemini vurgular. “Yeni biçimlendirilmiş toplumsal ilişkiler ve toplumsal ağlar artık, bireysel olarak seçilmek zorundadır; böylece bireyler tarafından kurulmak, dürdürülmek ve sürekli yenilenmek zorundadır” (Beck, 2019: 102). Beck, modernlikle ilgili bir kırılma ve klasik toplumdan risk toplumuna bir dönüşüm görür; risk toplumu kendisinden önceki döneme olan benzerliklerini hâlâ sürdürür.

Tehlike ve risk arasındaki ayrışmada mekânsal bir değinide bulunan Beck (2019: 8) tehlike ve riskin birbirlerini ön varsaydığını belirtir. Tehlike zaman ve mekân anlamında şu anda yer alırken, risk geleceği işaret eder. Tehlikeler hesaplanabilirken; riskler, zaman ve mekân anlamında olasılıklardır. Mekânsal risklere örnek olarak küresel riskler gösterilebilir. Küresel risklerin sonuçları bir mekân ile sınırlı değildir. İklim değişikliği, savaş, göç, mülteci gibi mekânsal anlamda hesaplanamaz riskler olarak tanımlanabilir. Beck'e (2019) göre düzen, ilerleme ve refah esas sorunu belirlemektedir ancak yeni süreç risklerin en aza indirilmesi ve yönetilme meselesidir. Beck'in ilk klasik endüstri sürecinden yeni modern sürece geçiş teorisinin temelinde, değişen statik öğelerin yerine dinamik faktörlerin gelmesi ile oluşan risk toplumu kavramsallaştırması vardır. Beck, risk toplumunu ilk moderniteden ikinci moderniteye geçiş süreci olarak tanımlar. Beck'e (2019: 12) göre ilk modernitenin temel özellikleri olan; kolektif yaşam biçimleri, ilerleme, kontrol edilebilirlik, tam istihdam ve doğanın sömürülmesi gibi süreçleri; ikinci modernitenin, küreselleşme, bireyselleşme, cinsiyet devrimi, eksik istihdam ve küresel riskler gibi özellikleri ile yer değiştirmiştir.

İlk modernitede siyaset, temel olarak refahın sağlanması ile ilgiliyken risk toplumunda kötülüklerin dağıtımı ile ilişkilendirilmiştir. Risk toplumunda oluşan kötülükler ile uğraşmaya ilişkin bu gereklilik Beck'e göre birçok geleneksel kurum için kriz yaratmıştır. Tahmin edilemeyen pek çok risk, modernliğin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Beck'in düşünsel modernleşme fikri, sosyal eylemlerin kurumsal, bireysel ve mekânsal ölçeklerde yeniden üretilmesi risk toplumunun üretilmesini açıklar. Beck (2019: 9), bireyin toplum içinde zamanı, sınırı ve mekânı ürettiğini ve ürettiği bu koşulların neden olduğu riskler içinde yaşadığını söyler. Oluşan bu riskler sınırların ötesini aşır küresel çözüm arayışları doğurur. Beck, bireyin modernliği, mekânı, kendini ve eylemlerini inşa etme yeteneğini bu yeni modernlik süreci olan risk toplumunda edindiğini söyler.

2.2.3. Gündelik hayatta kent ve mekân: Michel de Certeau

Kentsel sorunlar, gündelik yaşam gibi konularda çalışması bulunan Certeau modern sosyolojide önemli bir konuma sahip olmuştur. Certeau kentsel antropoloji üzerine yaptığı çalışmalarda ortaya koyduğu nesnelerin ve olayların bugünkü tanımlamaları nasıl aştığına dair yaptığı vurgu ile gündelik sosyal teoriye dair tartışmalar üretmiştir. Certeau, Lefebvre gibi mekân üzerine düşünmüş ve mekân ile özne arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Certeau *Gündelik Hayatın Keşfinde* (2009); iktidar, kontrol ve tahakkümün birey üzerinde kuruluşunu kent ve

gündelik yaşam üzerinden anlatır. *Gündelik Hayatın Keşfi*'nin birinci cildinin girişinde Certeau sosyal öznenin önemini vurgulamıştır:

“Bu makale sıradan insana adanmıştır... Alelade kahramana. Her yere yayılan karaktere. Hikâyesi anlatılmayan gezgine. Anlatılarının başlangıcında, onlara hem başlangıçlarını hem de gereksinimlerini veren bu namevcut bireyin, imkânsız nesne olarak tasvir ettiği şeyi arzulamak için tanrıya yakarıyorum. Ona, daha önce ilahlara veya ilham perilerine sunulan belgeleri ithaf ettiğimizde, bize konuşma yetkisi verecek olan veya söylediklerimizi inanılır hâle getirecek olan, tarihin söylentileri ile birleşmiş bu kâhine ne soracağız? Bu bilinmeyen kahraman geçmişten gelir. O, toplumların mırıldandığı şeydir” (Certeau, 2009: 11).

Certeau, mekân ve özne arasındaki karşılıklı ilişkiyi, kontrol etme stratejisi olarak tanımlar. Certeau, bireyin mekâna dair pratiklerin bireysel anlamda nasıl deneyimlendiğini tanımlamaya çalışır. Fenomenolojik bir yaklaşımla Certeau mekânı bir deneyim biçimi olarak tanımlar. Hapishane içinde bir mekâna kapatılmış tutsağın mekân ile ilişkisini ve o mekânı nasıl deneyimlediğini anlamaya çalışan de Certeau, Foucault'nun bir iktidar mekanizması gibi tanımladığı kapatılma mekânını öznenin deneyimi açısından ele alır (Certeau, 2017). Ayrıca *Gündelik Hayatın Keşfi*'nde, mekân kavramsallaştırmalarını Foucault'nun incelemelerinin bir devamı olarak düşünülebileceğini ifade eder (Certeau, 2009).

2.2.4. Mekânın tüketimi: John Urry

John Urry çalışmalarında mekânsal teori ile coğrafya arasındaki bağlantıyı, sosyoloji ve coğrafya arasındaki disiplinler ilişkisiyle ele almıştır. Yerel coğrafyalar ve yapılar üzerine *Turist Bakışı* (2009) ve *Mekânları Tüketmek* (2018) gibi önemli eserleri bulunan Urry, mekânın turizm ile paketlenip satılacak bir meta haline getirildiğini belirtir. Urry (2018:12), mekânların artan bir biçimde değerlendirildiğini, satın alındığını ve kullanıldığını, tüketim merkezlerine dönüştürüldüğünü ve yeniden yapılandırıldığını belirtir. Bu yerel mekânlar görsel ve kültürel anlamda tüketilir. Turistler bölge insanı tarafından birer tüketici olarak görülür (Urry, 2018). Bölgede yaşayan insanlar için ise bu durum bir gelir kaynağı olarak görülür ve yerel öğeler pazarlanacak bir metaya dönüştürülür. Mekânın bir tüketim malzemesine dönüştürülme süreci Urry anlatısının en önemli noktasıdır. Yerel kimliklerin ambalajlanarak sunulduğu mekânlarda kimlik mekânsal olarak bir tüketim metası haline gelir.

Mekânsal kavramsallaştırmaları temellendirerek turizm ve mekânın tüketilmesi konularına yönelen Urry (2018: 18), sosyolojinin mekân konusu üzerine çalışmakta oldukça geciktiğini tespit eder. Urry, mekânın tüketiminin başlangıcını zamanın sayılabilen biçime dönüşmesi ile ilişkilendirir. Kapitalizm ile birlikte “vakit nakittir” söylemini vaktin boşa

harcanmasının aynı zamanda parayı boşa harcamak anlamıyla ele alınır. Sadece çalışma zamanı değil aynı zamanda boş vakit de düzenlenir. Urry (2018: 21) boş zamanın rasyonel bir dinlence olduğunu, ölçülebilir zamanın, varlığın ve mekânın toplumsal ilişkilere böyle işlendiğini söyler. Düşünür, mekân ve zamanın görsel tüketiminin endüstriyel üretim tarzı ile hem hız kazandığını ondan soyutlanmış olduğundan bahseder. Urry (2018), kentin bir gösteri merkezine, postmodern bir tüketim mekânına dönüştüğünü ve görsel üretimin bir peyzajı haline geldiğini belirtir. Fuar alanlar, milli parklar tüketim için simüle edilmiş mekânlar olarak üretilir. Doğa yürüyüş parkurları doğadan koparılıp düzenlenip, saati belirli bir ücret karşılığında ziyaretçilere açık hale getirilir. Postmodern toplumun hız kazandırılmış tüketim tarzının zaman, mekân ve her türlü kimlik duygusunu hızla erittiğini aktaran Urry (2018: 42), modern dönemde sabitlenmiş olan mekânların postmodern dönemde hızla yer değiştirdiğini söyler.

2.2.5. Mekânın poetikası: Gaston Bachelard

Gaston Bachelard, *Mekânın Poetikası*'nda (2017) mekânın öznel deneyim ve duygularla ilişkisini açıklar. Bachelard, fenomenoloji yöntemini mimariye uygular; analizini sözde kökenlere değil, mimari mekânlarda yaşanmış deneyime ve doğadaki bağlamlarına dayandırır. Özellikle hem yaşamda hem de edebi eserlerde hem düzyazı hem de şiirde binalara karşı kişisel, duygusal tepkilere odaklanır. Böylelikle tavan arası, kiler, çekmeceler vs. gibi mekânsal tipleri düşünmeye yönlendirir. Bachelard, mimarları örtük bir şekilde çalışmalarını mimarın izleyicilerini ve kullanıcılarını etkileyebilecek veya etkilemeyecek soyut gerekçeler yerine oluşturacağı deneyimlere dayandırmaya çağırır. Bachelard bu eserde yaşadığımız mekânlara yönelik düşünsel bir kavram haritası çizer. Eski kulelerin ve köy evlerinin, mezarlıkların ve en gölgeli şehir köşelerinin önemini vurgular. Bachelard (2017), mekânın aynı zamanda ruhun girintilerinin, zihnin koridorlarının da bir keşfi olduğunu vurgular.

“Köşelerinin ve çatlaklarının her biri, hayal kurmak için birer dinlenme yeri idi [...] Bazen geleceğin evi geçmişin tüm evlerinden daha iyi inşa edilmiş, daha hafif ve daha büyüktür, böylece rüya evinin görüntüsü çocukluk evininkine zıttır [...] Belki daha sonra yaşayacağımız bir evin birkaç hayalini sürdürmek bizim için iyi bir şeydir, her zaman daha sonra, çok daha sonra, aslında onu başarmak için zamanımız olmayacak. Nihai bir ev için, doğduğumuz evle simetrik bir ilişki içinde olan bir ev, hayallere değil düşüncelere -ciddi, üzücü düşüncelere- yol açardı. Bir nihailik durumunda yaşamaktansa bir süreksizlik durumunda yaşamak daha iyidir” (Bachelard, 2017: 68).

Bachelard, evin bir sığınak olduğunu ve onsuz insanın dağınık bir figür olacağını belirtir. Bachelard (2017: 96), evin geçmişi, bugünü ve geleceği topladığını ve içerdığını; düşünceleri, anıları ve arzuları bütünleştiren ve tüm bunları insanın hayal kurmasına izin veren mekânlar olduğunu ileri sürer. Bachelard (2017: 111), “doğduğumuz evin, evin bir düzenlemesinden daha fazlasıdır, aynı zamanda hayallerin bir düzenlemesidir” diyerek mekânın benliğimiz üzerindeki etkilerinden bahseder.

2.3. Postmodern Sosyolojide Mekân Kavramsallaştırmaları

2.3.1. Akışkan mekân ve küreselleşme: Zygmunt Bauman

Bauman’ın ilgilendiği konuların başında “modernlik” ve “postmodernlik” konusu gelir. Modernliğe yönelttiği eleştirilerin temelinde kendisi ve eşi Janina’nın yaşam öyküsü ile II. Dünya Savaşı sırasında Yahudilere uygulanan soykırımın önemli bir yeri ve etkisi vardır. Bauman Holokost ile ilişkilendirdiği modernliği yoğun bir biçimde eleştirir. Holokost, nazilerin Yahudileri kitle hâlinde öldürme olayı, insanlığa karşı işlenen korkunç bir suç olarak tanımlanabilir. Bauman (2003: 85), Fransız Devrimi ve Amerika’nın keşfinde olduğu gibi Holokost’un da tarihin akışını değiştirdiğini söyler. Holokost, modern uygarlığın rasyonel dünyasında ortaya çıkmıştır (Bauman, 2003). Bu bağlamda Bauman modernliğin, bilimselliğin ve rasyonalitenin belirtildiği gibi ilerlemeyi değil toplumu ve toplumun sağlığını olumsuz etkilediğini söyler. Modernlik, şehirleşmeyi var ettikçe düzensizliği de beraberinde getirir. Bununla birlikte bireyin topluma ve kendine yabancılaştığı modernlik içerisinde depresyon, kaygı bozuklukları gibi birçok sağlık problemleri ortaya çıkar.

Bauman’ın modernliğe yönelttiği eleştirilerin temelindeki esas nedenlerden biri: modernliğin “farklılığı” bir suç olarak görmesidir. Modernite doğruluk, adalet ve akıl için evrensel uygulanabilir standartlar belirleme ve sınıflandırma yoluyla düzen yaratma faaliyetine girmiş, bu bağlamda göreceliği, belirsizliği ve muğlaklığı bastırmaya çabalamış, farklılığı da bir suç olarak damgalamıştır. Bauman’a (2003: 37) göre modernlik, her şeyden önce bir “sınır uygarlığıdır”. Bu uygarlık, vaat ve ümit edilen bir başlangıç mekânı olarak bazı sınırlar var olduğu sürece ya da dünyanın kendisini bir sınır algılamasına izin verdiği sürece yaşayabilir. Bauman, nesnel fiziksel mekâna ilişkin “hissin”, günlük deneyimlerin, mesafenin insanlardan, tüm olumsal ve geçici özelliklerinden arındırıldığı sırada fenomenolojik sadece niceliğe indirgenmesinden kaynaklandığını belirtir (Thomason, 1991). “Kusursuz mekân”

nesnelleştirilen şeyin, “sosyal mekândan” türetilen “zamana ve şartlara ilişkin içeriğinden” azat edilen bir soyutlama olduğunu söyleyen Bauman (2003: 36) sosyal mesafe gerçek nesnel mesafelerden metaforik bir transfere güvenir.

Bauman (2003), küreselleşme sürecinin olumlu yönlerinden çok olumsuz etkilerine yer verir. Bauman, küreselleşme süreçlerinin ayrılmaz bir parçası mekânı giderek bölme, insanları ayırma ve dışlama olarak tanımlar. Modern dünyada yabancıнын ortaya çıkmasının temel sebebi olarak sosyal mesafe ve fiziksel mekânın ayrılmasını gösteren Bauman (2017); yabancıyı, deneyimlenen mekânın içindeki bilinmeyen öteki bir varlık olarak tanımlar. Dolayısıyla yabancıların yaygınlaşması entelektüel bir biçimde, bilginin elde edilmesi ve dağıtımı yolu ile yabancıнын sınırlanabileceği, izlenebileceği ve normalleştirilebileceği düzenli, sınırlı ve haritalandırılabilir bilişsel mekânın inşa edilmesi çabalarını ortaya çıkarmıştır (Bauman, 2016: 148). Fakat bilişsel mekân bu tür kaygılarla oluştuğu için modernite farklı toplumsal mekânların ortaya çıkmasına sebep olmuştur: “Estetik mekân, merak ve deneysel yoğunluk arayışı ile yönlendirilen ilgi ile dokunaklı bir biçimde yaratılmıştır, ahlaki mekân ise hissedilen sorumluluğun eşitsiz biçimde dağıtılması ile ‘inşa’ edilmiştir” (Bauman, 2016: 150).

2.3.2. Tüketim toplumu ve alışveriş mekânları: Jean Baudrillard

Baudrillard, Foucault’nun düşüncelerinin en yaygın olduğu 1970’lerde *Foucault’yu Unutmak* (2013) adlı eseri sosyolojik olarak büyük ses getirdiği söylenebilir. Bu eserde “Foucault’nun söylemi, tanımladığı iktidarın bir yansımasıdır” diyerek eleştirilerini sıralamıştır (Baudrillard, 2013: 25). Gücü ve baştan çıkarıcılığının buradan geldiğini söyleyerek Foucault’nun gerçekliğinin bu yansımadan ibaret olduğunu ifade eder. Baudrillard’a (2014) göre artık gerçekliğin yerini simülasyonun aldığı Batı toplumlarında kitleler giderek ortadan kalkmakta, buharlaşmakta ve onların yerini “sessiz yığınlar” almaktadır. Baudrillard’a (2014: 112) göre toplumsalın simülasyonu hatta “toplumun içinde kaybolduğu kara bir delik” olarak kitlelerin ne geçmişte ne de gelecekte yazabilecekleri bir tarihleri yoktur.

Lefebvre’nin öğrencisi olan Baudrillard, fikirlerini her zaman mekânsal terimler ile açıklamaya çalışmıştır. Tüketiciliğin yerel mekânlar üzerine olan etkilerine dair yaptığı araştırmalarından, hiper-gerçek Amerika turuna kadar, Baudrillard’ın mekân, mimarlık ve yapıli çevreye olan ilgisi akademik hayatı boyunca devam etmiştir. New York Dünya Ticaret

Merkezi üzerine mekân ve ekonomi ilişkisini incelemesi yine alanda önemli bir yer tutar. Disneyland üzerine yaptığı simülasyon olarak eğlence mekânları kavramsallaştırmaları mekân sosyolojisi için oldukça önemlidir (Raffel, 2004). Disneyland'ın toplumsal olarak geri kalan her şeyin gerçek olduğuna inanılması için bir hayalmiş gibi sunulduğunu söyleyen Baudrillard, Los Angeles ve Amerika'nın da gerçek olmadığını, bir hiper gerçekliğe ait olduğunu belirtir. Disneyland'ın ne hayali ne de gerçek olduğunu söyleyen Baudrillard, karşı kampta gerçeğin kurgusunu oluşturmak için kurulan bir caydırma makinesi ya da mekân olduğunu söyler (Baudrillard, 2014).

Sonuç olarak moderniteyi doğrusal yani mekânsallaştırılmış bir zamana bağlayan Baudrillard baştan çıkarma ve sembolik değiş tokuşu üçüncü düzen simülark karşısında hizalayan mekân ve zamanı, hiper gerçeklik şartlarında kurumsallaştırır (Zurbrugg, 1993). Baudrillard doğrusal zamanın modernite içinde kıtlaşması gibi mekânın da azaldığını belirtir. Sonuç olarak Baudrillard; postmoderniteyi gelişen kitle medyası, tüketimi, iletişimi ile yine kitle tüketimi ve yeni dönemin getirdiği, yaygınlaşan yönlendirilmiş iletişim, sembolik tüketim ve zaman ve mekânın daralması ile ilişkilendirir (Baudrillard, 2014).

2.3.3. Habitus, alan ve mekân: Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu, yakın dönem Fransız sosyolojisinin en önemli isimlerinden birisidir. Yaptığı analizlerle bazı kavramları yeniden yorumladığı gibi sosyolojiye yeni kavramlar da kazandırmıştır. Bu kavramların özellikle sosyoloji teorileri tartışmalarına önemli katkıları olmuştur. Ancak Bourdieu'nun mekân hakkındaki kavramsallaştırmaları oldukça düzensizdir (Hubbard ve Kitchin, 2018). Bu durum, Bourdieu'nun mekân sosyolojisinde adı anılmayan bir sosyolog olduğu anlamına gelmez; fakat mekân sosyolojisi literatüründe Bourdieu'nun çalışmaları geniş yer bulmaz. Bourdieu'ye göre toplumsal alan hem mekânsal yapıların nesnelliğine hem de kısmen bu nesnelleştirilmiş yapıların somutlaşmasının ürünü olan zihinsel yapıların öznelliğine yazılmıştır (Bourdieu, 2018).

“Toplumsal mekânın yapısı, böylelikle, en çeşitli bağlamlarda, mekânsal karşıtlıklar biçiminde, yerleşik (ya da sahiplenilmiş) mekânın bir tür kendiliğinden toplumsal mekân metaforu işlevi görerek kendini gösterir [...] Sahip olunan alan, iktidarın iddia edildiği ve kullanıldığı yerlerden biridir ve şüphesiz en görünmez biçimde, algılanmamış şiddet olarak sembolik şiddet biçimidir” (Bourdieu, 2018).

Bourdieu'ye göre mekân, iktidar sembolizminin en önemli bileşenlerinden biridir (Bourdieu, 2018). Bourdieu Cezayir'de yerlilere ilişkin yaptığı çalışmada “sosyal alan ve

zaman” kavramsallaştırmasıyla, yerlilerin kültürel ve ekonomik ritimlerinin o toplumdaki mekânı ve zamanı nasıl oluşturduğunu analiz etmiştir (Hubbard ve Kitchin, 2018). “Sosyal alan” ifadesi, genellikle sosyolojik yazında, incelenen sosyal fenomenin geniş arka planını belirtmek için genel bir metafor olarak kullanılır. Bourdieu, herhangi bir zaman veya yerde meslek için mevcut olan tüm olası konumlar kümesini belirtmek istediğinde, “sosyal alan” terimini daha spesifik kullanır (Wiley, Sutko ve Becerra, 2010). Bourdieu’nün uygulama teorisi ilişkisel bir teori olduğu için, bu olası pozisyonlar birbirleriyle ilişkili olarak tanımlanır. Onun yazdığı gibi, “her noktada, orada bulunan tüm ilişkiler ağını hatırlamak gerekir” (Bourdieu, 1985)

Bourdieu’nün yerlilerin evlerindeki zamanlara ve mekânlara dair analizi David Harvey’nin kapitalist olmayan mekân ve zamanın inşası için bir örnek teşkil etmiştir (Harvey, 2014). Harvey için, yerliler üzerine sosyal zamanın örneği zaman ve mekânın beden etrafında derin kültürel etkileri olan bir biçimde toplumsal olarak yönlendirilebilir (Harvey, 2014). Harvey (2014), Bourdieu’nün zaman ve mekâna ilişkin değerlendirmesini, sosyo-kültürel anlamda kapitalizmin giderek artan küresel erişimi karşısında ne kadar uzun süre daha hayatta kalabileceğini sermaye birikim mantığı ile uyumlu bir biçimde yerin soyutlamasına dayanan bir zaman ve mekân düzenini sorgulamayarak bitirdiğini belirtir. Bourdieu sosyal alanı öznel olarak tanımlar; çünkü bir dizi göreceli konumdan oluşur. Benzer konumdaki bireyler sosyal gruplar oluşturmak için bir araya gelebilir. Böylece gruplar arasındaki farklılıklar uzaydaki farklı konumları ortaya çıkarır veya en azından yansıtır. Bu nedenle, sosyal alanı Bourdieu’nün bir grup alanı olarak anladığı şekliyle düşünmek mümkündür.

Habitus, kültürel anlamda bir mekân olarak tanımlanabilir (Hubbard ve Kitchin, 2018: 225). Pierre Bourdieu habitus kavramıyla hem öznel hem de nesnel toplumsal ilişkileri kapsayan, fail ve yapıyı iç içe geçiren, kapsayıcı yeni bir boyut kazandırmıştır (Bourdieu, 2015). En temel haliyle habitus, belirli bir dünya görüşüne işaret eden yaşam tarzını ifade eder (Hunter, 2004). Habitus, toplumsal gerçekliğin nesnellik ve öznellik diyalektiğidir (Couldry, 2005). Habitus ve yapının ikiliği kavramları arasındaki benzerliğin yanı sıra “pratik” ve “üretim-yeniden üretim” kavramları da iki sosyoloğun analizlerinde merkeze yerleştirdikleri kavramlardır (Wacquant, 2014: 44). Nesnel zorunluluğun, artık avantaja dönüşmüş bir zorunluluğun ürünü olan habitus, nesnel duruma nesnel olarak uyarlanan stratejiler üretir. Ancak bu stratejilerin mutlaka bilinçli hedeflerin açık ürünleri ve dışsal nedenlerin bazı mekanik belirlenimlerinin sonuçları olması gerekmez (Veenstra, 2007). Habitusun belirleyicisi olan eğilimler, birey tarafından üzerine inşa edilenler ile karakterize edilebilir

(Bourdieu, 2015: 62). Bourdieu, birincil toplumsallaşma araçlarının şekillenmesinde önemli rol oynayan habitus kavramını, üç çeşit sermayeyle ilişkilendirir. Birincisi, finansal kaynakları ifade eden ekonomik sermayedir. İkincisi, bireyler arası etkileşimleri tanımlayan sosyal sermayedir. Üçüncüsü ise; sanat, müzik, spor, dans gibi dallara ilişkin kapasite, beğeni ve tercihlerin toplamına işaret eden kültürel sermayedir (Bourdieu, 2015: 62).

Bourdieu'nun diğer bir tanımlaması ile alan kavramıdır. Bourdieu alanı fiziksel anlamda değil soyut bir anlamda kullanmıştır. Ancak yine de her alanın mekânsal bir etkileşim noktası bulunmaktadır. Mekânsal özellikler çoğu zaman alan için önemli bir etmen olarak karşımıza çıkar. Her alan, kendisine özgü mekânsal ve toplumsal ilişkiler üretir (Bourdieu, 2015). Alanların hepsinde ortak olan şey ise mücadeledir; alana yeni giren ile alanın özgül sermayesi üzerinde hegemonyası olan baskın sınıf arasında, sermayenin tanımı ve dağıtım tekeli noktasında devamlı bir mücadele vardır (Bourdieu, 2010). Alandaki baskın gruplar, daha çok tecrübeye, sermayeye ve sermayelerini alanda kullanabilme yetkinliğine sahip oldukları için kendi iktidarlarını koruma anlayışıyla hareket eder. Bourdieu, yeniden üretimin tam da bu iki farklı sermaye grubunun çatışmasından kaynaklandığını savunur. Bir taraf direnir, diğer taraf değişim ister ve böylece alanın dinamizmi güç mücadelesiyle devam eder.

2.3.4. Kapatılma ve gözetleme mekânları: Michel Foucault

Foucault'nun yaklaşımı oldukça çeşitli ve çok yönlüdür; bu durum çalışmalarını daha da çarpıcı hale getirmiştir. Örneğin Weber'in bürokrasisi veya çelikten kafesi Foucault'da (2019: 122) da vardır ancak ona göre o çelik kafesin içinde her zaman bir direniş imkânı bulunmaktadır. Marxist düşüncelerden etkilenen Foucault, düşünüş biçimini asla ekonomi ile sınırlandırmaz. Toplumsal ilişkiler ağında iktidarın belirli bir yerde olmasından çok gündelik hayat içinde ilişkisel şekilde oluştuğunu vurgulayan Foucault (2015), iktidarın mikro siyaseti üzerine yoğunlaşmıştır. Hermeneutik yöntem ile toplumsal verileri analiz etmeye çalışan Foucault, belirli bir doğruluk tanımından öte “daima kabuğundan sıyrılacak katmanlar” olarak olguları tanımlar (Ritzer, 2018: 499). Foucault, genellikle öznenin tek başına deneyiminden yola çıkmaz, “özerk anlam veren özne fikrini” ve güçlü bir yapısalcı özellik taşısa da belirli bir kural bütünü kabul etmez (Ritzer, 2018: 499).

Foucault (2011), bilginin arkeolojisini belirli zaman aralıklarında özel bir kavram aracılığı ile oluşturulan tüm söylemlerin koşullarını belirleyen kurallar dizisinin “kazılması”,

söylemlerin oluşumunu tarihsel anlamda gelişimi olarak tanımlar. Söylemler üzerine çalışan Foucault, hangi dönemde hangi söylemin hangi koşullar altında oluşturulduğunu tanımlarken yapısalcı bir yöntem kullanır. Ancak yapısalcılıktan ayrıldığı nokta ise Ritzer'e (2018: 500) göre; bir yorumlama biçimi olmanın ötesinde incelenen belgenin düzenlenmesi, ayrıştırılması, düzeylere ayrılması, diziler oluşturulması, sıralanması ve ilişkilerin betimlenmesidir.

Foucault'ya göre doğruyu söyleme biçimleri bir söylemsel araçtır. Psikoloji gibi insan bilimlerinin söylemsel biçimi Foucault'yu bu alandaki bilginin oluşum sürecini incelemeye yöneltmiştir. Söylemsel olarak doğru bilginin üretimi Foucault'ya (2011) göre iktidarın soybilimi kavramı ile doğrudan ilişkilidir ve bilgi-iktidar ayrılmaz olarak birbirine bağlıdır. Soybilim kavramsallıkların kökenlerinin inşa edilmesi veya düzenlenmemiş ilerleyişlerin arasında bağlantı kurup düzenleme söylemler, pratikler ve yörüngelerin düzenlenme ve çözümleme biçimidir. Bu nedenle Foucault bilgi, iktidar ve özne arasındaki ilişkiye oldukça önem vermiştir. Soybilim insan bilimleri içindeki bilgi ve iktidar ilişkisiyle bedenlerin düzenlenmesi stratejisini açıklar. Foucault (2011), bilgi ve iktidar arasındaki bağlantıların belirli seçkin zümrelerin elinde olduğunu vurgular.

“Bu anlamda insanın yeniden üretimi, hükümrânlığın döngüsel amacının başlıca payandasıdır. Başka bir şekilde dile getirilirse, böylesi bir yönetimin amacı, kapalı bir çevrim 19 kurmak; döngüsellik vasıtasıyla iktidarın sürekliliğini hukukun ve kurumların vasıfları vasıtasıyla garanti altına almaktır. Böylece başlangıç sorunu, politik kurum yıkılsa da kendi planını ardında bırakan bir mimari sorunu haline gelecektir: Zemin, bir kez sağlam atıldıktan sonra binanın farklı yol ve yordamlarla kurulması sorun olmayacaktır”(Özmkas, 2019: 18).

Foucault eserlerinde iktidarın bilgi üretimi yoluyla insanların kendilerini ve başkalarını nasıl yönettiğini anlatmaya çalışır. Foucault, bilgiler arasında bir hiyerarşi olduğunu söyler. *Deliliğin Tarihi*'nde (2009) bilginin özellikle de psikiyatrinin bir arkeolojisini yapan düşünür, delilik ve aklın birbirinden ayrıldığı modern döneme işaret eder. Foucault'ya göre on yedinci yüzyıl Avrupa'sında çok önemli bir değişiklik meydana gelmiştir (Foucault, 2015). 1656 yılında Genel Hastane, Paris nüfusunun üçte birini bu kurum altında gözetim altına almıştır. Foucault'ya (2009) göre bu hastanenin tıp ile bir ilişkisi yoktur ve modern iktidar mekanizmasının yeni bir oluşumdur. Foucault, akıl hastaneleri gibi kapatılma ve ıslah mekânlarının on yedinci yüzyıla kadar var olmadığına dikkat çeker. Bu kapatılma mekânlarında herhangi bir ayırım söz konusu olmamış ve deliler, dilenciler, suçlular aynı yere kapatılmıştır.

Foucault'ya (2015) göre büyük kapatılmanın arkasında oldukça güçlü bir siyasi neden vardır. Avrupa ekonomisi içine düştüğü buhranın bir çıkış noktası olarak toplumsal anlamda

“işe yaramazların” düzeltilmesi ve belirli bir yere kapatılmasını görmüştür. Foucault’ya göre bu kapatılmanın iki işlevi bulunmaktadır. İlk olarak böylesi büyük bir buhranda işsiz kalan büyük bir kitlenin isyan etmesinin önüne geçmek, ikinci olarak da kapatılmış olanlara denetlenebilir bir ucuz iş gücü olanağı sağlamaktır (Foucault, 2013). On yedinci yüzyılın başında düzenlenen bu ıslah mekânları ile kapatma ve akıl mekânlarının temelleri atılmıştır. Foucault’ya (2013) göre bu döneme kadar pratik anlamda bir kapatılma mekânı ne tımarhane ne de hapisane olarak görülmüştür. Bu kapatılma alanları daha çok bir bekleme mekânı olarak kullanılmıştır.

“Bu tür sorunsallaştırmaların gerektirdiği söylemsel pratikler akıl hastalığı, hastalık, ya da suç gibi varlık biçimleri üzerine nesnel anlamda doğru olma, yani hakikat iddiası taşıyan önermeler üreten psikiyatri, psikoloji, patoloji, psikopatoloji, pedagoji, kriminoloji gibi “bilimsel” araştırma alanları; söylemsel olmayan pratikler ise bu araştırma alanları için gereken ortamı sağlayan hastane, akıl hastanesi, hapisane, kışla, okul gibi tecrit kurumlarıdır” (Foucault, 2015: 16).

Bu gelişme ile birlikte kapatılanlar arasında bir ayrıma gidilmeye başlanmıştır. Akıl hastaları tımarhanelere, asi gençler ıslah evlerine, suçlular ise ceza evlerine şeklinde bir sınıflandırma söz konusu olmaya başlamıştır (Foucault, 2015: 27). Kuşkusuz bu pratiklerde söz konusu olan, delilik, hastalık, suç gibi belirli varlık veya davranış biçimlerinin sorunsallaştırılarak özel birer deneyim haline dönüştürülmesidir. İnsanlar bu deneyimlerin öznesi olmayı kabul ettiklerinde, davranışlarını da deneyimlerin içerimlediği normlara göre sınırlandıracak, böylece modern kapitalist toplumun ihtiyaç duyduğu disiplini içselleştirecektir. Bu bağlamda Foucault’nun çalışmalarında önem verdiği kavramlardan biri olarak düzen kavramı karşımıza çıkmaktadır. Foucault *Kelimeler ve Şeyler* (2009) eserinde “şey”lerin düzenini anlamaya çalışır. Stavrides (2016: 143), düzen kavramının Foucault’ya göre derin mekân deneyimi ile yüklü olduğunu söyler.

Foucault cezaevlerinin, kliniklerin veya ruh sağlığı mekânlarının doğuşuna dair çalışmasında disiplin toplumuna işaret eder (Semple, 1992). Disiplin, sosyal sistemde bireylerin davranışlarını düzenleyen bir iktidar mekanizmasıdır. Mekân ve zamanlama bireylerin davranışları üzerinde uygulanır (Fuggle, 2012). Gözetim teknikleri ile pekiştirilir. Foucault’ya göre iktidar, disiplin değildir; disiplin daha çok iktidarın tecrübe edildiği yollardan biridir. Foucault, disipline edici toplum kavramını o toplumun tarihini, orijini ve hapisane, hastane, okul ve ordu gibi kurumlarını incelerken kullanır (Marshall, 1995). Ancak Foucault, bu terimi disipline edilmiş toplum anlamında kullanmadığına dikkat çeker. Bireylere fiziki olarak eziyet etmenin, onları kapalı mekânlarda tutmanın ve günümüzde de sürekli gözetim altında bulundurma mantığı temelde aynıdır. Modern iktidar, insanların

davranışını aynı biçimde şekillendirmek için, deyim yerindeyse (tarım ve hayvancılık kültürlerinde görülen), bir çobanın sürüsünü gütmesi gibi yönlendirmek için belirli teknikler kullanır.

2.4. Neo-Marxist Mekân Kavramsallaştırmaları

Marx'ın çalışmalarında kent mekânının, sınıf bilinci açısından önemine vurgu yapılırken, çalışmalarının bütünü açısından mekâna dair sistematik bir değerlendirme ya da kuramsallaştırma olmadığı söylenebilir. Marxist düşünürlerin kent üzerine söylemleri mekânın üretimini sınıf mücadelesi ve sermaye birikim süreçleri ile ilişkilendirir. Marxizm'in mekâna olan ilgisi, özel olarak kent mekânına ilişkin değerlendirmeleri 1960'ların sonlarına doğru Marxist coğrafyacı ve sosyologların analizleriyle birlikte artmıştır.

1960'lı yıllardaki politik rüzgâr, işçi eylemleri, sosyalist gençlik hareketleri ve köylü ayaklanmaları gibi birçok pratiğe neden olmuştur. Marxizm'e ve sosyalist hareketlere yönelik ilgi kentsel mekân üzerinde yeni tartışmaları ortaya çıkarmıştır. Lefebvre, Harvey, Castells, Soja'yla başlayan mekânsallık problemi onlarla birlikte onlardan sonra artarak özellikle kentsel mekân bağlamında gelişmiş ve mekân, kent bağlamında kapitalist ilişkiler içinde yeniden yorumlanmıştır. Mekânın değerinin düşmesini eleştiren Foucault, mekânı “hareket, zaman, zenginlik, üretkenlik ve diyalektik” (1980: 70) olarak kavramsallaştırmıştır. Marxist coğrafyacılar, mekânın daha derinlerde işleyen toplumsal yapılarla ilişki içinde ele alınmasının ve mekânsal süreçlerin ardında yatan ekonomik ve toplumsal ilişkilerin analiz edilmesinin gerekliliğini vurgulamışlardır. Mekânın bu dönemdeki yükselişi Marxist teori kapsamında mekânın kapitalist üretim biçiminde nasıl üretildiği ve yeniden üretildiği, bunun hem bir üretim aracı hem de kontrol ve ideoloji aracı olarak nasıl kullanıldığıyla ilgili yeni tartışmalar çerçevesinde gerçekleşmiştir. Özetle neo-Marxist yaklaşımla birlikte mekân, sosyal olay ve olguların gerçekleştiği yer olmasının yanı sıra başlı başına bir etken olarak da ele alınmaya başlanmıştır.

2.4.1. Mekânın üretimi: Henri Lefebvre

Mekân ile ilgili neo-Marxist kuramda en önemli eserlerden biri *Mekânın Üretimi*'dir (2016). Lefebvre (2016: 3) coğrafyacıların ve sosyologların mekân üzerine yeterince çalışmadıklarını vurgular. Lefebvre'ye göre geçmişte düşünürler mekânı hep içinde önemli

olaylar gerçekleşen bir doğal zemin olarak algıladılar oysa mekân statik bir öge değildir. Eski kuramcılara göre mekân tek başına üzerine düşünülecek bir kavram değildir. Bununla birlikte Marxistlerin ise mekânın özel olarak anlamını ve üretilmesini önemsemediklerini belirten Lefebvre, Marxistlerin mekânı sadece fabrika gibi içinde bir şeyler üretilen yer olarak tanımlamalarını eleştirir (Ritzer, 2018: 170). Lefebvre, bir Marxist olarak kapitalist üretim ilişkileri içinde öznenin mekân tarafından biçimlendirilme sürecine önem vermiştir. Lefebvre (2016: 255) kapitalist mekânın bireyi şekillendirme sürecinin tarihini anlatarak mekân anlamının toplumsal tarihi anlamak ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Feodal toplumlarda mekân egemenlik altına alınmamış daha çok doğa ile uyum içinde deneyimlemiştir. Feodal toplumlar dolaysız coğrafyaların zorluklarını karşılayacak biçimde yaşamışlardır. Lefebvre (2016: 15) bu durumun “mutlak mekân”ın gelişimi ile değiştiğini belirtir. Mutlak mekân dinsel ve siyasal iktidar tarafından biçimlendirilen mekândır. Bu mekânlar dağ zirveleri veya ulaşılmaz yerlerde bulunur. Lefebvre bu tip mekânların gücünü doğadan aldığını belirtir. Eski Yunan tapınakları doğal bir yerleşimde bulunur ancak bir simetri ve düzen içinde inşa edilir. Sonuç olarak bu mekânlar inşa edilmiş mekânlardır ve sonunda doğaya egemen olurlar. İnşa edilmiş mekânlar simgeledikleri doğal gücü kendi düzenleri ile dayatır. Bununla birlikte burada bulunan seçkin toplumsal sınıf bu mekân üzerinden toplumda kendi sembolik iktidarlarını kurmuş olur (Lefebvre, 2016: 122).

Lefebvre’ye göre bir diğer mekân türü ise tarihsel mekândır. Tarihsel mekânların modern Avrupa’nın ilk dönemlerinde üretilmeye başlandığını söyleyen Lefebvre (2016), bu mekân tipi üzerine *Mekânın Üretimi* içinde oldukça az yer verir. Ancak tarihsel mekân, “mutlak mekân” ve “soyut mekân” arasında bir bağlantı işlevi görür. Tarihsel mekânın seküler bir yapıya sahiptir ve bu mekânın mutlak mekânda bulunan doğa ve dinsel yapıdan sıyrılmış, rasyonel bir içsellik taşır (Lefebvre, 2016: 26). Tarihsel mekân milletlerin iktidar ve zenginlik yarışı içerisinde, doğa veya din ile uğraşmaktan çok insan tasarımı ile üretilir. Tarihsel mekân Lefebvre’ye göre en sonunda soyut mekâna yol açar. Soyut mekân; modern kent yaşamında, kapitalist toplum içinde üretilen, doğaya ve topluma tam olarak hükmetme niteliği taşıyan bir mekândır (Lefebvre, 2016: 36). Soyut mekân modern iktidar ile birlikte olabildiğince kârı arttırmaya ve toplum üzerinde denetimi en üst seviyeye çıkarmak için kurulmuştur. Lefebvre’ye göre mekânın denetlenmesi kapitalizmin gelişmesi için oldukça önemlidir (Ritzer, 2018: 170). Bu denetim soyut mekân tarafından sağlanır (Lefebvre, 2016). Modern kentlerin tasarlanması, mimarlar, mühendisler ve kent planlamacıları gibi profesyoneller tarafından yapılır. Bu profesyoneller iktidarın mekân üzerinde toplumsal bir

denetim sağlamasına hizmet eder. Soyut mekânlar, toplumsal sorunları çözülmesi gereken bir matematiksel problem olarak görür ve insanların hayatlarını yaşadıkları mekândan çok bir matematiksel sorun tanımlar (Lefebvre, 2016: 26). Aslında iktidar mekânı onu kullanan özne için değil, daha fazla kontrol ve kâr için üretir (Lefebvre, 2016: 36). Ancak burada anlaşılması gereken bir fabrika mekânından çok fabrikaya hammadde getiren yollar, işçilerin yaşadığı mahalleler veya işe gelirken kullandığı otobüsler anlaşılmalıdır (Lefebvre, 2016: 12).

