

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

DELİLİĞİN İDARESİ:

**ERENKÖY RUH ve SİNİR HASTALIKLARI
HASTANESİ'NDE ETNOMETODOLOJİK BİR ÇALIŞMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Büşra Nur TOPAL

SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI

Prof. Dr. Cevat ÖZYURT

Tez Danışmanı

ANKARA, 2020

KABUL VE ONAY

Büşra Nur TOPAL tarafından hazırlanan "Deliliğin İdaresi: Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Etnometodolojik Bir Çalışma" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Nevin GÜNGÖR ERGAN

(Jüri Başkanı)

Prof. Dr. Cevat ÖZYURT

(Tez Danışmanı)

Doç. Dr. Emrah AKBAŞ

(Jüri Üyesi)

Tez Savunma Tarihi:

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olması için şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Doç. Dr. Seyfullah YILDIRIM

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Büşra Nur Topal

TEŞEKKÜR

Öncelikli olarak; metne yönelik titiz okumaları ve yapıcı eleştirileri ile destek ve emeğini esirgemeyen, metnin biçimlenme sürecinin başından sonuna kadar büyük bir ilgiyle takip edip yönlendirmelerde bulunan tez danışmanım, Prof. Dr. Cevat Özyurt'a en içten şükranlarımı sunarım.

Bu metin her ne kadar 2019 yılının başlarında kaleme alınmış olsa da teorik arka planın oluşturulması adına ihtiyaç duyduğum hazırlık, çok daha öncesine uzanmaktadır. Tezin alan çalışmasına yönelik hazırlık süreci dâhil olmak üzere, her bir araya gelişimizde kavrayışımı derinleştiren sohbeti ve kaynak yönlendirmeleriyle entelektüel dostluğunu her daim yanımda hissettiren Dr. Necdet Subaşı'ya bilhassa teşekkür etmeliyim. Hastane içerisinde gerçekleşen çalışmanın alan araştırması kısmına gelindiğinde beni nezaketiyle karşılayan Dr. Mehmet Emin Ertenü beyefendiye teşekkürlerimi arz ederim. Klinik ortamda sosyal bilimlerin iş tutma yöntemlerini uygulamaya koşarken bulgularınızın tıbbî yönünü tartışabileceğiniz kavramsal derinlik, önemli bir ihtiyaç olarak beliriverir. Bu hususta çalışmanın belirli noktalarda sosyolojizme dönüşme riskini ortadan kaldırma adına fikirlerinden ve ilgili makalelerinden yararlandığım Dr. Bülent Kadri Gültekin'e, bilimsel müktesebatını açarak çalışmamın zenginleşmesine vesile olduğu için ayrıyeten teşekkür etmeliyim.

Büşra Nur Topal

ÖZET

TOPAL, Büşra Nur. *Deliliğin İdaresi: Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Etnomedolojik Bir Çalışma*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020.

Akıl Hastaneleri; "hasta", "personel" ve "ziyaretçi" üçlüsünün yaşam ve karşılaşma alanı olarak etkileşim mekânlarıdır. Yüksek güvenlik unsurları ile içeri ve dışarı ayrımının örgütlü bir biçimde gerçekleştiği total kurumlar, toplumu okumada yönümüzü çevirmemiz gereken önemli yapılardır. Yaşamsal faaliyetlerini "içeride" gerçekleştiren öznenin bilgisine dayanarak akıl hastanesi deneyimine dikkat yöneltmek, yalnızca içeriye yönelik değil dışarının gerçekliğine dair birtakım verileri de bizlere sunmaktadır. Bireyin total kuruma geldiği dünyası (*home world*) ile bu yeni müşterek dünya arasında bir gerilim meydana gelmektedir. Bu çalışmanın temel problemini ve kapsamını mezkûr gerilim belirlemektedir. Gerilim, öznenin kurum içindeki toplumsallığını –toplumsal kaderini– belirlemekte ve ona bir yön tayin etmektedir.

Giriş bölümünün ardından gelen "Deliliğin Kurumsallaştırılma Serüveni" başlıklı *ikinci bölüm*, deliliğin tarihsel sürecini tartışmakta ve tarihin hemen her döneminde bir dizginleme pratiği olarak açığa çıkan müdahale tarzlarına değinmektedir. Bu bölümde, ıslah ve dizginleme sürecinin geldiği nokta olan tıbbîleştirme ve kurumsuzlaştırmanın delilik olgusu üzerindeki yansımaları ile birlikte deliliğe müdahale tarzlarını nasıl değişime uğrattığı tartışılmıştır. Ayrıca, bahsi geçen değişimin tanı-teşhis ve tedavi sürecine etkileri değerlendirilmiş; deliliğin standartlaşma süreci ile sosyoloji biliminin inceleme nesnesi olarak kurulma serüveni ortaya konulmuştur. Yine aynı bölümde, Türkiye’de psikiyatrik tanı sisteminin mevcut işleyişine yönelik bir durum analizi yer almaktadır.

Verilerin yorumlanmasında kavramsal çerçevesinden bir hayli yararlandığımız Erving Goffman'ın sosyolojik bilgi üretme prosedürlerinin tanıtıldığı *üçüncü bölümde*, Goffman'ın kavram seti ile tarihçilik ve tasnifçilik arasında konum problemine sahip “benlik teorisine” yer verilmiştir. Benlik teorisi delilik olgusu etrafında okunmuş ve Goffmancı yöntemin izleri ile Goffman'ın öncülleri tartışılmıştır; böylelikle Goffmancı yöntem ile tez çalışmamız arasında bir köprü kurulmuştur.

Dördüncü bölümde, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi örnekleminde akıl hastanelerinin kurum kültürünün hangi ilkeler hiyerarşisi üzerine kurulu olduğuna, akıl hastanelerinin kurum içi mantığının nasıl işlediğine dair etnometodolojik bir inceleme yer almaktadır. Hastanedeki toplumsal ilişkilerin, etkileşimlerin ve ritüellerin çözümlenmesi sonucu ulaşılan genellemelerle, "akıl hastanelerinde delilik nasıl 'idare' edilmektedir?" sorusu yanıtlanmaya çalışılmıştır; diğer bir ifadeyle kendi kendini idare etme olan oto-idarenin ve kurum tarafından idare edilmenin toplumsal temelleri hastane uzamındaki etkileşim türlerinin tasviriyle deşifre edilmiştir. Bunun sonucunda kurumun hastanın sivil yaşamına sirayet ettiği ve böylece bireyin hastalık rolü edindiği görülmüş fakat bu rolün hastanenin kurumsal stratejisi karşısında geliştirilen taktikleri içerdiği anlaşılmıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: Akıl Hastanelerinin Toplumsal Karakteri, Deliliğin Sosyolojisi, Deliliğin Kurumsal İdaresi, Deliliğin Oto-İdaresi

ABSTRACT

TOPAL, Büşra Nur. *Management of Madness: An Ethnomethodological Study at Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi*, Master's Thesis, Ankara, 2020.

Mental Hospitals are places of interaction as being the living and meeting area of "patient", "staff" and "visitor" trio. Total institutions, in which the separation of inside and outside with high security elements are organized in an organized manner, are important structures in which we must turn our direction in analyzing the society. To draw attention to the mental hospital experience based on the knowledge of the subject, who performs his vital activities "inside", provides us with some data on the reality of not only the inside but the outside. There is a tension between the world of the individual (home world) and this new common world. The tension stated above determines the main problem and the scope of this study. The tension determines the sociality of the subject within the institution - its social destiny - and sets a direction for it.

The second chapter that follows the introduction, entitled "The Adventure of Madness", discusses the historical process of madness and addresses the intervention styles that emerged as a restraining practice in almost every period of history. In this section, the reflections of medicalization and de-institutionalization on the phenomenon of madness, which is the point where the correction and restraint process has reached, and how they have changed the ways of intervention to madness. In addition, the effects of the mentioned change on the diagnosis and treatment process were evaluated, and the standardization process of madness and the establishment adventure of sociology as a research object were put forward. In the same section, the psychiatric diagnostic system in Turkey is located on a situation analysis for the current operation.

In the third part, where Erving Goffman's -whose conceptual framework we benefit from in interpretation of the data- sociological knowledge production procedures are introduced, the “self theory” with Goffman's concept set and the problem of location between historiography and classification is included. The theory of self was read both around the phenomenon of madness and the traces of the Goffmanian method and Goffman's precursors were discussed; Thus, a bridge was established between the Goffmanian method and our thesis.

In the fourth section, there is an ethnomethodological examination on the principles of the institutional culture of mental hospitals in the sample of Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, and how the mental logic of mental hospitals operates. With the generalizations reached as a result of analyzing the social relations, interactions and rituals in the hospital, "How is 'madness' managed in mental hospitals?", the question was tried to be answered; In other words, the social foundations of self-management and institution management are deciphered by depicting the types of interaction in the hospital space. As a result, it has been observed that the institution spreads the patient's civil life and thus individuals have a disease role, but it has been understood that this role includes the tactics developed against the institutional strategy of the hospital.

KEY WORDS: Social Character of Mental Hospitals, Sociology of Madness, Corporate Management of Madness, Self Management of Madness

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	xv
RESİM VE ŞEKİLLER DİZİNİ	xvi
1.BÖLÜM: GİRİŞ.....	1
1.1. KONU ve KONUNUN SINIRLARI	1
1.2. ÇALIŞMANIN AMACI	13
1.3. ÇALIŞMANIN ÖNEMİ	16
1.4.TEZİN BÖLÜMLERİNİN HEDEFİ ve ÖZET ANLATIMI	18
1.5. KONU HAKKINDAKİ LİTERATÜRÜN GENEL DEĞERLENDİRMESİ	20
1.6. TEZ YAZIMINDA BENİMSENEN YÖNTEM	28
1.7. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI	33
2. BÖLÜM: DELİLİĞİN KURUMSALLAŞTIRILMA SERÜVENİ	37

2.1. MAĞDUR ADAMLAR ÇAĞINDA EL UZATMANIN

KUTSİYİYETİ: DELİLER ve İYİLİKSEVER DİZGİNLEME 39

2.1.1. Deli Doktoru İmgesi: İnsansever Bilge Philippe Pinel 43

2.2. TIBBİLEŞTİRME ile KURUMSUZLAŞTIRMA

ARASINDA DELİLİK 46

2.2.1. Sakinleştirici Dizginleme: Delilerin Tecritten

Vazgeçirilmesi 50

2.2.2. İyileştirme Ortamları Olarak Akıl Hastaneleri 54

2.2.3. Delilik İşletmeleri 56

2.3. İYİLİKSEVERLİK İDEASININ ÇÖKÜŞÜ:

STANDART DELİLİKLER ve PSİKİYATRİK TANI SİSTEMİ 58

2.3.1. Psikiyatrik Tanı Sisteminde Deliliğin Teşhisi: Kurumlar

Arasılaştırma 63

2.3.2. Türkiye'de Ruh Sağlığı Alanındaki Mevcut İşleyiş 71

2.3.2.1. Teşhis ve Tedavi Sürecinde Doktorlar 73

3. BÖLÜM: ERVİNG GOFFMAN'IN TOTAL KURUM ANALİZİ ve DELİLİK

LİTERATÜRÜNE KATKILARI..... 79

3.1. *TIMARHANELER* ve GOFFMANCI BİLGİ İŞLEME

YÖNTEMİ..... 81

3.1.1. Sembolik Etkileşim Duvarındaki Gedik: Goffman'ı

Konumlandırma Problemi 84

3.1.2. Tarihçilik ile Tasnifçilik Arasında Goffman'ın	
Öncülleri	85
3.1.3. Goffmancı Yöntemin İzleri ve Chicago Okulu	87
3.2. GOFFMAN'IN YÖNTEMSEL SINIRLILIKLARI ve	
ETNOMETODOLOJİ YÖNTEMİNE KATKILARI	93
3.2.1. Erving Goffman'ın Kavram Seti	97
3.2.2. Goffman'ın Tımarhaneleri Gri mi?	98
3.3. TOTAL KURUM TERİMİNİN TEMELLENDİRİLMESİ	101
4. BÖLÜM: HASTANE ORTAMININ TOPLUMSAL KARAKTERİ.....	107
4.1. E.R.S.H. HASTANESİ'NİN FİZİKSEL ve ALGISAL	
NİTELİĞİ	112
4.1.1. Hastanenin Fiziksel Niteliği	114
4.1.2. Hastanenin Algısal Niteliği	117
4.2. HASTA UZAMI	124
4.2.1. Hasta Uzamında Nedensellik Yükleme (<i>Attribution</i>)	
Süreçleri	128
4.2.1.1. Hastalık Mesleği	134
4.2.1.2. Statüye Yönelik Yükleme	137
a) <i>Hasta Statüsü / Eş Düzey Statü</i>	137
b) <i>Personel Statüsü / Üst Düzey Statü</i>	139

4.2.2. Bugün Günlerden Ne?	141
4.2.3. Kapatılmanın Sorumluluğu	143
a) <i>Senin Gibi Birinin Burada Ne İşi Olabilir?</i>	144
b) <i>Kim İstedi?</i>	146
c) <i>Adil Dünya Hipotezinin Akıl Hastanelerinde</i> <i>Kullanımları</i>	154
4.2.4. Hastane Ortamında Grup Üyeliği	156
4.2.4.1. Asıl Hasta	159
4.2.4.2 Lider Hasta	160
4.2.4.3. Marjinal Hasta	166
4.2.5. Hasta Muhalefeti Ritüeli: Söylenti Yaymak	170
4.2.6. Gözetimli Boş Zaman	175
4.2.7. Akıl Hastalarının Hastane Ortamına İntibakı	181
4.2.7.1. Kişisel Adaptasyon Hatları	182
a) <i>Durumsal Geri Çekilme:</i> <i>"Çıkarım yakında zaten, idare ederim"</i>	182
b) <i>Uzlaşmaz Hat:</i> <i>"Pardon hemşire hanımefendi karısı"</i>	184
c) <i>Yerleşme hattı: "Dışarda her öğün</i> <i>yemek bulmak zor biliyor musun"</i>	186

d) <i>Dönüşüm: "Hastabakıcılara yazık değil mi".....</i>	187
4.2.7.2. Koğuş Sistemine Uyum	190
a) <i>Yasak ve Zorunluluklara Müsamaha.....</i>	191
b) <i>Aleniliğe Müsamaha.....</i>	195
c) <i>Kuruma Son Bakış.....</i>	199
4.2.8. Hasta Grubunda Yakınlaşma (Ahbaplık Oluşumu)	200
a) <i>Eşyaların Takası.....</i>	203
b) <i>Bilginin Takası.....</i>	204
c) <i>Sevginin Takası.....</i>	205
d) <i>Paranın Takası</i>	206
e) <i>Hizmetlerin Takası.....</i>	206
f) <i>Yakınlık İlişkisinin Takası</i>	207
4.2.8.1. Ahbaplık Oluşumunun Belirleyenleri	208
4.2.9. HASTALAR DEVLETLE KONUŞUYOR	213
4.2.9.1. Aileyle Konuşma	214
<i>"Davacıyım".....</i>	214
<i>"Neden Yatırdınız?".....</i>	216
<i>"Güzel ve Bilimsel Yaşamak".....</i>	216
4.2.9.2. Doktorla Konuşma	217
<i>"Hastane Sanki 7 Yıldızlı Otel".....</i>	218

4.2.9.3. Reis-i Cümhur ile Konuşma	219
<i>"Recep Tayyip Erdoğan Adamım Her Şey Yolunda"</i>	<i>222</i>
<i>"İlaçlarımı Her Zaman Kullanacağıma Ant İçiyorum"</i>	<i>225</i>
4.3. PERSONEL UZAMI	226
4.3.1. Personelin Yorumlayıcı Şeması	228
a) <i>Yükümlülük Alanı Olarak Hastane.....</i>	<i>228</i>
b) <i>Hastanın Haklarına Yönelik Farkındalık.....</i>	<i>230</i>
4.3.2. Deliliğin Kurumsal İdaresi	236
4.3.2.1. İdare ve Talimat	237
4.3.2.2. Duygudaş Personel	239
<i>"Hopp Hatip Ağbeyy!"</i>	<i>240</i>
4.3.2.3. Tatlı Bir Otorite: Doktor	243
4.3.2.4. Personelin Kör Noktası: Gözden Kaçmanın Yolları	247
4.4. GRİ UZAMLAR	249
4.4.1. Hasta-Doktor Karşılaşması	252
4.4.1.1. Seyirci Etkisi (<i>Bystander Effect</i>)	253
4.4.2. Hasta-Hemşire Karşılaşması	254

4.4.2.1. Bilgelik Sınırında Deneme Yanılma	255
4.4.2.2. Deliler Balosu	257
5. BÖLÜM: SONUÇ ve DEĞERLENDİRME	262
KAYNAKÇA.....	279
EKLER	288
Ek-1: Araştırma İzin Belgesi.....	289
Ek-2: Etik Kurulu Onay Belgesi.....	290
Ek-3: Özgeçmiş	291

KISALTMALAR DİZİNİ

E.R.S.H.H.: Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

WHO: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

BAHAR: Bağımlı Hastalar Ayaktan Rehabilitasyon Merkezi



RESİM ve ŞEKİLLER DİZİNİ

Resim 1. Delilik Taşının Çıkarılması	41
Şekil 1. Erving Goffman'ın Total Kurumları	102
Şekil 2. Zorunlu Yatış Durumunda Davacı Hastanın Doktora Mektubu	151
Şekil 3. Marjinal Hastanın Dilek Mektubu.....	169
Şekil 4. K1 Servisi Alt Kat Günlük Programı	177
Şekil 5. Kantin İşletmesinin Hastalara Getirdiği Yasaklar	192
Şekil 6.1: Aileyle Konuşma	215
Şekil 6.2: Aileyle Konuşma	216
Şekil 6.3: Aileyle Konuşma	217
Şekil 7.1: Doktorla Konuşma	217
Şekil 7.2: Doktorla Konuşma	218
Şekil 7.3: Doktorla Konuşma	219
Şekil 8.1: Reis-i Cumhur ile Konuşma	221
Şekil 8.2: Reis-i Cumhur ile Konuşma	222
Şekil 8.3: Reis-i Cumhur ile Konuşma	223
Şekil 8.4: Reis-i Cumhur ile Konuşma	224
Şekil 8.5: Reis-i Cumhur ile Konuşma	225
Şekil 8.6: Reis-i Cumhur ile Konuşma	226
Şekil 9: Akıl Hastanesi'nde Yılbaşı Günü	257

“Bir kuşun adını dünyadaki tüm dillerde öğrenebilirsiniz, ama öğrenme işini bitirdiğinizde, o kuş hakkında kesinlikle başka hiçbir şey biliyor olmazsınız. Sadece farklı farklı yerlerdeki insanlar hakkında bir şey ile onların kuşu nasıl adlandırdıklarını bilirsiniz. O halde kuşa bakalım ve ne yapmakta olduğunu görelim –önemli olan budur.”

Richard Feynman

“Delilik sandığınız şeyin sadece duyuların fazla keskinleşmesi olduğunu söylememiş miydim ben size?”

Edgar Allan Poe

“Delilik tek tek insanlarda pek seyrek. Ama gruplarda, partilerde, halk arasında ve çağlarda kural olarak bulunur.”

Friedrich Wilhelm Nietzsche

1. BÖLÜM:

GİRİŞ

1.1. KONU ve KONUNUN SINIRLARI

Deliliğin İdaresi: Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Etnometodolojik Bir Çalışma başlıklı tez çalışmamızın konusu ve inceleme katmanları şöyledir: Delilik olgusunu, akıl hastanesine istemli olarak gelmiş, istemsiz olarak getirilmiş yahut zorunlu olarak yatırılmış bireylerin toplumsal durumu üzerinden ele almakta; hastane kültüründeki ilişkisel yansımalarını tartışmaya açarak deliliğin kurumsal idaresinin yanı sıra delilerin kendilerini kurum içerisinde idare etme biçimlerini ortaya çıkarmakta; böylece, delilik olgusunu toplumbilimsel düzeyde inceleyen bir etnometodolojik araştırma örneği ortaya koymaktadır.

Akıl hastanesine gelmesiyle beraber “hasta” olarak kimliklendirilenler arasından birinin dediği gibi: *“şu hayatta, işte kader mi şans mı artık bilmiyorum da, kesinlikle bi iş var ki biz buradayız, anlatabildim mi yani?”* Varlığından “kesinlikle” emin olunan o “iş” ne ola ki? İşte, bu çalışmanın konusu o “iş”in ne olduğunu soruşturmadır.

Delilik olgusunu sosyolojinin iş tutma biçimlerini ve bilgi üretme prosedürlerini sahada sınayarak ele alıyor olmamızdaki temel amaç, "deli"nin de her birey gibi toplumsal bir aktör olarak yaşamını sürdürmesi ve kendi toplumsal dünyasını akıl hastanesine taşımasıyla ilgilidir. Deli atfına muhatap olan birey, bugüne kadar klinik değerlendirmenin

izleneni olarak "vaka" veya "hasta" olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlar aracılığıyla klinik vaka, yani hasta birey, sağlık sisteminde bir konuma yerleşmiş ve adeta bir "sicil numarası"na dönüştürülmüştür. Bu mekanik sağlık işleyişinde, deli atfına muhatap bireyin toplumsal dünyasını açıklamak için yeterli bilgi sağlanamadığı gibi bireyin durumu iki boyutlu (sağlık ve hastalık) bir tasnif sisteminde durağan kategorilere yerleşmektedir. Bu çalışma, bireyin ruhsal durumunun ve sosyal yaşamının dinamik hallerini açıklamak için bizatihi kendi bilgisine başvurmanın gerekli ve mümkün olduğu vurgusunu taşımaktadır.

Buradan hareketle temel amacımız, delilik olgusunun bugünkü görünümelerini akıl hastanelerinin işleyişi üzerinden inceleyerek "deli" atfına muhatap bireyin toplumsal dünyasını işlemektir. İlaveten, mezkûr olguyu tıbbileştirmenin ötesinde inceleyerek sosyolojinin sahasına çekmektir. Bugün, deli atfına muhatap birey, organik ve zihinsel patolojinin inceleme araçlarıyla ve bu alanlardaki temel varsayımlarının inşa edilmesinde mihenk taşı olan "bütünlük" kavramı etrafında değerlendirilmektedir (Foucault, 2015). Çalışmamızın temel eleştirisinin yöneldiği epistemik nesne, Foucault ve müteakip araştırmacılar tarafından tam teçhizatlı bir şekilde ortaya konulmasına rağmen hâlâ bertaraf edilemeyen bu bütünlükçü kabuldür: Sosyoloji biliminin çekiç darbeleriyle bu bütünlüğün çatlaklarından “içeriye” sızmak ve “içerideki” dünyayı okumak.¹

Ruhsal ve bedensel işleyişteki bütünlüğü esas olarak geliştirilen tanı ve teşhis sistemleriyle birlikte akıl patolojisi ve organik patolojinin temel teması haline gelen deliliğin sosyoloji disiplininin yöntemleriyle ele alınması, toplumsal olanda aranması ve topluluk yaşamının bir parçası olarak düşünülmesi mümkündür. Bu tür bir yöntemle ele alınması araştırmaya hangi ufukları katar? Psikopatolojiye ait temaları sosyolojik perspektifle ele almakla

¹ Çekiç metaforunu Nietzsche'den ödünç alıyoruz. 1888 yılındaki yazılarında “çekiç” ile nasıl felsefe yapıldığını öğretti: Bütünlükleri yerinden çekip çıkararak ve bütünlüklerin paslı çivisini göstererek (Nietzsche, 2005).

inceleme nesnesine, kurumların gerçekliğinden ve işleyiş biçiminden hareketle yönelme imkânını açığa çıkartır. Psikoloji ve psikiyatri disiplinleri hastalığın etiyojisine yönelik önemli açıklamalara sahip olsa da hastalığın oluşum şartlarına, toplum içerisinde adlandırılma biçimlerine veya toplumsal görünürlüğüne sağlayan etkilere yönelik inceleme girişimi toplumbilimciden beklenmektedir. Bu beklentiye karşılayacak çalışmalar aracılığıyla, delilik, artık psikopatolojinin konusu olmanın yanı sıra sosyolojinin yöntemleriyle ele alınan bir olgu olarak kabul edilmektedir. Michel Foucault, *Akıl Hastalığı ve Psikoloji* adlı kitabının "Delilik ve Kültür" başlıklı bölümünde, deliliğin sosyolojinin konusu haline gelmesini, olgunun tarihsel seyrindeki görünümünü dikkate alarak şöyle değerlendirir:

Uzun süreden beri bir olgu², sosyoloji ile akıl patolojisinin ortak alanı haline geldi. Hastalığın, hastalık gerçekliğine ve değerine sahip olabilmesi ancak, onu bu şekilde tanımlayan bir kültür içerisinde mümkün olur. Janet'nin, medyumlara özgü görüntülere sahip ve bedeninde stigmatalar bulunan hastası, başka devirlerde olsaydı mistik bir gönül insanı ve keramet sahibi birisi olabilirdi. (Foucault, 2015: 78).

Bu açıklama, bize toplumsal temsilde yer eden bir “deli görünümü” olduğunu göstermekte fakat bununla birlikte bu görünümün doğal bir tabiatı olduğu ve zaman içerisinde değişmez özellikler muhteva ettiği çıkarımı yerine; olgunun toplum içerisinde, toplum tarafından adlandırıldığını ve toplumun normları ile ilişkili olduğunu *da* göstermektedir. Böylelikle deliliğin tarih-üstü, özsel bir formu olmadığına işaret etmektedir. Bu noktada delilik olgusuna sabit, durağan anlamlar atfetmek yerine onun nasıl kurulduğunu, özneyi nasıl inşa ettiğini ve öznel deneyim haline nasıl geldiğini incelemek gerekecektir. Bu anlamda

² "Bir olgu" ifadesi ile delilik kast ediliyor.

Foucault'nun gerek delilik olgusu özelindeki gerek iktidar olgusunu düzeylendirerek ele aldığı çalışmaları önemli bir açığı gidermektedir. Fakat aynı olgunun sosyoloji disiplini içerisinde ele alınması, felsefenin ve ruh bilimlerinin bilgiyi ele almadaki temel yöntemlerinden ayrılmayı ve özel bir inceleme yöntemi benimsemeyi zorunlu kılmaktadır. Bu alandaki tarihsel perspektifi ortaya koymaya yönelik en yetkin çalışmaların Foucault'a ait olduğu gerçeğinden hareketle bu çalışmaların delilik müktesebatına olan tesir ve yönlendirmeleri göz ardı edilemez.

Bizim çalışmamızsa, Foucault'nun konumuzla doğrudan ilişkilendirebileceğimiz *Deliliğin Tarihi* (Histoire de la folie a l'âge classique, 1972), *Kliniğin Doğuşu* (Naissance de la clinique, 1963), *Akıl Hastalığı ve Psikoloji* (Maladie Mentale et Psychologie, 1954) adlı temel metnlerinin son derece besleyici olmasına karşın, deliliğin nasıl öznel deneyim haline geldiğine yönelik tarihsel anlatıdan ve deliliğin epistemik açıdan seyrini ortaya koyan inceleme yönteminden bir noktada farklılaşmaktadır. Bu farklılaşmanın temeli, sosyolojinin araçlarıyla soru sorma formülasyonuna uygun olan, "Deliler hangi tür sosyalite deneyimi içerisinde?" sorusundan kaynaklanmaktadır. Delinin toplum içerisindeki yerinin, delilerin toplumsal dünyayı nasıl tasnif ettikleri, toplumun üyeleriyle karşılıklı temas halinde ne türde bir delilik deneyimi geliştirdikleri üzerinden incelenmesi, sosyologları felsefi aygıtlarla çalışan filozoflardan ve ruhbilimcilerinden ayırtmaktadır. Örneğin bu noktada sosyologlar, aynı olguyu incelerken, ruhbilimciler gibi bilincin işleyiş mekanizmasından hareketle açıklamalar üretmek yerine, deli aktörün bizzat kendisinin toplumdaki durumunu sorunsallaştırır. Bununla birlikte, sosyolog, Foucault'nun epistemik kazı yöntemine duyduğu bütün hürmete ve bu yöntemin sonuçlarını kullanmadaki iştahına rağmen, başka bir yöntem ile delilik olgusunun toplumsal uzanımlarını -deli üzerinden- inceler. Bu yöntemin en başarılı örneği, ruhbilimcilerinin bireyin müstakil durumuyla

ilişkilendirdiği "intihar" olgusuyla ilgili yaygın bir kabul haline gelen bu açıklamalar dizisine alternatif olarak onun toplumsal durumunu öne çıkaran Durkheim'da görülür.

İntihar olgusunu toplumbilimsel açıdan ele almakla Durkheim; "intihar gibi ancak bireyselliği içinde anlaşılabileceği düşünülen bir davranış bozukluğu olgusunun bile 'toplumsal etkenleri' bulunduğunu, bu nedenle toplumbilimsel yöntem ve yordamlarla ele alınması gerektiğini gösteriyordu. 'Toplumsal yaşamın başlıca alanlarını örgütleyen eşgüdölmüş, yönverici düşünceler ve davranış kuralları toplamı' demek olan toplumsal kurumların ve kurumlaşma süreçlerinin önemini anlatmak istiyordu. Bunun yanında da toplumbilimin kullanılış alanlarını ve yollarını pek güzel göstermiş oluyordu" (Ozankaya, 1986: V). Durkheim'ın gerek intihar olgusu özelinde *İntihar* isimli metninde uygulama olarak gerek *Sosyolojik Yöntemin Kuralları*'nda araştırma yordamları olarak ortaya koyduğu sosyoloji yaklaşımı, çalışmamızın en temel yönelimi olan deliliğin toplumbilimsel düzeyde açıklanabileceği fikrine ilham olmaktadır. Bu noktada Durkheim'dan esinlenerek deliliğin bireyin doğasındaki kriz olarak anlaşılmasına alternatif olarak toplumsal süreçle birlikte geliştiğini düşünmekte ve bu düşüncenin bir adım daha ilerisine giderek bireyin bir kapatılma kurumu (akıl hastanesi) altında yaşantıladığı deliliğin, kendine özgü toplumsal yasaları olduğunu öne sürmekteyiz.

Çalışmanın sosyoloji bilimi açısından önemi; akıl hastanesine yatırılmanın, toplumun üyeleri tarafından otomatik olarak tanımlanmayı, bunun yanı sıra kapatılmayı içeren sürecin toplumun tasnif sisteminde yer ediyor olmasına içkindir. Bu durum, delilik olgusunu niçin sosyolojinin araçlarını işe koşturarak açıklama çabası içerisine girdiğimizi göstermede bir temel işlev taşımaktadır.

Çalışmamızda deliliğin toplumsal düzeyinin üzerinde durulurken, bugüne değin nasıl tortulaştığına yer vermeyeceğimizi ve toplumsal temsilde yer etme biçimlerinin tarihsel oluşumuna yönelik bir incelemede bulunmayacağımızı çalışmamızın bu kısmında açıkça belirtmek gerekmektedir. Deliliğin Foucaultcu tarzda öznel deneyim haline gelmesi, epistemik kazı faaliyetini gerekli kılmaktadır. Bizim çalışmamızda ise delilik, bizzat onu deneyimleyen tasnif sistemi üzerinden; delinin istemli olarak geldiği, istemsiz olarak getirildiği veya zorunlu olarak yatırıldığı dünya olan akıl hastanelerinin toplumsal ilkelerinden yola çıkarak açıklanacaktır.

Deliliğin işleyiş bozukluğu ile ilgili görünümünden olan psikopatoloji, yalnızca bireyin içerisine girdiği ruhsal süreç olarak değerlendirilmemelidir. Toplumsal temsilde yer eden ve insanlara bir kimsenin delice (deliye yaraşır bir biçimde) davrandığını düşündüren durumlar, sosyal sapmayı işaret eder. Bireyin sosyal normların gereğini yerine getirmeyen ve gündelik hayatın sıradanlığına kast eden davranışları, etkileşimler ağının normal formlarından sapmayı ifade ederek damgayı (*stigma*) açığa çıkarmaktadır. "Birtakım değerleri paylaşan ve kişisel sıfatlar ve davranma şekillerine ilişkin belli bir toplumsal normlar bütününe riayet eden bir grup bireyden hareketle, bağlılık göstermeyen her üye 'sapkın' olarak tanımlanabilir" (Goffman, 2014: 196). Bu nedenle, delice davranışların, medikal açıklamalara konu olmasının yanı sıra toplumsal bir inşa olduğu düşünülür. Bunun bir sonucu olarak deliliğin sosyal statü ile toplumsal kimlik olarak ele alınmasının önü açıılır.³

³ Bu hususta kapsamlı bir değerlendirme için bkz., Coser, L., *Some Functions of Deviant Behavior and Normative Flexibility*, (içinde) *American Journal of Sociology*, Vol. 68, No. 2. (1962), ss. 172-181.

Damga (*Stigma*, 1963) kitabında akıl hastası olmayı, kişilik özellikleri düzeyinde gerçekleşen bir damga türü⁴ olarak ele alan Goffman, akıl hastasının bireysel durumunu, kurumların özelliklerinin bireylerin benliklerine yerleşmeleri ile ilişkilendirerek kurumun kuşatıcı niteliklerini, bireyin etkileşimleri başlatma ve sürdürme pratiklerinin ayrıntılarında arayarak değerlendirmektedir. Bireyler, kendi yaşam dünyalarında yapıp ettiklerinin arka planı ve bilişsel süreçler boyutu üzerine düşünmemektedirler. Zira gündelik hayatta işlerin yolunda gitmesi ve etkileşimlerin sansürsüz devam etmesi için bazı durumlarda kendiliğindenlik ve otomatiklik; çoğu durumda ise alışkanlık gerekmektedir. Bu durumda bu çalışma, deliliğin toplumsal görünümünü ortaya koymak yerine bu görünümü üzerinde taşıyan ve böylece dâhil olduğu toplumsal kategoriyi temsil eden "deli" bireye gözleri çevirerek, bireyin dâhil olduğu muhitte alışkanlıklarını ve muhitte bütünleşme biçimlerini analiz etmeyi hedeflemektedir. Goffmancı tabirle söylersek, sahnenin arkasını, işleyişi ve mekanizmaları (yapılandırıcı unsurları) deşifre etmek amaçlanmıştır. Evet, kelimenin tam anlamıyla bir deşifre (*dé-chiffrer*): Şifreleri kırmak, yani şeylerin anlaşma biçimlerinin, mimiklerin, ortak kabullerin bir adım geriye alınarak asıl veriye tekrar ulaşılması işlemi.

Çalışmamızın niçin "Deliliğin İdaresi" başlığını taşıdığının izahı ancak çalışmanın eğildiği sorunlar ifade edilerek açıklanabilir. "Total kurum"un (bu kavramı bir sonraki başlıkta tanımlayacağız) toplumsal dünyasında karar mekanizması üstten alta doğru bir hiyerarşi içerir. Kurumun üyeleri, eş zamanlılığın işler olduğu yapılandırılmış bir program etrafında, yukarıdan dayatmalar aracılığıyla, tek bir otorite altında "idare edilir". Deliliğin idaresi, modern total kurumlar olarak akıl hastanelerinin, bürokratik yapılanmalarının denetim

⁴ Bkz. Goffman, a.g.e., ss. 27-77. Yazar bu bölümde sapkınlığı toplumsal beklentilerin karşılanmaması üzerinden değerlendirerek damgalı bireye bir tür muhit atfeder. Toplumsal beklentileri karşılamayan bireyin toplumsal durumu, bir toplumsal kategorinin dışarısında kalmasıyla yeni toplumsal kategoride üstlendiği temsil ile ilişkilendirilir.

altında tutma ve gözlemlene mantığıyla ilgilidir. Fakat bugünkü toplumsal durumları incelendiğinde denetleme mekânlarının fiziksel niteliğinin, 18. yüzyılda "bütünü gözlemlenmek" üzerine inşa edilen Panoptikon'u model (Foucault'nun bir analiz birimi olarak ele aldığı gözetleme modeli) almaktan çıktığı açıkça görülmektedir. Mekânın kurulma tarzı, denetim mantığını da değiştirmekte, mekânın içerisindeki etkileşimleri de biçimlendirmektedir. Dolayısıyla 18. yüzyıldan farklı olarak yeni toplum modelinde de sürdürülen, gözetleme üzerine kurulu idare tarzı, deliliğin yönetimi ve denetimini (*management of madness*) içermekle birlikte bir açıdan da farklılık arz eder. Delilik bir yönetimin, denetimin ve kontrolün öznesi olmakla birlikte yalnızca kurumsal idareyi değil aynı zamanda mahallenin delisinin ve hastanenin hastasının muhtariyetinde oto-idareyi de içermektedir. Hemen belirtmelidir ki "deliliğin idaresi", Erving Goffman'ın kavram repertuarından devşirilmiştir. Durkheim çizgisindeki sosyoloji yöntemini benimseyen ve bilhassa *Tımarhaneler*'de Durkheimci çizgiyi yoğun bir biçimde sürdüren Erving Goffman'ın kavram repertuarına çalışmamızda sıklıkla başvurulmuştur. Saha çalışması esnasında Goffman'ın kavram setinin akıl hastanelerinin işleyişini açıklamada hâlen büyük ölçüde geçerli olduğunu görmemizle birlikte alandan elde ettiğimiz verilerin yorumlanmasında Goffman'ın tezlerinden kuramsal destek alınmıştır. Verilerin kuramsal çerçevesinin oluşturulmasında seçimimizi Goffman'dan yana gerçekleştirmemizin ve Goffman'ın çalışmasının önemli bir kısmının hâlen geçerli olmasının gerekçelerine üçüncü bölümde detaylı olarak yer verilecektir.

Goffman'ın neredeyse bütün çalışmalarında⁵ "*management*" olgusuna yer verildiği görülür. Türkçeye bağlamları gereğince idare etme/edilme olarak çevrilen bu ifadeyi Goffman, kavramsal düzeyde zikretmemektedir. Bilakis bu ifade, onun gündelik hayatın ayrıntılı

⁵ Bkz. *Damga* (Stigma, 1963), *Kamusal Alanda İlişkiler* (Relations in Public, 1971), *Tımarhaneler* (Asylums, 1961).

betimlemelerinde bulunduğu yapısal analizlerini somut kılmak için işini kolaylaştırıcı ve kolayca vazgeçebileceği sözcükler arasında yer alır. Goffman'ın repertuvarında rastladığımız bu ifadeden çalışmamızın başlığında yararlanma sebebimiz, alan araştırmasına başlarken varsayımlarımız arasında olan –delilik deneyiminin kurumsal denetim karşısındaki idare edilme biçiminin başka bir idare biçimini içerip içermediği– sorunuyla ilgilidir. Akıl hastanesine getirilmesiyle beraber kapatılma kurumunun denetim politikalarıyla karşı karşıya kalmanın meydana getirdiği toplumsal durumda bireyin idareye müdâhil olması, kurumun stratejilerine karşı taktikler geliştirmesi mümkün müdür? Bu problematik etrafında çalışmamızda delilik deneyiminin, kurumsal denetim ve hastaların kendi kendilerini idare etmelerinden doğan ilişkisel bir formu olduğuna sosyolojik açıdan dikkat çekmek istenerek temelde bu soruna eğilmek hedeflenmiştir. Goffman'da alelade bir lafız olan bu terimi biz kavramsal düzeye çıkararak bu sorunsalı örebiliriz ancak. Yanı sıra, burada, Goffmancı "idare"ye kavramsal bir hüviyet kazandırarak delilik olgusunun birey ve kurum arasındaki ilişkisel formunun açıklanması amaçlanmıştır.

"Deliliğin İdaresi" başlığını anlamlı kılan gerekçelere yer verirken "idare" (*management*) kavramının Goffmancı kullanımlarına göz atmak yararlı olacaktır. Goffman, *Tımarhaneler*'de "hayatın tüm veçheleri aynı yerde ve aynı tek otorite altında idare edilir" (Goffman, 2017:17) der. Kurum, deliliği idare etme isteğini ortaya koyar ve deliliğin tanımlanışı kurumsal perspektif içererek psikiyatrik görüşü temel alır. Bu noktada akıl hastaneleri bireylerin tek tek alındığı ve alanında uzman kişilerce gözetim altında tutulduğu tedavi merkezleri olarak düşünülür. Goffman ise, gündelik hayatın denetimsel işlevini edilgen bir formda sunarak onun kurumsal perspektifi içeren tek yönlü

tanımlanışını karşılıklı etkileşimle takas eder ve daha müphem bir tanımla daha açık betimlemelere erişir.

İki Tip İdare, İki Tip İdareci

Bu girişimi sayesinde, Goffman ile Foucault'nun teorik ve metodolojik yaklaşımları arasındaki temel farkın altını çizebiliriz. Hayatın bütün ayrıntılarında ve mikro gerçekliğinde bireylerin denetim mekanizmasının bir parçası olmaları söz konusudur ve Foucaultcu anlamda delilik, gündelik hayatın ancak katı biçimlerini aşıkâr kılan bir forma işaret eder. "Biçimler, -esas olarak toplumsal dışlama, ama aynı zamanda manevi yeniden bütünleşme olan şu katı paylaşımın biçimi- tamamen yeni bir anlamla ve çok farklı bir kültür içinde var olmaya devam edeceklerdir" (Foucault, 2017: 28). Goffman, bu katı biçimler etrafında ve tarihsel süreklilik düzleminde neredeyse sabit bir olgu olarak ele alınan deliliği mikro ayrıntılarda incelemiş ve onu belirli zaman ve mekânlarda (durumda) aramıştır. Goffman'da denetim, otorite altındaki bireyler tarafından takip edilir. Dolayısıyla bireyler otoritenin faillik alanına kendilerini dâhil eder. Goffman'ın bu yaklaşımı "düşünümsellik" kavramı ile ilişkilendirilebilir. M. Archer, düşünümsellik kavramına şöyle bir tanımlama getirir: "Bütün normal insanların paylaştığı, zihinsel olarak kendilerini toplumsal bağlamlarıyla, toplumsal bağlamlarını da kendileriyle ilişki içinde değerlendirme yeteneğinin düzenli ifasıdır" (akt. Uluocak, 2016: 109). Böylece Goffman, denetimin katı biçimlerin inisiyatifinde yukarıdan aşağıya, üstten alta, makrodan mikroya gerçekleşen hiyerarşik ve tek yönlü yaklaşımı alt üst eder ve akıl hastanelerini, birey-yapı dikotomisi içerisindeki açıklama tarzının alternatifini olacak biçimde, mikro etkileşimler alanı olarak ele alır. Denetim, kontrol ve idareyi içerir evet; fakat idare etme varsa idare edilme ve kendini idare etme de vardır. Dolayısıyla iki tip idare biçimi (kurumsal idare ve

oto-idare) ve iki idareci tipolojisi (başta doktor olmak üzere tüm tıbbî personel ile hasta) vardır.

Deliliğin idaresinin bir veçhesi, kurumsal idareyi içerir. Bugün bir hastalık olarak kabul edilen ve tıbbî kurumların radarına takılarak tıbbî müdahale araçlarıyla ele alınan deliliğin kurumlar altında tedavi edilmesi, onun idare edilir yahut idare edilmesi gereken bir şey olduğuna işaret eder. Toplu yaşamın mikro incelemesinde bulunduğu *Kamusal Alanda İlişkiler* adlı çalışmasında Goffman, "son yirmi yıldır öğrendik ki, zihinsel hastalıkların tıbbî destek altında idaresi güvenilmez bir lütuftur" der (2017: 389). Keza Goffman'ın aktarmaya değer bulduğumuz aşağıdaki uzun alıntısında delilik, onu akıl hastalığı olarak tanımlayan kurumun çıkarları doğrultusunda idare edilen bir olgu olarak yansıtılmıştır:

Kişiler bloklar halinde hareket ettirildiklerinde, esas görevi (çoğu işveren-çalışan ilişkisinde olduğu gibi) yol gösterme ya da düzenli denetlemeden ziyade gözetim (bir kişinin yaptığı ihlalin, diğer kişilerin gözle görülen ve sürekli denetlenen itaati karşısında öne çıktığı durumlarda kişinin kendisine yapılması açıkça söylenen şeyi yaptığına dikkat etmek) olan personel tarafından idare edilirler (Goffman, 2017: 18).

Deliliğin akıl hastanelerinde kurumsal idaresi; herkese benzer veya eş muamelede bulunulması, programda yer alan ve resmî görevliler tarafından dayatılan faaliyetlerin grupça birlikte yapılması ile gerçekleşir. Deliliğin idaresi, kurumun resmi amaçlarının uygulamaya yansıtılmasını hedefler ve bu hedefler kurumun yegâne rasyonel gerekçesi haline gelir (Goffman, 2017). Dolayısıyla akıl hastanelerinde iyileştirme faaliyetlerini içeren kurumsal bir çaba ortaya konulması, bu kurumları –deliliği idare edebildiği ölçüde başvurulmaya değer– merkezler kılar.

Deliliğin idaresinin bir diğer vechesi, denetim altındaki bireylerin (delilerin) tutumları ile ilgilidir. Bu tutumlar, deliliğin sosyal temsildeki yeriyle ilişkili olmakla birlikte (daha da fazlası) bireylerin delilik olgusu özelinde faillik imkânı bulmalarının etkileşimdeki yansımalarıdır. Bir etkileşimdeki katılımcılar, birbirlerini ve birbirleri üzerindeki izlenimleri denetim altında tutarlar. Goffman bu durumu izlenim denetimi (idaresi, yönetimi) olarak tanımlar. İzlenim denetimi (*impression management*), hayatın bütün vechelerinin otorite altında olmasında bireylerin rolüne atıfta bulunur.