Soyut mekânın üretimi açıkça gündelik yaşama etki eder. Mekânın gündelik deneyimine yönelik olarak insanların kullandığı yollar, evler ve işyerleri bir bakıma bireyin yaşam ritmini ve şeklini üretir. Yaşanan mekânın aynı zamanda bireyin pratiklerini biçimlendirdiğini söyleyen Lefebvre, kapitalist devletin mekâna hâkim olduğu bir dünyada yaşadığımızı belirtir. Ancak Lefebvre soyut mekânın en son kendi ölümüne neden olacağını, tıpkı kapitalizm gibi yok olup gideceğine inanır. Bu durumda kentsel mekânda ortaya çıkan eşitsizliklerin en sonunda büyük bir değişikliğe yol açacağını, yeni bir mekânsal yapılaşmaya gidileceğini öngörür (Lefebvre, 2016: 122). Lefebvre, yeni bir mekânsal çözümleme ve eleştirinin odak noktasını oluşturmak ile birlikte toplumsal bir değişim için çağrı yapar (Stewart, 1995). Lefebvre, insanların gereksinim duyduğu mekânları kendi elleriyle üretmesi gerektiğini savunur. Böyle bir dünyada insanlar mekâna egemen olmak için uğraşmayacak, kendi gereksinimlerini karşılamak için doğal mekânda farklılıklar yaratılabilecektir (Brenner ve Elden, 2009).

“Mutlak mekân”, “kutsal mekân”, “tarihsel mekân”, “soyut mekân”, “çelişkili” ve “diferansiyel mekân” olmak üzere tarihsel olarak mekânsal ayırım yapan Lefebvre’nin, diğer önemli kavramı mekânsal üçlemesidir. Ona göre mekânı deneyimlemenin üç unsuru vardır: “algılanan, tasarlanan ve yaşanan” (Lefebvre, 2016: 115). Mekânsal deneyimin bu üç unsurunu mekânsal pratik (algılanan mekân), mekân temsilleri (tasarlanan mekân), temsili mekânlar (yaşanan mekânlar) olarak kavramsallaştırır. Kuramının ayaklarını oluşturan bu üçlü herhangi bir toplumda veya bir üretim tarzında, mekânın nasıl üretildiğini anlamamızı sağlar. Mekânsal pratik (algılanan mekân) günlük yaşam içinde ampirik görebileceğimiz ve deneyimlediğimiz bir şeydir (Coleman, 2013). Mekânsal pratik maddi bir gerçekliktir, her gün somut olarak görebildiğimiz ve deneyimlediğimiz mekânla ilgilidir. Mekân temsilleri (tasarlanan mekân) uzmanların, planlamacıların, teknokratların, sosyal mühendislerin mekânıdır çünkü onların tasavvur ettiği mekânlardır. Mekân temsilleri bir toplumda yani bir üretim tarzında egemen olan mekândır, soyut mekândır. Mekân temsilleri, hâkim bilgiyi, ideolojiyi, bilgiyi mekânsal dokularında yansıtır. Bu yansıtma yine bu bilgi ve ideolojik

araçlarla gerçekleştirilir. Kodlar, bilgi, işaretler bizlerin sosyal ve politik pratiklerimizde önemli bir rol oynar. Temsil mekânları (yaşam mekânları) kullanıcıların, oturanların, öznelere mekânıdır. Onların sembollerini, dilini içerir, akışkandır ve tutarlı olmak zorunda değildir.

2.4.2. Triyalektik ve mekân: Edward Soja

Edward Soja, Foucault ve Lefebvre'nin düşünsel yollardan oldukça etkilenmiştir. Foucault'nun zaman ve tarih kavramları üzerinde odaklanmayı geçici tutukevleri yaratmakla eleştirir.

“Başlangıç niteliğindeki mekânsal dönüşünü nefes tarihsel fikirleri ardına sakladığı için, Foucault'nun eleştirel beşerî coğrafyanın gelişimine yaptığı katkılar arkeolojik bir yöntemle ortaya çıkarılmalıdır. Kendisi postmodern coğrafyacı olarak adlandırılmaya hiç kuşkusuz karşı çıkardı, fakat Deliliğin Tarihi'nden (2009) Cinselliğin Tarihi (2011) üzerine yürüttüğü son dönem çalışmalara dek, kendine rağmen de olsa, bu ismi hak ediyordu. Ne var ki mekân ve zamanın göreceli önemine ilişkin en açık ve açıklayıcı tespitleri, yayımlanmış başlıca eserlerinde değil, neredeyse belirli belirsiz bir biçimde derslerinde ve iki aydınlatıcı söyleşide -nice sorgulamalar ve dil dökmelerden sonra- görülür” (Soja, 2017: 27).

Mekân sosyolojisine katkıları zaman araştırmaları ile birleştirme amacı taşıyan eserleri kent, sınıf ve mekân üzerine yoğunlaşır. Soja, Lefebvre'den oldukça etkilenir ve çalışmalarında onun rolü büyüktür ancak yine de çalışmalarında bu düşünürü oldukça eleştirir.

“Foucault, [...] tarihselciliğe ve tarihselcilikle birlikte mekânın beşerî bilimlerdeki hâkim ele alınış biçimine karşı dolaylı yoldan güçlü bir kanıt sunmuştu. Foucault'nun heterojen ve ilişkisel mekân heterotopyaları, ne bilişsel sezgiyle doldurulacak tözsüz bir boşluk, ne de tüm göz alıcı kararsızlığı içerisinde feno-mitolojik olarak tanımlanacak bir fiziksel nesne muhafazasıdır” (Soja, 2017: 27).

Soja'nın (2017) mekânı anlamaya yönelik kavramı “triyalektik”tir. Soja, Marxçı diyalektik düşüncesini geliştirerek kendi düşüncesini bu kavramsal geçmişin üzerine inşa eder. Lefebvre'nin eseri daha önce tartıştığımız gibi mekânsal pratik, mekânın temsilleri ve tarihsel mekânlar arasındaki farktır. Lefebvre'nin yaşanmış mekân adını verdiği, gerçekten yaşanmış ve mekânsal biçimde toplumsal olarak üretilen, aynı zamanda hem somut hem de soyut nitelik taşıyan, toplumsal pratiklerin meskeni olan başka bir mekândır. Mekân geleneksel olarak ya bir zihinsel yapı ya da fiziksel bir biçim olarak gören çift odaklı bir anlayış tarafından örtbas edildiği için, ender rastlanan bir mekândır. Lefebvre, maddi pratikler ile mekân hakkındaki iki tip fikir arasında ayrım yapar. Soja, Lefebvre'nin bu tanımını, kent

mekânı yani tarihsel-toplumsal-mekânsal bir fenomen olarak kent diye nitelendirdiği kavramı kuramlaştırma amacı ile kullanır. Soja'nın temel söylemlerinden biri; mekânı saygınlıştırırken, mekâna tarihsel ve toplumsal ilişkilerin katılmasıdır.

“Kent mekânı, bir yaşam tarzı olarak kentçiliğin somut biçimleri ve özel kalıplarını üretmek ve yeniden üretmek için birlikte görev yapan bir dizi maddileşmiş toplumsal pratikler olarak araştırılabilir. Burada kent mekânı fiziksel ve ampirik açıdan biçim ve süreç olarak; kent yaşamının haritası çıkarılabilir biçimlenimleri ve pratikleri olarak algılanır” (Soja, 2017: 124).

Soja'nın birinci mekân yaklaşımı nesnel fenomenler ve mekân içindeki olguları vurgular. İkinci mekân yaklaşımında ise daha öznel olmaya ve mekân hakkındaki düşünceler üzerinde odaklanmaya çalışır. İkinci mekân anlayışı daha çok mekân ve coğrafyanın bilgisinin elde edilmesi ve bunun biçimsel yöntemlerine dikkat çeker. Soja üçüncü mekân yaklaşımında ise bunları birleştirir. Hem birinci mekân hem de ikinci mekân bakış açısını içine alarak insani mekânsallığın kavramsal şemasını kurar. Soja insani mekânsallığın toplumsal üretimini başka bir düşünme biçimi olarak ele almayı öne sürmüştür.

2.4.3. Sermayenin mekânları: David Harvey

Soja'nın eserinin postmodern Marxist kuram olarak tanımlanabileceği gibi neo-Marxist bir tanım kümesinde de incelenebileceğini söyleyen Ritzer (2018: 172), Harvey'nin de buna benzer bir durumda olduğunu belirtir. Harvey, mekânı ve coğrafya dahil pek çok kavramı açıklarken, Marxizm'e yakınlığını sürdürmüştür. Harvey (2014: 25), “mekânsal sabit” kavramsallaştırmasının Marx'ın söylemlerinin temelinde yer aldığını söyler ve kapitalizmin yüksek kâr gereksinimini karşılamak için sürekli olarak yeni mekânlar aramak zorunda olduğunu vurgular. Harvey (2014: 65), Marx'ın söylemlerini onaylayarak onun, “coğrafi yeniden düzenlemeler ve yeniden yapılandırmalar, mekânsal stratejiler ve coğrafi öğeler eşitsiz coğrafi gelişmeler ve benzerinin; sermaye birikiminin ve hem tarih hem de bugün sınıf çatışmaları dinamiğinin hayati yönleri olduklarını” onayladığını kabul eder. Bununla birlikte Marx'ın mekân hakkında ortaya koyduğu görüşler, Harvey tarafından güncellemeye çalışılmıştır (Ritzer, 2018: 173).

Harvey için mekân, bireyi dönüştüren ve onun tarafından biçimlendirilen toplumsal bir alandır. Harvey, kenti anlamının önemini, mekânın biçimini ve toplumsal ilişkileri analiz etme gerekliliğini vurgular. Kentin şimdiye kadar olan düşünüş biçimlerinden ve disiplinlerin üstünde olacak bir şekilde ele alınmalıdır. Kent mekânını anlamak için oluşturulacak temel

teorik çerçeve hem toplumsal hem de coğrafi alanı ele almalıdır. Harvey'e göre kent mekânına kavramsal olarak hem toplumsal bir süreç hem de mekânın birey ile ilişki halinde bulunduğu kapalı ve canlı bir sistem bakılmalıdır:

“Bu coğrafi araçlar sayesinde burjuvazi, mekâna bağımlı olan feodal güçlerin etrafından dolandı, dışarıdan altılarını oydu; onları içeriden bozarak yıktı. Burjuvazi, devletin askeri, örgütsel ve mali gücünü yine bu yöntemle kendi emellerinin yürütme organına çevirdi. Burjuvazi iktidara sahip olduğunda, devrimci misyonunu yerine getirmeye içsel ve dışsal coğrafi dönüşümler aracılığıyla devam etti. Şehirler, hızlı kentleşme ve büyük metropollerin oluşumu yüzünden, kırsal alanlar üzerinde hâkimiyet sağladı. Kentleşme hem üretici güçleri hem de emek gücünü mekân içerisine sıkıştırdı; dağınık nüfusu ve ademi merkezi mülkiyet haklarını, nihai olarak ulus-devletin hukuki ve askeri aygıtlarında pekişecek olan büyük siyasal ve ekonomik güç birikimlerine dönüştürdü. “Doğanın güçleri” insan kontrolüne tabi kılındı, ulaşım ve iletişim sistemleri, bölgesel iş bölümü ve kentsel altyapı haline gelerek sermaye birikiminin temellerini oluşturdu” (Harvey, 2008: 41).

Harvey, kent mekânını toplumsal bir olgu olarak ele almayı önerir ve toplumsal adalet ile ilişkilendirir. Harvey'e göre adalet, çelişen ve çatışan talepleri ortak bir noktada buluşturmak olarak anlaşılabilir. Zaman ve mekânın genişleyebilmesi için toplumsal ilişkilerin dışında, bu ilişkilerin bir ürünü olduklarını ortaya çıkarmıştır. Zaman ve mekân ait olduğu toplumsal yapı gibi akışkandır (Harvey, 2014).

“[...] kapitalizmin coğrafyası gitgide kemikleştiği için artan hareket serbestisiyle büyük bir çelişki içine girer. Mekân temelli kurumlar önem kazandıkça, mekâna (ve belirli özelliklerine) bağlılık siyasal eylemi belirleyen önemli bir faktör haline geldikçe, çelişki daha da belirginleşir” (Harvey, 2008: 82).

Toplumsal adalet olgusunun hem bireysel hem de toplumsal süreçte ortaya çıkan bir etkileşim biçimi almasından dolayı gibi mekânsal olarak da tanımlanabileceğinin altını çizen Harvey (2008), toplumsal adaletin gerekliliklerini sağlamayan bir zamansal diliminin, gerilim yaratacağını söyler.

“Bir taraftan, zaman ve mekân da dahil olmak üzere her tür deneyimin temeli olarak tasavvur edilen bedene dönmek; toplumsal ilişkileri, iktidar ilişkilerini, kurumları ve maddi pratikleri tanımlayan, temsil eden ve yöneten koca bir bilimsel, toplumsal, siyasal ve ekonomik soyutlamalar ağını sorgulamaya yarayan bir araca, hem de imtiyazı gittikçe artan bir araca dönüşüyor artık” (Harvey, 2008: 132).

Harvey'nin teorik kavramsallaştırmalarının temeli Marxist bir mekânsal çözümlemedir. Kentsel mekânın önemi ise kapitalist üretim ilişkilerini açıklamasından kaynaklıdır. Harvey mekânın önemini kentleşmenin ve sermayenin ürettiklerine olan talebin artmasına bağlanmaktadır. Harvey kapitalizmin krize girdiğini ve bu krizden mekânsal bir genişleme ile kurtulabileceğini belirtir. Harvey, kapitalizmin krizlerine mekân aracılığıyla getirilen çözümleri irdeler.

2.4.4. Kolektif tüketim mekânları: Manuel Castells

Manuel Castells, kenti; toplumsal etkileşimlerin üretildiği mekân olarak tanımlar. Ekonomik, siyasal ve ideolojik toplumsal oluşumlar kent mekânında ifadesini bulur ve mekân toplumun bir “yansıması” değil, toplumun kendisidir (Castells, 2015).

“[...] mekânsal biçimler, hiç değilse bizim gezegenimizde, diğer tüm nesneler gibi insan edimince üretilecektir. Verili bir üretim biçimi ve belirli bir gelişme biçimi uyarınca egemen sınıfın çıkarlarını dışa vuracak ve yerine getirecektir. Tarihsel olarak belirlenmiş bir toplumda mekân, devletin iktidar ilişkilerini dışa vuracak ve uygulayacaktır. Cinsiyet tahakkümü süreci ve devlet tarafından teşvik edilen aile yaşamı tarafından gerçekleştirilecek ve şekillendirilecektir. Mekânsal biçimler, aynı zamanda sömürülen sınıfların, ezilen halkların ve boyunduruk altındaki kadınların gösterdiği direnişle belirlenecektir. Mekânda gerçekleşen böylesi çelişkili bir tarihsel sürecin işleyişi ise, hâlihazırda devralınmış, ha eski bir geçmişin bir ürünü ve yeni çıkarların, projelerin payandası niteliğindeki bir mekânsal biçim üzerinde tamamlanacaktır. Son olarak, toplumsal hareketler zaman zaman yapının anlamına meydan okuyacak ve böylece yeni işlevler ve yeni biçimler kurmaya kalkışacaktır” (Castells, 2015: 47).

Castells (2015), dünyada “ağ toplumu” adlı kavramsallaştırdığı olgunun yükselişinden ve yeni bir çağa girildiğinden bahseder. Yeni bir şehir türü olarak bilgi çağı ve hizmetlerin üretimine ve sunumuna dayanan bilgi akışlarına dayanan “enformasyon mekânı” eski endüstriyel ve post-endüstriyel şehirlerin yerini almıştır. Castells, mekânın sosyal inşa edildiğini savunmaktadır. Castells (2015) iki tür mekânı tanımlamaktadır: “yerler ve akış mekânı”. Yerlerin mekânı, mahallelerin, geleneksel fiziksel dünyası ve insanların günlük hayatlarını yaşadıkları yerel etkileşim alanlarıdır. Akış mekânı ise enformasyon ve teknoloji akışlarının elektronik, bilgisayarlı dijital mekânıdır. Küreselleşme ilerledikçe, bilgi amaçlı şehirler giderek daha yakından bağlantılı hale gelmektedir. Çok uluslu şirketlerin genel merkezleri ve şubeleri, daha büyük miktarda küresel bilgi alışverişinde bulunur.

“Konut alanındaki ‘yeni eşitsizliklerin özgüllüğü ‘sosyal’ denilen konutlarda daha bariz ortaya çıkar. Gelir, istihdam ve eğitime dayalı eşitsizliğin kaynakları kamu konutlarında bir kez daha pekiştirilir” (Castells, 2015: 40).

Castells, mekân ve kenti “ortak tüketim” kavramını kullanarak tanımlar. Fransa üzerinde yaptığı çalışmalarda kentin artık bir üretim merkezi olmaktan çıktığını birer vitrine dönüştüğünü Paris şehir merkezi üzerinden tanımlar. Kent mekânının kendisinin analiz nesnesi biçimine dönüştüğünü söyleyen Castells, üretim sürecinin ülkenin geneline yayılmış bir biçimde sürüldüğünü söyler. Castells’in, mekân kavramsallaştırmalarında önemli bir konu ise konut ihtiyacıdır. Kentsel nüfusun konut talebi “sosyal refah devleti” anlayışı bağlamında

kamusal yönetimin sorunudur. Ancak bu talep yani kentsel nüfusun konut talebi devletin karşılayabildiğinin çok üstünde ve yalnızca emek-sermaye çelişkisine indirilemeyecek yeni bir çelişki ortaya çıkar.

2.5. Ara Değerlendirme

Mekân sosyolojisi hakkında oluşturulan kavram ve analizlerin sosyolojik literatürde genelde kent sosyolojisi adı altında toplandığı söylenilebilir. Bu bölümde mekân sosyolojisinin ayrı ve çok kapsamlı bir alan olduğu temellendirilmeye çalışılmıştır. Mekân sosyal bir olgu olarak her an bireysel deneyimlerin merkezinde yer alır. Mekân doğduğumuz ev, okuduğumuz sınıf, bahçemiz, iş yerimiz, yaşadığımız şehirdeki meydan ve daha birçok alan olarak tanımlanabilir. Mekân sosyolojisinin temel klasik sosyolojide makro kuramlar içerisinde anlaşılmaya çalışıldığı söylenebilir. Mekânın bireysel bir yapı olarak tanımlanmasında Simmel'in kent ve birey kavramsallaştırmaları bir başlangıç olarak gösterilebilir. Mekân; ekonomik, siyasal ve kültürel birçok anlam taşıdığı, söylemler ürettiği sosyolojik anlamda tartışılır. Mekânın aynı zamanda bireysel ve deneyim noktasında birçok anlam ürettiği anlaşılabılır. Statik durağan bir öge olmanın dışında üreten bir mekânsal kavrayış mekân sosyolojisinde güncel anlamda oldukça önemlidir. Marx, mekânın aynı zamanda sınıfsal bir öge olduğunu ve kentlerin sermayenin birikim alanları olduğunu vurgular.

Eleştirel mekân kavramsallaştırmasının günümüzde mekânın tekrar sosyolojik bir kavram olarak ele alınmasını sağladığı söylenebilir. Mekânın sosyolojik anlamda tekrar ele alınması neo-Marksist kavramsallaştırmalar ile ortaya çıkmıştır. Lefebvre'nin mekânın üretimini tarihsel ve siyasal anlamda tekrar ele alması mekân sosyoloji için önemli bir dönüm noktasıdır. Fenomenolojik anlamda Simmel'dan sonra geliştirilen Bachelard'ın mekân tanımlamasının da mekân sosyolojisi için farklı bir dönüm noktası olduğu söylenebilir. Mekânın büyük kentlerden ibaret olmadığını bireyin doğduğu evin de bir anı birikim mekânı olduğunu vurgulayan Bachelard mekân sosyolojisinde önemli bir düşündürüdür. Harvey'in sermayenin mekânsal özellikleri neo-Marxist bir anlamda yeniden tanımlaması yine oldukça önemlidir. Mekân sosyolojisinin oldukça kısıtlı bir yansıması olan bu bölüm, mekân sosyolojisine dair kapsamlı bir tartışma yürütme amacı gütse de bunu tam olarak başaramadığı söylenebilir.

3. RUH SAĞLIĞI SOSYOLOJİSİ

*“Disiplin mekânları basitçe yeni binalar tasarlamak değil
aksine sosyal bilimlerin yardımıyla
insanların yeniden tasarlanması meselesidir”
(Foucault, 2015: 25).*

Sosyolojinin sağlık ile ilişkisi tıp, psikiyatri, hekim ve hastanın toplumsal çerçevesi bağlamında incelenir. Sağlık sosyolojisi doktorların ve hemşirelerin eğitimi, hasta rollerindeki gelişmeler, hastalığın tanımı, kurumsal sağlık organizasyonları (tımarhane, hastane gibi kurumlar) bağlamında tartışılır. Hastalık genellikle, doğada yani hastanın bedeninde yer alan biyolojik bir olgu olarak görülür. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1946 yılında yapılan tanıma göre sağlık, “yalnız hastalık ve sakatlık olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” (Dünya Sağlık Örgütü, 2001). Hastalık ve sağlık söylemi kültürlerle göre değişiklik gösterebilir. Toplamların hastalık ve sağlık söylemini deneyimlemesi ve algılaması yaş, cinsiyet, statü, kültür gibi çeşitli sosyal niteliklerden etkilenebilir. Sağlık, biyolojik anlamda vücudun temel işlev ve fonksiyonlarını yerine getirme özelliği diye tanımlanırken, hastalık ise bu durumun bozulması olarak tanımlanır. Hastalık üzerine işlevselci bakış açısı, hastalığın toplumsal anlamda bireyin faydasının engellenme durumu olarak tanımlar. Kendini gerçekleştirme ve toplumsal yaşama katılma olarak tanımlanan sağlık kavramı, engelli bireylerin eleştirisine sebep olmuştur. Eleştirel kuram ise sağlık ve hastalıkların, bireyin deneyimlerinden çok kapitalist üretim ilişkileri içinde kurulduğunu belirtir. Hastalıkların

yetersiz beslenme ve sağıksız barınma nedeniyle ortaya çıktığını ve bu nedenle sermaye ve sağık arasında bir ilişki olduğunu kavramsallaştırır. Postyapısalcı kuram ise bedenın iktidar tarafından denetimini ve beden üstüne söz söyleme hakkının iktidara verildiğini söyler. Nüfus ve beden üzerindeki denetimin mikro bir iktidar stratejisi olduğunu söyleyen Foucault (2012) “biyoiktidar” kavramını kullanmıştır. Feminist kuram ise sağık ve hastalık tanımlamalarının kadın bedenini düzenleme ve cinselliğı sınırlandırma üzerine kurulduğunu belirtir. Feminist perspektif, kadınların “normal rollerinden” hasta rolüne geçmeye çalışırken genellikle sert eleştirilerle karşılaştığını; olağan rollerini (örneğin anne, eş) yerine getirmeleri beklendiğini savunur (Baillie, 2005).

Sağık sosyolojisi, “hastalık deneyimini öncelik alan fenomenolojik yaklaşım”, “sapmalardan sorumlu akıl hastaneleri ve kliniklerin ortaya çıkışını anlamaya çalışan tarihsel bir sosyolojik yaklaşım” ve “eleştirel sosyolojik yaklaşım” olmak üzere üç analiz biçiminde inceler (Turner, 2017: 32). Hastalıkların ve sağığın farklı sınıflarda farklı biçimlerde ortaya çıkması sağığın ekonomik boyutunu gösterir. Sağığı bozan ve hastalıkların temel nedeni olarak kapitalizmi gösteren eleştirel sağık sosyolojisi yaklaşımı hastalığın nedenini anlamak için sosyal sistemin güç eşitsizlikleri temelinde genel analizinin yapılmasını belirtir. Eleştirel teori, sağığın toplumsal eşitsizliklerden etkilendiğini, düşük gelirli toplumsal grupların sağık hizmetine ulaşma sürecinde kısıtlılıklar yaşadığını vurgular. Eleştirel teoride, mekânsal anlamda barınma her ne kadar kentsel bir sorun görünse de temelinde bir halk sağığı problemidir (Turner, 2017: 14). Toplumsal olarak şehrin “öteki” mahallelerinde, fabrika diplerinde, temiz suyun, yiyeceğın ve barınmanın sağılıklı bir biçimde karşılanmadığı kesimlerde hastalığa yakalanma oranı daha yüksektir.

Sosyoloji toplumsal eylemin anlamını toplumsal bireylerin deneyimi olarak anlamaya çalışır. Klasik sosyolojideki toplumsal düzen problemi yerini modern sosyolojide bireyin deneyimine bırakmıştır. Bu bağlamda sağık ve hastalık sosyolojisi ise toplumsal bir sağık perspektifinden çok bireysel olarak hasta ve hasta deneyimi üzerine yoğunlaşmıştır. Sağık sosyolojisinin özel çalışma alanlarından biri olarak ruh sağığı sosyolojisi ise; sosyoloji, psikoloji, ekonomi gibi birçok alanı kapsadığından ruh ve akıl hastalıklarının toplumsal, siyasi, ekonomik kavramlar ile bağlantısını aramak ve analiz etmede önemli bir alandır. Ruh sağığı sosyolojisi akıl hastalarının, toplumdaki güç ilişkileri içinde varlığını sosyal olarak nasıl sürdürdüğü ile ilgilenir. Psikiyatri, toplumsal gruplar içindeki sapmaları ve düzensizlikleri ortadan kaldırmayı amaçlayan kurumsal sosyal bir kontrol biçimidir (Foucault, 2019: 199). Ruh sağığı veya hastalığı sosyolojisi, postyapısalcı anlamda psikiyatri ve tıbbi

güç söyleminin eleştirel bir analizidir. Akıl hastalığı kavramının tarihsel olarak hep aynı anlamı taşımadığı düşünüldüğünde üzerinden; akıl hastalığı ve deliliğin, dönemsel olarak değişen toplumsal bir söylem olduğu tartışılır. Foucault (2012), belirli tıbbi söylemler ile toplumdaki güç kullanımı arasındaki ilişkiyi yani söylemler, pratikler ve uzman meslek grupları arasında zamanla ittifakların nasıl geliştiğini anlamaya çalışır.

“Şimdi sonuçlara, yani artık sosyoloğun onu verilerle besleyen psikiyatrik eli ısırıldığı noktaya geldik. Psikiyatri bizim dikkatimizi zorla duruma özgü uygunsuzluklara yönelttiği için, psikiyatrinin bizi bu kavramların ötesine taşımak yerine davranışın bu yönüne dair sık rastlanan tutumları somutlaştırma ve rasyonelleştirme yolları vardır. Şu halde, bir muayenehanede ya da hastanede teşhis aşamasında ve kapatma aşamasında kayda değer düzeyde bir iş yükü taşıyan psikiyatr, genellikle teşhis amaçlı görüşme yaptığı bireyin davranışına karşı kendine ait kendiliğinden karşılığı verme eğiliminde olacaktır” (Goffman, 2020: 254).

Foucault’ya göre profesyonel psikiyatri söylemi, bedenler üzerinde tahakküm uygulayarak yeni bir iktidar biçimi geliştirmiştir. Foucault panoptizm olarak adlandırdığı gözetim biçimleri özellikle ruh sağlığı mekânları aracılığı ile nasıl geliştiğini anlamaya çalışır. Foucault’nun bilimsel bilgi söylemi kavramsallaştırması ruh sağlığı sosyolojisi içinde ruh sağlığı profesyonellerinin tahakkümünü açıklamada oldukça önemlidir. Beden etrafında gelişen iktidar mücadelesi ve ruh sağlığı mekânları ile bağlantı halinde iktidar-tahakküm biçimlerinin gelişmesi ruh sağlığı sosyolojisinin gelişmesinde önemli bir izlek sunar. Hastalıkları dünyada betimledikleri dilden bağımsız anlamda ortaya çıkan doğal olaylar olarak düşünülmemelidir.

“Galiba psikiyatrlar, neredeyse gerçek olamayacak kadar iyi olan önceden düzenlenmiş bir uyum ve dengeyi varsaydıklarından ve desteklediklerinden pek şüphelenmemektedirler. Zira dünyadaki her şeyin doğru olduğunu düşünen bir insan için, kendi yöntemlerimizle açıklayamadığımız kötü davranış türünün sadece böyle davranan kişinin hastalığından kaynaklandığına ve dolayısıyla ne kadar kötü davranıyorsa o kadar hasta olduğuna dair bilimsel kanıtlara ulaşmaktan daha memnuniyet verici ne olabilir?” (Goffman, 2020: 258).

Goffman’ın bu alıntısı tezin en önemli noktalarından birinin altını çizmektedir. Psikiyatri söyleminin tek başına toplumsal olarak üretilen ruh ve akıl hastalıkları hakkında bilgi üretemeyeceği sosyal psikiyatri ya da ruh sağlığı sosyolojisinin altının çizilmesi bu noktada önemlidir. Eğer birçok organik olmayan işlevsel ruhsal bozukların biçimleri hakkında aslında hastalık olduğu damgasının yapılandırılması alında deliliğin cezalandırılmasıdır (Goffman, 2020: 258).

“Foucault’ya göre, şeyleri dilimizin izin verdiği ölçüde bilir veya görürüz, zira “gerçekliği” dil olmadan asla çıplak olarak kavrayamaz veya bilemeyiz. Bilimsel söylem, tüm bilgi biçimleri gibi, basitçe bir metaforlar toplamıdır. Dünyanın bilimsel bilgisi bir anlatı biçimidir (bir hikâyedir) ve bilimler, tüm anlatılar gibi, farklı dilsel uzlaşımlara (örneğin, belirli yazım tarzlarına) dayanırlar. Anlatı bir dil içindeki olaylar bütünü

ve dil bir kendine gönderili sistemdir, hiçbir şey dil dışında ortaya çıkmaz. Bu yüzden, “dünya” hakkında bildiklerimiz basitçe dünyayı betimlemek için benimsediğimiz keyfi uzlaşımların sonucudur. Farklı toplumlar ve tarihsel dönemlerin farklı uzlaşımları ve bu nedenle farklı gerçeklikleri vardır” (Turner, 2017: 17).

Bireyin hem tarihin aktif öznesi hem de nesnesi olduğunu vurgulayan Foucault öznenin devamlı olarak bir iktidar ilişkisi içerisinde kurulduğunu ve tahakküm kurumları içerisinde normalleştirildiğini söyler. Foucault, düzeni açık şiddet politikaları ile değil, mikro disiplin stratejileri ile düzenleyen modern iktidarı ve bireyin normalleştirilmesini kontrol amaçlı sağlaması bakımından eleştirir. Foucault (2019), modern mimari mekânların, yeni binalardan öte bir normalleştirme mekânı olarak çalıştığını; ıslah evi, hastane, hapisane ve okul gibi mekânların birer kontrol stratejilerine hizmet ettiğini söyler. Foucault, disiplinci mimarisinin basitçe yeni binalar olmasından öte iktidarın insanları yeniden tasarlama mekânları olduğunu vurgulamıştır. Özetle ruh sağlığı, tıp ve hastalık söylemleri aracılığı ile iktidar bireyi ahlaki olarak düzenler, bu söylemler gündelik hayatı işgal eder ve sonuç olarak yeni bir insan bedeni politikası düzenler. Modern iktidar, tahakküm, kontrol sistemleri ve insan hakkındaki çağdaş bilgi biçimleriyle bedene ve onun yeniden üretimine odaklanır. Ruh sağlığı mekânları ise bu tezde kavramsallaştırmaya çalışılan bir olgudur.

3.1. Ruh Sağlığı Sosyolojisinin Temel Kavramları

Ruh sağlığı ve hastalığına dair kuramsal açıklamalara olan ilgi 20. yüzyılın ortalarına doğru hızla ivme kazanmıştır. Literatürdeki çoğu çalışma dezavantajlı sosyo-ekonomik durum düzeylerinin akıl hastalığı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Hudson, 2005; Johnson, Cohen, Dohrenwend, Link ve Brook, 1999; Borge, Rutter, Côté ve Tremblay, 2004). Eleştirel bakış açısı, ekonomik zorluk yaşamının akıl hastalığı riskini artırdığını ileri sürmektedir. Etkileşimci bakış açısı, akıl hastalığının çalışmaları, akıl hastalığının kültürel kavramlarının nasıl ortaya çıktığını, uygulandığını ve değiştiğini inceler. Geleneksel akıl hastalığı görüşlerinden farklı bir biçimde etkileşimcilikte, semptomlar bireylerin özellikleri yerine kültürel tanımlar olarak görülür. Bu tür çalışmalar, ruhsal hastalık kavramlarının belirli sosyal koşullarda nasıl ortaya çıktığı, hangi grupların normallik ve anormallik tanımlarını zorlama ve bu tanımları bireylere uygulama gücüne sahip olduğu ve bu kavramların neden değiştiğinden hangi sosyal ve kültürel güçlerin sorumlu olduğu gibi soruları ele alır (Horwitz, 2007). Bu bakış açılarına katkılar oldukça geniş bir sosyolojik perspektiften (yapısalcılık, postmodernizm, feminizm, fenomenoloji, etnometodoloji) etkilenecek oluşmuştur. Bu yaklaşımlarda ruh sağlığını etkileyen faktörlerin belirli sosyal konumlar olduğu savunulur. Bu

yaklaşımlarda temel olarak toplumsal konumların yarattığı dezavantajlı durumların ruh sağlığını nasıl etkilediği üzerine odaklanılır.

Ruh sağlığı sosyolojisi üzerine kavramsallaştırmaları tartıştıran sosyal bilimciler, aklın yapısı, hastalığın biçimi, hastaların durumu, psikiyatri ve tıbbi tedavi gibi konulara değinmiş ve ruh sağlığının biyolojik yönünün yanı sıra toplumsal, siyasi, ekonomik ve kültürel yönünü çalışmışlardır (Aneshensel ve Phelan, 1999). Bu çalışmalarda akıl hastalığının sosyal nedenleri olarak dezavantajlı sosyal konumlar ve sosyal stresi örnek göstermişlerdir. Sosyal stres teorisi 1980’lerde öne çıkan bir kavramsallaştırma olarak akıl sağlığı sorunlarının, sosyal statülere ve yaşam deneyimlerine bağlı olduğunu söyler. Bu yaklaşım, ruh sağlığı sorunlarının sosyal strese (sosyal rol ve konuma bağlı yaşam deneyimleri) maruz kalmanın yanı sıra strese karşı kırılganlığın da (düşük düzeyde sosyal destek, benlik saygısı veya ustalık) etkili olduğunu savunur (Avison, McLeod ve Pescosolido, 2007). Ruh sağlığının toplumsal belirleyicileri hakkındaki literatür sosyo-ekonomik durum, cinsiyet, yaş ve ırk-etnik köken gibi çeşitli sosyal değişkenlere odaklanılır (Avison, McLeod ve Pescosolido, 2007). Ruh sağlığı sosyolojisi ayrıca akıl hastalarının toplumsal olarak dezavantajlı sosyal konumları (damga) ve modern yaşamın yaratmış olduğu sosyal stres gibi birçok tartışma içerir (Goffman, 2018). Toplumsal olarak bireyin sosyo-ekonomik durumunun ruh ve akıl sağlığı ile bağlantısını açıklamaya çalışan araştırmalar 1950’lerin sonunda ortaya çıkmıştır. Son yıllarda, sosyo-ekonomik durum ile ruh sağlığı arasındaki ilişkinin zamansal sıralanması üzerine çalışmalar test edilmiş ve bu çalışmalar sonucunda şizofreni ve sosyal sınıf konusu daha sonraları tartışmalı hale gelmiş ve bazılarınca reddedilmiştir (Aneshensel ve Phelan, 1999). Akıl hastalıklarının salt olarak genetik faktörlere, bozuk sinir hücrelerine dayanmadığını söylemeye başlayan ruh sağlığı sosyolojisi bu anlamda akıl sağlığının toplumsal nedenlerine dikkat çekmiştir. Örneğin kadın ve erkek arasındaki toplumsal cinsiyet sorununun kadınları toplumun daha gerisinde içine kapanık evlere hapseden yönelimi kadınlarda psikolojik sorunların oluşmasında önemli bir risk faktörüdür (Başterzi, 2017). Kadınların deneyimlediği değersizlik, güvensizlik, kendine yetememezlik algısı ruh sağlığını etkileyen faktörler arasındadır. Akıl hastalığındaki cinsiyet farklılıkları hakkındaki bu tartışma, son zamanlarda ulusal ve uluslararası verilerle yeniden ele alınmıştır.

1980’lerin başından bu yana ırk, etnik statü ve ruh sağlığı arasındaki ilişki üzerine çalışmalar artmaya başlamıştır (Pilgrim ve Rogers, 2005: 47). Şizofreni ve depresyon psikozların oluşmasında önemli bir risk faktörü olarak stresi işaret eden araştırmalar, yoksul halkın olumsuz yaşam, barınma, iş alanı ve beslenme durumundan kaynaklı strese daha yatkın

olduklarını, böylelikle psikoz hastalıklarına (şizofreni, depresyon, manik depresif ve intihar) yakalanma olasılıklarının daha fazla olduğunu tartışmışlardır (Avison, McLeod ve Pescosolido, 2007). Örneğin *Uygarlık ve Delilik* (2019) adlı kitabında Scull, antik Yunan ve Çin'deki hekimlerin deliliğe bakışını açıklarken bu rahatsızlığın sosyal yönlerine dikkat edildiğini ortaya koymuştur:

“Akıl bozukluğuna ilişkin organik açıklamalara sıkı sıkıya bağlı hekimler bile deliliğin bir bedensel durumdan ibaret olmadığını ve sosyal durumla belirlendiğini kabul etmekten kimi zaman kaçınmazdı. Gerek aileler gerekse imparatorluk yetkilileri için akıl bozukluğunun doğurduğu sosyal sonuçlar genellikle ağır bastı. Böylece deliliğin tahribatıyla başa çıkmaya donuk pratik girişimler ve zamanla görevlilere delice hareketlerin üstesinden gelme yolunu göstermeye ve aileleri deli akrabalarını dizginleyici tedbirlere yönlendirme donuk bir yazılı hukuk doktrinleri manzumesi ortaya çıktı. Örneğin, delilerce işlenen cinayetlere ilginin 17. yüzyıla doğru arttığı söylenebilir. Bunlar kasıt unsurundan “yoksunluk nedeniyle kazaen cinayet” gibi görünürdü” (Scull, 2019: 46).

1960'lardan bu yana, bireye akıl hastalığı teşhisi konmasının toplumsal olarak olumsuz sonuçları üzerine Goffman (2018) tarafından etiketleme ve damgalama teorileri geliştirilmiştir. Bu anlamda Goffman her ne kadar bir ruh sağlığı sosyolojisi teorik altyapısı kurma amacına sahip değilse de ruh sağlığı sosyolojisinin önemli bir ayağını oluşturur. Goffman, *Tımarhaneler* (2016) eseri ile delilerin hastaneye alınma, kabul, itaat ve damgalama süreçlerini incelemiş ve kapatılan hastaların hemşireler ve doktorlar ile bir süre sonra kimi iş birliklerine gittiklerini, kimi tavır, ödül ve ceza sistemlerini tanımlayarak hem bir total kurum tanımlamasının temelini oluşturmuştur.

“Alaylı psikiyatrik yaklaşımların yol açtığı güçlükler dair başka bir açıklama daha yapılmalıdır. Daha önce de öne sürüldüğü üzere, “işlevsel ruhsal bozuklukların” belirli açılardan kısmi felçli birinin sergilediği hastalık örneklerine benzediği düşüncesi biraz da şu gerçeğe dayanır: Birçok durumda sadece davranışlara bakarak hastanın işlevsel bir psikozdan mı yoksa organik bir psikozdan mı muzdarip olduğunu anlamak son derece zordur. Sanırım buradaki varsayım, organik anlamda malul olan hastaların yanlış davranışlarının tamamen bir hastalık belirtisi arz ettiğinin ve eğer işlevsel psikoza sahip olanlar bu davranışları sergilerlerse onların da bazı hastalık belirtileri gösterdiklerinin söylenebileceği şeklindedir. Ruhsal-kökenli bir bozukluğun, tıpkı organik durumlarda olduğu gibi nasıl bütün bir davranış örüntüsünü etkilediği ise açıklanmaz. Ancak durumlar sosyolojisi bağlamında bakıldığında hiç şüphe yok ki, işlevsel ve organik davranışsal belirtiler arasındaki bu çakışma sadece olması beklenen bir şeydir” (Goffman, 2020: 261).

Sosyologlar, akıl sağlığı bakımı, tedavi kullanımı ve kamu politikalarının organizasyonunu eleştirel olarak incelemişlerdir. Ayrıca sosyologlar, sapkın düşünce, duygu ve davranışların tıbbi olarak tedavi edilecek semptomlara nasıl dönüştüğünü inceleyerek akıl hastalıklarının sosyal yapısını aydınlatarak medikalizasyon-tıbbileştirme teorisini eleştirirler. Sosyolojik bakış açısı, akıl hastalığının nedenleri olarak beyindeki genetik ve kimyasal dengesizliği gösteren biyolojik ruh sağlığı bakış açısının dışında, sosyal bağlamlar, ilişkiler,

roller ve durumlar yoluyla etkisini vurgular. Ruh ve akıl sağılığı sosyolojisi “deliliğin” sadece genetik bir mesele olmadığını, kapitalizm ve neoliberalizm ile de ciddi ilişkisi olduğunu söyler. Egemen, biyolojik “delilik” söylem, işsiz veya savaşta ağır psikolojik travmanın gelişimine neden olan faktörlerin değil muhtemelen atalarından aldığı genin neden olduğunu belirtir.