Delilik tarih-üstü, özsel bir form değildir. Delilik denilince, sosyal temsilde denk düştüğü anlamlar akla gelmekte; bu temsilden ve zihinsel tasniflerden yola çıkarak tanımlama ve sabit saptamalarda bulunma hedeflenmektedir. Fakat deliliği anlatan bu saptamalarda, "deli" yoktur. Kontrol mekanizması, otorite, denetim aygıtları yahut gözetleme araçları delilik anlatılarının olmazsa olmazları haline gelmiştir. Bu anlatılar, deli tipolojisini içermemekle kalmaz aynı zamanda (ki metodolojik vahamet diyebileceğimiz şey budur) delinin kontrol mekanizmasının pasif bir elemanı olduğunu düşündürür. Bu anlatılarda kahraman, otoritedir. Zira deli, zapturapt altına alınan ve hatta alınması gereken bir figür olarak anlatıya dâhil edilir. Oysa deli, yapılarla iç içedir ve onu denetim altına alan kurumların varlık sebebidir. Deli, kontrol ve denetim işlemini izler; bu işlemi uygulayanları gözlemler; toplumsal gerçeklik içerisinde nasıl bir izlenim bıraktığını gözetler. Ve son kertede, tüm bu toplumsal kaynakları kullanarak deliliğini idare eder. Bu çalışma, kendilerine deli rolü biçilen ve bu *rolün farkında olan* delilerin bizatihi kendilerinin akıl hastanelerinde kurumsal idare biçimine nasıl tepki verdiklerini ve bu biçime nasıl katıldıklarını; toplumsal etkileşimde bulunurlarken deliliklerini nasıl araçsallaştırdıklarını; kurumun stratejileri karşısında neyi gizlediklerini ve neyi açık

ettiklerini ortaya koymaktadır. Buradan hareketle çalışmanın kapsamını ve eğildiği sorunları en doğru şekliyle açıklayacak olan başlığın "Deliliğin İdaresi" olacağı düşünülmektedir.

1.2. ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmanın birincil amacı, inceleme-nesnesinin yaşam dünyasına gömülü (*gündelik*) bilgiyi, nesnenin bulunduğu alanda var olarak istihraç etmektir. Bu sayede nesneyi konuşurma, dünyasını *onun anladığı biçimde* anlama ve *onun gördüğü biçimde* görme amacını taşımaktadır. İkincil amaç ise, bir akıl hastanesinden (Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi) yola çıkarak bir total kurumun işleyiş biçimini ele alıp deliliği kurumsal dünyanın olgusal düzleminde incelemektir. İnceleme mekânımızı total kurum kılan, işleyiş mantığının iyileşme mekânı olması üzerine kurulması ve toplumsal riskleri azaltmak için risk arz eden bireylerin kapatılma mekânlarında toplanmasıyla ilgilidir. Akıl hastanelerine total kurum özelliği kazandıran birincil gerekçe, bu yerlerin toplama ve toplanma özelliği göstermeleridir. "Total kurum" kavramının mucidi Goffman akıl hastanelerini, öz bakımlarını aksatmakta olan ve toplum açısından risk oluşturabilecek unsurları bedeninde taşıyan tüberkülozluların ve cüzzamlıların iyileşme mekânlarıyla aynı kategoriye yerleştirir; insanların, belirli rasyonel gerekçeler üzerinden bir araya getirildiği ve operatif bir çalışmanın yürütüldüğü toplanma yerlerini "total kurum" olarak adlandırır.⁶ Goffman, akıl hastanelerini total kurum olarak ele alırken üç temel özelliğe vurgu yapar: "Akıl hastaneleri ikamet ve çalışma yerleridir; bireyin kurum tarafından kuşatıldığı mekânlardır; resmî surette düzenlenmiş, yaşam döngüsünün sürdürülme mekânlarıdır" (2017: 23).

⁶ Total kurumların özellikleri üzerine geniş bir okuma için bkz. Goffman, E., (2017), *Tımarhaneler*, Ankara: Heretik Yayıncılık.

Dolayısıyla çalışmamızın bütününde hedeflenen, literatürel/resmî tımarhane ve akıl hastanesi tanımının bugünkü kurumsal işleyişteki geçerliliğini sorgulamak; bunun için genel geçer yönetmelik prosedürlerine göre değil de, o kurumun iç-işleyişine ve kurum kültürüne bakmaktır. Bu çalışmada bir total kurum olarak akıl hastanelerinin işleyiş örüntüsü, akıl hastanesinin toplumsal karakterinde yer tutan hasta ve personel açısından irdelenmiştir. Bu maksat mucibince, topluma ruh sağlığı alanında yataklı hizmet sağlayan Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde alan incelemesinde bulunulmuş ve buradaki kurum-içi pratiklere bakılarak müzakereye açık bir durumsal çerçeve ortaya konulmuştur. Her iki amaç doğrultusunda sosyoloji literatüründeki eksik bilgi ihtiyacının karşılanması ve deliliğin öznel tarihinin özgün bir yaklaşımla ele alınması hedeflenmektedir.

Toplumsal değişimlerin sağlık yönetimi üzerindeki etkisiyle oluşan tıbbileştirme ile kurumsuzlaştırma arasında mevcut gelgitli durum, sosyoloji ile psikiyatri bilimleri arasındaki perdenin aralanmasına, deliliğin sosyolojik ilgiye mazhar olmasına neden olmuştur. Uluslararası sosyoloji literatüründe bu perdenin bizatihi kendisi müstakil bir konu olarak ele alınıp inceleme nesnesi kılınmıştır. Bu hususta Türkçeleri erişilebilir durumda olan Andrew Scull'un *Uygarlık ve Delilik: Kitabı Mukaddes'ten Freud'a, Tımarhanelerden Modern Tıba Akıl Hastalığının Tarihi* (Madness in Civilization- A Cultural History of Insanity from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine, 2015); Bryan S. Turner'in *Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi* (Medical Power and Social Knowledge, 1995); Michel de Certeau'nun *Tarih ve Psikanaliz* (Historie et Psychanalyse, 1987); Nassir Ghaemi'nin *Birinci Sınıf Delilik* (A First-Rate Madness, 2011); Thomas Szasz'ın *Yalanlar Bilimi Psikiyatri* (The Science of Lies Psychiatry, 2008) adlı çalışmaları örnek metinlerdir. Sosyolog Allan V. Horwitz'in henüz Türkçe'ye çevrilmemiş *Creating Mental Illness* adlı metni de çalışmamıza yön verecek doğrultuda

delilik literatüründe yer almaktadır. Bunun yanı sıra tarihçi Matthew Smith'in de 2014 tarihli "Asylums and Their History, Exploring how and why the history of asylums has been written" başlıklı yazısı ile aralarında bulunduğu sosyal bilimciler, sosyoloji ile psikiyatri bilimlerinin çalışmalarına yönelik önemli teorik tartışmalar ortaya koymaktadırlar.

Yerel sosyal bilim sahasının merkezinde buna benzer güçlü kuramsal tartışmaların yer almadığı gözlenmiştir. Bu eksikliğin bir sonucu olarak *praksisi* yorumlayabilecek yerel kavramsal çerçevemiz oldukça sınırlı kalmaktadır. Bu çalışma aynı zamanda Erving Goffman'ın kavramsal çerçevesinin yerel gündelik yaşamdaki işlevine yönelik açıklayıcı bir muhteva barındırmakta; yerel çalışmalarda sembolik etkileşimcilikle ilişkilendirilen Goffman'ın yerinin nasıl doğru bir biçimde tayin edilebileceğini göstermekte ve Goffman üzerinden yerel kavramsallaştırmaya giden yolda bir adım atma niyeti gütmektedir.

Ek olarak, total kurumların işleyiş mantığını alan katılımıyla irdelemek, esasında, alt-üst hiyerarşisinin dışına çıkmak anlamına gelmektedir. Bilgi akışının üstten alta doğru olduğu akıl hastanelerinde, alttakinin tasavvuru ve kapatılmış insanın neye benzediğiyle ilgili bilgi sağlayacak olan bu çalışma ile kurum-içi faaliyetlerin iyileştirilmesi ve hastane politikalarına yön verilmesi noktalarında yarar sağlanacağı umulmaktadır. Bu amaçlar doğrultusunda, aşağıda belirtilen sorulara yanıt aranmıştır:

- 1) Tıbbileştirme ile kurumsuzlaştırma arasında ekonomi politik bir mesele olarak delilik, sosyoloji disiplininde hangi tartışmalar etrafında ele alınmıştır?
- 2) Erving Goffman'ın tarihçilik ile tasnifçilik arasında konum problemine sahip benlik teorisi, akıl hastanelerinin işleyişi üzerinden nasıl değerlendirilmeli ve delilik olgusu etrafında nasıl okunmalıdır?

- 3) Total kurum olarak akıl hastanelerinin kurum kültürü hangi ilkeler hiyerarşisi üzerine kuruludur?
- 4) Akıl hastanelerinin kurum-içi işleyiş mantığı hangi toplumsal dinamikler üzerinde yükselmekte ve bu dinamikler kuruma istemli, istemsiz veya zorunlu olarak gelmiş bireylerle olan ilişkilerde hangi etkileşim ritüelleriyle açığa çıkmaktadır?
- 5) Kuruma kapatılmış birey, dâhil olduğu toplumsal kategoriye nasıl temsil etmekte ve kurum içerisinde kurumsal idare ve strateji karşısında kendi deliliğini nasıl idare etmekte; bu problematik etrafında deliliğin idaresinin kurumsal ve kişisel boyutları sosyolojinin yöntemlerini kullanarak nasıl açıklanabilmektedir?
- 6) Kapatılmış bireylerin bir toplumsal varlık olarak gündelik hayat ritüelleri nelerdir ve akıl hastanesinin müdavimi olma tarzları nasıldır?

1.3. ÇALIŞMANIN ÖNEMİ

Bu çalışma, delilik olgusunu inceleme yöntemi açısından muadillerinden farklılaşmaktadır. Deliliğin ne olduğuna yönelik tanımlama girişimlerine ve sosyal temsildeki yerini arama çalışmalarına yer vermektense, bireylerin dâhil oldukları toplumsal kategorilerin bizatihi kendilerince nasıl temsil edildiğine yer veren ve böylece yerli literatürdeki çalışmalardan farklılaşan bu etnometodolojik araştırma, *alandaki gerçekliği* gözler önüne sermesi ve bu konudaki merakları gidermesi bakımından önem arz etmektedir. Fakat daha da önemlisi, bu çalışmada delilik tanımlarına yer verilmemesi veya delilik olgusunun bir tanımdan hareketle ele alınmaması ile sosyolojik soru sorma yöntemine uygun bir araştırma örneği ortaya konulmaya çalışılmaktadır. "Delilik nedir?" sorusu ile çoğunlukla felsefenin alanına giren mezkûr olgu, bu çalışmada bir "durum" olarak ele alınmıştır. Çalışmamızda delilik olgusu, kurumsal bir mekânla sınırlandırılarak (akıl hastanesi) bir sosyoloji soruşturmasının konusu olarak incelenmiştir.

“...Nedir?” sorusuyla aramıza bir mesafe koyuşumuzun sebebi çalışmanın sosyolojik sınırlarına riayet etme amacı taşır. Ayrıca, inceleme nesneminin dinamizmini yok etmeme kaygısını da. Başka bir ifadeyle, “... nedir?” sorusunun handikaplarına geçit vermemek kaygısı. Şöyle ki, “... nedir?” sorusu çerçevesi içinde hareket ettiğimizde aslında şunu yapmış oluruz: Dış dünyada, halihazırda bekleyen bir töz vardır; adına delilik diyebiliriz (göç diyebiliriz, kadın diyebiliriz, sefalet diyebiliriz, zenginlik diyebiliriz, eğitim veya liderlik diyebiliriz, kezâ eşitsizlik veya zorluk diyebiliriz) ve araştırmacı elindeki check-list ile yahut çizilmiş bir eşkale baka baka gidip onları aramaktadır; ve çoğu zaman bulur da. Çünkü gerçekte olan biten şeyi gerçekte olduğu haliyle değil de elindeki listenin kriterlerine en çok uyanı arar. Bu, felsefî yöntemin arayışıdır. Oysa etnometodolojik yöntem ile çalışan sosyal bilim araştırmacısı nesnesini keşfetmez; kâşif değildir o. Nesnesini kurar, inşa eder. Sosyolojik nesne, araştırmacı sosyolog tarafından birtakım bilgi üretme prosedürleri ve teknikleri tarafından oluşturulur. Şeyleri sabit ve tanımlanmış halleriyle değil bir ilişki biçimi olarak kavrar araştırmacı. Çünkü şeyler bir dinamizm içinde, karşılıklı etkileşim halinde kendilerini gösterirler.

Bu açıklamalardan hareketle, çalışmamızda delilik olgusunu ele alırken delilik tanımlarından hareket etmediğimizi özellikle belirtmemiz gerekir. Çalışmamızda Emile Durkheim'ın "intihar" olgusunu bireyin ruhsal süreçleriyle ilişkilendirmeyen ve onu toplumsal ilişkiler bütününde arayan yaklaşımını benimsediğimizi ve Durkheim çizgisini çalışmalarında sürdüren Erving Goffman'ın sosyalbilimsel yaklaşımını temel aldığımızı açıkça söyleyebiliriz. Bu çalışma deliliğin (ve aslında her şeyin) tanımını baştan koymak yerine, deliliği, kendi ilişkiselliği içinde, yatay ve dikey uzanımları ile birlikte, burada ve şimdiki haliyle kavrama çabasıdır. Delilik bir sonuçtur, bir başlangıç değil. Ancak ve ancak böylesi bir yaklaşım ve kavrayış sayesinde, şeyleri bir sonuç olarak ele almış oluruz;

doğal başlangıç noktası olarak değil. Bu çalışmanın önemi bu tür bir yaklaşımın sağladığı şu avantajla ilgilidir: İnceleme nesnemizin, esasında, birçok operasyon ve koşullandırma ile üzerinin örtülmüş olduğunu fark ederiz. Şu anda ve burada olan şey (bizim araştırmamızda "delilik") nasıl bir süreç içerisinde şimdiki haline geldi, hangi ilişki ağlarından geçerek mevcut zarflara mazruf oldu ve cari durumdaki yapısına nasıl kavuştu gibi soruları sorarak, şeylerin niçin başka türlü değil de "bu" türlü var olduğunu analiz edebiliriz ancak. Tanımlama girişiminde bulunmak veya daha ileri gidip tanımla başlamak yerine hikâyenin içine dâhil olup olguyu gözlemleyerek ve betimleyerek başlamalı. Yoğun betimleme (*thick description*)⁷, tanım yerine bize olgunun hallerini verir; bu hallerin hangi mekanizma ve koşullarla yapılandırıldığını ve nihayetinde kavramı verir; kavram da olgunun üzerini kapatan tüm şifreleri deşifre etmeyi... Bu süreç, elde hazır tanımlarla yola çıkmanın ideal/zihinsel konforunu sağlamaz ama bize bilimsel bir analiz ve gerçek bir durumun gerçek bir tahlilini verir. Dolayısıyla, bu çalışmanın önemi toplumsal gerçekliği delice davranışların bağlamına inerek tahlil edecek bir yöntem ile işe koyulmasında gizlidir.

1.4. TEZİN BÖLÜMLERİNİN HEDEFİ ve ÖZET ANLATIMI

Çalışmamızın ilk bölümünde çalışma hakkındaki genel bilgilere yer verildikten sonra ikinci bölümde, tıbbileştirme ile kurumsuzlaştırma arasındaki gelgitli durumun delilik olgusunun açıklanma tarzlarını nasıl etkilediği ve deliliğe yönelik müdahale biçimlerini nasıl yapılandığı ortaya konulacaktır. Deliliğin sosyal bilimler alanına nasıl dâhil olduğu ve hangi etkiler aracılığıyla sosyoloji biliminin inceleme nesnesi haline geldiği tartışılacaktır. Deliliğin Foucaultcu tarzda tarihsel serüvenini ortaya çıkarmak yerine

⁷ İnsan davranışlarını açıklamada sadece davranışın kendisini değil bağlamını da dikkate alarak açıklayan; ayrıntılı tasvir ederek anlam ve işlevlerini ortaya çıkaran araştırma tekniği olup Gilbert Ryle ve Clifford Geertz tarafından ortaya konulmuştur.

delilerin gündelik yaşamlarını sosyolojik olarak betimlemeyi amaçlayan bu çalışmada bahsi geçen tarih anlatısı, psikiyatri alanındaki gelişmelerden hareketle, sosyoloji disiplininin bu gelişmelere gösterdiği ilgi üzerinden değerlendirilecektir. Bu bölüm, tezin teorik çerçevesini oluşturmaktadır.

Üçüncü bölümde "akıl hastanelerinin gündelik yaşamı" söz konusu olduğunda en sık başvurulmuş kaynaklar arasındaki *Tımarhaneler* (Asylums, 1961) ve müellifi Erving Goffman ele alınacaktır. *Günlük Yaşamda Benliğin Sunumu* (The Presentation of Self in Everyday Life, 1959) kitabıyla sosyolojize edilmiş bir benlik teorisi geliştiren Goffman'ın çalışmalarının derinlemesine inceleneceği bu bölümde öncelikli olarak Goffman'ın Washington DC'deki St. Elizabeth Hastanesi Ulusal Akıl Sağlığı Merkezi'nde alan çalışmasına dayanarak yazdığı *Tımarhaneler* isimli çalışmasının ana yönleri ele alınacak ve bizim çalışmamızı yöntemsel açıdan kuşatan etnometodolojik iş tutma biçimi değerlendirilecektir. Bölümün ikinci alt başlığı altında, Goffman'ın literatürdeki yerine değinilecek, Goffman'ın öncülleri meselesi tartışmaya açılacak ve onun düşünsel gelişiminin entelektüel bir tasnif aracılığı ile nasıl ortaya konulabileceği literatürdeki diğer çalışmalar üzerinden tartışmaya açılacaktır. Aynı bölümde, Goffman'ın metodolojik sınırlılıklarına yer verilerek Türkiye'de Goffmancı yöntemle çalışma imkânları ve alanda karşılaşılan zorluklar üzerinde durulacaktır. *Tımarhaneler*'deki kavramsal çerçeve ortaya çıkarılacak ve tez araştırmamızda elde edilen verilerin yorumlanmasında da yararlanılmış olan kavramların bağlamı ve muhtevası açıklanacaktır. Bu çalışma için kullanışlı olan Goffmancı kavram seti, alanda karşılaşılan durumlar üzerinden örneklendirilecektir. Bu sayede Erving Goffman'ın bu çalışmadaki yeri ve önemi kapsamlı bir biçimde ele alınmış olacak, bunun yanı sıra Goffman'ı konumlandırma problemi çözümlenerek yerli literatüre katkıda bulunulacaktır.

Dördüncü bölümde ise durum çalışmasının gereğini yerine getirmek amacıyla ilk iki bölümdeki teorik tartışmanın alandaki yansımaları ortaya konulacaktır. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde etnometodolojik incelenmeyle elde edilen verilerin yorumlanmasıyla delilik olgusu gerçek bir düzlemde, gerçek ilişkiler etrafında ele alınacaktır. Hastane-içi pratikleri alan notları üzerinden kavramsal bir çerçeveye tartışmaya açan söylem örneklerinin sunulduğu bu bölümde, bir akıl hastanesinden yola çıkılarak hastane ortamının toplumsal karakteri ile hastane kimliği ve hasta benliği tartışmaya açılacaktır. Total kurum olarak akıl hastanelerinin kurum kültürünün hangi ilkeler hiyerarşisi üzerine kurulu olduğu, akıl hastanelerinin kurum-içi mantığının hastane ritüellerine nasıl yansıdığı ve nasıl işlediği alandan örneklerle tartışmaya açılacaktır. Kapatılmış kişinin benlik ve toplum algısını değerlendireceğimiz bu bölümde hastaların sosyal birer varlık olarak gündelik hayat ritüellerinin neler olduğu deşifre edilecektir. Çalışmanın bütününde bir durum olarak deliliğin nasıl "idare" edildiği resmedilecek; deliliğin idaresinin kurumsal ve kişisel (oto-idare) boyutları açıklığa kavuşturulacaktır.

Son bölümde ise çalışmayla ilgili genel bir değerlendirme ve sonuç yazısına yer verilecektir.

1.5. KONU HAKKINDAKİ LİTERATÜRÜN GENEL DEĞERLENDİRMESİ

Literatür taraması sonucu deliliğin, genellikle felsefe disiplini altında çalışılmış olduğu görülmüştür. Deliliği ele alan bu çalışmalar çoğunlukla tanımlayıcı bir içeriğe sahiptir. Fahrettin Taşkın'ın "akıldışı" kavramının sorunsallaştırdığı 2018 tarihli "Nietzsche, Heidegger ve Foucault'da Akıldışı" başlıklı doktora tezi ve Zehra Vahapoğlu'nun "delilik" olgusunu ele aldığı 2014 tarihli "Foucault, Derrida ve Erasmus'ta Delilik" başlıklı yüksek lisans tezi, felsefî perspektifi yansıtmalarıyla bu duruma örneklik teşkil eden iki ayrı çalışmadır. Her iki çalışmada da incelenen kavramların tarihsel serüveninin ortaya

konulması amaçlanmış ve nihayetinde çalışmalar tanımlayıcı bir muhtevaya kavuşmuşlardır. Türkçe alanyazında delilik olgusunu sosyoloji disiplini altında inceleyen az sayıda çalışmaya rastlanmış olup akıl hastalarını konu edinen çalışmalarda toplanan verilerin, aktörlerin dünyalarına bizzat uğrayan bir yöntemle ve onların deneyimlerini merkeze alarak elde edilmediği gözlenmiştir. Delilik olgusunu ele alan çalışmaların çoğunluğu eski delilik formlarını değişmez bir kategori olarak kabul etmektedirler. Dolayısıyla deliliğin geleneksel görünümüne yönelen ve bu görünümü sabitleştiren bu çalışmalar, deliliğin zaman içerisinde aşınarak form değiştiren yeni görünümünü yansıtmamaktadır. Bir istisna olarak Meltem Narter'in 2003 tarihli "Deliliğin Sosyal Temsilleri" çalışması deliliğin toplumsal temsil şemalarındaki yerini kapsamlı biçimde analiz etmektedir. Fakat delilik olgusunun psikoloji disiplini içerisinde açıklanmasıyla alana müspet katkı sağlayan bu çalışmanın da, sosyoloji biliminin bilgi üretme prosedürleri üzerinden değerlendirildiğinde yetersiz kaldığı görülmektedir.

Bir Akıl Hastanesinin Hatıra Defteri: NAL adlı derleme çalışmasıyla Cemal Dindar, Bakırköy Akıl Hastanesi'ne yatırılmış hastaların şiirleri ve metinlerini muhteva eden bir metin ortaya koymuştur. Dindar'ın çalışması, Bakırköy Akıl Hastanesi'nde uzun süre yaşamak durumunda olan bireylerin yazılı metinleri üzerinden bir akıl hastanesi manzarası sunmayı amaçlamaktadır. Birer ilaç olan Norodol-Akineton-Largactil üçlüsünün baş harflerinden oluşan NAL ve "hastayı nal'lamak" ifadelerini başlık edinen bu çalışma, akıl hastanelerinin de belleği olduğunu hatırlatması açısından müsbettir. "Kurum varsa, o kurumlarda kurumlananlar varsa duvarın, soğuşun, zincirin, pencereden sızan gün ışığının da belleği var. Birikir. Ortak bir hatıra defterine dönüşür işte!" (Dindar, 2007). Çalışmasıyla kurumsal belleğe dikkat çeken ve bir kurumun belleğini bugüne taşıyan Dindar, "Şair Manzaraları", "Akıl Hastanesinin Gönül Gözü", "Bakırköylü Filozoflar" gibi

başlıklar ile delilerin şiirlerine, nesir yazılarına, hastane içi konuşmalarına yer vermektedir. Çalışmada "*Deliname*" başlıklı bölümün, deliliğin sosyal temsildeki yeri için aydınlatıcı olabileceği düşünülmektedir. Mezkûr metnin bizim çalışmamız açısından önemiye, kurumların da belleği olduğu ve bu belleğin insan etkileşimleriyle tertiplendiği fikriyle sınırlıdır. Bununla birlikte delilerin yorumlayıcı şemasını ortaya çıkardığımız, hastane ortamındaki nedensel yüklemeleri konu edinen dördüncü bölümdeki hasta söylemleriyle Dindar'ın metnindeki söylemsel repertuvarın yer yer örtüşmekte olduğu görülmüştür. Literatürde Dindar'ın çalışmasına benzer diğer bir yerli çalışma, Dr. Gülseren Budayıcıoğlu'nun *Madalyonun İçi: Bir Psikiyatristin Not Defterinden* (2004) adlı kitabıdır. Kitapta çeşitli nedenlerle akıl hastanesine başvuran hastalara yönelik tutulan notlar yer almaktadır. Her iki çalışma da hastaları hasta bakış açısıyla ele alan geniş bir değerlendirme içermemektedir. Eğer hastaların şiir ve nesir yazıları aracılığıyla kitaplaşan söylemler veya doktor bakış açısıyla tutulan notların toplumsal uzanımlarının analizinde bulunulması amaçlanıyorsa, bu metinlerden süzülen söylemlerin durumsal özellikleri ve etkileşimsel işlevlerine yönelik tanıklıklar gerekmemekte olduğu düşünülmektedir. Metnin bağlamı ve hangi duruma binaen ortaya çıktığı gibi işlevsel açıklamalarda bulunmak gerekecektir. Oysa verilerin üzerinden zaman geçmişse yahut verileri elde ettiğimiz inceleme nesnesi hâlen inceleme alanında değilse, durumsal analizde bulunma imkânı ortadan kalkacaktır. Her iki çalışmanın bizim çalışmamızdan farkı, etkileşim alanına ve metinlerin üretildiği duruma tanıklık içermiyor oluşundan ileri gelir. Deliliğin akıl hastaneleriyle ilgili yönünü metne taşıyan bu tür çalışmaların, hasta profilini gösterme açısından başarılı fakat bu profilin hangi bakış açısıyla ve hangi düzeydeki yorumlayıcı şema ile ele alınacağı noktasında sorunlu olduğu düşünülmektedir.

Deliliğin nasıl ele alınacağına ilişkin farklı açıklama tarzları ile delilik olgusu özelinde bir tanım problemi hâsıl olmuştur. Çalışmamız, deliliğe yönelik literatürde yer alan sosyoloji yaklaşımlarını esas almaktadır. Rahatsızlıklar ve hastalıklara sosyolojik yaklaşımlarda hâkim görüş, 'hasta olma'nın esasen organizmanın biyokimyasal işleyişindeki bir bozukluktan ziyade bir *toplumsal ilişkiler durumu*⁸ olduğudur (Turner, 2011: 49). Deliliğin toplumsal ilişkiler yumağında aranması, Parsons'un tıp sosyolojisine katkıda bulunan işlevselci açıklamalarına dayanmaktadır. Çalışmamızda Parsons'un "hastalık rolü" kavramsallaştırmasından büyük ölçüde yararlanılmıştır; zira temel amacımız deliliğin kurumsal etkinlikteki uzanımlarını incelemektir. Hastalık rolü bir yönüyle de sağlık sisteminin bir parçası olarak kurumsal işleyişin düzenleyici unsuru olarak düşünülmelidir. "Hastalık durumunun sosyal kontrolü ve düzenlenmesi hastalık-rolü mekanizmasıyla sağlanır" (Turner, 2011: 50). Hasta rolü kavramsallaştırmasını çalışmamız açısından önemli kılan, bu kavramın deliliği hasta-doktor ilişkisi üzerinden incelerken çelişki doğurmamasıdır. Deliliğin idaresinin kurumsal yönetim ve düzenleyici sağlık sistemi aracılığıyla gerçekleştiği algısını yıkan ve karşılıklı etkileşimlere dikkat çekmesiyle deliliğin idaresini toplumsal ilişkiler düzeyine çeken önemli bir kavramsallaştırmadır, hasta rolü.

Sosyolog Colin Samson'un akıl hastalığı çalışmalarına yönelik kullanışlı tasnifi, deliliğin sosyolojik açıdan hangi basamaklarla ele alınabileceğine yönelik önemli bir perspektif sunmaktadır. Samson, "Delilik ve Psikiyatri" başlıklı yazısında deliliği üç sosyolojik düzeyde ele alır. Bunların ilki Samson'un, "Michel Foucault'nun ilerlemeci, liberal akıl hastalığı tarihine yönelttiği eleştirileri bir başlama noktası olarak alarak, deliliğe ilişkin anlayışlar ve araştırmaların doğası, karakteri ve tarihsel gelişimi konusundaki farklı

⁸ Vurgu, B.N.T

perspektifleri" (Samson, 2011: 70) incelemesidir. Foucault'nun delilik çalışmalarının, olguyu sosyolojik yöntemle analiz etmeye katkısını ele alan Samson, bir diğer önemli boyutun kurumsuzlaştırma ve akıl sağlığı reformları olduğunu ileri sürmektedir. Samson, - akıl sağlığı kavramının statüsünü- tartıştığı üçüncü boyut ise akıl hastalıklarının sosyal bilim literatüründe hangi tartışmaları başlattığına değinmekte ve psikiyatri bilimi içerisindeki tartışmalara gerek sosyolojik gerek antipsikiyatrik yaklaşımlarla getirilen eleştirileri ortaya koymaktadır.

Tez çalışmamızın mimarisini oluşturan literatürdeki diğer çalışmalara gelecek olursak; Winnie S. Chow ve Stefan Priebe'nin (2013) "Understanding Psychiatric Institutionalization: A Conceptual Review" başlıklı makalesi, tartışma konuları arasına dâhil ettiğimiz kurumsallaşma üzerine önemli bir değerlendirmedir. Psikiyatrik kurumsallaşma üzerine bir tartışma içeren bu makale, psikiyatri alanında hizmet veren Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin kurumsallaşmasını takip etmek ve kurumun resmî repertuvarını çıkarmaya yönelik girişimde bulunmak açısından önemli bir kaynak olmuştur. Bilhassa doktorların kullandığı testler, tedavi yöntemlerindeki standartlar ve tanımlama yollarının deliliğin idaresindeki önemini fark etmek açısından ciddi bir makaledir. Bahsi geçen kurumsallaşma olgusu, çalışmamızda standartlar üzerinden ele alınmıştır. Standartların nasıl kurulduğu, nasıl işlediği, ne tür dönüştürücü etkiler yarattığı ve ne tür tanılar, teşhisler ve kalıplar oluşturduğu deliliğin idaresini ortaya koymak açısından özel olarak incelenmiştir. Burada bizim dikkatimizi yönelttiğimiz standartlar, psikiyatrinin standartlarıdır. Bu hususta Ebru Kayaalp ve Fatih Altuğ'un editörlüğünde 2018'de yayımlanan *Standartlar Nasıl İşler?* adlı çalışma, psikiyatrik kurumsallaşmayı inceleme altına aldığımız anda sıklıkla başvurduğumuz ve psikiyatrik standartları açıklamada önemli tartışma konularını içerdiğini düşündüğümüz kaynak olmuştur. Bu

kaynaklardan yola çıkarak anlaşılması gerekir ki ilk tartışmamız gereken tema, kurumsallaşmadır. Zira çalışmamız bir kurumun içerisinde gerçekleşmekte; üstelik resmî bağlayıcılığı olan bir kurum. O halde psikiyatrik kurumsallaşma ve psikiyatrinin standartlarını ortaya koyarak kurumların nasıl düşündüğüne yönelik bir tartışma yapma zorunluluğu doğacaktır. Sosyolog Mary Douglas'ın 2016'da Türkçeleştirilen ufuk açıcı kitabı *Kurumlar Nasıl Düşünür?*, bu noktada belirleyici bir kaynak olmuştur. Kurum-birey arasındaki ilişkinin başlangıç noktası var mıdır? Kurumsal işleyiş mi bireyde etki uyandırmaktadır yoksa birey mi kuruma mantık ve doğa bahşeder? Çalışmamızda kurumun bireyin sivil dünyasına yerleşmesi olarak yanıtlanan bu soruya ilişkin Douglas'ın kitabı, özellikle "Kurumların Kendi Zihinleri Olmaz" başlığı altında, özgün bir değerlendirme içermektedir.

Çalışmamızın teorik çerçevesini Erving Goffman ve Michel Foucault üzerinden geliştirdiğimiz için kurumsallaştırmanın akabinde tartışılması gereken temaların başında kapatılma mekânlarından bir mekân olan "total kurum" gelmektedir. Erving Goffman'ın kavramsallaştırması olan "total kurum", Goffman'ın kendi kaynaklarından takip edilebilir. Fakat "total kurum" üzerine yazılmış önemli bir değerlendirme Susie Scott'un kaleminden hâsıl olmuştur. Scott (2010), "Revisiting the Total Institution: Performative Regulation in the Reinventive Institution" başlıklı makalesinde kurumsallaşmayı takip ederken total kurumlara yönelik derin bir analizde bulunuyor. Bu temayı işleyen bir diğer önemli kaynak Goffman ve Foucault'nun deliliğe yaklaşımını karşılaştırmalı olarak ele alan "Institutionalization of Madness: Perceptions and Analysis of Works by Michel Foucault, Erving Goffman and Franco Basaglia" (Cardoso, 2016) başlıklı çalışmadır. Bu makalenin yalnızca giriş kısmına erişilmiş ve Goffman ile Foucault'nun deliliğin kurumsallaşma sürecine yönelik temel tezlerinin karşılaştırmalı olarak ele alınırken Demokratik Psikiyatri Hareketi'nin öncüsü Franco Basaglia'nın çalışmalarının da tartışmaya dâhil edilmesi

gerektiği fikri edinilmiştir. Foucault'nun "Büyük Kapatılma" olarak adlandırdığı süreçle birlikte başlayan kurumsallaştırma, zamanla delilerin ayrı alanlardaki tecridine dönüşmüştür. Delilerin yoksul, göçmen, bakıma muhtaç yaşlılardan ayrı mekânlarda tutulmasını anlatan Foucaultcu deliliğin tarihsel anlatısına değinildikten sonra Goffman'a gelinir. Goffman, kapatılmayı kurumun totaliter özelliklerine ve kurumsal sistemin işleyişine dâhil ederek kapatılma işlemini üretken yapısalcı bir noktada değerlendirir. Basaglia'nın çalışmaları ise yatırılmanın şiddetini vurgulayan bir tür psikiyatrik reform hareketidir; Basaglia, İtalya'daki kurumsallaşma sürecinin mimarıdır. Çalışmada Goffman, Foucault ve Basaglia'nın karşılaştırmalı analizi, deliliğin kurumsallaşma sürecini aktaran bir özet niteliğindedir. Bütün bunlar çalışmamızın ikinci ve üçüncü bölümünü irtibatlandırırken, kurumsallaşma ve total kurum arasında bağ kurarken tarihsel serüveni takip edebilmede ve buna yönelik neden-sonuç ilişkisini içeren sıralı anlatı dilini oluşturmada yararlandığımız kaynaklardır.

Çalışmamızın üçüncü bölümü Erving Goffman'ı bütünüyle analiz eder niteliktedir. Seamus Mac Suibhne'nin (2011), "Erving Goffman's Asylums 50 years on" başlıklı makalesi Goffman'ın Tımarhaneler isimli kitabından sonraki 50 yılı değerlendirmektedir. Dolayısıyla diğer Goffman anlatılarından farklı olarak literatür güncellemesi yapan bir makaledir. Çalışmamızın Goffmancı momentinde yararlandığımız metin, Goffman'ı yeniden tartışmaya çağıran "Re-reading Erving Goffman As An Emancipatory Disability Researcher" başlıklı makaledir. Bu çalışma Goffman'ı diğer çalışmalar gibi *Tımarhaneler* üzerinden değil, akıl hastalığı üzerine yazdığı makaleleri üzerinden değerlendirmektedir. "Mental Symptoms and Public Order" (Zihinsel Belirtiler ve Kamu Düzeni, 1967) and "The Insanity of Place" (Mekânın Çıldırması/Deliliği, 1971) isimli iki makalesini analiz eden bu metnin, önemli bir Goffman değerlendirmesi olduğu söylenebilir.

Delilik olgusunu ne tanımlayıcı ne de sosyal temsil olarak ele alan bizim çalışmamız, diğer çalışmalardan farklı olarak deliliğin görünümlerini etkileşimlerin içerisinde, güncel gerçekliğe başvurarak ve delilik alanlarına bizzat uğrayarak deşifre etmektedir. Bu bağlamda çalışmamıza yöntem açısından model olabilecek temel çalışma Erving Goffman'a aittir. Goffman, kurum tarafından kuşatılmış bireyin gündelik gerçekliğinin deşifresini ortaya koyduğu çalışmasıyla akıl hastaları ve kapatılmışların hastane-içi etkileşimlerini göz hapsine alarak toplumsal durum analizinde bulunmuştur. Deliliğin Foucaultcu tarzda -tarihsel serüvenini- ortaya çıkarmak yerine bizzat "deli" aktörü üzerinden deliliğin etkileşimsel işlevlerini ve kurumsal kuşatma altındaki yaşantılanma hâlini anlatmayı amaçlayan çalışmamız, durum çalışması açısından Goffmancı yöntemi model almaktadır.

Deliliğin etkileşimsel ve durumsal açıdan analizinde bulunduğumuz dördüncü bölümün mimarisinde yararlandığımız kaynakların belki de en önemlisi Rory Du Plessis'in (2013) "Constructing Patient-Psychiatrist Relations in Psychiatric Hospitals: the Role of Space and Personal Action" başlıklı çalışmasıdır. Bu makalede çalışmamızın yöntemiyle örtüşen birçok husus var: Hasta ve doktor ilişkisi, hastanenin fiziksel yapısı ve içindeki bireylerin eylemleri; Goffman, Foucault ve R. D. Laing'e dair değerlendirme.

Ardından, delilik anlatılarını konu edinen, Alison Torn'un 2009 yılında yayımlanmış olan doktora tezi takip edilmiştir: "Madness and Narrative Understanding: A Comparison of Two Female Firsthand Narratives of Madness in the Pre and Post Enlightenment Periods". Bu tez çalışması, iki kadın akıl hastasının ilk elden anlatısı üzerine kurulu. Üstelik kadın hastalardan biri Aydınlanma Dönemi öncesi, diğeri ise Aydınlanma Dönemi sonrasında yaşamış. İki farklı dönem, iki farklı kadın hasta ve iki farklı anlatı. Bir anlamda deliliğin

toplumsal tarihini kadın hastaların gözünden ortaya koyan bu çalışmanın delilik çalışmaları için önemli bir kaynak olacağı düşünülmektedir.

Bütün bu kaynaklar bizim çalışmamızda doğrudan alıntılanacaklarımız kaynaklar olarak düşünülmemelidir. Bu çalışmalar, deliliği toplumsal bir olgu olarak düşünürken ve bu düşünce etrafında bir inceleme yöntemi geliştirirken uğradığımız ve beslendiğimiz kaynaklardır.

Çalışmamızın yöntemine geçmeden önce benzer çalışmalar açısından yeniden yerli literatüre dönecek olursak, deliliği -akıl hastanesine kendi isteğiyle veya zorunlu olarak yatışı sağlanmış- aktörün dünyasını merkeze alarak irdleyen tez türünde az sayıda çalışmaya rastlanmış olup, mezkûr olguyu sosyoloji bilimi içerisinde ele alan çalışmalarınsa bireyin dünyasını doğrudan inceleme altına almadıkları görülmektedir. Aynı temayı paylaşan sosyoloji perspektifli çalışmalar genellikle deliliğin sosyal temsildeki yerini açıklığa kavuşturma amacı taşımaktadır. Literatür taraması sonucu aynı temayı bir "durum" olarak irdleyen çalışmalara ise rapor ve belgesel türünde rastlanmıştır. Ege Kanar ve Can Dinlenmiş'in ilk belgesel yapımı olan *Depo: Akıl Hastanesi'nde Hayat*, izleyicisine akıl hastanesinden kesitler sunmaktadır. Fakat bu gibi çalışmaların durumu betimlemekten ileri gitmediği görülmüştür. Durum araştırması olmasının yanı sıra bir durum betimlemesinden daha fazlasını içeren bizim çalışmamızın amacı ise; alan incelemesinde bulunarak kurum içi etkileşimleri ve kapatılmışlığa dair pratikleri tahlil etmek; kurum yapısını incelerken birer fail olan hastaların tasnif sistemlerini çözmektir.

1.6. TEZ YAZIMINDA BENİMSENEN YÖNTEM

Araştırma nitel araştırma metodlarından etnometodolojik araştırma özelliği taşımaktadır. Harold Garfinkel'in Talcott Parsons ve Alfred Schutz'den ilhamla geliştirdiği yöntem olan etnometodoloji, "Bireylerin gerçekliği kavrarken, zihinlerinde yeniden kurarken çok

sıradan ve rutin hale gelmiş günlük ilişkilerde bile sorgulamadan, çoğunlukla da bilinçsiz olarak kabul ettikleri kural, inanç ve değerleri çözümlemeyi konu edinen disiplin” (Demir ve Acar, 1993: 125) olarak tanımlanabilir. Delilik olgusunun önceden biçimlenmiş tözcü bir yaklaşımla ele alınmasıyla tortulaşmış delilik tanımlarına erişildiği ve elde edilen olgunun devingen niteliğini kaçırdığı düşüncesiyle deliliği belirli bir yerde, belirli bir bağlamda ele almanın doğru olacağını düşünmekteyiz. Çalışmamızda bu yöntemle deliliği hastane kültüründeki etkileşimleri merkeze alarak inceleme altına alma imkânı elde edilmiştir. Etnometodoloji yöntemi benimsenen çalışmamızda veriler, katılımcı gözlem ve görüşme yolu ile elde edilmiştir. "Eğer araştırmacı, herhangi bir ortamda oluşan davranışa ilişkin ayrıntılı, kapsamlı ve zamana yayılmış bir fotoğraf elde etmek istiyorsa gözlem yöntemini kullanabilir" (Yıldırım ve Şimşek, 2008: 169). Delilik olgusunun gözlem tekniği ile ele alınmasının çalışmaya sağladığı katkı, bu tekniğin tarafsızlığı sağlamadaki başarısıdır. Zira gözlem tekniği ile inceleme nesnesi, doğal gerçekliğini araştırmacıya yansıtabilmektedir.

Çalışmamızın amaçları arasında akıl hastanelerindeki aktörler olan uzman, personel ve hastaların bilgilerine bizatihi başvurma ve kurum içindeki etkileşim alanlarını gözlemlene olduğu için bu doğrultuda gözlem türlerinden -katılımcı gözlem- tercih edilmiştir. Katılımcı gözlem (*participant observation*), Gordon Marshall'ın *Sosyoloji Sözlüğü*'nde (1999: 393), "verili bir inceleme alanında, insanlarla (dinî, meslekî ya da sapkın gruplar gibi) kendi doğal çevrelerinde kurulan yoğun ilişkiyle yakın ve özel bir samimiyet yaratmayı amaçlayan önemli bir araştırma stratejisi" olarak tanımlanır. Chicago Kent Araştırmalarından doğan katılımcı gözlemci tekniği görüşme ve gözlem yöntemlerini içerdiği gibi aktörlerin yaşam alanlarına doğrudan katılmayı ve bu alanlarda üretilen bilgiye ulaşmayı ve analiz etmeyi de içermektedir. Bununla birlikte katılımcı gözlemci

teknikini uygulayan araştırmacıların bir çeşit problemle karşılaşmaları muhtemeldir. Gordon Marshall, öznellik-nesnellik dengesini kurmaya yönelik bu problemi şöyle değerlendirir:

Katılımcı gözlemin başlıca amacı, inceleme nesnelerinin öznel dünyalarına girmek ve bu dünyalara onların bakış açısıyla bakmak (anlama ya da Verstehen nosyonuna benzer bir yöntem) olduğundan, yeterli öznellik sorunu hemen kendisini gösterecektir: Araştırmacılar, kendi görüşlerini araştırma nesnelerine empoze etmediklerini, tamamen onların bakış açılarını temsil ettiklerini nasıl bilebilirler? Öte yandan, yalnızca araştırma nesnesinin kendi görüşüyle sınırlı kalmak, onun adına konuşma ve "yerleşme" probleminin ortaya çıkma riskini, yani dünyayı yalnızca araştırma nesnesi ya da nesnelerinin bakış açısından görme olasılığını beraberinde getirebilir (1999: 393-394).

Çalışmamızda katılımcı gözlem yöntemini uygularken ortaya çıkabilecek bu sorunu aşmak amacıyla katılımcı pratiklerin yapılandırılmasına gidilmiştir. Araştırma nesnesi ile mesafeyi korumak adına tam tekmil katılım gerçekleştirilmemiştir. Hastalar arasındayken - onlardan biriymişçesine- bulunmak öncelenmiştir; fakat bazı durumlarda mesafenin korunamadığına yönelik izlenim edinildiğinde hasta bakıcı, personel ve stajyer öğrenci rollerine girilmiş ve çalışmaya rol değişikliği ile devam edilmiştir. Rol değişikliğinden kaynaklanabilecek hastaların güvenini zedeleme riski göz önünde bulundurularak, hastalarla doğrudan tanışma durumunda bulunulmamış; tanışma pratiğinin etkileşimlerin doğal seyrinde gerçekleşmesi beklenmiştir. Buna ilaveten, hastaların kısa süreli olarak hastanede bulunma durumları, rol değişikliğinden kaynaklanabilecek güven problemini ortadan kaldırmıştır. Yine mesafenin korunması adına aşırı tarafsız bir konumdan kaçınmak için hastaların günlük programlarına onlarla aynı konumda kalarak dâhil olunmuş fakat aşırı yakın ilişkilerden de kaçınılmıştır (örneğin hediyeleşmek, sır vermek,

kurumun hizmetlerini methetmek yahut hastane koşullarından yakınmak vs). İnceleme nesnesini analiz edebilmek adına deliliğin idaresine yönelik kavrayışı güçlü tutmak gerekeceğinden hemen her etkileşime dâhil olunmuştur. Bununla birlikte etkileşim alanlarına dâhil olurken verilerin kuşkulu olmasının önüne geçebilmek maksadıyla etkileşimleri başlatan ve yönlendiren özne pozisyonundan uzak kalınmıştır.

Alan notları, ses kayıtları ve gözlem sonrası tutulan araştırma günlükleri, veri toplama araçlarını oluşturmaktadır. Ek olarak, ulaşım izni sağlanan resim ve mektuplar arasından çalışmayla ilgili olabileceği düşünülenler, toplam veri arasına dâhil edilip analiz edilmiştir. Alandaki gözlem esnasında ihtiyaç duyulması halinde kullanılmak üzere görüşme formu hazırlanmıştır. Nitel veriler, konuşma çözümlemesi ve betimsel analiz yöntemleri ile analiz edilmiştir."Toplumsal yaşamın dinamiklerini, kurumların günlük rutinler ile nasıl devam ettirildiklerini anlamak, sosyal ortamlardaki doğal konuşmaların (*natural occuring talk*) çözümlemeleri ile sağlanabilmektedir" (Sert, 2015). Konuşma çözümlemesi, "temel olarak sosyoloji çalışmalarından ortaya çıkmıştır ve Goffman ve Garfinkel'in insanların sosyal bir varlık olarak nasıl iletişim kurduğunu anlamaya çalıştıkları etnometodolojik⁹ çalışmalara dayanmaktadır" (Atar, 2007: 18). Buradan hareketle akıl hastanesi ortamındaki sözlü iletişimin sosyal bilimsel bir çerçevede incelenmesi amacıyla konuşma çözümlemesi yöntemine başvurulmuştur. Bu sayede katılımcı gözlem sonucu elde edilen verilerin yapısal ve etkileşimsel işlevleri ortaya çıkarılmıştır.