3.2. Ruh Sağılığı Sosyolojisi Yaklaşımları

Ruh hastalıklarının tedavisi uzun süreli ve yoğun bir emek süreci gerektirir. Bu tedavi sürecinde gerekli disiplinin kurulması için mekânsal bir alanın yaratılması ve bu alanın gereksinimlerinin karşılanması oldukça önemlidir. Bu uzun süreli mekânsal tecrit sırasında uygulanan tedavi, hastaların mekânsal konumundan dolayı toplumda damgalanması ve toplumdan dışlanması gibi sosyal sorunlara yol açabilmektedir (Goffman, 2016). Yoksulluk, savaş, adaletsizlik ruhsal hastalıkların başlıca sosyal, çevresel ve ekonomik belirleyicileridir. Ruh hastalıkları, biyolojik, psikolojik, çevresel ve sosyal nedenlere bağılı olarak ortaya çıkabilir.

Bireysel iç dünya ile dış dünyanın çatışması ile ortaya çıkan uyumsuzlukları bağlamında, Durkheim’ın sosyal patoloji kavramsallaştırmasından bahsedilebilir. Gerçeklik bariz, durağan, keşfedilmeyi bekleyen bir şey olarak görülmez (Pilgrim ve Rogers, 2005). Bu bağlamda ruh sağılığı sosyolojisi, sadece fizyolojik belirtiler temelinde düşünülen akıl sağılığı kavramını, bütüncül bir bakış açısıyla diğer sosyal faktörler ile birlikte değerlendirilmesi gereken bir sorun olarak tanımlanabilir. Ruh sağılığı sosyolojisi, geniş bağlamda sağılık ve toplum ilişkisini incelediği gibi bireyi ve hastayı da aynı önemle inceler. Ruh sağılığı sosyolojisinin temelinde ise hastanın, hastalığın yapısal ve sosyal faktörlerini keşfetmek yatar. Etkileşimci bakış açısının, temel varsayımı gerçekliğin toplumsal bir etkileşimin ve etkinliğinin bir ürünü olduğu üzerinedir.

3.2.1. Yapısal işlevselci ruh sağılığı yaklaşımı

Yapısal işlevselci ruh sağılığı yaklaşımı, toplum ve biyolojik bir organizma arasında yapılan analogiyle kendini tanımlayan sosyolojik bir yaklaşımdır. Nasıl insan bedeni birbirini tamamlayan birden fazla organ ve doku ile uyum içinde çalışıyorsa toplum da bu anlamda bir arada yaşayan birden fazla sistem ve sosyal kurum ile üretilir. Bu sosyal kurumlar arasında

ilişkiler düzensiz olduğunda tamir edilebilir bir makine olarak görülür. Yapısal işlevselci ruh sağlığı yaklaşımı, toplum içinde gereksiz olan bozuk kısımların kesilip atılması toplumu rahatlatacaktır görüşüne sahiptir.

Bireyler rollerini başarı ile uygulayabilirse toplumsal sistem kusursuz bir biçimde ilerleyecektir. Toplumsal yaşam içinde bireye yüklenen rol ve sorumlulukların uygulanması sosyal kişinin bu rol ve rol ilişkilerini yerine getirmesi toplumda sürekliliği arz edeceğinden oldukça önemlidir (Turner, 2017). Yapısal işlevselci yaklaşım sağlık kavramını genel olarak hastalık, sosyal düzen, hasta insan ve hasta rolü çerçevesinde inceler. Toplumsal hayatın sürdürülmesinde sağlığın genel bir organizasyon yapısı olduğunu vurgular. Toplumsal bir denge için işlevselciğe göre sağlık ve hastalık tanımları oldukça önemlidir. Sosyal uyum ve düzenin sağlanması iktidarın bu kavramları düzenlenmesi ile mümkündür.

Akıl hastalıklarının toplumlarda görülme sıklığı toplumlardaki belirli dönemlerde yaşanan olağan dışı durumlar ile farklılık gösterebilir. Toplamlar savaş, devrim, sosyal veya ekonomik kriz gibi durumlar ile yüz yüze gelebilir. Bu gibi zamanlarda birey üzerindeki stres ve belirsizlik hissiyatı artar. Kimi toplumlarda bu belirsizlikler yıllar boyu sürer kimi toplumlarda ise oturmuş belirli bir siyasi, sosyal düzen bulunur. Bu nedenle sosyal bağlamda ruh sağlığını etkileyen faktörler toplumdan topluma farklılık gösterir. İşlevselci bakış açısı temel olarak, toplumsal olgulardan çok bu toplumsal olguların ardında yatan nedenleri araştırmıştır.

Durkheim (2015), ayrılık, hapisaneye girip çıkma, işsiz kalma, ekonomik kriz gibi toplumsal olgular ile ruh ve sinir hastalıkları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Toplumsal olayların bireysel psikolojik süreç içerisindeki dengeyi olumsuz yönde etkilediğini savunan Durkheim (2015), psikolojik bozukluğun temelinde toplumsal etkiyi arar. Durkheim, toplumsal yapının kriz içine girmesinden dolayı ortaya çıkan anomi kavramsallaştırmasını, toplumda yaşanan hızlı sosyo-ekonomik gelişmelerle açıklar. Durkheim (2015) yine anomi kavramı ile hızla girilen yeni dönem ile toplumun geleneksel yaşamı arasında bir denge kurulamadığında ruhsal sorunlarda artış gözlemlendiğini ileri sürmüştür.

Durkheim, modern kent yaşamında geleneksel yaşamını bir kenara bırakmış ve şehir içinde kaybolmuş bireyin yalnızlığının ruhsal sıkıntıların temelinde yattığını söylemiştir. Bununla birlikte geleneksel toplumlarda aşırı bütünleşmenin bireyin ruhsal yaşamını olumsuz etkilediğini belirten Durkheim, toplumun bireylerin istedikleri gibi davranmalarına engel olduğunu vurgular. Yapısal işlevselcilik bireyin deneyimleri, amaçları, duyguları gibi konulara pek ilgi duymaz. Birey deneyimlerini tanımlamanın makro bir sosyal teori kurma

yolunda önemi olmadığı düşünülmektedir. Yapısal işlevselciler daha çok “bireyin eylemlerinin bir bütünü oluşturmadaki işlevi nedir?” sorusu üzerine düşünmüştür.

3.2.2. Sembolik etkileşimci ruh sağlığı yaklaşımları

Etkileşimcilik 1960’lı yıllardan sonra ortaya çıkmış fail merkezli teorik bir paradigmadır. “Fail” kavramı, bireyin kendi yapabileceklerini, yapamayacaklarını, kararlarını yapabilme yetisini ifade eden bir kavramdır. Sembolik etkileşim, açık bir şekilde bireyin zihinsel akışı ve içsel düşünce sürecini, diğer insanlarla olan sosyal deneyimlerini içerir. Bununla beraber “benlik” kavramı sosyal durumun, grup içindeki “ben”in geri kalan ile ilişkisini anlamak için kullanılan kavramlardan birisidir. Sembolik etkileşimcilik gündelik etkileşimlerdeki bireyin rolünü durağan, süreklilikten çok değişim ve süreç ile tanımlar. Öznenin düşünme, deneyimleme ve yorumlama ekseninde inşa edilen etkileşimcilik, kabaca bireyin anılarını önemser. Bu nedenle dinamik ve açık uçludur. Fakat yapı ve fail yapısalcılıkla benzer anlamda etkileşimcilikte de birbirini etkiler ve biçimlendirir.

Sembolik etkileşimcilik temel anlamda “özne toplum ile nasıl etkileşime girer?”, “birey birbirlerini anlamasının yolu nedir?” ve “bireylerin gündelik etkileşimlerinin başarılı olmasının nedenleri nelerdir?” gibi soruların cevabını aramaktadır. Paylaşılan, toplumsallığın belirli bir anlam ifade eden ya da etmeyen eylem ve sembollerden anlam çıkarma süreci olarak da tanımlanabilir. Sembolik etkileşimci yaklaşım ruh sağlığı sosyolojisi çerçevesinde insanların doğum, ölüm, ameliyat gibi toplumsal olayları deneyimleyişleri, hastalığa karşı verdikleri tepkileri ve doktor-hasta etkileşiminin analizi gibi birçok konuyla ilgilenir. Ruh sağlığı sosyolojisine dair etkileşimciliğin kavramsallaştırmaları akıl sağlığı, damgalama teorisi, davranış sapmalarının kökenleri ve nedenlerini ileri sürer (Doğan ve Kocacık, 2006). Ruh sağlığı sosyolojisi, tıbbın özellikle ruh ve sinir hastalıkları üzerinden hastaları damgaladığını tartışır. Buna bağlı olarak gündelik yaşamda büyük toplumsal kültürel normlara uymayan bireyler normal dışı ya da sapkın şeklinde damgalanır.

Howard Becker ve Erving Goffman, etkileşimci bir bakış açısıyla “ruh sağlığı”, “engellilik”, “damga” ve “delilik” kavramlarını tanımlamıştır. Bireyin merkeze konulduğu mikro bir yaklaşım belirleyen Goffman ruh sağlığı mekânlarını ele almış, bu mekânların işleyişini, hastalar üzerindeki pratiklerini, pratiklerin hastalara etkisini ve hastaların bu ruh sağlığı mekânlarına uyum sürecini incelemiştir. Ruh sağlığı mekânlarını açıklayan “total kurum” kavramını Erving Goffman, bir akıl hastanesinde yapmış olduğu gözlemlerden

hareketle, *Tımarhaneler* (2016) adlı yapıtında ortaya koymuştur. Goffman *Tımarhaneler* (2016) adlı eseriyle birer aktör olarak tımarhanedeki hastaların dünyasına ve davranışlarının çözümlenmesine odaklanır. Total kurum, toplum tarafından sınırları belirlenmiş insanların sosyal durumlarını belirli bir dönem aralığında belirli bir yerde belirli bir zamansal rutin ile kapatan mekânlar olarak tanımlanır. Goffman total kurumu, toplumunun geri kalanından sınırlı bir zaman aralığında, belirli kurallar ile çok sayıda bireyi ayıran ve disipline eden mekânlar olarak tanımlar. Görüşmeler sırasında bir görüşmeci kendi memleketinde (Tunceli) delilerin kutsal görüldüğünü, Bakırköy içerisinde her ne kadar bir hemşire olarak rasyonel bir çaba gütsede o kültürel kodlamadan uzaklaşmadığını aktarmıştır (Sağlık Memuru, 2007-Çalışıyor).

“Kuşatıcılık dereceleri ya da total özelliklerini sembolize eden şey fiziksel müessesenin hemen yanına inşa ettiği, dışarıyla toplumsal münasebeti kesen bariyerlerdir: kilitli kapılar, yüksek duvarlar, dikenli teller, sarp kayalıklar ve su, açık alan ve diğerleri. Bunlara total kurum adını veriyorum ve bunların özelliklerini araştırmak istiyorum” (Goffman, 2014: 204).

Total kurum ya da mekân toplumun genelinden tecrit edilmiş mekânlardır. Bu kurumların en belirgin özelliklerinden biri mekânsal düzenlemedir (Giriş ve çıkıştaki engeller, yüksek duvarlar, demir parmaklıklar, orman içinde yer alması, suyla çevrili olması gibi) (Goffman, 2016). Total kurumun amacı “kapatılanın kimliğini yok etmektir” (Goffman, 2016: 65). Total kurum bağlamında akıl hastanelerine yatırılan hastalar, toplumsal rollerinden ve bazı özgürlüklerinden mahrum edilirler. Hastaların, hastaneye kabul sürecinde anamnezleri ve kişisel biyografileri öğrenilir, tetkikleri yapılır, eşyalarına el konur. Böylelikle hastalar taburcu oluncaya kadar kendinden vazgeçmek zorunda bırakılırlar (Goffman, 2016). Kişisizleştirme uygulamalarının amacı hastanın aslında, hastaneye uygun bir “beni” kurmaları için zorunlu kılınır (Goffman, 2016). Akıl hastaneleri hastanın önceki hayatı ile hastane yaşamı arasında bir gerilim yaratır. Bu gerilim, doktor ve hemşirenin iktidarına karşı saygı duymasını sağlamak için kullanılır.

“Toplumsal kurumlar, gündelik terminolojide söylersek, kurumlar içinde düzenli olarak faaliyet yürütülen binalar ya da tesislerdir [...] Her biri mensuplarının çıkarlarından ve zamanlarından bir şeyi zapt eder ve onlara bir dünya sunar; kısacası, her kurumun kuşatıcı eğilimleri vardır” (Goffman, 2014: 204).

Çeşitli kapatma kurumları vasıtasıyla işleyen disiplin teknikleri bireylerin zamanla içselleştirdiği bir denetim kurulmasına da yardımcı olur. Böylelikle bireyin yalnızca arzu,

duygu ve istekleri değil; aynı zamanda zaman ve mekân kullanımı da disiplin teknikleriyle yönlendirilmeye başlanır.

“Bu tekniklerinin itaatkâr bedenleri yaratırken zaman ve mekân düzenlemelerini esas almasının temel sebebi “hareketlerin ekonomisini” yaratabilmektir. Bu nedenle disiplin teknikleri yalnızca bireyin duygularını, arzularını, eylemlerini koşullandırmakla yetinmez; aksine bunların olanaklı olmasını sağlayan temel faktörler olarak zaman ve mekânı düzenleyebilmesi gerekir” (Özmkas, 2019: 60).

Yine ruh sağlığı sosyolojisi açısından önemli bir diğer eser ise Goffman’ın *Damga* (2018) eseridir. “Damga”, engelli bireylerin dış görünüşünden ya da eylem sınırlılıklarının getirmiş olduğu farklılıkların toplum tarafından etiketlenme sürecidir (Goffman, 2018). Damga, toplumsal etkileşimlerin bir ürünüdür ve bireyin hastalık deneyimini algılamak için oldukça önemlidir. Akıl hastalarına toplumsal uygulanan damga, bir dışlama işaretidir. Ruhsal bir sıkıntı ardından psikiyatriye başvuran biri, açık bir dışlama ile karşılaşmasa bile kendilerini damgalanmış hisseder. Damga sürecinin bu bağlamda en temel kaynağı bireyin kendisidir. Birey bir hastalık tanısı veya akıl hastanesine yatırılma sürecine girdiği an damga algısı başlar ve benlik saygısı azalır (Goffman, 2016: 111).

Becker’in (2015) sapkınlık sosyolojisi içinde incelediği akıl hastaları, ruh sağlığı sosyolojisi için önemli bir perspektif sunar. Sapmanın tanımlanması Becker’e göre belirli denemelerde farklı ayrıcalıklı gruplar tarafından belirlenir. Ancak bu durumdan bir yerden verilen komut doğrultusunda herkesin belirli bir eylemi sapkın olarak nitelendirdiği bir süreçten çok; farklı kültürlerde, farklı siyasi iktidarlar dönemlerinde farklı yanlışların sapkınlık kabul edilmesi tanımlanır (Becker, 2015). Becker’in bu çalışmasında sapmanın akıcı niteliği tartışılır. Ruh sağlığı sosyolojisinde etkileşimcilik oldukça önemli ve güncel bir görüş olarak yerini korur. Akıl hastaları, deliler ve ruh sağlığı mekânlarını inceleyen çalışmalar sosyolojide güncel anlamda önemli bir değer taşır.

Akıl hastalığını, psikiyatrinin bireyleri damgalaması ile oluşan toplumsal olgu olarak gören David Rosenhan (1973) bu yaklaşımını destekleyen bir deney yapmıştır. ABD’de sekiz sağlıklı denek, on iki farklı ruh sağlığı kurumuna başvurarak sanrıları olduğunu, gaipten sesler duyduklarını söylerler. Aslında deneklerin böyle bir sanrısı yoktur ancak bunun dışında denekler herhangi gerçek dışı bir şey beyan etmez, soy geçmişlerini olduğu gibi anlatırlar. Yedi denek şizofreni, bir tanesi ise manik-depresif teşhisiyle hastaneye yatırılır. Hastanede yatarken denekler rol yapmaz, doğal davranırlar, hatta artık sesler veya kelimeler duymadıkları belirtilir. Buna rağmen normal davranışları tıbbi kayıtlara şizofreni veya manik depresif belirtisi olarak kaydedilir ve deneklerin taburcu edilmesi iki ayı geçer. Üstelik

kayıtlarda iyileştikleri değil, belirtilerinin azaldığı yazılır. Hastane yöneticileri deneyin sonuçlarını öğrendikten sonra, hastanelerinde böyle yanlışlıkların asla olmayacağını söyleyince Rosenhan bu hastaneye üç ay içinde bir daha sahte hastalar göndereceğini söylemiştir, bu süre sonunda hastane kendilerine başvuran hastalardan kırk birinin sahte hasta olduğu sonucuna varmıştır, hâlbuki hastaneye hiç sahte hasta gönderilmemiştir. Rosenhan (1973) psikiyatristlerin sağlıklı olanlar ile olmayanları birbirinden ayırt edemeyeceklerini ortaya koymuştur.

3.2.3. Eleştirel teori temelli ruh sağlığı yaklaşımları

Eleştirel teori, toplumsal eşitsizliklerin ve ilişkilerde sömürünün hâkim olduğunu varsayan bir yapısal analiz olarak tanımlanır. Bu teoriye göre mevcut toplumsal yapı eninde sonunda işlevini yitirecek ve yeni eşitlikçi, özgür, adil ve barış içinde bir altın çağa kapı aralayacaktır (Turner, 2017: 26). Eleştirel teori, ruh sağlığı konusunu ele alırken daha çok yapısal bir sorunu değerlendirir ve bu yapısal sorunun ekonomik-sınıfsal boyutlarına dikkat çeker. Bu yapısal çözümlemeye giderken durumu ele aldığı boyut makro bir düzeydedir (Turner, 2017). Kurumlar ve olgular bazında incelediği sağlık olgusu eleştirel teoriyi bazı noktalarda eksik bıraksa da genel olarak oldukça önemli analizlerde bulunur.

Eleştirel yaklaşım ruh sağlığı konusunu makro veriler ışığında yapısal bir sorun olarak “akıl hastalığı”, “sağlık”, “küreselleşme”, “kapitalizm”, “adalet”, “piyasalaşma” ve “sömürü” gibi kavramlar ile inceler. Bireyler arası yaşanan çatışmaları doktor-hasta, doktor-hemşire, hemşire-hizmetli boyutunda iktidar ilişkileri olarak tartışan eleştirel teori son zamanlarda mikro tartışmalara da yönelmiştir. Ruh sağlığı ve akıl hastalığı söylemlerinin, kapitalist üretim ilişkileri içinde geliştiğini savunan eleştirel teori, temel olarak eşit bir sağlık hizmeti adına tartışmalarını yürütür.

Marx’ın “yabancılaşma” yani “alienation” kavramı ruh sağlığı sosyolojisi açısından oldukça önemlidir.

“Yirminci yüzyılın başlarına kadar Türkçede ‘Alienation’ kavramının karşılığı, ‘yabancılaşma’ değil, ‘delilik’ti. Bu kavramdan türetilmiş ‘alienist’ ise ‘psikiyatrist’dir. Alienist, akıl hastalığı nedeni ile topluma yabancılaşmış kişilerle meşgul olan, onlara yardım etmeye çalışan doktorlara verilen ve yaygın olarak kullanılan bir isimdi. Alienation başlangıçta yalnızca psikiyatrinin merkezinde yer alan ve deliliği ifade etmek için kullanılan bir kavram iken, zamanla sosyal bilimlerin çeşitli alanlarında ve farklı anlam içerikleriyle kullanılmaya başlanmıştır. Sosyal bilimlerdeki alienation teriminin kullanımında da örtük de olsa deliliğe bir gönderme vardır. Felsefede ve sosyal bilimlerdeki yabancılaşmada da toplumsal ve bireysel olarak zihinsel bir çarpıtma, muhakeme bozukluğu, vardır. Bu fenomen bir yerde deliliktir” (Artvinli ve Erkoç, 2011).

Bireyi yalnızlaştıran, mekanikleştiren kapitalist üretim ilişkileri içerisinde bireyin kendine yabancılaşması bu bağlamda ruhsal bir bozukluk risk faktörü olarak tanımlanabilir. Bireyi yalnızlaştıran, mekanikleştiren kapitalist üretim ilişkileri ve bunun yansımalarından olan toplumsal olarak eşit dağılmayan sermaye, yoksulluk gibi sosyal faktörler ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen faktörler arasında yer alır. Bunun yanı sıra ruhsal bozukluklar da bireyin sosyal ve ekonomik hayatını olumsuz etkileyebilir. Bu anlamda eleştirel teori, yoksulluğun ruh sağlığı üzerine olan olumsuz etkileriyle birlikte ruhsal bozuklukların da yoksulluğa yol açabileceğini belirtir. Eleştirel teori, yoksulluğun ruh sağlığı üzerine olan olumsuz etkileri üzerine yoğunlaşmıştır. Ekonomik sıkıntı yaşayan birey fiziksel hastalıklar, stres, içe kapanıklık, benlik saygısı yitimi, depresyon, anksiyete ve davranış bozuklukları gibi ruh sağlığı sorunları yaşayabilir. Toplumsal, ekonomik ve siyasi değişkenler ruhsal bozukluklara neden olabilir.

Eleştirel ruh sağlığı sosyolojisinde önemli bir düşünür olan Erich Fromm (2016), “normallik” söylemini sorgular ve her kültürün belirlenmiş bir normali olduğunu ve bireysel anormallik söylemini tartışırken aslında toplumsallığı yadsıdığını söyler (Fromm, 2016). Fromm, Frankfurt Okulu ile ilişkili bir sosyal psikolog ve psikanalisttir. Fromm (2005) bilinçdışı teorisini geliştirirken gerçekliği çoğu kez karşıt uçlar arasında orta zeminde bulunan denge yoluyla gerçekleşen bir olgu olarak tanımlar. Fromm hem Freud’un hem de Marx’ın fikirlerini harmanlayarak, bilinçdışı, biyolojik dürtüler, baskı gibi Freudyen kavramları (karakterin biyoloji tarafından belirlendiği inancı), Marx’ın insanların kendisinin bir ürünü olduğuna dair inancı ile uzlaştırır (Fromm, 2005). Bununla birlikte, Fromm’un teorisi salt kavram harmanlaması değildir; determinist sistemlere “devrimci özgürlük” kavramını ekler ve Freud ile Marx tarafından tanımlanan çeşitli indirgemelerini aşmaya çalışır.

Freud, Fromm’un üzerinde önemli bir etkiye sahipken, Fromm daha sonra neo-Freudcular olarak bilinen Karen Horney ve Carl Jung’u içeren bir grubun parçası olmuştur. Özgürlüğün insan doğasının temel bir parçası olduğu kavramını geliştirmesiyle ve Sigmund Freud’un teorilerine meydan okumasıyla bilinen Fromm’a göre toplumsal ruhsal bozukluğu gizlemek için verilen eğlence ürünlerinin (Fromm’un deyimi ile “uyuşturucuların” örneğin televizyon) bir anlığına yok edildiği bir ortamda toplumsal bozukluklar ve sakatlıkların hepsi ortaya dökülür (Ritzer, 2018).

Fromm, Oidipus kompleksi, yaşam ve ölüm içgüdüleri ve libido teorisi dahil olmak üzere Freud’un fikirlerinin çoğunu eleştirir. Fromm, toplumun ve kültürün de bireysel insani gelişmede önemli bir rol oynadığına inanmaktadır. Günümüzde insanların eğlenmekten zevk

almasına karşın büyük bir ruhsal çöküntü içinde olduğunu, bireyin benlik duygusunu yitirdiğini ve toplumun onayına bağlı kılındığını iddia eder (Fromm, 2005). Yabancılaşma sözcüğü, bütünüyle kendisinden kopmuş demek olan psikoza tanımlamak için kullanılırken, Fromm yabancılaşmış kişiyi, kendi edimlerine boyun eğen, kendisinden kopmuş, dış dünya ile ilişkisi üretici biçimde olmayan biri olarak tanımlar. Fromm, aklı başında bir toplumun, bireyin sürekli olarak kendini doğurmasına yardımcı olan bir toplum olduğunu öne sürer. Fromm’a göre aklı başında olmayan bir toplum, devam eden yeniden doğuşa engel olan ve bireyi bir yabancılaşma durumuna sokan bir toplumdur (Fromm, 2005).

Fromm, hümanist psikoloji üzerinde büyük bir etkiye sahipti. İnsanların hem doğanın bir parçası hem de ondan ayrı olmasından kaynaklı hayatın bir “çelişkisi” olduğuna inanır. Fromm’a göre, bu çatışmadan ilişki, yaratıcılık, köklü olma, kimlik ve bir yönelim çerçevesi dahil olmak üzere temel varoluşsal ihtiyaçlar ortaya çıkar. Eleştirel teorinin ruh sağlığı alanında odaklandığı temel sorunsal sağlık hizmetlerinin sağlanmasındaki menfaat çatışmaları ve hastalık ve engelliliğin kaynağı; işçi sınıfı sağlığı, sağlıklı yaşam farklılıkları, doktor-hasta iletişiminin destekçisi kapitalist ideolojilere odaklanır.

3.2.4. Postyapısalcı ve postmodern ruh sağlığı yaklaşımları

Postmodernlik temelde bir “modernlik” eleştirisidir. Aynı zamanda yapısalcılık, işlevselcilik ve eleştirel düşünüş biçimlerinin sıkı bir eleştirisi olarak karşımıza çıkan postmodern ve postyapısal yaklaşımlar temelinde oldukça karmaşık bir yol içerir. Ruh sağlığı sosyolojisi alanında yapılan çalışmalarda feminist, eleştirel teoriler ile postyapısalcı kavramlar arasında benzerlikler vardır. Postmodern yaklaşım, pozitivist bilgi tekelinde bir kırılma yaratmıştır. Postmodern yaklaşımlar ile birlikte tıbbi bilginin nesnelliği tartışılmaya başlanmış ve tıbbi bir kontrol aracı tanımlanmıştır. Eleştirel teorinin de vurguladığı gibi sağlığın ekonomik bir kâr aracı olarak algılanmaya başlanmasına ilişkin tartışmalar ruh sağlığı sosyolojisine ilgiyi artıran diğer hususlardan olmuştur.

Postyapısalcılık, normallliği tanımlayan sağlık, hastalık, beden ve baskın tıbbi söylem üzerine tartışmalar yürütmüştür. Postyapısalcı düşünürler sağlık söyleminin bireylerin bedenleri üzerindeki söz hakkını yönetmede ve kontrol etmede stratejik bir söylem kullanıldığını tartışır. Postyapısalcı yaklaşım, hastalık ve sağlık tartışmalarına iki önemli katkı

sunar; mevcut tıp söylemine ve onun yarattığı tahakküme karşı bir duruş ve tıp bireyleri disipline edecek bir söylem olarak kavramsallaştırmadır. Postyapısalcı yaklaşımda bedenin bilgi biçimine dönüştürülmesi, bedenin medikalleştirilmesi bir sosyal kontrol süreci olarak tanımlanır. Bu sosyal kontrol işlevinin araçlarından biri ise ruh sağlığı mekânlarıdır.

Sağlık söylemi, insan deneyiminin ve Batı biliminin kabul edilmiş yasal ve tek düşünme yolu olduğu şeklindeki tartışmaya katılır. Çoğunlukla sağlık söylemi üzerine baskın bir söylem olarak tıbbi gösteren postyapısalcı yaklaşım bu duruma karşı çıkar. Postyapısalcılığın bu anlamda en önemli temsilcilerinden birisi Michel Foucault'dur. Tıp mesleğinin, klinik bilimlerin ve psikiyatrinin sosyal işlevlerini çözümleyen Foucault, sağlığın sosyal kontrol aracı olduğunu ve düzenleme işlevi gördüğünü belirtir. Foucault delilik söylemiyle, geçmişte bir hastalık olarak görülmeyen ancak psikiyatrinin onları kapatılması gereken bireyler olarak görmesi sonucunda kapatılıp “normal hale getirilmeye” çalıştığını ifade eder. Klinik bilimlerin aslında belirli bir kesinlik oluşturmadığını kendilerini beden üzerinde söz sahibi olmak için kesinleştirdiklerini ifade etmiş ve tıbbın aslında bu anlamda bir pozitiflik olduğunu kavramsallaştırmıştır. Foucault (2015) pozitiflik tanımını ise belirsiz bir düzen içinde bir bilgi yığını ve tam anlamda kesinliğe sahip olmayan bilimsel bilgi yığınlarının-yöntemlerinin kendini düzenli ve biçimli bir halde göstermesi olarak tanımlar.

“Tıp, sosyal bir durum olarak daima hastalık yaratır [...] Tıp her toplumda, yasalar ve din gibi, neyin normal, uygun ya da arzu edilir olduğunu belirler” (Illich, 2014: 38).

Bilgi ve güç ürünü bedenin, modern çağda kontrol aygıtı anlamında kullanılmaya başlandığını savunan Foucault (2013), hastalığın doğal patolojik bir durum olmadığını aksine hastalığın tarihsel süreçlerin bir sonucu olarak görülmesi gerektiğini ifade eder. Foucault, bilgiye sahip olanların söylemi belirlediğini ve ideolojik bir güce sahip olduğunu belirtir. İktidar, sosyal kontrolü sağlamak için yeni bilgi ve söylem biçimleri üretmeye devam eder (Foucault, 2013). Foucault *Kliniğin Doğuşu* (2012) adlı kitapta, tıbbi iktidar olarak adlandırmış olduğu toplumsal gerçekliğin, sağlık profesyonelleri tarafından baştan belirlendiğini tanımlamıştır. Foucault, 19. yüzyılın başlarında akıl hastalıklarını, istek, tutku ve özgür olma tarzındaki bozukluk gibi belirtmiştir (Foucault, 2009).

Akıl hastanelerindeki kurumsallaşmış mekânlar, Foucault'ya göre birer heterotopyadır (Foucault, 1986). Tımarhaneleri birer kontrol mekânı olarak tanımlayan Foucault, tımarhaneleri basit yapılar görmekten öte sosyal bilimlerin yardımıyla insanların ortopedikleştirme süreçleri olarak görür. Foucault'ya göre sosyoloji, tıbbın bir aracı haline

dönüşür (Foucault, 2019). Tımarhanelerde kullanılan panoptizmin ile yaratılmak istenen şey gözetim toplumdur. Sonuç olarak tıp, bireyleri normal söylemi üzerinden hizaya çeken büyük ve kapsamlı bir sistemin bir parçasıdır.

3.2.5. Feminist ruh sağlığı yaklaşımları

Erkek egemen bir dünya tarafından düzenlenen, kadın bedeni ve psikolojisi üzerine kavramsallaştırmalar geliştiren feminist ruh sağlığı sosyolojisi, ele aldığı konular açısından hem çatışmacı hem de etkileşimci yaklaşımlardan yararlanır. Çoğu kitapta sosyolojinin kurucu “babalarına” eleştiriler yönelttiği savunulan feminist yaklaşım aslında bu “babalar” söyleminin karşında durur. Çünkü sosyoloji ve diğer tüm bilimlerin erkek dili ile yazıldığını, “kurucu babalar” diye tanımlandığını ve bunun yanlış olduğunu savunur. Ruh sağlığı sosyolojisi açısından feminist yaklaşımın en önemli katkısı ruh sağlığı alanında cinsiyet eşitsizliklerini tanımlaması ve ataerkil bakış açısını göstermesidir. Bu bağlamda feminist ruh sağlığı yaklaşımı kadın bedeni üzerinde oluşturulan tıbbi söylemin eleştirisini tartışır ve kadın sağlığı noktasında erkek tıp bilgisi yerine kadın bilgisi üretilmesi gerektiğini savunur (Turner, 2017).

“Kadınların erkeklere göre daha fazla biyolojik ve psikososyal stres etkenlerine maruz kaldığı, iş olanaklarının azaldığı, eğitim düzeyinin düştüğü, eşleri tarafından fiziksel olarak kötüye kullanıldıkları, toplumsal sorunlarla başa çıkmada ve rol çatışmalarının mağduru olduğu, yoksulluk ve hastalık deneyimlerinden erkeklere göre daha fazla etkilendiği vurgulanmaktadır” (Ehrenreich, 1976).

Ruh sağlığını etkileyen önemli risk faktörlerinden biri de cinsiyettir. Feminist ruh sağlığı yaklaşımları; bazı toplumlarda aşırı baskı altına alınan “ikinci cinsiyet” olarak görülen kadınlar için ruh sağlığının erkeklere göre farklı biçimde incelenmesi gerektiğini savunur (Beauvoir, 2019). Toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin neden olduğu ve kadınların yaşadığı ötekileştirilme ve yetememezlik duygusu ruh sağlığını etkileyen risklerin başında gelir. Avustralya’da 2013 yılında ilk kez yayınlanan Ulusal Trans Ruh Sağlığı Raporu’nda, trans bireylerin deneyimlediği stres ve ruhsal problemlerin çok fazla olduğu, özellikle anksiyete ve depresyonun yaygın olduğu dile getirilmiştir (Gürler, 2017).

Ruh sağlığı ve cinsiyet hakkındaki tartışmaların çoğu kadınlara odaklanma eğilimindedir. Ruhsal bozukluklar kadınları ve erkekleri farklı şekilde etkileyebilir. Örneğin depresyon, anksiyete gibi bazı hastalıklar kadınlarda daha yaygın olarak görülür ve kadınlarda erkeklerden daha kalıcı etki yaratabilir (Ehrenreich, 1976). Akıl hastalığı ile ilişkili hastalık

durumu, zihinsel sağlığı geliştiren, koruyan, stres ve sıkıntıya karşı direnci besleyen, cinsiyete özgü belirleyicilerden ve mekanizmalardan çok daha fazla ilgi görmüştür. Cinsiyet, erkeklerin ve kadınların zihinsel sağlıkları ve yaşamlarının sosyo-ekonomik belirleyicileri, sosyal konumları, toplumdaki statüleri ve tedavileri ve belirli ruh sağlığı risklerine duyarlılık ve maruziyetleri üzerindeki farklı gücü ve kontrolü belirler.

Depresyon, anksiyete, somatik semptomlar ve yüksek komorbidite oranları, cinsiyete dayalı roller, stres etmenleri ve olumsuz yaşam deneyimleri ve olayları gibi birbiriyle bağlantılı ve birlikte ortaya çıkan risk faktörleriyle önemli ölçüde ilişkilidir (Almeida ve Kessler, 1998). Diğer bir yaygın bozukluk olan alkol bağımlılığının yaşam boyu yaygınlık oranı erkeklerde kadınlardan iki kat daha yüksektir (Almeida ve Kessler, 1998). Kadınları orantısız bir şekilde etkileyen yaygın ruhsal bozukluklar için cinsiyete özgü risk faktörleri arasında cinsiyete dayalı şiddet, sosyo-ekonomik dezavantaj, düşük gelir ve gelir eşitsizliği, düşük veya ikincil sosyal statü ve başkalarının bakımı için rütbe ve aralıksız sorumluluk yer alır (LaPierre, 2009). Buna kadınların maruz kaldığı cinsel şiddetin yüksek yaygınlığı ve buna bağlı olarak bu tür şiddeti takiben Travma Sonrası Stres Bozukluğu görölme oranının yüksek olması örnek verilebilir (Thoits, 1999). Uzun vadeli, kümülatif psikososyal sıkıntıların ruh sağlığı üzerindeki etkisi ise yeterince araştırılmamıştır (LaPierre, 2009). Gelir, istihdam ve sosyal sermayede kontrol edilemeyen veya önlenemeyen ani, yıkıcı ve ciddi değişikliklere neden olan ekonomik ve sosyal politikalar, cinsiyet eşitsizliğini ve yaygın ruhsal bozuklukların oranını önemli ölçüde artırır.

3.3. Toplumsal Olgular ve Ruh Sağlığı Sosyolojisi

Sağlık ve akıl hastalığının toplumsal anlamı üzerine çalışan sosyologlar bu konuda çeşitli tanımlamalar yapmışlardır. Basitçe eğer hasta isek sağlıktan uzaklaşmış sağlıklı isek de hastalıktan uzaklaşmış sayılmaktayızdır. Ruh sağlığı sosyolojisi, temel olarak, toplumsal düzenlemelerin ruh sağlığını nasıl ve ne kadar etkilediğini, psikiyatriden sağladıkları resmi istatistiksel bilgiler, belirti ölçekleri ve tanısal ölçümleri kullanarak tartışır (Doğan ve Kocacık, 2006). Toplumsal rollerin ve olayların ruh sağlığı arasında ilişki kurma çabaları ruh sağlığı sosyolojisi için oldukça önemli bir tartışma konusudur. Toplumsal rol ve olaylara cinsiyet, yaş, ırk, göç, savaş gibi değişkenler örnek verilebilir.

3.3.1. Savaş ve ruh sağlığı

Savaşın ekonomik, kültürel ve siyasi yönden birçok yıkıcı etkisi bulunur ve savaş sonucunda herhangi bir ciddi hastalıktan daha fazla oranda ölüm görülür. Aslında savaş sonunda ortaya çıkan bilançoda ilk olarak ölüm sayısına bakılsa da ölüm dışında, yoksulluk, yetersiz beslenme, sakatlık, ekonomik/sosyal düşüş, toplumsal yapının bozulması ve ruhsal hastalıkların gelişimi gibi olumsuz sonuçlar meydana gelir. Scull da “bütün savaş cephelerinde çarpışma alanından tahliye edilen hastaların ve yaralıların ortalama %5’i ile %30’u psikiyatrik zayıat” olduğunu belirterek savaşın ruh sağlığı üzerindeki etkisini vurgular. Bu bağlamda Hendek Savaşı sırasında ilk İslam Bimarhane’sinin, seyyar savaş hastanesi olarak kurulması gibi savaşlar sırasında birçok hastane ve kliniğin açılması dikkat çekicidir.

Resmi istatistiklerde savaş sonrası psikiyatrik bozuklukların önemi küçük gösterilir ancak savaşın en şiddetlendiği durumlarda, psikiyatrik sinir krizlerinin görülme sıklığı en yüksek düzeydedir. Savaş toplumsal tüm yapılara zarar verir, ailelerde yaşam boyu sürecek ruhsal bir bozukluğa ve maddi sermayede düşüşe neden olur. Savaş sonunda ortaya çıkan bilançoda ilk olarak ölüm sayısına bakılır ancak ölüm dışında, yoksulluk, yetersiz beslenme, sakatlık, ekonomik/sosyal düşüş ve ruhsal hastalıklar gibi sonuçlar da savaşların yarattığı etkiler arasındadır (Murthy ve Lakshminarayana, 2006).

“Travmatik olaylar yaşayan insanların %10’u ileri derecede ruh sağlığı bozuklukları yaşamakla birlikte diğer %10’u fiziksel fonksiyonlarını yerine getiremeyecek davranışlar gösterir” (Dünya Sağlık Örgütü, 2001).

Ailesi savaş sırasında ölen insanların deneyimlediği korku, ihanete uğradıkları düşüncesi, kadınların ve çocukların maruz kaldığı cinsel taciz ve tecavüzler, mülteci olarak gittikleri kamplarda hissettikleri belirsizlik gibi problemler ruh sağlığını olumsuz yönde etkiler. Mültecilerde uykusuzluk, stres, anksiyete bozukluğu, uzamış yas reaksiyonları, major depresyon, kaygı bozuklukları, bedenselleştirme bozuklukları gibi birçok ruhsal belirti ve hastalıklar görülür (Yılmaz, 2014). Savaş nedeniyle yurtlarından göç etmek zorunda kalan insanların karşılaştığı diğer bir sorunun sosyal dışlanma ve ayrımcılık olduğunun da altını çizmek gerekir. Kentlere yerleşen sığınmacılara karşı damgalama ve ötekileştirme içeren söylemler, “zor koşullarda ülkelerini terk etmek zorunda kalıp, bilmedikleri bir ülkede yeni yaşam kurmaya çalışan, çoklu mağdurluklar yaşayan insanların ruh sağlığını tehdit eden temel unsurlardan birisini oluşturur” (Yılmaz, 2014). Bu söylemlere maruz kalanların birçoğu ruh sağlığı tedavi hizmetlerine ulaşmakta zorluk yaşar.

Dünya Sağlık Örgütü, son zamanlarda “acil ortamlarda ruh sağlığı ve psikolojik destek” in gelişimi için özel birlik oluşturmuştur (Dünya Sağlık Örgütü Doğu Akdeniz Bölge

Ofisi, 2002). Çatışmalı bölgelerde yaşayan insanların %20'den fazlası (ve bu sayı dünya nüfusunun geri kalanından üç kat daha fazladır), hafif anksiyeteden depresyona ve travma sonrası stres bozukluğuna kadar değişen şiddette ruhsal bozukluklardan mustarıptır. Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü, devletleri, ruh sağlığı ve psikososyal destek hizmetlerini silahlı çatışmalarda verilen ilk yardımın temel bir bileşeni yapmaya ve bunları acil müdahale sistemlerine entegre etmeye çağırmaktadır.

Savaş kişisel bir deneyim değil kolektif bir deneyimdir ve yol açtığı ıstırap da sosyal olarak çözülür (Summerfield, 2001). Bu kolektif deneyimi anlamının temeli, doğaüstü, dini ve politik nedensellikler dahil olmak üzere savaşa yüklenen sosyal anlamdır. Bu nedenle, başlarına gelenlerin anlaşılmaz olduğunu ve krizlerle başa çıkmak için geleneksel tariflerinin işe yaramaz olduğunu gören savaş içindeki bir sosyal grubun üyeleri, özellikle kendilerini çaresiz hisseder (Summerfield, 2004). Savaş sosyal dokuyu rutin olarak hedef aldığı anda, toplum bir destek ve uyum kaynağı olarak alışılmış rollerini yerine getirmeyebilir. Savaş sosyal güvensizliğe neden olur ve amaçlandığı gibi toplulukları daha da zayıflatır. Savaşın kurbanlar üzerindeki birincil etkisi, tarihlerini, kimliklerini ve yaşayan değerlerini somutlaştıran bir sosyal dünyanın yıkımına tanık olmalarıdır (Summerfield, 1987).