Araştırma, 04.12.2018/ 19.02.2019 tarihleri arasında İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Hastanenin fiziksel yapısı ve hastane birimlerine dair yeterli bilgi edinildikten sonra uygun birimlerde gözlem maksatlı

⁹ Bu hususta kapsamlı bir değerlendirme için bkz. Alain Coulon, *Etnometodoloji*, 2010. çev. Ümit Tatlıcan. Küre Yayınları: İstanbul.

bulunulmuştur. Araştırmacı bazı durumlarda psikolog, bazı durumlarda vizite katılan stajyer öğrenci, bazı durumlarda temizlik personeli, bazen hasta bakıcı rolü ile gözlemlerini gerçekleştirirken gerektiği durumlarda araştırmacı kimliği açık edilmiştir. Koşulların elverdiği her durumda hastalar arasına karışmak öncelikli hedef olmuştur.

Gözlemin, 4 hafta sürmesi planlanmış olmasına rağmen araştırmanın hedeflerine ve belirlenen problemlere yönelik ilgili verilerin yeterli biçimde sağlanmadığı düşünüldüğü için gözlem süresi uzatılmış; 10 haftalık bir sürede çalışmanın saha araştırması boyutu tamamlanmıştır. 10 hafta boyunca her gün 09:00-17:00 arasında hastanede olunmuş ve alanda bulunan hemen herkese yönelik gözlemde bulunulmuştur. Gün içerisinde kadın ve erkek servislerin her birinde ortalama 40 hasta olmak üzere 80 hasta gözlem altına alınmıştır. Fakat 10 hafta üzerinden ele alındığında bu sayının inceleme alanının gerçekliğiyle ilintili olarak saptanamayacağını belirtmek gerekir. Zira hastalar, hastanede uzun süreli kalmamaktadır. Kalış süreleri azami 21 gündür. Bu süre zarfında hastane ortamında hasta yüzler kısa sürede değişebilmektedir. Yalnızca birebir görüşmenin olmadığı, gözlem yönteminin kullanıldığı çalışmamız, kaç farklı hastanın gözlemlendiğine yönelik net bir sayı sunamamakta olup yeni gelen hastalarla birlikte gözlemlenen hasta sayısının daha fazla olduğunu belirtmek isteriz. Dolayısıyla yalnızca hastalarla ilgili olmak kaydıyla verdiğimiz bu sayılar tahminidir. Çalışma 2'si denetimli serbestlik biriminde olmak üzere toplamda 11 doktora yönelik gözlem içermektedir. Çalışmamıza konu olan hemşire sayısı ise 18'dir. Bu süre zarfında 3 erkek ve 2 kadın olmak üzere 5 güvenlik görevlisi; 2 erkek ve 2 kadın olmak üzere 4 hastabakıcı; yemek dağıtımında bulunan 2 kadın görevli gözlem altına alınmıştır. Sonraki adımda elde edilen veriler, nitel araştırma yöntemleri ile analiz edilmiş, kavramsal bir çerçevede tartışmaya açılmıştır.

Sosyal bilimcinin incelediği alana gizlenmiş yahut sadece oradakilerin fark ettikleri anlam kalıplarına vakıf olabilmesi için inceleme alanında hazır bulunması, etnometodolojik yaklaşımın bir gereğidir. Bu yaklaşım benimsenerek atılmış olan ilk adım, inceleme alanında bulunmak olmuştur. İkinci adım ise bulunulan yer ile sosyal bilimci arasına mesafe konulmasıdır. Sağlanan mesafe ile alana dışarıdan bakıp oradaki tahakküm ilişkilerini, rekabet süreçlerini ve etkileşimsel durumların bütün işlevlerini soğukkanlı bir şekilde disiplinize/sosyolojize etmek, ikinci adımı ifade etmektedir. Eğer ikinci adım atılmamış ve birinci adımda kalınmış olsaydı; yapılan pratiğin ismi en iyi ihtimalle fotoğraf çekmek yahut röportaj yapmak olacaktı. Dolayısıyla bu çalışma literatürdeki diğer tanımlayıcı çalışmalardan farklı olarak "katılımcı nesneleştirme"¹⁰ pratiğinde bulunmayı hedeflemiştir.

1.7. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmada sırasıyla inceleme nesnesinin nitelikleri, araştırma yöntemini sahada uygulamada çıkan zorluklar, zamansal sınırlılık ve incelenen gündelik yaşamın inceleme mekânı dışındaki durumuna yönelik gözlem kısıtlılığı olmak üzere dört ayrı sınırlılık ortaya çıkmıştır. Dahası, bütün bunların haricinde doktor kimliğinin sembolik şiddetiyle karşılaşmaktan doğan yekpare bir sınırlılık belirivermiştir. İnceleme nesnesinin nitelikleri ile ilgili olan ilk husus, cinsiyet unsurunun bu araştırmayı sınırlı kılmasıdır. Araştırma evreninin fizikî mimarisi göz önünde bulundurulduğunda, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde erkek hastaların bulunduğu servisler ile kadın hastaların bulunduğu servislerin fizikî yapılanmalarının farklılık gösterdiğini söyleyebiliriz. Erkek servislerinde, kadın servisinin fizikî şartlarından farklı olarak banyo ve tuvaletler odaların

¹⁰ Pierre Bourdieu tabiri olan "katılımcı nesneleştirme", toplumbilimcinin inceleme nesnesiyle kurduğu ilişkinin nesneleştirici yönünü anlatır. Katılımcı nesneleştirme, gerçekleştirilen iş esnasında toplumbilimcinin, inceleme nesnesinin gerçekliği ile kendi ön kabulleri arasında ayrıma varmasıyla ilişkilendirilen bir tür yöntemsel yaklaşım olarak ortaya konulur.

içerisinde bulunmaktadır. Dolayısıyla erkek servisine yönelik gözlem esnasında kadın servisine nazaran daha hassas davranmak durumunda kalınmıştır. Kişisel ihtiyaç alanları - erkek servisine özel olarak- inceleme dışı tutulmuştur. Personel bulundurmadıkça erkek hastaların odalarına girme durumlarında engellenme söz konusu olmuştur. Personel eşliğinde odalara girme ve gözlemde bulunma durumunun yarattığı sınırlılık ise hastaların personel eşliğinde gelen yabancı karşısında davranışlarını yapılandırması ve doğallığın bozulması olmuştur.

Bir diğer sınırlılık, erkek ve kadın hastalarla ilgili olmasa da hastane personeline hastanede bulunma gerekçesinin izahında ortaya çıkmıştır. Servislerde doktor rolü ile bulunma durumuna, hastane yönetimi tarafından onay verilmemiştir. Bu sebeple bazı alanlarda bulunmayı doğallaştıracak gerekçe bulunamadığında araştırmacı kimliği personele belirtilmiştir. Özellikle olağanüstü hal durumlarında güvenlik ve bağlamı gereğince sorumlu hemşirelere kimlik göstermek mecburiyetinde kalınmıştır. Burada kimlikten kastımız şahsi nüfus cüzdanı olmayıp hastane genel yönetiminden alınan ve ilgili kişi tarafından imzalanan onay mektubudur. Bu mektup, araştırmacının araştırma süresi boyunca yanında taşınması maksadıyla verilir ve "servislere girebilir" yazısını içerir. Benzer türde bir araştırma yürütecek olup hastanede bulunma gerekçelerini gizlemeleri gereken araştırmacıların, bizim çalışmamızda rastlanan mezkûr sınırlılıkla karşılaşabileceklerini ve olağanüstü hallerde hastane içerisindeki rolü gizleyemeyebileceklerini belirtmek isteriz. Bu durum, araştırmacının hastanedeki rol ve görevlerine yönelik düzenlenmiş bir personel kartı (örn. hasta bakıcı, hemşire) ile aşılabılır.

Üçüncü bir sınırlılık durumu ise, hastalarla iletişim kurma imkânının zamanla sınırlandırılmış olması ile ilgilidir. Sahada bu durumu aşabilecek fırsatlar ele geçirilmeye

alışılış olsa da araştırma sürelerini mesai saatleri belirlemektedir. Hastaların personel gittikten sonra kendilerini nasıl idare ettikleri, deliliğın idaresinin muhakkak ki başka bir boyutunu gösterecektir. Etkileşim alanlarına ye olarak katılmak hedeflendiğı için bahsettiğimiz sınırlılık, rol geçişleriyle aşılmaya çalışılmıştır. Dolayısıyla saha araştırması süresince, gerek mesafenin korunması gerekse bağlamaları kaçırmayarak etkileşim alanlarının dışarısında kalmamak adına katılımcı gözlemci kimliğı sürekli olarak yapılandırılmıştır.

Dördüncü olarak, hastaların hastane dışındaki durumlarını takip edebilecek imkân ve şartlara sahip olunamadığı ve çalışma evrenimiz kurumsal dünyadan müteşekkil olduğu için akıl hastalarının kurum dışı gündelik yaşamın içerisinde (sokaklarda, caddelerde, resmi veya serbest alanlarda, hane içerisinde, mahallede) yaşamlarını idare etme biçimleri inceleme altına alınmadığını belirtmek isteriz. Dolayısıyla hastane öncesi ve sonrası gündelik yaşam çalışma kapsamının dışında bırakılmıştır. Fakat deliliğın idaresinin önemli bir boyutu da hastane yaşamının dışarısındaki gündelik idaredir. Araştırmacılara, bu çalışmanın eksik kalan kısmını incelemeleri, fakat bunu gerçekleştirirken deliliğı yalnızca sosyal temsil olarak tahayyül etmemeleri; gündelik yaşamın bütün etkileşimsel alanlarında karşımıza çıkan bir olgu olarak değerlendirmeleri; sokakta, arşı ve pazarda, kurum ve kuruluşlardaki uzanımlarını takip etmeleri önerilmektedir.

Bu dört sınırlılık, prosedürel izinler alınsa da araştırma esnasında ortaya çıktığı için aşılabilmesi için yeniden yöntem yapılandırılmasına gidilmeyen sınırlılıklardır. Bunların haricinde resmi bütün beratları elinizde bulunduruyor olsanız dahi hastaneyi kurumsal anlamda temsil eden "doktorun" sizi nasıl karşılayacağını ve her ne kadar kurum, resmiyette bakanlığa tabi olsa da fiiliyatta doktorların onayı olmadan hastane içerisinde

kıpırdıyamadığınızı göreceksiniz. Henüz alan gözlemine başlamamışken, hastane yönetimi tarafından ilgili servis sorumlularına kendinizi tanıtmamız, zorunlu olmasa da daha uygun olacağı söylenir. Bunun, çalışmada herhangi bir müdahaleyle karşılaşılması ve saha gözlemlerinin özgürce yürütülebilmesi açısından kolaylaştırıcı olabileceğini düşünürsünüz. Bu kanaat benimsenerek ilgili servis sorumluları olan doktorlara tanışma ziyaretinde bulunulup çalışmadan bahsedilir. Fakat servis sorumlusu doktorların bu durumu nasıl karşılayacağı, doktorun keyfiyetindedir. Çalışmamız esnasında servislerden yalnızca biriyle ilgili olarak karşılaştığımız bu keyfi yasaklayıcı tutum, her ne kadar kısa süreli olarak demoralize edecek tesirde bulunsa da, hastane ortamının toplumsal karakterine dair bir şeyler söylemekte olduğu düşüncesiyle, çalışmamızda veri olarak ele alınmış ve yorumlanmıştır.



2. BÖLÜM:

DELİLİĞİN KURUMSALLAŞTIRILMA SERÜVENİ

Çalışmamızın bu bölümünde, tıbbileştirme ile kurumsuzlaştırma arasındaki (teşvik politikalarından kaynaklanan) gelgitli durumun delilik olgusuna yaklaşım tarzlarını nasıl etkilediği ve deliliğe yönelik müdahale biçimlerini nasıl yapılandığı ortaya konulacaktır. Bunun öncesinde tıbbileştirmeye giden tarihsel süreci ele almak gerekecektir. Bölümün ilk alt başlığında bu süreç, deliliğin iyilikseverlik yarışının temel teması haline geldiği dönem üzerinden incelenecektir. Tıbbileştirme ve kurumsuzlaştırma arasında kalan delilik, bir tür iyileştirme ortamları olan akıl hastaneleriyle birlikte değerlendirilecek; deliliğe yönelik müdahale biçimlerinden biri olan standardizasyon işlemi ele alınacaktır. Bu işlem doğrultusunda psikiyatrinin standart tanı sisteminde deliliği teşhis etme durumu tartışmaya açılacaktır. Ayrıca bu bölümde ruh sağlığı alanındaki mevcut işleyişin Türkiye'deki durumu soruşturulacak ve konuyla ilgili alanın çalışanlarının görüşleri sunulacaktır.

Delilik denilince son iki yüz yıldan itibaren akla ilkin tıbbî tedavi ve müdahale alanları ile ruh sağlığı alanındaki hizmetler ve rehabilitasyona yönelik işlemler gelmektedir. Delilik, bugün, akıl hastalığı, ruhsal boşluk, zihinsel bozukluklarla ilişkilendirilmekte ve mental işleyişin düzenlenmesine yönelik oluşturulmuş tanı sistemi aracılığıyla değerlendirilmektedir. Kısaca DSM olarak adlandırılan *Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı*'nda (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, [DSM-5], 2013*) akıl hastalığı, "işleyiş bozukluğu" olarak tanımlanmaktadır. Bu tür tanımlamalar altında medikalize edilen delilik, tıbbî uzmanlarca - müdahale edilebilir- bir olgu haline gelmiştir.

"Psikotik özne, dinlenmesi gereken bir insandan çok, tedavi edilecek bir nesne haline gelmiş durumda" (Leader, 2016: 12). Geline bu durum, Emil Kraepelin'in (1856-1926) 1880'li yıllarda davranış bozukluklarını tıbbî semptom olarak açıklayan yaklaşımından doğan ve psikiyatri tarihinde önemli bir devrimi beraberinde getiren kırılma ile ilgilidir. Bu kırılmanın kurumsal olmayan geçmişi, Fransız İhtilali'nden sonra delilere insanca muamelenin gösterilmesinde öncülük eden ve Moral Tedavi'yi geliştiren Philippe Pinel'e (1745-1826) dayanmaktadır. Delileri zincirlerinden kurtarmasıyla bilinen Pinel¹¹, delilerin ilk defa "hasta" statüsünde bakım almalarını sağlamıştı. Kraepelin ise, Freud ve Bleuler'in psikodinamik yaklaşımına karşı koyarak psikiyatride psikofarmakolojik döneme giden yolda ilk adımı attı.

Nöropsikiyatrik bilgiyi ortaya koyarak psikanalizin karşısında konumlanan ve ilaçlı tedaviye yönelimi artıran bu karşı koyuşla birlikte deliliği açıklama tarzları, iki açıdan farklılaştı: Birincisi, deliliğin ve belirleyicilerinin ne olduğuna, nasıl tanımlanacağına yönelik felsefî soruşturmaların geride bırakılması oldu. İkincisi ise, delilerin "hasta" olarak tanımlanmalarıyla ilgiliydi. Böylece delilik, saf tıbbî bir vaka olarak ele alınmaya, teşhis edilmeye ve tanımlanmaya başlandı.

Tıbbî vaka olarak ele alınmadan önceki deliliğe yönelik yaklaşımlar oldukça farklı tasvirlerle ortaya çıkmıştır. Örneğin; "William Hogarth'ın *Ahlâksızın İlerlemesi* oymabaskısında delilik kötü alışkanlıklar, kadınsılaşma ve kontrol edilmeyen haz düşkünlüğünün bedeli olarak tasvir edilir" (Samson, 2011: 73). Delilik yalnızca Hogarth'ın tasvirindeki gibi değil, onu meydana getiren etkilere göre farklı açıklamalar etrafında tasvir

¹¹ 1795'e kadar Paris'te deliler zincirlere bağlanarak kontrol altında tutuluyorlardı. Pinel bu yaklaşımın kırılmasında öncü isim olarak bilinir. Özgürleştirici kabul edilen bu pratiği Osmanlı tımarhanelerinde uygulayan isim Louis Mongeri'dir. Bu hususta derinleşmek için F. Artvinli'nin (2013), "*Delilik, Siyaset ve Toplum: Toptaşı Bimarhanesi 1873-1927*" kitabına bakılabilir.

edilmiştir. Tıbbîleşmesine kadar, deliliğin altında yatan nedenlere getirilen açıklamalar sonraki başlıkta ele alınmıştır.

20. yüzyılın sonlarıyla beraber, hekimlerin Kraepelinci yaklaşımı daha güçlü biçimde benimsediği görülürken Freudyen psikanalitik yaklaşıma yönelik vurguların da azaldığı söylenemezdi. Hekimler arasında yaşanan bu ayrılık, psikiyatrik bozuklukların organik kökenlerine yönelik araştırmaları güçlendirdi ve psikanalizin tedavi yöntemi olmadığını ispatlamaya yönelik tıbbî tedavi yaklaşımları geliştirildi. Akıl hastalığını nörolojik bulgular üzerinden açıklayan ve inceleme nesnesi olarak -beyni esas alan- araştırmalarda artış gözlemlendi. Bu dönemde nöro-modülatör olarak adlandırılan kimyasal ilaçların da sahneye girmesiyle farmakoloji, akıl hastalıklarının tıbbîleştirilmesinde önemli bir rol oynadı. Buna müteakip ilaç kullanımının yaygınlaşması ile taburcu süreleri kısaldı ve böylece "kurumsuzlaştırma" yönünde teşvik politikaları baş gösterdi. Bireylerin yataklı kurumların dışında yaşam düzenini koruma altına alan kurumsuzlaştırma, Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nin 19. Maddesi'ne dayanan bir insan hakları ilkesidir. İlgili madde, bireyin bağımsız yaşayabilme ve topluma dâhil olma hakkını gözetir (Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Sözleşmesi, 2009).

2.1. MAĞDUR ADAMLAR ÇAĞINDA EL UZATMANIN KUTSİYİYETİ: DELİLER VE İYİLİKSEVER DİZGİNLEME

Uzun süre boyunca dâhili bilimler alanında tasnif edilen Psikiyatri disiplini, diğer tıbbî alanlarla mukayese edildiğinde kurumsal kimliğini daha geç bir dönemde kazanmıştır. Daha 19. yüzyıla kadar tıp tarihinde dahi yeri olmayan psikiyatrik işlemlerin bir sanat¹² olarak cerrahide denendiği görülmektedir. Bu dönemde tıbbın delilik olgusuna yaklaşımı

¹² Burada Hipokrat'ın tıp sanatına dair "Ars longa, vita brevis." sözlerini hatırlatmak gerekecektir. Kendisi de bir hekim olan Hipokrat'a ait olup Türkçe söyleyişinin "Sanat uzun, hayat kısa" olduğu bu söz, cerrahiye atıfta bulunmaktadır.

temelde, Hipokrat'ın ahlat-ı erbaa (dört humor) teorisinin Galenien yorumuna dayanmaktaydı. "Humoral patogeneze teorisinin öğretisi doğrultusunda, deliliğin dört temel sıvıdan bazılarının artması bazılarının da azalması sonucunda vücuttaki dengenin kaybolmasına bağlı olduğu düşünülmüştür" (Ekmekçi, 2018: 78). Bu teori doğrultusunda, deliliğe yönelik müdahale biçimleri arasında bilindik vücuttan sıvı alma ve sindirim sistemini düzenleme gibi işlemler yer alıyordu.

Deliliğe müdahale etme biçimlerinin bir diğer türü ise Ortaçağ Avrupası'nın dünyayı yorumlama ve açıklama biçimiyle alakalıydı. Bu dönemde deliliğin kaynağına getirilen açıklamalar, bedensel semptomların ilk medeniyetlerdeki yorumlanma biçimlerine benzer biçimde soyut gerekçelere dayanmaktaydı. Bedende olan biten değişimler ve bedensel işleyişteki bozulmalar delilikle ilişkilendirilerek açıklanmaktaydı. Nasıl ki ilk medeniyetlerde bedendeki ağrılar mistik güçlerin tesiri ile açıklanıyorsa, Ortaçağ Avrupası'nda da aynı düşüncenin izleri görülmekteydi (Altun, 2010). Bedeninden muzdarip kişilerin uğursuzluk veya deliliği işaret ettikleri düşünülmekteydi.¹³ Bu düşünce etrafında delilik, kötü niyetli varlıkların bedene nüfuzuyla ortaya çıkan ve ancak habis ruhların bedenden def edilmesiyle hâkimiyet altına alınabilecek bir durum olarak tasvir edilmekteydi. Bu anlayış etrafında delilik içerisindeki kimsenin etrafında tütsüler yakılır, çingirak gibi zilli gerekçelere başvurulur veya kişi suya batırılırdı; böylece kötü ruhların korkmaları ve bedeni terk etmeleri istenirdi. Deliliğin bilgisini tümdengelimci yöntem ile kavrayan eski insanların onunla mücadele etme biçimlerinden biri, anormal davranışları olan ve sosyal temsilde yer eden delilik kriterlerini bedeninde taşıyan kişinin kafatasına

¹³ Bedensel rahatsızlık, uğursuzluk ve delilik arasında ilişki üzerinde yükselen dönemin yaygın inancını Vincent Van Gogh'un toplumda karşılaşma biçimi üzerinden işleyen film için bkz: "Doctor Who" Vincent and the Doctor, 2005.

delik açmaktı.¹⁴ Yaygın bir yöntem olan kafatasını delme işlemiyle kötü ruhlar, bedende açılan bu delikten kolayca çıkabilecekti. Büyücü hekimler tarafından uygulanan ve kafa delgi ameliyatı olarak da adlandırılan bu işleme tıp dilinde "trepanasyon" adı verilmektedir. Bugün hâlâ ilkel kabilelerde uğursuzluğu, deliliği ve ağrıları tedavi etmede trepanasyon işlemine başvurulduğu varsayılmaktadır (Altun, 2010).¹⁵



Resim 1:

Delilik Taşının Çıkarılması¹⁶

¹⁴ Uygulamaya ve büyücü-hekimliğin zaman içerisindeki seyrine dair geniş bir değerlendirme için bkz. Altun, M., (2010). *Yaşamın İçindeki Ağrı*, içinde "Zaman İçinde Ağrı". İ.E. Ulagay - Menarini Group İlaç Sanayii Türk A.Ş., ss. 9-30.

¹⁵ a.g.e. s. 11.

¹⁶ 15. yüzyılda trepanasyon uygulamasını tasvir eden bir çalışma: Büyücü-hekim tarafından delilik taşı çıkarılırken. Trepanasyon uygulaması aynı zamanda "delilik taşının çıkarılması" olarak adlandırılmaktadır. "The extraction of the stone of madness", by Hieronymus Bosch (1450-1516). Eklediğimiz görselde yer almamakta fakat Bosch'un tablosunun bütününde bir yazı yer alır: "Efendim, delilik taşlarını çıkarın, benim adım kısır Daskund!"

Görselin kaynağı: <https://www.museodelprado.es/en/the-collection/art-work/the-extraction-of-the-stone-of-madness/313db7a0-f9bf-49ad-a242-67e95b14c5a2>

Deliliğin büyücü hekimler tarafından operatif (ameliyat) işlemler üzerinden müdahale görüyor olması hekimleri, mistik varlıkları merkeze alan açıklamaların dışında alternatif açıklamalara yöneltmiştir. 19. yüzyılda delilik, organik nedenlerle açıklanıp bir semptom olarak tanımlanmaya başlanmış; böylece delilik olgusu modern tıp tarihine nörolojik vurguları içerecek biçimde -akıl hastalığı olarak- dahil olmuştur. Deliliğin nasıl ele alınacağına yönelik bu değişimin öncüleri Fransa'da Philippe Pinel (1745-1826), İngiltere'de John Conolly (1794-1866), Almanya'da ise Johann Christian Reil'dir.¹⁷ Psikiyatri tarihinde delilik anlatılarına yer verilirken ve delilere eskiden ne yapıldığına dair korkunç hikâyeler dillendirilirken hikâyeye genellikle Philippe Pinel ile başlanır. Conolly ve Reil'den farklı olarak kahramanlık anlatılarında yer ederek neredeyse bir kült haline geldiği için biz bu çalışmada yalnızca Pinel'e yer vereceğiz.

"Philippe Pinel, ilk olarak delilik ile şeytan arasındaki kavramsal bağı reddetmiş ve akıl hastalıklarının patogenezinin işlenen günahlar ya da doğaüstü varlıklar ile ilgili olmadığını öne sürmüştür" (Ekmekçi, 2018: 79). Ayrıca Pinel'in, cüzzamlılar, bulaşıcı hastalıkları bedenlerinde taşıyanlar veya suçlularla aynı yerlere kapatılan delileri zincirlerinden kurtarmasıyla, deliliğin tarihinde mutluluk dolu bir çağın başlangıcını yaptığı düşünülür. Pinel'in psikiyatri tarihine konu olması, akıl hastalığına yönelik müdahale biçiminin -bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmesiyle- ilgilidir. Delileri rehabilite etme amacıyla York şehrinde kurulacak olan yeni bir mekân için *Bibliothèque Britannique*'ye yazdığı mektupta Pinel, şöyle der:

Ruh, sanki insan aklını aşağılamak için ortaya çıkmışa benzeyen bu dehşetli hastalığın görüntüsü karşısında bir an umutsuzluğa kapılıyor olsa da, onu

¹⁷ Johann Christian Reil, psikiyatri tarihinde "Almanya'nın Pinel'i" olarak bilinir.

iyileştirmek ve hastayı rahatlatmak için dahi bir iyilikseverliğin icat edebildiklerini düşününce tatlı duygular hissedilmektedir (akt. Foucault, 2017: 660).

Deliliğin -iyiliksever bir müdahale tarzına- ihtiyacı olduğu inancını taşıyan Pinel, buradan hareketle *traitement moral* (ahlaki tedavi) yaklaşımını öne sürmüştür. "Ahlaki tedavi, akıl hastalarının 'nazik yöntemlerle' tedavi edilmesini teşvik ederken, aslında daha önceki yaygın düşüncünün aksine, akıl hastalarının hayvanî düzeye inmiş ve tüm entelektüel beceri ve kapasitelerini yitirmiş bireyler olmadıkları temeline dayanmaktadır" (Ekmekçi, 2018: 79). "Yine de, müsamahakâr davranmaktan ziyade, düzenli, kurallı bir kontrol tavsiye edilmektedir" (Samson, 2011: 73). Bu yaklaşımla Pinel, delilerin dizginlenmesi, zapturapt altına alınmasının zarif yollarını denemiştir. Bu perspektif Foucault'nun Pinel'e yaklaşımını da özetlemektedir. *Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi*'de Colin Samson, Foucault'nun yaklaşımı üzerine şu değerlendirmede bulunmuştur: "Deliliğin tarihinde insani bir ceza tecili olarak görülebilecek ahlaki tedavi Foucault'a göre bir başka sessizleştirici söylemdir. Ona göre, Tuke ve Pinel'in ahlaki tedavisi tımarhanedekinden bile daha sinsi ve istilacıydı" (Samson, 2011: 73). Pinel'e yönelik bu Foucaultcu perspektif, zincirlerden kurtarmanın esasında bir özgürleştirme pratiği olarak ele alınmaması gerektiğini öne sürer. Pinel'le birlikte ahlâki ve insancıl "bilgi" zemininde yükselen yeniden sosyalleşmenin, güç ilişkilerini daha da katı bir hâle getirdiğini öne sürer Foucault. Deli, her ne kadar tımarhaneden çıkarılmış ve vicdan merkezli bir muameleye hak kazanmış olsa da bu, kontrol mekanizmasından azade bir yaşam süreceği anlamına gelmemektedir. Delinin kaderi artık tıbbî deneyin konusu olmakla denetleyici varlığın inisiyatifindedir: Deli doktoru.

2.1.1. Deli Doktoru İmgesi: İnsansever Bilge Philippe Pinel

Ahlakî tedavi yöntemini Pinel, şöyle değerlendirir: "Demir zincir kullanmanın psikiyatri hastaları üzerindeki etkilerini çok dikkatle inceledikten ve demir zinciri kaldırmanın

sonuçlarıyla karşılaştırdıktan sonra, daha akıllıca ve dizginleme konusunda artık hiçbir kuşku yok" (akt. Scull, 2017: 188). Deli gömleklerine duyulan umudu artıran Pinel, delilere yaklaşımının olumlu sonuçlarından kaynaklanan memnuniyet ve kararlılıkla şöyle devam eder:

Uzun yıllar zincirlere bağlanmış ve sürekli bir azgınlık halinde kalmış hastalar, basit bir deli gömleği içinde sakince yürür ve herkesle konuşur duruma geldiler; oysa daha önce hiç kimse büyük tehlikeye düşmeksizin onlara yaklaşamazdı. Tehditkâr bağırmalar ya da yüksek sesli tehditler son buldu ve gergin halleri gittikçe geçti (akt. Scull, 2017: 188).

Burada Pinel'in vurgusu, insan olmayan canlılar gibi hareket eden delilerin, iyiliksever dizginleme yöntemleriyle daha insanî hale getirilmesine yöneliktir. Tarihin ilerleyen döneminde Pinel, Michel Foucault tarafından (2017: 660) "büyük insansever" olarak adlandırılacaktır. Pinel'in delileri zincirlerinden kurtarıp onlara yeniden insan olma hüviyeti kazandırmak için ortaya koyduğu bu yöntem, Pinel'le aynı dönemde yaşayanların alaycı eleştirilerine maruz kalmıştır. Foucault, artık bir efsane haline gelmiş bu meşhur delileri kurtarma öyküsünü aktarırken Pinel'e şöyle seslenildiğini söyler: "Yurttaş, sen de, acaba bu cins hayvanların zincirlerini sökmek istediğin için deli olmayasın?" (akt. Foucault, 2017: 660). Foucault bu hikâyeye yer vererek Pinel'in kendisinden sonraki dönemlerde kurtarıcı imgesiyle değerlendirilmesini ironik biçimde değerlendirir. "Büyük insansever!" der Foucault, bu tepkiler karşısında ahlakî tedavinin insanları kurtarmada ne denli işe yarayacağını ispatlamak maksadıyla hemen işe koyulan Pinel'e.

Deliliğin tarihinin neden bu iyilikseverlik ve kurtarılmayı bekleyen deli anlatılarıyla bezenmiş olduğu tartışılmalıdır. Bu anlatılarda kurtarıcılara ve kalbi iyilikle dolu birkaç doktora yer verilirken, kurtarılanlardan neden bahsedilmez? Delilik vardır, onunla başa

çıkma stratejileri vardır, müdahale etme biçimleri ve tedavi yöntemleri vardır; ve nihayetinde büyük anlatıların kahramanları olarak karizmatik doktorlar, zincirleri ortadan kaldırarak tutsaklığı hürriyetle takas edenler vardır. Bu anlatıların hemen hemen hiçbirinde "deli" yoktur. Bu -deli için fakat delisiz- gelişen hassasiyeti, insansever bilgeligi, Foucault şöyle değerlendirir:

(...) ona hırlayan ve üzerine atılmak için fırsat kollayan iki hayvansal çılgınlığa etkin bir kelime ve tek bir jestle egemen olan Pinel'in berraklığı; ve çılgın deliler ile kan içici Konvansiyon üyesinden gelebilecek gerçek tehlikenin ne olduğunu ayırt edebilen bir bilgelik: efsanevi ağırlıklarını uzaklara -günümüze kadar- taşıyacak olan imgeler (2017: 661).

Foucault'nun da dediği gibi delilik ve tımarhane anlatıları imgeler üzerine kuruludur. Delilik, iyiliksever doktorların merkezde olduğu anlatılarla temsil meselesi olagelmiş ya da zihin problemi yaşayan delilerin merkezde olduğu anlatılarda bilinç meselesi olarak ele alınmıştır. Yığılarak alanda yer tutan bu tür anlatılara kulak kesilmenin zaman kaybı olduğu aşikârdır. Oysa toplumsal fenomenal gerçeklik, bilinç düzleminde işlememektedir. Bilakis bedensel pratikler aracılığıyla mekanizmik bir formda işlemektedir. Dolayısıyla imgeler üzerine kurulu delilik anlatılarının, deliliğin bugünkü görünümünü yansıttığını düşünmek ve deliliğin bugünkü durumunu bu anlatılar etrafında tartışmak gereğinden fazla iyiliksever bir tutum olacaktır.

Gerçekte yapılan işlemlerin ve yöntem olarak ortaya konulan müdahale tarzının reddedilmesi düşünülemez elbet; fakat deliliğin bugün dahi, iyilikseverliğin konusu olmasının ve düşkünlere el uzatma çabalarının hedefi olmasının anlamı da gözden kaçmamalıdır. Zira deliliğe müdahale etme biçimi, deliliği tanımlayıcı yüklemeler

aracılığıyla teşkil olmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde müdahale biçimlerine yer verilmesinin önemi tam da bu noktada açığa çıkar. Bir nesnenin hangi işleme uğrayacağı, bir tanımı önelemektedir. Delilik taşını çıkarma, dizginleme, suya batırma, zincire bağlama, deli gömleği giydirme, elektro şok verme veya iyiliksever dizginleme (daha da çoğaltılabilir) gibi müdahale biçimleri, aynı zamanda deliliğe yönelik bir düşüncüyü yansıtmakta ve onun nasıl tanımlandığını, tanımlanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla tanımları vücut fi'l ezhan kategorisinde aramak yerine, bizatihi delilerin bedenlerinde ve "deli bedenlerin" fiziksel çevrede katıldığı etkileşimler üzerinde aramak; bizi idealist ezberci yaklaşımdan alıkoyacak ve literatüre gerçekçi bir görüntü sunacaktır.

2.2. TIBBÎLEŞTİRME İLE KURUMSUZLAŞTIRMA ARASINDA DELİLİK

Deli doktoru imgesi ile toplumsal güç elde eden tıp hekimleri, hastane ve modern sağlık hizmetleri etrafında örgütlü bir meslekî gücü temsil ederler. Pinel sonrası insancıl yaklaşımlarla temsil gücü yükselen deli doktoru, deliliğe yönelik ihtisaslaşmış etkinliğin ve bunun bir sonucu olarak deliliğin tıbbîleşmesinin yolunu açmaktaydı. Deliliğin tıbbin konusu haline gelmesinde, yalnızca deli doktoru imgesinin değil bir kurum olarak hastanelerin sağlık hizmetindeki oynadığı rolün de etkisi söz konusudur. Hayır ve iyilikseverlik fikri üzerine bina edilen hastanelerin hizmet mantığı ve işleyiş sisteminde, Ortaçağ'dan büyük ölçüde farklılaşma söz konusuydu. Önceden maddi yetersizlik içerisinde olanların bakım aldığı hastanelerin modern döneme gelindiğinde farklılaşmasını Bryan S. Turner, *Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi*'de şöyle ifade eder:

"Modern hastaneyi hacılar için bakımevleri olan ilk örneklerinden ayıran bazı özellikler vardır. Modern hastanenin gelişimi, ilk olarak, çağdaş toplumlarda hastalığın yapısındaki temel değişimle, yani akut hastalıkların egemenliğinden kronik rahatsızlıkların egemenliğine geçişle

ilgilidir. İkinci olarak, tıp teknolojisinin etkisiyle modern hastanenin yapısı ve işlevleri değişti. Üçüncü olarak, tıbbî etkinliğin ihtisaslaşmasıyla ve hastane ortamında yeni uzman mesleklerin artmasıyla hastanedeki işlerin doğası farklılaştı. Bu yapısal ve teknolojik değişimler sonucunda hastane giderek daha fazla bir atölyeler toplamını andırmaya başladı (Turner, 2011: 181-182).

Turner'ın, modern hastanelerin işlevlerindeki farklılaşmaya yönelik işaret ettiği noktanın önemi, gelişen tıp bürokrasiyle hastanelerin deliliğe yönelik müdahale ve temel yaklaşımlarının da değişmesidir. Uzman meslek erbaplarının işçiliği, iyilikseverlik veya hayırseverlikte olduğu gibi kurtarıcılık ideası üzerine olmayıp, bürokratik bir yapılanma altında müşahedeye yönelik gerekliliğin temellendirildiği tıbbî dil içerisindedir. Bu teknik dil, deliliğe yönelik yaklaşımlarda farklı bir disiplin kültürünü getirecektir. Delilerin davranışları, hastanelerin disiplin kültürüyle beraber, farklı bir biçimde yorumlanacaktır. Hastaneyle beraber suç, günah ve acziyet, alanlarında uzmanlaşmış hekimlerin, hurafelerden arındırılmış teknik açıklamaları içerisinde tıbbîleştirilecektir.

Bu noktada tıbbîleştirmeyi ve deliliğin tıbbîleştirilmesini ayrıntılı analiz etmek gerekmektedir. "Tıbbîleştirme (medikalizasyon), bir konu, problem ya da durumun, tıbbî terimler ve tıbbî dil ile tıbbî çerçeve içinde, tıbbî müdahale ile tedavi edilecek bir durum olarak ifade edilmesidir" (Sezgin, 2011: 59). Deliliğin tıbbîleştirilmesi; bireylerin, istatistikî yöntemle değerlendirmeye alınıp matematiksel şemalar içerisine yerleştirilmesi anlamına gelir. "Çalışmalarda tek tek vakalarda ne olup bittiğine hemen hemen hiç değinilmeyip, vakaların bir arada kümелendiği sayılar sunuluyor" (Leader, 2016: 12). Hastanın bir analiz birimi olarak incelenmediği, yerine "akıl hastalığı" olarak tasniflenen o meşum semptomların envanterini çıkaran, hastalıkların tablolaştırılıp bir grafik eğrisi üzerinde hesaplamaların yapıldığı bir nicel devrim momentinde olduğumuz aşikâr.

Dramatik olan şu ki, şaşalı şema ve verilerle bezenmiş bu nicel devrimin beraberinde getirdiği nitel kayıtsızlığın ceremesini yine “hasta” olarak etiketlenen kişi çekmektedir. Nicel medikal devrimin muhafızı işlevindeki giyotine yerleştirilen kafa ise hasta bireydir. Ruhsal mekanizmanın işleyişindeki bozukluğun tamiratı, tanımlama ve tasniflemeyi öncül unsurlar olarak zorunlu kılar. "Sınıflandırma tasarısıyla deliliğin tanınması ve yeniden tasarlanması biçimleri arasına sızan yabancı ilke, 'akıl bozukluğu' olmuştur" (Foucault, 2017: 298). Dolayısıyla deliliğin tıbbileştirilmesi, tanı ve teşhis sisteminin müdahalesi altında yeniden tasarlanması olarak okunmalıdır. Zira her tanım ve tasnif, bir nokta-i nazardan hareket edilerek belirli kategorilerin dışarıda bırakılmasıyla yapılandırılmış bir karaktere haizdir.

Burada Pinel'le ilgili önceki bölümlerde anlattığımız tarihsel serüvene tekrar dönmek, tıbbileştirmenin mantığını daha açıklayıcı kılacaktır. Böylece tıbbileştirmenin toplumsal düzenle ilişkisini modern hastane öncesindeki tarihsel koşullarla mukayese ederek daha net ortaya koyabiliriz. Deliliğe yönelik yaygın müdahale biçimi, onun kontrol altına alınması gerektiği zemininin teşkil ettiği inanç üzerine kuruludur. Michel Foucault'nun *Deliliğin Tarihi*'nde (2017) işaret ettiği gibi delilik, tarih boyunca "toplumsal, siyasal ve dini kontrol mekanizmasının" alanına girmiştir. Ortaçağ'dan 18. yüzyıla kadar cüzzamlılarla benzer muamelelere maruz kalan deliler, şehirlerden uzak adalara gönderilmiş, delilik gemilerine bindirilmiştir; bu sayede toplumun üyeleri arasındaki çatışmanın önleneyeği düşünölmüştür. Bölüm girişinde bahsi geçen Fransız Doktor Philippe Pinel'e kadar deliler, kendi iradeleriyle çıkış yapamayacakları kadar korunaklı fakat bir hayli bakımsız binalar içerisine hapsedilerek kaderlerine terk edilmişlerdir. Tecrit mantığı içeren tüm bu müdahaleler toplumsal düzen adına delilerin hapsedilmelerini, zincirlere bağlanmalarını ve kendi kendilerini idare etmelerine yöneliktir.

Foucault (2017), delilik ile toplumsal düzen arasındaki ilişkinin 17. yy Avrupası'nda farklılaştığını öne sürer. Bu farklılaşmayı, *Deliliğin Tarihi*'nde "Büyük Kapatılma" olarak adlandırır. Paris'te inşa edilen Hopital General (1656)'e dikkat çeker.

Deliliğin kurumsal anlamda tıbbileştirilmesinin ilk adımı olan Hopital General, üç yüz bin nüfuslu Paris'ten en az altı bin kadar bireyin birkaç ay içerisinde gözetim altına alındığı kurumdur. Bu kuruma alınanlar arasında yalnızca akıl hastaları yoktur. "O dönemde, hiç ayırım yapmadan yaşlılar, sakatlar, çalışamayan veya çalışmak istemeyen kimseler, eşcinseller, akıl hastaları, müsrif babalar, hayırsız evlatlar kapatılıyordu; hepsi birden aynı yere kapatılıyordu" (Foucault, 2015: 106).

Foucault *Büyük Kapatılma*'da, mezkûr hastanenin tıbbî tedaviye yönelik bir amaç taşımadığını ileri sürer. Bu hastane, burjuvazinin toplumsal düzende oynadığı rolü etkin kılan bir uzantı kurum işlevi görmektedir. Islah amacı taşıyor gibi görünen bu kurumlar aslında kapitalist burjuva toplumunun varlığını muhafaza edecek bir disiplin içeriyordu.

On dokuzuncu yüzyıla gelindiğinde Büyük Kapatılma döneminin bir sonucu olarak kapatılma kurumları; hapisane, okul, modern hastaneler ve akıl hastaneleri olarak birbirinden ayrıştılar. Foucault'nun bu noktada önem arz eden bir diğer tespiti akıl hastanelerinin kurumsal tarihini, on yedinci yüzyıldaki Büyük Kapatılma ile başlatması olmuştur. Foucault, akıl hastanelerine kapatılanların çoğunluğunun çalışamayan ve tabir-i caizse aylaklık edenlerden oluşmasını kapitalist toplum düzeninde mikro-iktidar ile ilişkilendirerek açıklar. Foucault'nun bu noktaya yönelik analizi kapatılmanın siyasi kontrol mekanizması ile ilişkili olan boyutunu belirgin kılmayı amaçlar. Foucault bu dönemi "kapatılma" olarak adlandırmakla, delilerin mikro-iktidar kurumlarına yerleştirilmeleriyle iktidarın uygulamalarına maruz kaldıklarını ve bu uygulamaların herhangi bir açıklık, boşluk, zaafiyet göstermediğini ortaya koymaktadır.

Toplumun üyelerini kontrol altında tutmaya yönelik bütün bu toplumsal-dini-siyasi müdahale biçimleri, akıl hastanelerinin varlığına yönelik tartışmaları her dönemde canlı tutmuştur. Bu tartışmalar tımarhanelerin iyileştirilme çabalarını artırmış; deliliğin medikalize edilmesi ve tıbbi alana itilmesine giden süreci desteklemiştir.

II. Dünya Savaşı'nın hemen akabinde tıbbî alanda birtakım değişiklikler baş gösterdi. Bu değişimin rüzgârı, akıl hastanelerinin gerekliliğine yönelik tartışmaları hararetlendirecek yönde esiyordu. Delilere yönelik hâkim tıbbî tedavi yöntemleri, hastaneye yatırılmanın gerekli görüldüğü ve hatta zorunlu kılındığı anlayıştan vazgeçilip yerine "toplum temelli tedavi"nin konulmasıyla birlikte değişikliğe uğradı. Belli başlı akıl hastanelerinin yatak sayılarında düşüslere yol açan bu durum, tıbbîleştirme işleminin tam tersi yönünde hareket ettiği varsayılan "kurumsuzlaştırma" (*deinstitutionalization*) işlemidir. "Kurumsuzlaştırma bakım ve rehabilitasyon amaçlı hizmet veren kapalı kurumların, toplum temelli ve insan odaklı engellilik politikalarının geliştirilmesi ile aşamalı olarak lağvedilmesidir ve Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nin Taraf Devletlere yüklediği uzun vadeli hedeflerin başında gelmektedir" (Sivil Düşün, 2017). Kurumsuzlaştırma, bugün, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Sözleşmesi kapsamında temel insan hakları ilkelerinden biri olarak yer almakta ve bir yaşam düzenini temsil etmektedir.

2.2.1. Sakinleştirici Dizginleme: Delilerin Tecritten Vazgeçirilmesi

Önceki başlıkta tıbbîleştirme ve akabinde gelen kurumsuzlaştırmaya değindik. Tıbbîleştirme ve kurumsuzlaştırmayı, tıp bürokrasisinin toplumsal düzendeki etkinliği olarak okumaktayız. Bu alt başlıkta kurumsuzlaştırmının işleyiş önermesini ve etkinliğini dikkate alarak sakinleştirici rolünü ortaya çıkarmak istiyoruz. Ayrıca kurumsuzlaştırmının toplumsal düzeni sağlamaya yönelik işlevini dizginleme pratiği olarak adlandırıyoruz. Literatür taraması sonucu kurumsuzlaştırmının temel gerekçelendirmesi olduğu anlaşılmıştır. Bunlar:

- 1) Klorpromazinin kullanımı.
- 2) Akıl hastanelerinin iyileştirmeyi engelleyici olumsuz koşulları
- 3) Özelleştirmelerin ekonomi politiği

Kurumsuzlaştırmanın bir gerekçesi; hastaların sakinleştirici ilaç türlerinden klorpromazin ile tedavi edilmeye başlanması olarak görülür. Kurumsuzlaştırmanın iki muhtemel temelinden biri olan klorpromazinin kullanımına dair tezi Colin Samson şöyle değerlendirir:

Psikiyatrlar ve ilaç şirketlerinin temel bir argümanı, klorpromazin ve diğer psiko-aktif uyuşturucu ilaçların akıl hastalarını başarılı bir biçimde tedavi ettiği ve bu yüzden kurumsuzlaştırmayı mümkün kıldığıydı. İkinci bir görüş, zihinsel rahatsızlıkları 'tedavi' etmeseler de, bu ilaçların psikotik semptomları kontrole ve böylece doktorlarda şizofreninin ve şimdiye kadar düzelmeyen hastaların hastane dışında tedavi edebileceğine inanmalarına yardımcı olduğudur (Samson, 2011: 82).

Andrew Scull, kurumsuzlaştırmanın bu şekilde gerekçelendirmesine itiraz eder. Scull, klorpromazinden önce de sakinleştirici ilaçların kullanıldığını ve bu kullanım etkisiyle, 1951'de Fransa merkezli akıl hastanelerindeki yatak sayısının düşürülmesinin çok daha öncesinde, 1940'larda başladığını iddia eder. Samson'un (2011) çalışmasında yer verilen bu itiraz, Scull'un bir tarihçi edasıyla kurumsuzlaştırmanın tarihini bir on yıl önceden başlatma gayreti olarak okunmamalıdır. Scull, kurumsuzlaştırma olarak teşvik edilen kurum dışı tedavi sürecinin, hastaların hastane dışında da tedavi edilebileceğinin keşfedilmesi ve bu sebeple daha az sayıda hastanın kurum altında tedavi alması gerekliliği üzerinden açıklanmasına itiraz etmektedir. Bu şekilde sunulan kurumsuzlaştırmanın temel dayanakları gerçekten bu açıklamalar doğrultusunda mı inşa edilmiştir?

Kurumsuzlaştırmanın bir diğer gerekçesi, akıl hastanelerinin bulunduğu duruma ve kötü koşullarına yönelik eleştiriler olarak açıklanır. Scull, bu temellendirmeye de itiraz eder ve akıl hastanelerine yönelik eleştirilerin 1950'lere kadar yeterince ayyuka çıktığını ve bu eleştirilere 20. yüzyılda çok az yer verildiğini belirtir. "ABD'de, Mary Jane Ward'ın *Yılan Yuvası* gibi romanlar, Mike Gorman (1956) ve Albert Deutsch'un (1961) devlet akıl hastanelerindeki pis ve onur kırıcı koşullarla ilgili gazete haberleri ve Erving Goffman'ın *Tımarhaneler*'de (1961) akıl hastalarının tecridi, küçük düşürülmeleri ve insanlıktan uzaklaştırılmalarına karşı sosyolojik eleştirisi ruh sağlığı kurumunun konumunu çok az desteklemekteydi" (Samson, 2011: 82). Samson bu noktada Scull'un görüşlerine yer vererek, rahatlatıcı ilaç keşfinin kurumsuzlaştırma işleminden çok daha öncesine dayanmasına ve akıl hastanelerine yönelik eleştirilerin neredeyse bir asırdır var olmasına rağmen kurumsuzlaştırmanın neden ısrarla bu iki temellendirme üzerinden açıklandığını tartışmaktadır:

Scull'a göre, kurumsuzlaştırmanın esas kaynağı devletin mali krizidir. 1945'ten sonra devletin sosyal planlamada rolü arttı. 1960'larda bu uygulamanın ekonomik maliyetleri görünür hale geldi ve kamusal harcamaların kontrol altına alınması gerekiyordu. Bu, Scull'a göre, bir ölçüde suçlular ve genç suçlular kadar akıl hastalarını da 'tecritten vazgeçerek' başarıldı. Dolayısıyla, kurumsuzlaştırma tımarhanenin dehşet verici yanlarıyla mücadele eden liberaller ile Kaliforniya'da 1969-1972 yılları arasında bazı büyük devlet akıl hastanelerini kapatarak başkan seçilen Vali Ronald Reagan gibi mali muhafazakârlar arasındaki tuhaf ittifakı temsil etmekteydi. (Samson, 2011: 83).

Kurumsuzlaştırmanın üçüncü gerekçesi, Scull'un itiraz ettiği gerekçelendirmelere alternatif olarak öne sürülmüştür. Hastaların iyiliği ve insan hakları açısından temellendirilmesine

itirazıyla Scull, özelleştirmelerin ekonomi politiğine dikkatleri çeker. Ekonomik açıdan devlet nezdinde gerekli görülen kurumsuzlaştırma işlemi, yasalarca desteklenmiştir. Kurumsuzlaştırmanın hukuki düzleme çekilmesi ilkin, Franco Basaglia'nın çalışmaları doğrultusunda gerçekleşmiştir. Demokratik Psikiyatri Hareketi'nin öncüsü olan Basaglia, toplum temelli tedavi yöntemini destekleyici çalışmalar ortaya koymuştur. Bu çalışmalar, akıl hastanelerine yönelik eleştirilerin bir adım ötesine geçerek yasa tasarısı sunmayı içermektedir. Franco Basaglia, 180 maddelik bir yasa tasarısıyla akıl hastalarının tedavisinin de diğer hastalıklar gibi -isteğe bağlı- olması ve kurum altında sunulan tedavi hizmetlerinin toplum içerisinde sürdürülmesi gerektiğini önermektedir. "Yasa bazı somut önlemler içermektedir: Akıl hastanelerine yeni hasta kabul edilmemesi, devlet hastanelerinde yatma uzunluğuna kesin sınırlamaların getirilerek küçük psikiyatri birimlerinin kurulması ve toplum içinde 'alternatif yapılar' oluşturulması" (Jones, akt. Samson, 2011: 86). Kurumsuzlaştırmanın ekonomi politik temellendirmesini ortaya koyarken "yatış sıklığı" durumunu da gözden geçirmek gerekecektir.

Devlet politikaları doğrultusunda geliştirilen toplum temelli tedavi hizmetlerinin, akıl hastanelerindeki hasta sayısını düşürmeye yönelik olduğunu belirtmiştik. Fakat 1950'li yılların sonlarına doğru hastaneye yatış oranlarına bakıldığında amaçlananın tam tersi istikamette seyrettiği gözlenir. Kurumsuzlaştırma politikalarıyla beraber, hastanede tedavi gören hasta sayısında azalma meydana gelmişken bununla birlikte hastanede kalma süresi kısalmıştır. "Genelde, Ulusal Ruh Sağlığı Merkezi verileri yatan hasta başına tedavi gününün zamanla (132 günden 46 güne) düşerken, tedavi gören hasta başına yatan hasta sayısının ortalama 3'ten 8'e çıktığını göstermiştir" (National Institute of Mental Health, akt. Samson, 2011: 88). Bu verilerden hareketle akıl hastanelerinde tedavi gören hasta sayısının azalmayıp, insanların kısa sürede daha fazla tedaviye başvuruyor oldukları sonucuna

ulaşılmaktadır. Bu durumu "döner kapı örüntüsü" ile açıklayan Samson, akıl hastanelerinin koşullarına yönelik iyileştirici adım olarak sunulan kurumsuzlaştırmanın, her nedense yeniden yatış olgusunu ortaya çıkardığını belirtir. "Sadece akıl hastaları kurumlara daha sık olarak yeniden yatmakla kalmamış, aynı zamanda 'yeni' hasta grupları keşfedilmiştir. En belirginini çocukların psikiyatrik nedenlerle, özellikle en açık biçimde hiperaktivite teşhisiyle hastaneye yatırılmasıdır" (Samson, 2011: 88). Samson'un işaret ettiği nokta, çalışmamızda ayrı bir başlık altında tartışacağımız psikiyatrik tanı sisteminin ekonomi politik yönünü ortaya koymaktadır. İşleyiş mantığının üzerine kurulu olduğu boyutlardan biri olan döner kapı örüntüsünü içeren kurumsuzlaştırma, tam da bu yüzden tanı sistemlerinde önemli bir belirleyen olan ve devlet politikaları açısından önemli bir girdi özelliği gösteren tıbbîleştirmenin ikiz kardeşi olarak düşünülmelidir.

2.2.2. İyileştirme Ortamları Olarak Akıl Hastaneleri

Delilere daha insanî şartlar altında bakım verme talebi, kurumlara yönelik ihtiyacın pratikteki karşılığıdır. Modern akıl hastanelerini ortaya çıkaran tarihsel kırılma Philippe Pinel'in merkezden uzakta, geniş bahçesi olan bir alandaki uygulamaları ve William Tuke'un Dinlenme Merkezi etrafında olmuştur. Pinel ve Tuke'un delilik çalışmaları ailenin işlevini de düşündürerek toplumsal bir düzenleme niteliği taşımaktadır. "İngiliz meslektaşları gibi, Pinel de 'dengesiz hastaların aile sinesinde pek iyileşemeyeceği (...) tam tecrit edilmiş hastaların en kolay şekilde iyileştikleri' görüşünü ısrarla savundu" (Scull, 2017: 188). Bu savununun yalnızca toplumun birimi olan aileyi düzenleyici bir işlevi olduğu söylenemezdi; Pinel'in çabaları doğrultusunda delilik olgusu etrafındaki iş bölümünün kapsamı genişleyecek ve deliliği iyileştirmeye yönelik hizmet veren kurumların, örgütlü yapılara dönüşmesinin önü açılacaktı.

Pinel, "yakın akrabaların varlığı 'onların gerginliğini ve uslanmaz karakterini her zaman artırırken', bir akıl hastanesindeki vasıflı personelin elinde, hastalar 'uysal ve sakin' hale gelirlerdi" (Pinel, akt. Scull, 2017: 188), der. Bu noktada ahlaki tedavinin önemli bir etkisinin, yakın akrabalar yerine uzman kimselerin daha fazla görevlendirilmesine yol açması olduğu söylenmelidir. Akıl hastanelerinin iyileştirici yönüne yönelik vurgu aracılığıyla doktor, hayatî önem kazanmıştır.

Ahlakî tedavinin savunucuları bu yeni ferah ortamın, önceki karanlık koşulları olan, ihtiyaçları gözetilmeyen, bakımsız kapatılma mekânlarından farklı olması gerektiğini; bunun gerçekleştirilebilmesinin ise hastane personelinin hastane ortamında oynadığı aktif role bağlı olduğunu öne sürdüler. "Aklî dengesizler için, doktor bazı bakımlardan bir hastanenin hayat ilkesi olmalıdır. Her şeyin harekete geçişi onunla başlamalıdır. Bütün düşüncelerin düzenleyicisi olduğuna göre, bütün eylemleri düzenleyen de o olmalıdır" (Esquirol, akt. Scull, 2017: 189). İnsancıl yaklaşımı güvence altına alan bu değişiklik, deliliğin -doktor bakış açısıyla tanımlanmasına- güçlü bir zemin kazandırmıştır.

İnsancıl yaklaşımın en temel noktası, hastaların iyileştirilmesi için öncelikli olarak hastane ortamının fiziksel şartlarının iyileştirilmesidir. Pinel ve Tuke, hastaların gerilim yaşadığı anlarda serbest bırakılabilecekleri, yeşillikler arasında dolaşmalarına izin verilen ve personelin işlerine yardımcı olmalarından memnuniyet duyulan bir fiziksel çevre oluşturarak tedaviyi daha etkili hale getirmek istemişlerdir.

Akıl hastanesi ortamının iyileştirilerek tımarhane etiketinden kurtarılması, onu salt bir mekân olarak ele aldığımızda fiziki şartlarının değiştirilmesi ve olumsuzlukların giderilmesiyle ilgili çalışmaları kapsar. Bugün de hâlen yeni çevre tasarımlarının geliştirilmesiyle akıl hastanelerinin şartları iyileştirilmeye devam etmektedir. Hastane

ortamının mimari açıdan yeniden organizasyonuna yönelik iyileştirme faaliyetlerine zamanla hastane çevresi de dâhil olmuştur.

Yalnızca hastane binaları ve koğuş sistemi değil hastane bahçesi de tedavi alanına dâhil edilmiştir. "Açık Alan Terapi Üniteleri olarak adlandırılan Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastane Bahçeleri, psikolojik problemlili kişiler üzerinde psikolojik çöküntüden, aşırı yorgunluktan uzaklaştırıcı, tedavi edici, sağlık kazandırıcı ve iyileştirici etkiler oluşturmaktadır" (Sakıcı ve Var, 2013: 101). Bu iyileştirme operasyonu, kurumsal meşruiyete yönelik güçlü bir kabul içermektedir. Eldeki nesneden hangi koşullar altında daha iyi sonuç alınacağına yönelik girişimler; nesnenin kurumsal müdahale altında olması gerektiği kabulünün uygulamadaki yansımasına tekabül eder.

2.2.3. Delilik İşletmeleri

Modern hastaneler ihtisaslaşma ve uzmanlaşmayla beraber bir istihdam alanı olarak da düşünülmelidir. Tıbbî hizmete yönelik ortaya konulan emek, bürokratik yapılanmayla belirli prosedürlerle korunmakta, dönüştürülmekte ve istikrarı destekleyen programlarla emek gücü artırılmaktadır. Akıl hastanelerinin "işletme" yönü, bürokratik kompleks yapılanmanın, tıbbî emeği dolaşıma alarak hizmet sektörüne katmasıyla öne çıkar. Bu noktada "işbölümü" olgusu ile karşı karşıya kalırız. Akıl hastaneleri, delilerin yüksek duvarların ardına çekilip kontrol edildiği mekânlar olmalarının yanı sıra; güvenliğin, hastabakıcıların, hemşire ve doktorların bir araya gelip müşterek bir amaca hizmet ettikleri mekânlardır. "Delileri sosyal bir alanda toplama yönündeki yeni eğilimle birlikte, akıl hastanesi hekimliğinde yeni bir uzman türü de doğdu; gittikçe örgütlü ve bilinçli bir kesime dönüşen bu hekimlerin uzman kimliği, akıl hastanesi sisteminin varlığına ve genişlemesine sıkı sıkıya bağlıydı" (Scull, 2017: 174). "Personel" üst başlığı altında

toplanan bu görevliler, resmi olarak vazifelendirilmiş olan, deliliğe yönelik tıbbi uygulamalarda rol almak maksadıyla belirli formasyona sahip kişilerdir. İdarî talimatların alıcıları olmaları sebebiyle müşterek amaçları deliliğin idaresidir. Mesleki rolleri gereği, prosedürlere sıkı sıkıya sadık kalmaya yemin ederek işe başlarlar. Uygulamalı formasyonları gereği, bir durumun nedenini sürece yönelik soruşturmalarla ele almak yerine, durumu müdahale edilebilir varsayarak üzerinde işlem yaparlar. Uzmanlaşmanın iç mantığı, gerektiği zamanda gerekli tedaviyi uygulamak; fakat daha da önemlisi sağlık sistemin devamlılığını sağlamak ve piyasadaki etki alanını genişletmektir. Tıp sosyolojisine önemli katkıları olan Parsons, "uzman mesleklerin ahlaki karakterini kapitalist toplumda kâr güdüsüyle ilişki içinde ele almıştır" (Turner, 2011: 49). Hemen her işletmeye atfedebileceğimiz kâr güdüsünü, hastanedeki bütün tıbbî düzenlemelerle ilişkilendirmek yanlış ve haksız bir çıkarım olacaktır. Tam burada hastanenin ikili otoritesine değinmek yararlı olacaktır. Weber'in ideal bürokrasi anlayışına göre bürokratik işleyiş, kişilerin inisiyatifine bağlı değildir. Prosedürlerde ve alınan kararlarda, tek seslilik söz konusudur. Sosyologların, Weber'in ideal bürokratik yaklaşımının hastanelerin özelliklerini tanımlamada yeterli olmadığı görüşlerinin bir özeti şöyle aktarılabilir: "Hastane bürokratik idari bir yapıya sahip olsa da, doktorlar büyük bir mesleki gücü ellerinde tutar ve profesyonel idari sistemden bağımsız kararlar alırlar. Hastane, gerçekte, biri yönetimdeki idareciler topluluğunun ve diğeri profesyonel bir doktorlar grubunun izlediği ikili bir otorite sistemi içerir" (Turner, 2011: 184). Bu ikili otorite sisteminde deliliğin idaresi, hastane yönetiminin kâr güdüsüyle aldığı kararlar kadar kurumun uzman personeli olan doktorların tıbbî etkinlikleri aracılığıyla gerçekleşir.

Personel, kurumu temsil eder ve buna mukabil ücrete tabiidir. "Başta kurum binası ve kurumun adı hem personel hem de kapatılmış kişiler tarafından, bir şekilde personele ait

şeyler olarak tanımlanır. Öyle ki, gruplardan biri 'kurum'un görüşlerine ya da çıkarlarına atıfta bulunduğunda, dolaylı olarak personelin görüşlerine ve meselelerine de atıfta bulunmuş olur" (Goffman, 2017: 21). Personel kurum adına işlem yaptığını ve kurum adına sorumluluk taşıdığını bilir ve bu noktada iş kapısının, bireyin iyilikseverliğinin ötesine geçtiği itiraf edilmelidir. İşlerin örgütlü biçimde bölümü ve hastane ortamında kimin hangi işi yapacağını bilmesi için sağlanan uzmanlık sayesinde kurumun sürekliliği de sağlanmış olur. Dolayısıyla personel açısından delilik, nedenlerine yönelerek değerlendirmeye alınabilecek türden temsilî bir olgu değil; üzerinde işlem uygulanması gereken bir sonuçtur; bir işletme ve idare meselesidir. Personel, delilik imeleriyle değil doğrudan "deli beden" ile muhataptır. O, standardize edilmiş yöntem ve uygulamaları hayata geçiren işlemlerin uzmanıdır. Bir sonraki başlıkta bu işlemlerin tıbbî temellendirmesini oluşturan tedavi yöntemleri ve psikiyatrik tanılandırma meselelerine; yani deli bedenlere yönelik müdahaleyi standardize eden sürece değinilecektir.

2.3. İYİLİKSEVERLİK İDEASININ ÇÖKÜŞÜ: STANDART DELİLİKLER ve PSİKİYATRİK TANI SİSTEMİ

Modern dönemle birlikte insan eylem ve davranışları kararlılık (*determined*) arz eden ölçütlere bağlanmaya başlamıştır. İnsan eylemlerindeki aşırılıkların giderilmesi (törpüleme) klasik dönemde de söz konusu olsa da modern dönemle birlikte düzen fikrinin, farklı uygulamaları zemin alarak gerçekleşmeye başladığı görülmektedir. Modern psikolojinin temelleri de -Aristotelesçi mutedil, kâmil insan- tasavvurundan farklı olarak modern standardizasyon düşüncesi üzerine kuruludur. "On dokuzuncu yüzyılda psikolojinin bir bilim olarak ortaya çıkması tam da, insanlar arasındaki farklılıkları tasnif etmesi, kapasitelerini ve davranışlarını ölçüp ayarlaması, vasıflarını ve kusurlarını kaydetmesi, yani özelliklerini terbiye etmesiyle ilgilidir" (Rose, akt. Kayaalp ve Altuğ,

2018: 8). Modern terbiye metodları, Philippe Pinel dönemini anlatırken zikrettiğimiz "iyilikseverlik" ideası üzerine değil, ekonomik düzeyde rasyonel gerekçelendirmeler üzerine kuruludur.

Standardizasyon, muhtelif tanımları olan kavramlardan biridir. De Vries (1999: 144) standardizasyonun 4 boyutu olduğunu öne sürer. Münstermann ve Weitzel'de (2008), De Vries'in tasnifi şöyle yer alır: "De Vries'e göre standardizasyonun bir boyutu, işletmelerin standardizasyon işlemine başvurması ve sürekliliği sağlamak adına hayatî ilke olarak benimsenmesi ile ilgilidir. İkinci boyut, standardizasyonun sektörel boyutudur. Standardizasyonun bir diğer boyutu hangi amaçla standardizasyon işlemine başvurulduğu iken dördüncü boyut, insanların standardizasyona katılımıdır."¹⁸ De Vries'in mezkûr tanımının önemi, standardizasyon işlemindeki insan unsurunu görmezden gelmemesidir. Tanımlar genellikle kural ve prosedürlere odaklanırken; insan unsuru ve sektör uzantısına yer vermemektedir.

Standardizasyon, sözlüklerde "belirli bir faaliyetten ekonomik fayda sağlamak üzere, bütün ilgili tarafların katkı ve işbirliği ile belirli kurallar koyma ve kuralları uygulama işlemi" olarak tanımlanır. Bu kurallar, insanları belirli tip faaliyetler üzerinden belirli kategorilere ayırır. Teknik disiplin aracılığıyla insan eylemlerinin kestirilemez yönü ortadan kaldırılır. "Bu disiplin edici rejim içinde kişiler, bilinebilir (*knowable*) bireyler haline dönüştürülür" (Rose, akt. Kayaalp ve Altuğ, 2018). Bilinebilir eylemleri olan insanlar, tüketim alışkanlıklarından yurttaşlık karakterinin saygınlık derecesine kadar kestirilebilir yaşam pratikleri sergilerler. Dolayısıyla standardizasyon, normal ile anormal kişiyi, ucube ile saygın yurttaş birbirinden ayıran kategorileri ortaya çıkarır.

¹⁸ De Vries'in bu tasnifi, çalışmamızda yararlanmak adına Münstermann ve Weitzel (2008)'in "What is Process Standardization?" adlı makalelerinden çevrilmiştir.

Akıllı ile deli arasındaki farklılık da toplumsal sapma durumunun kestirilemez sonuçları olması ve kestirilemez bu kişilerin davranışlarının hesaplanabilir kılınması hususunda neye dönüştürüleceklerinin belirsiz olması ile teşkil olur. Gündelik hayatın toplumsal dinamiğinde kestirilemezlik, belirli kategorilerin yapılandırılmasıyla veya belirsiz olanın belirli kategorilere eklemlenmesiyle aşılr; nihayetindeyse kategoriler birer analogi olarak insanların zihinlerine yerleşir. Kurumlar, bu analogiler üzerine kuruludur. Tam da Mary Douglas'ın dediği gibi, "kurumların kendi zihinleri olamaz" (Douglas, 2016: 24). Böylece "ideal" ve "makbul" birey, sosyal temsilde taşınmak üzere zuhur eder, kendine toplumda bir vücut bulur. Zihinde yer eden kategorilerin dışavurumu, kurumlara olan ihtiyacı doğurur ve kurumlar aracılığıyla sosyal gerçeklikte somutlaşarak daha büyük bir sistemi, "mesafeli kontrol sistemini" oluşturur. Artık toplumsal nizam, anonimleşerek bireyler eliyle sağlanır ve standartlar bireylerin eylemlerine yerleşerek otonom biçimde işletilir. Miller ve Rose (1990)'un "belli bir mesafeden yönetmek" (*governing at a distance*) olarak tanımladığı bu ahvâl gösterir ki; standartların belirleyicileri uzakta olana dâhil olabilir, nesneyi izleyebilir ve idare edebilir. "Artık, standartların işleyişinde illa ki yönetici bir merkezi aktörün varlığından bahsedemeyiz" (Timmermans ve Berg, akt. Kayaalp ve Altuğ, 2018: 13). Gündelik hayatın hemen hemen bütün unsurlarının ve -bu çalışmayı ilgilendiren delilik kriterlerinin- uluslararası ölçekte belirlenmiş sağlık standartlarına tabii olmasının nedeni, merkezî aktörün eklemlenme alanının esnek bir form kazanmasıyla ilişkilendirilebilir.

Nicel metodların ve ölçüm araçlarının yaygınlık kazanmasıyla birlikte on dokuzuncu ve yirminci yüzyıl, standardizasyonun sistematik biçimde gerçekleştiği dönemler olmuştur. Standardizasyon, tıbbi alanda sağlıklı ve sağlıklı kategorilerini ölçülebilir kriterlere

bağlamış; tanı ve teşhis süreçleri doğrultusunda tedavi yöntemlerini de etkisi altına almıştır. Böylece tanı kriterleri oluşmuş fakat bu kriterler ikinci bir standardizasyon işlemine uğrayarak uluslararası ölçekte kabul edilir hale gelmiştir. Bruno Latour (1987) bu durumu seyyar değişmezler (*immutable mobiles*) olarak adlandırmaktadır. Seyyar değişmezlerin oluşumu, akıl hastanelerinin yaygınlaştırılması çalışmalarıyla da ilişkilidir.

Gerek siyasal gerek kültürel yönüyle emperyalizm, delileri kuruma yatırma anlayışını yerkürenin her yanına yaydı; ama anavatana çok benzeyen ve onun yolundan giden göçmen koloni devletleri bir yana bırakılırsa, psikiyatrik büyük kapatmayı ihraç etmeyi sadece birkaç yerde başardı (Scull, 2017: 185).

Scull'un 20. yüzyılın başlarına yönelik değerlendirmesinin bugünkü durumuna bakıldığında; küçük ölçekli yaygınlaşmanın standardizasyon işlemindeki uzmanlaşma sayesinde genişleme kazandığı söylenebilir. Standartların "(...) kendi topraklarından doğduktan sonra, dönüşüm geçirmeden bir yerden bir yere dolaşarak, yerleştikleri yerleri yeniden şekillendirdiklerini söyleyebiliriz. Bunlar bir zincirin halkaları gibi başka kaynaklarla eklemlenebilir, birleşebilir ve başka yerlerde olanları buraya tercüme ederek hesaplanabilir alanlar yaratabilirler" (Kayaalp ve Altuğ, 2018: 12). Bu noktadan bakıldığında standart sapmanın matematiksel bir kavram olmasının ne anlam ifade ettiği daha net biçimde görülecektir.

Sapma durumu (sapkınlık) her ne kadar normlardan sapmayı ifade ediyor olsa da kurumsal açıdan ele alındığında normallik ölçütünün, standart davranış kalıplarının sektörel etki alanı üzerinden değerlendirilmesiyle belirlendiği aşikârdır. Bu değerlendirmede sapkın bireyin karşıtı makbul bireydir. Sapkın birey, bir sicil kaydı ile kurumsal sisteme dâhil olur ve böylece bir sayıya tekabül eder. Kıyıda yüzen balığın tutulup sığ sulara yeniden atılması

gibi toplumsal düzenden kopmuş kişiler de -toplum açısından risk taşıdığı gerekçesiyle- kurumlara getirilir; yahut gelmesi teklif ve teşvik edilir. Nihayetinde ne yapacağı kestirilemez sapkın, makbul vatandaş standardına uyumlu, toplumsal düzene kolayca eklemlenen, bilinebilir (*knowable*) birey haline getirilir (Kayaalp ve Altuğ, 2018).

Modern dönemde hastalıklı olmak, tıbbî tanı kriterleri ve uluslararası standartlara göre belirlenerek sayısal yüzdelik dilimler üzerinden okunan nicel bir durumun göstergesidir. Sayısal veriler üzerine kurulu olan tanı ve teşhis sistemi, "ortalama insan" hakkında fikir vererek tıbbın makbul insanı olan "sağlıklı" ile tedaviye ve sağlık kurumuna ihtiyacı olan "sağlıksız" arasındaki farkı görünür kılar. Tedaviye duyulan ihtiyacı saptayarak, bu ihtiyacı resmiyette ortaya çıkaran teşhis işlemi, sağlık kurumlarının meşru zeminine pekinlik verir. Bireye uygulanacak tedavinin gerekli olup olmadığını belirleyen ve bireyleri kurumlara başvurmaya sevk eden bu süreçte, nasıl bir tedavi izleneceği belirli standartlara bağlandığı gibi; hangi koşullar sağlandığında bireyin taburcu edilebileceği de aynı sağlık sisteminin standartlarına bağlıdır. Gültekin Yıldız, bu noktada alıntılanmaya değer gördüğümüz pasajda, değerlendirmemizle örtüşecek biçimde şunları söyler:

Modern okul, kışla ve fabrikada, sisteme dahil olan kişilerden politik ve ekonomik sistemin beklentilerine karşılık veren standart vatandaş kalıplarına girmeleri beklenirken; yeni politik ve ekonomik düzenin bu talebini karşılamayan ya da karşılamamakta ısrar edenler fizikî ya da psişik 'terapi' ve 'rehabilitasyon' için hapishane, hastane ve tımarhanenin içine alınıyorlardı. Modern tıp anlayışına uygun hastanelerin öncelikle askerî personele tıbbi destek için açıldığı Osmanlı Devleti'nden kalma bir ifadeyle, Türkçede hâlâ yaşayan 'tabur-cu oldu' ifadesi, bu ikinci üçlü ile ilk üçlü arasındaki 'geri dönüşüm' bağını göstermesi açısından dikkate değerdir (Yıldız, 2018: 241).

Kuruma başvurmaya yönelik teşvik ve tıbbileştirme ile kurumdan taburcu olmaya yönelik teşvik ile kurumsuzlaştırma arasında iki durum gözlenir: Birincisi, standartlardan sapan bireylerin rehabilite edilerek kurumsal işletmelerin devamlılığını sağlamaları iken ikinci durum, bu bireylerin normların dışına taşan (sapkınca) davranışlarının törpülenerek ekonomik beklentiler açısından makbul hale getirilmelerini ortaya koymaktadır. Bu amaçlar doğrultusunda psikiyatri hizmetleri, kalite standartları açısından düzenli olarak kontrol edilir.

Sağlık Bakanlığı'nın, Psikiyatri Hizmetleri'nde Kalite Standartları geliştirme amacı, psikiyatri alanında sağlık hizmeti alan hasta ve yakınlarına, uygun fizikî koşullarda, bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standart bir bakım sunmak, hasta ve yakınlarının tedavi sırası ve sonrasında rehabilitasyon programlarına katılımlarını sağlayarak, hastaların sosyal yaşama dahil olmalarını teşvik etmektir (Arabacı ve ark., 2017: 54).

Bununla birlikte psikiyatrik hizmette iyileşme süreci, standart kalite kriterleri ile destekleniyor olsa da psikiyatrinin standartlarının hâlen müphem kaldığını belirtmek gerekecektir. Hastalara nasıl bir hizmet sunulacağı veya akıl hastanesi personelinin hangi standartlara uyması gerektiğine yönelik kurallar bellidir; fakat uygulamada bir çıkmazla karşılaşılır: Hastalığın tanı ve teşhis sürecinde hekimlerin hangi standartlara uyacağı ve bu standartların kimlerce belirlendiği psikiyatri tarihinde süregelen önemli bir meseledir.

2.3.1. Psikiyatrik Tanı Sisteminde Deliliğin Teşhisi: Kurumlar Arasılaştırma

Akıl hastalığı, deliliğin klinik anlayış içerisinde kalınarak standartlaştırılmış ölçütlere göre elde edilen tanımlarından biridir. Akıl hastanesi personelinin, akıl hastalıkları hususunda edindiği formasyon, birtakım standart ve kabuller içermektedir. Bu kabuller, akıl hastalığının teşhis edilme sürecinde görünür olur. Bir sağlık kurumu olarak akıl hastanelerinin işleyişi de uluslararası kriterlere göre düzenlenmiş tanı ve teşhis sistemi

üzerine kuruludur. Sağlık ve hastalığı tıbbi bir zemine oturtan bu sistem, delilerin "klinik vaka" olarak ele alınması işlemiyle iç içedir. Akıl hastalıklarına yönelik etkili tedavi yöntemleri arasında ilaç tedavisi, psikoterapi, ruhsal-toplumsal destek, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığını önleyici tedavi vardır. Kendi içlerinde de çeşitlenen bu çoklu tedavi biçimleri, kişilerin akıl hastalığı belirtilerini müstakil iradeleriyle bertaraf edemeyecekleri inancına dayanır. Kişilerin, akıl hastalığının tedavisinde, klinik yardım türlerinden herhangi birine başvurmaları teşvik edilir. Psikiyatrik tanı sisteminde deliliğin teşhisi, deliliğin kurumsal idare biçimlerinden biri olan psikiyatrik yönetiminin hangi standartlara dayanmakta olduğunun anlaşılması üzerinden tartışılmalıdır.

Geçmişte kışla ve fabrika olarak kullanımları olan hapishaneler, 19. yüzyılın ilk yarısında "caydırıcı ceza"nın nasıl olması gerektiğine yönelik deneylerin yapıldığı yerler haline gelmişti. Bu deneylere tıbbî alanda çalışan uzmanların da eklenmesiyle suç, tıp alanına dâhil bir konu haline geldi. Suçluluğu açıklamada kullanılan argümanlarda tıbbî vurgular artarken sosyal bilimsel çalışmalar da bu argümanları destekleyecek biçimde suç bilimine dâhil oldular. "Tıpkı yeni tıp biliminin bedeninin organik yapısındaki anormallikleri teşhise yönelmesi ve patoloji ile klinik şubeler etrafında örgütlenmesi gibi, pozitivist sosyolojinin tıbbîleşmesi neticesinde patolojiden mülhem bir ceza bilimi (penoloji) kuruldu" (Staples, akt. Yıldız, 2018: 253). Bu dönemde cezanın nasıl olması gerektiği problemi, suçluluk kriterlerinin yeniden ele alınmasına neden oldu. Cezai ehliyetin nasıl belirleneceğine yönelik tartışmalarda psikiyatrist Lombroso'nun da etkisiyle tıbbî açıklamalar önem kazandı. Kendisi bir hapishane doktoru olan ve soyaçekimin dahi suçlulukla ilişkili olabileceğini öne süren Lombroso, -suçun psikiyatrik açıdan tanımlanmasını- sağladı. "Suçun ortaya çıkmasında ırsî, sosyal ve psikopatolojik sebepleri gündeme getiren bu bakış açısıyla birlikte, hapishaneler bir hastahane ya da fabrika olmaktan çok bir 'laboratuvar' haline getirildi" (Yıldız, 2018: 254). Suçun ortadan kaldırılmasında akıl hastanelerinin

önemine yönelik vurguların da artmasıyla akıl hastalığı-suç ilişkisi üzerine deneyler gerçekleştirildi. Bu deneyler aracılığıyla akıl hastanelerinin kuruluş misyonu yeni bir bilimsel meşru zemine oturtuldu:

Suç işlememiş hastaların tedavilerinde semptomların hafifletilmesine odaklanılırken, özelleşmiş adli psikiyatrik tedavideki amaç, psikopatolojinin remisyonunu sağlamaya çalışmak, gelecekteki potansiyel şiddet davranışlarını azaltmak ya da elimine edip, yeni suçları azaltarak toplumu korumak, bu bireylerin sağlıklı gelişimlerine ve kişiler arası ilişkilerde sorumluluk almalarına yardımcı olmaktır (Türkiye Psikiyatri Derneği, 2005).

Standardizasyon süreciyle akıl hastalığı ile suçun aynı sistem içerisinde değerlendirmeye alınması, akıl hastanelerini hapisane ile ortak işleyişi olan toplama kurumları haline getirecekti. "Kurumlar arasılaştırma" olarak tanımlanan bu süreç, deliliğe kurumsal müdahaleyle ilgili bir yeniliği gösteriyordu. Bir taraftan bireylerin durumunun hapisane ve akıl hastanesinin hangisine kapatılması gerektiğiyle ilgili soruşturma maksatlı gözetim altında tutma biçimi doğacak; diğer taraftan suçun psikiyatrinin konusu haline gelmesiyle toplumsal meselelerin tıbbîleştirilmesi eğilimi ortaya çıkacak ve tıbbî argümanların üretiminde genişleme yaşanacaktı. Fakat bunların yanı sıra hapisaneler üzerinden değerlendirilen suç durumunu açıklamaya yönelik nedensel çıkarımlar değişime uğrayacak; tıbbî argümanlarla açıklanan suç olgusu ile hastalık kriterlerinin genişlemesine yol açılacaktı. Bu değişimlerin ortak sonucu, tanı ve teşhis kriterlerini içeren el kitaplarının hacminin artması oldu. Aklî maluliyet noksanlığı ve isnat yeteneği yoksunluğu, akıl hastalığı başlığı altına yerleşti. Bütün bunlar doğrultusunda suçlu, -laboratuvarda araştırılan bir sağlık nesnesi- haline gelmiş oldu. Suçlu profilin yanı sıra "akıl hastası suçlu" profili de hukuki değerlendirmede yerini aldı. "Akıl hastası suçluların, toplumdan tamamen tecrit edilmeksizin, tedavi ve müşahade altına alınması zorunludur. Aksi takdirde

bu kişilerin tekrar suç işlemelerinin önlenmesi mümkün olmayacaktır" (Yılmaz, 2018: 762). Suçlulara yönelik ıslah işlemi, iyileştirmeye yönelik tedavi işlemine evrildi. Tanımlayıcı psikiyatri alanı, bu evrilme doğrultusunda genişledi.

1950'lerle beraber psikotrop ilaçların keşfi söz konusu oldu ve tanımlayıcı psikiyatri (*descriptive psychiatry*), gözden düşmeye başladı. Tanımlayıcı psikiyatrinin etkinliğinin azalmasında politik yansımalar da rol oynamaktaydı. Narter bu değişimi şöyle özetlemektedir:

1952 yılında ilk olarak yayınlanan DSM-1 'Tanı ve İstatistik El Kitabının', (*Diagnostic and Statistical Manual*) ruhsal bozukluklara ve hastalıklara yaklaşımı tanımlayıcı psikiyatrinin dışında oluşmuştur. Ardından, 1968'de DSM-2, 1987'de DSM-3, 1995'de DSM-4 yayınlanmıştır. Bu sınıflamaların yanı sıra Dünya Sağlık Örgütü de (WHO) 'Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması' (*International Classification of Diseases*) ICD-8'de ruhsal bozukluklara ve hastalıklara yer vermeye başlamıştır. Ardından 1979'da ICD-9, 1987'de ICD-10 yayınlanmıştır (2003: 34-35).

"Bu iki sınıflamada da ruhsal bozukluklar ve hastalıklar, 5 boyutta ele alınır: 1. boyut; ruhsal bozuklukların tanısı 2. boyut; gelişme ve kişilik yapısı, 3. boyut; bedensel bulgular, 4. boyut; stres, 5. boyut; hastanın son bir yıl içinde topluma uyumu göz önünde tutularak hastaya teşhis konulur" (Köknel'den akt. Narter, 2003: 35). Köknel'in yer verdiği son boyut, deliliğin teşhis sürecinde tanı kriterleri arasına artık sosyal belirtilerin de girdiğini gösterir. Modern dönemle ilgili bir gelişme olsa da bu sürecin tarihsel başlangıcı, delilerin vicdanını harekete geçirmeye yönelik tedavi yaklaşımını öne süren Philippe Pinel'e isnad edilebilir. Mezkûr gelişmenin bir vechesi de toplumsal dünyanın psikiyatrik standartlarca düzenlenmesini içermesidir. Kıta Avrupası felsefesi ile beraber insanın biyo-psiko-sosyal

bir varlık olarak tanımlanması da aynı sürecin tasnif biçimlerine yansımaları olarak görülmelidir.

Dört temel bulgu alanı, psikiyatrinin standartları haline gelmiştir. "Belirtiler, genetik, hastalığın seyri ve tedavi" (Maher, 2005: 136-146). Bu dört kaynak, psikiyatrinin işleyişinde önemli rol oynar. Belirtiler, akıl hastalığının teşhisinde en dikkat kesilen unsur olmasına rağmen yeterli kaynak olmayabilir. Belirtiler psikozu işaret ediyor görünse de altında başka nedenler yatıyor olabilir. Belirtilerin özgüllüğü (*nonspesifik*) tartışmaya açıktır. Dolayısıyla belirtilerin tek başına teşhis için yeterlilik sağlamadığı düşünülür. Akıl hastalığının teşhisinde önemli diğer bir kaynak genetikdir. Akıl hastalığının bazı türleri, özellikle bipolar ve psikozların bir kısmı, bireye ailesinden tevarüs etmektedir. Genetiğe ilişkin veriler, hastalığın saptanmasında doğruluk oranını artırır. Üçüncü bulgu kaynağı ise hastalığın seyridir. Akıl hastalıklarının belirgin örüntüleri vardır. Hastalıklar birbirine eklemlenebilir yahut döngüsel olarak tekrarlanabilir. Örneğin bipolar, genellikle gençlik döneminde ortaya çıkar ve özgül bir döngüyü takip ederek seyreder. Hastalığın seyrini takip etmek, teşhisi kolaylaştıran önemli ipuçları sunar. Son bulgu kaynağı ise tedavidir. Nassir Ghaemi, tedaviyi diğer bulgu kaynaklarına nazaran daha az tanımlayıcı bulunduğunu şöyle ifade eder:

Zaman zaman insanlar tedaviye başvuramazlar ya da tedavi bulamazlar; ve son birkaç on yıla kadar pek az etkin tedavi sağlanmıştır. Şimdi bile, akıl hastalıkları için kullanılan ilaçlar belirleyici değildir; çok farklı hastalıklarda etkili olabilir ve akıl hastalığı olmayan insanlarda da davranışı etkileyebilir. Bazen de olağanüstü bir tepki belirli bir teşhisin güçlü göstergesi olabilir. Mesela, antidepresanlar bipolar bozukluğu olan insanlarda maniye neden olabilirken, bu hastalığı olmayan insanlarda nadiren bu etkiyi yaratır (2016: 19).

Ghaemi'nin bu değerlendirmesi, psikiyatrik standartların her şartta ve her hasta profiline göre tutarlı sonuçlar doğurmayabileceğini göstermektedir.

Thomas Szasz, yukarıda bahsini ettiğimiz dört özgül bulgu kaynağına dayanan standart teşhis sistemine yönelik ciddi eleştiriler getirir. Szasz'a göre "taklit" karşısında "teşhisin" hiçbir önemi yoktur. Hastalıklı ve sağlıklı olma hli, sahteciliğe maruz kalabilmektedir. - Yalanlar bilimi- olarak adlandırdığı psikiyatrinin iş tutma biçimini Szasz şöyle değerlendirir; "Teşhisin hastalık olmadığını akılda tutmalıyız. Modern toplumlarda, herkes teşhis yapabilir ve yapar: Teşhis koymak demokratikleştirilmiştir, farklı farklı çoğunluklar teşhis koyar ve teşhis değiştirir. Buna 'konuşma özgürlüğü' diyoruz" (Szasz 2013: 18). Szasz, burada, teşhisin yanılığı boyutunu işaret eder ve şöyle devam eder:

Fakat 'hekimler' denilen sadece bir grup insan resmen, usulen geçerli, hukukî sonuçları olan teşhisler yapmaya yetkilidir ve bu teşhisler elbette olgusal olarak yanlış olabilir ve sık sık da öyledir. Ayrıca, hekimlerin teşhis uydurma yetkileri vardır ve bunu 'sağlık durumu' olarak tespit ettikleri şeyin bedendeki patolojik süreçlere yüklenebilir olup olmadığına bakmaksızın yapabilirler. Son olarak, resmen tasdik edilmiş teşhisler her türden yasal kovuşturmada delil yerine geçer ve tıbbî geçerlilikleri sorgulansa bile bu pek ender yapılır (Szasz, 2013: 18).

Szasz'ın bu çıkışı, hekimlere duyulan haksız bir öfke olarak okunmamalı; bilakis hekimlerin teşhis sürecinde ne kadar önemli bir rol oynadıklarına dikkat çeken bir vurgu olarak değerlendirmelidir. Zira teşhis ile tedavi süreçleri neredeyse eş zamanlı olarak ilerlemektedir. Birkaç dakikalık değerlendirme ile vuku bulan teşhis işleminin ardından akıl hastasına ne yapılacağına ve nasıl müdahale edileceğine karar verilir. Tedavi biçiminin ayakta olup olmayacağı, tedavi sürecinde hangi ilaçların kullanılması gerektiği de teşhis sürecini mteakiptir. Zira ruh hekimlerinin de çalışma biçimi bir onkoloji doktorundan farksızdır. Bu bilindik durum hakkında şöyle der Szasz: "Yukarıda ifade edilenler hemen

hemen herkesçe bilinir. Ama yine de, psikiyatrlar gibi psikiyatri tarihçileri de meslekî güvenirliliklerini devam ettirmek için, akıl hastalıklarının kanserle aynı anlamda gerçek olduklarına inanmalıdırlar – ya da inanıyormuş gibi yapmalıdırlar" (2013: 18). Szasz'ın itirazının anlamı ve bu çalışma bağlamındaki işlevi, standardize edilmiş teşhis anlayışının "duruma" yönelik olmaması ve hekimlerin sahtecilik karşısında yanılgıya düşebilmelerini işaret etmesidir. Yapılandırılmış günlük programın uygulanması, akıl hastanelerinin öncelikli amaçları arasında yer alır ve psikiyatrik tedavi, duruma yönelik değildir. Dolayısıyla hastane kültürü, standartların uygulanması rağmen gözden kaçanları da içerebilmektedir.

Total bir kurum olan Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin işleyişinde esas alınan tanı sistemi ve teşhis anlayışı da her hastane gibi standart bir sisteme dayanmaktadır. Çalışmanın dördüncü bölümünde, hastane ortamında gözlemlenen gözden kaçan durumların ayrıntılı tasvirine yer verilerek bu noktaya atıfta bulunulmuştur. Hastaneye yatış aşamasında gözden kaçanların olabileceğini kanıtlayan deneyiyle Rosenhan, sahtecilik durumuna dikkatleri çekmiştir. Bu deneyin sonuçları, Szasz'ın görüşlerini destekleyecek pek çok bulguyu içermekle beraber deliliğin müphem bir olgu olduğunu, hekimlerin akıl hastalığını tanımlarının kesinlik arz edemeyeceğini söylüyordu. Rosenhan Deneyi ile görüyoruz ki psikiyatrik sınıflandırmaların keyfî bir boyutu söz konusudur. Şöyle diyor Rosenhan (1973): "Sergiledikleri akıllılık şovuna rağmen, sahte hastalar hiçbir zaman teşhis edilemediler". Teşhis hususundaki bu başarısızlık ruh sağlığı alanında çalışan hekimlerin, sapmanın nasıl ölçüleceğiyle ilgili -programlı fakat sınırları belirsiz- bir zeminde çalışmalarından kaynaklanmaktadır. Toplum özelinde olmayıp uluslararası sağlık kriterleriyle hareket edilmesinin sonucu olarak sınırların saptanması zorlaşmaktadır. Hangi

fenomenin normal hangi fenomenin patolojik¹⁹ kabul edileceği, hiyerarşik olarak üstten belirlenmekte; alttaki gerçeklik, üstten gelen kabullere göre tanımlanmakta ve bireyler bu tanımlardan hareketle bir toplumsal kategoriye dâhil olmaktadır. "Psikiyatristler bakımından, organik akıl hastalıklarının teşhis ve tanımı bir sorun olmamakla beraber, fonksiyonel akıl hastalıklarının materyal bir temele dayalı olmaması ciddi güçlüklerle gebermektedir. Bu güçlük, normal-anormal ayrımı bakımından daha yoğun olup; bu konu ebedi bir tartışma konusu olarak belirlemektedir" (Yücel, 1971: 636). Yücel'in ebedi bir tartışma konusu olarak adlandırdığı bu tanı-teşhis-tedavi çıkmazı, deliliğin nasıl ele alınacağı problemiyle yakından ilgilidir.