Çocuklar ise yıkımın en önemli etkilenenleri arasında yer alır. Çocuklar sadece pasif seyirciler değil, aynı zamanda değerleri ve nedenleri olan aktif vatandaşlardır. Çatışma durumlarındaki toplumlarda çok çeşitli psikolojik semptom ve sendromların ortaya çıkması, mevcut araştırmalarla geniş çapta belgelenmiştir. Hiç şüphe yok ki, savaş ve çatışma durumlarında, toplum, topyekün rahatlama, rehabilitasyon ve yeniden yapılanma süreçlerinin bir parçası olarak ruh sağlığı hizmeti almalıdır. 20. yüzyılın ilk yarısında olduğu gibi, savaş gelişen zihinsel sağlık kavramlarına büyük bir ivme kazandırdığında, mevcut yüzyılın savaşlarının psikolojik sonuçlarının incelenmesi, genel ruh sağlığı sorunlarına yeni anlayışlar ve çözümler getirebilir.

Savaş bölgelerinde son zamanlarda yaşanan travma programlarının artışı, savaşa psikiyatri kliniğinden ödünç alınmış bakışla bakmanın ve toplumsal olanı psikomedikale dönüştüren bir paradigmanın uygulanmasının tehlikesini göstermektedir (Summerfield, 1987). Psikiyatrik modeller zihinsel sağlığın geliştirilmesinde sosyal eylem ve yetkilendirmenin rolü hakkında çok az bilgi verir. İnsani müdahalelerin en büyük hamlesi, hayatta kalan nüfusun savaşa zayıflatılmış sosyal dokusuna doğru olmalıdır, çünkü burada psikolojik dayanıklılığın ve herkes için iyileşme kapasitesinin kaynakları yatar (Summerfield, 2004). Hayatta kalanlar önce çevreleri üzerinde bir itibar ve kontrol ölçüsü kazanmaya ve ardından kendileri için

anlamalı olan kültürel, sosyal ve ekonomik kurumları ve faaliyetleri yeniden oluşturmaya çalışır. İnsan ve medeni olmanın ne anlama geldiğini tanımlayan bu şeyler, kültürlerinden ve yaşam tarzlarından ellerinden geleni korumaya kararlıdır (Summerfield, 2004). Temel olarak savaşta yaralanan veya savaş ortamına maruz kalmış bireylere karşı ilaçla tedavi yerine barışı korumak ve barış desteklemek başlı başına bir ruh sağlığı tedavi yöntemidir.

3.3.2. Yoksulluk ve ruh sağlığı

Tarihin en başından başlayan ve sanayi devrimi ile daha da somutlaşan toplumsal bir sorun olan yoksulluk; artan ekonomik krizler, işsizlik, kadına şiddet, boşanma ve intihar gibi birçok süreci de kendisi ile birlikte getirir (Taşdemir, 2014). Düşük gelirli, yoksul bireylerin kendini gerçekleştirme olanaklarının yoksunluğu ruh sağlığının bozulmasına yatkınlık yaratır. Bu nedenle yoksulluk ve sınıfsal konum ile ruh sağlığı 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 bulunur (Doğan ve Kocacık, 2006). Düşük gelirli, yoksul bireylerin kendini gerçekleştirme imkanlarının yoksunluğu ruh sağlığının bozulmasına yatkınlık yaratır. Psikolojik destek ve danışmanlık için ruh sağlığı kurumlarına başvuran bireylerin sınıfsal özelliklerinin tanı konulurken önemli bir faktör olduğu saptanmış ve yoksul hastalara şizofreni tanısının daha çok konulduğu, psikososyal tedaviden çok biyolojik tedavi uygulandığı ifade edilmiştir (Pilgrim ve Rogers, 2005). Akıl hastanelerinde yatan hastalar arasında yoksulların oranının daha yüksek olması, yoksulluk ve ruh sağlığı arasındaki ilişkinin anlaşılması ve ruhsal hastalıklara neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi açısından önemlidir.

Risk faktörleri olarak “olumsuz iş koşulları, kötü yaşam koşulları, iş yükü, işin tekdüzeliği, işsizlik korkusu, kaza riski, cinsel taciz, cinsel ayrımcılık, ırk ayrımcılığı, çalışan anne-babalardaki ikili rol stresi” gibi sorunlar örnek verilebilir (Doğan ve Kocacık, 2006). Nitekim Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Psikiyatri Birimi’ne 2011 ağustos ayı boyunca başvurmuş olan 775 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %48’inin ilköğretim mezunu ve %77’sinin işsiz olduğu belirlenmiştir. Yoksulluk, bireyler, aileler, yerel topluluklar ve uluslar dahil olmak üzere birçok düzeyde hareket eden bir dizi sosyal ve biyolojik mekanizma yoluyla ruh sağlığını etkiler. Yoksulluk ve akıl sağlığı arasında nedensel bir ilişki olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Bununla birlikte, bulgular, yoksulluğun zihinsel sağlık ve gelişim sorunlarına yol açarak

bireylerin ve ailelerin yoksulluktan kurtulmasını engelleyerek, nesiller arası kısır bir yoksulluk ve kötü sağlık döngüsü yarattığını göstermektedir.

“Yoksulluk insan enerjisini azaltan, insanca yaşamı engelleyen, bireyde yarımsızlık ve hayatının kontrolünü kaybetme yaşatan bir durumdur. Bireyi biyopsikososyal bir hastalık olarak düşünürsek yoksulluğun ruh sağlığı üzerine olumsuz etkileri olmaktadır. II. Dünya Savaşından sonra ruhsal bozukluklardaki artış, savaş sonrasında araştırmalarda çevre, sosyo-ekonomik durum ve hastalık ilişkisinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu yazının amacı yoksulluğun üzerine olan olumsuz gözden geçirmektir. Yoksulluğun ruh sağlığı üzerinde olumsuz etki yapılan deneyler deneyimler” (Taşdemir, 2014).

Bu anlamda yoksulluğun ruh sağlığı üzerinde olumsuz birçok etki yarattığı özellikle de kadın, çocuk ve yaşlı ruh sağlığını olumsuz etkilediği anlaşılmaktadır (Pilgrim ve Rogers, 2005). Yoksul hastalarda “sosyo-psikolojik uyumsuzluk, sosyal beceri eksikliği, saldırgan olma ya da boyun eğici davranma, umutsuzluk, içe kapanma, özsaygı yitimi gibi psikososyal sorunların; depresyon, somatoform bozukluklar ve şizofreni gibi” psikiyatrik hastalıkların daha yaygın olduğu görülür (Taşdemir, 2014). Yoksulluğun ruh sağlığına olumsuz etkileri göz önünde bulundurulduğunda yoksulluğun önlenmesinde kısmi yardımlar gibi kısa süreli çözümler yerine sağlıklı, iş ve yaşam koşullarının oluşturulmasının ve eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri aktif ulaşımının sağlanması sağlanmasının önemi ortaya çıkmaktadır (Taşdemir, 2014).

3.3.3. Cinsiyet ve ruh sağlığı

Freud, erkeklerin ve kadınların akıl sağlığını karşılaştıran sistematik bir teori tasarlayan ilk kişidir. Klasik Freudcu teori, erkeklerin psişik olarak kadınlardan üstün olduğunu savunur. Genel olarak Freud, insanların gelişimin birkaç aşamasında sırasında ayrı bir benlik duygusu edindiğini söyler (Galbis-Reig, 2003). Freud’a göre psikoseksüel gelişim aşamalarından olan fallik aşamada (3-5 yaş civarında), cinsel kimlik gelişmeye başlar, cinsiyetler arasında farklılıklar keşfedilir ve benliğin doğasında cinsiyetler arasında radikal bir ayrımın başlangıcına işaret eden Oedipus kompleksi meydana gelir (Gedo, 2002). Oedipus kompleksinde kız, birincil aşk nesnesi olarak annesinden babasına döner ve böylece kadın Oedipus kompleksini oluşturur.

Modern yaklaşımlar bu genel görüşleri ve Freudyen teorinin temel varsayımlarının yanı sıra en güncel gelişim teorilerini de sorgular (Sorell ve Montgomery, 2001). Tüm bu teoriler, insanların, kendileriyle dış dünya arasında bir ayrım yapamayacak şekilde, özellikle anneleri olmak üzere, çevrelerindeki dünyayla tamamen bağlantılı başladığını varsayar.

Dolayısıyla, insanların nasıl geliştiğine dair bu varsayımlar erkeklerin lehine ve erkek psikolojisinin üstün olduğu görüşünü ortaya çıkarır. Stern bunun yerine insanların ayrı, bağlantısız yaratıklar olarak başlamasını ve zamanla etrafındakilere giderek daha fazla bağlanmasını önerir (Dietz, Kalof ve Stern, 2002). Wellesley College ile anılan kendi kendine ilişki teorisi, kadınların benlik duygusunun başkalarıyla olan bağlantılarına güçlü bir şekilde dayandığını öne sürer (Palladino ve Stephenson, 1990).

Son zamanlarda yapılan büyük ölçekli epidemiyolojik çalışmalar, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ruhsal bozuklukların oranlarını değerlendirmiştir (Kessler, 2003; Bedi, 2011; Spies, 2009; Baillie, 2005; Almeida ve Kessler, 1998). Tüm psikolojik bozuklukları bir arada ele alan bu çalışmalar, genel olarak erkek ve kadınların ruh sağlığı oranlarında hiçbir farklılık olmadığını gösterir. Bu nedenle, genel olarak ruh sağlığı açısından hiçbir cinsiyetin diğerinden daha farklı olmadığı sonucu çıkar. Ancak kadınlar, sorunlu duyguların içe dönük olarak kendine döndüğü anksiyete ve depresyon sorunlarını içselleştirmede erkekleri aşarlar (Tasca, Rapetti, Carta ve Fadda, 2012). Bu hem daha hafif hem de daha şiddetli depresyon biçimlerini ve ayrıca yaygın anksiyete bozukluğu ve fobiler dahil çoğu anksiyete türünü içerir (Meyer, 2003). Daha büyük depresyon, erkeklerden daha fazla kadının derin üzüntü ve kayıp duyguları, olumsuz benlik kavramıyla ilgili ciddi sorunlar ve suçluluk, kendini kınama ve kendini suçlama duygularıyla yaşaması anlamına gelir (Morse, 2012).

Kadınlara özellikle anksiyete ve depresyon gibi bozukluklar olmak üzere daha çok psikiyatrik tanı konmasının iki temel nedeni vardır; hastane kayıtları ve toplumsal araştırmalar. Bu çalışmalar depresyon ve anksiyete bozuklukların kadınlarda, özellikle evli kadınlarda sıkıntı yaşantısından kaynaklı daha yüksek oranda olduğunu gösterir (Doğan ve Kocacık, 2006). Temel olarak “bekâr erkekler evli kadınlardan, ruhsal bozukluklar için evli kadınlar evli erkeklerden, psikiyatrik olmayan hastalıklar için evli erkekler evli kadınlardan daha çok hastaneye yatırılır” (Pilgrim ve Rogers, 2005).

Bazı araştırmacılara göre, kadınlar annelik ve ev hanımlığı gibi stereotipik cinsiyet rollerine uymada yetersiz kalırsa, ruh hastası olarak etiketlenmeye daha yatkın duruma gelir (Ehrenreich, 1976). 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. Ruhsal bozukluklar yönünden kadınlar, suç istatistikleri yönünden erkekler daha öndedir. Erkeklerin davranışları anti sosyal davranış, şiddet ve cinsel saldırı, içkili saldırgan davranışlarla; kadınların davranışları kendine zarar

verme davranışı, depresyon, yeme bozuklukları ile daha çok ilişkilidir. Başkalarına karşı tehlikeli davranışlar erkeklerde daha sıktır. Kendine yönelik tehlikeli davranış ise karışıktır; kadınlarda intihar girişimi, erkeklerde intihar davranışı daha sıktır. Düşük güç algısı ise özellikle semptomları içselleştirme riskini artırır (Arias, 2007).

“Kadına yönelik bu ekonomik haksızlık bireysel olduğu kadar, toplumsal olarak da sürdürülür. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı “İnsani Gelişmişlik Raporu’nda Türkiye, toplumsal cinsiyet eşitliği açısından 115 ülke içinde 109. sırada yer almaktadır. Bu raporda, Türkiye’de kadınların kazandıkları gelirin erkeklerin kazandığının %26’sı olduğu belirtilir. Yoksul kadınların erkeklere göre daha fazla biyolojik ve psikososyal stres etkenlerine maruz kaldığı, iş olanaklarının azaldığı, eğitim düzeyinin düştüğü, eşleri tarafından fiziksel olarak kötüye kullanıldıkları, toplumsal sorunlarla başa çıkmada ve rol çatışmalarının mağduru olduğu, yoksulluk ve hastalık deneyimlerinden erkeklere göre daha fazla etkilendiği vurgulanmaktadır. Meksika’da yoksul kırsal alanlarda yaşayan 20-70 yaş aralığındaki 5457 kadın üzerinde yapılan kesitsel araştırmada düşük gelir düzeyine sahip olan kadınlarda depresif belirti yaygınlığı yüksek bulunmuştur” (Taşdemir, 2014).

Ekonomik kaynaklardaki farklılıklara karşılık olarak, erkekler ve kadınlar ilişkilerde sahip oldukları güç miktarı hakkındaki algılarında farklılık gösterir. Örneğin, bir ilişkiye çok az alternatifi olduğunu düşünen bireyler, daha fazla seçeneğe sahip olduklarını algılayanlara göre daha yüksek düzeyde depresif belirtilere katlanırlar. Algılanan güçteki cinsiyet farklılıkları, erkekler ve kadınlar arasındaki semptomların içselleştirilmesindeki eşitsizliklere de katkıda bulunur. Makro düzeydeki geniş sosyo-tarihsel güçlerden benliğin mikro düzeydeki yönlerine kadar çeşitli düzeylere bakıldığında, cinsiyete göre sosyal farklılaşmanın erkeklerin ve kadınların psikolojik sorunlarını nasıl şekillendirdiği görülür. Düşük güç ve sorumluluklar; düşük seviyelerde öz saygı, özerklik ve kendini beğenmeme gibi etmenler ruhsal bozukluklarla tutarlıdır. 1970’lerin ortalarında toplumsal cinsiyet rolü teorisi, neden kadınların içselleştirilmiş zihinsel bozukluklara (depresyon) ve erkeklerin de dışsal bozukluklara (madde bağımlılığı) eğilimli olduğu tartışmalarında etkili olmuştur (Cockerham, 2011). Dünyanın pek çok yerinde kadınların erkeklere oranla daha fazla ayrımcılığa maruz kaldığı, bunun yanı sıra ekonomik dezavantajın da ruh sağlığını etkilediği sosyal bilimciler tarafından sıklıkla söylenir.

3.3.4. Etnisite ve ruh sağlığı

Sosyal bilimlerde ırk, tipik olarak ezen ve ezilen toplumlar arasındaki “ırk ilişkilerini” tanımlamak için kullanılır. Buna karşılık, gruplar arasındaki sosyo-kültürel farklılıklar genellikle “etnisite” olarak belirtilir. Etnisite terimi kolektif bir kimliği tanımlar ve farklı etnik grupların yaşam biçimleri, onların kendi kültürüne ve diğer kültürlerle ilişkilerine bağlantılıdır

(Avison, McLeod ve Pescosolido, 2007). Göçmenler eski durumlarına göre zenginleşirken, yerleştikleri toplumun standartlarına göre yoksul olabilirler. Düşük ücret, ev dezavantajı ve işsizlik, göçmenleri yoksulluğun sağlığa doğrudan etkilerine karşı duyarlı duruma getirebilir. 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 değiştirmemeye) yol açabilir (Aneshensel ve Phelan, 1999). İngiltere'ye göç eden İrlandalılara en çok konulan tanılar şizofreni, nevrotik bozukluklar, kişilik bozuklukları, depresyon, diğer psikozlar ve alkol bağımlılığıdır. Bu tür bozuklukların ve hastaneye yatırılma oranlarının yüksek olmasının nedenleri arasında yoksulluk, açlık, bazı tepki isyanlarının askeri güçle bastırılması, göçe zorlanma yer alır (Avison, McLeod ve Pescosolido, 2007). Bu durum bireysel ve toplumsal düzeyde kimlik kriziyle de iç içedir.

“Burada belki de çelişkili bir şekilde, karşılaştırmalı yaklaşım bize bir parça zarar verir. Yabancı ülkeleri ziyaret eden psikiyatrlar oradaki kültürü tamamen yadırgarlar ve oranın dilinin de anlaşılması zor bir dil olduğunu düşünürler. Ancak oralı olan akıl hastalarının davranışları onlara son derece tanıdık gelir; mesela bir keresinde oranın yerlisi olan kötü durumdaki hastaların koşuşundayken kendilerini ülkelerinde gibi hissetmişlerdi. Yabancı bir muayene odasına bakarken ya da oralı olan dışlanmış bir hastanın durumunu incelerken kendilerini alışılmış bir mekânda gördükleri için, psikiyatrlar genellikle akıl hastalarının kültürden-bağımsız tıbbi bir rahatsızlıkla malul olduklarını zannederler. Ancak burada, duruma özgü görgü kurallarından bazılarının birçok farklı kültürdeki sosyal topluluk için de temel teşkil edebileceği ihtimali göz önünde bulundurulabilir. Bu gibi kültürler arası türdeşlikler olduğu ölçüde uluslararası anlamda kabul edilmiş uygunsuzluklar da var demektir ve dünyanın neresinde olurlarsa olsunlar psikiyatrlar kendilerini ülkelerindeymiş gibi hissederler” (Goffman, 2020: 262).

Scull (2019: 182), “emperyal psikiyatri” kavramı ile ruh sağlığı ve emperyalizm kavramlarını tanımlamış ve farklı kültürlerle karşı uygulanmış emperyal batı psikiyatrisini tanımlamıştır. Ruh sağlığı mekânları zaman içinde Batı emperyalizminin etkisiyle geri kalan dünyaya belirli bir ölçüde yayılacak büyük bir kapatılma sonucunu doğurmuştur. Yerli toplulukların kısmen yok edildiği ya da başka yollarla etkisizleştirildiği İngiliz göçmen kolonilerinde (Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda) Britanya'daki kurumları örnek alan akıl hastaneleri nispeten hızlı bir süreçte ortaya çıkmıştır (Scull, 2019: 183).

“Sadece ufak bir beyaz idareci sınıfın bulunduğu sömürgelerde akıl hastaneleri genellikle daha da geç sahneye çıktı. Nijerya'da ilk akıl hastaneleri 20. yüzyıl başlarında kuruldu ve gözetim mekânları olmanın ötesine geçemedi” (Scull, 2019: 184).

Gerek siyasal gerekse kültürel yönüyle emperyalizm, delileri kuruma yatırma anlayışını yerkürenin her yanına yayar; ama anavatana çok benzeyen ve onun yolundan giden göçmen koloni devletleri bir yana bırakılırsa, psikiyatrik büyük kapatmayı ihraç etmeyi

sadece bazı yerlerde başarır. Modern hekimler yerli inançlara ve âdetlere tepeden bakan bir tutum içindeydiler (Scull, 2019: 183). “Yerli tutumları göz ardı etme, bastırma ve geçersiz kılma yönünde ne kadar uğraşılırsa uğraşılsın, bu çabalar boşa çıkmaya mahkûmdur” (Scull, 2019: 185). Emperyal psikiyatri böyle geleneksel toplumlardaki yerel âdetleri dönüştürmede büyük bir güçlükle karşılaşmıştır.

“Alt-orta sınıfa mensup, orta yaşlı, erkek, Yahudi ve göçmen bir psikiyatrin alt-sınıfa mensup, kadın, ergen ve zenci bir hastanın duygusal durumunun işaret ettiği belirtiler hakkında kendinden emin ve ayrıntılı hükümler verdiği gözlemlenebilir. Bu ilginç bir başarıdır zira orada bulunan bu iki kişinin de diğerinin yanında bulunabileceği veya ötekinin davranışını doğal ve huzurlu bir şey olarak görebileceği irtibatların sayısı çok değildir. Benzer şekilde, bir akıl hastası hakkında az da olsa bir şeyler bilen ve onu sadece geçici ve kısa süreli karşılaşmalar esnasında gözlemleyenler, genellikle onun bazı hareketlerini kolaylıkla akıl hastalığı belirtisi olarak görme eğiliminde olurlar. Oysaki onunla birlikte yaşayanlar ise onun bu hareketlerine pek aldırmayıp başka bazı davranışlarına odaklanırlar.250 İşte bu yüzden ki yabancılara göre, yerde uzanan ya da arkadaşının tabağından yemek alan akıl hastalarının görüntüleri gibi ruhsal bozukluk işareti olarak görülen hareketler o davranışın sergilendiği ortama aşına olanlar için normatif anlamda doğal karşılanabilir; zira o ortamı bilen kişiler, mesela kanepelerin yeterli sayıda olmadığını ya da çok sert olduğunu veya bazen yeterince yemek olduğu için, tıpkı bir kişinin daha fazla yemek almak için sıraya girebileceği gibi komşusunun tabağından yemek de alabileceğini bilirler. Ve yine bizzat psikiyatlardan öğreniriz ki en geri ve “ilkel” türden hareketler, bazen en nihayetinde öyle “anlaşıldır” ki bu hareketlerin tuhaf, anlamsız” niteliği geri plana itilir ve bunun yerine insana özgü, dokunaklı tarafı öne çıkar” (Goffman, 2020: 256).

Goffman’ın bu alıntısından da anlaşılacağı gibi bazı “anormal davranışlar” alanın mensuplarına göre normal karşılanabilir. Temel olarak yerel inanış ve değerlerin tam olarak anlaşılmması yanlış algılayışların önünü açmaktadır. Yerel gelenekler ve ritüeller modern batılı gelenekler ile uyuşmadığı için öteki olan barbar olarak nitelendirilmektedir. Barbar tanımlaması adressiz kalırsa uygar tanımının bir mekânı olmaz. Bu nedenle delilik tanımının yerel halkın ritüelleri olarak algılandığı yerde hastalıklı olan şey aslında batıcı bir bakış açısıdır. Emperyal psikiyatri, emperyalizmin dönüştürdüğü siyasi, ekonomik, kültürel olguların yanına sağlığı da ekler. Kültürel, ekonomik ve siyasi yönde başka bir yönetiminin kültürü altına zorla alınmış toplumlar bir süre sonra onların sağlıklı kendilerinin sağlıksız olduğuna inanır. Çünkü batı rasyonel zihni, kendini zorla dayatmanın yanı sıra bilgi üretmek de ikna eder.

Emperyal psikiyatri 2000’lerin başlarından itibaren literatürde sıklıkla alıntılanmıştır. Bu alandaki en önemli isimlerden biri ise Frantz Fanon’dur. Metinleri arasında *Siyah Deri Beyaz Maske* (2015), *Yabancılaşma ve Özgürlük Üzerine Yazılar* (2020) ve *Yeryüzünün Lanetlileri* (2018) yer alır. Fanon’un ölümünden sonra, *Afrika Devrimine Doğru* (1964) yayınlanır. Fanon’un çığır açan düşüncelerinin çoğu, Kuzey Afrika’da bir psikiyatrist olarak akıl hastalıkları konusunda çalıştığı süreçte ortaya çıkmıştır. Fanon, Marxizm, psikanaliz ve Jean-Paul Sartre felsefi bakış açısından etkilenmiştir. Fanon, akıl hastalığını deneyimler ile

ortaya çıkan bir süreç olarak kabul etmiş ve akıl hastalığının toplumdan ve kültürden etkilendiği noktasında kavramsal bir harita sunmuştur. Bu kavramsal harita ruhsal hastalıkların risk faktörlerini, sömürge öncesi ve sonrası toplumların zorlu çelişkilerine bağlamanın kavramsal altyapısını oluşturur.

İletişim kuramamak için dünyaya dair olanı anlamamanın önündeki engeller, aynı zamanda dilin kültürel canlanma ve eylemliliğin merkezi bir özelliği olarak önemini ortaya koyar. Dil sadece ruhu yapılandırmakla kalmaz, aynı zamanda birey dil aracılığıyla anlamlar yaratır. Bu bağlamda Fanon ana dil aracılığıyla anlaşılmanın, iletişim kurmanın ruh sağlığı için çok önemli olduğunu belirtmiştir. Bu nokta “dil ve ruh sağlığı” adlı bir alt başlık altında incelenebilir. Dilin sosyal bir olgu olarak toplumsal ve bireysel bir oluşum sürecinde önemli bir faktör olduğu birçok kuram tarafından (yapısalcılık, postyapısalcılık, hermeneutik, sembolik etkileşimcilik, fenomenoloji) kabul edilmiştir. Bu bağlamda dil ruh sağlığı ve ruh sağlığı sosyolojisi için oldukça önemli bir alandır. Dilin etkili ve özgür bir biçimde konuşulmasının bireyin üzerindeki etkileri gerek Fanon gerekse geri kalan emperyal psikiyatri eleştircileri tarafından temellendirilmiştir (Fanon, 2015).

Fanon en şiddetli eleştirisini psikosomatik hastalıkların kaba kolonyal yorumlarına yöneltmiştir. Eleştirilen psikiyatrik görüş, sömürgeleştirilmiş insanların ilkel ve barbar oldukları ve bu nedenle akıl hastalıkları yaşadıkları düşüncesidir. Fanon, bedeni basitçe gerileyen psikolojik işleyiş alanı olarak görmez. Bunun yerine, zihnin ifade edilmesinde ve yapılandırılmasında bedenin çok önemli bir rol oynadığını ve bizi insan olarak oluşturmaya yardımcı olduğunu öne sürer. Fanon nihayetinde psikiyatriyi, insanların düzenlenmesinde bir disiplin biçimi olarak ele alır. Bunu, baskıcı kolonyal bağlamların çifte bağlayıcı doğasını yönetmede yetersiz kalanlara yönelik bir vekil denetim mekanizması olarak görür.

3.3.5. Sosyal bütünleşme ve ruh sağlığı

Emile Durkheim’in *İntihar* (2015) çalışması, genellikle ruh sağlığının açık bir şekilde konu edildiği ilk sosyolojik çalışma olarak kabul edilir. Durkheim 19. yüzyılın sonunda intihar oranlarını farklı Avrupa ülkelerindeki nüfuslar ve çeşitli sosyal özellikleri ile karşılaştırır. Durkheim bu çalışmada temel olarak bireyin, sosyal kurumlarla olan etkileşimlerinin intihar ile olan ilişkisini şekillendirir. Güçlü sosyal etkileşimleri olan kişilerin intihar etme olasılığının en düşük olduğunu söyleyen Durkheim, sosyal olarak tecrit edilmiş insanların intihar etme olasılığının yüksek olduğunu belirtir. Örneğin, Durkheim evlilerin

intihar oranlarının, evli olmayanlara göre daha düşük olduğunu söyler. Ayrıca Durkheim (2015: 222), bu dönemlerde paylaşılan toplu deneyimlerin yoğunluğu nedeniyle savaşlar ve devrimler sırasında çok az insanın intihar ettiğini belirtir.

Ruh sağlığı sosyolojisindeki güncel araştırmalar, sosyal bütünleşmenin ruh sağlığının temel nedeni olduğunun önemini vurgular. Örneğin, aileleri, arkadaşları ve komşularla daha sıkı teması olan ve kiliseler, sivil toplum örgütleri ve kulüpler gibi gönüllü kuruluşlara dahil olan kişilerin, daha izole olanlara göre daha iyi bir ruh sağlığı olduğunu bildirir (Thoits, 1999). Evli insanlar evli olmayanlara göre daha az sıkıntı yaşarlar çünkü daha destekleyici ilişkileri vardır ve toplum kurumlarıyla daha fazla bağları vardır (LaPierre, 2009; Umberson, Williams, Powers, Liu ve Needham, 2005). Evlilik aynı zamanda sosyal normlara, daha geleneksel yaşam tarzlarına ve her türlü sapmanın daha düşük seviyelerine uyumu teşvik eden düzenleyici işlevlere de hizmet eder. Tersine, yakınların ölümü, boşanmanın neden olabileceği sosyal bağların kaybı ve romantik bağların kopması artan sıkıntı seviyeleriyle ilişkilidir. Sosyal bütünleşme, pozitif ruh sağlığı ile ilişkilidir, insanlar memnuniyet elde ederler. Değerli, samimi ilişkilerden birey mahrum bırakıldığında acı çeker.

3.3.6. Toplumsal tabakalaşma ve ruh sağlığı

Toplumsal eşitsizliklere verilen zihinsel ve ruhsal yanıt, aynı zamanda sosyal yaşamın temel boyutlarına dayanır. Sosyal süreçler, insanların ne tür sorunları olduğunu, sorunlara ne tür çareler aradıklarını ve sorunları tedavi etmek için ne tür kaynaklar bulduklarını ve bunları nasıl sınıflandırdıklarını etkiler. Ekonomik sermaye, güç, bilgi, etki ve prestijdeki eşitsizlikler gibi sınıf statüsünü tanımlayan öğelerin ruh sağlığı üzerinde güçlü etkileri vardır (Link ve Phelan, 1995). Bu gibi toplumsal eşitsizliklerin yanı sıra kötü çalışma koşulları, sigortasız çalışma, evlilik sorunları ve sağlıksız yaşam koşulları da ruh sağlığı ile ilişkilidir (Link ve Phelan, 1995). Yoksullaştırılmış sosyal koşullar ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Diğer yandan ruh sağlığı sosyolojisi içerisindeki önemli bir tartışma da sosyal statünün ve ekonomik iyilik halinin ruh sağlığı üzerindeki etkisinin mutlak mı yoksa göreceli mi olduğu sorusudur. Sosyal refah insanların sahip olduğu kaynakların mutlak mı yoksa göreceli miktarına mı bağlıdır? Mutlak varlık miktarı mutluluğu öngörüyorsa, o zaman zenginler iyi ruh sağlığına, fakirler ise daha kötü bir ruh sağlığı durumuna sahip olacaktır.

Örneğin çok varlıklı bir iş insanının kendi statüsündekilere göre daha az başarılı veya daha az gelire sahip olması onu kendi statüsündekiler arasında kötü bir konuma sokabilir. Bu durumundan da anlaşılacağı gibi sosyal, kültürel ve ekonomik sermaye bireyin ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip tek koşul değildir.

Ancak yine de güvencesiz, kötü çalışma koşullarında, düşük ücretle çalışan milyonların depresyon nedenlerinden en önemlisi toplumsal tabakalaşmanın yaratmış olduğu gelir eşitsizliğidir. Gelir eşitsizliğinden ortaya çıkan sorunlar barınma, beslenme, eğitim ve birçok toplumsal süreci etkiler. İyi bir okula gidemeyen, sağlıklı beslenme koşullarını sağlayamayan, iyi koşullarda evlerde oturamayan bireylerin daha büyük ruh sağlığı merkezlerinden çok toplumsal eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına ihtiyacı vardır. Sosyal tabakalaşma sadece ekonomik ve çalışma koşullarıyla ilgili değil, aynı zamanda tüm sosyal kurumlarla bağlantılıdır. Örneğin, bir evlilikteki baskın taraf daha az güçlü olan eşten daha iyi bir ruh sağlığı olduğunu bildirir (Link ve Phelan, 1995). Kocalar genellikle eşlerden daha güçlü olduklarından, genellikle daha iyi bir ruh sağlığına sahiptir. Ancak bu her zaman böyle değildir. Evli erkeklerin karılarına göre daha az kaynağa sahip olduğu nispeten az sayıda vakada, eşlerinden daha fazla sıkıntı yaşarlar (Rosenfield, 1992).

3.4. Ruh Sağlığı Mekânları

Gündelik hayatta stresle karşı karşıya kalmayan kişi neredeyse yoktur. İnsanlar modern zamanlarda kent mekânının yaratmış olduğu disiplin ve düzen ile bir rahata ve güvene alışmış ancak bu korunaklı alanların stresi ile de karşı karşıya gelmiştir. Kimsenin birbirini tanımadığı caddeler içinde kaybolup giden birey, çözümü ruh ve akıl sağlığı profesyonellerinde aramaktadır. Akıl, ruh sağlığı kavramsallaştırmalarında oldukça önemli bir yer tutmaktadır.

İnsan doğasıyla ilgili sorular antik Yunan filozoflarına kadar uzanır. Ancak bir bilim dalı olarak psikolojinin başlangıcı 19. yüzyılın başlarına denk gelir. Psikolojinin tarihçesinde çeşitli düşünce okulları etkili olmuştur. Bu düşünce okullarının başında yapısalcılık, işlevselcilik ve davranışçılık gelir. Yapısalcılık bir olguyu anlamak için öncelikle yapısını yani onu meydana getiren parçaları anlamak gerektiğini; işlevselcilik ise bu olguların görevlerini ve insan davranışındaki rollerini anlamak gerektiğini öne sürmüştür. Davranışçılık ise insanı anlamak için sadece gözlemlenebilen davranışlara odaklanmıştır. Ancak

günümüzde, özellikle gelişen teknolojilerin de sayesinde, gözlemlenen davranışlar kadar bilinç, düşünme gibi zihinsel süreçlerde bilimsel olarak çalışılabilir (Geçtan, 2018).

Mekân, birey ve çevre alanları etkileşimler yoluyla kullanıcılarının duygularını ve zihinsel sağlığını etkiler (Curtis, 2010). Sarah Curtis, *Space, Place and Mental Health* (2010: 26) adlı eserinde mekânın, maddi ve sosyal yönleri ile birlikte bireysel deneyimlerin oluşumunda önemli bir etkileşim biçimi olduğunu belirtir. Bu bağlamda mekân hem birey hem de çevre dinamiklerini incelemek için analitik bir temel olarak karşımıza çıkarır. Mekân toplumsal birçok olgu gibi sağlık ve refahın bir belirleyicisidir. Toplumsal refahın göstergesi olan mekân aynı zamanda toplumsal yoksulluğun da göstergesidir. Ruh sağlığı sosyolojisi bölümünde bahsedilen mekân ve ruh sağlığı sosyolojisi bu bağlamda oldukça önemli bir teorik çerçeve sunar. Yoksul mahallelerdeki sağlıksız barınma koşulları sağlığı olumsuz bir biçimde etkiler. Sağlık tanımı her ne kadar bir iyilik hali olarak tanımlansa da insanlar eğer uygun geçinebilir, beslenebilir, barınabilir, giyinebilir, sağlıklı koşullarda yaşayabilirse gerçekleşebilir. Buna bağlı olarak mekân aynı zamanda ruh sağlığının bozulmasında önemli bir risk faktörüdür (Aneshensel ve Phelan, 1999; Curtis, 2010; Cockerham, 2011). Örneğin “evsizlik”, bir mekâna ait olamama, bir yuvaya sahip olamama birey üzerinde derin ruhsal çöküntülere neden olabilir. Evsizlik sorunu aslında çift yönlüdür; Bir sıkıntı ve akıl sağlığı krizi, insanların evlerini terk etmelerine neden olabilirken, evsizlik, beraberindeki güvensizlik ve travma potansiyeli ile birlikte, daha fazla zihinsel sağlık sorununu tetikleyebilir, artırabilir ya da derinleştirebilir. (McGrath, 2019).

Mekânın, ruh sağlığının bozulmasında önemli bir risk faktörü olduğu anlaşılabilir ancak mekânın iyileşme üzerindeki rolü nedir? Mekân bir iyileşme mekânı olduğu kadar bir disiplin mekânı mıdır? Bu gibi sorular ruh sağlığı sosyolojisinde özellikle de post-modern ve post-yapısalcı söylemde oldukça geniş bir tartışma konusudur. Goffman’ın “total kurumlar” ve Foucault’nun disipliner kurumu ruh sağlığı mekânlarını tanımlarken aynı zamanda mekânın düzeltici disipline edici bir mekân olma özelliğinden bahseder. Goffman total bir kurum olarak akıl hastanelerinin içinde hastanın, sağlık profesyonelleri ile etkileşimini, hastanın mekân ile etkileşimini ve hastanın hastane kuralları ile etkileşimini detaylı olarak incelemiştir. Mekân, ruh sağlığının bozulmasında veya korunmasında önemli bir faktör olmakla birlikte aynı zamanda bireyin iyileştirilmesi veya disipline edilmesi sürecinde de önemli bir faktördür.

3.4.1. Ruh hastalıkları sınıflandırılması

Ruh ve sinir hastalıkları kavramları ile ilgili farklı kuramcılar farklı yaklaşımlarda bulunmuşlardır. Bu yaklaşımlar biyolojik yaklaşım ve psikolojik yaklaşımlardır. Biyolojik yaklaşım; akıl hastalıklarını sinir sistemi, salgı bezleri gibi organik işlev bozuklukları ve kalıtsal faktörlerle açıklar (Tuna, 2011: 119). Günümüzde biyolojik yaklaşım zihinsel bozuklukların ve normal dışı davranışların tümünü açıklamakta yetersiz kalır (Turner, 2017: 111).

“Psikofarmakoloji alanındaki gelişmelerle birlikte yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren yükselmeye başlayan ABD eksenli psikiyatri, sınıflandırmalar alanında da hâkim olmaya başlamıştır. Amerikan Psikiyatri Birliğinin (American Psychiatric Association) sınıflandırma kitapçığının (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 1980’de yayımlanan üçüncü sürümünde hastalıkların belirtilerinin anlaşılması ve açıklanmasında bütünüyle tıbbi model benimsenmiştir. Önceki sürümlerden farklı olarak etiyolojik açıklamalara dayalı olan tanımların yerini betimsel tanımlar almış, psikopatolojik kuramlara dayalı açıklamalar yerine ise “nesnel gözlem ve standart muayene yöntemleri” konulmasına yönelik düzenlemeler yapılmıştır. (Artvinli, 2020: 321).

Akıl hastalıklarının sınıflandırılması, anormal davranışı tanımlama ve tanı kategorilerine ayırma gücüne karşın, davranış bozukluklarını sınıflandırmada Amerikan Psikiyatri Birliği resmi bir sistem oluşturmuştur. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı*’nda belirtilen bu sistem, ilk kez 1952’de Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından yayınlanmıştır (Tuna, 2011: 121).

“Ancak kararlık kazandırmaya yönelik bu çeşitli girişimlere rağmen, bizzat mesleğin en üst kademelerinde dahi görüş ayrılıklarına yol açmaya devam eder. İçindeki teşhis ve “hastalık listeleri çoğaldıkça, akıl bozukluğunun gittikçe artan sayıda tiplerini ve alt tiplerini ayırt etmeye donuk hummalı çabalar incelikle gizlenmiş bir hayal oyununu andırıyor. Ne de olsa, akıl hastalığının kusurlu beyin biyokimyası da şu ya da bu sinir ileticisinin eksikliğinden ya da fazlalığından kaynaklandığı genetik yapının ürünü olduğu ve günün birinde belki biyolojik işaretlerinin izlerine ulaşılabilceği yönündeki bir sürü savaş rağmen, çoğu akıl hastalığının etiyolojisi hâlâ belirsizdir tedaviler de büyük ölçüde arazlara dönüktür ve etkileri genellikle şüphelidir. Ağır psikozlarda mustarip olanlar, toplumumuzun son çeyrek yüzyılda ortalama ömrü gerileyen az sayıdaki kesimlerinden birini oluşturur psikiyatrinin iddiaları ve performansı arasındaki uçurumun anlamlı bir ölçüsüdür bu En azından bu alanda henüz doğanın sırrına ermiş değiliz” (Scull, 2019: 17).

Bilimsel olarak ruh sağlığı ve hastalığının bir ayrımını yapmak için bir ölçüt bulunmaz. Ruh sağlığı ve hastalıkları hakkındaki genel görüşler iki zıt görüş etrafında toplanır. Birincisi; toplumsal normlara bağlı olmayı sağlıklı olma hali, bunlardan sapma durumunu ise hasta veya deli olarak tanımlar. İkincisi ise; normallik ölçütünü toplumun onayı değil, bireyin kendisini iyi hissedebilmesine bağlar (Geçtan, 2018). Akıl, normal ve sağlıklı olma, bir süreç ve biyolojik, psikolojik ve toplumsal değişikliklerin katkısıyla ve zamanın

sürekliliği içerisinde bireyin toplumsal rollerini sürdürebilmesi olarak tanımlanabilir (Cüceloğlu, 2019). Psikolojik yaklaşımları üç temel yaklaşımla açıklamak mümkündür. Psiko dinamik yaklaşıma göre akıl hastalıklarının sebebi çelişki ile ortaya çıkan kaygının bilinçdışında kalması için sergilenen savunma mekanizmalarıdır ve bireylerin davranışları bilinçdışı tarafından, cinsellik ve saldırganlık güdüleriyle yönlendirilir (Geçtan, 2018). Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre ise akıl hastalıklarının öğrenilmiş davranışlar sonucu oluştuğunu savunur ve bu tarz bakış açılarını düzenlemeyi hedefler. İnsancıl-varoluşsal yaklaşım ise çocuğun büyüme evresinde bazı ihtiyaçlarının karşılanmasında ortaya konulan engellerin, çocuğun gerçek ihtiyaçlarını yadsımasına ve ne istediğini bilemediğinden duygusal çöküntüye uğramasına sebep olabilir gibi varoluşsal açıklamaları tartışır (Cüceloğlu, 2019). Ruh ve akıl hastalıklarının sınıflandırılması ile ilgili olarak, hastalığı tanımlama ve tanı kategorilerine ayırma güçlüğüne rağmen, davranış bozukluklarını sınıflandırmada Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nı oluşturmuştur ve zaman içinde bu kitap güncellenir.

3.4.2. Ruh sağlığı mekânlarının kısa tarihi

Ruh ve sinir hastalıkları mekânları; ruh ve akıl sağlığı birimleri ile majör depresif bozukluk, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ciddi ruhsal bozuklukların tedavisinde uzmanlaşmış hastaneler veya servislerdir. Ruh sağlığı mekânları büyüklükleri ve derecelendirmeleri bakımından farklılıklar gösterir. Ruh sağlığı mekânları, düşük riskli hastalar için yalnızca kısa süreli veya ayaktan tedavi konusunda destek sağlar. Bazı klinikler ise, psikolojik bir bozukluğun sonucu olarak rutin bir psikolojik desteğe, tedaviye veya özel ve kontrollü bir mekâna ihtiyaç duyan hastaların geçici veya kalıcı bakımında hizmet verir. Hastalar çoğunlukla gönüllülük esasına göre kabul edilir, ancak psikiyatristlerin önemli bir tehlike oluşturabileceğine inandıkları hastalar, istem dışı tecride ve istem dışı tedaviye maruz kalabilir. Ruh sağlığı mekânları, normal bir hastanenin alt birimi olduklarında psikiyatri koğuşları veya servisleri olarak da adlandırılabilir. Ruh sağlığı mekânlarının tarihsel gelişimi oldukça önemlidir. Deliliğin siyasi ve kültürel boyutu ve akıl hastanelerinin gelişimi birçok sosyoloji kuramında incelenmiştir. Modern ruh sağlığı mekânları, geçmişte kötü koşullarda hizmet veren akıl hastanelerinin süreç içerisinde geliştirilmiş halleridir. İlk ruh sağlığı mekânlarında, hastalar bir mahkûm olarak görülmekteydi ve yapılan pratikler acımasız ve disiplin altına alma ve tecride odaklanmaktaydı (Foucault, 2009). Reform dalgaları ve kanıta

dayalı tedavilerin geliştirilmesi ile modern ruh sağığı mekânları tedaviye önem verir ve mümkün olduğı derecede psikiyatrik ilaçlar ve psikoterapi ile hastaların “dış dünyadaki” kendi yaşamlarını kontrol etmelerine yardımcı olmaya çalışır.

Bimarhaneler olarak bilinen sağığı mekânları, dokuzuncu yüzyılın başlarında Bağdat’ta Abbasi Halifesi Harun Reşit tarafından inşa edilir. Yalnızca ruhsal hastalıklar üzerine hizmet vermeseler de ruhsal sıkıntılar gösteren hastalar için servisler içerirdi. Kişinin aile üyelerine bakmayı reddetmesine karşı hastaneye yatış süreci ancak hasta; şiddet, tedavi edilemez kronik hastalık veya son derece güçsüzleştirilen başka bir hastalık sergilerse başlatılıyordu (Çapan, 2019). Bu dönemdeki sağığı mekânları, bazı hastaların saldırganlığı nedeniyle demir parmaklıklarla çevrilmişti. İlk sağığı mekânları olarak Orta çağ döneminde Avrupa’da, deli olarak kabul edilen nüfusun küçük bir bölümü, manastırlarda tecrit ediliyordu. Birkaç kasabada delilerin tutulduğu Narrentürme (aptalların kuleleri) denilen kuleler vardı. Bugün hâlâ Viyana’da eski akıl hastanesi şu anda dünyanın en büyük patoloji ve anatomi koleksiyonlarından birine ev sahipliğı yapan Narrentürme’nin adı buradan gelir (Zechmeister, 2005). Batıda delilik sorununa bir çözüm olarak kurumsallaşma, büyük ölçüde on dokuzuncu yüzyılın başında gelmiştir (Foucault, 2009). On dokuzuncu yüzyılın başında, İngiltere genelinde çeşitli farklı kurumlarda barındırılan bine yakın “hasta” vardı, bu rakam 1900’lerde yaklaşık yüz bine çıkmıştır. Bu büyüme tıpta bir uzmanlık alanı olarak bilinen psikiyatri alanının büyümesiyle aynı zamana denk gelmektedir (Foucault, 2009). 19. yüzyılın sonlarında ve 20. yüzyılın başlarında, “delilik”, “çılgınlık” gibi terimler sayısız akıl hastalığı tanılarına bölünmüştür.

Goffman (2016), “total kurumlar” ile tımarhanelerin mikro bir analizini yapmıştır. Bu analizde tımarhanelerin birer total kurum olarak hem bireyi dışarıdan koruyan hem de tecrit eden bir yapısı olduğunu vurgulamıştır. Bu kurumların temel amacının birey benliklerinin yok edilip kurum kimlikleri haline getirilmesi olduğunu söyleyen Goffman bir tutum denetiminden bahseder. Hastaların bir süre sonra öngörülebilir ve normal davranışları sürdürmek için çaba harcadığını söyleyen Goffman normalleşmenin bir etkileşim süreci içerisinde gerçekleştiğini vurgular. Art arda gelen reform dalgaları ve etkili kanıta dayalı tedavilerin getirilmesiyle, modern psikiyatri hastaneleri tedaviye birincil vurgu yapar ve dahası, mümkün olan yerlerde, psikiyatrik ilaçlar ve psikoterapi kombinasyonu kullanarak, hastaların dış dünyadaki kendi yaşamlarını kontrol etmelerine yardımcı olmaya çalışırlar. Bu tedaviler istemsiz olabilir. İstemsiz tedaviler, akıl hastası kurtuluş hareketi tarafından sorgulanan birçok psikiyatrik uygulama arasındadır.

3.4.3. Ruh sağlığı mekânları türleri

Ruh sağlığı mekânları günümüzde tek tip bir mekândan çok daha gelişmiş farklı alanların bulunduğu bir kurumdur. Ruh sağlığı mekânları; açık kapalı, adli, çocuk veya ergen bağımlılık merkezleri gibi bölümlere ayrılmıştır. Ruh sağlığı mekânlarının acil bölümleri ise erken müdahale veya yatış işlemleri için başvuru alan ilk bölümdür. Kriz dengeleme birimi aslında psikiyatri için acil bir departmandır ve sıklıkla intihara meyilli, şiddet eğilimli veya başka türlü eleştirel kişilerle ilgilenir. Açık birimler ise ani intihara meyilli kişiler için kullanılmazlar; bunun yerine, taburcu olabilecekleri noktaya kadar tedaviye devam ederken hastalar için hayatı olabildiğince normal hale getirirler. Birkaç hafta süren bakım sağlayan orta vadeli psikiyatri hastanesinin amacı ise tedavinin etkili olmasını sağlamak için tedavinin ilk birkaç haftasında hastayı izlemektir. Çocuk koğuşları, psikiyatri hastaneleri veya psikiyatri koğuşlarının ruhsal hastalığı olan çocuklar veya ergenler için ayrılan bölümleridir. Akıl hastaları için bir tür kurum, toplum temelli bir yarı evdir. Bu tesisler, ruhsal hastalıkları olan hastalar için uzun bir süre yardımcı yaşam sağlar ve genellikle kendi kendine yeterliliğe geçiş yardımcı olurlar. Bu kurumlar, birçok psikiyatrist tarafından ruh sağlığı sisteminin en önemli parçalarından biri olarak kabul edilmekle birlikte, bazı bölgelerde yeterli fon sağlanamaz. Bazı ölkelerde akıl hastaneleri, bazı durumlarda siyasi mahkumların hapsedilmesi için bir ceza biçimi olarak kullanılabilir.

Türkiye’de bugün ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde genel branş ve bölümler olarak psikiyatri, nöroloji, beyin cerrahisi, çocuk ve ergen psikiyatrisi bulunur. Psikiyatri branşında şu bölümler bulunur:

1. Adli Psikiyatri
2. Bağımlılık Merkezleri
 - Alkol Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri
 - Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
3. Duygu durum Bozuklukları Merkezi
4. Psikotik Bozukluklar Merkezi
5. Kadın Ruh Sağlığı Merkezi.

3.5. Ara Değerlendirme

Ruh sağlığı sosyolojisi, temel olarak psikiyatri, psikoloji kavramlarını sosyolojik anlamda inceleyen bir alt alandır. Ruh sağlığı sosyolojisinin önemi, toplumsal kavramların tam olarak anlaşılmadan hastalıkların etiyo­lojisinin tam olarak belirlenemeyeceği temelinde vurgulanır. Savaş travması geçirmiş bireyin ruh sağlığı savaşın kavramsal haritası çıkarılmadan tam olarak anlaşılamaz. Toplumsal damgalama ve ötekileştirmeye maruz kalan bir gruba dahil bireyin ruh sağlığını etkileyen faktörler yine grup içinde üretilmektedir. Bireyin ait olduğu grubun farklılıklara bakış açısı onun benliğini etkiler. Birey farklılıklara karşı öfke ve nefret duyabilir. Ayrıca birey gruptan farklılaşan özelliklerini bastırabilir, saklayabilir. Bu durum ruh sağlığını etkiler. Bu grubun “ötekisi” ise dışlanır damgalanır, bu durum ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Toplumsal olgular, ritüeller, pratikler ruh sağlığını etkileyen risk faktörlerdir. Ruh sağlığı politikaları İlaç ile tedavi üzerine değil eğil ruh sağlığını etkileyen risk faktörlerini azaltmak üzerine yoğunlaşmalıdır. Bu anlamda ruh sağlığı hastaneleri yine kapsamlı bir ruh sağlığı sosyolojisi olmadan tam olarak anlaşılamaz. Kapsamlı bir ruh sağlığı sosyolojisi, “tımahanelerin” toplumsal izleri hakkında önemli veriler sağlar. Ruh sağlığı sosyolojisi yıllardır tımahaneler hakkında süregelen disiplin, tahakküm ve iktidar tartışmalarına yeni bir bakış açısı sağlayabilir. Kültürel anlamda bu “deliliğin” neye tekabül ettiği, akıl hastanelerinin toplumsal söylemdeki yeri gibi tartışmalar ruh sağlığı sosyolojisi temelinde yapılabilir. Ruh sağlığı sosyolojisinin içerisinde yer alan bu tartışmalar ile “tımahane” kavramının hâlen 1960’larda olan etkisinin günümüzde devam edip etmediği yönünde önemli veriler elde edilebilir. Bu bağlamda “ruh sağlığı sosyolojisi” ile risk faktörleri belirlenerek bireysel ve toplumsal anlamda bir akıl ve ruh sağlığı oluşturulabilir.



4. ARAŞTIRMA BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: BAKIRKÖY

Bu bölümde Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi içerisinde mekân ve bireyin ne gibi etkileşim süreçlerinden ortaya çıktığı ve geliştiğini yorumlamak için yapılan yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen veriler analiz edilmiştir. İlk olarak hastanenin kısa bir tarihine yer verilmiştir. Daha sonra ruh sağlığı mekânının nasıl üretildiği ve nasıl bir mekânsal özelliğe sahip olduğu değerlendirilmiştir. Bireyler gündelik yaşam içerisinde sayısız farklı rolün gereklilikleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Kimliklerin akışkanlığı, toplumsal etkileşime ve bu etkileşim sonucu oluşacak sayısız beklenti biçimlerine bağlıdır. Toplumsal eylemi incelemek isteyen bir araştırmacının, mevcut bağlamı anlayabilmesi için; kendisini eylemde bulunan bireyin ve toplumsal etkileşim içerisindeki diğer bireylerin yerine koymaya çalışması gerekmektedir. Bu yerine koyma araştırma pratiği olarak empati ile anlaşılmalıdır. Araştırılan alanın, alışkanlıkları, tepkileri, söylemleri bir aşinalık yaratılma süreci olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle hastane içinde gerçekleşmiş

ritüellerin etkileşimi ve süreçleri bu mekânı deneyimleyen personellerin deneyimleri noktasında incelenmiştir.

Bu bölümde hastane içindeki bireyin kendi bulunduğu durumu anlaması ve bu duruma göre hareket etmesine aracılık eden sağduyuya dayalı bilgi bütünüün yanı sıra prosedürler ve dikkate alışlar dizisinin kısmi bir çözümlemesi sosyolojik olarak değerlendirilmiştir. Burada incelemek istenen Bakırköy'ü deneyimleyen bireyin koşulları ile birlikte deneyimlenen bilinçli deneyim yapılarını anlamaktır. Bir deneyimin merkezi yapısı, onun amacıdır, içeriği veya anlamı aracılığıyla dünyadaki belirli bir nesneye yönlendirilme şeklidir. Bir deneyimi bilinçli kılan şey, kişinin yaşarken ya da gerçekleştirirken sahip olduğu deneyimle ilgili belirli bir farkındalıktır. Deneyimin bu tür yorumlayıcı-betimleyici analizlerinde, şu ya da bununla ilgili bildik bilinç biçimleri, bilinçli deneyimi analiz edilir. Bu nedenle niyetlilik, deneyimin yapısıdır. Niyet koşulları, motor beceriler ve alışkanlıkları içeren koşullara, arka plan sosyal uygulamalarına ve sıklıkla dilin analizine götürür.

Görüşmeciler Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde 1985-2020 yılları arasında çalışmış olan hemşire, sağlık memuru, psikiyatrist, uzman, asistan, tıbbi sekreter, temizlik personeli ve sosyal hizmet uzmanı gibi geniş bir mesleki alandan seçilmiştir. Görüşmecilerin eğitim seviyeleri ise ilkokul mezunundan doktora, profesör derecesine kadar geniş bir alana yayılmaktadır. Çalışmada araştırmacının bizzat Bakırköy'ü gözleyerek elde edeceği veriler (korona virüs nedeni ile iptal edilen) görüşmecilerden, belgesellerden, internet kaynaklarından ve Bakırköy'e yapılan ufak çaplı bir saha gezisinde alınan notları ile elde edilmeye çalışılmıştır. 5 hemşire, 1 tıbbi sekreter, 1 personel, 2 psikiyatrist, 1 sosyal hizmet uzmanı ile gerçekleştirilen görüşmeler için internet konferans programları, e-posta, cep telefonu gibi yöntemler kullanılmıştır.

4.1. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cumhuriyet Dönemi'nin en büyük ruh ve sinir hastalıkları hastanesidir (Artvinli, Erkoç ve Kardeş, 2010). Bakırköy, Üsküdar Atik Valide Külliyesi'nde yer alan Toptaşı Bimarhanesi'nin bir kolu olarak kurulur. 1924 yılında Toptaşı'ndan Bakırköy'e kademeli olarak taşınır ve Toptaşı Bimarhanesi 1927 yılında tamamen kapatılır. Bakırköy'de Reşadiye Kışlasında hizmet veren hastanenin ilk adı İstanbul Emraz-ı Akliye ve Asabiye Hastanesidir. Hastanenin ilk başhekimisi Dr. Mazhar Osman'dır. 1940'lı yıllarda hastane binaları yenilenir, hastanenin kurulduğu "İç Bahçe" olarak adlandırılan alan 4000 m uzunluğunda duvar çevrilir, Reşadiye Kışlası binalarının restorasyonu yapılır. 1951 yılında Düşünen Adam heykelinin açılışı yapılır. Düşünen Adam (Le Penseur), Fransız heykeltıraş Auguste Rodin tarafından üretilmiş sanat eseridir. Dünyada birçok yerde kopyası bulunur. Bunlardan biri de hastalar tarafından Bakırköy bahçesine yapılmış olan heykeldir.



Resim 4.1. Düşünen Adam Heykeli Yapılış Gazete Haberi-Kaynak Google

1960'larda, Faruk Bayülkem döneminde rehabilitasyon faaliyetleri, kamuya açılma, ruh sağlığı dispanserleri vb. girişimler ile sınırlı da olsa toplumla temas kurma arzusunda bulunduğu söylenilebilir. Bunun yanı sıra içeriği gizleme arzusu daha doğrusu dışarıya verilen imaj ön plana çıkmakta, içerisi ise "dışarının görmek isteyebileceği kısımlar" ile sınırlandırılmaktadır. Düzenlenen "deliler bayramı" bu anlamda örnek gösterilebilir. 1980'li yıllarda, yatan hasta sayısını azaltmak için Ayakta Psikiyatri Tedavi Ünitesi ile poliklinik hizmetlerine ağırlık verilir. 2000'li yılların başında, Raşit Tahsin Duygudurum Bozuklukları Merkezi, Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi Ünitesi, Ergen ve

Genç Erişkin Kliniği, Uyku ve Epilepsi Araştırmaları Merkezi ile Psikotik Bozukluklar Merkezi gibi yeni birimler açılır. Bakırköy bugün psikiyatri, beyin ve nöroloji gibi alanlarda hizmet vermektedir. Bu çalışmada, Bakırköy’de bulunan psikiyatri klinikleri bu çalışmanın temel çalışma alanlarıdır. Bakırköy’de temel olarak psikoz, nevroz ve adli psikiyatri servisleri bulunur.

Psikoz kliniklerine, yatışı gereken hastalara kısa süreli “akut tedavi” verilir. Kronik servisler ise genellikle hastaların uzun süreli tedavi ve bakımlarının yapıldığı servislerdir. Akut servislerde “kapalı “ ve “açık” bölümler bulunur. Psikotik bozukluğu olan bir hastanın yatış gerekliliği varsa hasta genellikle kısa bir süre “kapalı” bir serviste tedavi edilir. Hastane geniş bir alana kurulmuştur. Yaklaşık 100.000 dönümlük bir arazinin üzerinde kurulu olan Bakırköy 2-3 katlı binalardan oluşmaktadır. Türkiye’de hastane mimarisi genel yüksek katlı, betonlar içinde, karmaşık, şehrin içinde, yeşillik alanı az olan, kasvetli yerler olarak deneyimlenir.



Resim 4.2. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi B Girişi (Fotoğraf:Ali Eren Demir)
Temel olarak şehir merkezinde yer alan Bakırköy’ün mikro bir iklimi bulunmaktadır. Dışarıdaki şehir mekânından uzak bir görüntü ile ağaçlık ve yeşillikler ile dolu olan bu alan bugün Türkiye’deki kışla alanlarını hatırlatmaktadır. Günümüzde hâlâ kışla alanları yeşillik ve ağaçların bol olduğu alanlardır.



“Doğası çok güzel. Yani çevre ilçelerde oksijen sağlayan bir mekân olarak düşünebiliriz. Bir de hastalar açısından güvenli bir alan. Yani artık böyle oturmuş köklü bir yer” (Sağlık Memuru, 2007-Çalışan).

Bahçe olarak oldukça iyi bir durumda olan Bakırköy’ün içi, klinik ve servis olarak toplumsal zihinlerde yer edinen hastane mekânına benzemektedir. Bu bağlamda bu mekânların incelenmesi, zihinde üretilen görünümünün gündelik hayat içinde tekrarlanan ve artık belirli ölçüde bir genel bir kesim tarafından kabul edilen gerçekliğe dönüşmesinden dolayı oldukça önemlidir (Horwitz, 2007). Rutinleşmiş ve genel bir grup tarafından kabul edilen Bakırköy’ün mekânsal gerçekliği genel anlamda hastanede çalışanlar için olumlu bir izlenim yaratmaktadır. Dışarıdan biri için “korkunç” olarak görülebilen demir parmaklıklar, çelik kapılar kurumda çalışanlar için artık gündelik hayatın rutin bir gerçekliği haline dönüşmüştür.

“Demir parmaklıklar vardı pencerelerde. Kapı çelik bir kapı idi. Yani birisi içeri girmek istediğinde kapıyı çalıyordu. Bir görevli gidiyordu kilidi açıyordu. Kapı açılıyordu, gelen kişi içeri giriyordu. Tekrar kapı kapatılıyordu” (Psikiyatr, 1987-2010, Emekli).

Çalışmaya katılan sağlık personellerinin mekâna ilişkin izlenimlerinin olumlu olduğu belirlenmiştir. Görüşmecilerin tamamı Bakırköy’deki hastane mimarisi ile huzur bulunduğunu söylemektedir.

“Bakırköy benim için bir okul bir huzur bulma alanıydı. Bakırköy’ün bahçesi içinde kaplumbağalar, tavşanlar vardır. Kedi ve köpekleri saymıyorum bile” (Tıbbi Sekreter, 2010-Çalışıyor).

“Bakırköy denilince akla hani hastane mekânı gelmezdi. Oldukça farklıydı. Doğası, yeşilliği... Eski Bakırköy denen yer hele daha güzeldi. Sonraki bloklar 1980 sonrası eklendi” (Psikiyatr, 1987-2010, Emekli).

Mekân ve birey etkileşimi bir sağlık mekânında oldukça önemlidir. Ruh sağlığı mekânlarının bu anlamda önemi oldukça büyüktür. Önemli bir tarihsel arka plana sahip olan akıl hastaneleri disipliner bir mekân olarak tanımlanabilir. Disipliner mekân bireyi “ıslah” etmek amacı ile belirli kurallar aracılığıyla birçok insanın bir arada tutulduğu mekândır.

“Ben buradan kolay kolay çıkmak istemem. Gerçi Bakırköy’e atanan herkes böyle hissediyor. Kuş sesleri, ağaçlarla kaplı yollar oldukça rahatlatıcı. Daha öncesinde çok katlı bildiğimiz hastanelerde çalıştım ama bura tarihi bir yer, eski, az katlı. Çok farklı çok güzel bir yer bu hastane” (Sosyal Hizmet Uzmanı, 2015-Çalışıyor).

Tezde daha önce bahsedildiği gibi Foucault, Goffman ve birçok düşünür mekânın birey üzerindeki etkilerini tartışır. Bakırköy bu anlamda ruh sağlığı mekânında çalışan sağlık personeller için kısmi yetersiz bir mekân olsa da temel anlamda yeşillikler içinde temiz, huzur verici bir alan olarak tanımlanmıştır.

“Psikiyatri geçmiş dönemlerde kent merkezlerinin dışına yerleştirildiği, hastaların toplumdan dışlandıkları düşünülünce. Bakırköy konum olarak kent merkezinde olması toplumun ruhsal hastalıkları kabul ediyor imajı açısından olumlu bir durum. Yine teropatik ortam açısından ağaçların doğanın içerisinde konumlanması da ruhsal hastalıkların sağaltımı açısından faydalı. Ancak binalar ve bina içi eşyalar oldukça eski. Mekânsal yetersizlikleri sebebiyle hastalar içinde rehabilitasyon etkinlikleri yapmamaktadır” (Hemşire, 2010- Çalışıyor).



Resim 4.4. Eski Bahçe Etrafındaki Yüksek Duvarlar, Tel Örgüleri ve Dikenli Teller (Fotoğraf: Ali Eren Demir)

İçindeki hayvan ve bitki örtüsü, Bakırköy gibi büyük bir ilçede, betonlar arasında bir vaha olarak tasvir edilebilir. Bu durum hastalar için olumlu bir hava yaratmaktadır. Kronik hastaların özellikle burayı “evi” gibi görmesinde bu mekânsal özelliğin rolü oldukça önemlidir. Bir askeri kışladan çevrilerek yapılan Bakırköy her ne kadar disipliner, total ve kapalı bir mekân olsa da yaşayan bir özne olarak aslında önemli bir “canlılık” içermektedir.

“Yani bir kışladan çevirme bir yer olduğu için Bakırköy’ün bir askeri mimarisi vardır. Mesela Türkiye’de kışlalar hâlen günümüzde ağaçlık alanlar içerisinde. Bazı servislerin adı hâlâ kışla iken kullanılan isimlerini kullanır. Kimi servislerde dinlenme yerlerinin tabelası “Pavyon” olarak geçer tabela olarak kimi servislerde dinlenme yerleri” (Sağlık Memuru, 2008-2015).



Resim 4.5. Eski Bakırköy İç (Eski) Bahçe (Fotoğraf : Ali Eren Demir)

Mekânın öznelere, akıl hastanelerinin kapalı bir kamp, eski bir hapishane gibi özellikler içerdiğini öne süren klasik düşüncelerin aksini düşünmektedir. Bu çalışmada literatürde belirtildiği gibi soğuk, kötü ve acımasız bir akıl hastanesi ile karşılaşılması. Bunun nedeni mekânda çalışanların ve geçmiş yıllarda çalışmış olanlar mekânın disiplinler yönünü fark edememeleri olabilir. Örneğin yıllarca yoğun bakımlarda çalışmış bir sağlık personeli için yoğun bakım mekânı artık korkutucu ve ölüm hikayeleri ile dolu bir yer olmaktan çıkar. Hastanedeki bireylerin deneyimleri üzerinden mekân üzerine bir fikir edinilebilir. Ancak bu ufak ve kusurlu bir anlamda gerçekliğin bir yansımasıdır.

“Bakırköy’ü bir misafirhane olarak tanımlayabilirim. Tam olarak bir misafirhane çünkü biz hastalara tedavi veren bakımı üstlenen değil biz onların annesi, babası, ablası idik. Onların bize olan yaklaşımları oldukça iyiydi” (Psikiyatr, 1987-2010, Emekli).

Bu noktada Bakırköy için “misafirhane” ifadesi yorumlanabilir. İngilizce “hospital” kelimesi “hospice” kökünden gelmektedir. Tanım olarak, “misafir”, “yabancı” açıklanabilir. Yine hastane kelimesinin kökeni olarak “hospitality” kelimesi “misafirperverlik” anlamına gelir. Eski Bakırköy olarak bilinen iç bahçe, yeşillikler ile doludur ancak kışla tipinde, dış, iç

duvarları ve kendi avluları olan mekânlar bulunur. Bu mekânlardan bir tanesi artık tedavi amaçlı kullanılmamakta ve “hapishane film ve dizilerine” set olarak da kiralanmaktadır. Görünüş itibari ile bir hapishaneyi andıran bu mekânlar aslında birer servistir.



Resim 4.6. Şu An Hasta Yatışı Yapılmayan 22 No’lu Orijinal Kışla Yapısı (Fotoğraf : Ali Eren Demir)

Fotoğraf 4.6’deki yapı, 22 no’lu orijinal kışla yapısıdır. Şu an hasta yatışı yapılmamaktadır. Bu eski servis, dizi ve filmlere set olarak kullanılmaktadır. Yan taraftaki adli kısımda ise hastalar bulunmaktadır. Film ve diziler toplumsal gerçekliğin birer yansımasıdır. Bakırköy’de geçmişte hasta bakılan mekânlar içerisinde bugün filmler hapishane sahneleri çekilmektedir (Şekil 9). Ambiyans ve mekânın bireye hissettirdikleri mekânın temel özelliklerini belirler. Bakırköy’de bulunan servisler temel olarak bir hapishane mekânından farksızdır. Duvarlar, tel örgüleri, duvarları aydınlatan büyük ışıldaklar, lambalar ve denetleme kuleleri ruh sağlığı mekânlarının temel olarak bir kamp, hapishane ve total kurum ile ilişkilendirildiğini yansıtmaktadır.



Resim 4.7. Eski Bir Servis Kapısı (Fotoğraf : Ali Eren Demir)

4.2. Hastanın Ruh Sağlığı Mekânına Kabul Edilişi

Bakırköy mekânına ilişkin ilk olarak iyi bir biçimde ağaçlandırılmış ve bir kışladan dönüştürülmüş, bakımı iyi yapılmış bir bahçeden içeri girilir. Bakırköy’ün gürültülü trafiği ve insan kalabalığı birden kendini bir sakinliğe bırakır. Bakırköy içerisinde büyük bir hayvan ve bitki örtüsü habitatı mevcuttur. Hastane aciline zorla getirilen ya da kendi isteği ile gelen hasta birden kendini huzur içinde bulabilir. Kapıdan içeri bir güvenlik kontrolü ile girilmektedir. Günümüzde önemli bir sorun olan COVID-19 pandemisi nedeniyle de hastaneden içeri girişler daha sıkı kontrol edilmektedir. Güvenlik personelleri tarafından yapılan bu işlem aslında disipliner bir mekânın içerisine girildiğini bireye hatırlatır. Ruh sağlığı mekânları her somut ortam gibi aynı zamanda bireyin zihninde üretilen mekânlardır. Denetlenebilir, güvenli bahçe ve bina tasarımı gibi ruh sağlığı mekânlarının yapısal özellikleri, bu mekânları deneyimleyen bireyin algısında üretilir. Mekânsal gerçeklik, sosyal olarak inşa edilen bir süreçtir (Parton, 2008).

Bir ruh sağlığı mekânı; Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinin mimari özelliklerini incelediğimizde hastanenin her bir bölümünün pasif bir mekândan öte dinamik bir öge olarak değerlendirilmesi gerekliliği ortaya çıkar. Giddens, Bourdieu ve Certeau'nun mekân, alan, zaman ve uzam arasında kurduğu ilişkiler, mekânın etkileşimin ögesi olan dinamik bir öge olduğunun göstergesidir. Bakırköy'e gelen bir hastanın yakını yoksa, iki doktorun imzasıyla yatış gerçekleşebilir. Hastanın, eğer gerçeği değerlendirme yetisinin kaybolduğuna, azaldığına ya da gerçeklikle ilişkisinin kopmuş olduğuna karar verilirse, yani hasta psikotik bir durum içerisinde ise genellikle hastanın karar vermesi engellenmekte ve onun yerine karar verilmektedir. Dolayısıyla beden üstünde söz sahibi olan doktorlar beden ve zihnin yeterli olmadığına dair bir tanı ile bireyin karar verme yetisini elinden alabilmektedir. Yatışı yapılacak olan hastaya konulan teşhis onun kendi hakkında karar veremeyeceğini bu nedenle doktorun hasta adına karar vermesi durumunu



Resim 4.8. Psikiyatri Acil Girişi (Fotoğraf : Ali Eren Demir)

oluşturmaktadır.

Türkiye'nin 2009 yılında imzaladığı Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi istemsiz yatış ve istemsiz tedavinin ortadan kalkması gerektiğini söylemektedir. İstemsiz yatış bir kez gerçekleştiğinde, birey rızası dışında gelişebilecek, hakkında bilgi sahibi olmadığı her türlü tedaviyi de kabul etmiş sayılmaktadır.

“Bizler hastayı ilk kapıdan içeri aldığımızda yakınları geliyor. Onlardan bilgilerini alıyoruz. Yanında epikriz raporu var mı? Nerden, niçin yatıyor onları dolduruyoruz. Doktorlar zaten tedavi süreci hakkında genel bilgileri veriyorlar. Yanında yüklü miktarda para varsa bunu imza ile alıyoruz hasta yakınına ya da hastanenin bu işle uğraşan bölümüne veriyoruz. Yanında hiçbir kişisel eşyası kalmıyor yani hemen hemen. Giysilerini getirebiliyor. Kendine zarar verebilir” (Tıbbi Sekreter, 2010-Çalışan).

Ruh sağlığı mekânlarında hastanın mekâna kabul edilişi çeşitli süreçlerden geçer. Hastalar genel olarak servise gönüllü yatmadığı hatta yatmamak için çeşitli “direnişlere” başvurduğu gözlemlenmiştir.

“Hastalarda genelde serviste isteksiz bir biçimde yatar. Hani hasta isteyerek kolay kolay yatmaya gelen yoktur. Yani yatmayı reddeder psikiyatri hastası. Belki de yatan içten içe yatmak istemiyordur, kabul ediyor yatmayı ama. Güvenlikler getirdi hastayı, kapıdan ama yani kapıdan içeri koyduktan sonra kapıda güvenliklerinde ne kadar zor durumda terledikleri filan belirli oluyor. Hasta servise girdi, gayet de servise uyumlu, ayakta. Servise uyumlu yürüyen ayakta olan bir hasta. Bu ben yürüyemiyorum deyip yatmak istemediği için ya bunlarda bir şekilde koluna gire gire getirmişler” (Sağlık Memuru, 2007-Çalışan).

Yapılan görüşmelerde Bakırköy’de hâlâ çalışmakta olan bir sağlık memurunun aktardığı anıdan hastaların mekâna ilişkin ön yargılarının olduğunu anlaşılabılır. Ancak hastanın mekâna girdikten sonra başka çaresinin olmadığını anlaması hastayı mekâna uyum göstermek zorunda bırakmaktadır. Ruh sağlığı mekânlarının gerçekliği bu süreçlerden geçerek oluşmaktadır. Hasta, ziyaretçi veya sağlık profesyonellerinin bu mekân ile etkileşimi sonucunda bir gerçeklik üretilir. Bu nesnel gerçeklik aynı zamanda bireylerin cisimleşmiş bir sembolik evren inşasıdır. Bu inşa süreci sorunsuz bir süreç değildir. Mekân içerisinde anlam, alt evrenlerini oluşturan bir çatışma ve rekabetin bir bütünüdür (Reay, 2010). Bireyler açısından farklı deneyimlenen pratiklere bağlı olarak çoklu gerçeklikler, gündelik gerçekliğin tüm bireysel gerçeklerin ötesinde kendini ana gerçeklik olarak sunan gerçekliktir. Ruh sağlığı mekânlarında gündelik etkileşimler farklı bireyler tarafından farklı biçimlerde deneyimlenir.

“Bir ara gece nöbetinde polis evsiz, sarhoş birini bulmuş getirmişti acile. Yatış durumu olmayan bir hastaydı. Ama gece gece sokağa da atamazdık. Mecburen o gece bizde kaldı. Yani tıbbi bir durum değil ancak insani olarak yaptığımız bir şeydi” (Psikiyatr, 1987-2010-Emekli).

Hastaneye yatan hastaların ilk günleri kabul, alışma ve mekânı meşrulaştırma gibi dönemlerden geçer. Hasta ilk günler mekâna karşı bir direniş gösterebilir. Örneğin “kısıtlama”, bir hastanın vücut hareketlerini sınırlamayı ve teropatik ortamlarda davranışlarını kontrol etmeyi amaçlayan müdahaleler olarak tanımlanabilir. Günümüzde kısıtlama uygulamalarının en aza indirilmesi hedeflenir. Uzun ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan Tespit Uygulamalarını Etkileyen Değişkenler: Bir Ruh Sağlığı Hastanesi Örneği adlı çalışmada Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin iki psikiyatri kliniğinde kısıtlamaların en çok hastaneye yatışın ilk gününde (%48) meydana geldiği belirtilmiştir.

“300 metrekairelik kapalı bir servis düşünün. Hepimiz oranın içindeyiz. Bir de bu sigara içme yasağından önce orada hastalar çok sigara içerdi. Servis ağır kokardı. Hastaların durumları bazen kötü olurdu. Yatağa tespitlerdik. Tespit ettiğimiz hasta tuvaletini yatağa yapabiliyordu bazen istemsiz. Yani ağır kokardı servis. Zaten kapalı girişi çelik bir kapılı bir yerdirdi” (Psikiyatr, 1987-2010, Emekli).

Bu deneyimler birden fazla gerçekliği üretir. Gündelik gerçeklik ise sosyal bir rutin olarak yıllardır mekân içinde tekrarlanan rutinlerin oluşturduğu ve her gün kendini yeniden yeni bir biçimde oluşturan gerçekliktir. Bireyin oluşturduğu gündelik yaşam gerçeklikleri birey tarafından herhangi bir sekteye uğramadığı sürece kendini devam ettirir ve yeniden üretir ve rutinleşir.

“Zaten hastalar 30-40 yıldır bizim orada kalan hastalar var. Onlar zaten çoğu ailesi ile bağı kopmuş, artık mekân olarak kalma yeri olarak bizim hastaneyi kaldıkları servisi benimsemişler” (Sağlık Memuru, 2007-Çalışan).

Gündelik hayatta sosyal etkileşimler ruh sağlığı mekânları içerisindeki gerçekliğin oluşmasında en önemli yapı taşıdır. Ruh sağlığı mekânları içerisindeki gerçeklik öteki ile paylaşılarak deneyimlenen bir gerçekliktir. Bu bağlamda dil, etkileşimler sırasında bireyin tecrübelerinin ve deneyimlerinin hem bireyi hem de ötekini tanımlayarak tipleştirilmesini sağlayan bir araçtır (Hirsch ve Boal, 2000). Ruh sağlığı mekânları içerisinde karşılıklı etkileşimler ile mekâna dair bir bilgi ve gerçeklik oluşturulur. Bu gerçeklik hem zaman hem de mekân deneyimi üzerinden üretilir. Bireysel olan bu mekânsal deneyim aynı zamanda sosyal olarak belirlenimlere ve etkilere açık bir çeşitlilikte deneyimlenir. Ruh sağlığı mekânlarında uzun süreli yatan hastalar mekânın bir parçası haline gelirler. Tımarhanelere dair yapılmış kavramsal setlerde bu hastaların her konuya karşı ilgi ve inisiyatiflerini yitirmiş,

güçsüz, her şeye boyun eğen kişilik özelliklerini almış oldukları tanımlanır (Goffman, 2016). Bu tanımlama Bakırköy özelinde kapıların kitlenmesi olarak tanımlanabilir.

“Bakırköy içerisinde adli servislerde kapılar avluya çıkma saatleri filan daha sıkı. Normal servislerde ise kapılar kimi zaman kitleniyor. Ama şeyden yani odalara gidip kendilerini yastığa kapatmasınlar, kendileri ile baş başa kalsınlar diye. Sosyalleşme amacıyla yapılıyor”(Tıbbi Sekreter, 2007-Çalışan).

Servislerde odalarının kapatılması sadece personelin dışarıdan kitleme yetkisiyle mümkündür. Odaların kilitlenmesinin, açık ve gizil olmak üzere iki işlevi bulunur. Açık işlev olarak hastaların bahçede meşgul olmalarını teşvik etmek amaçlanırken, gizil işlev olarak mekânsal bir otoritenin ve mekân kurallarının benimsetilmesi amaçlanır. Odaların kitlenmesi bunun dışındaki istisna hallerinde de olabilir. Örneğin, kargaşa, kavga, yangın vb. durumlarda güvenlik amaçlı kitlenebilmektedir. Odalarda kişinin bireysel eşyaları yine hastanın söz sahibi olduğu bir alan değildir. Hastanın girerken tüm bireysel eşyaları alınır. Bu durum kimi zaman rasyonel ancak kimi zaman konforu düşüren bir olgu olarak görülebilir. Ağır derecede bir hasta ile bazen hastalık bağlamında düşük semptomlar gösteren hastalar aynı yerde olabilmektedir. Ruh sağlığının düşük bir seviyede bozukluğu ile servise yatırılan hastanın bireysel tüm eşyalarının alınması ona kendini kötü hissettirebilir. Bunun nedeninin diğer hastaların iyiliği için olduğu açıklaması ile hasta telkin edilir.

“Yok içeri almıyoruz. Yani benim kastettiğim konfor olayı biraz oraya denk geliyor. Normalde bu psikiyatri tanılarda hastaların özellikleri ne göre servisler oluşturulabilir. Yani hastanın farkındalar var. Müzik dinlemek istiyor ya da bir kulaklık ya da bir telefon getirmek istiyor. Yani birisi teyp getirebilmeli yani hani bu hasta için konfordur. Ama şimdi bizim ülkemizde şöyle bir tane servis var o servise herkes her kümeden hasta yatabiliyor. Yani mesela paranoyak şizofreni ise hasta başka bipolarsa senin bilgisayarını ters anlayabilir. Yani senin telefonunu yani senin telefonuna ajan olarak anlayabilir. Ya da kulaklık olarak bazen onlar hastane için hasta için silahlı haline gelebiliyor”(Sağlık Memuru, 2007-Çalışan).

Bakırköy bir ruh sağlığı mekânı ancak gelen her hasta gündelik hayatın içinden gelen hastalar değildir. Kimisi birer hükümlüdür. Aslında biraz daha detaylı bakıldığında suçun veya suçlu olmanın gündelik hayata dair bir şey olmadığı çıkabilir ancak bu konu daha kapsamlı tartışılacak bir konudur. Hükümlü olan hastalar hastanenin tutuklu servisine yönlendirilirler. Bir suçlu olarak zaten etiketlenmiş bireyin aynı zamanda bir ruh sağlığı mekânına kapatılması onu ruhsal anlamda oldukça etkiler. Burada bulunan hükümlü ya da “suçlu” hastalar için kabul ediliş ritüelleri oldukça farklıdır. Hapishane, akıl hastanesi ve askeri olmak üzere üç farklı kurumsal ritüel uygulanır. Hastanın kabul edilişi ve kurumda bulunduğu süreçte geçirdiği süreç diğer hastalardan ayrı ve daha yüksek düzeyde korunaklıdır. Adli psikiyatri suç işleyen psikiyatri hastaları ya da suç işlediği düşünülen

kişinin eylem esansında akıl sağlığının yerinde olup olmadığını tayin etmeye yönelik muayene ve takibi içerir.

“Orası da üçlü bir alan yani sadece sağlık emekçisi yok yok sağlık çalışanı var, infaz koruma memuru var bir de asker var orada. O resmi olarak üçlü protokol uygulanıyor orada yani askeriye, adalet bakanlığı ve biz yani öyle bir üçlü protokol var orada” (Sağlık Memuru, 2009-Çalışan).

Temel olarak hastaların hastaneye yatırılması 24 saat açık olan bir psikiyatri servisinde gerçekleşmektedir. Bakırköy bu anlamda normal poliklinik yatışları dışında 24 saat boyunca acilden yatış yapılabilen bir ruh sağlığı mekânıdır. Burada hastalar yakınları tarafından getirilmekte ve hastaneye yatış esnasında oldukça sıkıntılı durumlar yaşanabilmektedir.

“Bir gün hastayı acilden yatırdık. Odada tespitledik. Ailesi getirip bırakmıştı. Bir baktık odadan dumanlar geliyor. Hasta kabulü sırasında üstündeki her şeyi alıyoruz ama bir çakmak gözden kaçmış. Onla yatağını tutuşturmuş. Daha sonrasında odadaki birinin ona yatağı yakması gerektiğini söylediğini söylüyor ama odada kimse yok. Biz yanan yatakta onun tespitlerini çözmeye çalıştık. Bir yandan yangın tüpü ile söndürme bir yandan acili boşalttık derken tuhaf bir gündü” (Sağlık Memuru, 2008-2015).