Hukuki sistemde suçun ispatı, onu mahkemeye taşıyan davacının mesuliyeti olarak kabul edilir. Fakat tıp sisteminde tam tersi bir durum söz konusudur. Engizisyonel tıp sisteminde akıl hastası olmadığına yönelik ispat yükümlülüğü, hastanın bizatihi kendisine aittir. Hastalık tanısı konulmuş kişi, bu delilik, akıl bozukluğu veya sinir hastalığı töhmeti karşısında akıllılığını ispata yönelik çaba içerisine girer. Fakat bu çaba genellikle hastanın içgörü yoksunluğuna bağlanarak hastalığıyla ilgili bir inkâr olduğu yönünde yorumlanır. Rosenhan, gerçekleştirdiği deneyin sonuçlarını tartışırken²⁰; "kanıtlar gösteriyor ki, bir kez şizofren olarak etiketlendiğinde, sahte hasta bu etiketi sürdürüyor. Eğer sahte hasta taburcu edilecektiye, doğal olarak 'remisyon döneminde' olmalı; fakat akıllı değildi, hastane görüşüne göre hiçbir zaman da akıllı değildi" (Rosenhan, 1973: 250-258) der. Thomas Szasz, teşhis sürecindeki bu müphem durumu, bireylerin sergilediği üç ayrı davranış türü üzerinden ele almıştır: Sağlıklı bir kişi tarafından hasta rolünün taklit edilmesi (hasta

¹⁹ Durkheim'in "Normal Olanla Patolojik Olanın Ayırdedilmesine İlişkin Kurallar" adlı metni bu hususta önemli bir değerlendirme ihtiva eder. Bkz: Durkheim, Emile., (2015). *Sosyolojik Yöntemin Kuralları*, Ankara: Dost Kitabevi Yayınları.

²⁰ David Rosenhan, *On Being Sane in Insane Places*, Science, New Series, Vol. 179, No. 4070. (Jan. 19, 1973), pp. 250-258. Ayrıca, bkz. Sosyal Bilimler Çeviri Platformu, *Psikoloji'nin Kült Çalışması: Rosenhan Deneyi, Delilik Mekânlarında Akıllı Olmak Üzerine*, (çev. Müleyke Barutçu), (11 Ağustos 2016).

numarası yapma), hasta bir kişi tarafından sağlıklı rolünün taklit edilmesi (hastalığı gizleme) ve hekim olmayan bir kişi tarafından hekim rolünün taklit edilmesi (şarlatanlık)" (Szasz, 2013: 17). Bu üç davranış türü, tıbbileştirme sürecinde gözlenen kasıtlı sahtecilik durumunun, hekim ve hasta bakış açısı üzerinden nasıl gerçekleşebileceğini gösterir. Dolayısıyla bu tasnif aracılığıyla tıbbileştirmenin boyutlarından birinin, toplumsal kontrol ve hastaneye yatırma olduğu açığa çıkarken; bir diğer boyutunun delilik savunması (sahte kötülük) olduğu görülür.

2.3.2. Türkiye'de Ruh Sağlığı Alanındaki Mevcut İşleyiş

"Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sağlığı, sadece hastalık ve sakatlıkların olmaması değil aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlayan çağdaş sağlık anlayışı, sağlığın çok boyutlu özelliğini ortaya koyan temel kavramlardan biridir" (Gültekin, 2010: 584). Ruh sağlığı kriterleri de Dünya Sağlık Örgütü'nce çağdaş sağlık anlayışı etrafında belirlenmektedir. Ülkemizde, akıl hastanelerine yatışlar, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) genel sağlık tanımından hareketle gerçekleşmektedir. Akıl hastanesine yatırılmanın belirli nedenleri vardır ve bu nedenler şu şekilde özetlenebilir:

Bir 'psikososyal kriz' içinde ayaktan psikiyatrik tedavi veya acil psikiyatrik yardım birimlerine gelmiş ve getirilmiş hastanın yapılan muayene ve değerlendirilmesinde eğer;

- Hastanın davranışı evin düzenini tamamiyle bozmuş, kendisini kabul edip destekleyenleri kendinden uzaklaştırmış ise, veya yaşam biçimi hastanın psişik yapısının dağılmasını çabuklaştıracak bir şekilde karmakarışık ise,
- Hastanın "intihar edebilirliği" yüksek ise,
- Hastanın işlemesi, kendine bakamayacak bir derecede bozulmuş ve desteği çok az veya zayıf ise,

- Hastanın duygulanımı, düşüncesi, dürtü denetimi kendisine ve etrafına tehlikeli olabilecek bir derecede bozulmuş ise, hasta hastaneye yatırılır (Arkonaç, 2010: 215).

Ülkemizde akıl hastanelerine yatırma işlemi, yasalarca (Türk Medeni Kanunu, 432-437. maddelerince) düzenlenmiştir. İşlem olarak hastaneye yatırma, psikiyatrik boyuttan daha çok hukukî boyutu içermektedir. Yatırılma, toplum düzeninin sağlanması ve korunması maksadıyla gerekli görüldüğü için hastanın durumu ve hakları ikincil planda kalmaktadır. Mevcut kanunların gerekliliği uluslararası standart kriterlere göre belirlenmiş olsa da uygulanması hususunda düzenlemeler yeterli değildir. Şen ve Özkan (2017: 2) bu konuyu masaya yatırdıkları çalışmalarında şöyle değerlendirir:

İstemsiz yatışların büyük oranda yapıldığı ruh sağlığı hastalıkları hastaneleri idarecilerinin adli makamlarla kurdukları kişisel ilişkiler sonucu her hastanede ayrı bir prosedür geliştirilmiştir. Ancak uygulama, standartlardan yoksun ve tamamı iyi niyete dayalı olarak yürümektedir. Bu sebeple istemsiz yatışa hangi durumda, kimler tarafından karar verileceği, sürecin nasıl takip edileceği ve taburculuğun nasıl yapılacağı gibi konular hukuki olarak belirlenmelidir.

İşaret edilen psikiyatrik standartlar her ne kadar tanı kriterleri açısından söz konusu olsa da teşhis ve tedavi sürecinde bu standartlara bağlı kalınmadığı görülmektedir. Bu durumun en iyi göstereni cezai ehliyeteye yönelik örneklerdir. "Günümüzde tüm modern ceza kanunları akıl sağlığı yerinde olmayanları ya cezalandırmamakta, bunun yerine tedavi amaçlı güvenlik tedbirlerine başvurmakta ya da bu kimselerin cezalarında indirimine gitmektedir" (Yılmaz, 2018: 761). Bu durumla ilişkili olarak DSM ile ICD el kitaplarıyla hekimlere sunulan tanı kriterleri, her ne kadar standart sayısal verilerden hareketle belirleniyor olsa da suç ile akıl hastalığını birbirinden ayırabilecek yeterliliğe hâlen sahip değildir.

Türkiye'de ruh sağlığı alanındaki mevcut teşhis süreci, duruma yönelik olmadığı gibi akıl hastalığını ortaya çıkaran nedenlerin bir sabitesi olmadığını da gözden kaçırmaktadır. Nedenlerin gözden kaçırılması ise; hukuk ile psikiyatri arasında bir çıkmazı meydana getirmektedir. Yücel'in akıl maluliyeti ve ceza sorumluluk testini değerlendirdiği çalışmasında ifade ettiği gibi; "Her hasta yönünden saptanan faktörlerden bir genellemeye gidilebilirse de, sözü edilen faktörlerin muayyen bir şahısta varlığının şahsı akıl hastası yapacağı yolunda bir determinizm mevcut değildir. Bu yargı suçluluk için de anlamlıdır; zira benzer koşullar içerisinde yetişen kişilerden bazıları suçlu olurken, diğerleri hukuka uyarlı bir yaşantı sürmektedirler (Yücel, 1971: 633). Yücel, akıl hastası ile normal bireyleri birbirinden ayırabilecek statik bir çizginin olmadığını öne sürer. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) hastalık kategorileri, her ne kadar derecelendirilmiş ölçütleri baz alarak belirlenmiş olsa da kişiler ve özel durumlarını baz almamaktadır. Dolayısıyla amaçlanan, fert ile hastalık arasındaki ilişkiyi saptamak değil; neredeyse yalnızca hastalıklara bir isim bulmak haline gelmiştir.

2.3.2.1. Teşhis ve Tedavi Sürecinde Doktorlar

Türkiye'de ruh sağlığı alanında uzun bir süredir, alanın uzmanları tarafından yasa talebi söz konusudur. Son olarak Türkiye Psikiyatri Derneği, ilgili bakanlığa konuyla alakalı bir rapor sunmuştur. Yasal düzenlemelere duyulan ihtiyaca dikkat çeken bu rapor, hasta haklarını temel alan talepleri iletmektedir. Türkiye'deki ruh sağlığı alanındaki mevcut işleyişe hekimlerin bakış açısıyla yaklaştığımızda yasa talebinde bulunan hekim sayısının giderek arttığı aşikârdır. Zira önceki başlıklarda tartışmaya açtığımız tanı-teşhis-tedavi sürecindeki çıkmaz ile hukuk ve sağlık sistemlerinin nerede konumlandırılacağı çözümlenmemiş müphem olgular üzerindeki işleyişi, iyi tasarlanmış bir yasa ihtiyacını her gün gözler önüne sermektedir. Türkiye Psikiyatri Derneği, yasa talebini devletin resmî kurumlarına arz etme yönünde görünür bir çaba içerisinde. Dolayısıyla çalışmamızda

ruh sağlığı alanındaki mevcut işleyiş, bu derneğin talep ve alana yönelik değerlendirmeleri üzerinden inceleme altına alınmıştır. Literatürde mevcut en kapsamlı değerlendirme olması açısından alıntılایacaęımız bu uzun pasajda Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Onur Kurulu yesi Mustafa Sercan, yasal boşluğu şöyle değerlendirmektedir:

Türkiye'de ruh hastalarının hastaneye yatırılmasıyla ilgili bir yasal düzenleme yok. Ancak bu alan bugüne dek hiç doldurulmamış da değil. Bu konuda ilk ve bilinen en geniş yasal metin 6 Mart 1876 tarihli 'Bimarhanelere Dair Nizamname'dir. Bu tüzüğün uygulamasını düzenleyen bir yönerge de 13 Aralık 1913'de çıkarılmıştı: 'Bimarhane ve Mşahedehane Talimatnamesi'. Bugün bilindiği kadarıyla bu yasal metinler yürürlükte değil. Ancak yerine başka bir yasal düzenleme de yapılmamış. Çağının 'Ruh Sağlığı Yasası' niteliğindeki 1876 tarihli tüzük, 1853 tarihli Fransız yasasından uyarlanmış, Sultan Abdülaziz imzasıyla yayımlanmış. Ancak bu tüzüğün Cumhuriyet dönemine geçişte iptal edilen yasalar arasında olduğu, yerine bir düzenleme yapılmadığı sanılıyor. Sanılıyor, çünkü bu yönde bir kayıt bulamadık, kimseden aydınlatıcı bilgi alamadık. Ruh sağlığı alanında yasal düzenlemeler yönünden 130 yıl önce çağına uygun bir adım atılmış ancak, güncelleştirmeler yapılması gerekirken, yaklaşık 80 yıldır yeniden bir boşluk oluşmuş durumda (Sercan, 2006; 9(3): 9).

Ruh sağlığı alanındaki işleyişi hekim bakış açısıyla değerlendirdiğinin altını çizmekle beraber 2006 yılının tasvirini içeren bu değerlendirmenin mevcut durumun resmiyle örtüşme durumunu belirgin kılmak gerekecektir. Türkiye'deki ruh sağlığı alanındaki mevcut işleyişi değerlendirmek için şu soruların yanıt bulması gerekmektedir: Ruh sağlığı alanında gözlenen ve hekimlerce dile getirilen yasal boşluk ve düzenleme ihtiyaı, bugün de söz konusu mudur? Bu ihtiyaç, tanı-teşhis ve tedavi üçgeninde hekimlerin karşısına çıkmakta mıdır? Akıl hastalığının tanı sürecinde hekimlerin yaşadığı bariz zorluklar söz konusu mudur? Tanı aşamasındaki zorluklar, tedavi sürecine yansımakta mıdır? Gerek bu

sorulara yanıt bulabilmek adına gerekse 2006 yılına dair durum tesbitinin geçerliliğini koruyup korumadığını ortaya çıkarmak üzere Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Onur Kurulu Üyesi Mustafa Sercan ile mail yoluyla yazılı bir görüşme gerçekleştirilmiştir. 25 Ağustos 2019 tarihli görüşmede yönelttiğimiz 3 açık uçlu soruya Sercan, şu yanıtları vermiştir:

1) 2006 yılındaki değerlendirmenizin mevcut durumu yansıttığını düşünüyor musunuz?

Ülkemizde ruh hastalarının hastaneye yatırımlarıyla ilgili yasal düzenleme yani Ruh Sağlığı Yasası hala yok. Tedavi ve yatırılma konusunda kendisi istekli kişiler için hasta yatırılmasıyla ilgili genel yasal düzenleme uygulanıyor. Ancak hastaneye yatırılmayı ya da tedavi edilmeyi kendisi istemeyen ancak kendisi veya başkaları için zarar verme riski taşıyan hastaların yatırımları, 2005 yılında yürürlüğe giren Türk Medeni Kanunu'nun 432. Maddesi uygulanarak yargıç denetim ve güvencesi altına alınmaktadır. Bu durum hasta ve tedavi ekibinin hak ve görevlerinin yasal güvence altına alınması bakımından ileri bir adımı temsil etmektedir; ancak Ruh Sağlığı Yasası eksikliği sürmektedir.

2) Akıl hastalığının tanı sürecinde hekimlerin herhangi bir zorluk yaşadığını düşünüyor musunuz? Düşünüyorsa iseniz bu zorluklar genellikle hangi hususta beliriyor?

Akıl hastalığının tanısıyla ilgili olarak ülkemizde araç-gereç, teknoloji eksikliği bulunmamaktadır. Bazı yetersizliklerin uygun düzenlemelerle aşılması olanaklıdır. Ancak bu olanakların kullanımı düzensiz ve dağınık olduğundan

merkezler dışında yetersizlikler yaşanabilmektedir. Asıl önemlisi şudur: akıl hastalığının tanısı büyük çoğunlukla hasta ve yakınlarından alınan bilgiye ve hastayla yapılan görüşme ve gözleme dayalıdır. Ruhsal hastalıkların tanı sürecinde teknolojinin, laboratuvarın payı düşüktür. Bu durum hastayla geçirilen zamanın yeterli olmasıyla aşılabılır. Hasta başına düşen görüşme süresi kısalığı, tanı süreçlerinin önündeki temel zorluktur. Devlet hastanelerinde hekim / hasta oranı dengesizliğinden dolayı bir tanı görüşmesine en az 1 saat zaman ayrılması gerekirken bu süre 10 dakika dolaylarında olabilmektedir.

3) Tanı aşamasındaki zorluklar, tedavi sürecine yansıyor mu?

Kuşkusuz tanının yanlış olması, tanıyla ya da kişide önceden uygulanan tedavilerle ilgili bilgi eksikliği tedavinin de yanlış olması olasılığını artırır. Bu tür yanlışlar zamanla fark edilip düzeltilebilir. Çoğunlukla da düzeltilmektedir. Ancak tıbbın ilk kuralı **“aslolan zarar vermemek”** olduğundan bu ilke olarak yanlış olması yanında hasta haklarının da ihlaline yol açmaktadır. Tabii ki bu durum - temel amaç ve görevi yarar sağlamak olan hekim için - hem yasal, hem etik ama önemlisi hem de vicdani sorumluluk anlamına geldiğini göz ardı etmemek gerekir. Öte yandan hekim, kendisinin düzeltme olanağı bulunmayan bu tür hatalar bağlamında şiddet hedefi olmaktadır. Hekimlerin hastalarıyla ilişkisi, özellikle ruh sağlığı alanında bir iş ilişkisini aşan insani boyutlarda gerçekleşir. Bu tür zaman sıkışıklığı ve hatalar iki taraflı gerginliği artırarak insani ilişki ortamını da bozmaktadır.

Ruh sağlığı alanında uzman çalışan olarak Sercan'ın değerlendirmesi, iyi tasarlanmış bir yasal düzenlemenin akıl hastanelerinin işleyişi açısından önemli bir ihtiyaç olduğu ve bu

ihtiyacın 2006 yılında olduğu gibi bugün de devam ettiğini göstermektedir. Kendi istekleriyle hastaneye yatırılan hastaların hastaneye yatışının genel yasalarca, fakat zorunlu yatışların yargıç denetimiyle gerçekleştiğini aktaran Sercan, doktor perspektifiyle hasta ve tedavi ekibinin yasal güvence altında olmasını müspet bir ilerleme olarak gördüğünü ifade etmektedir.

Tanı-teşhis sisteminin Türkiye'deki işleyişine yönelik Sercan, tanılarının, hasta ve yakınlarından alınan bilgilere dayalı olduğunu ve dolayısıyla tanı sisteminin görüşmelere dayandığını söylemektedir. Teknolojik araçlar ve laboratuvar bilgisinin tanı sisteminde hâlen yerleşik bir metoda dönüştürülemediğini; bu eksikliğin ancak hasta-hekim görüşmesindeki zamansal çerçevenin iyi çizilmesiyle aşılabileceğini önermektedir.

2.4. SONUÇ

Tüm bu anlattıklarımız, tedavi sistemini değersizleştirmeye yönelik herhangi bir eleştiri niteliği taşımamaktadır. Yalnızca delilik ile onun tanımlanma biçimi ve müdahale tarzlarının serüvenine bakıldığında, hâlen esaslı bir teşhis ve tedavi sürecinin geliştirilmediğini ortaya koymaktadır. Bu, biraz da, "delilik" kavramının "akıl hastalığı"na evrilmesiyle birlikte oluşan açığın büyümesi olarak görülmelidir. Onlarca tanımı olan deliliğin bugün aklını yitirmiş kişinin dünyasını tanımlamadığı aşikârdır. Yalnızca psikopati için düşünüldüğünde dahi, literatür incelemesi sonucu onlarca tanım bulan Cason (1946), psikopatiyi betimleyen 202 ayrı tanım olduğunu; bu tanımlarda psikopatinin 55 ayrı hususla nitelendirildiğini ve 30 ayrı psikopatik davranış biçiminin mevcut olduğunu öne sürer.²¹ Cason'ın çalışmasının 1946 yılında yapıldığı dikkate alındığında; mevcut literatürdeki tanımların daha muhtelif bir hal aldığı düşünülürse, bu kadar fazla tanım karşısında, standart belli başlı tedavi yönteminin olmasının ruh sağlığı alanında ayrı bir

²¹ CASON, H. (1946). *The Symptoms of Psychopathy*, Public Health Reports, 61(51): 1833-53.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20341276>

çıkamaz doğurduğu görülmelidir. Akıl hastalığına evrilmesiyle birlikte delilik tanımları, deliliğe yabancılaşmıştır. Bu noktada Foucault'a hak vermemek mümkün değildir: "Günün birinde, deliliği, bütünsel bir yapı, özgürleşmiş ve yabancılaşması sona ermiş, bir nevi kökenindeki dile tekrar sahip olmuş şekliyle incelemeye çalışmak gerekecektir" (Foucault, 2015: 96).



3. BÖLÜM:

ERVİNG GOFFMAN'IN TOTAL KURUM ANALİZİ ve DELİLİK LİTERATÜRÜNE KATKILARI

"Akıl hastanelerinde gündelik yaşam" söz konusu olduğunda en sık başvurulacak kaynaklar arasında *Tımarhaneler* (Asylums, 1961) yer almaktadır. *Günlük Yaşamda Benliğin Sunumu* isimli kitabında sosyolojize edilmiş bir benlik teorisi ortaya koyan ve *Tımarhaneler*'de de akıl hastaneleri evreninde bir benlik teorisi geliştiren Goffman'ın çalışmalarının derinlemesine inceleneceği bu bölümde, öncelikli olarak, Goffman'ın Washington DC'deki St. Elizabeth Ulusal Akıl Sağlığı Hastanesi'nde gerçekleştirmiş olduğu mezkûr çalışma ele alınacak ve bizim çalışmamızı yöntemsel açıdan kuşatan etnometodolojik iş tutma biçimiyle ilişkilendirilerek değerlendirilecektir. İkinci alt başlıkta Goffman'ın literatürdeki konuma değinilecek, Goffman'ın öncülleri meselesi tartışmaya açılacak ve onun düşünsel gelişiminin entelektüel bir tasnif aracılığı ile nasıl ortaya konulabileceği literatürdeki yerli çalışmalar üzerinden tartışmaya açılacaktır. Aynı bölümde Goffman'ın metodolojik sınırlılıklarına yer verilerek Türkiye'de Goffmancı yöntemle çalışma imkânları ve alanda karşılaşılan zorluklar tartışmaya açılacaktır. Bölümün son alt başlığında ise *Tımarhaneler*'deki kavramsal çerçeve ortaya çıkarılacak ve tez araştırmamızda elde edilen verilerin yorumlanmasında da yararlanılmış olan kavramların bağlamı ve muhtevası açıklanacaktır. Bu çalışma için kullanışlı olan Goffmancı kavram seti, alanda karşılaşılan durumlar üzerinden örneklendirilecektir. Bu sayede Erving Goffman'ın bu çalışmadaki yeri ve öneminin kapsamlı bir biçimde ele alınmış olmasının yanı sıra Goffman'ı konumlandırma problemi çözümlenerek yerli literatüre katkı sağlama çabası ortaya konulacaktır.

Çalışmamızda akıl hastaneleri "total kurum" olarak ele alınmaktadır. Bu bölümde, "total kurum" kavramını literatüre kazandıran Erving Goffman ve çalışmamızla ilişkili olan kavram seti incelenecektir. Öncelikle, Goffman'ın Türkiye'deki alımlanma biçimleri üzerinden derinleştirilecek olan tartışmada Goffmancı bilgi işleme yöntemi ele alınacaktır. Goffman'ın öncülleri bahsine değinilecek ve Goffmancı yöntemin izleri Chicago Okulu'na uğranarak aranacaktır. Goffman'ın yöntemsel sınırlılıkları ve etnometodoloji yöntemine katkılarına değindikten sonra Goffman'ın kavram setinden çalışmamızla ilişkilendireceğimiz terimlere değinilecektir. Fakat bu bölümün bütününün, Goffman'ın kavram setini açıklayıcı bir amaç taşıdığı belirtilmelidir. Goffmancı bilgi işleme ve kavram seti, onun kavramlarından bir liste çıkarmak ve tek tek kavramlarını açıklamak olarak düşünülmemelidir. Bu bölümde yer verdiğimiz Goffman'ın Chicago Okulu sıralarından geçmiş olması ve öncülleri ile ilgili değerlendirmeler de, dolaylı olarak da olsa, onun kavram setini açıklayıcı niteliktedir.

Ayrıca bu bölümde, örtük bir biçimde, deliliğin sosyal bilimler alanına nasıl dâhil olduğu ve hangi etkiler aracılığıyla sosyoloji biliminin inceleme nesnesi haline geldiği tartışılmaktadır. Deliliğin -Foucaultcu tarzda- tarihsel serüvenini ortaya çıkarmak yerine bizzat "deli" aktörü üzerinden deliliğin kurum içerisindeki özneleşme pratiklerini anlatmayı amaçlayan çalışmanın bu bölümünde, deliliği Goffmancı yöntemle ele almanın, diğer delilik anlatılarıyla hangi noktalarda farklılık oluşturduğu tartışılacaktır. Foucault, deliliğin iktidar kurumları aracılığıyla nesneleştirilerek özneleştirildiğini ve nasıl öznel deneyim haline geldiğini anlatır. Goffman ise bu kurumların içerisine girerek öznel deneyimin oluşum tarihini değil; kurumun toplumsal karakterinin, bu kurumda yaşayanların benliğine yerleşmesi ve onu karakterize etmesini gözlemler. Goffman'da kurumsal işleyiş, "işlemde bulunma" özelliğine ve bireyin sivil yaşamını kuşatıcı yönüne ağırlık verilerek açıklanır. Bütün bunlara bu bölümde detaylı olarak yer verilecektir.

3.1. *TIMARHANELER* ve GOFFMANCI BİLGİ İŞLEME YÖNTEMİ

Kapatılmış bireylerin davranışları üzerine çalışmalar yürüten Erving Goffman, 1955-1956 yılları arasında Washington D.C'deki St. Elizabeth Hastanesi'nde katılımcı gözlemci olarak bulunur. Topluluk yaşamını ve boş zamanın örgütlenme biçimini incelemek maksadıyla hastane ortamında yaşayan Goffman, kapatılmış kişilerin toplumsal dünyalarını, kapatılmışların bizatihi kendi bilgilerine dayanarak -deneyimledikleri hâliyle- açıklamaya çalışmıştır. Bu amaçla, NIMH fonundan²² yararlanarak kurumda resmi olarak spor antrenörü yardımcısı rolünde çalışmaya başlamıştır. Hastane yönetimi, Goffman'ın hastane ortamında bulunma gerekçesine yönelik malumat sahibidir; zira Goffman neden hastanede olduğunu sorulara araştırma amacıyla olduğu yönünde yanıtlar vermiştir. Bununla birlikte personelle doğrudan iletişime geçmemeye yönelik özel bir çaba göstermiş; vaktinin büyük bir kısmını hastalar arasında geçirmiştir.

Timarhaneler, hastane ortamının toplumsal karakteri ve boş zamanın örgütlenme biçimine yönelik katılımcı gözlem aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırması, toplumsal gerçekliği, resmi kurumların kuşatması altındaki gündelik dünyanın yorumlanmasıyla açıklar ve akıl hastalığına yönelik diğer çalışmalarla mukayese edildiğinde etnometodolojik yöntemle ortaklıklar taşıdığı düşünülür fakat etnometodoloji geleneği içerisine yerleştirilemez. Narter'e göre (2012: 24) etnometodoloji "retorik, lingüistik, felsefe, konuşma analizi, post yapısalcılık, bilgi sosyolojisi gibi alanlardaki gelişmelere eleştirisel ve seçici bir tavırla yaklaşan ve buradan hareketle tutarlı bir teorik zemin oluşturmayı hedefleyen bir analiz yöntemidir." Narter'in etnometodoloji tanımında muhteva olan-teorik zemin oluşturma amacı-, Goffman'ın çalışmalarında da görülür. Goffman, her

²² Goffman *Timarhaneler*'de (2015), şöyle der: "Gözlemlerimi kâğıda dökmem bir NIMH bursu olan M-4111 (A) ile ve Berkeley'de bulunan Kaliforniya Üniversitesi'ndeki Center for the Integration of Social Science Theory'ye katılmamla mümkün oldu."

fırsatta etnometodolojik bir iş çıkardığı söylenen çalışmalarıyla, benliği teorik bir düzlemde ve yapısal bir analiz türü ile ele almayı hedefler. Bu anlamda etnometodolojik yaklaşımla ortaklık gösteren Goffman, akıl hastanelerinde yaşayan bireylerin aralarına katılır; doğrudan bürokratik örgütlenmesi olan resmi araçsal kurumları ve dolaylı olarak da bireysel örgütlenmeleri içeren delilik olgusunu ele alır.

Etnometodoloji, sembolik etkileşimcilerin (örn. George Herbert Mead) araştırmalarında sıklıkla başvurduğu bir yöntem olarak bilinir. "Gerçekte, etnometodologların bulguları sembolik etkileşimciler, rol teorisi ve diğer teorik gelenekler tarafından çok iyi harmanlanmıştır" (Tatlıcan, 2006: 10). Eğitimini Chicago'da alan Erving Goffman'ın da, katılımcı gözlemci rolüyle gerçekleştirdiği çalışması ile sembolik etkileşimci bir yaklaşım sergilediği düşünülür. Örneğin Özalp, "Sembolik Etkileşimciliğin Tarihine Bir Bakış: Cooley ve Din Örneği" başlıklı makalesinde Goffman'ı sembolik etkileşimci hatta yerleştirir: "...bu teori; Herbert Cooley, William Isaac Thomas, John Dewey, Alfred Schultz ve Erving Goffman gibi birçok hatırı sayılır sosyolog ve teorisyen tarafından geliştirilerek makro-sosyolojiye bir tepki olarak çıkmış bilimsel bir disipline bağlanmıştır." (Özalp, 2017: 615). Fakat gerçekten Özalp'in belirttiği gibi Goffman, sembolik etkileşimcilik teorisini geliştirmiş ve hatta çalışmalarını makro-sosyolojiye tepki olarak mı yürütmüştür?

Etnometodolojik yöntemle iş tutmasıyla sembolik etkileşimci olarak nam salan Goffman, her fırsatta bu kalıbı reddetmiştir. Esasında, Goffman'ın çalışmalarının Durkheim çizgisinde olduğu söylenilebilir. Sembolik etkileşimci yaklaşım, toplumsal etkileşimlerin akışkanlığının altını çizerken Goffman'ın çalışması tıpkı Durkheim gibi bir yapısal determinizm önemini açığa çıkarır. Andrew Scull, Goffman'ın çalışmalarını "Durkheimci/Durkheimian" olarak değerlendirerek literatürdeki tasnif problemine itirazda bulunur. Goffman'ı şu açıdan Durkheim çizgisine yerleştirir:

Akıl hastanelerini hapishanelere, toplama kamplarına, manastırlara ve yatılı okullara benzemektedir. Bu tür yerlerdeki yaşam, yapısal özelliklerinin bir ürünüdür ve kusurları akla gelebilecek herhangi bir reform seti ile giderilemez. Bunun yerine, akıl hastanesinde yaşam kaçınılmaz olarak zarar verme, insanlık dışı bırakma ve yok etme eğilimindedir (Scull, 2016).

Scull'un, Goffman'ın akıl hastaneleri ile ilgili genel kanaatinin, bu kurumların kaçınılmaz olarak hastalara zarar vermesi ve onları merhametsizce insanlık dışı bırakması üzerinde temellendiği görüşü, Goffman'ın çalışmasının benlik teorisi niteliğinde olmasıyla örtüşür. Scull, "dehumanize" ifadesiyle²³ Goffman'ın "akıl hastasının ahlakî kariyerindeki radikal kaymalar" olarak tanımladığı fenomene işaret eder. Goffman, insanların hastalık kariyeri elde etmeleriyle sivil hayatlarından vazgeçtiklerini ve yabancılaştıklarını öne sürer. Akıl hastanelerini, umutsuzluğun üretildiği depo alanları olarak değerlendirir.

Delilik olgusunu akıl hastaneleri üzerinden ele alan Goffman; bu olguyu standartları ve değişmez kuralları olan kurumsal yapılar etrafında açıklar. Ona göre akıl hastanelerindeki yaşam, yapıların ürünüdür ve bu kurumlar altındaki eksiklikler aceleci reformlar ile giderilemeyecek kadar yapısalıdır. Goffman'ın Durkheimci çizgideki bu yaklaşımı, Ivan Belknap'ın (1956) Teksas'ta mukim bir akıl hastanesinde gerçekleştirdiği çalışmada sergilediği entelektüel duruşla ortaklık taşımaktadır. Belknap, "akıl hastanelerinin muhtemelen akıl hastaları için etkili bir tedavi planının geliştirilmesinin önündeki engeller" olduğu sonucuna varır (Scull, 2016). "Uzun vadede devlet hastanelerinin terk edilmesi, bir zamanlar en büyük insani reformlardan ve şimdiye kadar elde edilen en büyük finansal ekonomiden biri olabilir" (Belknap'tan akt. Scull, 2016).

²³ Andrew Scull'un 20 Temmuz 2016 tarihli *The Sociological Study of Mental Illness: A Historical Perspective* başlıklı yazısında geçer: "...life in a mental hospital tends inexorably to damage, to dehumanize, and to destroy."
<https://www.madinamerica.com/2016/07/the-sociological-study-of-mental-illness-a-historical-perspective/>.

Peki, Goffman neden sembolik etkileşimciliği bir etiket olarak görür ve bu etiketi reddeder? Bu soru, ayrı bir başlıkta tartışılmaya değer. Bir sosyal bilimci olarak Goffman'ı neden sembolik etkileşimcilerle aynı safa yerleştiremeyiz? Goffman'ın bizatihi kendisi niçin bu tasniften rahatsızlık duyar? Bu soruları müteakip başlıkta tartışacağız.

3.1.1. Sembolik Etkileşim Duvarındaki Gedik: Goffman'ı Konumlandırma Problemi

Öncelikle sembolik etkileşimcilikten bahsedelim. Amerikan sosyolojisi geleneği içerisinde dâhil edilen ve muhtevân sosyal psikoloji ile ortak çalışma alanları taşıyan sembolik etkileşimcilik, Marshall'a göre (1999: 395); “etkileşim teorisinin önemli isimlerinden biri ve bu teorinin temellerini hazırlamış olan G. H. Mead’ın öğrencisi olan H. Blumer’e aittir. Mead ve Blumer’in yanı sıra birçok sembolik etkileşimcinin Chicago Üniversitesine mensup olması nedeniyle, söz konusu teori “Chicago Okulu” ya da “Chicago Geleneği” olarak da anılmaktadır”. Goffman'ın sembolik etkileşimci olduğu varsayımının bir boyutu da, Chicago Okulu'nun sıralarından geçmiş olmasıyla ilgilidir.

Sembolik etkileşimcilik insanların kendi benlik-ingelerini nasıl yarattıklarını veya müzakere ettiklerini incelemeye çalışırken Goffman, “toplumun... insanları nasıl kendileriyle ilgili belirli ingeler sunmaya zorladığına... birçok karmaşık rol arasında bir o yana bir bu yana kaymaya zorlayarak, bizi bir ölçüde yalancı, tutarsız ve onursuz kıldığı”na odaklanır (Slattery, 2007: 192). Sosyoloji tasnif kitaplarında sembolik etkileşimcilik kalemi altına yazılsa ve bu gelenekle birlikte anılsa da Goffman bu etiketi hiçbir zaman kabul etmemiştir. Böylesi bir etiketi kabul etmemekle kalmaz Goffman, bir adım öteye gider: *Damga* kitabının Türkçesinde yer alan takdim yazısında nakledilen bir röportajda, Goffman, sembolik etkileşimcilik diye bir şey olmadığını söylüyor. Bu “şey”i, sosyologlar değil “sosyologları etiketlemek isteyen tipler” üretti diyerek adeta paylıyor kendisine sembolik etkileşimci diyen görüşmecisini: “Hughes, Warner veya Blumer

tarafından yetiştirilen öğrenciler, kendilerini her şeyden önce profesyonel birer sosyolog olarak görüyorlardı. Sizin gibi tipler onları sembolik etkileşimci olarak adlandırırlar." (Winkin'den akt. Ünsaldı, 2014). Bu tiplerin sembolik etkileşimci diye etiketlediği kişiler kendilerini "profesyonel sosyolog" olarak görüyorlardı diyor: "Sembolik etkileşimciliğin bir gerçekliği yok; sadece bir etiket, kendini dayatmayı bilmiş bir etiket. Sizin gibi tipler, sadece kişilerin olduğu bir yerde bir akım bulmayı iyi bilirsiniz..." (Winkin, 1984. akt. Ünsaldı, 2014). Buna istinaden, diyebiliriz ki Erving Goffman sembolik etkileşimci bir sosyolog değil. Devam edebiliriz: Sembolik etkileşimcilik, sosyoloji alanında kimsenin üstüne almadığı talihsiz bir entelektüel etikettir; dışarıdan gözlemek yerine içeriye dalarak inceleyen ve sosyolojik yaklaşımın gereklerini yerine getiren bazı sosyologları bir araya tıktırmak için üretilen ucube bir çuval.

Pekâlâ, Goffman'ın bu çuvala atılmasının, hatta sembolik etkileşimciliği geliştirenler arasında görülüp çuvaldaki söküklere onaran, surdaki gediği etnometodoloji harcıyla kapayan bir sosyal bilimci olarak kabul edilmesinin nedenleri ne olabilir? Sonraki başlıkta bu nedenlerin bizce en önemlisini, "öncüller" meselesini tartışacağız.

3.1.2. Tarihçilik ile Tasnifçilik Arasında Goffman'ın Öncülleri

Aydın Bayad (2016), "Erving Goffman'ın Benlik Kavramı ve İnsan Doğası Varsayımı" başlıklı makalesinin bir bölümünde Goffman'ın düşünsel gelişiminden bahsederken, "öncülleri olarak Freud, Cooley, Mead ve ardılları olarak Debord, Baudrillard, Jameson gibi 1980 sonrası öne çıkan kuramcılar" şeklinde bir ifadeye yer verir. Özalp'in makalesinde olduğu gibi Bayad'ın makalesinde de Goffman, bizatihi kendisinin reddettiği çuvalın içine atılmıştır: "Goffman sembolik etkileşimcilik geleneğinin Cooley çizgisinin devamını temsil ederek, kendini diğerlerinin gözünden, farkında olmadan gözlemeyi bir adım öteye taşımıştır" (Bayad, 2016: 85-86). Keza Goffman'ın Türkçe'ye çevrilen

Tımarhaneler kitabının değerlendirmesini yaptığı "Bir Kapatılma Mekânı Olarak Tımarhaneler" yazısında Murat Güzel (2016), Goffman'ı sembolik etkileşimcilikle ilişkilendirir: "Amerikan sosyolojisinin 20. yüzyıldaki en etkili ismi olarak bilinen Erving Goffman, 'sembolik etkileşimcilik' şeklinde özetlenen sosyolojik yaklaşımın da en önemli teorisyenidir". Goffman ile yerli Goffman anlatıcıları arasındaki bu çelişki, Goffman'ın tarihçi bir anlayışla değil tasnifçi bir anlayışla ele alınmasından kaynaklanmaktadır. "Sizin yaptığınız entelektüel tarih değil, entelektüel tasnif" (Winkin, 1984, akt. Ünsaldı, 2014). Çelişki, ele alınan sosyal bilimcinin öncüllerinin belirlenmesi esnasında ortaya çıkmaktadır. Bu noktada bir soru karşımıza çıkmaktadır: Goffman'ın öncülleri kimdir? Goffman'ı Türkiye'ye taşıyan araştırmacılar bu soruyu sorarak mı yola çıkmaktadırlar yoksa üzerinde konuştukları isimlerin daha önce hangi çuvala atıldığına bakmakla mı yetinmektedirler?

Goffman'ı tasnifçi bir anlayış yerine tarihçi bir anlayışla ele alabilmek için öncelikle öncülünden kastımızın ne olduğunun vazıh hâle gelmesi gerekmektedir. Eğer ki Goffman'ın etkilendiği isimlerden bahsediyor isek her ismi bir bir sayamayız. Zira bir sosyolog kendisinden önceki hemen her isimden etkilenebilir -filozofundan bilim insanına, psikanalistinden sosyologa dek. Fakat etkilenmeden kastımız iş tutma biçimine kimin veya nerenin yaptığı katkıları soruşturmak ise, Goffman için etkilendiği isim arayışını bırakıp etkilendiği kurumlara bakmak gerekecektir.

Sırayla gidelim: Goffman'ı etkileyen birçok isimden bahsedebiliriz elbet. Söz gelimi, George Simmel. Goffman Simmel'den, ilgisini toplumsal biçimlere yöneltmeyi, toplumsal yaşamın kılcal damarlarına ve en küçük temel yapılara nüfuz etmeyi, mikro olaylardaki süreçleri derinlemesine gözlemeyi ve mikro dünyanın söz varlığını çıkarmayı öğrenmiştir.

Yahut, Émile Durkheim. Goffman Durkheim'dan ritüel kavramını devralmış, bu kavramı benliğin olumlanmasını ve gündelik hayatın etkileşimlerindeki ahlakî boyutları aydınlatmak için kullanmıştır. Ayrıca Durkheim'ın özellikle *Dinî Hayatın İlkeli Biçimleri*'nde bireyin üzerindeki ve baskıcı sosyal olguları ve kültürel çerçeveleri etnolojik bir titizlikle formülize etmesi, Goffman'ı etkilemiştir. Ve tabii ki, George Herbert Mead. Goffman, Mead'den insanlar arasındaki sembolik iletişime ve muhabereye dikkat kesilmeyi öğrenmiştir.

Fakat Goffman'ın bu üç isimden (Marx, Weber, Freud, Parsons, Blumer gibi isimler de dâhil edilebilirdi) etkilenmesi doğrudan olmamıştır. Mezkûr isimlerin ilgili etkileri Chicago Okulu dolayısıyla olmuştur. Başka bir ifadeyle, Chicago Okulu'nun Simmel'i Amerika'ya taşıma biçimi, Durkheim'ı okuma biçimi ve Mead'i alımlama biçimi Goffman'a yol gösterici olmuştur. Goffman doktorasını Berkeley Üniversitesi'nde vermesine rağmen, Chicago Okulu'ndan ve okulun üyelerinden sosyoloji zanaatını ve sosyolojik bilgi üretme prosedürlerinin sahada nasıl operasyonel kılınacağını kesb etmiştir. Bu yüzden Goffman'ın etkilendiği isimleri saymak yerine Chicago Okulu'nun sosyolojiyi icra biçimine değinmek gerekecektir.

3.1.3. Goffmancı Yöntemin İzleri ve Chicago Okulu

1. Dünya Savaşı sonrasındaki kent çalışmalarıyla nam salan Chicago Üniversitesi, sosyoloji biliminin Amerika'da kurumsal form kazanmasını sağlayan ilk okuldur. Bir ekol olmayı başarabilmiş Chicago Okulu, Chicago Üniversitesi'nin 1916 ile 1952 yılları arasındaki ara dönemde gerçekleşen Chicago kent araştırmalarıyla bilinir. "Okul'un çalışmalarını, Chicago kentinin kendi serüveni bağlamında değerlendirmek ve Chicago kent tarihine ilişkin birtakım dönüm noktalarına yer vermek bir zorunluluk olarak ortaya

çıkılmaktadır (Kaya, 2011: 366). Chicago Okulu'nun ortaya çıkışı, araştırmacıların mezkûr kentte yaşanan birtakım değişiklikler ve problemlere yönelmesiyle ilgilidir. Kaya, makalesinde Chicago kentinin o dönemki sosyolojisine şu şekilde yer verir:

19. yüzyılın sonu ile 20. yüzyılın başında, Chicago, hızlı endüstrileşmenin beraberinde getirdiği toplumsal huzursuzlukla sonuçlanan çeşitli problemlerle karşı karşıya kalmıştır: Yoğun göç, etnik çatışmalar, ırkçı hareketler, işsizlik, çeteler, yüksek suç oranı, düşük yaşam koşulları, evsizlik, fakirlik, salgın hastalıklar, plansız şehirleşme ve kenar mahalleler... Bu problemler çerçevesinde Chicago kadar üzerine araştırma yapılan bir başka kent bulmak güç görünüyor (2011: 369).

Toplumsal değişim sonrası yaşanan çatışmalarla birlikte sosyal bilimcileri cezbeden Chicago kenti, farklı alanlardaki birçok araştırmacıyı bir araya getirerek inter-disipliner bir araştırma üssü haline gelmiştir. Kendisi de Okul'lu olan Amerikalı Andrew Delano Abbott (2014), Okul'u tarihsel açıdan iki ayrı dönem üzerinden ele alır.²⁴ Simmel, Darwin, Spencer, John Dewey, George H. Mead gibi isimler Chicago Okulu'nun oluşumunda katkıda bulunanlardır. Albion W. Small ve William Thomas okulun birinci döneminin ilk jenerasyonu iken Robert E. Park ve Ernest Burgess aynı dönemin ikinci jenerasyonunu temsil eder. Abbott, Chicago Okulu'nun ikinci dönemine Louis Wirth, Ewerett Hughes ve Herbert Blumer'i yerleştirir; Howard S. Becker, Anselm Strauss ve William Whyte'ın yerleştiği ikinci okul döneminin son jenerasyonuna bir de Erving Goffman'ı dâhil eder.

Goffmancı yöntemin izleri, Chicago Okulu'nun tarihinde aranmalıdır. Chicago kent araştırmaları, uygulamalı sosyoloji niteliği taşımaktadır. Chicago Okulu'nun ilk ampirik araştırmalarını gerçekleştiren yerleşim sosyologları, diğer disiplinlere yöntemsel açıdan

²⁴Bkz. Abbott, A., (2014). *Bölüm ve Disiplin*. İstanbul: Küre Yayınları.

hatırı sayılır bir miras bırakmışlardır. "Yerleşim sosyologlarının (*settlement sociologist*), mülakat, anket, katılımcı gözlem, sayım, hatırat ve günlükler, maaş ve geçinme kayıtları, mahkeme raporları, sosyal hizmet raporları, vergi kayıtları, renklendirilmiş haritalar, tablolar, grafikler ve istatistiksel analizler kullanarak ampirik çalışmalar yaptıkları belirtilir" (Kaya, 2011: 371).

Kökleri Chicago Okulu'nda beslenen Goffman'cı yöntemin, neden aynı okula müntesib ve sembolik etkileşimciliğin öncüsü olanlarla aynı hatta değerlendirilemeyeceğini biraz daha vazıh hale getirmek için bu noktada tekrar Andrew Scull'a dönmek gerekecektir. Scull (2016), "The Sociological Study of Mental Illness: A Historical Perspective" başlıklı yazısında Goffman'ın bilhassa *Tımarhaneler*'de deliliğe yaklaşımının Durkheimci esinler taşıdığını belirtir. Zira sosyal etkileşimlerin akışkanlığını vurgulayan Chicago Okulu'nun birçok üyesinin çalışmalarına nazaran yüksek dozda Durkheimcilik zerk edilmiş bir metindir *Tımarhaneler*.

Goffman böylesi "total kurumlarda" sosyal etkileşimlerin çok da kaygan ve olumsuz olmadığını, prosedürlerin ve kuralların mutlak değil ama belirgin olduğunu belirtir. Sosyal etkileşimler akıp gitmez, kuralların askıya alınması zordur. Fiiller ve failer kurumsal bir çerçeve içine alınmak istendiği için etkileşimler ilk etapta gelişigüzel gerçekleşmez; tüm yapıp etmeler buharlaşmaz, birikir, bir tortu oluşturur. Bu birikimle birlikte etkileşimde bulunan taraflar için farklı farklı bağlayıcılıklar belirir zaman içinde.

Goffman tam da tımarhane içindeki etkileşimleri çepeçevre saran bu tortunun ve bağlayıcılıkların dağıtılması zor kasvetli havasını, organize işleyen dayanıklılığını, birkaç reformla yerinden edilemeyen ağır kütesini ve yapısal özelliklerini analiz eder. Bu bağlamda Goffman, akıl hastanelerini incelemek için etkileşimci analizin tüm yöntemlerini kuşanarak yola çıkar ama, son kertede, yapısalcı bir analizde bulunur.

Goffman'ın yöntemin bir diğer boyutu onun eylemi nasıl açıkladığıdır. Goffman'ın yerli çalışmalarda etnometodoloji ile ilişkilendirilme sebebi, onun eylem sistemlerini -diğer bir söyleyişle örüntüleri- açıklama biçimidir. Onun yöntemini özgün kılan, işbirliği, etkileşim ritüelleri, düzenlilikler ve rasyonaliteyi nasıl açıkladığıdır. Bu özgünlük sebebiyle Goffman sembolik etkileşimcilik etiketinde olduğu gibi etnometodolojiye de tam anlamıyla yerleştirilemez.

Winkin'in röportajında Goffman, etnometodolojiyi de bir etiket olarak gördüğünü söyler ve "Garfinkel, etnometodoloji kelimesini nasıl bulduğunu anlattığında onun bir tek sözüne bile inanmayın; anlattıkları saçmalıktan başka hiçbir şey değil." (Winkin'den akt. Ünsaldı, 2014: 8) der. Goffman, olguların Durkheim gibi makro düzeyde ele alındığı teorik bir zemine yaslanırken bir taraftan etnometodologlar gibi alan iççiliğinde bulunur.

Erving Goffman, eylem sistemlerini Schutz ve Parsons'un temsil ettiği iki uçtan birinde kalarak açıklamaz. Parsons, eylemin teorik bir düzlemde, inşa boyutu ile ele alınması gerektiğini savunurken Schutz eylemin, ancak gündelik hayat sosyolojisine dikkat çekerek ve aktörün yapıp etmelerini göstermekle açıklanabilir olduğunu ileri sürer. Bu ayrımı Cuff ve arkadaşları²⁵ şu şekilde özetler:

Schutz, Parsons'ın yaklaşımının aktörün 'özel' bakış açısını sosyologun 'nesnel' bakış açısıyla birleştirmeyi amaçladığını, ancak bu amacına aktörün özel bakış açısını sosyologun nesnel bakış açısına dönüştürerek ulaştığını öne sürer. Bu yüzden Parsons, aktörün sahip olduğu gerçek anlayışları analiz etmek yerine, sistemin varlığını sürdürebilmek için sahip olması gerekenler konusunda bir dizi sosyolojik idealden söz eder. Neticede, aktörün gerçek anlayışlarının içinde yer

²⁵Bkz. Cuff, E.C., Sharrock, W.W. & Francis, D.W., 'Meaning and action: I, symbolic interactionism', *Perspectives in Sociology*, Routledge, 3rd Edition, 1990, s. 166-192 (Çeviren: Ümit Tatlıcan).

aldığı gündelik hayat sosyolojik bir olgu olarak ‘gözden kaybolur’ (Cuff ve ark., 1990: 167).

Bu noktada Goffman'ın Durkheim hattını takip ederek yapıların analizinde bulunduğu ve çalışmasını makro bir benlik teorisi ortaya koyma yönünde ilerlettiği söylenebilirken diğer taraftan bunu gündelik mikro gerçekliğe uğrayarak gerçekleştirdiği ifade edilebilir. Goffman, tıpkı etnografik alan incelemeleri gibi bireylerin dünyalarına uğrayarak orada ne olup bittiğine dikkat kesilmiştir. Fakat bir farkla: Goffman, etkileşimlerin akışkanlığına kendini teslim ederken, kurumların bireylere yaptığı baskıdan yola çıkarak teorik araştırmalar yürütmüştür. Dolayısıyla bir kurumun gündelik gerçekliğini ortaya koyan *Timarhaneler*'de yoğun bir Durkheimci damar görülmektedir.

Goffmancı yöntemde Durkheim kadar Weber'in de izleri görülür. "Weber ‘eylem’i, eyleyen bireyin bir davranışa öznel anlamlar yüklediği ‘bütün insanî davranış biçimleri’ olarak, toplumsal eylemi de ‘başkalarının davranışlarını hesaba katan ve böylece onun gidişine yönelik’ eylem olarak tanımlar" (Cuff ve ark., 1990). Weber'in eylemi açıklama biçimi, sosyologlara aktörlerin niyet ve motivasyonlarını dikkate almaları gerektiğini işaret eder ve eylemin ancak yüklemeler üzerinden anlaşılabilir olduğunu hatırlatır. Bu noktada Goffman, Weber'in yaklaşımını destekleyecek biçimde şöyle söyler:

O zamanki ve şimdiki görüşüm, bireylerden oluşan her grubun -mahkûmların, ilkelerin, gemi personelinin ya da hastaların-, yanına yaklaşır yaklaşmaz anlamlı, makul ve normal gelen, kendine özgü bir yaşam alanına sahip olduğu ve bu dünyalardan herhangi biri hakkında bilgi edinmenin en iyi yollarından birinin, grup üyelerinin varoluşunu şekillendiren ufak olumsuzlukların gündelik akışına onlarla birlikte kendini teslim etmek olduğudur (Goffman, 2015: 8).

Toplumsal ilişkilerin izdüşüm alanlarını inceleyen Goffman açısından eylem, karşılıklı etkileşimlerle açıklanabilir. Goffman'ın etkileşimlere duyduğu bu ilgi George Herbert

Mead'ın çalışmalarının onda uyandırdığı esinden kaynaklanırken, Everett C. Hughes'in tedrisatından geçmiş olmasıyla da yakından ilgilidir. Fakat Goffman bir farkla diğerlerinden ayrılır; Goffman, etkileşimleri "durum" olgusu ile kavramsal düzeye getirir. Durum, karşılıklı etkileşimlerin sabit belirleyicileri olmamalarına karşın onların birer bağlamı olduğunu işaret eder. "Goffman (da) etkileşimi merkeze koyan bir sosyologdur ancak Goffman'ın etkileşimi, farklı bakış açılarını ortaya koyan ve 'durumu' beraber tanımlayan 'benliklerin' etkileşimi değildir; *sui generis* (kendine özgü) bir etkileşimdir, 'durumun' tazyiki altında gelişen bir etkileşimdir" (Ünsaldı, 2014: 14). Bu noktada Goffman'ın aslında benliğe yönelik açıklamalarında sabit bir metodolojisi olmadığı yahut yöntemsel açıdan herhangi bir kalıba dâhil edilemediği düşünülebilir. Bunun yanı sıra inceleme nesnesini etkileşimlerin kaygan zemininde ele almanın doğal bir sonucu olarak Goffman'ın gündelik hayatın bütün ayrıntılarına yer vermesi ile ilgili olarak, çalışmalarında benimsediği yöntemin netliği açısından bir problem teşkil edebileceği ihtimali akla gelebilir. Fakat Goffman etkileşimleri tam da o esnada, kendi bağlamında inceleyerek bir "durum" özümlemesinde bulunur. Aynı zamanda bu esnada "yapısal" analizde bulunur. Dolayısıyla Goffman, yapıların aktörlerin etkileşimlerinin içerisinde gizlenmiş olduğu düşüncesinden hareketle onları aktörlerin bilgisinde arar. Bu noktada Goffmancı yöntemin sembolik etkileşimcilerle benzerlik taşıdığı tekrar düşünülebilir. Fakat Goffman tam da bu noktada sembolik etkileşimciliğe dâhil edilemez; "ünkü Goffman'daki 'benlik', olayların arkasındaki yarı örtük entite değildir. Dolayısıyla ontolojik bir hareket noktası teşkil etmez. Tersine, Goffman için, benliğin eylemleri etkileşimleri çerçeveleyen duruma gönderme yapmaksızın anlaşılamaz; stratejileri bu çerçevenin sınırlarını aşmaz ancak bu, yapının edilgen/mekanik bir uzantısı olarak benlik fikrine de kesinlikle götürmez" (Ünsaldı, 2014: 14). Goffman, yapıları da benlik gibi etkileşimlere içkin unsurlar olarak görür. Benlik ve yapısal unsurlar, etkileşimde bir bütün oluştururlar.

Önceki paragraflarda, Goffman'ın gerçekten sembolik etkileşimcilik teorisini geliştirip geliştirmediğine ve hatta çalışmalarını makro-sosyolojiye tepki olarak yürütüp yürütmediğine dair bir tartışma başlatmıştık. Yapısal unsurların benlik kadar etkileşime dâhil edildiği Goffmancı yöntem, hem mikro hem de makro sosyoloji ortaya koymayı hedefler. Çalışmalarında gündelik hayatın bütün unsurlarını en ince ayrıntılarına kadar tasvir eden Goffman birden mekanik bir dile geçiş yaparak yapıları analiz edebilmektedir. Ünsaldı (2014: 15), Goffman'ın bu ani geçişlerini -makas değiştirmenin sosyolojisi olarak tanımlar- ve ekler: "Gündelik hayatın sıradan bir nüvesinin bitmek tükenmek bilmeyen tasvirinden bir anda makro bir teorik çözümlemeye geçiş, sert bir fren ve tekrardan anti teorik bir hava alabilecek bir tasvire sıçrayış..." Bizzat reddetmesine karşın Goffman'ın hiç şaşmadan belirli etiketler etrafında yerli literatüre taşınıyor olmasının sebebi, bu ani sıçrayışlardır.

3.2. GOFFMAN'IN YÖNTEMSEL SINIRLILIKLARI ve ETNOMETODOLOJİ YÖNTEMİNE KATKILARI

Hasta yaşamının mikro incelemesini içeren *Tımarhaneler* adlı çalışmasında nicel araştırma metodlarına başvurmayan Erving Goffman, bu durumun metodolojik bir sınırlılık arz ettiğini belirtir. Hasta yaşamının dokusuna ve yapısına ilişkin veri toplamayı engelleyebileceği endişesini taşıyan Goffman, istatistiksel yöntemlere başvurmamıştır. "Birkaç önermeye ilişkin istatistiksel veri toplamak için gerekli zaman ve rol dağılımının, hasta yaşamının dokusuna ve yapısına ilişkin veri toplamayı engelleyeceğini düşünüyordum" (Goffman, 2015: 8). Bu durum her ne kadar Goffman tarafından bir yöntemsel sınırlılık olarak değerlendirilse de araştırmacı, alan incelemesi esnasındayken nicel araştırma yöntemlerine başvurmayabilir. Bu şekilde yapılandırılmış bir yöntem, her zaman araştırmayı sınırlamamakta bilakis muhtevaen daha zengin kılabilir. Araştırmacı, araştırma alanında aktif rol oynarken nicel veri elde etmeye zaman ayırma

veya rol geçişinde bulunma hususunda zorluk yaşıyabilir. Nicel verilerin toplanması işlemleri, bir hipotezden yola çıkılarak gerçekleştirilmektedir. Nitel yöntemlerle iş tutma biçiminin işleyiş mantığı ise bunun tam aksidir. Araştırmacı verileri elde eder, tasnifler; kategorize edilen verileri birtakım repertuarlar üzerinden yorumlamaya koyulur. Bu esnada belirli örüntüler keşfedildiğinde, nicel yöntemlere başvurulabilir. Araştırmacının etnometodolojik yönetime başvurarak inceleme nesnesine nüfuz etmesi ve verilerini bu yönetime uygun biçimde elde etmesi, Goffman açısından sınırlılık arz eder. Oysa bu noktada Helge Gerndt'in şu sözleri düşündürücüdür: "Hiçbir sonuç, o sonucu elde etmek için kullandığınız yöntemden daha sağlam olamaz. Önemli olan yöntemi bilmek ve doğru uygulamaktır" (akt. Kartarı, 2017: 208).

Goffman, *Tımarhaneler*'in yönetsel açıdan sınırlı olduğu düşüncesini diğer çalışmaları için de dile getirir. Topluluk yaşamını mikro açıdan inceleyen *Kamusal Alanda İlişkiler* (*Relations in Public: Microstudies of the Public Order*) adlı çalışmasında başvurduğu "sistematiğ olmayan doğal gözlem" yöntemini sınırlı bulduğunu ifade eder. Çalışmasının sonuçlarının doğruluğunu ortaya koyacak ikinci bir çalışmanın gerekli olduğunu belirtir:

Mutlak yahut istatistiki genellemeler yapmak yerine ben, düzenlenmiş bir ispat dizisini kabul etmekle beraber, verili pratiğın, bir birey grubunda 'rutin bir şekilde' yahut 'sık sık' veyahut da 'yeri geldikçe' meydana geldiğini öne süreceğim. Bu şekilde nitelenen ifadelerin yanlışlığını ispatlamak güçtür ki -bu bayağı hoş bir durumdur- ancak nitelermeler aynı vakanın doğruluğuna dair hissiyatı da zayıf düşürür -ki bu ise pek hoş bir durum değildir (Goffman, 2017: 14).

Goffman hastane kültürünü hasta yaşamı üzerinden, grup üyeliğı bağlamında ele alır. Burada kapatılmış kişilerin hasta grubuna üye olmalarından doğan bir sınırlılıkla karşılaşılır. Bu durum Goffman'ın çalışmasının ikinci sınırlılığını oluşturur. Goffman'a göre; "bir grubun dünya görüşü, o grubun üyelerini ayakta tutma işlevi görür ve beklendiğı

üzere, onlara hem kendi durumlarını gerekçelendiren bir tanım hem de o gruba üye olmayanlara -bu durumda doktorlara, hemşirelere, hastabakıcılara ve akrabalara- ilişkin ön yargılı bir bakış sunar. Dolayısıyla hastanın durumunu sadık biçimde betimlemek, ister istemez taraflı bir görüş sunmak demektir" (Goffman, 2017: 8). Goffman'ın taraflı görüşten kastı, hastaların kurum ve kurum mümessillerinin (psikiyatrist) bakış açısıyla değerlendirilmeleridir.

Literatürde, hastalar psikiyatrist bakış açısından tanımlanmaktadır: "Çok seyrek durumlar dışında, hastaların akıl hastanesi sistemine nasıl tepki verdiklerine dair bilgilerimiz hemen her zaman doktorların gözlerine ve kulaklarına dayalı bir süzgeçten geçmiştir" (Scull, 2017: 214). Psikiyatri, akıl hastalığına yönelik müdahaleleriyle akıl sağlığını temsil ederken psikiyatrist, akıl hastasının karşısında dış grup üyesini ifade eder. Dolayısıyla sosyal bilimci tarafsızlığı sağlayabilecek yerde durmalıdır. Bu durumla ilişkili olarak Goffman, orta sınıf bir erkek olduğunu ve hastane içi yaşam koşullarını, alt sınıftan gelen biri gibi deneyimleyemeyeceğini belirtir. Alt sınıftan gelen bir birey, hastane yaşamını pek de zorluk çekmeden deneyimlerken Goffman, araştırma esnasında zorlandığını itiraf eder. Bu noktada Goffman'a hak vermek pek de mümkün değildir. Zira bir kapatılma kurumunda araştırmacı olarak hastaneye giren sosyal bilimcinin, kendi dünyasında karşılaşmadığı yoğun kokudan rahatsız olması, aç kalması, geldiği dünyadaki hijyeni bu yeni ortamda bulamaması; yeme alışkanlıklarının değişmesi (örneğin ambalajlanmış hazır gıdalarla öğünü atlaması) veya şahsi yaşamına döndüğünde rutin işlerine vakit ayıramayacak kadar fiziksel bir yorgunluğun içerisine düşmesi söz konusu olabilmektedir. Fakat bu zorluklar ancak, kurumun araştırmacı için olduğu düşünüldüğünde sınırlılık olarak tanımlanabilir. Bu zorluklar, çalışmaya yön verecek ve inceleme nesnesinin dünyasını açıklamada araştırmacıya veri sağlayacak unsurlar olarak görüldüğü takdirde, çalışmayı sınırlamak yerine, araştırmacının elde ettiği verileri kullanarak resmettiği tabloda yer alacaktır.

Dolayısıyla saha araştırmacısı zorlukları, kendi toplumsal dünyası, ekonomik aidiyeti ve benlik algısı ile ilişkilendirmek yerine; kişilerin bu zorluklar etrafında oluşturdukları faillik imkânlarına odaklanmalıdırlar.

Çalışmasında avantaj olarak, Goffman'a araştırma süresince "Socio-environmental Studies Laboratuvarı" tarafından maaş bağlanmıştır. Mezkûr laboratuvarın, ikinci bölümde bahsettiğimiz delilik çalışmalarına yönelen sosyal bilimcilerin desteklendiğı NIMH fonu ile ilişkileri vardır. Çalışma sonunda resmi kurumun sansür haklarını dilediğince kullanması gibi bir sorunla karşılaşmayan Goffman (2017: 10), bu özgürlüğün, bir kurumu incelemek için yine başka bir resmî kurum tarafından tanındığını belirtir.

Kurumların, denge politikaları vardır ve kurumun çıkarları açısından bu denge gözetilmek durumundadır. Bu gerçeklik araştırmamız için yola çıkıldığında da tecrübe edilmiştir. Etik onay alıp, iki ayrı düzeydeki resmi kurumun jüri üyelerinden geçme gerekliliğinin yanı sıra hastane içerisindeki sorumlu doktorlardan da onay alma gibi bir resmi olmayan gereklilikle karşılaşılmuştır. Kurumsal dengelerin ve prosedürel olmayan normların sosyal bilimsel bir araştırmayı nasıl şekillendirdiğı bu süreçte yakından müşahede edilmiştir. Türkiye'de gerek Sağlık Bakanlığı tarafından gerekse hastane yönetimi tarafından resmi olarak onay alınmış olsa dahi, ek olarak hastane birim sorumlularına çalışmanızı kapsamlı biçimde tanıtmamız ve berat almanız gerekmektedir. Bu çalışmada kurumsal denge, Goffman'ın çalışmasında teşekkürü bir borç bildiğı psikiyatristlerin tutumlarından farklı bir biçimde gözetilmiştir. Türkiye'de psikiyatri ile sosyoloji disiplinlerinin aynı dili konuşmadığı tecrübe edilmiş; bu durumun, sosyal bilimcinin bütün resmi beratlarına rağmen psikiyatrların karşısında gayriresmî bir dengeden geçmek zorunda olduğunu düşündürmüştür. Karşılaşılan bu durum, çalışmamızın dördüncü bölümünde kavramsal düzeyde tartışılmıştır.

3.2.1. Erving Goffman'ın Kavram Seti

Erving Goffman'ın kavram setini tertip ederken bu setin sosyoloji literatüründe sık karşılaşılmayan fakat genel-geçer kullanımları olan terimlerden oluştuğunu vurgulamak gerekecektir. Goffman'ın kavram setinin malzemeleri, "durum" ifadesi ile tanımladığı karşılıklı etkileşimlerin ayrıntılı tasvirinden doğan ve toplumun fertleri tarafından kullanılan terimlerden oluşur. "Durum"u betimleyen gündelik kelimelerle sosyoloji yapmak, nesneyi ne zaman ve nereden bakılırsa bakılsın aynı kavramsal müktesebatla açıklanabilecek biçimde kurmamanın doğal bir sonucudur. Goffman'ın kavramsal çerçevesinin müphem ve kolay vazgeçilebilir olma özelliği de bu noktada belirginleşir. Goffman yoğun betimlemelerini, sosyoloji literatüründe sarsılmaz bir yer edinerek adeta taşlaşmış kavramlar ile değil, kurumsal anlamda tarihi olmayan fakat sosyal temsilde yeri olan terimler aracılığıyla gerçekleştirir. Zira Goffman nesnesini, sabiteler ve durağanlıklar üzerine kurmaz. Onun kavramları, etkileşimlerin tasvirinin yanı sıra tam da etkileşimlerde açığa çıkan sözel malzemelerden yapılmaz. Dolayısıyla Goffman'ın bu haliyle özgün bir kavramsal çerçevesi olduğunu söyleyebiliriz; fakat bu özgünlüğün yalnızca kendi çalışmaları için anlamlı olmadığını, diğer çalışmalar üzerinde sınıandığında da inceleme nesnesini doğru yansıtabileceğini hatırlatarak.

Goffman akıl hastalığını ne yalnızca sosyal temsildeki yerine odaklanacak kadar hazır kalıp bir olgu olarak ele alır ne de bireylerin tek tek hikâyelerine odaklanarak mezkûr kavramı psikolojize eder. Goffman akıl hastalığını, sosyal temsilde yer etmiş akıl hastası (deli) stereotipi ile hasta yakıştırması yapılan kişinin vasıflarının ne ölçüde uyuştuğuna bakarak açıklar. Toplumun beklentileri ile kişilerin vasıfları arasında bir uyumsuzluk olduğunda kişi normların dışarısında kalır. Damga (*stigma*) olarak adlandırılan bu durum Goffman'da, toplumsal dışlanmışlıkla değil; yine toplum içerisinde olup etkileşimler ağının bir parçası olmakla açıklanır. Akıl hastalığı Goffman'da damganın üç temel tipinden biri

olup; "sıfat ile stereotip arasındaki bir ilişki biçimidir" (Ünsaldı, 2014: 16). Damga, biçilmiş bir rolün ya da üstlenilmiş bir vasfın ifasıdır.

Damganın bir türü olarak akıl hastalığı Goffman'da, toplumun bir ürünü olmasının yanı sıra toplumun idare ettiği ve bu sayede ilişkisel olarak katıldığı bir durumdur. Bu hususta Goffman'ı dinleyelim:

Bu tespitlerden damganın idaresinin toplumun genel bir özelliği olduğu ortaya çıkar. Söz konusu olan, kimlik normlarının hâkim olduğu her yerde işler halde bulunan bir usuldür. Bu usul, söz konusu olan ister geleneksel ister geleneksel bir şekilde damga olarak tanımlanan önemli bir sapma olsun isterse de sahip olmaktan utanç duyulabilecek önemsiz ufak bir farklılık olsun aynı kalır. Dolayısıyla, normalin ve damgalanmışın rollerinin aynı bütünlüğe ait olduğunu düşünmeye müsaade vardır: Aynı kumaşın iki parçasıdırlar (Goffman, 2014: 183).

Goffman'dan alıntıladığımız bu uzun pasajda, kişilerin damganlamayla sonuçlanacak vasıfları üzerlerinde taşımaları kadar bu vasıfların -damgalı şeyin- temsili olmasını sağlayan kalıp yargılara (stereotipler) da dikkat çekilir. Bu noktada Goffman damgalayan normaller ile damgalanan normalleri ayrı dünyaların insanları olarak değerlendirmez; öyle ki zaten normal ile anormal somut kişileri de işaret etmemektedir. Normallik ve anormallik atıfları, rollerin yerine getirilme biçimleriyle alakalı olarak; bir değerlendirmenin ürünü, bir idedir.

3.2.2. Goffman'ın Tımarhaneleri Gri mi?

Akıl hastaneleri, akıl hastalarının benliklerini kuşatan mekânlardır. Fakat bu mekânlar sabit, değişmez veya standart bir gündelik yaşam gerçekliği içermemektedir. Akıl hastasını ötekiyle olan ilişkisinde her an etkileşime maruz bırakan ve akıl hastasının kimliğini birtakım beklentiler etrafında yapılandırmayı hedefleyen "canlı" mekânlardır. Duvarların

ardından bakıldığında ızdırap içerisindeki hastaların veya acziyet içerisindeki delilerin yaşadığı mekânlar gibi görünen akıl hastaneleri, Goffman'da; yaşanan değil yaşayan bir alanı temsil eder. Goffman'a göre tımarhaneler, "profesyonel", "nesne" ve "sahip" üçlüsünün karşılaşma alanlarıdır. Goffman, *Tımarhaneler*'de doğrudan personeli değil kapatılmış kişinin dünyasını irdeler. Personelin dünyasına dair çıkarsamaları da, - duvarların ardında olmanın bir gereği olarak- kapatılmış kişiyle aynı karşılaşma alanına maruz kalan ve bu sayede etkileşimsel olarak kapatılmış kişilerle temas içerisinde olan personel hakkındadır. Akıl hastalığını psikiyatrist bakış açısıyla değerlendirmede için Goffman'ın kavram seti gündelik hayatta sık karşılaşılan terimlerden oluşur. Zira Goffman, deliliğin öznel tarihini bizlere sunar.

Goffman çalışmasını 4 bölüm halinde tasarlamıştır. “Total Kurumların Özellikleri Üzerine” başlığını taşıyan ilk bölüm, total kurumlarda toplumsal yaşamın doğasına yönelik kapsamlı bir değerlendirmeyi içermektedir. “Akıl Hastasının Ahlaki Kariyeri” başlıklı ikinci bölüm, kuruma kapatılmanın, kapatılmadan önce sahip olunan toplumsal ilişkiler üzerindeki ilk etkilerinin incelenmesidir. “Bir Kamu Kurumundaki Gizli Hayat” başlıklı üçüncü bölüm ise kapatılmışların kuruma olan sadakati ile kurumun kapatılmışlara yönelik beklentileri arasında geliştirilen mesafenin incelenmesini içerir. “Tıbbi Model ve Akıl Hastanesine Yatırma” başlıklı son bölümde ise Goffman dikkatleri gözetim personeline çekmekte ve tıbbî perspektifin akıl hastanelerindeki rolünü irdeleyen bir değerlendirme ortaya koymaktadır. Adı geçen dört bölümle Goffman, sosyolojize edilmiş bir benlik teorisi ortaya koymayı hedeflemiştir.

Goffman'a göre; "her kurumun kuşatıcı eğilimleri vardır" (Goffman, 2017: 16). Goffman kuşatıcı eğilimleri, zamanın kurumlarca ayarlanması ve kişilerin çıkarlarının bir parçasının kurumlar tarafından ele alınması üzerine temellendirir. "Modern toplumdaki temel toplumsal düzenleme, bireyin farklı yerlerde, farklı katılımcılarla, farklı otoriteler altında

ve genel bir rasyonel plan olmaksızın uyumaya, eğlenmeye ve çalışmaya eğilimli olmasıdır" (Goffman, 2017: 17). Bir kuruma total olma beratı kazandıran şey, gündelik yaşamın bu üç alanını (uyumak, eğlenmek, çalışmak) birbirinden ayrı tutan sınırların ortadan kaldırılmasıdır. Total kurumlar kuşatıcıdır çünkü kurumun bürokratik yapılanması gereği gündelik hayat, katı bir örgütlenme ile yapılandırılır; prosedürler gereğince çevrelenir ve bu sayede toplumsal yaşamın en temel unsurları olan zaman ve mekân kurumsal olarak organize edilir.

Akıl hastanelerini kuşatıcı kılan en temel biçimsel etki, hastanenin sakinlerinin ve hatta ziyaretçilerin (bkz. ziyaret saatleri) zaman ile münasebetlerinin kurumca yapılandırılmasıdır. Bu noktada A. H. Tanpınar'ın ironik bir muhteva ve sembolik unsurlar barındıran *Saatleri Ayarlama Enstitüsü* adlı eserindeki zaman mefhumunun ayarlanması örneği hatırlatılabilir. Saatlerin ayarlanmasının bir sistem üzerine oturtulmasında önemli bir rol oynayan Halit Ayarcı karakteri ile roman, Cumhuriyet sonrası kurulan pek çok müessesenin işleyiş biçimini düşündürür. Romanın bir kısmında artık gerçeküstü bir yapıya bürünen dış dünyanın tasvirinde bulunulurken "abes" olanın nasıl da insanların dünyalarına yerleştiğinden bahsedilir. Bu ayrıntıya yer verilmesinin çalışmamız açısından önemi şudur ki; akıl hastaneleri, kişilerin geldikleri dünyadaki abes unsurları ve kişilerin abes davranışlarını ortadan kaldırmayı hedefleyen ve bunun için de kişilerden zaman mefhumuna (ortalama 21 gün) sadık kalmaları şartını koşan müesseselerdir. Fakat romanın karakteri Halit Ayarcı'nın dediği gibi, "Ne kadar ciddi başlanırsa başlasın burada her iş en beklenmedik neticelerle biterdi" (Tanpınar, 2017: 140).

Akıl hastaneleri, hastalara aynı yerde, aynı anda ve aynı otorite altında idare edilecekleri yeni bir toplumsallık sunar. Fakat zaman ve mekânın bu bilinçli kontrolü, sözgelimi ayarlanması, beklenmedik sonuçlar doğurmaktadır. Zira kurumların stratejileri vardır;

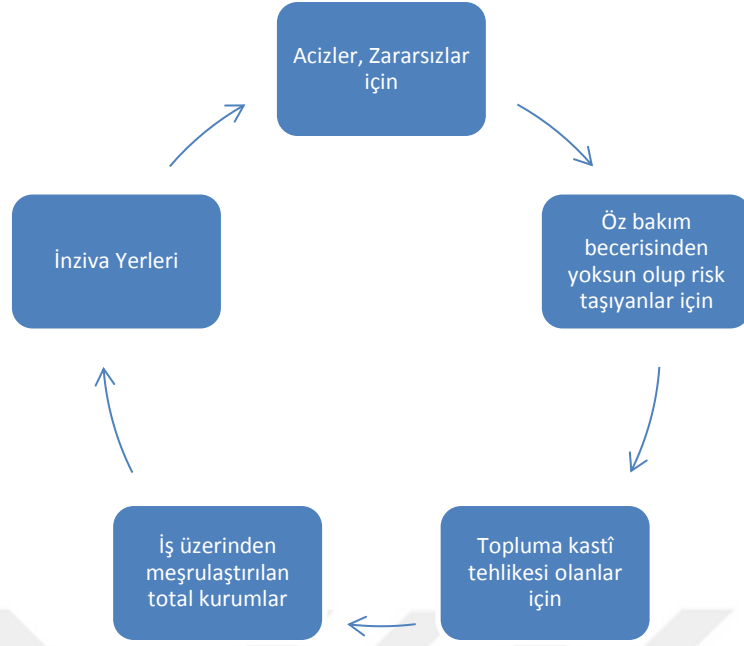
hastaların ise bu stratejiler karşısında geliştirdikleri ya da edindikleri birtakım taktikler.²⁶ Şöyle devam eder Ayarcı; "Hülâsâ bu, abes denen şeyin bataklığı idi. Ve ben farkında olmadan boynuma kadar ona gömülmüştüm" (Tanpınar, 2017: 140). Zamanın ve mekânın kapatılmaya yönelik organizasyonu, kurumun total karakterini oluşturmakta; total karakter ise hastane kültürünün birtakım abeslikler barındırmasına, uzmanlaşma etrafında uygulanan plan ve programa rağmen gözden kaçan etkileşimlerin oluşmasına neden olmaktadır.

Goffman *Tımarhaneler*'de, deliliğin bir kamu kurumunda nasıl idare edildiğini gösterirken aynı çalışmada kurumun meşru zemininin abesliği ortadan kaldırmak olduğunu da göstermektedir. Goffman'ın tımarhaneleri hastaların kurumsal meşru zemini kayganlaştırma ve hatta zemin değiştirme taktiklerini göstermeye yöneliktir. Goffman'ın akıl hastanelerini itibarsızlaştırıcı bir çabası olduğu düşünülebilir. Oysa hasta bakış açısıyla çalışma yürütmek ile olguları negativite etmek karıştırılmamalıdır. Goffman olguları gri renkli bir gözlükle yansıtmamakta; psikiyatrist bakış açısıyla ve medikal anlayış içerisinde kalarak ortaya konulan delilik anlatılarının karşısına, hasta bakış açısıyla "deli"yi yerleştirmektedir. Deliyi, kurumun kuşatması altındaki hasta bireyi.

3.3. TOTAL KURUM TERİMİNİN TEMELLENDİRİLMESİ

Kurumlar aracılığıyla gerçekleştirilen disiplin pratikleri, gündelik yaşamın hemen her alanına sirayet eder. Bu kuşatıcı özellik, Michel Foucault'da "disipliner kurum", Giorgio Agamben'de "kamp" olarak tanımlanırken Erving Goffman'da "total kurum" olarak kavramsallaştırılır. Goffman total kurum ile yalnızca akıl hastanelerini kast etmez. bu başlık altında Goffman'ın hangi kurumları "total kurum" olarak adlandırdığı ve total kurumlara hangi özellikler atfettiğini ele alacağız.

²⁶ De Certeau'da Strateji ve Taktik ayrımı için bkz. Michael De Certeau, *Gündelik Hayatın Keşfi I*, çev. L. A. Özcan, Dost Kitabevi Yayınları, 2009.



Şekil 1:²⁷

Erving Goffman'ın Total Kurumları

"Acizler, zararsızlar için" itibariyle soldan sağa: **i)** Bakım evleri **ii)** Tüberküloz sanatoryumları, akıl hastaneleri, cüzzam hastaneleri **iii)** Hapishaneler, ıslahevleri, esir ve toplama kampları **iv)** Askeri kışlalar, gemiler, yatılı okullar, çalışma kampları, hizmetçileri olan büyük malikâneler **v)** Tekkeler, zaviyeler, manastırlar.

Goffman akıl hastanelerini, öz bakımlarını aksatmakta olan ve toplum açısından risk oluşturabilecek unsurları bedeninde taşıyan tüberkülozlu ve cüzzamlıları iyileştirme mekânlarıyla aynı kategoriye yerleştirir. İnsanların, belirli rasyonel gerekçeler üzerinden bir araya getirildiği ve operatif bir çalışmanın yürütüldüğü toplama yerlerini Goffman, "total kurum" olarak adlandırır. Goffman (2017), akıl hastanelerini total kurum olarak ele alırken üç temel özelliğe vurgu yapar: "Akıl hastaneleri ikamet ve çalışma yerleridir;

²⁷ Goffman'ın *Tımarhaneler*'deki tasnifinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

bireyin kurum tarafından kuşatıldığı mekânlardır; resmî surette düzenlenmiş, yaşam döngüsünün sürdürülme mekânlarıdır."

Toplumsal yapılar olan kurumlar, mutlak faaliyetlerin, tıpkı çarklı bir mekanizma gibi, bir ahenk içerisinde sürdürüldüğü mekânlardır. Çarkın dişlilerini bir arada tutan, mekanizmanın kuşatıcı yapısıdır. Goffman, akıl hastanelerinin kuşatıcı rolüne odaklanarak gündelik gerçekliği duvarların ardından okur. Goffman, kuşatıcı ya da total karakterin ilkelerini; "dışarıyla kurulan toplumsal ilişki karşısındaki engelle ve çoğunlukla fiziksel bir yapı içinde tesis edilmiş kilitli kapılar, yüksek duvarlar, dikenli teller, uçurumlar, su, ormanlar ve çalılıklar gibi, engellerle" (2017: 16) açıklar.

Total kurumları kategorize ederken Goffman, bu özelliklerin yalnızca total kurumlara özgü olmadığını ve kurumların ortak öğeler taşımadığını ifade eder. İlk bakışta çelişkili görünen bu yaklaşım, Goffman'ın total kurumların özelliklerini ortaya koyarken, mutlak tanımlamalardan hareket etmeyerek geçici fakat iş gören açıklamalara başvurduğunu gösterir. "Ortak özelliklerden söz ederken bu ifadeyi, sınırlı ancak mantıksal olarak savunulabilir olduğunu düşündüğüm bir şekilde kullanacağım. Bu, aynı zamanda, önemli farklılıkları daha sonra vurgulamak umuduyla, ortak özellikleri yerleştirerek ideal tip yönteminin kullanılmasına imkân tanıyacaktır" (Goffman, 2017: 17). Bu noktada Goffman total kurumları bir kurum tipolojisi olarak yansıtır ve bu kurumlara karakter atfeder.

Total kurumların bir diğer özelliği, ikili karakterleridir. Goffman'ın Gregory Bateson'dan ilhamla kavrama taşıdığı "ikili karakter", günde sekiz saat çalışan personelin kurum dışına çıkabiliyor ve kendi gündelik yaşamını dışarıda da sürdürebiliyor olmasıyla ilgilidir. Fakat dış dünyayla toplumsal olarak bütünleşen personelin statüsünü tamamen kurum içindeki eylemleri belirler. Hem "dışarıda" hem "içeride" olmak zorunda olan personel, bu ikili yaşam ortamını idare edebilmelidir. Kurum çalışanları kurumda olan biteni idare etmede

özel zorluklar yaşıyor olsalar da içerideki gündelik yaşamı statüleriyle ilişkilendirerek değerlendirirler. Personel statüsü, personelin kurumu ne ölçüde idare edebildiğine sıkı sıkıya bağlı bir denge içerir. Bu noktada denetleyici personel ile kuruma kapatılmış bireyler arasında temel bir yarıklık oluşur. Kuruma kapatılmış birey, kurumda yaşar ve duvarların dışında kalan dünya ile sınırlı bir iletişim kurar. Personel ise genelde günde sekiz saat çalışır ve mesai saatleri dışında dış dünyayla toplumsal olarak bütünleşir. Bu sebeple personel ile kuruma kapatılmış birey arasındaki yarıklık, onları iki ayrı grubun üyeleri kılar.

Grup üyeliği, personel ile kapatılmışın zihniyetini, imgelerini yapılandırarak tasnif biçimini etkiler. "Her grup ötekini dar ve düşmanca stereotiplerle kavramaya meyillidir" (Goffman, 2015: 19). Personel ve hasta bakış açılarındaki farklılaşma, damgalanan ve damgalayan bireyler olmanın ötesinde; kurumsal yapı altında şekillenen dünyanın, total kurumun karakterinin, etkileşimlere sirayet etmesinin doğal bir sonucudur. Dolayısıyla akıl hastaneleri, ne yalnızca hasta bakış açısıyla ne de yalnızca personel bakış açısıyla incelenmelidir. Hasta ve personelin, kurum altında gelişen ve kurumsal dinamikler doğrultusunda seyreden tasnif sistemleri, ayrı ayrı değerlendirilmeli; bununla birlikte hasta ve personelin karşılaşma alanlarında ortaya çıkan durumların sosyolojik analizinde bulunulmalıdır.

3.4. SONUÇ

Goffman 1961 tarihli *Tımarhaneler* çalışmasıyla Chicago Okulu'nun rahle-i tedrisatından geçmiş bir sosyoloğun toplumsal bir olgu olarak deliliği nasıl kavradığını ve bu kavrayışın toplama kurumları üzerinden sahada neye tekabül ettiğini gösterir. Dolayısıyla sahada var olan durumun yapısal tazyik altında olduğuna dikkat çekerek etkileşimlerden süzdüğü kavram setini sunar. Deliliği sabit bir olgu olarak değil, onun etrafını saran bağlama nüfuz ederek bir durum olarak ele alır. Durum, Goffman'da etkileşimlerden hâsıl olur fakat kurumsal kuşatma altındaki bireyin etkileşimlerinden. Bu anlamda Goffman'ın ne sembolik etkileşimci ne yapısalcı olduğu söylenebilir. Entelektüel tarihçiliği yeğleyerek entelektüel tasnifçiliğin kalıplarını reddeden Goffman'ın yine de hangi çizgiye oturtulacağına yönelik merakları gidermek adına; onu "üretken yapısalcılık" veya "doğurgan yapısalcılık" şeklinde konumlandırabiliriz. Zira Goffman'ın çalışmalarında durum her an yaratımdadır. Bununla birlikte Durkheimian çizgiyi sürdüren Goffman, kurumlarca kuşatılmış durumları konu edinir. Benliğin, yapıların tesiri altında olduğunu ortaya koyarak ve deliliğin gündelik görünümlerinden yararlanarak strateji ve taktikleri gün yüzüne çıkarır. Kurumsal kimliğin sivil benliğe yerleştiğini öne sürer ve bunun bir sonucu olarak ahlaki kariyerde yaşanan değişiklikleri bizatihi değişimin kendisinde arar. Temelde Goffman akıl hastanelerinin, diğer kapatılma mekânları olan hapisaneler, manastırlar ile aynı özellikleri taşıdığını öne sürer. Akıl hastası, deli gibi damgalanma durumlarının kurumsal kimlik karşısında hangi sosyal rollere sahip olduğu ve hangi sosyal rolleri kaybettiğine dikkatleri çeker. Onda akıl hastalığı veya delilik gibi kategoriler yoktur; mezkûr kategorilerin Goffman'da olmayışı, kurumsal disiplin altındaki insanlar ve insanların benliklerine yerleşen kurumları dikkate alarak Durkheimian tarzda sosyoloji yapmasından ileri gelir.

Foucault'nun deliliğin tarihini ortaya çıkardığı tarihsel sosyoloji çalışmalarından farklı olarak Goffman, akıl hastasının bireysel ve ego kimliğini, toplumsal kimliğiyle bir bütün

olarak değerlendirmektedir. Bireyler, kendi yaşam dünyalarında yapıp ettiklerinin arka planı ve bilişsel süreçler boyutu üzerine düşünmemektedirler. Zira gündelik hayatta işlerin yolunda gitmesi ve etkileşimlerin sansürsüz devam etmesi için bazı durumlarda kendiliğindenlik ve otomatiklik; çoğu durumda ise alışkanlık gerekmektedir. Bu çalışmanın temel hedefi, deliliğin toplumsal görünümlerini ortaya koymak yerine bu görünümleri üzerinde taşıyan ve böylece dâhil olduğu toplumsal kategoriye temsil eden "deli" bireye gözleri çevirerek, bireyin dâhil olduğu muhitte alışkanlıklarını ve muhitte bütünleşme biçimlerini analiz etmektir. Bu durumda Goffmancı durumsal analiz yöntemi, Foucault'nun çalışmalarına nazaran -bu çalışma özelinde- daha işlevli görülmektedir. Goffmancı tabirle: Sahnenin arkasını, işleyişi ve mekanizmaları (yapılandırıcı unsurları) deşifre etmek amaçlanmıştır. Kelimenin tam anlamıyla deşifre (*d chiffrer*): şifrelerin, anlaşma biçimlerinin, mimiklerin, ortak kabullerin bir adım geriye alınarak asıl veriye tekrar ulaşılması işlemi.

4. BÖLÜM

HASTANE ORTAMININ TOPLUMSAL KARAKTERİ

Akıl hastanelerinin toplumsal yapısını analiz etmek, fi tarihinde inşa edilmiş bir binanın ve onu çevreleyen geniş bir bahçenin tasvirinde bulunmak anlamına gelmemelidir. Akıl hastaneleri onları ayakta tutan kolonlar, çevresini saran duvarlar, içerisini bölümleyen kapı ve pencereler kadar; bu kurumlara müşterek alan olma niteliği kazandıran canlı unsurlar üzerinden okunmalıdır.

Çalışmanın ikinci bölümünde Douglas'a atıfta bulunarak²⁸ kurumların kendi zihinleri olmadığını belirtmiştik. İşte bu canlı unsurlar, zihinleri olmayan akıl hastanelerini doğallaştırırlar ve onlara bir tür bilişsel mantık bahşederler. Canlı unsurlar ile meşru bir zemin kazanan akıl hastaneleri ise toplumsal düzen içerisinde bir başvuru merkezi haline gelerek kurumsal işletmelere dönüşürler. Kurumları inşa eden ve onları işletme haline getiren etkiler aracılığıyla canlı unsurlar, dünyaya stereotiplerden yola çıkarak nizam verme ve yapılara tarihsel bir anlam atfederek kendi zihinsel şemalarını sürdürülebilir kılma eğilimindedirler.

Kurumlar da sosyal dünyaya verilen nizamın bir parçasıdır fakat bir noktada bir fazlalık taşırlar: Kapatılma mekânları olarak total kurumlar gündelik yaşam ekseninde aktörlerin stereotiplerine yaslanan; iktisadi yaşam ekseninde işletme özelliği taşıyan; politik ekseninde ise dışlama-kapsama stratejilerini işlevsel kılarak normal-anormal (bu çalışmada deli-akıllı, sağlıklı-hastalıklı) ikilemini canlı tutan bir mekanizmaya sahiptir. Bu mekanizma, birtakım ideallere yaslanarak işleyişini sürdürmektedir.

²⁸ DOUGLAS, M., (2016). *Kurumlar Nasıl Düşünür?*. İstanbul: İthaki.

Hastane ortamının toplumsal yönlerinin ideası ilkin, insan doğası teorisine yaslanan bilişsel mekanizma üzerinden anlaşılmalıdır. Modern psikiyatrinin insan doğası anlayışı, teşhise yönelik tanı kriterleri ile uygulamaya geçirilirken bu anlayış, sosyal teoride hâlen güncelliğini koruyan -kimliğin nasıl tanımlanacağı problemi- ile teşkil olur. Kimlik kavramını açıklayan yaklaşımlarla bilişsel süreçler, sosyal teorinin alanına dâhil olmuştur. Örneğin Eva Illouz'un (2018) *Soğuk Yakınlıklar, Duygusal Kapitalizmin Şekillenmesi* adlı kitabında görebileceğimiz gibi duygular, kapitalist üretim mekanizmasına dâhil olan unsurlar olmaya başlamış ve insanın psikolojik yapılanması, ekonomi-politik yaklaşımlar vasıtası ile açıklanır olmuştur. Aynı şekilde kimlik kavramı da aktörün sosyal düzendeki rol ve performansı açısından ele alınarak toplumsalın uzantısı olmaya matuf olmuştur.