Hastalara yönelik her durumda farklı bir yöntem geliştirmek zorunda kalan sağlık personelleri kimi zaman oldukça zor durumda kalmaktadır. Hastalar, hastane mekânına kabulü farklı biçimlerde karşılayabilmektedir. Ruh sağlığı mekânları içerisinde kurumsallaşma süreci, rutinler haline getirme, alışkanlıklar edinme, yeni gelenlere aktarma ve şekilleştirme gibi temel aşamalardan geçer. Ruh sağlığı mekânlarının kurumsallaşması, mekânın açıklanabilme ve doğrulanabilme yollarını mecbur kılar. Ruh sağlığı mekânının bireyler tarafından meşrulaştırılması ise genelde yeni gelenlere aktarma sırasında ortaya çıkar. Meşrulaştırma genel anlamda ruh sağlığı mekânı içindeki pratiklerin nesnel anlamda ulaşılabilir, öznel anlamda makul hale gelmesidir. Mekân içerisinde öğrenilen pratiklerin çoğunu bireye öteki tarafından onaylanmak için gerçekleştirir. Ötekinin öğrenilmiş bilgiyi onaylaması o bilgiyi meşru hale getirir. Yeni gelen hastalar mekânın kurumsal rutinini nesnelleşmeler olarak aktarır. Mekânsal meşruluk, hastane alışkanlıklarının makulleştirilmesi, açıklama ve haklılaştırma sürecinde üretilir. Bireysel deneyimlere ait dilsel anlatımların etkileşimi meşrulaştırmanın ilk adımıdır. İkinci adım, atasözleri, ahlaki ilkeler ve bilgece sözlerin kullanıldığı, hastaneye toplumsal bir meşrutiyet kazandırılmak istenen aşamadır.

“Yani öyle katı ayrımlar yok hasta, ile hekim arasında. Mesela Adil Bey vardı. Tanıyor musunuz bilmiyorum. Çok sıcaktı. Bahçede hastaların içinde gezer onları durumunu sorar her şeyi ile ilgilenirdi. Adil Babası’ydi. Yani hastaların Kronik servisteki hastalar Adil Bey’e “Adil Baba” derlerdi. Adil Bey hepsinin ismini filan bilirdi” (Psikiyatr, 1987-2010, Emekli).

Hastalar arasında anlatılan ya da personelin kendi yaptıklarını temellendirmesi meşrulaştırmasını sağlayan söylentiler bu aşamada önemlidir. Yalnız burada salt olarak hasta çerçevesinden bakmaktan öte personel açısından bakmak da gerekir. Çünkü her mekânsal katılımda bireyin o mekânın rutinlerini kabul etmesi zaman alabilir. Orduya katılan bir askerin insan öldürme noktasında çekinceleri olabilir. Bu durumda karşı tarafın düşmanlığı ve caniliği noktasında anlatılan hikayeler bireyin orduyu meşrulaştırması için yeterli olabilir. Hastanedeki çalışanların kimi zaman farklı tedavi yöntemlerini sorgulaması buna örnek gösterilebilir.

“Kronik serviste yatan hastalar 30-40 yıl orada kalırlardı. Ailesi ve akrabaları ile ilişkileri çoktan kopmuş olurdu. Onlar için artık orası bir evdi” (Sağlık Memuru, 2007-Çalışıyor).

Ruh sağlığı mekânları içerisinde uyum en başta birey için oldukça zor süreçtir. Mekânın kurumsal kuralları dış dünyadan tamamen soyutlanmıştır. Kurum içinde bireyin dışarıdaki alışkanlıklarını bırakması, düzelmesi ve bakımının sağlanması temel bir ölçüdür. Fiziksel kısıtlama gibi zorlayıcı uygulamalar, zihinsel sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından sergilenen şiddet içeren, saldırgan davranışlara yanıt vermek için küresel olarak kullanılmaktadır.

4.3. Hastaların Mekâna Karşı Taktik ve Stratejileri

Kendini gözleyen varlıkların üretimi, disiplin ve gözetim mekanizmalarının çalıştırılması ile üretilir. Foucault disiplinin ne bir kurumla ne de aygıtla özdeşleştirilebileceğini belirtir ve disiplinin belirli bir iktidar biçimi olduğunu söyler. Stratejiler ve taktikler, kurumsal disiplin teknolojilerinin çatlakları arasında büyüyen bireysel pratiklerden bahseder. Ruh sağlığı mekânları gibi total ve heterotopya kurumlarında gündelik hayat içinde üretilen strateji ve taktikler vardır. Gündelik hayatın anlaşılması için güçsüzün ya da akıl hastalarının iktidarın mekân içinde uyguladığı stratejilere karşı kullandığı taktik ve direnme biçimlerinin anlaşılması gerekmektedir. Stratejiler ve taktikler ruh sağlığı mekânları içindeki gündelik yaşamın ve tamamıyla pasif kabul edilen hastanın konumunun ve gündelik pratiklerinin anlaşılması için oldukça önemlidir.

“Hastalarla genel olarak aramızdaki ilişki iyi. Ancak bazen hastaların sorunlu oldukları zamanlara saldırgan olabiliyorlar. Diğer hastalara ve personellere zarar vermeye çalışabiliyorlar. Kendi yatakları topladıkları zaman çay ve benzeri şeyler ile ödüllendirdiğimiz oluyordu” (Personel, 2010-Çalışıyor).

Stratejiler, sosyal çevrenin geri kalanını nesneleştirmelerine olanak tanıyan mekânsal veya kurumsal bir konuma erişimleri nedeniyle bu şekilde tanımlanan “irade ve iktidar” öznelere için mevcuttur. Bir strateji uygun ve bu nedenle ondan farklı bir dış görünüşle ilişkiler oluşturmak için bir temel görevi görür. Böylece stratejiler, sosyal gerçekliğin şematik ve tabakalı bir düzenini çağırır ve gerçekleştirir.

“Personellerin geneli iyi ancak hastaların anlık psikolojik bozukluğunda şiddet eşyalara vurma gibi durumlarda personeller sert çıkabiliyor ve hastayla arasına mesafe koyuyor” (Personel, 2010-Çalışıyor).

Mesafe koyma bu anlamda oldukça önemli bir stratejidir. Diyalog ve mekânsal olarak konulan sınırlar hastaya karşı bir stratejidir. Sağlık personelinin hastalara karşı uyguladığı stratejilerinden biri mekânı korumadıklarını düşünmek kimi zaman kaçmalarına müsamaha göstermektir. Hasta rahatça kaçtığını düşünebilir ancak burada temel amaç kaçarken peşine birilerinin düştüğü heyecanı ile kendine zarar vermesi engellemektir. Bakırköy’de görüşmecilerin aktardığına göre daha önce kaçan hastalar yakalanmaya çalışıldığında heyecanla tellerden düşüp bacağını kolunu kıranlar olurmuş. Bu nedenle olası durumun engellenmesi için olabildiğince hasta telaşlandırılmamaya çalışılır.

Ruh sağlığı mekânı içinde hastanın gerçekleştirdiği birçok rutin, taktik içerir. Hastanın mekâna ve personele karşı oyun çevirme sanatı taktiktir. Bu rutin öznel stratejiler, birçok kez tekrarlanmış rutinleşmiş eskilere dayanan bir bilgiyi gerektirir. Bu taktikler ile mekân ve personel tarafından belirlenmiş gözüken akıl hastaları hastane içinde, hastanenin kurallarını, mikro pratikler ile kendi çıkarlarına çevirip taktik ve stratejiler üretir. Hastalar hastane düzeni içinde benliklerini taktikleri aracılığıyla koruyabilirler. Taktikler ise stratejilerden tamamen farklı olarak geliştirilen uygulamalardır. Taktik belirli kurumsal veya mekânsal sınırlarda ima edilmez. Taktiklerin teknikleri vardır ancak bu teknikler stratejileri yakalamak ya da yenmek gibi bir niyeti barındırmaz. Zamanın makul kullanımına bağlı olan taktikler, bir araya gelen ve hızla bozulan uygulamalardır. İktidar stratejilerine karşı geliştirilen direniş eylemleri kalıcı pozisyonlardan yoksundur. Koşullar gerektirdiğinde taktikler, stratejilere veya güç mekanizmalarına müdahale eden önemli uygulamalar olarak gelişir.

“Ağaçların içerisinde bir mekân olması özellikle İstanbul gibi bir metropolde oldukça rahatlatıcı. Diğer yandan binaların birbirinden ayrı ve uzak olması “hastane işlerini halletmek” bakımından hasta, hasta yakınları için güç bir durum olduğunu düşünüyorum” (Hemşire, 2010-Çalışıyor)

İktidar ile ilişkili olan strateji sınırları belirli olan bir mekâna ihtiyaç duyar. Ruh sağlığı mekânları içerisindeki durum ise tam olarak budur. Hastalar personeller ile iyi

geçinmek için çeşitli taktiklere başvurur. Sigara içme alanının yaratılması, günlük sigara limitinin arttırılması hastanın yapmış olduğu taktikler sonucunda kazanılmış bir “zafer”dir. Tersten bakıldığında ise hemşirenin veya doktorun hastayı disipline etmek için sigara “koz”unu kullanması ise bir strateji olarak tanımlanabilir.

“Zaman zaman bazı hastalarda koşul öne sürerek istediğim şeyi yapmasını sağladığımı söylemem gerek. İlacını içmezsen TV izlemene izin veremem gibi. Bu toplumsal yetiştirme alışkanlığımı oldukça benzer. Bu nedenle istediğini yaptırmak maalesef koşulla kolaylaşıyor. İş birliği yaparak anlaştığımız hastalarda oluyordu elbette. Eşyalarını toplamak istemeyen hastaya istersen birlikte toplayabiliriz diyerek iş birliği yapmasını sağlamak gerekiyor” (Hemşire, 2010-Çalışıyor).

Personeller ile sıkça iletişime geçip, “arayı yapmaya” çalışan hastalar kimi zaman alakasız ve tekrarlayıcı sorular ile bunu yapar. Saatin kaç olduğu, bugün yemek gelip gelmeyeceğini sorarak personel ile bir iletişim kurmaya çalışır. Bunun sonrasında istediği soruyu sormak için etkileşimin belirli bir karşılıklı samimiyet boyutuna ulaşmasını sağlar. Bu bir taktiktir, Certeau’nun deyimi ile “dolap çevirmedir”. Bu dolap çevirmeler ise belirli bir noktada kazanımlar ile sonuçlanabilir. Ancak ters teptiği ve cevap alınamadığı zamanlarda olabilir.

“Strateji olarak tanımladığım güç ilişkileri hesabı diyoruz ki bu da bir irade ve güç konusu (bir mülk sahibi, bir işletme, bir şehir, bilimsel bir kurum) bir “çevreden” izole edilebildiği zaman mümkün olur. Bir strateji, uygun olarak sınırlandırılabilen bir yeri varsayar ve böylece ondan farklı bir dış görünüşle (rakipler, düşmanlar, “müşteriler”, “hedefler” veya “araştırma nesneleri”) ilişkiler oluşturmak temel amacdır. Siyasal, ekonomik ve bilimsel rasyonellik bu stratejik model üzerine inşa edilmiştir” (De Certeau, 1984: 17).

Sonuç olarak, iktidarın ya da egemen kültürün maddi ve sembolik üretimleri karşısında kullanıcının ya da tüketicinin ürettiği ve uyguladığı ‘taktiklerin’ anlaşılması gündelik hayatın anlaşılması açısından oldukça önemlidir. Taktikler sayesinde hastane mekânı ve kültürü tarafından çevrilmiş bireyler egemen hastane kültürü ve kurallarını kendi çıkarlarına çevirirler.

“Mekânı kendisine otorite olarak görüyorlar yani. Adam mesela diyor dışarıda her türlü direngenliği itirazı yapıyor servise gelmemek için. Orada da yine güvenlik var yanında. O güvenlikte bir nevi otoriteyi simgeliyor kurumsal olarak ama hasta servise girince artık seçeneğinin kalmadığının farkında yani. Artık ona göre hareket etmeye başlıyor. Bu biraz içgörüsü olan hasta için geçerli ama böyle hepten şey olmuşsa işte hasta yani artık içgörüsü yoksa hasta artık tamamen hastalık etkisinde ise o çok onun için bir şey ifade etmiyor” (Sağlık Memuru, 2007-Çalışan).

Söylentilerin toplu eylemde bulunan hastaları nasıl harekete geçirdiğini incelendiğinde bilgilendirici olabilir ve hastaların görüşlerini paylaşabilecekleri kamusal açık konular

hakkında bilgi verirler. Çeşitli özel bilgilere sahip olduğunu düşünen bireyler iktidarın gücünü sessizce ve herkesin duyacağı bir düzeyde gizlice sorgulaması söylentinin temel gücünü oluşturur. Topluluk tarafından söylentinin doğruluğu söylentiden daha az konuşulur ve geniş bir yelpazede sessizce söylenip planlı bir saldırgan grup oluşturulabilir.

Günlük yaşamda hastane içinde pek çok alışkanlık, tutum ve rutin taktik içeren eylemlerdir. Hastanın hekime, hekimin hastaya uyguladığı birçok pratik temel anlamda bir oyun çevirme sanatıdır. Söylenti ise bunlardan biridir. Söylenti temel olarak iki veya daha fazla birey arasındaki sözel veya yazılı bir iletişim biçimidir. Ancak bu iletişim biçimi ile yayılan “hikayeler” çoğu zaman o alandaki egemenleri zora sokabilir. Buradaki egemen tanımı ise yönlendiren, işleyişin nasıl ilerleyeceğini belirleyen anlamında kullanılmıştır. Söylentiler kimi zaman “egemeni” rahatsız edebilir kimi zaman da güçlendirebilir. Taktiksel olarak üretilen hikayeler eski rutinlere ve hikayelere dayanan performanslardır. Söylentiler aynı zamanda iktidarın yararına da olabilir. Bir hekimin hastaların daha kötü koşullarda yaşamasını engellemek için bir fedakarlık yaptığı söylentisi eğer bu olayın doğruluğundan öte oldukça fazla yayılırsa bu söylenti o iktidarı güçlendirir ve bir saygı kazandırır. Söylentiler o kadar etkili olabilir ki, bir söylenti seferberlik gerçek bir hikayeye herkesin inandığından daha büyük bir etkiye sahip olabilir. Bununla birlikte, aşırı bir söylenti geri tepebilir ve seferberliği engelleyebilir. Söylenti, aynı zamanda, mekân içinde oluşturulabilecek bir statü farklılığını gidermek için kullanılabilir. Hastaların kendi aralarında söylenti olarak yaydığı “fırar” hikayeleri daha sonraları için birer ilham kaynağına dönüşür. Örneğin hastane kıyafeti ile kaçan birkaç hastanın kolayca bulunup hastaneye geri getirilmesi hastalar arasında yeni “planlar” oluşturma gerekliliğini yaratmıştır.

“Bir gün hastanın biri kaçtı yani tel örgüye tırmandı. Tel örgü beş ile on metre arası yükseklikte bir tel örgü var yani. Bir gün hastanın birisi kaçtı işte tel örgüden tırmandı diğer tarafından indi. İner inmez de soyunmaya başladı, kaçıyor. Yakalanmadı hasta neyse ailesine bildirdik. Ailesi sonra bize geri dönüş yaptı. Eve gelmiş biz de dedik alın getirin tekrar yatış yapın. Getirdiler bunlar yatış yaptık. İstemsiz olarak hastaya şeyi sordum “Tamam kaçtıyorsun da niye inerken soyundun gittin?”, diyor “Soyunmayanımda eşgalimi mi bildiresiniz?” tabi biliyor daha önce kaçan hastaların üstelerinde ne vardı? İşte atıyorum mavi eşofman. Dedim ki soyunarak gittiğin zaman daha mı var böyle ona bayağı gülmüştük” (Sağlık Memuru, 2007-Çalışıyor).

Bakırköy literatürdeki Foucaultçu disipliner kurumdan öte, Goffmancı bir total kurum olarak görülebilir. Geçmişte kapalı, zindana benzeyen bir yerden öte lisans, yüksek lisans ve tıpta uzmanlık bitirmiş sağlık profesyonellerinin denetlediği hastaların bir birey olarak görüldüğü ruh sağlığı mekânı ile karşılaşmaktadır. Bakırköy içinde disipliner bir mekânsal baskıdan öte bütün gün ilaçlarını içen bir hastaya verilen bir bahçe sözü ile üretilen bir

tahakküm zinciri bulunmaktadır. Bu durum aslında bize artık hasta-hemşire-doktor arasındaki tahakküm ilişkilerinin bittiği değil farklı bir biçim aldığını göstermektedir.

1960 akıl hastaneleri ve bu mekânlar üzerine yazılan literatürler önemli bir perspektif sunmaktadır. Goffman gündelik hayata odaklanmış mekânsal zulalar, taktikler, pazarlıklar üzerine eğilmiştir. Ancak bu perspektifler günümüzde güncel bir mekân ve ruh sağlığı sosyolojisi ile geliştirilmeli ve yeniden rayına oturtulmalıdır. Bakırköy kimi hastalar için “eve” dönüşmüş bir mekândır. Bakırköy’e gelen hastadan öte gelen personel de büyük bir önyargı ile gelmektedir. Daha önce zindanlarla dolu bir yer olduğu düşünülen akıl hastanesi onlar için birer okul veya eve dönüşmesi oldukça önemlidir.

4.4. Ruh Sağlığı Mekânı İçinde Boş Zaman

Boş zaman sosyolojisi literatürde oldukça yeni bir alandır. Boş zaman gündelik yaşamda olumlu ve olumsuz anlamlar taşır. “Boş işler” denilen pratikler genellikle olumsuz veya para getirmeyen tanımlamalarında kullanılır. Boş zamanı çok olan bireyler aylak olarak sınıflandırılabilir. Boş zaman genellikle kapitalizmin işçinin tüm gününü çalışması ve kendine ayıracağı vaktin neredeyse yok edilmesi ile sosyal bilimlerde gündeme gelmiştir. Kapitalist üretim ilişkilerinden önce iktidarın gündelik yaşam üzerinde tam olarak bir anlamı yoktur. Vergisini veren köylü geri kalan vaktinde köyde ne yaptığı iktidarın tahakküm uygulamadığı alanlardan biridir.

Boş zaman bunun ötesinde bireyin iyi olma hâliyle veya ruh sağlığıyla ilişkilendirilir. Ruh sağlığı ve bireyin kendini iyi hissetmesinde boş zaman arasında önemli bir ilişki olduğunu gösteren Pi, Lin, Chen ve Chiu (2014) çalışması önemli bir örnektir. Ruh sağlığı mekânlarındaki hastaların ise gündelik yaşamları rutinler üzerinde üretir. Toplumsal yaşamda birey, belirli kalıpların oluşturduğu güvenli yolları, pratikleri tercih eder. Alışkanlıklar belirsiz müphem bir dünyada bireye belirlilik sunar.

“Günde 52 hasta bakıyoruz. Asistan poliklinikleri denilen polikliniklerde daha az hasta bakılıyor ama 52 hasta bakılan polikliniklerde de asistanlar çalışıyor. Yataklı servislerde bu sayı değişiyor. 7-8 ile 50 arasında asistan hekim sayısına göre takip etmesi gereken hasta sayısı değişiyor. Bazen 2 aylık asistan hekimlerin bile poliklinikte 40-50 hasta baktığı oluyor. Bu hastalar açısından da oldukça yanlış, doğru hizmet alamıyorlar. Doktora daha kolay ulaşabiliyorlar ama aldıkları hizmet nitelikli bir sağlık hizmeti değil. Normalde psikiyatri muayenesinin 40-50 dakika sürmesi gerekiyor ama biz 8 dakikada hasta bakıyoruz” (Özel, 2014).

Bakırköy’de çalışan ve bir gazetede kendilerini açıklama fırsatı bulan asistanların belirttikleri bu kısa süreli muayeneler gerçekliği ortaya çıkarmaktadır. Hasta ruh sağlığı mekânı içerisinde ya tedavi için doktorla görüşür ya hemşireler ile etkinlikler veya ilaç saati için etkileşime girer. Bunun dışındaki tüm vakit bu kapalı mekânlarda diğer hastalarla bir tutsaklık yaşamını andıran bir biçime dönüşür. “*If İstanbul 2015-Depo: Akıl Hastanesinde Hayat/Depo: Life in Mental Hospitals*” belgeselinde bir hastanın: “Sanki bana ceza vermişler ceza günümün bitmesini bekliyorum” demesi bu durumu açıklar niteliktedir.

“Sabah çok erken saatte kaldırılıyorlar. Kahvaltı yapılıyor, ondan sonra ilaçlar dağıtılıyor. Sonra öğle yemeğini bekliyorlar. Üç saatte bir sigara verilen servisler de var, sigaranın hiç dağıtılmadığı servisler de. Ve aslında bütün günleri çay ve sigara içerek, televizyona bakarak geçiyor. Böyle bir rutin var. Bunlar dışında bir aktiviteden bahsetmek zor. Ziyaret saatleri de hastaneye göre değişiyor. Yakınları olanlar için haftada bir ya da iki defa ziyaret gerçekleştiriyor ve bir saat kadar sürüyor” (Kanar ve Dinlenmiş, 2014).

Bu durum hastalara gereğinden daha fazla boş zaman üretmektedir. Bakırköy içerisinde şikayet edilen en büyük sıkıntılı durum hasta sayısının bakılabilecek olandan fazla olmasıdır. Bu durum hastalara özgü değil daha çok yaşanabilecek sorunların engellenmesi için stabil herkesin aynı şeyi yapması gerektiği ya da kimseye dokunulmayan herkesin belirli bir gözetim altında kendi haline bırakılması durumunu oluşturmaktadır. Kahvaltı yapılması, televizyon izlenmesi gibi belirli alışkanlıkların rutinleşmesi bireyi cansızlaştırır. Salt ilaç içerikli bir ruh sağlığı tedavisi oldukça eksiktir. Hekimlerin bir hastaya 8 dakika ayırması o hastanın kim olduğunu ne olduğunu anlaması için yeterli bir vakit değildir. Bu durum hastanın bir mekân içinde yapacağı şeyleri rutinleştirip ilaçlarını almasından öte başka bir sonuç doğurmaz. Hastaların yoğun bir boş vaktinin olması bu zamanın düzenlenmesi gerekliliğini doğurmuştur. Uzun boş vakitler kurum içinde disipliner bir anlamda düzenlenmesi için tek tipleştirilir belirli bir sisteme oturtulur. Dolayısıyla hasta özneliği bir noktada buna uymak zorunda bırakılır.

“Yani biz orada hastalarla birlikte yemekler yapıyoruz. Onlarla birlikte yiyoruz. Tatlı günlerimiz olurdu. Kısır günlerimiz olurdu. Hastalara sürekli meşgale yaratmaya çalışırdık yani” (Psikiyatr, 1987-2010, Emekli).

Kişisel vitrinin idaresi Goffman’ın tanımladığı bir kavramdır (Goffman, 2016: 32). Boş zaman bireyin bireysel ihtiyaçları için kullandığı, kişisel bakımdan öte aynı zamanda bir benlik onarma sürecidir. Hastaneye yatırıldıkları sırada kaybolan veya örselenen benlik algıları veya kendilerine olan saygıları boş zamanlar içinde geliştirilmeye çalışılır. Bakırköy’de tedavi almak toplumsal olarak başlı başına bir damgalama biçimi olarak

algılanabilir. Damgalama bireyin benliğini etkileyen önemli bir faktördür/süreçtir. Çünkü birey kusurlu yönlerini hem kendisi hem de öteki tarafından fark eder. Bu fark ediş ötekiler gibi olmama-olamama durumu bireyi farklılaştırır (Goffman, 2018: 65). Bireyin boş vakti, benliğini yeniden üretmek için düzenlenir. Bu anlamda birey kendi kişisel vitrinini yani dışsal anlamda nasıl algılandığını nasıl deneyimlediğini yönetmek için bu vitrinin yönetimini kendinin aslında ne olduğunu tanımlamak için kullanır. Spordan iyi anladığını göstermek hastayı; hemşireler, doktorlar ve diğer hastalar içinde iyi bir konuma getirebilir. Bu durum hastanın kişisel vitrinini boş zamanlarda göstermesi ile ilişkilidir. Boş zamanın denetimi birey kendisini tanıması için bir fırsattır ancak bu denetimin disiplinler bir yönü de bulunur.

“Kapılar belirli zamanlarda kitlenir. Hastanın odasına geçip yatması, iletişim kurmaması engelleniyor yani. Hemşirelerle, diğer personellerle, hastalarla iletişim kurması sağlanıyor. Pavyonlar yeni adıyla etkinlik odaları bunlar için kullanılır” (Sağlık Memuru, 2008-2015).

Bu etkinlikler ve odaların kapatılması bir mekân-zaman denetimi olarak görülebilir. Mekânın denetimi, (odalarının kapısının kitlenmesi, boş zamanlarda yapılan etkinlikler) aynı zamanda birer zaman denetimi olarak algılanabilir. Boş zaman tedavinin dışında kalan bir zaman olarak oldukça geniş bir alandır. Bu alanın düzenlenmesi, bu alan içindeki taşların temizlenmesi, gidilecek yerlerin tabelalar ile işaret edilmesi disiplinler bir uygulamadır. Birey özgüldür, farklıdır. Her bireyin anlaşılması ona ait deneyimlerin ve anıların anlaşılması ile mümkündür. Birey kendi kişiliği doğrultusunda bir boş zaman yaratmak isteyecektir. Bu zamansal geniş boş arazide kendi istediği yöne doğru koşmak isteyecektir. Bu noktada sağlık profesyonellerinin yapması gereken bu koşu esnasında ona ait bir yolda ona eşlik etmesi olacaktır. Boş zamanın denetimi bir disiplin yönteminden bir tedavi biçimine ancak bu şekilde dönüşebilir.

4.5. Ruh Sağlığı Mekânı, Damgalama ve Etiketleme

Damga ile ilgili en yerleşik tanım, Erving Goffman (2018) tarafından ufuk açıcı çalışmasında yazılmıştır: *Damga*. Goffman (2018: 3), damgalanmanın bir kişiyi “bütün ve olağan bir kişiden lekeli, küçümseyen bir kişiye” indirgeyen “derinden itibarsızlaştıran bir özellik” olduğunu belirtir. Çoğu damgalama kavramsallaştırmasının özellikle zihinsel sağlık bozukluklarına odaklanmadığını kabul etmek önemlidir (Goffman, 2018). Damgalama, ırk, cinsiyet ve cinsel yönelim dahil olmak üzere çeşitli geçmişlere sahip bireyler gibi diğer bağlamlarla ilgilidir. Damgalanmanın ilk boyutu tehlike, genellikle damgalanma gelişiminde

önemli bir unsur olarak kabul edilir. Bu durumda, toplum ruhsal bozukluğu olanları korkutucu, öngörülemez ve garip olarak algılar. Bu durum estetiğin boyutunu veya ruhsal bozuklukların rahatsız edici doğasını vurgular.

Toplum, bir kişiye veya bir gruba beklenen sosyal normlara uymayan algılanan davranışlar attığında, rahatsızlık yaratabilir. Bu genellikle anormal davranış ve akıl hastalığı arasındaki bağlantının genelleştirilmesine yol açabilir ve bu da etiketleme ve kaçınma ile sonuçlanabilir. Damgalama araştırmasında sıklıkla tartışılan bir başka damgalama boyutu da kökenidir (Yang, 2007). Toplumda genellikle zihinsel ve davranışsal bozuklukların kişisel olarak kontrol edilebilir olduğuna ve eğer bireyler kendi başlarına iyileşemezlerse kişisel çabadan yoksun olduklarına inanılır. Bu nedenle bireyler suçlamaya ve damgalamaya maruz kalırlar.

“İşte filmlerden dizilerden izleyenler zindanlar işte ne bileyim koşullar insanların işte oraya yaklaşmadığı uzak durduğu. Ama tabi ki girdikten sonra bambaşka bir duygu ortam olduğunu görüyorsunuz. Daha çok ön yargılarımızın kırıldığı. Tehlikeli ya da akut dönemdeki hastaların zarar verebileceğini biliyorsunuz ama daha sonra onların tedavi edilebilir. Güzel bir rehabilitasyondan sonra insanlarla iç içe yasabileceğini görebiliyorsunuz. Oraya yatan ya da tedavi gören hastaların bile o insanların insan olduğunu unutarak yorumlar yapılabilir. Özellikle Anadolu’da böyle Bakırköy’ü bilenler tabi bu tarzda düşünmüyordur ama özellikle Anadolu’da böyle bir algı var. Akıl hastalarına karşı. Tabi biz de bu deneyimleri yaşadık ilk gittiğimizde daha sonra güzel bir ortam olduğunu farklı tecrübeler edindik. Ben orayı hep bir hastaneden daha bir okul gibi gördüm. Çünkü hem kendi adımıza bana kim sorsa aynı soruyu cevaplarım. Bakırköy’le alakalı Bakırköy ruh sinirle alakalı ilk aklınıza gelen nedir diyecek olursalar ben iyi bir okuldan mezun olduğumu düşünürüm” (Sağlık Memuru, 2008-2015).

“İf İstanbul 2015- Depo: Akıl Hastanesinde Hayat/Depo: Life in Mental Hospitals” belgeselinde bir hasta: “İlk yatışımda kimseye söylemedim deli derler diye...”, bir diğer hasta: “Sanki bana ceza vermişler ceza günümün bitmesini bekliyorum” demektedir. Hastalar, hastalıklarından dolayı kendilerini suçlu görünürler. Boşanmış, yoksul kalmış, işkence görmüş veya evsiz kalmış bir bireyin “aklını kaçırmaması” yine toplum tarafından bireyin suçlanmasına neden olabilir. Birey toplum tarafından “siyasete karışmasaydı işkence görmez aklını kaçırmazdı”, “o kadar çok içmeseydi yuvası dağılmazdı” gibi söylemlerle damgalamaya maruz kalabilir. Bu damgalama ruh sağlığının bozulmasının temel nedeni olarak bireyin kendisini işaret eden bir damgalama türüdür. Damgalanma toplumda, bireylerin kendi içlerinde ve sağlık profesyonelleri arasında belirgin, sağlık profesyonellerinin damgalanmasına ilişkin etik sorun, ruh sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duyan danışanlar için ek bir engel oluşturmaktadır.

Bakırköy’e yatırılan bir hastanın kimi zaman hastanenin kapısı önünde görülmesi bile hastanın damgalamaya maruz kalmasına neden olabilir. Bakırköy zaten toplumsal tanım

olarak artık “delilik” ile anılan bir söyleme dönüşmüştür. Bu anlamda Bakırköy’de çalışan veya Bakırköy’de tedavi gören bireylerin toplum nezdinde az veya çok damgalanması muhtemeldir. Çalışmada, hastanede çalışan veya çalışmış olan sağlık profesyonellerinin Bakırköy’de çalışmadan önce Bakırköy’e ilişkin bakış açılarının oldukça önyargılı olduğu fark edilmiştir. Bakırköy’e yeni atanmış personeller hastanede kalan hastalar ve “tımarhane” olarak adlandırılan bu mekân için olumlu bir algısı olmadığını ancak burada çalıştıktan sonra bu algının değiştiğini aktarmışlardır.

“Yani hep kötü bir yer olarak algılanıyordur. Zindanlar, bağırın, şiddete meyilli hastalarla dolu bir mekân olarak tanımlanıyordu. Oraya atandığımda ya nasıl olacak ne yapacağım ben diye çok düşündüm ama başladıktan sonra tabi öyle olmadığını anladım. Yine kötü olaylar oluyordu. Ama bunların o kadar da korkulacak şeyler olmadığını anladım. Bakırköy korkulacak bir yer değil “bizim hastaneye” dönüştü dilimizde” (Sağlık Memuru, 2008-2015).

“Tabi korkuyorduk önceleri nasıl olacak diye. Nereye düştük diye çok sormuştum kendime. Ama geçti tabi bunlar. Yediden yetmişe olmuştur mutlaka bunlar” (Sağlık Memuru, 2007- Çalışıyor).

Sonuç olarak bu mekân içerisinde çalışan hemşire, doktor ve personel en az hastalar kadar bu mekânı damgalamıştır. Damgalama sadece bireysel bir süreç değil aynı zamanda mekânsal bir süreçtir. Bakırköy damgalanmış bir mekândır. Çünkü Bakırköy’e gelmeden önce mekân hakkında genellikle olumsuz söylemler duyan birey Bakırköy hakkında bir damgalama sürecine girer. Literatürde temel olarak hastaya karşı uygulanan bir damgalama süreci anlatılmaktadır. Goffman (2018), tımarhanelerin toplumsal bir önyargıya sahip olduğunu söylemiştir. Stavrides (2016) tımarhaneleri öteki mekân yani heterotopya olarak tanımlamıştır. Mezarlıklar, hapishaneler gibi tımarhanelerin de birer heterotopya olması ruh sağlığı mekânlarını korkulacak, belirsiz ve öteki yerlere dönüştürmüştür. Dolayısıyla Bakırköy’de yatan hastalar da aynı şekilde toplumun ötekisi, topluma uymayan, tehlikeli, yetersiz ve korkulacak kişiler olarak damgalanmaya maruz kalmışlardır.

4.6. Denetim Mekanizması Olarak Ruh Sağlığı Mekânı

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nin oldukça büyük bir bahçesi vardır. Psikiyatrist bir görüşmeci, bir anısında Bakırköy’e ilk atandığında Elazığ’dan geldiğini ve güvenliklere hastaneye doktor olarak hizmet vermeye geldiğini söylediğini, güvenliklerin ise “burası Elazığ kadar var sen nereye atandın?” dediğini aktarmıştır. Bir piknik alanı olarak da görülen Bakırköy’ün çok büyük bir yeşillik alan hacmi vardır. 2003 yılında bahçe girişinde

“hastanemizde piknik yapmak ücretlidir” diye bir yazı yazıldığı söylenmektedir. Hastanenin A ve B girişi iki farklı mekânsallık içermektedir. B girişine giderken kullanılan yol daha sakin ve E5’ten uzaktır. Hastanenin B Girişine giderken hastanenin etrafını kapatan çitlerin birçoğunun kırılmış ve oralardan içeri girilmiş olduğu gözlenmektedir. Hatta bu patikalar o kadar kullanışlıdır ki buralara merdiven ve temizlenmiş taş döşenmiş patikalar yapılmıştır. Bu durumdan da anlaşılacağı gibi hastanenin bahçe kısmı geniş bir güvenlik önlemi ile korunmamaktadır. İçeride insanlar rahatlıkla dolaşıp uzun ağaçlar arasında sakin bir yürüyüş yapabilmektedir. B girişi hastanenin müzesi ve aciline oldukça yakındır.

Hastanenin büyük bir kısmını dış bahçe olarak geçen bölge oluşturmaktadır. İç bahçe ya da eski bahçe olarak bilinen yer ise içinde adli servislerin de olduğu bahçedir. Oldukça farklı bir mekân olarak iç bahçe gerek yeşilliği gerek içinde dolaşan hayvanlar ile bir huzur mekânı olduğu kadar dikenli teller ile çevrilmiş uzun duvarlar ve hapishane avlularına benzer alanların olduğu bir mekândır. Binaların organizasyonu mekânsal bir anlam taşır. Servislerin iç bahçeleri genelde yüksek duvarlar ve tellerle çevrilidir. Servisler hastanenin dış bahçelerinden, dışarıdan gelenlerin bulunduğu bölümlerden bu şekilde ayrılır. Bakırköy içerisinde yüksek tel örgüler ve duvarları aydınlatan büyük ışık kaynakları disipliner ve total bir kurum olarak tanımlanmasını kolaylaştırabilir. Tel örgüler üzerinde uzayan sarmaşıklar hastanedeki personelin huzur tanımı olarak kavranabilir. Mekân, dinamik bir öge olarak birey ile etkileşime girer ve bireyin deneyimini etkiler. Bireyin deneyimleri mekân hakkındaki gerçekliğin oluşmasındaki temel öğelerden biridir. Hastanenin büyük bir kısmı dış bahçe olarak geçen bölgedir. İç bahçe ya da eski bahçe olarak bilinen yer ise içinde adli servislerin de olduğu bahçedir. Oldukça farklı bir mekân olarak iç bahçe gerek yeşilliği gerek içinde dolaşan hayvanlar ile bir huzur mekânı olduğu kadar dikenli teller ile çevrilmiş uzun duvarlar ve hapishane avlularına benzer alanların olduğu bir mekândır. Binaların organizasyonu mekânsal bir anlam taşır. Servislerin iç bahçeleri genelde yüksek duvarlar ve tellerle çevrilidir. Buralar hastanenin dış bahçelerinden, dışarıdan gelenlerin bulunduğu bölümlerden bu şekilde ayrılır. Bakırköy içerisinde yüksek tel örgüler ve duvarları aydınlatan büyük ışık kaynakları disipliner ve total bir kurum olarak tanımlanmasını kolaylaştırabilir. Tel örgüler üzerinde uzayan sarmaşıklar hastanedeki personelin huzur tanımı olarak kavranabilir. Mekân, dinamik bir öge olarak birey ile etkileşime girer ve bireyin deneyimini etkiler. Bireyin deneyimleri mekân hakkındaki gerçekliğin oluşmasındaki temel öğelerden biridir.



Resim 4.9. Dikenli Yüksek Teller Katılığa Karşı Yeşil Bir Direniş: İç Bahçeden bir Servis (Fotoğraf : Ali Eren Demir)

Disipliner kurum olarak tanımlanmak istenen bu kurumda görülecek ilk şey yüksek tel örgüler ve kilitli kapılardır. Ancak personelin burayı huzur veya okul mekânı olarak tanımlamasının temel sebebi nedir? Bu durum mekânsal deneyimin her birey bakış açısına göre yeniden bir biçim aldığıının temel göstergesi olabilir. Mekân bireysel farklılıkların subjektif yorumu ile farklı anlamlara karşılık gelebilir. Mekân toplumsal gerçekliğin oluşmasında bir öznedir. Mekânın salt bir tanımlama ve kavramsallaştırma ile açıklanamayacağı ve farklı etkileşim alanlarında farklı anlamlar ile kendini oluşturacağı fikri tartışmaya açıktır. Gündelik yaşamda görünüm, roller, benlik yapıları an içinde oluşur ve yıkılır. Sürekli olarak devam eden bir benlik veya rolden temel olarak bahsedilemez (Goffman, 2009). Etkileşimler içerisinde öznelerin karakterleri ve rolleri oluşur ve etkileşim sonucunda yıkılır. Mekânda da bir özne olarak etkileşimler kurulur ve yıkılır. Bu anlamda birden fazla ruh sağlığı mekânı deneyimi ortaya çıkar.

“Banyoların kapıları bu arada kitleniyor. Sürgüleniyor, süngülenir yani kapıda. Bütün bu tuvalet ve banyo kullanımları hastanın gizliliğine tasarlanmış. Hastanın gizliliğini koruyan bir mimari kullanılıyor. Yani biz kendimizi gözeterek biz hayatta nelerden huzursuz oluyorsak hastalarında onlardan rahatsız olduğunu gözetilerek düzenleniyor” (Sağlık Memuru, 2007-Çalışan).

Bazı hastaların bir ev olarak tanımladığı yer kimi zaman bazı hastalar için “çıkmaq için gün sayılan” bir mekâna dönüşür. Bir sosyolog için kapatılma ve disipliner mekân olarak tanımlanabilen Bakırköy, hastanede çalışan psikiyatrist veya temizlik personeli için şehirden

kaçıp nefes alınacak bir mekâna dönüşür. Bakırköy’de daha önce yatmış ve yoğun bir kapatılmaya maruz kalmış bir hasta için hastane bahçesi bir daha önünden geçilmeyecek bir yere dönüşürken, sevgili bir çift için sessizce vakit geçirebilecekleri yeşillik ve sakin bir mekâna dönüşür. Bakırköy’ün bir huzur mekânı olarak tanımlanmasının temel nedeni Bakırköy gibi karmaşık, kalabalık ve yoğun bir trafiğin olduğu bir bölgede içinde çok az araç trafiğinin olduğu geniş bir ormanlık arazi olmasından kaynaklanabilir. Görüşmecilerin hepsi yoğun şehir yaşamından kaçacak bir yer olarak tanımladıkları Bakırköy gürültünün birden kendini sükûta bıraktığı bir yer olarak tanımlanabilir.



Resim 4.10. Bakırköy İçindeki Büyük Çayırılar (Fotoğraf : Ali Eren Demir)

Temel olarak mekân varoluşsaldır; varoluş da mekânsaldır (Moya, 2014). Birey ve mekânın sunduğu deneyim ayrılmaz bir şekilde birbiriyle ilişkilidir. Bireyin mekân ile kurduğu etkileşim algı, duygu ve deneyimle üretilir. Algı, beden-öznenin duyular yoluyla mekândan bilgi edinmesi eylemi olarak tanımlanabilir. Bu anlamda mekân algı ve deneyim yolu ile deneyimlenen mekâna dönüşür. Bireyin deneyimlediği sadece statik bir mekân değil, kendi mekânıdır. Bireyin ve mekânın algısal deneyimin iç içe geçmesi bireyin kendine ait bir mekân tanımlaması oluşturmasının sağlar. Bireyin belirli bir anda belirli bir mekânda deneyimlediği durum biriciktir. Birey ve mekânın karşılaşmasının çokluğu her bir etkileşimi yeniden üretir, farklılaştırır.

“Yani mesela bizim servis 40 kapasiteli idi. 5 kabinlik banyo vardı bu 5 kabinde de askeri sistem gibi düşün. Askeri kışlalarda olan banyolar gibi... 5 tane kabin var hastalar istediği zaman duş alabiliyor. Ama bu hastalar hastalıklarından kaynaklı banyo yapmak istemeyen hastalar oluyordu bu hastalar teşvik ve telkinde bulunarak duş alması sağlanıyordu” (Sağlık Memuru, 2007-Çalışan).

Bakırköy’de akut, kronik servisler, açık ve kapalı servisler bulunmaktadır. Açık servisler dış ziyaretlere açıktır. Kapısında herhangi bir güvenlik önlemi ya da kilitli bir kapı yoktur. Kapalı servisler ise tamamen kilitli bir kapı, yüksek duvarlar ve dikenli teller ile korunmaktadır.