Psikiyatrik insan doğası, kimliğin bir işleyiş biçimi olarak açıklandığı sosyalbilimsel yaklaşımların tesiri altındadır. Bu etkinin sonucu olarak hastalık, kurumsal organizasyon açısından rol olarak değerlendirilmiş ve psikolojik adamın nasıl ekonomik adam olarak performans gösterebileceği, davranışsal araştırmaların temel problemi haline gelmiştir. Hasta kimliği, örgütsel ekonominin ve davranışsal organizasyon araştırmasının merkezine yerleşmiştir. Örgütsel ekonomik anlayışla birlikte, ahlaki bir temellendirmesi olan insan doğasına yönelik açıklamalardaki değişim, kurumlara ve kurum altındaki davranışlara farklı bir nitelik kazandırmıştır. Sigmund Wagner Tsukamoto'nun *İnsan Doğası ve Organizasyon Kuramı: Kurumsal Organizasyona Ekonomik Yaklaşım Üzerine* adlı kitabını inceleyen Durmuş-Arıç, akıl hastanelerinin toplumsal karakterinin yükseldiği ekonomik zemini açıklamada verimli olacağını düşünerek alıntılatacağımız uzun pasajda şöyle der:

(...) örgütsel ekonomi, görgül ve ahlaki değerlendirmelerini, kurumları 'teşvik yapıları', örgütsel davranış 'sermaye katkı ve dağıtımları ile ilgili etkileşimler' ve örgütsel davranışın sosyal açıdan arzu edilir işbirlikçi sonuçlarını da 'karşılıklı

kazançlar' biçiminde kuramsal- (pratik) kavramlara odaklanarak yapmaktadır. Davranışsal organizasyon araştırması ise kurumları, *değer yapıları*, *rol yapıları* ya da *organizasyon kültürü* olarak, örgütsel davranışı, *kendini gerçekleştirme*, *değer paylaşımı* ya da *rol müzakeresi süreçleri* olarak ve örgütsel davranışın sosyal açıdan arzu edilen işbirlikçi sonuçlarını ise *sosyal uyum*, *değer birliği*, *rol homojenliği* ya da *kültür homojenliği* şeklinde modellemektedir. Yazara göre hem örgütsel ekonomi hem de davranışsal organizasyon araştırması örgütsel davranışla ilgili bir *sözleşme modelini* kullanmaktadırlar. Davranışsal sözleşme kavramı örgütsel davranışı '*değer sözleşmesi*' (*value contracting*), '*değer aşılama*' (*indoctrination*) ve '*sosyal koşullama*' (*social conditioning*) kavramları ile açıklarken, örgütsel ekonomi '*ekonomik sözleşme*' (*economic contracting*) kavramı üzerinde durmaktadır (Durmuş Arıcı, 2004: 156).

Tsukamoto'nun değerlendirmesinden yola çıkarak kurumsal kimliği olan akıl hastanelerini *teşvik yapıları* olarak; homojen toplum ideasını bozma riskini ortadan kaldırmak açısından sosyal uyumun bir gereği olarak koşullamaya maruz kalan ve teşvike matuf hastaları ise *işbirlikçi* olarak ele alabiliriz. İşbirliği, kimlikte yaşanacak değişimi gerekli kılmakta ve işbirliğinin kendisine biçilen rolü üstlenmesini icbar etmektedir.

Hastane ortamı, hastalara yalnızca sicil numarası değil, bir kimlik verir. Bu kurmaca kimlik, işbirliğinin rolünü de yapılandırır. Hastane ortamının sosyal karakteri, tek tek hasta bireylerin değil; hasta kimliklerin bir aradalığı üzerine teşkil olur. "(...) gelişigüzel bir kalabalık, toplum ismini hak etmez. Üyeler arasındaki bir düşünce ve his benzerliği olması gerekir. Ama bu, bir grubun kendisine ait bir duruşa sahip olması demek değildir. Sahip olduğu herhangi bir şey varsa, o da ona kurmaca bir kişilik veren yasal teoriden gelir" (Douglas, 2016: 24). Makro yapıların işleyişi, homojen sosyalliği geliştirmek üzerine kuruludur. Bu kurumsal mantık, kurumların resmî yapılanmalarının sürekliliğinin sağlanması adınadır.

Kurumsal disiplin, nesnelliği sağlayan ölçülerin korunması amacıyla yapılandırılmış bir sosyallik sunar. "Sosyallik, kişinin sanki herkes eşit '-miş gibi yaptığı' ve aynı zamanda onların her biri tarafından da onurlandırılıyormuş gibi davrandığı oyundur" (Simmel'den akt. Goffman, 2018: 22). Homojen etkileşimin tesiri altındaki oyun, hasta bireye rol dayatmasında bulunmaktadır. Hasta, toplumsal dünyada edindiği hazır tasnifleri hastane ortamına taşımaktadır. Bununla birlikte hastane ortamının fizikî yapılanmasının tesiri altında "burada" karşılaştığı durumları yorumlayarak dengeyi bulmak zorundadır. Bu sebeple oyunun kurallarını bir an evvel keşfetmeye koyulur. Nedensel çıkarımlara başvurur ve yüklemelerde bulunur. Daha somut anlatımıyla red, kabul, aldırma, nezaket, sıra dışılık gibi performansa yönelik eylemlere başvurur. Dolayısıyla hastanenin sosyal karakteri ancak hastane ortamının canlı unsurları olan hasta, doktor ve personel üçlüsü üzerinden anlaşılabilir.

Mezkûr üçlü oyunun dengesini nasıl kurmakta, dengeleri nasıl değiştirmektedir? Kurumsal organizasyon altında yapılandırılan rol, nasıl icra edilmekte ve hangi durumlarda role özgünlük katılarak hastane ortamındaki etkileşimler canlı tutulmaktadır? Bu sorulara yanıt veren çalışmanın bu bölümünde akıl hastaneleri, evraklara ve resmi prosedürlere odaklanan çalışmalardan farklı olarak, bireysel düşüncenin toplumsal kökenleri hakkında fikir vermesi açısından canlı unsurları dikkate alarak incelenmektedir.

Çalışmanın bu bölümünde hastane ortamının toplumsal karakteri, 3 uzamda tasnif edilerek ele alınmaktadır. Bu bölümde akıl hastalarının gündelik alışkanlık, tutum ve taktikleri konu edilmektedir. Sıradan insanın alışkanlık ve tutumlarını inceleyen Michel de Certeau'da uzam, mekân (yer) ile mukayese edildiğinde kavramsal açıdan farklı bir muhtevaya sahiptir. Uzam ve yer arasında keskin bir ayrım yapan Certeau, üzerinde ortak pratikler sergilenen ve ortak bir yaşamın tesis edildiği hemen her düzenin yer olduğunu belirtir. Bir "yerde" ortaklığı sağlayan unsurlar, o yere aidiyet sergilemektedirler. Certeau, "bu

durumda bir yer, konumların anlık olarak oluşturdukları bir konfigürasyondur. Belli bir durağanlığın olmasını gerektirir" (Certeau, 2009: 216), der. Uzamda ise tam aksine durağanlık söz konusu değildir. Uzam, değişkenliklerle karakterize olmuş alanları ifade eder.

Yön vektörleri, hız miktarları ve zaman değişkenleri dikkate alındığında söz konusu olan uzamdır. Uzam hareketliliklerin kesişim noktasıdır. Bir anlamda, burada açılan, yayılan hareketler tarafından canlandırılır. Kendisini yönlendiren, koşullandıran, zamansallaştıran ve birbiriyle çatışan programların ya da çelişen yakınlıkların çokyüzlü bir birimi olarak işlev görmesini sağlayan operasyonlarca üretilen her şey uzamdır. Uzam, bir sözcük dile geldiğinde neyse odur; yani bir şeyin gerçekleştirilmesi esnasında oluşan belirsizlikte kavranan, pek çok sözleşmeyi ortaya koyan bir terime dönüşen, bir mevcudiyetin (ya da bir zamanın) eylemi olarak ortaya konulan ve birbiri ardına gelişen komşulukların neden olduğu dönüşümlerle değişen sözcük neyse odur. Yerden farklı olarak, uzam belli bir 'özlüğün' ne tekyönlülüğünü ne de durağanlığını taşır. Kısacası uzam, uygulanan bir yerdir (Certeau, 2009: 216-217).

Tam bu noktada hastane ortamının toplumsal karakterinin, durağan bir mekân (yer) olarak değerlendirilmemesi gerektiğini belirtmek gerekir. Zira hastane ortamını oluşturan öğelerin alışkanlıkları, mücadele etme biçimleri, dayanışma pratikleri ve taktikleri, bu ortamda dinamik bir yaşamsal düzen oluşturmaktadır. Dolayısıyla akıl hastaneleri, insanların tedavi veya gözetim amaçlı girip çıktıkları mekânlar olarak değil; geçmiş alışkanlıklarını taşıyıp burada sürdürdükleri, mücadele ederken ve dayanışma içerisine girerken birtakım taktikler geliştirdikleri eylem, uygulama ve üretim alanlarıdır. Buradan hareketle akıl hastanelerinin etnografyasını çıkarmanın, hastane ortamını toplumsal kılan insanların taşıdığı ortak

pratikleri incelemek ve hastane içerisindeki hareketliliğin izini sürerek değişkenliklerin takibinde bulunmaktan geçtiği söylenmelidir. Uzamların her birinde hastane ortamının etkileşimsel açıdan fiziksel, sembolik ve ilişkisel boyutları değerlendirilmektedir.

Çalışmamızda hastane ortamının toplumsal karakteri üç uzamda incelenecektir: "Hasta Uzamı", "Personel Uzamı" ve karşılaşma alanlarını ifade etmede kullanacağımız "Gri Uzamlar". Etkileşimlerin sosyal düzenini yapılandıran hastane ortamında, -hasta, doktor ve personel tarafından- bir çeşit "gündelik diplomasi" yürütülmektedir. "Gündelik diplomasi, insanların anlamadıkları, bağ kuramadıkları ya da çatıştıkları insanlarla alışveriş içinde olmalarının bir yoludur" (Sennett, 2012: 271). Bu bölümde hastane ortamındaki gündelik diplomasinin aktörlerce nasıl yürütüldüğü alandan örneklerle ele alınacak; söylem örneklerine yer verilerek kavramsal düzeyde tartışılacaktır. Bu tartışmada inceleme mekânı, İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'dir. Belirttiğimiz 3 uzam, hastanenin ilişkisel tasvirini ortaya koymaktadır. Bunun için öncelikle Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin fiziki yapılanmasından bahsetmemiz ve bu kurumlarla hayatlarının belirli dönemlerinde karşılaşan hastalar ve ziyaretçilerin hastaneyi nasıl algıladıklarını açıklamamız gerekmektedir. Zira toplumsal karakter, hastanenin fizik mekânına ve zaman dilimine tâbî olup belleğe yerleşmektedir.²⁹

4.1. E.R.S.H. HASTANESİ'NİN FİZİKSEL ve ALGISAL NİTELİĞİ

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Anadolu Yakası'nda olup İstanbul'un ruh sağlığı alanında hizmet veren iki büyük hastanesinden biridir. Kadıköy-Kozyatağı bölgesinde mukim olan hastane, canlı şehir hayatının içerisinde, binaların arasında

²⁹ Bu hususta Winnie S. Chow ve Stefan Priebe'nin (2013) "Understanding Psychiatric Institutionalization: a conceptual review" başlıklı makalelerinde vurgulanan "mimari paternalizm" terimi, fizik mekanın toplumsal sonuçlarının önemini göstermektedir. Akıl hastanelerinin paternalist tasarımı, insan özerkliğinin sınırlandırılmasıyla ilişkili olarak mimarinin etik boyutuna yönelik tartışmalar doğurmuştur.

konuslanmaktadır. Yüksek güvenlik unsurları olan duvar ve tel örgülerle çevrili geniş bir bahçenin içerisinde yer alan hastane, birden fazla servisten müteşekkildir. Hastane temel olarak; psikiyatri, nöroloji ve çocuk psikiyatrisi alanında hizmet vermekte olup Merkez Hastane Kampüsü, Çekmeköy Semt Polikliniği, 5 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve 2 Bağımlılık Danışma ve Eğitim Merkezi aracılığıyla toplumsal hizmet alanında etkin faaliyet göstermektedir. Hastane misyonu ve temel değerleri, resmi internet sayfasında şu maddeler ile deklare edilmektedir:

" MİSYONUMUZ

- Ruh sağlığının önemi hakkında toplumun her kesiminde farkındalık yaratmak,
- Ruh Sağlığı Hastalıkları ve Nöroloji alanındaki koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini, tıbbın ulaştığı en üst düzeyde topluma sunmak,
- Akademik çalışmalar ve bilimsel araştırmalar yapmak,
- Yeni bilgi ve uygulamaları takip etmek, bunların geliştirilmesini desteklemek,
- Alanlarında yetkin sağlık profesyonelleri yetiştirmektir.

TEMEL DEĞERLERİMİZ

- Evrensel sağlık ilkelerine ve etik kurallara uymak
- Dürüst, güvenilir ve erişilebilir sağlık hizmeti sunmak
- Hasta, çalışan ve insan haklarına saygılı olmak
- Ekip çalışmasına ve kurumlar arası işbirliğine önem vermek
- Katılımcı, şeffaf ve paylaşımcı olmak
- Sürekli eğitim ve bilimselliği ön planda tutmak." (Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2018).

4.1.1. Hastanenin Fiziksel Niteliği

Hastane ortamına ilkin, ağaçlandırılmış ve bakımı iyi yapılmış bir bahçe üzerinden giriş yapılır. Yüksek duvarların ardındaki ses ve gürültü, bahçeye giriş yapıldığı andan itibaren kesilir ve kuş sesleri işitilir. Hastaneye müracaat veya zorla getirilme durumlarında bireyleri ilk karşılayan alan olan bu geniş bahçe birçok hasta yakınına, hastaların huzur ve sükûnet içerisinde iyileşme imkânı bulabileceğini düşündürebilmektedir. Hastane bahçesine ilerleyebilmek için öncelikle güvenlik kontrolünden geçmeniz gerekmektedir. Çantalarınızın içleri ve yanınıza aldığınız eşyalarınız özenle kontrol edildikten sonra güvenlik personeli tarafından -onay verildiği takdirde- bahçeye girebilirsiniz. Hastane bahçesine göz attığınızda titizlikle yürütülen bir peyzaj çalışması olduğunu görürsünüz. Akıl hastanelerinin olmazsa olmazları olan bir heykel, bahçenin tam ortasında sizi karşılayacaktır. Güvenlik noktasından ayrılıp birkaç adım ilerlediğinizde solunuzda başhekimlik binası ve birkaç servis, sağ tarafınızda ise nöroloji kliniği, denetimli serbestlik alanı ile umumi tuvalet ve mescidi görürsünüz. Sol tarafa yönelmeden düz ilerleyen yolu takip ettiğinizde solunuzda AMATEM ve ÇEMATEM kliniklerini, sağınızda ise Bahar Servisi'ni göreceksiniz. Bahar Servisi'ni geçip sola kıvrılan yolu takip ederseniz Kadın Servisi'ne (K1) ulaşmış olacaksınız.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin her bir servisinin kendine ait bahçesi vardır. İçeriye girmek istediğinizde güvenlik bariyeriyle karşılaşacak ve makul bulunmayan hiçbir durumda kapının size açılmadığını göreceksiniz. Eğer yaka kartınız yahut resmi kuruma ait olan kartvizitiniz var ise güvenliğe kendinizi tanıttıktan sonra içeriye girebilmeniz mümkündür. Servislerde görevli herhangi bir personelin (doktor, hemşire) referansıyla içeriye girme talebinde bulunsanız dahi, ismini verdiğiniz personele telefonla ulaşınca ve teyit edilinceye kadar kapıda bekletilmektesiniz.

Servis binalarının, bahçenin rahatlıkla görülebildiği pencereleri vardır. Binalara girildiğinde ortak alanlarda kişisel eşyaların bulunmadığı ve hastane demirbaş listesinde çok sayıda eşyanın yer almadığı görülmektedir. Servislere girdiğiniz zaman ağır bir kokunun sizi karşıladığını göreceksinizdir. Devlet hastanelerinin neredeyse klasikleşmiş antiseptik kokusundan farklı olan bu koku size, yataklı hizmet veren bir klinik ortamda, bir koğu ortamında, bulunduğunuzu düşündürmelidir. Koridorlar 4 kişinin aynı anda volta atabileceği genişliktedir. Koridora geçtiğinizde ilkin hiç bitmeyecekmiş kadar uzun görünebilir yahut hastane koridoruna yönelik ilk izleniminiz, kalabalık bir sokakta yürüyor hissiyatı oluşturabilir. Koridordakilerle karşılaşmak, hastane ortamının bir kargaşa içerisinde olduğunu düşündürebilir fakat zamanla koridordaki etkileşimlerin düzenlilik alanlarını görmeye başlarsınız. Geniş koridorlardan geçerken volta atan hastalar ile karşılaşma ihtimaliniz yüksektir. Volta atan hastalar, genellikle daha önce aynı tedavi sürecinden geçmiş hastalardır. *Akıl Hastalığını Anlamak* adlı kitabında Mary Applebey, bu durumu doğrular şekilde şöyle der:

Buralarda birkaç yıl yatan hastalar adeta kuruluşun bir parçası haline geldikleri için, esas hastalıklarından daha önde gelen başka bir hastalığa, 'kurumlaşma nevrozu'na yakalanırlar. Örneğin, şizofreni bu durumda, hastane ortamından başka hiçbir yerde yaşayamama psikozuna dönüşebilir. Bu 'kurumlaşma nevrozu' hala hastanelerde uzun yıllar yatmış olan hastalar arasında görülebilir. Bu hastalar her konuya karşı ilgi ve inisiyatiflerini yitirmiş, güçsüz, her şeye boyun eğen kişiler halini almışlardır. Onları hastane koridorlarında ayaklarını sürüyerek dolaşırken görünce hemen tanıyabilirsiniz (Applebey, 1992: 55).

Koridorların sağında ve solunda hasta odaları yer almaktadır. Hemşire ve doktorların odaları da hastaların odaları ile aynı katlarda ve yan yana bulunabilmektedir. Bu odalara ek

olarak psikolog odası, gözlem odası, lavabo ve banyolar eşlik eder. Erkek hastaların bulunduğu Pul Servisi'nde (A Servisi) lavabo ve banyolar odaların içerisinde yer almaktadır. Kadın Servisi'nde (K1) ise lavabo ve banyo ihtiyacı müşterek alanlarda giderilmektedir. Servislerin hiçbirinde banyo ve lavaboların kapıları hastalar tarafından kilitlenemez.

Yataklı servislerde odaların her biri koridora açılmaktadır. Oda kapılarının kilitlenmesi ancak dışarıdan personelin yetkisiyle mümkündür. Öyle ki personel dahi odaları belirli saatlerde kilitleyebilir. Odaların kilitlenmesi, hastaların bahçede meşgul olmalarını teşvik etmektedir. Kilitleme işlemi, yemek saatlerinde düzenli olarak gerçekleşirken olağanüstü durumlarda (örneğin, kargaşa) güvenlik ihtiyacına binaen söz konusu olabilmektedir. Her bir odanın girişinde duvara asılı isim tahtası yer alır. Dört yapraklı yeşil çiçek sembolünün bulunduğu tahtada, oda sakinlerinin isimleri yazılıdır.

Servisler genellikle iki katlıdır. Alt ve üst katlar arasında fiziki açıdan ve hizmet kalitesi bakımından herhangi bir farklılık söz konusu değildir. Fakat bu katlarda kimlerin kalacağı ve katların kullanım şekli ile ilgili olarak meydana gelen bir farklılaşma söz konusudur. Kadın ve erkek bireyler ayrı servislerde gözetim altında bulundurulup tedavi edilmektedirler. Aynı zamanda hastalık durumlarının derecesine göre kendi içlerinde alt ve üst katlarda barınmaktadırlar. Bu farklılaşmayı aynı zamanda Pul Servisi genel sorumlusu olan Dr. Bülent Kadri Gültekin şöyle açıklamaktadır:

B.K.G (Dr): "Alt kat hastaları genellikle daha ağır psikolojik rahatsızlıklar içerisinde olan hastalar iken üst katta iç görüşü daha yüksek hastaların bulunması sağlanıyor. Bu hastanede erkek hastaların psikolojik durumlarının ağırlığı üzerinden iki ayrı servis söz konusudur. Örneğin bazı hastalar kabul işlemiyle beraber doğrudan E Servisi'ne alınıyor.

Tek kriter bu olmasa da buraya alınan hastaların suça eğilimleri daha yüksek denilebilir. Bizim şuanda bulunduğumuz Pul Servisi olarak adlandırılan servis ise (iki erkek servisinden biri) topluma zararlı davranışları açısından daha az riski olan hastaların geldiği servistir. Yine erkek servisi olan E servisinde daha ağır hastalar bulunmaktadır."

Hastalar iyileşme durumlarıyla ilgili olarak ya da personelin müşahedesi sonrası alınan karar ile alt kattan üst kata yerleştirilebilirler. Adeta bir transfer işlemine benzeyen bu durum sonrasında tahtada yazılı isim personel tarafından silinir ve yeni oda sakininin ismine yer verilir. Deliliğin kurumsal idaresinin bir boyutu, hastane yataklarının kısıtlı sayıda olmasıdır. Bu durum, hastanenin kabul ettiği hastalık türünü sınırlandırmaktadır. Sınırlı sayıda hastalık türünün yönetildiği ve şizofreni ile bipolar hastalarının yatışının verildiği servislerin hizmet şartlarını değerlendiren çalışmalara ayrılan fonlar da yetersiz kalmaktadır. Pek çok psikiyatrik hastanın kurumun hizmet şartlarının dışında tutulmaları, yatak kısıtlılığının olumsuz yansımalarını azaltmaya çalışmaktadır. Bu durum güçlü tasarlanmış bir sağlık politikasını gerekli kılmaktadır.

4.1.2. Hastanenin Algısal Niteliği

Akıl hastaneleri, toplumun üyelerinin zihinlerinde yer tutacak niteliklere sahip karakteristik mekânlardır. Cadde ve sokaklardan oluşan serbest alanların olmayışı, yüksek duvarlarla çevrili olması ile güvenli bahçe ve bina tasarımı, yani akıl hastanelerinin yapısal nitelikleri, bu mekânlarda vakit geçiren insanların algılarında nasıl yer etmektedir? Kapalı bir mekân, bu mekanda geçirilen zamanla orantılı olarak zihinde nasıl canlandırılmaktadır? Tekel ve Özalp (2016: 42), "Mekânın Fiziksel ve Algısal Niteliğinin Yürünebilirliğe ve Mekânda Yürümeden Duyulan Memnuniyete Etkisi: Ankara Atatürk Bulvarı Örneği" başlıklı makalelerinde zihinde canlandırmayı "mekânı farklı, hatırlanabilir ve unutulmaz yapan nitelik" olarak ele almaktadır. "Fiziksel elemanlar ve düzenlemeler, farklı duyumlar ve

uzun soluklu etkiler yaratarak mekânı hatırlanabilir kılmaktadır" (Ewing ve diğerleri, akt. Tekel ve Özalp, 2016).

Bir mekân olarak tasavvur edilen Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ni algısal niteliği üzerinden ele aldığımızda, yataklı servislerin mekândan ziyade birer uzam olarak değerlendirilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Michel de Certeau'nun mekân ile uzam arasında kurduğu farklılık dengesi, uzamların etkileşimlere açık, dinamik bir karakteri olmasından ileri gelir.³⁰ Çalışmamızda akıl hastanelerinin toplumsal karakteri, uzamlar üzerinden ele alınacaktır. Fakat bu noktada hastanenin algısal niteliğinin, yataklı servislerden farklı bir karakteri olduğu söylenmelidir. Buradan hareketle algısal niteliği, mekân tasarımının ön planda olduğu servisler üzerinden ele almanın daha doğru olacağı kanaati oluşmaktadır. E.R.S.H. Hastanesi Bahar Servisi, tasarımıyla yataklı servislerden farklılaşan ve mekanın kullanılma biçimi doğrultusunda etkinliklerin de farklılaştığı servis olduğu için, farklı bir rehabilitasyon modeli sunmaktadır.

Diğer yataklı servislerden farklı olarak Bahar Servisi, hastaların münferit faaliyetlerle meşgul olmalarının sağlanması üzerine düzenlenmiştir. Bahar Servisi'nin mekân düzenlemesi, hastaların çalışma terapisi içerisinde olmalarına imkân sağlamaktadır. Bahçesinden geçerek binasına ulaşıldığında gerek koku açısından gerek mimarî tasarım ve iç dizayn açısından diğer servislerden farklı olduğu görülür. Bağımlılık tedavisi gören bireyleri sanatsal etkinliklere yönlendiren bu serviste, hastaların bahçede volta atmak yerine toprağı ekip biçtiği, boyama yaptığı, özel günlerde kendilerinin dâhil olduğu etkinlikler hazırladıkları görülür. Bu servisteki hastalar buradaki meşguliyetleri aracılığıyla şahsi yaşamlarındaki dertleri unuttuklarını, hatta öyle ki yeniden insan olduklarını ifade

³⁰ Bkz. Michel de Certeau, *Gündelik Hayatın Keşfi: Eylem, Uygulama, Üretim Sanatları*, içinde Uzam Uygulamaları. (2009) s. 185-237.

ederler. Bahar Servisi'nin tanıtıldığı Youtube videosunda konuşan hastaların söylemleri, servisin algısal niteliğine içkin olumlu düşünceleri yansıtmaktadır (Erenköy Ruh ve sinir Hastalıkları Hastanesi 2018).³¹ Bu videodaki hasta söylemlerinden bazılarına yer verdiğimiz alıntılarda hasta isimleri verilmemiş olup H1,H2, H3 vd olarak; erkek hastaların cinsiyetleri ise (e) olarak kodlanmıştır:

H1 (e): BAHAR, hayatımda beni değiştirdi diyebilirim bi kere baştan yani ben kendimi kazandım bu çok önemli bi nokta çünkü ben kendimden gerçekten haberim yoktu.

H2 (e): Ben,ııı, niye alkol kullanıyorum diye alkol kullandığım oldu yani o kadar içselleşmiş ki ııı buna üzülerek bile alkol kullandığım oldu o zaman o benim için imdat çağrısı oluyo hastaneye başvuruyorum.

H3 (e): Çok gururlanıyorum yani böyle bir yer olduğu için çok gururlanıyorum nerdeyse evi taşıycam bu tarafa (h) yani buraya çok şey bağlıyorum hani çok sanki bir evim gibi gidip gelmeye çalışıyorum.

H4 (e): İnsan gibi hissediyorum işte ne biliyim hani bi değeri olan dünyada bir hacmi olan bi yer kaplayan şey faydası olan ve de hani geleceğe dair hala bişeyler yapabilecek olan bi insan gibi hissetmeye başladım.

Yine hastanenin algısal niteliği, yataklı hizmet almayan fakat hastane ortamında vakit geçirenler olarak hasta yakınları (ziyaretçiler) açısından incelendiğinde, birtakım örüntüler içermektedir. Hastaneye yatırılmayı takip eden günlerde akrabalar da bu yeni dünyaya

³¹ Hasta konuşmalarının olduğu video kaydı için bkz: <https://www.youtube.com/watch?v=dgacsNQ78bo>

dâhil olurlar. Yakınlarını hastane ortamına yerleştirme esnasında ilkin hastanenin fizikî yapısını değerlendirme altına alan yakınlar, ancak ve ancak sonraki ziyaretlerinde hastane ortamındaki etkileşimlere odaklanırlar. İçlerinden bazıları bu etkileşimleri düzenlemek için ahbablık oluşumuna müdahale edebilir; hasta-personel arasındaki etkileşimin olumlu seyretmesini sağlamaya yönelik atabilir yahut kaçınma davranışı sergileyerek pasif bir kabulleniş içerisine girebilir. Hasta yakınlarının çoğunluğu, hastalarının dostça karşılanmalarını umarlar. Dolayısıyla bazı yakınlar, ilk aşamada hasta adına bir sunum gerçekleştirmeye koyulurlar. Hastane ortamında karşılaştıkları olumsuzlukları dile getirmek yerine olumlayıcı bir rol sergileyebilirler.

Bu durumu çalışmamızdan bir örnekle tasvir etmek gerekirse; yakınına hastaneye yerleştirme aşamasında olan bir hasta yakını, daha önce yerleşmiş olan bir başka hastanın yakını ile şöyle söyleşmektedir (Hasta yakınları HY harfleri ile kodlanmıştır):

HY1: Halı yokmuş yaa ben vardır diye düşünmüştüm ama

HY2: Aynen biz de göremedik doktorlara söylemek lazım aslında

HY1: Yok yok şimdi doktora söylesek tepki çeker boşver bir tek bizim ki mi burda herkesin ailesi var göze batmayalım ilk günden

HY2: Bizimki 6 gün oldu da dediğiniz doğru ama

(sessizlik)

HY2: İşte bizimkinin bir şeyi de yok bir kez bayıldı sadece sonra buraya getirdik yakında çıkar halı da olmasın zaten

HY1: Aynen zaten kaç gün kalacak ki şunun şurasında

Hasta ve yakınlarının hastane ortamında karşılaştıkları sorunların hastanenin algısal niteliği ile ilgili bir durum, bırakma ve edinme ile ilgilidir. Hastane ortamında hangi ihtiyaçların

hâsıl olduğu, hastaneyi daha önce görmeyenler için muğlak bir durumdur. Aynı zamanda yakınlarını ilk defa hastaneye getirenler, hangi eşyaların alımına izin verildiğine yönelik bilgiye sahip olmayabilirler. Jilet, çakmak ve poşet gibi eşyalar, güvenlik görevlisinin el koymasıyla hasta yakınları ile geri gönderilir. Bununla birlikte yakınlar hastane ortamındaki ihtiyaçların ne ölçüde olacağını kestiremediği zaman gereğinden fazla eşya ile hastane kapısına gelebilir. Hastane ortamında fazla eşyanın hırsızlık ihtimaline kapı araladığını ancak sonraki geliş-gidişlerinde, başkalarının tecrübelerinin aktarımı ile öğrenebilirler. Ancak hasta yakını, bu konu hakkında bilgi sahibi olan diğer hasta yakınları ile tesadüfen karşılaşır ve bir diyalog içerisine girerse, yeterince eşyayı hastanede bırakıp fazlalıkları tekrar götürebilir. Bunun yanı sıra hasta bakıcı, bazı durumlarda bu hususta bilgi sağlayabilmektedir. Hastanede geçirilecek günler ile ilgili gerekli ilk açıklamalar, sözgelimi tüyolar için personel arasından hasta bakıcı ile yakınlık kurulmaktadır. Hastanede neye ihtiyaç duyulacağı, hastaya ne kadar para bırakılmasının uygun olduğuna yönelik hasta bakıcı kısa bir konuşma yapabilmektedir. Yine de bu açıklamalar hastane ortamını tanımaya yetmeyecektir. Hastanın, duvarlarla çevrili bir alanda zaman geçireceği hesaba katıldığında fazla paraya ihtiyacı olmayacağı düşünülür. Fakat zamanla hastaların asgari para tüketiminin günlük 30-35 Türk Lirası, haftalık ise ortalama 200 Türk Lirası civarlarında olduğu görülebilmektedir.

Hastane koridorunda kimle karşılaşılacağı hasta yakınları açısından önemli bir meseledir. Yakınlarını nasıl bir fizikî ortama bıraktıklarını inceleyen hasta yakınlarını ilgilendiren durumlardan biri, hastalarını kime emanet ettiklerini bilmeleriyle ilgilidir. Personelden hangisinin ne ile vazifeli olduğunu, hastalara nasıl bir muamelede bulunuyor olduklarını merak ederler. Buradan hareketle personelle daha ilk günden tanışarak bu merak giderilmek istenir. Kimi hasta yakınları bu tanışıklıkları hastanın sahipsiz olmadığını ifade

etmek için gerçekleştirebilmektedir. Hasta yakını, personel arasında hastalarla en yakın ilişkili olan ve en sık temas kuran kişilerin hemşireler olduğunu görecektir. Hastaneye yatırma aşamasında hasta bakıcıya duyulan ihtiyaca benzer biçimde hasta yakınının ilgisi zamanla hemşirelere yönelir. Doktorlarla muhatap olmak ve hastalarına nasıl bir tedavi uygulanacağını bilmek isteyen hasta yakınları, doktorların koridorda görünme sıklığının az olması sebebiyle bu endişelerini hemşirelere aktarabilmektedirler. Oysa yakınların doktorlar ile gerçekleştireceği görüşme, hastane ortamına yönelik kuşkuların giderilmesinde en olumlu etkisi olan görüşme türüdür. Tedaviyi yürüttüğü ve hastanın her anından haberdar olduğu düşünüldüğü için hasta yakını açısından doktorlar, hastanenin baş mümessilleri, ehil kimselerdir.

Hasta yakınları zamanla hemşirelerin gerek hastaların ilaçlarını takip etmek gerekse her anlarını gözetlemek gibi hizmetlerde bulunduğunu görürler. Hemşirelerin hastalara yönelik nazik ve tutarlı davranışları, hasta yakınlarının bakış açısında onları ehil kimseler haline getirir. Doktorla görüşmek isteyen ziyaretçiler zamanla bu isteklerini azaltırlar ve endişeleri azalan hasta yakınları, yakınlarının durumu hakkında hemşirelerden bilgi almayı yeterli görmeye başlarlar. Bu durum ziyaretçilerin yine de hastaları hakkındaki bilgileri bir doktordan alma talebini ortadan kaldırmaz. Yaşanan değişim, doktora ulaşımın sağlanmadığı durumlarda yaşanan memnuniyetsizliğin azalmasıyla ilgilidir.

Psikolojik rehabilitasyon amacıyla başvuru alan hastanenin algısal niteliğini karakterize eden yüzlerden biri, koridorda karşılaşılması güç olan personel, psikologdur. Hasta yakınları psikologla hastanenin her alanında karşılaşabilecekleri ve hastaları hakkında onlardan bilgi alabilecekleri düşünebilirler. Fakat bu beklenti karşılanmadığı için ziyaretçiler hastane hizmetlerini yetersiz bulabilir ve hastaların başıboş bırakıldığını düşünebilirler.

Çalışmamızda on hasta yakınından dokuzunun psikologların hastanedeki vazifesini, hastaların rehabilitasyonu ile ilişkilendirerek tanımladığı görülmüştür. Bir hasta yakını ise bir fikri olmadığını beyan ederek "Bilmiyorum" yanıtını vermiştir. Bu durumla ilgili hasta yakınlarıyla gerçekleşen yapılandırılmamış görüşmelerden elde edilen söylem örneklerinden bazıları şu şekildedir(Hasta yakınları HY, görüşmeci G harfleri ile kodlanmıştır):

HY1: Ne psikolog var ne bişey nası bi yere geldik biz ya

G: Neden öyle dediniz

HY1: Bir hafta oldu çocuğumla daha gelip kimse konuşmamış dedim psikolog yok mu var anne diyor ama derdini anlatacağı kimse yok ki çocuğun nerde bunlar duvarların içinde mi yaşıyorlar

Akıl hastanesi psikoloğunun görev tanımını "hastalarla konuşma" üzerinden değerlendiren hasta yakınıyla ilgili bir başka örnek, hemşire ile aralarında geçen şu diyalog üzerinden takip edilebilir (Hemşire, Hm harfleri ile kodlanmıştır):

HY2: İşte ben de diyorum ki tamam ilaçlar vesaire tamam valla ne güzel bişey söylemiyorum ama yaani ıı hani sonuçta iyiliği için burda ya hani kimse bi sormayacak mı senin derdini mesela neler oldu mesela yani ne oldu işte ne biliyim ne geçti başından diye

Hm: Hanfendi zaten doktorlarıyla görüşüyorlar merak etmeyin siz görmüyorsunuz ama doktorları ilgileniyor

HY2: Yok ben psikolog için dedim onu hani bazen öyle olur ya için bulan bulanır ama bunalır gidip anlatmak istersin yok mu öyle bi psikoloğu buranın bize var denildi

Hastane psikologları gözlemlerini odalarının içerisinde gerçekleştirmektedirler yahut gözlemleri önceden tutulmuş raporlar ve hemşirelerin verdiği bilgiler üzerinden hazır olarak kendilerine sunulmaktadır. Psikoloğun gözlemlerinin hazır olması, onun hastane ortamındaki birçok etkileşimsel durumu gözden kaçırmaya neden olabilir. Koridorlarda gözlem yapmayan ve hastalar arasına karışmayan psikolog, hastalar arası etkileşimlerden haberdar olmayarak hastaların ruhsal iyi oluşlarının sosyal boyutlarını değerlendirme altına alamayabilir. Görev tanımında yer almamasına karşın, ilgili testleri uygulamaya yönelik eylem alanının aksine hastane psikoloğu, gerek hastalar gerek ziyaretçilerin bakış açısında sorunların aktarıldığı ve rehabilite edilme sürecinin paylaşıldığı kişi olarak yer almaktadır. Psikoloğun hastane programına ve görev tanımına tabii kalması, günlük programda yer alan etkinlik haricinde hastalarla herhangi bir etkileşime girmemesi, hasta ve yakınlarının hastane ortamına yönelik değerlendirmelerinde önemli bir ölçüt olarak yer almaktadır.

4.2. HASTA UZAMI

Bu başlık altında hastane ortamının toplumsal karakteri, hasta bakış açısıyla ele alınacaktır. Hasta uzamından örnekler vereceğimiz bu bölümde hastaların, hastane ortamında deliliği nasıl idare ettikleri ortaya konulacaktır. Hasta uzamı, sembolik ve ilişkisel uzamdan müteşekkildir. Dolayısıyla hastaların, hastane ortamındaki olaylara yükledikleri anlamlar, yine bu anlamların hastane ortamında hangi işlevi yerine getirdiğinin deşifre edilmesiyle açıklanabilir. Çalışmanın bu bölümünde hastaların kendi durumları ve hastane ortamını değerlendirirken ortaya çıkan nedensel atıflar ve yüklemeler incelenecektir. Hastane ortamındaki statüye dayalı rol farklılaşması ve gruplaşmalar örneklendirilerek tartışılacaktır. Hastalık kariyerinin aşamaları, hasta aklı ile tasnif ve yükleme süreçleri üzerinden ele alınacak; böylece hasta tarafından başlatılan hastalar arası temas girişimlerinin incelenmesiyle "hasta uzamının" etnografisi ortaya çıkarılacaktır.

Akıl hastaneleri, her ne kadar bireyin sivil yaşamdan tecrit edilmesiyle sonuçlanan bir anlaşılmaya ev sahipliği yapıyor olsalar da toplanma mekânı özelliği göstermeleri bakımından yüz yüze etkileşimin yoğunlaştığı yerlerdir. Hastalar açısından akıl hastanesi, yoğun sosyalleşme sürecinin başladığı yerdir. Akıl hastası, içerisinde bulunduğu durumları hastanenin biçimlendirmesiyle, -mekânın tesiri altında- kavramaya başlar. Onu bu yeni dünyaya getiren nedenlerin sonuçları ile ancak -ödül ve cezanın yeri olan- hastane ortamında yüzleşir. Yeni bir mekânda yeni algılar içerisine giren ve "klinik vaka" olarak karşılanan birey, olaylara nasıl tepki vereceği hususunda bir karmaşa içerisine girer. Burada karşılaştığı diğer hastalar yani "ötekiler", kendisinin kim olduğunu ona yansıtacak görünümeler sunar. Bu durum karşısında muhtemel tepkileri; hüsrana uğramak, gözden düştüğünü düşünmek, suçluluk hissetmek, iftiraya maruz kalmak ve haksızlığa uğradığını iddia etmek olacaktır. "Çünkü bu ötekiler, sadece alenen damgalı olmakla kalmayıp, yani normal bildiği kendisinden farklı olmayıp aynı zamanda kendisine yakıştırmakta güçlük çekeceği niteliklere de sahip kişilerdir" (Goffman, 2014: 71). Hasta, hastane ortamında başkalarının kendisi üzerindeki tesirini gözetler ve kendini kalabalıkların arasında olan bir birey olarak değerlendirir. Dolayısıyla hastane ortamındaki etkileşimleri hasta uzamında incelemekle, hasta topluluğunun mikro incelemesinde bulunulacak ve akıl hastalarının ahlaki kariyeri bir süreç olarak serimlenecektir.

Hastane aşamasında birey, bir grup üzerinden tanımlandığının farkına varır. Bu farkındalık, bireyin geldiği dünyadaki sosyal ortamdan ve orada olan bitenden farklı ritüellere sahiptir. Sosyal temsilde yer alan hasta, deli veya illetli gibi atıflara karşı göstereceği muhtemel tepki ile hasta atfını grup düzeyinde nasıl karşılayacağı bu noktada farklılaşmaktadır. Hastane aşamasında birey, davranışları üzerinde ayarlamalarda

bulunduğu dünyadan, kimliğe yönelik atıfları haksız çıkarmak adına farklı toplumsal durumların içerisine girer. Bu durum, hastane ortamının toplumsal karakteri kadar mekânsal organizasyonu ile de ilgilidir. Hasta bireyin karşılaştığı sosyal gerçeklik, kurumsal bir mekân içerisinde olma bilincini içerir. Bayızıtlioğlu (2009), şöyle der: "İnsan-mekân etkileşimi başladığında, insan-mekân etkileşim sisteminin algı-biliş-davranış mekanizmasının işbirliği sonucunda birtakım yeni davranış özellikleri ortaya çıkmaktadır. Mekân ve insan kimliğinin oluşumunda önemli olan bu özellikler, mahremiyet, kişiselleştirme, kişisel mekân, egemenlik alanı, kulis davranışı ve yönelme davranışlarıdır" (akt. Poyraz, 2015: 31). Hasta ve mekân olarak hastane etkileşimi de aynı şekilde hastanın davranışlarını yeni ayarlamalara uğratar. Goffman'ın "akıl hastasının ahlaki kariyeri" olarak tanımladığı bu sosyal süreç, hastaneye kapatmaya giden yoldaki toplumsal anlaşma üzerinde yükselir. Bu anlaşma, kişileri akıl hastanelerine getirecek sürecin mimarı olan şikâyet eylemi ile başlar. "Bu, hastanın akıl hastalığının psikolojik başlangıcını nereye konumlandığına bakılmaksızın hastanın kariyerinin *toplumsal* başlangıcı olarak kabul edilir" (Goffman, 2015: 148).

Kariyer (*career*), *Sosyoloji Sözlüğü*'nde "Bireylerin çalışma yaşamı boyunca üstlendikleri mesleki rollerin, prestij artışı ve diğer ödülleri de kapsayan, ama aşağı doğru mesleki ve toplumsal mobilitayı de dışlamayan belli bir seyir izleyişi"³² olarak tanımlanmaktadır. Kavram, ilk anlamlarının "kesintisiz etkinlik" ile ilişkili olduğunu öne süren Raymond Williams'ın *Anahtar Sözcükler*'inde şöyle ele alınır:

19. yüzyılın ortalarından itibaren sözcük meslekteki ilerlemeyi, sonra da mesleğin kendisini anlatmaya başlar. Bu noktada, özellikle 20. yüzyılda, **career** WORK, LABOUR [iş, emek] (bkz. bu maddeler) ve özellikle *job*'ın [iş] başlıca örneklerini oluşturduğu bir grup sözcükten ayrılmaz hale gelir. **Career** hâlâ politikacılar ve

³² Gordon Marshall, *Sosyoloji Sözlüğü* (çev. Osman Akınhay, Derya Kömürcü) Ankara (1999). Bilim ve Sanat Yayınları.

eğlence işindekileri anlatmak üzere soyut ve parlak bir anlamda kullanılıyor, ama daha genel olarak, bilinçli ve bilinçsiz bir sınıf ayrımıyla, üstü örtülü bir ilerleme vaadi içeren işleri dile getiriyor. Açıkça içeride gelişme olanağı olan işleri - devlet memurluğu kariyeri -anlatmak için yayın biçimde kullanıldıysa da, artık rağbet gören, arzu edilir ya da gurur duyulan uğraşları kapsıyor- 'kömür madenciliği kariyeri'. **Career** artık her zaman terfi ya da ilerlemeyi olmasa bile sürekliliği ima ediyor genellikle (2018: 65).

Mezkûr kavramın sosyolojik perspektifle ele alınmasının tarihi, Chicago Okulu'nun meslek araştırmaları ile başlar. Sembolik etkileşimci sosyologlar kavrama "kariyer sapması" ifadesi ile yön vermişlerdir. Daha sonra Howard S. Becker (2013a), aynı kavramı *Hariciler'e (Outsiders, 1963)* taşıyarak "marihuana içicisi olmak" yolundaki süreçleri tanımlarken alımlamıştır. Kariyer terimi daha sonra Erving Goffman'ın literatürüne girmiştir. Kavramı, *Tımarhaneler'de* "akıl hastasının ahlaki kariyeri" ifadesiyle alımlayan Goffman, kavrama S. Becker gibi aşama ve süreç anlamı atfetmiştir. Goffman ahlaki kariyer (*moral career*) terimi ile hastaları, hastaneye yatış öncesi, yatırılma aşaması ve yatış sonrası olarak üç aşamada tasnif etmiştir. Goffman'ın kariyer teriminin özgünlüğü, bu terimi kurumların tesiri altındaki bireyin benliğinde meydana gelen değişimi açıklamada kullanılmasında ortaya çıkar. Goffman bu kavramla hastane ortamının sivil benliğe nasıl yerleştiğini ve böylece hastalarda yeni bir kimlik oluşumunun nasıl gerçekleştiğini ortaya koymaktaydı.

Kariyer teriminin sosyal bilimciler tarafından alımlanma biçimlerini mukayese ederken Gordon Marshall şöyle der:

Kariyerleri konu alan çalışmalardaki amaç, belli bir eylem yönünde ilerlemeye devam eden bir insanın önündeki tekrarlanan ya da tipik ihtimalleri ve problemleri açığa çıkarmaktır. Bir insanın belli bir değişim yolunda tekrar tekrar

karşılaştığı uyum problemlerinin (örneğin, bir öğrenci, doktor aşamaları) önceden görülebileceği nesnel kariyer çizgisi ile insanların belli değişimler geçirerek yöneldikleri öznel kariyer ya da yorumlayıcı edimler arasında bir karşıtlık kurulmalıdır. Goffman *Timarhaneler*'de, kariyer kavramının değerinin iki yönünün bulunduğu, 'bir yön, benlik imgesi ve hissedilen kimlik gibi mahrem ve yakın olarak görülen içsel olaylara bağlıyken, diğer yönün resmi konumla, hukuksal ilişkilerle ve yaşam tarzıyla ilgilendiğinde, kamusal düzlemde ulaşılabilir kurumsal yapının bir parçası olduğu'nda ısrar ederek, bu karşıtlığa ışık tutmuştur (1999: 386-387).