“Bir süre sonra kafanızda bir şema çıkmaya başlıyor bir servisin nasıl bir yer olduğuyla ilgili. Upuzun bir koridor hayal edin, sağında solunda genellikle altılı ya da sekizerlik odalar dizilmiş. Bazı durumlarda bu odaların kapıları yok, doğrudan koridora açılıyorlar, dolayısıyla mahremiyetten söz etmek mümkün değil. Evet bazılarının duvarları bile yok. İlgi alanlarınıza dair bir şeyler yapabileceğiniz, köşenize çekilip bir şeyler okuyabileceğiniz; ya da sessiz kalabileceğiniz bir ortamdan söz etmek zor. Etrafta yataklar dışında yumuşak hiçbir şey yok nerdeyse, mekânlar genellikle fayansla kaplı. Mobilyaların yatakların çoğu metal dolayısıyla mekânda ses olarak da garip bir hissiyat var. Bir yatak çekildiğinde tüm servis yankılanıyor. Özellikle bundan çok rahatsızlık duyan bir kişiyle karşılaştık mesela. Bir köşeye çekilmiş, kulaklarını tıkamış sesin geçmesini bekliyordu. Diğer mesele dokunma. Etrafta insanların dokunarak iyi hissedebilecekleri hiçbir malzeme yok” (Kantar ve Dinlenmiş, 2014).

Kapalı servislerde hastaların belirli günlerde birkaç saatliğine sadece iç bahçeye çıkma imkanı bulunmaktadır. Açık ve kapalı servislerde kalan hastalar arasında keskin ayrımlar bulunmamaktadır.

“Biz hastaların içinde kalırdık. Yani bir hemşire bankosu vardı. Hastalar oraya gelir hemşire hanım işte çay, sigara vesaire derlerdi. Hemşire bankosunun hemen yanında onların odaları onları arkasında da bizim odamız vardı. Bir ara bir göz uzmanı arkadaşım geldi sen burada mı çalışıyorsun diye aşırı şekilde şaşırmıştı” (Psikiyatr, 1987-2010, Emekli).

Açık servisteki bir hasta sorun çıkardığında (kendine ya da başkalarına zarar verdiğinde, hastalık semptomları şiddetlendiğinde gibi) kapalı bir servise yani mekânsal olarak denetimin daha ağır olduğu bir yere nakledilebiliyor. Bu nedenle kimi zaman kronik hastalarla daha hafif semptomlar gösteren hastaların yan yana kalma ihtimalleri olabilir. Bunun yanı sıra Bakırköy’de adli servisler de bulunmaktadır. Bu mekânlarda Sağlık ve Adalet Bakanlığı arasında var olan bir yetki antlaşması bulunmaktadır. Temel olarak Adalet Bakanlığı’na bağlı mekân izlenimi sunan bu servis jandarma tarafından korunmaktadır. Bu mekânlarda toplumsal damgalanma ile “suçlu ve hasta” olarak bireyin mekânsal anlamda daha fazla damgalanmaya maruz kaldığı tahmin edilebilir.

Bakırköy’ün bu bölümden çıkarılacağı sonuç üzerine bir disiplin işlevi ürettiği söylenebilir. Mekânsal anlamda sıkı kuralları olan mimari yapısı hastaları hizaya çekmek için dizayn edilmiştir. Aslında mekânsal olarak bir kışla binasından dönüştürülen bu mekân kışla işlevindeki disipliner, total kurum özelliklerini ruh sağlığı mekânı olarak sürdürmüştür.

4.7. Heterotopya Olarak Ruh Sağlığı Mekânı

Michel Foucault (2015) heterotopya kavramını öteki olan belirli bir anlamda kültürel, kurumsal ve söylemsel olarak rahatsız edici, uyumsuz, çatışan, dönüştürücü mekânları tanımlamak için kullanır. Heterotopyalar gündelik yaşam sırasında kurulan aktif mekânlardır. Bu mekânlar düzenin dışında bir alternatif oluşturur. Heterotopya mekânı göze çarpar rahatsız eder ancak bu çelişkili durum içinde yaşamın içinde kendiliğinden kurulmuştur. Foucault, toplumsal yaşamda farklı mekânlar içindeki karşıtlıkların hâlâ var olduğunu söylemektedir. Mekân sabit bir öge olmaktan öte, anlamlar ve duygular taşır. Bu anlamlar gündelik etkileşimler içerisinde kurulur.

“Bachelard’ın -engin- eseri ve fenomenologların tanımları, homojen ve boş bir mekânda değil; tersine, tamamen niteliklerle dolu bir mekânda, belki fantasmadan musallat olduğu bir mekânda yaşadığımızı bize öğretiler; temel algımızın mekânı, düşlerimizin, tutkularımızın mekânı bazı içkin niteliklere kendilerinde sahiptir; bu, ya hafif, uçucu, şeffaf bir mekândır ya da karanlık, pürüzlü, dolu bir mekândır: yukarıdan bir mekândır, dorukların mekânıdır ya da tersine, aşağıdan bir mekândır, çamur mekânıdır, su gibi akabilen bir mekândır ya da taş gibi, kristal gibi sabitlenebilen, dondurulabilen bir mekândır” (Foucault, 2019: 294).

Resim 4.11. Bakırköy'de Eski Bir Servis Kapısı (Fotoğraf : Ali Eren Demir)



Heterotopyalar ise bu çatışmalar ve anlamların içerisinde üretilir. Foucault'ya (2019) göre dünyada kendi heterotopyasını oluşturmeyen tek bir kültür bile yoktur. Her toplumsal alan kendi içinde bir heterotopya üretir. Heterotopyalar birden fazla şekil alırlar ve evrensel anlamda tek bir heterotopya biçimi bulunmaz. Gündelik etkileşimlerin sonsuz kombinasyonu içerisinde farklı biçimlerde yeniden üretilen heterotopyalar temel olarak iki büyük halde sınıflandırılır. Foucault'ya göre bu sınıflandırmaların ilki kriz heterotopyalarıdır. Kriz heterotopyaları, geleneksel sosyal alanlarda kriz anındaki sosyal varlıklara (hastalar, ergenler, regl olanlar, yaşlılar, hamileler) verilen tanrısal ve yasaklanmış mekânlar olarak tanımlanır. Kriz heterotopyaları bir kapanmadır çünkü tam bir kapatılma söz konusu değildir. Kriz heterotopyaları yerini günümüzde sapma heterotopyalarına bırakmıştır.



Resim 4.12. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Bir Servis (Fotoğraf : Ali Eren Demir)

“İlkel” denen toplumlarda kriz heterotopyaları diye adlandırdığım belirli bir heterotopya biçimi vardır, yani toplum karşısında ve insanların içinde yaşadıkları insani ortamda kriz durumunda bulunan bireylere -yeni yetmeler, âdet dönemindeki kadınlar, hamile kadınlar, yaşlılar, vs.- ayrılmış ayrıcalıklı, kutsal ya da yasak yerler vardır” (Foucault, 2019: 296).

Ancak Foucault’ya göre kriz heterotopyaları günümüzde yok olmaktadır. Kriz heterotopyalarının yerini “davranışı, ortalamaya ya da istenen norma göre sapma olan insanların içine yerleştirildiği” sapma heterotopyaları alır (Foucault, 2019: 297). Bu mekânlara ilk olarak psikiyatri kliniklerini örnek gösteren Foucault;

“Kuşkusuz, kriz heterotopyasının ve sapma heterotopyasının bir anlamda sınırında olan -çünkü ne de olsa yaşlılık bir krizdir fakat aynı zamanda bir sapmadır, çünkü boş zamanın bir kural olduğu toplumumuzda aylıklık bir tür sapmadır- huzurevlerini de ekleyebiliriz” (Foucault, 2019: 297).

Hastaneler, tımarhaneler ve huzurevleri birer heterotopyadır. Mekânın ve zamanın biyomedikal bir düzenlemesi olarak tanımlanan izole alanlar olan sağlık mekânları gündelik yaşamının büyük bir ölçüde devamı niteliğindedir. Bu görüş büyük bir oranda eleştirilere maruz kalmıştır. Hastaneler izole alanlar değil aksine toplumsal olgular ile geçirgen bir etkileşim alanı olma özelliği taşır. Hastane mekânı üzerine düşünenler, hastane sınırlarının geçirgen anlamda tasvir edilmesine ek olarak, hastaneyi içinde bulunduğu daha geniş sosyal alanın bir yansıması veya mikro kozmosu olarak tanımlar ve tanıma göre hastane, “bir kültürün temel değerlerinin ve inançlarının ortaya çıktığı” bir mekândır. Hastane izole bir alt

kültür veya bir “ada” değil, daha çok içinde bulunduğu daha geniş toplumun bir mikro kozmosudur.

Bu nedenle hastane koğuğu, daha geniş toplumun temel değęlerini ve normlarını yansıtan ve ortaya çıkaran bir aynadır. Hastane, gündelik toplumsal alanın dağınık gerçekliğine karşıt olarak var olan ve ondan ayrı olan ütopik bir bilimsel düzen, temizlik ve rasyonalite vizyonunun gerçekleştirilmesidir (Foucault, 2019). İktidar mekânları düzenlerken tam bir homojenlik oluşturmaz ve mekânlar heterojen bir yapıya sahiptir. Bu nedenle Foucault bu heterojen alanları heterotopyalar olarak tanımlar (Foucault, 1986). Foucault heterotopya tanımını, ihlal edici veya hegemonik olabilen farklı sosyal düzen türlerinin denendiği alanlar olarak tanımlar. Heterotopyaların ne panoptik kontrol alanları ne de marjinal özgürlük alanları olmadıklarını, ancak çoklu ve çoğu zaman uyumsuz sosyal düzen süreçleri tarafından oluşturulduğunu savunur (Foucault, 2019). Foucault’ya göre, hastanenin gündelik yaşama karşıtlığı, mekânı arketip bir “heterotopya”, gerçek ve hayali olan diğer tüm mekânlarla ilişkili inşa edilmiş bir alan yapar. Heterotopyalar ile mekânın aktif rolünü vurgulayan Foucault (2019), mekânın birey ve nesnenin yer aldığı boşluktan ziyade birbiriyle olan ilişkileriyle tanımlanan çok sayıda heterojen alandan oluştuduğunu savunur. Heterotopya mekânı, diğer sosyal mekânları karakterize eden sosyal ilişkileri bozan veya tersine çeviren alternatif bir sosyal düzen sunar. Tıpkı tımarhaneler ve hapishaneler gibi, hastaneler de Foucault’nun “sapkınlığın heterotopyaları” dediği tanım doğrultusunda “normalden sapan” bireyle ilgilenmek için tasarlanmıştır.

“Disiplin toplumunda iktidar insanların itaatini inşalara toplumsal olarak atfedilen belirleyici unsurların aktif kabulü olarak sınıflandırır, paylaştırır, tanımlar, sınırlarını belirler ve kontrol eder” (Stavrides, 2016: 144).

Foucault, gündelik mekânın tecrit edilmesi ile, hastanenin tıbbi gözetim ve disiplin yeri olduğunu, modern tıbbın keskin bakışları altında hastalık semptomlarının teşhis edilebildiğini belirtir ve laboratuvar benzeri bir ortamın ortaya çıktığını söyler (Foucault, 1986). Bu bağlamda hastanın sosyal hayattan çekilerek nasıl tecrit edildiğini ve tedavi altına alındığını, beklenen davranışların sergilenmemesi durumunda ağır aşağılama ve yola getirme cezalarıyla yola getirildiği tanımlanır. Hastalar eğitim ve ıslah modelleri ile “itaatkâr kullar” haline getirilir.

“Toplum yapısının kendisine nakşedilmiş bir tür karşı yerleşme ve içinde bir kültürde bulunabilecek gerçık yerleşmelerin, diğer tüm gerçık yerleşmelerin eş zamanlı olarak temsil edildiği, çekilme konusu yapıldığı ve tersine çevrildiği bir tür füllyata geçirilmiş ütopyaalar olarak gerçık mekânlar” (Foucault, 1984: 17).

Foucault (1984: 254): “mekân, her türlü iktidar uygulamasındaki temel unsurdur” diyerek mekân ile iktidar ilişkileri arasındaki önemi vurgular. Panoptikon mimari üzerine yaptığı kavramsallaştırmalar Foucault’nun mekânı, bir iktidar stratejisi olarak gördüğünü vurgular. İktidar mekân içinde bedenini davranışını kontrol eder. Ruh sağlığı mekânlarında bireyin ne zaman gözetleneceğini bilmediği bir itaat etme süreci yaratılır (Stavrides, 2016: 145). Yerler olarak maddileşen mekânlar beraberinde düzen ve kontrolü getirir, iktidar ise karşında direnişi örgütler (Foucault, 2019).

“Nihayet, heterotopyaların sonuncu özelliği, geri kalan mekân açısından da bir işlevlerinin olmasıdır. Bu işlev, iki aşın uç arasında yayılır. Ya bir yanılısama mekânı yaratarak, insan yaşamının bölümlere ayrıldığı tüm mevkileri, tüm gerçek mekânı daha bir yanılısama olarak teşhir ederler. Artık mahrum olduğumuz şu ünlü genelevlerin uzun süre oynadıkları rol buydu belki. Ya da tersine, bizim mekânımız ne kadar düzensiz ne kadar kötü yerleştirilmiş ve karmakarışık ise o kadar mükemmel, o kadar titiz, o kadar düzenli olan öteki bir mekân, öteki bir gerçek mekân yaratırlar. Bu, yanılısamanın değil; ödüllendirmenin heterotopyası olur ve bazı koloniler az da olsa bu işlevi görmüş olabilirler” (Foucault, 2019: 301).



Resim 4.13. Servislerin Kapısı Genel Olarak Kitli. 40. Servis (Fotoğraf : Ali Eren Demir)

Ruh sağlığı mekânları, sınırlı yerler olarak tecrit mekânlarına odaklanmaktan ziyade, yapı çevrenin, kişilerin ve teknolojilerin küresel aktarımı ve dönüşümü yoluyla hem birbirinden farklı hem de kısmen birbirine bağlanan birbirlerinin tercüme olarak ortaya çıkar. Heterotopyalar bu bağlamda, düzende yerini bulmuş ve iktidar tahakkümü yerlerin ötesinde aykırı uyumsuz ve geçici mekânlar olarak tanımlanır. Foucault, geliştirdiği bilginin arkeolojisi ve soy bilim yöntemleri ile bilgi ve iktidar arasındaki ilişkiyi irdelemiştir. Bilginin

iktidar eli ile bir düzenleme ve tahakküm biçimine dönüştüğünü söyleyen Foucault bilgi aracılığı ile insanın biçimlendirildiğini söyler. Mekânsal olarak üretilen yeni bina ve kurumların belirli bir mimarisi bulunduğunu ve panoptikon tipi mimarinin temel amacının tahakküm ve iktidar olduğunu vurgular.

4.8. Total Kurum Olarak Ruh Sağlığı Mekânı

Erving Goffman bir akıl hastanesinde gerçekleştirdiği araştırmasını *Timarhaneler* (2016) adlı eserinde ortaya koyduğu total kurum kavramı ile tanımlamıştır. Total kurum, sadece akıl hastanelerini değil okul, tapınak, kışla, hapishane gibi bireyin tam anlamı ile kontrol altına alındığı yerler olarak belirtilir. Okul, hapishane ve kışla arasında kurulan bir benzerliğin veya tanımlamanın tıbbi bir kurum olan akıl hastanesi ile özdeşleştirilmesi total kurumlar kavramının temel amacıdır.

Temel olarak bakıldığında tıp tarihsel olarak önce orduda başladığı söylenebilir. Bakırköy ise eski kışladan çevrilmiş bir kurumdur. Bakırköy'e "nizamiye" denilen bir kapıdan girilir, hastalar "taburcu" edilir ya da "fırar" eder, hademelere "onbaşı" denir". Bu kurumlarda ortak olan şey nedir? Bu kurumlar bireye ne yapar? Birey bu mekânlar içinde neye maruz kalır? Bu sorular temel olarak akıl hastanelerini tanımlamakta önemli sınırlardır.

"Kapatılmış kişi için, içinde ya da içeride olmanın anlamı dışarı çıkmaktan ya da dışarıda olmaktan ayrı var olmaz. Bu anlamda, total kurumlar kültürel bir zafer beklemezler; kapatılmış kişilerin geldiği dünyayla kurumsal dünya arasında belirli türeden bir gerilim yaratırlar, bu gerilimi devam ettirirler ve sürekliliği olan bu gerilimi insanların idaresinde stratejik bir güç olarak kullanırlar" (Goffman, 2016: 26).

Mikro sosyolojik bir çalışma ile total kurumları özünde akıl hastaneler ile ele alan Goffman, bu mekânların amaçlarını, pratiklerini, bu pratiklerin birey üzerindeki etkilerini ve bireyin zamanla bu mekâna uyum sürecini ele almıştır. Burada Goffman (2016) kapatılan bireyleri birer pasif öge olarak görmez. Onları taktikler geliştiren, "zulalar" üreten, mekânları kendi lehine çeviren ve pazarlık yapan aktif özneler olarak görür.



Resim 4.14. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi İç Bahçenin Çevresi (Fotoğraf : Ali Eren Demir)

Bu mekânlar içinde kapatılan kadar hastanedeki personeline farklı biçimlerde roller oynadığını belirten Goffman bu mekânların içindeki tüm bireyleri etkileyen, dönüştüren bir anlam bütünü olduğunu vurgular. Goffman bu eserde akıl hastanesine kapatılmış bir bireyin toplumsal dünyası hakkında kapatılan bireyin bu dünyayı öznel olarak nasıl deneyimlendiğini nasıl anlamlandırdığını anlatmayı amaçlamıştır. Total kurumlar rutin, normal toplumsal yaşamın bütününden yıllarca koparılan yüzlerce bireyin içinde yaşadığı kurumsal düzenlemelerin gündelik rutinleri belirlediği “bütüncül” mekânlardır.

“Total kurumların kapatılmış kişiyle daha geniş dünya arasına koyduğu engel, benliğin eksiltilmesinin ilk işaretidir. Sivil hayatta, bireyin rollerinin hem yaşam döngüsü içinde hem de tekrar eden gündelik devirde ardışık bir şekilde planlanması, bireyin oynadığı rollerden hiçbirinin bireyin performansını engellemeyeceğini garantiler. Total kurumlarda ise üyelik tam aksine, rol programlanmasını otomatik olarak bozar çünkü kuruma kapatılmış kişinin dış dünyadan kopuşu gün boyu sürer ve yıllarca da sürebilir ve bu durumda sahip olunan tüm roller kaybedilir” (Goffman, 2016: 27).

Total kurumlar kimi çevirilerde bütüncül kurum olarak geçer. “Total institution” yani total kurumlar, toplam kurum, bütüncül kurum olarak da ifade edilebilir. Toplumun bütününden koparılmış bütüncül, toplam yani total kurumları Goffman beş kategoriye ayırır;

“Birincisi hem aciz hem de zararsız kabul edilen kişilerin bakımı için tahsis edilen kurumlardır. Bu kurumlar kör, yaşlı, yetim ve muhtaç kişilere barınma hizmeti verirler. İkincisi hem kendine bakamadıkları hem de kasıtlı olmasa da toplum için tehdit oluşturdukları düşünülen kişilerin bakımı için kurulmuş yerlerdir: tüberküloz sanatoryumları, akıl hastaneleri ve cüzzam hastaneleri. Üçüncüsü, topluluğu, topluluğa karşı kasti olduğu düşünülen tehlikelerden korumak için kurulan kurumlardır. Bu durumda tecrit edilen kişilerin refahı esas mesele değildir: hapishaneler, ıslahevleri, esir kampları ve toplama kampları. Dördüncü, işe benzeyen görevlerin daha iyi yerine getirilmesi için kurulduğu söylenen ve kendilerini yalnızca bu araçsal dayanaklar üzerinde meşrulaştıran kurumlardır: askeri kışlalar, gemiler, yatılı okullar, çalışma kampları, sömürgeci yerleşkeler ve hizmetçilere ait bölümde yaşayanların gözünden büyük malikâneler. Sonuncusu, çoğunlukla, dindar kişiler için eğitim merkezi olarak hizmet verirken dahi inzivaya çekilme yerleri olarak tasarlanmış kurumlardır; örneğin zaviyeler, manastırlar, tekkeler ve diğer inziva mekânları” (Goffman, 2016: 17).

Bireyin benliği total kuruma girdikten sonra çeşitli aşamalardan geçer. Goffman (2016) bu süreçleri yedi farklı aşamada tanımlar. İlk süreç olarak rolün elinden alınması, bireyin toplumda oynadığı çeşitli rolleri kaybetmesi ve bunun yerine “hasta rolü” beklentileriyle bağlantılı olan hasta veya müşteri rolüne zorla verilmesi sürecidir. Bu süreçte birey kendi özelliklerini ve benliğini kaybeder ve total kurumun ona verdiği rolüne kabullenmeye çalışır. İkinci olarak programlama ve kimlik düzeltme aşamasında, bireyin benliği genellikle arşivde tutulacak sayısal verilere indirgenir. Bu aşamayı bireyin sayıya dönüşme süreci olarak da tanımlayabiliriz. Üçüncü aşama, mülkiyetin, ismin ve kişinin kimliğinin elinden alınması sürecidir. Eşyalar bireyin benliğini belirleyen temel öğelerden biridir. Total kurumlara girişte bunlar bireyin elinden alınır. Birey böylece “kendini kaybeder”. Dördüncü aşama aşağılayıcı duruşların ve hürmet kalıplarının dayatılmasıdır. Kurumsal pratikler kimi zaman kapatılan için aşağılayıcı olabilir. Bu aşağılayıcı pratikler kurum kuralları ile meşrulaştırılır. Beşinci aşama kişisel alanların daraltılması ve yok edilmesidir. Bu durum, kurum hastaya çok az veya hiç özel alan sunmadığında ortaya çıkar. Birey özel faaliyetlerini gizlemenin zorluğunu yaşar. Ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde tuvalet kapılarının olmaması buna örnek olarak gösterilebilir. Gerekçe olarak da hastaların kendine zarar vermesi gösterilebilir. Altıncı aşama kişinin kendi pratikleri ile ilişkisinin bozulmasıdır. Bu aşama yine kurumsal kurallar nedeni ile benlik üzerinde oluşan bir süreçtir. Örneğin, evde bir fincan çay yapmak tamamen kişinin takdirine bağlı gerçekleşir, oysa huzurevinde kuruluş kurallar koyabilir ve böyle bir pratik için prosedürler olabilir. Bireyin yapacağı en basit şeyler bile zorlaşır. Son olarak kendi kaderini tayin, özerklik ve hareket özgürlüğü üzerindeki kısıtlamalar bireyin benliğini etkiler.

4.9. Sahne Olarak Ruh Sağlığı Mekânı

Goffman'ın benlik düşüncesi gündelik yaşamda kurulan etkileşimler ile benlik kavramı sonucunda oluşmuştur. Gündelik yaşamı bir sahne olarak gören Goffman benliğin bu sahne içinde üretildiğini belirtir. Bir mekân olarak ruh sağlığı merkezi çalışmanın başındaki mekân kavramsallaştırmaları ile ortak noktada buluşmaktadır. Sosyal mekân, etkileşimin gerçekleştiği fiziksel yerdir. Bir doktorun muayene odası, bir koridor, birinin evi veya bir profesörün ofisi olabilir.

“Hasta rolü nerede başlıyordu, tedavi veren bizlerin rolü nerede bitiyordu oldukça belirsizdi yani. Biz her şeyi ile ilgileniyorduk hastaların. Hasta yakınları ile iletişim, nereden gelirler, ne yaparlar gibi... Tabi kısır filan yapardık orada hastalarla birlikte yerdik. Öyle katı bir hiyerarşi yoktu Bakırköy’de. Tabi bu performans yasasından sonra pek çok şey değişti ama” (Psikiyatr, 1987-2010, Emekli).

Mekânın nasıl düzenlendiği ve kuruma nelerin konulduğu, birey hakkında pek çok bilgiyi aktarır. Bir mekân olarak sahne birey için oyunun oynandığı basit bir alandan öte bireyi şekillendiren bir mekândır. Yine bu mekân içindeki bireyler, üretilen yeni biçiminin bir ögesidir. Sahnede bireylerin rolleri vardır ve bu rollerin birbirleri ile etkileşimleri sonucunda birer benlik üretilir. Sosyal yaşam bireyin rolünü oynayıp performanslar sergiledikleri bir sahnedir. Birey öteki tarafından nasıl algılandığını önemser ve rolü bu bağlamda oynar. Birey nasıl bir rol oynayacağını, kime karşı ve nerede oynayacağı ile belirler.

“Adil Hoca’yı tanıyor musunuz bilmem ama çok muhteşem bir adamdı. Hastalarla bahçede gezerdi. Kronik serviste yatan hastaların hepsi artık oranın ev sahibiydi tabi. Adil Bey çok iyi tanırdı onları. Hastalar ona “Adil Baba” derlerdi” (Psikiyatr, 1987-2010, Emekli).

Ruh sağlığı mekânları bu bağlamda önemli bir sahne dekorudur. Ruh sağlığı mekânları içerisinde karmaşık ve çeşitli biçimlerde birbiri ile etkileşime giren roller bulunur. Bu roller farklı toplumsal statülere aittir.

“Güvenlikler kimi zaman daha kaba olabiliyor tabi. Bir ara servise kadar ayağını sürüyerek gelen sonra servise girip kaçacak yer yok artık diye düşünüp yürümeye başlayan hastaya güvenlikler sert tepki göstermişti. Biz gidince durdular tabi. Tutanak filan tutuldu. O hasta sonuçta bunu bilmek lazım” (Sağlık Memuru, 2007-Çalışıyor).

Profesör bir akıl hastası başka bir profesör ile hasta-doktor ilişkisi ile karşılıklı bir sahne alabilir ve bu sahnenin izleyicisi personeller olabilir. Sahneye giren her yeni rol sahnenin farklı bir oyuna doğru evrilmesine sebep olabilir. Seyircilerin farklılaşması yine oyunu etkileyebilir. Goffman’ın dramaturjik teorisi ile ortaya koyduğu sahne, rol, benli, sahne önü-arkası, performans ve izlenim yönetimi kavramlarını açıklamak için ruh sağlığı mekânları oldukça iyi bir örnektir.

“Acilde tabi onca hasta yakını var onlar getirmiş çocuklarını, yakınlarını bırakıyor. Çok acı bir durum. Ama insan bu duruma alışıyor tabi. Biz gidip onların yardıma ne denli ihtiyaç duyduklarını araştırıyoruz” (Sosyal Hizmet Uzmanı, 2015-Çalışıyor).

Yüz yüze etkileşimler ile kurulan gündelik hastane işleyişleri tedavileri ve alışkanlıkları temel olarak dramatik bir etkileşimin ürünüdür. Bireyin benliği gibi ruh sağlığı mekânları da bireyler arası etkileşimler ile kurulur. Goffman *Günlük Yaşamda Benliğin*

Sunumunda (2009) benliğin aktör ve seyirci arasında gerçekleşen dramatik bir etkileşimin ürünü olduğunu belirtir. Benlik o an sahnede kim varsa onlar arasında gerçekleşen dramatik etki ile aktörün kendisinin kim olduğuna karar verdiği andır. Goffman (2016) için benlik, kendiliğinden benlik olan “ben” ile benliğin içindeki toplumsal kısıtlamalara gönderme yapan “beni” arasındaki gerilimle şekillenir. Birey bu nedenle, sabit bir benlik imgesi sürdürmek için seyircilerine yönelik performansı sürekli sergilerler. Goffman bu düşünceler nedeni ile kendisinin bir etkileşimci olarak tanımlanmasını istemez. Goffman’ı etkileşimcilerden ayıran temel nokta Goffman’ın benliği etkileşimciler gibi pratiklerin ardındaki gizil bir varoluş olarak görmemesidir. Goffman (2016) benliği oluşturan gündelik pratiklerdeki yapıların temel olarak anlaşılması gerektiğini savunur. Benlik ve yapısal öğeler, etkileşimi çevreleyen durumda aktör ve seyirci kadar önemli rol oynar (Goffman, 2016).

“Koridor koşuollar, kapısız tuvaletler Raporda; odaların, banyoların ve yatakların yetersiz ve hijyenik olmadığı bazı hastanelerde yersizlik yüzünden hastaların koridorlara serilen yataklarda yattığı, kapısı olmayan tuvaletler kullandığı belirtiliyor. Rutubetli, küflü odalar...Adli servislerdeki hastaların koşulları ise daha kötü. Samsun ve İstanbul’daki hastanelerde hastalar, 24 saat ışık yanan, rutubetli, duvarları küflenmiş odalarda kalıyor” (URL-1, 2017).

Goffman mekân içerisinde bireyin kendini ötekine sunma faaliyetlerini kendisi hakkında yönlendirme ve kontrol etme yollarını performanslar olarak tanımlar. Performanslar, diğerlerine aktörün kimliğini doğrulayan bilgileri ileten izlenimler sunar. Goffman (2016), “performans” terimini, bir bireyin belirli bir gözlemci veya izleyici grubu önünde tüm faaliyetlerine atıfta bulunmak için kullanır. Bu performans aracılığıyla, birey veya oyuncu, kendisine, başkalarına ve durumlara anlam verir.

Goffman’a göre, günlük etkileşimlerde olduğu gibi sahne tiyatrosunda, her biri bir bireyin performansı üzerinde farklı etkilere sahip üç bölge vardır: ön sahne, sahne arkası ve sahne dışı. Ön sahne, oyuncunun resmi olarak performans sergilediği ve izleyici için belirli bir anlamı olan sözleşmelere bağlı kaldığı yerdir (Goffman, 2016). Oyuncu izlendiğini bilir ve ona göre hareket eder. Bu performanslar, diğerlerine bu durumda aktörün kimliğini doğrulayan bilgileri ileten izlenimler sunar. Oyuncu performansının farkında olabilir veya olmayabilir. Bunun yanı sıra performansıyla ilgili bir hedefi olabilir ancak seyirci sürekli olarak ona ve oyuncuya anlam yükler. Sonuç olarak Goffman performansı tanımlarken bireyin öteki için düzenlediği gösteride kendi performansı hakkındaki görüşlerinin değiştiğini tanımlar. Birey kendi rolünde içtenlikle inandırıcı olabilir. Bununla birlikte kendi performansı hakkında şüpheye de kapılabilir (Goffman, 2016). Bakırköy’deki hastaların hemşirelerden hemşirelere göre farklı tepkiler ürettiğini söyleyebiliriz.

“Bana bakıyorum tabi yumuşak yüzlüyüm hemen sigara isteme bahanesi ile yaklaşıyor soru soruyor. Sigara istemezse bile bir pazarlık için geldiğini mutlaka anlıyorum” (Sağlık Memuru, 2007-Çalışıyor).

Bireyin gündelik yaşam içerisindeki rollerini oynarken takındığı tavırlar rollere, sahneye ve izleyicilere göre değişir. Benlik sunumunun icrasının başarısı performans aracılığı ile seyircilerin izlenimlerini iyi yönetmekten geçer. İyi bir oyuncu sahnede seyircilerin nabzını sürekli olarak yoklar. Performansı sergilerken inandırıcı olmak zorundadır. Eğer büyü bir kez bozulursa seyirciler salonu boşaltmaya başlar. Birey gündelik yaşamda karşılaştığı ötekiye karşı benliğinin gösterimlerini yaratıcı bir biçimde idare etmeye çalışır. Ruh sağlığı mekânlarında ise bu yönetim farklı biçimlerde gerçekleşir.

“Bazen hasta geliyor bakıyorum “iyiyim ben onlardan akıllıyım” gibi. Hani direkt bunu söylemiyor ama ben biliyorum. Hissediliyor yani. Orada uzun süre kalan çalışan bir insan hangi hastanın neyi niçin yaptığını az çok tahmin edebiliyor”(Hemşire, 2010-Çalışıyor)

Doktor-hemşire, hemşire-personel, personel-hasta ve hemşire hasta gibi sayısız kombinasyonun performanslarını izleyen seyirciler sahnedeki tarafından yönlendirilir. Seyirci sahnedekilerin gösterimini izlerken onların yönetim tekniklerine maruz kalır. Rol yapan oyuncular gerçekleştirdikleri performans ile sundukları benliklerinin karşısındakinde oluşturduğu etkiyi izler ve bu etkiye göre rolün gideceği soyut sözcük yollarını belirler. Hemşire hasta önünde gerçekleştirdiği performans ile hastane içindeki söz yetkisinin sınırlarını hastaya göstermeye çalışır. Cevaplayamadığı veya hata yaptığı bir performansında izleyici eğer hasta ise durumu toparlamaya ve konumunu korumaya çalışır. Hekimin hemşire karşısında gerçekleştirmiş olduğu gösterim yönetiminde özellikle aksatıcı olabilecek öğeler üzerinden denetim kurma eğiliminde olurlar.

Goffman (2016), bireyin performansını sergilediği anda öteki tarafından kabul edilecek benliği oynadığını varsaymıştır. Öteki, performans sırasında bireyin sergilediği performansını bozabilir. Gösterim yönetimi tam olarak burada devreye girer, seyircinin aksatıcı olabilecek öğeleri üzerinde birey iktidar kurmaya ihtiyaç duyar. İzlenim yönetimi, bireylerin karşılaşması muhtemel sorunlar karşısında izlenimler sürdürmek için kullandıkları teknikleri ve bu sorunlarla baş etmek için kullandıkları yöntemleri kapsar. Goffman’ın gösterim yönetimi tehlikeli jest, sorumsuz ihlal ve gaf gibi yapılmaması gereken pratikleri engellemeye yöneliktir. Bazı pratikler bireyin kendi performansına sadakat sağlamaya yöneliktir. Dikkatli davranmak, kontrolü sağlamak, yüz ve mimik hareketlerine ve ses tonuna dikkat etmek gibi iç kontrol disiplin yöntemleri gösterim yönetimini sağlar.

Performans ve gösterim yönetimi içinde Goffman'ın kavram çerçevesinde kullandığı önemli diğer bir kavram ise rol mesafesidir. Rol mesafesi bireyin performans içinde oynadığı rolü benimseme düzeyini tanımlar (Suibhne, 2011). Rol mesafesi, bireylerin kendilerini içinde bulundukları rollerden ne derece ayırdıklarıyla ilgilenir. Birey performansı sırasında aslında seyirciye, bu performansta ötekinden (kendinden düşük bir konumdaki öteki) farklı bir biçimde olduğunu gösterir. Rol mesafesinde bireyin toplumsal statüsünün önemli bir işlevi bulunur. Yüksek statülü insanlar sıklıkla rol mesafesini, alt statülü konumlardaki insanlardan farklı nedenlerle ortaya koyarlar (Smith, 2011).

Ruh sağlığı mekânlarında rol mesafesinin örnekleri gerek hastalar gerekse de personeller tarafından gözlenebilir. Hastaların daha kötü durumdaki hastalara bakıp onlardan farklı biçimlerde davranmaya başlaması temel olarak “ben onlar gibi değilim, onlar kadar hasta değilim” performansını uygulamaya dayanır. Hastanın bu rol mesafesi personeller ile normalden daha fazla iş birliği içine girmesini sağlar. Hasta onlar gibi olmadığını göstermek için rol mesafesi uygular. Bir psikiyatri uzmanı ise asistan ve hemşirelerden farklı biçimlerde davranarak rol mesafesi performansını gerçekleştirir. Personelin yaptığı işi isteksiz bir şekilde yapması, sık sık ilkokulda çok başarılı olduğunu gururla vurgulaması aslında daha iyi işlere layık olduğunu gösteren bir performanstır. Hemşirelerin doktorlar ve personeller arasında çizilen toplumsal rolü ise daha karmaşık rol mesafeleri ile gerçekleşir. Hemşireler doktorların yardımcısı gibi alt bir konuma sahip olmadıklarını son zamanlarda oldukça sesli bir biçimde dillendirmektedir. Ancak mesleğin tarihsel boyutu ve mesleğin sınırlarının yasal olarak net bir biçimde çizilmemesinin sebep olduğu bir belirsizlik vardır. Hemşireler gerek mesleki bilinç gerekse de mesleki örgütlenme noktasında gelişme gösteren bir meslektir. Bu durum hastalar tarafından hemşirelerin küçük görülmesine veya kimi zaman iyi görülmesine sebep olan temel konudur.

Goffman bireyin öteki tarafından izlediğini bildiği anlarda “sahne önü” davranışına girdiğini tanımlar. Sahne önü davranışı, mekân, kişinin oynadığı özel rol ve kişinin fiziksel görünümü tarafından şekillendirilen davranış için içselleştirilmiş normları ve beklentileri yansıtır. Bireyin bir sahne önü performansına katılımı kasıtlı veya kasıtsız olabilir. Her iki durumda da ön sahne davranışı tipik olarak, kültürel normlar tarafından şekillendirilmiş, rutinleştirilmiş ve öğrenilmiş bir sosyal senaryoyu takip eder. Psikiyatri kliniklerinde klinik şefi doktor ve asistanlarının hastaları ziyareti gündelik bir rutindir. Bu sırada kıdemli doktor asistan doktora nasıl düşünmesi gerektiğini bir usta çırak ilişkisi gibi anlatır. Asistan uzman olduğunda ise yeni gelen asistanlar ile bu rutini sürdürür. Kendi aralarında konuşmaları hasta

odasında hastanın izlediği bir gösteriye dönüşür. Hasta önünde konuşulanlar bir sahne önü performansıdır.

Kıdemli hocaların söyleyecekleri konumundan kaynaklı asistandan farklılaşır. Konumu korumak ister, sorular sorar. Hasta önünde kıdemlinin kim olduğu kimin etrafında, kimin arkasında durulduğu gibi konumlanma ile anlatılır. Ön sahne davranışının ortamı ne olursa olsun, insanlar başkalarının onları nasıl algıladıklarının ve ne beklediklerinin farkındadır ve bu bilgi onlara nasıl davranmaları gerektiğini söyler. Başrol kendini seyircisi önünde bir şey söylemeden tanıtır. Hürmet bekler ve saygı oluşturur. Sadece bireylerin sosyal ortamlarda ne yaptıklarını ve söylediklerini değil, aynı zamanda kendilerini nasıl giyindiklerini ve stillerini, taşıdıkları tüketici ürünlerini ve davranış biçimlerini şekillendirir. Asistanların kıdemli doktor veya gündelik hastane söyleminde kullanıldığı gibi hocaların “gözüne girmek” için kullandıkları ekstradan bir performans ve rol çalma pratiği vardır. Bu aslında hastane içindeki son derece rutinleştirilmiş ve senaryolu ön sahne performanslarının örneğidir.

İnsanların etrafındakilerle birlikte sergiledikleri “performanslar”, her ortamda ne yapmaları gerektiği ve birbirleriyle ne hakkında konuşmaları gerektiğine dair tanıdık kurallara ve beklentilere uyar. İnsanlar ayrıca işteki meslektaşlar ve sınıflardaki öğrenciler gibi daha az halka açık yerlerde ön sahne davranışına katılırlar. Bunlar sırayla, başkalarının onları nasıl gördüğünü, onlardan ne beklediklerini ve onlara karşı nasıl davrandıklarını şekillendirir. Bourdieu (2015), kültürel sermayenin hem ön sahne davranışını şekillendirmede hem de başkalarının bunun anlamını nasıl yorumladığını göstermede önemli bir faktör olduğunu belirtir.

Birey sahne arkası pratiğine girdiğinde, sahne önü pratiğini belirleyen beklenti ve normlardan özgürdürler. Bu göz önüne alındığında, birey sahne arkasında genellikle daha rahattır; gardını indirir ve sınır tanımayan ya da “gerçek” benliklerini yansıtacak şekilde davranır. Hatta konuşma şekillerini değiştirebilir, bedenlerini düzenleyebilir veya kendilerini taşıyabilirler. Psikiyatri uzmanlarının ve asistanlarının mekânsal olarak aynı ortamda bulunduğu yerlerde asistanlar daha fazla hürmet pratiği sergiler. Uzman ise daha az rahat davranıp konumlarını korumaya çalışır. Herhangi bir sınır ihlalinde uzman bir hoca olarak sınırı geçeni cezalandırarak sınır dışına yollar.

Bu konuda hastanedeki asistanların sınır dışına atılması pratik ve ritüelleri oldukça kaba bir biçimde gerçekleştirilebilir. Aşağıda Bakırköy’de çalışan asistan hekimin gazeteye vermiş olduğu bir röportaj bulunmaktadır.

“M.D. (28) Psikiyatri: 1 günde 52 hasta bakıyorum. Hasta başına sadece 8 dakika sürem var. Adını, soyadını, yaşını bir de mesela “sinirliyim” dediğini duyabiliyorum ve buna göre tedaviye başlıyorum. Ancak ilaçları nasıl ve ne kadar süreyle kullanacağını anlatabiliyorum. Bir hastaya ayırdığım vakit uzadıysa diğerlerine 1 dakika ayırmak zorunda kalabiliyorum. Uzmanla söylediğimde ise hakarete uğruyorum. Örneğin en son duyduğum kelime “hadsiz” oldu. Burada 3’üncü yılım ve gittikçe geriliyorum. İlk yılmda daha çok şey biliyordum” (Özel, 2014).

Hemşireler önünde asistan veya doktorlar kendi aralarında olduklarından farklı bir role bürünürler. Hemşire dinlenme mekânları genellikle hastane içlerinde hastalarla iç içedir. Asistan odaları mekânsal olarak biraz daha tecrit edilmiştir. Uzman ve klinik şefi odaları ise tamamen iç kısımlara yerleştirilmiş ve kapıları kapatılmıştır. Sahne arkaları daha geniş bir mekânsal alan kaplayan birey daha fazla özgür hareket eder. Hemşirelerin mekânsal konumları ve rolleri sahne arkalarını daha daraltır. Hasta önünde daha çok duran hemşireler daha fazla sahne önü performansı düzenler (Goffman, 2009).

“Yani hemşire hastayla daha iç içe tabi. Saldırı da güzel söz de yeri geliyor bize yapılıyor. Kadın hemşire arkadaşlar pek tercih etmiyor örneğin hastalarla iç içe oldukları servisleri. Hastanın birinin serviste hemşire odası cam kırmışlığı var. Biz o sınırı hastalarla koymaya çalışıyoruz bir o kadar da yakınız tabi” (Sağlık Memuru, 2007-Çalışıyor).

Bireyler sahne arkasında olduklarında, genellikle belirli davranışları veya etkileşimleri prova ederler ve aksi takdirde yaklaşan sahne önü performanslarında “pot” kırabilirler. Gülümseme veya tokalaşma pratiği yapabilir, bir sunum veya konuşma provası yapabilir veya bir kez daha toplum içinde belirli bir şekilde görünmeye hazırlanabilirler. Yani birey ne düşündüğünü ve ne yaptığını etkileyen normların ve beklentilerin farkındadır. Çoğunlukla, bir bireyin sahne önünde nasıl davranacağı, bir bireyin sahne arkasındaki davranışından önemli ölçüde farklıdır. Birey ön ve arka sahne davranışları için beklentileri görmezden gelirse, kafa karışıklığı, utanma ve hatta tartışma yaşayabilir.

5. SONUÇ YERİNE

Akıl ve ruh sağılığını bozan birçok risk faktörü bulunmaktadır. Bu çalışmada, akıl ve ruh hastalıklarının oluşmasında biyolojik olarak vücut mekanizmasının bozulması veya hücrelerin işleyişinde aksaklıkların olmasının yanı sıra toplumsal nedenlere bağı risk faktörlerin de etkili olduğu vurgulanmaktadır. Toplumsal faktörlerin anlaşılması için kapsamlı bir ruh sağılığı sosyolojisine ihtiyaç vardır. Yoksulluğun, savaşın, göçün, cinsiyetin ve toplumsal tabakalaşmanın ruh sağılığı üzerindeki etkilerini vurgulamak için bu çalışmada kapsamlı bir ruh sağılığı sosyolojisi kavram haritası çıkarılmıştır. Koruyucu ruh sağılığı hizmetleri; savaşların engellenmesi, cinsel istismarın yok edilmesi, mültecilik haklarının sınırlarının çizilmesi, insanca yaşam koşullarının sağılanması, eğitime ulaşmada fırsat eşitliğinin sağılanması ve kimliğin toplumsal bir ötekileştirme nedenine dönüşmemesini sağılamak olarak özetlenebilir. Ancak günümüzde bu ölçüde bir koruyucu sağılık hizmetinin oluşmasına oldukça uzun bir yol vardır.

Ruh sağılığı sorunlarını çözmek için tarih boyunca çeşitli mekânlara üretilmiştir. Bunlar bimarhaneler, şifa evleri, tımarhaneler ve akıl hastaneleridir. Bu mekânlar sağılığın düzeltilmesi ve bireyin “normalleştirilmesi” için stratejik araç oluşturmuşlardır. Bu anlamda mekânın ne işlev gördüğünü, nasıl etki yarattığını anlamak oldukça önemlidir. Mekân yalnızca statik bir alan olmaktan öte üreten ve dönüştüren, dinamik bir öğedir. Mekân üzerine işlevselci, eleştirel, yapısalcı ve fenomenolojik yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu bağlamda çalışmada ruh sağılığı ve mekân sosyolojileri ile “ruh sağılığı mekânları” kavramını üretmek ve kavramsal altyapısını doldurmak amaçlanmıştır. Literatürde daha önce kullanılmayan “ruh sağılığı mekânı” “ruh sağılığı mekânı” kavramı, mekân ve ruh sağılığı sosyoloji ile bugünkü ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin anlaşılmasını sağılar. Ruh sağılığı tıbbi bir kavram olduğu kadar toplumsal bir kavramdır. Mekân ise toplumsal ve bireysel anlamda özne ile birlikte anımlanan deneyimlenen bir alandır. Ruh sağılığı mekânı bu bağlamda hasta, doktor, hemşire, personel ve toplum gibi geniş bir grup tarafından üretilir. Mekân fiziksel anlamda bir yer kapladığı gibi aynı zamanda bireyin zihinsel sürecinde de bir yer kaplar. Zihinsel süreç, gündelik rutinler, medya, kahvehane sohbetleri, tartışmalar, cadde boyları, anılar, söylentiler ve bireysel-toplumsal deneyimler ile oluşturulur.

Ruh sağılığı mekânı tarihsel olarak tımarhane, deliler hastanesi gibi tanımlamalar ile anılmıştır. Korkulacak birer mekân olarak görünen ruh sağılığı mekânları toplumsal dilde bir cezalandırma yeri olarak benimsenmiştir. Ruh sağılığı mekânları, “Seni tımarhaneye

kapatmaları lazım!”, “Sen bir Bakırköy’e git!”, “Bakırköy’den mi kaçtın sen?” gibi benzer söylemler ile insanların kapatıldığı, tehlikeli olabilecek bireylerin etkisiz hale getirildiği bir yer olarak görülmektedir.

İlk akıl hastanelerinin geniş bir arşiv ve arkeolojisini Foucault yapmıştır. Tımarhanelerin kapitalizmin gündelik yaşamı içine yerleşmesi ve bireyin yaşamsal rutinlerine müdahale etmeye başlamasıyla birlikte sokakta yaşayan dilencilerin, fahişelerin, aylakların çoğu bir mekâna kapatılmıştır. Bu kapatılmada özellikle bir ayırım yapılmamış bütün gruplar aynı mekâna koyulmuştur. Geçmişte oldukça kötü ortamlarda tasvir edilen, deneyimlenen ruh sağlığı mekânları hâlâ kötü tarihsel hafızayı düzeltmeye çalışmaktadır. Bu toplumsal bellek, hastaların ruh sağlığı mekânlarına girişlerini, kurumdaki kurallara ve mekânsal kısıtlamalara uymalarını engellemektedir. Birey tarafından mekânın disiplin işlevi üreten bir yanının anlaşılması, bireyi mekâna uyum veya direniş gösterme pratiğine itebilir. Tımarhane olarak bilinen ruh sağlığı merkezlerine, hasta kendine kötü davranılacağı, deli olduğu için kapatıldığı gibi düşünceler ile gidebilir. Bu düşünce hastayı mekâna karşı bir konuma yerleştirebilir. Bakırköy’den kaçan hastalar, ayağını direye direye psikiyatrik acile gelen hastalar mekâna karşı bir tutum geliştirmiştir. Hastanın mekâna ilişkin olumsuz tutumunun yanı sıra “asistandan sigara isteme”, örnek ekle gibi davranışlarla mekâna uyum sağlama pratiği gerçekleştirebilir. Hasta, mekân içinde kendine kaçış noktaları sağlayabilir. Bu kaçış noktalarına ulaşmada sağlık personelleri ile “iş birliği” yapabilir. Bu bağlamda ruh sağlığı mekânının içinde sonsuz etkileşimi, uyumu ve çatışmayı barındırdığı ve etkileşime giren bireylerin kişilik özellikleri ile değişim sağladığı söylenebilir. Bu nedenle Bakırköy ve diğer ruh sağlığı mekânlarını kapalı, cansız ve durağan alanlar olarak anlamlandırmak mekân içerisinde gerçekleşen pratiklerin anlaşılmasında bazı olguların gözden kaçırılmasına neden olabilir.

Mekân hem toplumsal hem bireysel bir olgudur. Bireysel anlamda bireyin evi, yürüdüğü yol, sevgilisi ile oturduğu yer birey için mekânsal bir anlam ve gerçeklik taşır. Toplumsal anlamda kentler bir mekânsal alan olarak gündelik yaşamı etkiler. Günümüz mekân sosyolojisi çalışmaları genel anlamda kent sosyolojisi çatısı altında toplanmaya çalışılmakta ve mekân biraz daha mimari alana bırakılmış gibi görünmektedir. Kent sosyolojisinin temel olarak bu kadar yaygın olarak kullanılmasının temel sebeplerinden biri kent mekânının düzeltilmesinin, toplumun düzeltilmesi ile eş değer olarak görülmesi olabilir. İlk kent üzerine fikir yürüten çalışmacılar mekân düzelirse toplum düzelir anlayışına sahiptir. Ancak mekân kentin ötesinde bir anlam taşır. Mekân bir tımarhane, bir mezarlık veya bir

patika yol olarak tanımlanabilir. Bir tımarhanenin mekân sosyolojisi en az kent sosyolojisi kadar önemlidir. Tımarhane modern anlamda ruh ve akıl hastanesi bu çalışmada kullanıldığı anlamda ise ruh sağlığı mekânlarının sosyolojisi nasıl yapılmalıdır?

Ruh sağlığı mekânları aktif öznelere ürettiği bir alandır. Ruh sağlığı mekânı olarak Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin mekânsal özellikleri kadar hasta, hemşire ve doktor da bu anlamda tezin çalışma konusudur. Esasen tez katılımlı gözlem tekniği ile yapılmak istenmiş ve hastaların, personelin mekân ile etkileşimleri, onlara artık aşına gelen ancak detayların gizlendiği ortamı gözlemek ve alan notları tutmak tezin asıl yöntemi idi. Ancak Mart 2020'den Türkiye'de etkisini gösteren ve çeşitli kısıtlamalar ile önlem alınmaya çalışılan COVID-19 nedeniyle tezin yönteminin aksamasına neden olmuştur. Bulaşıcılığı ve öldürücü özelliği ile bilinen bu virüs nedeni ile Bakırköy hastane koridorların uzunca vakit geçirmek ve hastalar arasındaki diyalogları, mekân ile etkileşimlerini incelemek mümkün olmamıştır. Hastaların, personelin ve araştırmacının sağlığı düşünülerek ne yazık ki bu yöntemden vazgeçilmiştir. Bunun yerine internet üzerinden yapılandırılmış görüşmeler ile Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde 1985-2020 yılları arasında çalışmış olan sağlık çalışanları ile bir dizi görüşmeler yapılmıştır. Çalışmanın katılımlı gözlem tekniği ile ulaşmak istediği yerler; Bakırköy'ün binalarının kaç katlı olduğu, pencerelerindeki demir parmaklıklar, bu demir parmaklıklar ile hastaların etkileşimi, doktorların hastalar ile diyalogları, hastanın hemşire ile diyalogları, banyo kapıları, tuvaletlerin içi, servis kapıları, bahçesi, bahçesindeki diyaloglar, koridorların genişliği, rengi, mekânın duvarları, yüksekliği, hastaneden kaçan hastaların öyküleri gibi unsurlara kurumdaki personeller aracılığı ile anlaşılmaya çalışılmıştır.

Hastane içerisinde yaşayan öznelere gerçekleştirdiği gündelik rutinde, mekânın bir etkisi vardır. Bu etki, ruh sağlığı mekânlarının durağan olmadığını gösterir. Mekân, öznelere birbiri ile etkileşime geçtiği bir sahnedir. Ruh sağlığı mekânları dışarıdan görüldüğü gibi kapalı katı bir kurumdan öte içinde öykülerin, ölümlerin olduğu kimi hastaların ev mekânı olarak tanımlandığı bir yerdir. Böylesine deneyimler ve duygularla tanımlanabilecek bir mekânın aynı zamanda bir total kurum yani resmi kuralları, iç kültürü olan, disiplin ve tahakküm amacı güden bir kurum olması oldukça önemlidir. Yine de ruh sağlığı mekânlarını; hastayı kapatılan, düzeltilmeye çalışılan bir vaka ve onların gardıyanı; doktor ve hemşireler çerçevesinde anlamak oldukça kolay ve yanlış bir çözümlemedir. Ruh sağlığı mekânlarına yatan hastalar ruh sağlığı mekânı ile çatışan geçmiş dönem kişilikleri, alışkanlıkları burada sürdürdükleri taktikler ve rutinler ile kendini üretir. Hastanın personel ile “sigara, çay”

anlaşmaları yapması ve karşılığında yatağına toplamayı kabul etmesi ruh sağığı mekânının etkileşim alanı olduğunun göstergesidir. Ruh sağığı mekânları olarak akıl hastaneleri gündelik yaşam rutinleri içerisinde aktörlerin sahnede, mekânda gerçekleştirdiğı roller ile üretilir. Ruh sağığı mekânı, başta sağık çalışanları ve hastalar olmak üzere sahne, mekân ve rol ilişkilerinin bütündür. Ruh sağığı mekânları, özne etkileşimlerin tamamının rengini kattığı oyuncuların rolleri ile üretilir. Hasta ve doktor arasındaki etkileşimin sınırları, personel ve hasta arasındaki etkileşimden daha fazla belirgindir. Bu sınırlar mekânsal olarak da belirlenir ancak pazarlıkların, etkileşimlerin ve iyileşmelerin hepsinin her gün yenilenmesi biraz zorlaşır. Çünkü etkileşimi oluşturan etmenler içinde birden fazla öge vardır; hasta, doktor, hemşire, o gün içilen sigara sayısı, servise yeni gelen hasta, havanın kapalı olması, hasta odasının istemeden değiştirilmesi, personelin hastaya o gün kaba davranması gibi birçok detay günlük rutin ve işleyişin her an bozulması tehlikesini doğurur.

Ruh sağığı mekânına yatırılan hastanın bir özne olarak kendi kimliğı, bir şeyleri kendine göre yapma şekli yani kısaca rol kalıpları vardır. Ruh sağığı mekânının da kendi rol sistemleri ve dūřünme biçimleri vardır. Mekân kendi içerisindeki işleyişi hastaya dayatmaya çalışır. Hasta ise kimliğini korumak adına buna karşı koyar. Total bir kurum olarak ruh sağığı mekânları her hastanın öznel isteklerine göre işleyebilecek yeterli donanıma sahip olmadığından herkesi tek bir dūřünme biçimine getirmek ister. Belirli duř saatleri, gözetimli odalar, yemek yenilecek saatler, sohbet saatleri, sigara içme alanları ile her řey zamansal ve mekânsal olarak düzenlenmiştir. Bu anlamda bir ruh sağığı mekânının “rengi” ancak hastanenin özneleri olan hasta ile sağık personelleri arasındaki etkileşim aracılığıyla anlaşılabilir. Sağık personelleri olarak hemşire, doktor, personel, tıbbi sekreter, psikolog, sosyolog gibi öznelerin mekân ve hastalar ile etkileşimi nasıldır? Bu çalışmada, ruh sağığı mekânları mimari planlara, istatistiklere ve sayılara bakılarak değil Bakırköy’ün duvarları içerisine saklanmış olan anılar, deneyimler, hasta öyküleri, çalışanların hastaneye bakınca neler hissettiğı ile anlaşılmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda tezin temelini oluşturan ruh sağığı mekânları kavramsallaştırması, mekân içindeki gündelik hayat, anılar, deneyimler, strateji ve taktikler ile anlaşılmaya çalışılmıştır. Sağık personellerinin anı ve deneyimleri üzerinden hasta ve mekâna dair fikir edinilmeye çalışılmıştır.

Ruh sağığı mekânları kapsamlı bir mekân sosyolojisi ile anlaşılabilir. Ruh sağığı mekânlarını salt bir disiplin mekânı olarak ele almak bu konuda eksik bakış açıları getirir. Ruh sağığı mekânları, Goffman’ın tanımlaması ile bir total kurum olarak içinde “ükağıtları”, zulaları, etkileşim ritüellerini barındıran bir alandır. Yine Goffman’ın tanımlarına göre etrafı

dikenli tellerle kaplı ruh sağlığı mekânları hem somut anlamda (mekân) hem de soyut anlamda bireyin etrafını kuşatır ve onu kimliksizleştirir. Bireyin benliği kurum benliği ile değiştirilmek istenilir. Tam bu noktada birey ile ruh sağlığı mekânı arasında bir gerilim oluşur. Bu gerilimin aşılması için de stratejilere, taktiklere, tavizlere ve iş birliklerine başvurulur. Bu iş birlikleri ruh sağlığı mekânında emreden sağlık personeli itaat eden hasta konumu indirgemeci anlayışın çöküşünün temel örneği olarak gösterilebilir. Çünkü sağlık personelleri, ruh sağlığı mekânlarında artık 19. yüzyıl tekniklerini kullanmamaktadır. Bugünkü ruh sağlığı mekânlarını kavramak için bugünkü ruh sağlığı mekânlarının içine girilmeli, mekândaki özneler tanımlanmalıdır.

Bu noktada kurumsuzlaşma ve kurumlar arası geçiş meselesine değinilmelidir. Bugün Türkiye’de ruh sağlığı mekânları deyince artık depo hastanelerden daha az bahsedilmektedir. Depo hastaneleri geçmişte hastaların anlamıyla “istiflendiği”, “üst üste” koyulduğu bir tanımlama olarak kullanılır. Bu çalışma içinde “Depo” belgeselinde vurgulanan günümüzde etkilerinin olduğu görülen depo hastanelerden günümüzde daha az bahsedilmektedir ve bu hastaneler yerine alternatif olarak Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmuştur. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin günümüzdeki sayısı ise 250’yi geçmiştir (Bilir ve Artvinli, 2020). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri yeni mekânsallaşmalar olarak tanımlanabilir. Bu ruh sağlığı mekânları, toplum içinde psikiyatri tartışmalarının somut tezahürleri olarak tanımlanabilir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, hastaların ayaktan muayene edildiği ruh sağlığı mekânlarıdır. Bu çalışmada Bakırköy içinde servisi olan bir ruh sağlığı merkezinde etkileşimler nelerdir sorusunun yanıtı incelenmiştir. Bununla birlikte ruh sağlığı sosyolojisi bağlamında yeni ruh sağlığı mekânları olarak Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, Alkol ve Madde Tedavi Merkezleri, özel psikiyatri hastaneleri ve terapi merkezlerinin incelenmesi önerilir.

Fransa’da kurulan ilk tımarhane “*Genel Hastane*” günümüz tanımlamaları için sadece bir arkeoloji çalışmasından öteye gitmemelidir. Tuncelili bir doktorun, Muşlu bir hemşirenin, Keşanlı bir sosyal hizmet uzmanının, Yozgatlı bir personelin, İzmirli bir psikoloğun hasta yaklaşımını anlamak ruh sağlığı mekânlarının günümüzde nasıl olduğunu kavramak için oldukça önemlidir. Görüşmeler sırasında bir görüşmeci kendi memleketinde (Tunceli) delilerin kutsal görüldüğünü, Bakırköy içerisinde her ne kadar bir hemşire olarak rasyonel bir çaba gütse de o kültürel kodlamadan uzaklaşamadığını aktarmıştır. İşte tam bu noktada ruh sağlığı sosyolojisinin bir akıl hastanesini tanımlamadaki önemi ortaya çıkmaktadır. Farklı şehir isimleri sayıldığı anda mekâna dair bir kişilik bir kimlik portesi zihnimizde canlanır. Bu

portreleri göz ardı edip ruh sağığı mekânları içindeki personelleri salt birer sağıık uygulayıcısı olarak görmek oldukça hatalı bir yaklaşımdır.

Bu çalışmada ruh sağığı mekânı olarak Bakırköy'ün gündelik rutininin bütün mikro verilerinde hastanın ve personellerin, mekân içindeki iktidarı birlikte ürettikleri anlatılmıştır. Bu çalışmada bugüne kadar sosyolojik bağlamda hemen hemen sabit bir kavram olarak ele alınan ruh sağığı mekânlarının aslında canlı, değıışen, dönüışen ve hareket eden bir alan olduğı görülmüştür. Ruh sağığı mekânlarının duvarları arkasında devam eden gündelik yaşam, rutinler, pratikler, taktikler ve direnişlerin kapsamlı bir ruh sağığı sosyolojisi ile analiz edilmesi gerekir. Bu ayrıntıların ruh sağığı sosyolojisi bağlamında incelenmesi ile ruh sağığı mekânlarının öteki yüzüyle karşılaşılağı düşünölmektedir.

Ruh sağığı sosyolojisi, ruh ve akıl sağığı tanımını yeniden sorgulamak gerektiğini vurgular. Ruh ve akıl sağığını, toplumsal ilişkisellik içinde, ruh sağığı mekânlarının rutin ve pratiklerinin işleyiş mantığı ile tanımlamak gerekir. Ruh sağığı sosyolojisi bağlamında bu çalışma, ruh ve akıl sağığının toplumsal ve kültürel nedenlere yönelerek tanımlanabileceğini vurgulamaktadır. Biyolojik tanımlar ile klinik içine sıkışan, bireyin bugüne kadar yaşamış olduğı deneyimlerin bir bütününün olduğunu unutup, hastalığı “şu anın” bir çıktısı olarak gören bakış açısının bir eleştirisi olarak bu çalışma ruh sağığı sosyolojisi bağlamında bir tanımlama önermektedir. Ruh sağığının bozukluklarının bir ilişkisel süreç olarak birden fazla risk faktörü bulunur. Bir durum olarak ruh sağığı, kültürel derinlikler içinde tarihsel anlamda oluşmuş, kalıplaşmış “tımahane ve delilik” bağlamı dışında açıklanabilecek bir olgudur. Bu çalışma, ruh ve mekân sosyolojisi ile ruh sağığı mekânlarının incelenmesi açısından kısa bir başlangıç olarak tanımlanabilir. Ruh sağığı ve mekân sosyolojisi incelemeleri bağlamında, ruh sağığı mekânlarının kendi içinde büyük bir “öykü yumağı” olduğunu, bunların yavaş yavaş bir “yün iplik” gibi çözölmesi gerektiğini, bu noktada ruh sağığının, mekânlar içine kapatılmış bir olgu değıil, her an her yerde üretilen bir etkileşim ritüeli olarak tanımlanması gerektiğini ve hastaneler içinde sosyolojik bir göze her an ihtiyaç olduğunu belirtmek daha sonraki çalışmalar için mütevazi bir öneri olarak sunulabilir.

6. KAYNAKÇA

- Almeida, D. M., Kessler, R. C.,** 1998. Everyday stressors and gender differences in daily distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3):670-680.
- Aneshensel C., Phelan. S.,** 1999. Handbook of the sociology of mental health. Kluwer Academic. New York.
- Arias, D. C.,** 2007. Allan rosenfield: public health's noble soul with a big heart. *American Journal of Public Health*, 97(2):204-207.
- Artvinli, F.,** 2013. Delilik siyaset ve toplum: Toptaşı Bimarhanesi 1873-1927. Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul.
- Artvinli, F., Erkoç, Ş.,** 2011. Yabancılaşmak mı delirmek mi? Psikiyatriden ödünç bir kavram: alienation. *Psikeart*, 7:7-11.
- Artvinli, F., Erkoç, Ş., Kardeş, F.,** 2010. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinin kısa tarihi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 8:1-12.
- Artvinli, F.,** 2020. *Deliliğin aynası: Osmanlı'dan günümüze ruhsal bozuklukların toplumsal ve tıbbi sınıflandırması*. Klinik Psikoloji Bilim ve Uygulama. Türk Psikologlar Derneği, İstanbul. 317-338.
- Avison, W., Jane D. Mcleod ve Bernice A.Pescosolido,** 2007. Mental health, social mirror. Springer, New York.
- Bachelard, G.,** 2017. *Mekânın Poetikası*. (A. Tümertekin, çev.). İthaki Yayınları, İstanbul.
- Baillie, A.,** 2005. Predictive gender and education bias in kessler's psychological distress scale. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(9):743-748.
- Başterzi, A. D.,** 2017. Mülteci, sığınmacı ve göçmen kadınların ruh sağlığı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8:379-387.
- Baudrillard, J.,** 2013. Foucault'u unutmak. (O. Adanır, çev.). Doğu Batı Yayınları, İstanbul.
- Baudrillard, J.,** 2014. Simülakrlar ve simülasyon. (O. Adanır, çev.). Doğu Batı Yayınları, İstanbul.
- Bauman, Z.,** 2003. Modernlik ve müphemlik. (İ. Türkmen, çev.). Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Bauman, Z.,** 2014. Küreselleşme. (A. Yılmaz, çev.). Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Bauman, Z.,** 2016. Postmodern etik. (A. Türker, çev.). Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Bauman, Z.,** 2017. Akışkan modernite. (E. Yılmaz, çev.). Can Yayınları, İstanbul.

- Beauvoir, S.**, 2019. İkinci cinsiyet. (G. Savran, çev.). Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Beck, U.**, 2019. Risk toplumu ve başka bir modernliğe doğru. (B. Doğan, çev.). İthaki Yayınları, İstanbul.
- Becker., H.**, 2015. Hariciler bir sapkınlık sosyolojisi çalışması. (L. Ünsaldı, çev.). Heretik Yayıncılık, Ankara.
- Bedi, S., Nelson, E. C., Lynskey, M. T., Mccutcheon, V. V., Heath, A. C., Madden, P. A., Martin, N. G.**, 2011. Risk for suicidal thoughts and behavior after childhood sexual abuse in women and men. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 41(4):406-415.
- Bilir, M. K., Artvinli, F.**, 2020. The history of mental health policy in Turkey: tradition, transition and transformation. *History of Psychiatry*, 8:1-17.
- Borge, A. I., K, M., Côté, S. M., Tremblay, R. E.**, 2004. Early childcare and physical aggression: differentiating social selection and social causation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2):367-376.
- Bourdieu, P.**, 1985. The social space and the genesis of groups. *Social Science Information*, 24(2):195-220.
- Bourdieu, P.**, 2010. Akademik aklın eleştirisi. (B. Yalım, Çev.). Metis Yayıncılık, İstanbul.
- Bourdieu, P.**, 2015. Ayrım. (D. Fırat, Çev.). Heretik Yayıncılık, İstanbul.
- Bourdieu, P.**, 2015. Pratik nedenler. (H. U. Tanrıöver, Çev.). Hil Yayınları, İstanbul.
- Bourdieu, P.**, 2018. Social space and the genesis of appropriated physical space. *International Journal of Urban and Regional Research*, 42(1):106-114.
- Brenner, N., Elden, S.**, 2009. Henri Lefebvre on state, space, territory. *International Political Sociology*, 3(4):353-377.
- Castells, M.**, 2015. Kent sınıf iktidar. (A. Türkün, çev.). Phoenix Yayınevi, İstanbul.
- Cemalcılar, Z.**, 2018. Psikoloji. (Z. Cemalcılar, dü.). Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Certeau, M. D.**, 2009. Gündelik hayatın keşfi 1. (L. A. Özcan, çev.). Dost Kitapevi Yayınları, Ankara.
- Certeau, M. D.**, 2017. Tarih ve psikanaliz. (A. Sönmezay, çev.). Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.
- Cockerham, W. C.**, 2011. Sociology of mental disorder. Pearson Prentice Hall, Upper Saddle Riverj.
- Coleman, N.**, 2013. Utopian prospect of Henri Lefebvre. *Space and Culture*, 16(3):349-363.
- Couldry, N.**, 2005. Learning from Bourdieu's the weight of the world. *Cultural Studies Critical Methodologies*, 5(3):354-372.

- Curtis, S.**, 2010. Space, place and mental health. Routledge, New York.
- Cüceloğlu, D.**, 2019. İnsan ve davranış. Remzi Kitapevi, İstanbul.
- Çapan, F.**, 2019. İslam dünyası'nda bimaristanlar ve gelişme süreçleri. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 3(18):25-29.
- Dietz, T., Kalof, L., Stern, P. C.**, 2002. Gender, values and environmentalism. *Social Science Quarterly*, 83(1):353-364.
- Doğan, O., Kocacık, F.**, 2006. ruh sağlığı ve bozukluklarının sosyolojisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12:109-121.
- Durkheim, E.**, 2006. Toplumsal işbölümü. (Ö. Ozankaya, çev.). Cem Yayınevi, İstanbul.
- Durkheim, E.**, 2015. İntihar. (Z. İlkelen, çev.). Pozitif Yayınları, İstanbul.
- Dünya Sağlık Örgütü.**, 2001. Dünya sağlık raporu 2001-ruh sağlığı: yeni anlayış, Yeni Umut. Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre.
- Dünya Sağlık Örgütü Doğu Akdeniz Bölge Ofisi.**, 2002. Zor koşullar altında sağlık. Kahire.
- Ehrenreich, D.**, 1976. Complaints and disorders: the sexual politics of sickness. Writers An Readers, Londra.
- Fanon, F.**, 2015. Siyah deri beyaz maske. (C. Koytak, çev.). Versus Kitap, İstanbul.
- Fanon, F.**, 2018. Yeryüzünün lanetlileri. (Ö. Ozankaya, çev.). Versus Yayıncılık, İstanbul.
- Fanon, F.**, 2020. Yabancılaşma ve özgürlük üzerine yazılar. (K. Çayırılı, çev.). Sel Yayıncılık, İstanbul.
- Foucault, M.**, 1984. Space, knowledge and power. Random House, New York.
- Foucault, M.**, 1986. Of other spaces. *Diacritics*, 16(1):22-27.
- Foucault, M.**, 2007. Cinselliğin tarihi. (H. Tanrıöver, çev.). Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Foucault, M.**, 2009. Deliliğin tarihi. (M. A. Kılıçbay, çev.). İmge Yayınevi, İstanbul.
- Foucault, M.**, 2009. Kelimeler ve şeyler. (M. A. Kılıçbay, çev.). İmge Yayıncılık, İstanbul.
- Foucault, M.**, 2011. Bilginin arkeolojisi. (V. Urhan, çev.). Ayrıntı Yayıncılık, İstanbul.
- Foucault, M.**, 2012. Kliniğin doğuşu. (V. Urhan, çev.). Epos Yayıncılık, İstanbul.
- Foucault, M.**, 2013. Hapishanelerin doğuşu. (M. A. Kılıçbay, çev.). İmge Kitapevi, İstanbul.
- Foucault, M.**, 2015. Büyük kapatılma. (V. Urhan, çev.). Ayrıntı Yayıncılık, İstanbul.

- Foucault, M.,** 2015. Büyük yabancı: dil, delilik ve edebiyat üstüne konuşmalar. (V. Urhan, çev.). Metis Yayıncılık, İstanbul.
- Foucault, M.,** 2019. Akıl hastalığı ve psikoloji. (E. Bayoğlu, çev.). Ayrıntı Yayıncılık, İstanbul.
- Foucault, M.,** 2019. Özne ve iktidar. (V. Urhan, çev.). Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Fromm, E.,** 2005. Sağlıklı toplum. (Z. Tanrısever, çev.). Payel Yayınları, İstanbul.
- Fromm, E.,** 2016. Özgürlükten kaçış. (Ş. Yeğin, çev.). Say Yayınları, İstanbul.
- Fuggle, S.,** 2012. Michel Foucault: key concepts. *French Studies*, 66(2):272-273.
- Galbis-Reig, D.,** 2003. Sigmund Freud: forgotten contributions to neurology, neuropathology, and anesthesia. *The Internet Journal of Neurology*, 3(1):8-16.
- Geçtan, E.,** 2018. Çağdaş yaşam ve normaldışı davranışlar. Metis Yayınları, İstanbul.
- Gedo, J. E.,** 2002. The enduring scientific contributions of Sigmund Freud. *Perspectives in Biology and Medicine*, 45(2):200-211.
- Giddens, A.,** 1998. Modernliğin sonuçları. (E. Kuşdil, çev.). Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Giddens, A.,** 2002. Toplumun kuruluşu. (H. Özel, çev.). Bilim ve Sanat Yayınları, İstanbul.
- Giddens, A.,** 2017. Sosyoloji. (E. A. Kayhan, çev.). Kırmızı Yayınları, İstanbul.
- Goffman, E.,** 2009. Günlük yaşamda benliğin sunumu. (B. Cezar, çev.). Metis Yayıncılık, İstanbul.
- Goffman, E.,** 2014. Total kurumun özellikleri. (S. Güvenç, dü.) *Teorik Bakış* (4):33-57.
- Goffman, E.,** 2016. Tımarhaneler. (E. Arıcan, çev.). Heretik Yayınları, Ankara.
- Goffman, E.,** 2018. Damga. (Ş. Geniş, L. Ünsaldı ve S. N. Ağırnaslı, çev.). Heretik Yayıncılık, Ankara.
- Goffman, E.,** 2020. Toplum içinde davranmak. (L. Ünsaldı, A. Bölükbaşı, çev.). Heretik Yayıncılık, Ankara.
- Gürler, G.,** 2017. Psikiyatrinin toplumsal etkilerine dair nitel bir araştırma: Ege Üniversitesi örneği. *Sosyoloji Dergisi*. 8:21-44.
- Harvey, D.,** 2008. Umut mekânları. (Z. Gametti, çev.). Metis Yayınları, İstanbul.
- Harvey, D.,** 2014. Sermayenin mekânları. (D. Koç, çev.). Sel Yayınları, İstanbul.
- Harvey, D.,** 2015. Sosyal adalet ve şehir. (M. Moralı, çev.). Metis Yayınları, İstanbul.

- Hirsch, P. M., Boal, K. B.,** 2000. Whose social construction: Berger and Luckmann revisited. *Journal of Management Inquiry*, 9(3):256-257.
- Horwitz, A. V.,** 2007. *Social construction of mental illness*. G. Ritzer, Blackwell encyclopedia of sociology. 210s.
- Hubbard, P., Kitchin, R.,** 2018. Mekân ve yer üzerine büyük düşünürler. (Ş. E. Ataman, çev.). Litera Yayıncılık, İstanbul.
- Hudson, C. G.,** 2005. Socioeconomic status and mental illness: tests of the social causation and selection hypotheses. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1):3-18.
- Hunter, L.,** 2004. Bourdieu and the social space of the class: reproduction of doxa through practice. *Sport Education and Society*, 9(2):175-192.
- Illich, I.,** 2014. Sağlığın gaspı. (S. Sertabiboğlu, çev.). Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Dohrenwend, B. P., Link, B. G., Brook, J. S.,** 1999. A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3):490-499.
- Kanar, E., Dinlenmiş, C.,** 2014. Röportaj: Depo-Akıl Hastanesinde Hayat belgeseli. (K. Akın, Röportaj Yapan). 16 Mart 2021.
- Kessler, R. C.,** 2003. Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(1): 5-13.
- Küçükali, Ç., Eradamlar, N., Alpkan, L.,** 2015. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Psikiyatri Birimi'ne kimler başvuruyor? kesitsel, tanımlayıcı bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(6):30-50.
- Lapierre, T. A.,** 2009). Marital status and depressive symptoms over time: age and gender variations. *Family Relations*, 58(4):404-416.
- Lefebvre, H.,** 2016. Mekânın üretimi. (I. Ergüden, çev.). Sel Yayıncılık, İstanbul.
- Link, B. G., Phelan, J. C.,** 1995. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35:80-94.
- Marshall, J. D.,** 1995. Michel Foucault: governmentality and liberal education. *Studies in Philosophy and Education*, 14(1):23-34.
- Marx, K.,** 2010. Louis Bonaparte'in on sekiz Brumaire'i. (T. Bora, çev.). İletişim Yayıncılık, İstanbul.
- Mcgrath, L.,** 2019. The handbook of mental health and space. Routledge, Londra.

- Meyer, I. H.**, 2003. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5):674-697.
- URL-1**, 2017. Bu hastanelerde sinirler bozulur, akıl sağlığı yitirilir! <https://www.milliyet.com.tr/gundem/bu-hastanelerde-sinirler-bozulur-akil-sagligi-yitirilir-1905157>. 03 Temmuz 2021.
- Morse, G. A., Salyers, M. P., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Rollins, A. L., Monroe-Devita, M., Vepfahler, C.**, 2012. Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health*, 39(5):341-352.
- Moya, P.**, 2014. Habit and embodiment in merleau-ponty. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8:542-542.
- Özel, B.**, 2014. *Her gün istisnasız tehdit şiddet ve aşağılama ile karşılaşyoruz*. <https://www.hurriyet.com.tr/kelebek/saglik/her-gun-istisnasiz-tehdit-siddet-ve-asagilama-ile-karsilasiyoruz-27778906>. 03 Temmuz 2021.
- Özmkas, U.**, 2019. Biyopolitika: iktidar ve direniş. İletişim Yayınları, İstanbul.
- Palladino, D., Stephenson, Y.**, 1990. Perceptions of the sexual self:their impact on relationships between lesbian and heterosexual women. *Women Vetherapy*, 9(3):231-25.
- Parton, N.**, 2008. The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge. *British Journal of Social Work*, 38(4):823-824.
- Pi, L., Lin, Y., Chen, C., Chiu, J.**, 2014. Serious leisure, motivation to volunteer and subjective well-being of volunteers in recreational events. *Social Indicators Research*, 11:1485-1494.
- Pilgrim, D., Rogers, D.**, 2005. *A sociology of mental health and illness*. Open University Press, Londra.
- Raffel, S.**, 2004. Baudrillard on simulations: an exegesis and a critique. *Sociological Research Online*, 9(2):57-65.
- Reay, M. J.**, 2010. Knowledge distribution, embodiment, and insulation. *Sociological Theory*, 28(1):91-107.
- Ritzer, G.**, 2018. *Modern sosyoloji kuramları*. (H. Hülür, çev.). Deki Basım Yayın, İstanbul.
- Rosenfield, P. L.**, 1992. The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. *Social Science Vemedicine*, 35(11):1343-1357.
- Rosenhan, D.**, 1973. On being sane in insane places. *Science*, 179(1):250-258.
- Scull, A.**, 2019. *Uygarlık ve delilik akıl hastalığının kültürel tarihi*. (N. Elhüseyni, çev.).Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.

- Semple, J.**, 1992. Foucault and Bentham: a defence of panopticism. *Utilitas*, 4(1):105-120.
- Simmel, G.**, 2009. *Bireysellik ve kültür*. (T. Birkan, çev.). Metis Yayıncılık, İstanbul.
- Smith, R. J.**, 2011. Goffman's interaction order at the margins: stigma, role, and normalization in the outreach encounter. *Symbolic Interaction*, 34(3):357-376.
- Soja, E.**, 2017. *Postmodern coğrafyalar*. (Y. Çetin, çev.). Sel Yayıncılık, İstanbul.
- Sorell, G. T., Montgomery, M. J.**, 2001. Feminist perspectives on erikson 's theory: their relevance for contemporary identity development research. *Identity Research*, 1(2):97-128.
- Spies, G., Stein, D. J., Stein, D. J., Roos, A., Faure, S. C., Mostert, J., Vythilingum, B.**, 2009. Validity of the Kessler in detecting defined mood and anxiety disorders among pregnant women. *Archives of Womens Mental Health*, 12(2):69-74.
- Stavrides, S.**, 2016. *Kentsel heterotopya*. (A. Karatay, çev.). Sel Yayıncılık, İstanbul.
- Stewart, L.**, 1995. Bodies, visions, and spatial politics: a review essay on henri lefebvre's the production of space. *Environment and Planning Society Vespase*, 13(5):609-618.
- Suibhne, S. M.**, 2011. Erving Goffman's asylums 50 years on. *British Journal of Psychiatry*, 198(1): 1-2.
- Summerfield, D.**, 1987. Nicaragua: war and mental health. *The Lancet Research*, 3(2): 9-14.
- Summerfield, D.**, 2001. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ Clinical Research*, 322(7278):95-98.
- Summerfield, D.**, 2004. Palestine: the assault on health and other war crimes. *BMJ Clinical Research* 329(7471):29-35.
- Tasca, C., Rapetti, M., Carta, M. G., Fadda, B.**, 2012. Women and hysteria in the history of mental health. *Clinical Practice Veepidemiology in Mental Health*, 8(1):110-119.
- Taşdemir, G.**, 2014. Yoksulluğun ruh sağlığı üzerine etkileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 18:74-88.
- Thoits, P. A.**, 1999. Sociological approaches to mental illness. A handbook for the study of mental health. 121-138s.
- Thomason, B. C.**, 1991. Worldly phenomenology: the continuing influence of alfred schütz on north american human science, ed., Lester Embree. *Journal of The British Society For Phenomenology*, 22(1):93-94.
- Tönnies, F.**, 2019. Cemaat ve cemiyet. (E. Güler, çev.). Vakıfbank Kültür Yayınları, İstanbul.
- Tuna, Y.**, 2011. Birey ve davranış. Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

- Turner, B. S.,** 2017. Tıbbi güç ve toplumsal bilgi. (Ü. Tatlıcan, çev.). Sentez Yayıncılık, İstanbul.
- Türk Tabipleri Birliği,** 2016. Savaş, göç ve sağlık. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Umberson, D., Williams, K., Powers, D. A., Liu, H., Needham, B. L.,** 2005. Stress in childhood and adulthood: effects on marital quality over time. *Journal of Marriage and Family*, 67(5):1332-1347.
- Urry, J.,** 2009. *Turist Bakışı*. (İ. Yıldız, çev.) İstanbul: Bilgesu Yayıncılık.
- Urry, J.,** 2018. *Mekânları Tüketmek*. (R. Ögdül, çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayıncılık.
- Uzun, U., Sancak , B., Özen, Ş.,** 2015. Tespit uygulamalarını etkileyen değişkenler: bir ruh sağlığı hastanesi örneği. *Yeni Sempozyum*, 53(4):16-21.
- Ünsaldı, L.,** 2016. Takdim., *yabancı bir ilişki biçimi olarak ötekilik* içinde: Heretik Yayıncılık, Ankara. 10s.
- Veenstra, G.,** 2007. Social space, social class and bourdieu: health inequalities in British Columbia, Canada. *Health Veplace*, 13(1):14-31.
- Wacquant, L.,** 2014. *Pierre Bourdieu: hayatı, eserleri ve entelektüel gelişimi*. (Ü. Tatlıcan, çev.). İletişim Yayınları, İstanbul.
- Wiley, S. B., Sutko, D. M., Becerra, T. M.,** 2010. Assembling social space. *The Communication Review*, 13(4):340-372.
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., Good, B. J.,** 2007. Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Social Science Vemedicine*, 64(7):1524-1535.
- Yılmaz, U. D.,** 2014. Savaş ve ruh sağlığı basın açıklaması. Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travman ve Afet Çalışma Birimi, İstanbul.
- Zechmeister, I.,** 2005. *Akıl hastalığına yönelik perspektifler*. Değişim sürecinde ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanı. NED, New York. 33s.
- Zurbrugg, I.,** 1993. Baudrillard, modernism, and postmodernism. *International Journal and Human Resource Management*, 22(4):482-500.