Kariyer terimi için Goffman (2015: 139), "(...) bir kişinin hayatı boyunca izlediği yolun herhangi bir toplumsal anlaşmasına gönderme yapmak için de kullanılır" der. Goffman burada kariyeri, benliğin kurumsal olarak ele alınması gerekliliğiyle değerlendirir. Akıl hastasının kariyerinin iki boyutundan söz eder. "Kavramın bir yönü, benlik imgesi ve kabul edilen kimlik gibi, değer verilen ve sıkı sıkıya kavranan iç meselelerle ilişkilidir. Diğer yönü ise resmî konumla, yasal ilişkilerle ve yaşam tarzıyla ilgilidir ve herkesin erişebildiği kurumsal kompleksin bir parçasıdır." (Goffman, 2015: 139). Dolayısıyla hastalık kariyeri, psikolojik süreçlerden ziyade kişi ile kurum arasındaki etkileşimleri işaret eder ve incelendiğinde kurumsal kimlik ile toplumsal benlik arasındaki sürecin ayrıntılarını gösterir.

4.2.1. Hasta Uzamında Nedensellik Yükleme (*Attribution*) Süreçleri

Gündelik yaşamı idare ederken deneyimlerimizin zaman ve mekânda neye tekabül ettiğini, davranışlarımızın sonuçlarının niçin o şekilde geliştiğini ya da karşılaştığımız olaylarda insanların neden o türden bir davranış biçimini tercih ettiğini sorgularız. Bu sorgulama etrafında olaylara yönelik bir kavrayışın içerisine girer, dünyada olan bitene nedenler atfederiz. Delilik olgusunun nasıllığına yönelerek incelemede bulunmanın bizi getirdiği

noktalardan biri "neden?" sorusudur. Bu soru, varoluşsal meraklarla ortaya konulan "bir şeyin nedeni" olmaktan çok; ilişkiler ağında ortaya çıkan ve deneyimin nedenlerine yönelen bir sorudur. Nedensellik üzerine kapsamlı ve önemli çalışmaları olan Stephen Kern, düşünce sistemlerini incelediği *Nedenselliğin Kültürel Tarihi* adlı kitabında şöyle der: "Bütün soruların gerisinde yatan sorudur insan deneyiminin 'neden?'i. Yeni doğanın zihni, elini uzatma ile insan dokunuşu, ağlama ile annenin teskin edici sesi, emme ile açlığı giderme arasındaki nedensel bağlara dair ilksel bir fikir edinmeye çabalar el yordamıyla. Çocukları, hayatı anlama çabalarına eşlik eden 'neden?' sorularına sevk eden de nedensel soruşturmadır" (2008: 11). İnsanlar, bulundukları yer ve zaman diliminde nasıl davranacaklarını ve neyin uygun olduğunu da nedensellik yüklemelerinin onlara kazandırdığı kavrayış aracılığıyla edinirler.

Sosyal dünyaya yönelik algılarımızın nedensel çıkarımlardan müteşekkil olması kuramcıları, hepimizin birer naif psikolog olduğu düşüncesine götürmüştür. Bu düşüncenin mimarı Fritz Heider (1958) insanların, davranışlara yönelik nedensel açıklamalarda bulunan ve onları tertip ederek üst açıklamalara taşıyan; böylece eylemlerinin kaynağını nedensel açıklamalardan alan naif psikologlar olduğunu iddia ediyordu (Hogg ve Vaughan, 2011). Heider naif psikoloji kuramını genişleterek literatürde "atıf kuramı" olarak da yer alan "yükleme teorisi"ni (*attribution theory*) ortaya koydu. "Attiribution (Anlam yükleme, Katkı) Teorisi, insan aktivitelerinin çok geniş bir alanını, ürününü, süreç ve davranışlarını kapsayan nedensel çıkarımlar üzerine kurulmuştur. Katkı teorisi bireyin düşünceleri, davranışları, tutum ve değerleri nasıl ilişkilendirdiği ve olayları nasıl yorumladığı ile ilgilenmektedir" (Duman, bt: 1) ³³Yükleme kuramlarının şekillenmesinde öncülük eden Heider, teorisini üç düzlemde temellendirdi. Hasta davranışlarını açıklamadaki önemine

³³ Duman, B. "Attribution Theory (Katkı=Anlam Yüklemeye Teorisinin) Öğrenme-Öğretme Sürecinde Öğrencilerin Öğrenilmiş Çaresizliği " Üzerindeki Etkisi.

Alıntılanan kaynak: <https://www.pegem.net/dosyalar/dokuman/436.pdf>

binaen alıntıladığımız uzun pasajda Hogg ve Vaughan, Heider'in teorisini şöyle değerlendirmektedir:

1) Davranışlarımızın rastgele olmaktan çok güdülenmiş olduğunu düşündüğümüz için, başkalarının davranışlarını bir sebep bulmaya (onları güdüleyen şeyleri keşfetmeye) çalışırız. Sebep bulma çabası insan düşüncesine bütünüyle nüfuz eden bir çabadır, gerçekte neden-sonuç ilişkisine başvurmadan bir şey üzerinde yorumda bulunmak ya da onu açıklamak güçtür. Heider ve Simmel (1944) parlak bir deney yaparak bunu kanıtladılar: Bu deneyde kendilerinden soyut geometrik figürlerin hareketlerini betimlemeleri istenen kişiler, bunları belli şekillerde davranmaya niyetli insanlarmış gibi betimlediler. Günümüzde aynı görüntüyü video ve bilgisayar oyunlarında bulabiliyoruz: Kişiler oldukça duygusal insani güdülerini bu oyunlardaki cansız figürlere atfedebilmektedirler. İnsanların nedensel açıklamalara duyduğu yaygın ihtiyaç kendisini, belki de en güçlü biçimde, neredeyse bütün toplumların bir kökel mit, yaşamın kökeni ve anlamına dair bir açıklama -örneğin din-, inşa etmelerinde göstermektedir.

2) Çevreyi kontrol ve tahmin edebilmek için nedensel kuramlar inşa etmemiz, etrafımızdaki dünyanın istikrarlı ve kalıcı özelliklerini bulmaya çalışmamızı da beraberinde getirir. Davranışlara yol açan kişilik özelliklerini ve kalıcı becerileri ya da durumların istikrar taşıyan özelliklerini keşfetmeye çalışırız.

3) Davranışlara nedenler yüklerken kişisel faktörler (örneğin, kişilik, yetenek) ile çevresel faktörleri (örneğin, durumlar, toplumsal baskı) birbirinden ayırt ederiz. Kişisel faktörler **içsel yükleme** ya da **kişisel özelliklere yükleme**, çevresel faktörler ise **dışsal yükleme** ya da **durumsal yükleme** örnekleridir. Dolayısıyla, örneğin bir partide tanıştığınız ve size soğuk ve mesafeli gelen birinin gerçekten de soğuk ve mesafeli biri mi olduğu, yoksa o geceki partiden hoşlanmadığı için mi öyle davrandığını bilmek yararlı olabilir. Heider içsel nedenlerin ya da

niyetlerin örtbas edilmelerinden dolayı, bizim onların varlığını, ortada apaçık hiçbir dışsal neden yoksa, ancak çıkarım yoluyla bulabileceğimize inanıyordu. Ne var ki, aşağıda da göreceğimiz gibi, insanlar, dışsal nedenselliğe yönelik kanıtlarla karşılaşsalar bile içsel yüklemeleri dışsal yüklemelere tercih etme eğilimi taşımaktadırlar. Görünen o ki, bizler, davranışı kolayca insanların istikrarlı özelliklerini yüklemekteyiz. Örneğin Scherer (1978), insanların hiç tanımadıkları kişilerin köklü kişilik özellikleri hakkında, sırf onların telefonda işittikleri seslerine dayanarak tahminde bulunduklarını bulguladı (2011: 105-106, vurgu yazarlara ait).

Hogg ve Vaughan'ın bu toparlayıcı anlatımına dayanarak hastane ortamının toplumsal karakterinin, belirtilen üç düzlem olan hayatın anlamına yönelik nedenselleştirmeler, çevreyi kontrol edebilmek için dünyanın istikrarlı ve kalıcı örüntülerini keşfetme, davranışlara neden bulurken kişisel faktörlerden mi yoksa belirli durumlardan mı kaynaklanıyor olduğunu ayırt edebilmeye imkan sağladığını ve hastanede bu üç düzlemi de işaret edecek biçimde nedensel yüklemelerin olduğunu belirtmek gerekir.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde elde ettiğimiz hasta konuşmalarından bir kesit, Heider'in atıf kuramının birinci düzlemi olan hayatın anlamına yönelik nedensel açıklamalar ile durumsal olarak örtüşmektedir. Yönelttiğimiz "Neden buradasın?" açık uçlu sorusu üzerine hastadan gelen yanıtta nedensel inşa söylem örneği şu şekildedir:

T, (28, e): Yaani sonuçta burası da allahın dünyasının bi yeri haa öyle bakcan olaya ben buraya gelmeseydim M.yi görmeyecektim ha o da beni görmeyecekti tevafuk mu diyolar ha tesadüf değil ama ıı yook gerçekten bakın tesadüf değil efendime söyleyim sonra ne biliyim işte bakın şu ilerde ha pardon o değil mii yok ya oymuş ilerde F. abi var bakın güvenliğin yanında duran ha onun mesela zorlu bi hayatı olmuş anlatabiliyo muyum bana diyo ki sen buraya gelmeseydin ben bi daha ne gülerdiim ne ıı efendime söyleyim ne bişey yapardım işte şu hayatta işte kader mi

şans mı artık bilmiyorum da kesinlikle bi iş var ki biz buradayız anlatabildim mi
yani

Hasta, hastanede bulunma durumuna yönelik nedensel inşasını rastlantıdan ziyade olayların kendi kudreti dışında cereyan etmesi üzerinden gerçekleştirmektedir. Hastanın bu açıklamasının yapısal işlevi, hastane yaşamına anlam yüklemek iken etkileşimsel açıdan değerlendirildiğinde söylemin işlevi, hastanın hastanede bulunma durumunda iradesini tam anlamıyla ortaya koyamamış olmasını kabul edilebilir bir noktaya çekmektir. Zira "tevafuk" açıklamaları, açıklama yapılan ortamda kolaylıkla kabul gören ve hemen hemen hiçbir zaman ardı soruşturulmayan türden açıklamalardır. Söylem, soyut içerik açısından zengin olsa da söylemin ortaya çıktığı durum ve çevre etkileşimi açısından değerlendirildiğinde makul bir nedensel inşa olduğu düşünülmektedir. Zira bu açıklamanın akabinde sorduğumuz "Kim istedi?" sorusuna verdiği yanıtla hastaneye kendi isteğiyle gelmediği açığa çıkmaktadır.

T, (28, e): Valla ben başta istemedim bizimkiler hani eşim olsun ablalarım olsun çok konuştular ikna falan işte hani ı efendime söyleyim sonra bir anda buraya geldik işte

Yine hastane ortamında hastalar arasındaki konuşmalardan elde ettiğimiz şu söylem ise Heider'in kuramının ikinci düzlemi olan çevreyi kontrol etmeye yönelik nedensel inşaları destekler niteliktedir. Hastalardan bazıları hastane ortamının genel prensiplerini gözlem yoluyla kavramaya çalışırlar. Bu durum, hastane içerisindeki yasaklamaların ve hastane yaşamına yönelik ortak kuralların soruşturulması ve istikrarlı yönlerinin araştırılmasına müteakiptir. Hasta bu şekilde oluşturduğu nedensel inşalar aracılığıyla çevredeki kontrol alanını genişletir. Bir önceki atıf türü ile mukayese edildiğinde hastaların bu tarz atıfta bulunmaları, hastane yaşamıyla ilgili daha cesur nedensel çıkarımlarda bulunmalarının

önünü açar. Hastane içerisinde kullanımı yasak olan çakmak üzerine bir hasta grubunun diyalogu şu şekildedir:

A. (24, e): Aabi ben anlamıyorum bunun şeyi ne yani olayı nedir ki ne sonuçta güvenlikten istiyosun veriyö hemen e o zaman hepimizi niye o kadar aşşaa indiriyolar

Y. (32, e): Kardeşim herhalde onlar da biliyodur bunun saçma olduğunu

A (24, e): Biliyolar mıdır hahha biliyolar mıdır gerçekten M. abi allah aşkına sen söyle

M (43, e): Ya bence bilmiyolardır da Y. de haklı şimdi o kadar da gereksiz değildir sonuçta yangın çıkabilir ya da ne biliyim herkes sen ben gibi mi burda oğlum biri bi delilik yapar çakmakla birini yakar al sana sebep işte

A (24, e): Doğru diyosun abi de o zaman niye arada güvenlikten çakmak alabiliyöz herkese yasak olsun o zaman bi de zaten taa yemekhanenin orda bahçeye koysalarmış o zaman

Y (32, e): Yemekten sonra daha bi keyifle tütürelim diye haha

M (43, e): Haha adamlar bizim konforumuzu düşünüyö diyeymiş resmen haha

Heider'in kuramının üçüncü düzlemi olan davranışlara yönelik içsel veya dışsal yüklemelerle ilgili olarak, iki hasta arasındaki konuşmalardan elde ettiğimiz şu söylem örneklilik teşkil etmektedir:

E (k): Valla ben de anlamadım abla sen daha iyi bilirsin ben tanımıyorum o grubu

F (k): Ben de çok bilmiyorum ama niye öyle davrandığını da anlayamadım hiç yapmazdı

E (k): Alt kattan mı o ondan mı öyle yapıyo acaba

F (k): Niye ki

E (k): Yani bilmiyorum şizofren falansa ay allah korusun piskopattır falan

F (k): Yok kız öyle bişeyi olmadı hiç bugün morali bozuk heralde ziyaretçisi falan
bişey mi dedi naptı

Buradaki hasta söylemleri yapısal açıdan değerlendirildiğinde bir diğer hastanın davranış düzeyinde değerlendirildiği ve bu değerlendirmenin kişisel ve durumsal faktörler etrafında gerçekleştiği görülmektedir. Hastaların diğer hastanın mesafeli tavrını duruma yönelik açıklamalar aracılığıyla betimlemeleri alt katın hastası olmak üzerinden gerçekleşmektedir. Bu durumun etkileşimsel işlevi hastane mekânının tesiri altında olmayla birebir ilişkilidir. Alt katın hastası olmak, ağır psikolojik ruhsal yaşantıyla özdeşleştirilmiştir. Dolayısıyla yukarıdaki söylem, hastalar arasındaki münasebetlerin yine hastalar tarafından yorumlanmasında alt kat-üst kat hastası olmanın önemli bir referans olduğuna işaret etmektedir.

4.2.1.1. Hastalık Mesleği

Akıl hastası, hastane koşullarına yönelik getirdiği nedensel açıklamalar ile hastane ortamında kişisel denetim imkânı elde eder. Nedensellik süreçleri hastaya yeni roller atfeder. Bunlardan bir tanesi, "deliliğin idaresine katılma" rolüdür. Çalışmamızda mezkûr rol, deliliğin oto-idaresi (*self governance*) olarak adlandırılmıştır. Hastaların içerisinde bulundukları duruma yönelik kendi katkılarının ve hastanede hasta olarak bulunma sürecine bizatihi katılım göstermelerin ifade eden bu rol, hem hastanede geçirilecek süreyi değerlendirme açısından bir kazançtır hem de intibak (uyum) sürecini kolaylaştırmaktadır. Hasta rolünü üstlenerek "hastalık mesleği" (Breton, 2010) edinen birey³⁴, kapatılma

³⁴ "Hastalık mesleği" ifadesi David le Breton'un *Acının Antropolojisi* adlı kitabında kullanılma biçiminden ilhamla alıntılanmıştır. Bkz: Breton, 2010, ss. 137.

mekânının kurallarını, yasaklama ve serbestlikleri, olağan ve olağanüstü hallerin bütününe nedensellik içerisinde değerlendirmeye başlar.

Akıl hastaneleri, oraya ilk kez adım atan hastalar için eşyalar ve karşılaşılan yüzler açısından yeni bir mekân ve bununla birlikte sosyal ilişkilerin mantığının kavranması açısından müphem bir dünyadır. Bu yeni ortamın yarattığı kaygı ile hastalar, şeffaf ve açıklayıcı bilgiyi aramaya koyulur. Hastalık kariyerinin oluşumunda, çevrenin ve ilişkilerin tanınması elzemdir. Fincham (1985) oluşum evresinde yüklemelerin belirsizliği azaltıp iletişimi kolaylaştırdığını ve böylece ilişkiye dair bir kavrayışın gelişmesini sağladığını belirtir (Hogg ve Vaughan, 2011: 114). Hastalar, ilk adımdan itibaren hastane ortamını nedensel yüklemeler aracılığıyla tanırlar. Deliliğin oto-idaresinde (*self-governance*) hastalar, naif psikolog deneyimini yoğun bir biçimle yaşarlar.

Hastane kültürüne yabancı olan hasta, mekânsal zorunlulukların da eklenmesiyle bu dünyaya dâhil olmak dışında bir alternatif bulamaz. Etkileşimlerin tam ortasındadır ve kişilerarası temastan kaçamaz. Fakat hastane ortamında kendini idare etmenin yollarını arar. Bu arayış, nedensel çıkarımlar doğrultusunda tavır alışlara dönüşür. Hastalar hastane içerisinde karşılaştıkları kurallara, ceza ve ödüller aracılığıyla gerçekleşen yasaklama ve serbestliklere yönelik açıklamalar oluşturarak, kendilerinin ve başkalarının davranışlarını denetlerler. Hastane ortamındaki etkileşim unsurlarını tasnif ederler ve tasnif sürecinde kendilerini de anlamlı bir konuma yerleştirirler. Hastane yaşamına tutunabilmek, birtakım kolaylaştırıcılara erişmekle mümkündür. Hasta, ast üst ilişkilerinin neyi getirdiği ve kimin hangi durumda ne şekilde davranış sergilediğini fark ettikçe bu tür durumlar karşısında kendi deliliğini nasıl idare edeceğini de fark eder. Hastanın kapatıldığı alanı [hastane] tanıma aşaması olan bu süreç, dışarıdan gelen kişinin akılsız (deli) olmadığını; içerenin kurallarını, ödül-ceza denklemini ve tasnif sistemini “kavrayan” ve ona göre eyleyen, hesap kitap yapan [rasyonel] ve stratejik bir aktör olduğunu göstermektedir. Bu stratejik

yaklaşımında bulunabilmesi ve hesap kitap yapabilmesi ['ratio'nal pratikler], onun hastalık mesleği edinmesini sağlar. "Birey, kestirilebilirliği değişen geçişlerle belirlenmiş bir hastalık 'mesleği' (bkz. Freidson Modeli) edinir; sürekli kaygısı istikrarlı ve tutarlı bir kimliğe sahip olma, sürekli ıstırapının verdiği sıkıntılara rağmen başkalarının gözündeki imajını korumaktadır" (Breton, 2010: 137). Bu sayede hasta birey, kendi toplumsal kaderi üzerinde bir nebze söz sahibi olur. Bu duruma ilişkin alan notlarımızda yer alan örnek şu şekildedir:

Gözlemci Alan Notu: Kadın hastalar arasında iki hasta, entelektüel ilgi ve meraklarıyla diğer hastalardan farklılaşmaktaydı. Bu iki kadın bir araya her gelişlerinde ya kitaplardan ya hobilerinden bahseder; bu öğeleri kültürel aidiyet gösterdikleri yer ile ilişkilendiren kişisel hikâyelere dönüştürürlerdi. Konuşmalarından birine dikkat kesilirken psikanalizi masaya yatırdıklarını fark ettim ve hastanın konuşmalarında bu konuşmaya dâhil olmak isteyecek kadar uzmanlık sezdim. Sohbet derinleştğinde hasta, hastanenin kurumsal işleyişine ve bu gibi kurumların genel hedeflerine; iyileşme olasılıklarına ve ruhsal tedavi hizmetinin gerekliliğine yönelik veriler sunmakta; okuduğu kitaplardan alıntılarla konuşmasını desteklemekteydi. Bu veri o an ilginç gelmemişti; nihayetinde hastalar arasında birçok disiplinden lisans mezunu olanlar vardı. İçlerinden biri hatırı sayılır bir gazetede ekonomi muhabirliği yapıyor, bir diğeri felsefe mezunu idi. Bu durumu hastanın eğitim durumuyla ilişkilendirmeye yeltendim. Fakat söylemsel veri bir noktadan sonra beni yanıltmayı başardı. Hasta, ona hiçbir soru sormamama rağmen "bunları nereden biliyorum..." açıklamasında bulundu ve şunları söyledi:

H (k): Böyle konuşuyorum ya hani insanlar diyebiliyor nitekim siz de öyle diyecek olmuş olabilirsiniz sen neden buradasın diyorlar nitekim ben de öyle yaklaşabilirdim bu şekilde konuşan birine efendime söyleyeyim bu biçim hani nasıl derler bu gibi şeylerden bahsedenler yani fakat ben doğduktan sonra ateşli bir

rahatsızlık geçiriyorum doğuyorum ve hastalanıyorum takdir edersiniz ki ateşli rahatsızlıklar beynin nöral aktivasyonunu da ciddi derecede etkiliyor pardon etkilemek suretiyle ben bu duruma geliyorum burada olmam bununla ilgili fakat efendime söyleyeyim ben çok okurum okudum yani hastalıktan dolayı özellikle ingiliz dili edebiyatına çok merak saldım ve bu bölümü üniversitede okudum o esnada hastaneye çok sık yatırıldığım oldu hep okumalarımı bu alanda yaptım dolayısıyla sık sık geliyorum buraya ve bana ne olduğunu biliyorum bazen sizin gibi kitap okuyan bilinçli arkadaşlarla karşılaşıyoruz burada bize diyorlarmış bunlar doktor mu acaba diye (h)

4.2.1.2. Statüye Yönelik Yükleme:

Hastalar hasta uzamında tasnifte bulunurlarken ve nedensel yüklemede bulunurlarken kişilere yönelik malzeme statüyle ilişkilendirilebilmektedir. Çalışmamızda statüyle ilişkili nedensel yüklemelerin iki tarzda gerçekleştiği görülmüştür. Bu başlık altında hastanın kendi durumuyla benzerlik ilişkisi kurduğu diğer hastalara yönelik yüklemeyi tanımladığımız eş düzey statü ve durumsal açıdan kendisinden farklı bir konumda olduğunu fark ettiği personele yönelik yüklemeyi tanımladığımız üst düzey statü ele alınacaktır.

a) Hasta Statüsü / Eş Düzey Statü

Nedensellik haritasının ilk koordinatı olan yüklemelerin bir veçhesini eş statüdeki hastalar oluşturur. Çalışmamızda hastaların hastane ortamına yönelik nedensel çıkarımlarda bulunurken -ilk aşamada- kişisel özellikler üzerinden şemalar oluşturdıkları ve kişisel özelliklere yönelik yüklemelerden hareketle hastane ortamında davranışlarını düzenledikleri görülmüştür. Hastalar, hastaneye yeni gelen fakat ziyaretçi olmayan kişinin (hasta veya görevi hastalarca aşikâr olmayan araştırmacı, gözlemci) etrafında toplanmaktadırlar. Bu esnada ziyaretçi ve personel olmadığından emin olmak için

yabancının etrafında halka oluşturarak tanışma olasılığını artırırılar. Burada dikkat çekmek istediğimiz nokta, hastane ortamında "yeni" olan bireyle tanışmanın ve karşılıklı konuşmanın kişisel özellikler üzerinden inşa edilmesi ile gerçekleştiğidir. Bu husustaki alan notlarımızdan bir bölüm şu şekildedir:

Gözlemci Alan Notu: Kadın servisine girdiğim ilk gün, bahçe gözlemine geride bırakıp hastaların gezindiği katlarda dolaşmaya başladığımda bir süre sonra hastaların dikkatini çektim. Personel ve ziyaretçi olmadığım anlaşıldığında etrafımda bir halka oluşturdular. Konuşmalar esnasında dikkate değer biçimde kişisel özelliklere atıfta bulunarak konuşmayı sürdürüyorlardı. Bu esnada hasta grubu ile aramızda şöyle bir diyalog gerçekleşti:

Hasta 1: Şalınız ne kadar güzelmiş nerden aldınız

Gözlemci: Teşekkür ederim sağ olun

Hasta 2: Evet bence de yüzük saat tam bir bayan eli çok zarif

Hasta 3: Ama kaşlarınız da çok güzel hemşire misiniz burda yeni mi başladınız

(Son soruyu yönelten hastanın kaşlarının olmaması dikkat çekmektedir.)

Eş statüye yönelik yüklemelerin hastane ortamına adaptasyonu sağlama işlevi vardır. Uyum sürecinin önemli bir kısmı hastanın diğer hastalar hakkında getirdiği açıklamalar ve bu açıklamaların diğer hastaların toplumsal görünümleriyle uyuşmasından müteşekkildir. İlk aşamada hastalık kariyeri, mekânın sunduğu imkânlar ve kullanımı açısından hastaların tümünde benzer süreçler üzerinden başlamış olsa da, hastalar aynı nedensellik atıflarını yapmayacak kadar birbirlerine yabancıdır. Hasta, hastanede geçireceği süreyle bağlantılı olarak hastane ortamının nesnelerini ve kişilerini tasnif eder; bu tasnif, kişilerarası

ilişkilerine kaynaklık eder. Tasnif, kişilerin davranışları ile kişisel özelliklerin yorumlanması arasında köprü işlevi görmektedir. Hastanın çıkarsamaları, muhatabının (diğer hasta) niyetini kesbetmeye yöneliktir. Bu durum, Jones ve Davis'in Uyuşan Çıkarsamalar Kuramı ile açıklanabilir: "İnsanlar uyuşan çıkarsamalar yapmaktan (davranışın nedenini temel kişisel özelliklere yüklemekten) hoşlanırlar, çünkü kişisel özelliğe ilişkin bir neden insanların davranışını tahmin edilebilir kılan ve böylelikle dünyamız üzerinde daha bir kontrol sağladığımız duygusu yaratan istikrarlı bir nedendir" (akt. Hogg ve Vaughan, 2011: 106). Hastanın tahminleri ile hastane toplumsallığı arasındaki örtüşme, hastane ortamında hastanın kontrol alanının genişlemesine giden süreci sürdürür.

b) *Personel Statüsü / Üst Düzey Statü*

Eş statüdeki kişilerin kişisel özelliklerinin merkezde olduğu nedensel çıkarımların sonraki aşaması, kişinin farklı statüdeki aktörlere (personel) yönelik nedensellik yükleme süreci ile ilgilidir. Çalışmamızda bu yükleme sürecinin iki ayrı biçimde idare edildiği gözlenmiştir. Birincisi; hastabakıcı, hemşire ve doktorların 'iyi' ve 'kötü' kalıpları etrafında kategorize edilmesidir. İkinci yükleme durumu ise personelin davranışlarının 'gerekli' ve 'gereksiz' kalıpları etrafında kategorize edilmesine yöneliktir. İlki, hastane içerisindeki karşılaşmalara yön vermek ve bu karşılaşmalarda aktif rol oynamakla ilgili iken ikincisi, ödül-ceza sisteminin işleyiş mantığına yönelik değerlendirmeleri içerir. Ödül ve cezalara yönelik nedensel atıflar aracılığıyla kişi, hastane ortamında hangi davranışların kabul hangilerinin reddedileceği hakkında çıkarımda bulunur. Böylelikle ne yaparsa hastane ortamında benimseneceğini veya ne yaparsa personel tarafından mesafe konulacağını çözmüş olur. Toplumsal gerçekliğin dışarısında bırakılarak yatışı verilen hasta, terk edemediği bu diyarın normlarını öğrenmeye koyulur. Gözlem süresince kurumsal etkinlikler hasta

tarafından takip altına alınır ve bunların işleyiş mantığına yönelik atıflarla hareket edilir. Hasta, her iki tip statüye yönelik yükleme faaliyeti esnasında "gözlemci" konumundadır.

Statüye yönelik nedensel atıflar aracılığıyla hastanın bakış açısı değişime uğrar ve müphem nitelikteki hastane ortamı daha şeffaf bir hal almaya başlar. Böylece hasta, gözlemci rolünden sıyrılır ve sözgelimi acemi hasta karakterini geride bırakır. Hastane ortamını tasnif etmede nedensel yüklemeler açısından yol kat etmiş olan hastanın daha fazla katılımcı davranış pratikleri sergilediği görülür. Hastanın, hastane içi etkileşimlere kendi isteğiyle dâhil olduğu bu aşama, hastane içi kurallar ve hastaların bu kurallar etrafında geliştirdiği taktikleri içeren geniş davranış kalıplarının oluşmasıyla ilgilidir. Kurallar, ne ölçüde hasta çıkarına ise o oranda benimsenir ve uygulanır. Jones ve Davis'in Uyuşan Çıkarımlar Kuramı'na göre, "bizler başkalarının davranışı hakkında, eğer bu davranışlar bizim açımızdan önemli sonuçlar doğuruyorsa, daha bir güven içerisinde, uyuşan çıkarımlar yaparız; yani buradaki davranışlar **hedonizmle** bağıntılıdır" (Hogg ve Vaughan, 2011: 106). Aynı şekilde hastalar, hastane ortamının sembolik tasnifinde bulunurken, neden ve sonuç bağlantılarını kendi menfaatlerini destekleyecek biçimde kurarlar. Hastanede geçirilecek günlerde fayda kesbetme yönünde fırsatları gözetlemek, hastalıkla baş etme stratejileri kadar önemlidir. Atfedilen hasta rolü, dışarıdaki gibi "delilik" atıflı olmadığı ve benliğe saldırmadığı sürece "benim için, sağlığım için"dir. Bu hususu çalışmamızın alan notlarından bir örnekle açıklayacak olursak:

Gözlemci Alan Notu:Bahçeye çıkan hastalar, 6 gündür hastanede bulunan ve kendisinden daha uzun süredir orada olan hastalara göre daha az konuşup daha çok olan biteni seyreden hasta, eğlenceyi seyrederken içlerinden biri onu dansa kaldırdı. F. yerinden kalkmak istemedi fakat ısrarlar karşısında direnç göstermeyi bırakıp yerinden kalktı ve alkışlar eşliğinde dans edenlerin arasına katıldı. 47 saniye sonra

yerine oturduğunda yanına oturan hasta yakınının getirdiği ikramlardan uzatıldı.

Yanındaki hastaya yönelerek şunları söyledi:

Ş (k): Ne güzelmiş, hani ben de buralar tehlikeli zannediyodum yani baksana kısır günü gibi her şey var yani sanki ayağının altında hani

Hastane-içi etkileşimlere katılım aşamasındaki hasta, farklı olaylar karşısında ve karşılaşmalar esnasında belirli türde nedensel çıkarımlarını sürdürür. Yüklemeler artık kişilerarası düzleme çekilmiştir. Denetlemenin zemini değişmiş; hastanın ötekiler ile kendi arasındaki etkileşime yönelmiştir. Kişilerarası ilişkilerde, -karşılaşmalar-, yüklemeler büyük önem arz etmektedir. Bir toplama mekânının içerisinde olan hastalar, bu son aşamada hastane ortamının *toplumsal* karakterinin farkına varırlar. Geldikleri dünyadaki karşılaşmalara yönelik açıklamalara burada da başvurarak hastane kültürünü tasnif ederler ve bu kültürün sembolik uzamını (tasnifler, yakıştırmalar, ahlâkî kodlar vs.) yeniden üretirler. Nedensel atıfların oluşumu ve süreklilik aşamalarından sonra hastaların bilişsel kaynakları ile dâhil olduğu gözlemci sürecine, maddi kaynaklar da eklenir. Hasta artık hastalık rolünü üstlenir ve bu rolü sergilerken rol geçişlerinde bulunacak alanlar arar. Bu duruma, gri uzamlar bölümünde detaylı olarak değinilecektir.

4.2.2. Bugün Günlerden Ne?

Kapatılma mekânları olarak akıl hastanelerinde etkileşimleri başlatan ve sürdüren sorular vardır. Çalışma sürecinde sahada sıklıkla karşılaştığımız sorulardan biri şöyledir: Bugün günlerden ne? Hastaların kendi aralarında gerçekleşen diyaloglarda ve personel arasından - özellikle hemşirelere- yönelttikleri "Bugün günlerden ne?" sorusu, hasta uzamında çoklu işleve sahiptir. Bu sorunun personel arasından hemşirelere yöneltilmesi, ardından bir başka sorunun ya da bir talebin geleceğine yönelik ipucu verir. Burada esas amaç, bir merakı gidermekten çok personelle temas sıklığını artırmaktır.

Hastanın bu soruya yanıt alabilmesi ona, bir soru daha sorma hakkı olup olmadığını ya da herhangi bir talebini iletmek için uygun zaman olup olmadığını gösterir. Adeta bir turnusol işlevi gösteren soru, sözgelimi sadete gelmeden önce karşılıklı konuşma zemini hazırlamaktadır. Bu gibi sorular, personelle hasta arasındaki sert iletişim hattında yumuşama meydana getirir. Bu durum gri uzamlar başlığı altında tekrar tartışılacak ve örneklendirilecektir.

"Bugün günlerden ne?" sorusunun ortaya çıktığı bir başka durum, hastalığa yönelik müdahalelerle ilgilidir. Bununla birlikte halk arasında "elektroşok" adı verilen Elektrokonvülsif Terapi (EKT) uygulaması³⁵ sonrası hastalar geçici süreli hafıza kaybı yaşayabilmektedirler. Bu hususta Zeren ve arkadaşlarının değerlendirmesi şu şekildedir:

EKT'den kaynaklanan bilişsel bozukluklar esas olarak bellek işlev bozukluğu, yani amnezidir. Bellek işlev bozuklukları, EKT'nin en sık görülen yan etkisidir. Bellek işlevinde anterograd amnezi (EKT'den sonra kazanılan bilgilerin hızlı bir şekilde unutulmasıdır), retrograd amnezi (EKT serilerinden önce kazanılmış bilgileri hatırlamada güçlütür) ve özyaşamsal amnezi (uzak belleğinin özel bir formu olup, EKT'nin bozucu etkisine çok duyarlıdır) bozuklukları görülebilir (Zeren ve ark., 2003: 366).

³⁵ EKT, sade bir tanımlamayla, tedavi ekibinin, hastada yapay bir şekilde (elektrik aracılığıyla) bir konvülsiyon (yaygın kasılmalar) nöbeti oluşturmaktır.

Kaynak: Türk Tabipleri Birliği https://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=f78eb0c2-923f-11e7-b66d-1540034f819c

EKT uygulamasının yan etkileri hesaba katıldığında "Bugün günlerden ne?" sorusunun bir çıkara mı hizmet ettiği yoksa tedavi süreciyle mi ilgili olduğu, sorunun ortaya çıktığı bağlama -duruma- göre değişmektedir. Bu hususla ilgili alandan bir örnek şu şekildedir:

Gözlemci Alan Notu:Hastalar televizyon izlerken bir hasta içeriye girdi ve televizyon odasının uç köşesinde diğer hastaların uzağında bir noktaya oturdu. İki eliyle başını tuttu ve bakışlarını yere sabitledi. Bu esnada diğer hastalardan birkaçı kendisine odaklandı ve bu andan itibaren aralarındaki konuşma akışı şöyle seyretti:

N (k): Nooldu hayatım iyi misin

F (k): ...

N (k): Noolmuş bilen var mı

T (k): Bilmiyorum ki nerdeydin sen

F (k): Başım çok kötü sormayın bana bişey

T (k): Bugün günlerden ne F..

F (k): Bilmiyooruum

T (k): Tamaam bunu var ya elektriklemişler

Gözlemci: Elektriklemek ne anlama geliyor?

N (k): Yani diyo ki elektroşok yapmışlar buna da bu da ordan geliyo

4.2.3. Kapatılmanın Sorumluluğu

Dört duvarı çevrili bir kuruma başvurma, teslim edilme veya zorla getirilme durumlarında giriş ve çıkışlar kurumun iznine bağlıdır. Resmî bir kuruma girilmesiyle beraber kapatılmak, bir sorumluluk meselesine dönüşür. Kuruma kendi isteğiyle başvuran kişi, bu sorumluluğu kendi inisiyatifiyle üstleniyor demektir. Kuruma aracılar (hasta yakını) üzerinden gelen kişiler sorumluluğu yakınlarıyla birlikte paylaşmaktadır. Kuruma zorla getirilenler de aynı şekilde yakınlarıyla birlikte sorumluluk taşımaktadırlar. Kurum,

kendisine başvuran her ferde karşı sorumluluk taşımaktayken fert de resmî bir mekâna dahil olarak resmi prosedürlerin boyunduruğu altına girmektedir. Burada bizim için önemli olan hasta bireyin, hastanede bulunma durumunu nasıl gerekçelendirmekte olduğu ve kapatılmanın sorumluluğunu kime atfederek açıklamalarına yansıttığıdır.

Çalışmamızda hastanede bulunma durumunun hasta tarafından gerekçelendirme biçimlerinin, hastane ortamının iki etkileşimsel alanında farklılaştığı gözlemlenmiştir. Hastanede olmak, hastaları "Burada ne işin var?" ve "Kim istedi?" soruları ile muhatap kılmaktadır. Bu soruların ilki olan "Burada ne işin var?" kapatılmanın sorumluluğuyla ilgili hastaların birbirlerine yönelttikleri soru iken "Kim istedi?" sorusu hasta-doktor veya hasta-araştırmacı arasındaki diyaloglarda ortaya çıkmakta ve bu kişiler tarafından yöneltildiğinde "Neden buradasın?" sorusuyla aynı amaca hizmet etmektedir. Bununla birlikte hastaların bazıları kapatılmanın sorumluluğunu "adil dünya hipotezi" üzerinden açıklamaya kavuşturmaktadırlar. Hastanede bulunmalarını kendi eylemlerinin sonucu olarak değerlendiren hastaların söylemleri adil dünya hipotezindeki "cezalandırılma" ile örtüşmektedir. Bu başlık altında kapatılmanın sorumluluğunun bahsi geçen üç boyutu değerlendirilecektir.

a) *Senin Gibi Birinin Burada Ne İşi Olabilir?*

"Burada ne işin var?" sorusunun, hastaların birbirleri arasındaki karşılıklı konuşmalarda ortaya çıktığı ve doktor-hasta arasındaki görüşmelerdeki "Neden buradasın?" sorusuyla benzerlik taşıdığı bulgulanmıştır.

"Neden buradasın?", doktor tarafından hastaya sorulduğunda hastanın kendi kaynaklarına yönelmesi ve onları sorguya tâbî tutmasına yönelik amaca hizmet etmektedir. Bu sayede

hasta, nedensel yüklemeler inşa eder ve hastane ortamına yönelik belirsizliğin giderilmesi hızlanır.

"Neden buradasın?" sorusuna verilen yanıt, hastalıklı olma durumuna ve hastalığın bizatihi kendisine yönelik açıklamaları içermektedir. Bu açıklamalar, içeride bulunma durumunun dışarıdakilerden kaynaklanan olağandışı engellerle ilgili olup olmadığının anlaşılması işlevini taşır. Bu sayede soruyu yönelten kişi (hasta, doktor, araştırmacı), hastalığın toplumsal karakteri hakkında, kişinin öznel bilgisine başvurarak açıklamalar elde etmiş olur. Fakat soruyu yönelten aktörün, hastane ortamını paylaşan eş statüdeki bir başka hasta olması durumunda soru, iletişim akışını başlatma işlevi görmektedir. Gelen yanıt, hastalar arasında karşılıklı yeni yüklemeler meydana getirir.

Hastane ortamında yüklemeler, hasta ve personelin yürüttüğü gündelik diplomasiye yön veren kaynağı oluşturur. Hastaların bazıları, hastalar arasından birine bu soruyu yönelterek bu kadar "akıllı" bir kimsenin böyle bir yerde ne işi olabileceğine yönelik meraklarını dışavururlar. Hastaların birbirlerine yönelttiği bu sorunun mantıkî zemini, Howard S. Becker'in *Sosyal Bilimcilerin Yazma Çilesi: Yazımın Sosyal Organizasyon Kuramı*'nda yer verdiği "Senin gibi bir kızın böyle bir yerde ne işi var?" sorusu üzerinden tartışılan örnek ile örtüşmektedir.

S. Becker, bazı müşterilerin hayat kadınlarına yönelttikleri soruyu şöyle betimlemektedir: " 'Senin gibi bir kız bunu niye yapıyor?' sorusu kültürel bir çelişkiyi yansıtır: Kız iyi görünümlüdür (yani tuhaf ve alışılmadık biri olarak görünmemektedir) fakat iyi kızlar para karşılığı seks yapmazlar. 'Normal' kızların davranışını açıklayan sebepler bu davranışı açıklıyor görünmemektedir; ne var ki, kızın kendisi de hareketleri de normaldir" (S. Becker, 2013b: 60). Alan çalışmamızdan vereceğimiz örnekte hasta "Senin gibi birinin

böyle bir yerde ne işi olabilir?" diyerek, soruyu yönelttiği hastanın davranışlarını son derece normal bulduğunu ve onun burada olmasını haklılaştıracak herhangi bir tuhaflık göremediğini söylemektedir.

A (e): Siz

F (e): Efendim pardon

A (e): Ee siz neden buradaydınız

F (e): Ha ben bana teşhis konuldu da biraz tedavimi alıp çıkacağım okuldaydım yine bipolar var bende yine nüksetti işte velhasıl geldik buralara

A (e): Okuyo musunuz

F (e): Evet tıp öğrencisiyim

A (e): Tıp öğrencisiiii

F (e): (h) Herkes bi kalıyo böyle ama doğru (h)

A (e): Ben de diyorum bi iş var normalde (h) normalde sizin gibi biri gelmez yani buralara

b) Kim İstedi?

Hastane ortamında bulunma durumu, hasta grubuna üye olmayanlar (doktor, araştırmacı) tarafından sorgulandığında hasta bakış açısıyla farklı açıklama tarzları ortaya çıkar. Bu açıklama tarzları, hastaneye yatırılma durumunun arka planını deşifre etmede kullanılan rasyonel malzemelerdeki farklılaşmayı göstermektedir. Açıklama tarzlarındaki farklılaşmayı işaret eden üç temellendirme şöyledir:

- 1) Bireyin amaçlarıyla örtüşen istemli yatış
- 2) Bireyin iradesi dışında gelişen olaylar nedeniyle istemsiz yatış
- 3) Bireyin rızasının alınmadığı zorunlu yatış

Hastayı hastaneye getiren süreçte bunu kimin istediği sorulduğunda bazı hastalar kendi amaçları doğrultusunda hastanede bulunduklarını ifade ederler. Bu açıklama tarzı, istemli yatış durumuyla uyum gösterir muhtevaya sahiptir.

G: Neden buradasınız?

H: Neden buradayım ya be neden buradayım biliyo musunuz şimdi ben evliyim benim üç tane çocuğum var

G: Allah bağışlasın

H: Sağolun sizinkileri de e bi yuvam var hocam işte o yuvaya ekmek lazım para lazım çocukları doyurmak lazım hani ne biliyim hanımın var mesela bi de onun da eksikleri oluyo

G: Evet..

H: Aramızda kalsın bu ama benim Antepte denemediğim uyuşturucu kalmadı bütün uyuşturucuları bilirim hatta şimdi sayarım çok olursunuz haha

G: (h)

H: İşin şakası işte aileme artık düzgün bir S. olmak istiyorum ben

G: Kaç gün oldu buraya geleli

H: Benim 14 olacak iki gün sonra ya da on üç müydü hocalar çıkaracaklarmış da iyi de ben bu halimle aileme dönsem yine rezil rüsva olurum ben de diyom ki tam bi ama tam yani tam olarak bi kez bi iyileşiyim aileme gidiyim

G: Burada bulunma sebebiniz bu yani

H: Ayyinen hocam önce kendime sonra vatanıma ay pardon sonra aileme eşime
çocuklarıma sonra da vatanıma milletime hayırlı bi asker olmak istiyorum

Olayın sorumluluğunu dışsal nedenlere atfeden ikinci açıklama tarzında ise hastalar, kapatılma durumunun kendi kontrollerinin dışında gerçekleştiğine yönelik söylemlerde bulunurlar. Bu, ilk açıklama tarzından farklı olarak bir izah niteliği de taşımaktadır. Çalışmamızda istemsiz olarak yatış alan hastaların, kapatılmanın sorumluluğunu kendilerine atfetmeden söyleme taşıdıkları görülmüştür. Zira yatırmaya karar verme aşamasına kadar delilik, benliğin mahrem deneyimidir. Hastaneye yatırılması ile hastanın birlikte farkında olduğu ve başkalarından gizleme çabası içerisinde olduğu özel durum, açığa çıkmıştır. Patolojik semptomlarının (ses duyma, izlendiğini düşünme) teşhisi ile psikiyatrik hasta olarak tanımlanma, hastanın dünyasında farklı bir deneyim alanıdır. Hasta yine de son bir hamle yapma ihtiyacı hisseder ve hastalığın sorumluluğunu başka kişilere ve özel durumlara atfeder. Böylece bir yandan kendi durumunun özel ve istisna olduğu mesajını ileterek hasta konumu açısından diğer hastalarla sembolik olarak kendini ayırıştırır.

Bu duruma örnek gösterilebilecek hasta söylemleri şu şekildedir:

H1 (k): Bayılmışım babam polisi çağırmış buraya gelmişiz yani bayılıyormuşum benim de haberim olmuyo valla da acile getirmişler işte sonra gözümüzü burda açtık.

H2 (e): ...sonra ailem burada kal dedi birkaç gün tamam dedim çünkü bayılıyorum hani anlatabiliyo muyum

H3 (e): benim bir şeyim yok da bakacaklar neden bayılıyorum

Üçüncü açıklama tarzı zorunlu yatışla ilgilidir. Hastalar neden orada olduklarını zorla getirilme üzerinden açıklarlar. Zorunlu yatışa yönelik gerekçelendirme, zorunlu yatış

durumunda hastaların ileriye yönelik planlarda bulunduğunu da göstermektedir. Hasta, hastanede bulunma durumunu gerekçelendirirken zorla alıkonulduklarını ve özgürlüklerinin kısıtlandığını beyan edebilir ve bununla ilgili hukuki adımlar atacağını belirtir.

G: Neden buradasınız?

H (e): Güzel kızım benim durum farklı biraz

G: Anlatmak isterseniz dinlerim

H (e): Tabi tabi anlatıyım kızım da yani şimdi farklı biraz burdakilerden bizim hanım buraya tıktırdı beni

G: Öyle mi

H (e): Eevet kızım evet yani ben anlayamadım biraz para mevzuu var aramızda hepsine konmak için uydurdu

G: Nasıl yani

H (e): Yok bu adam öyle yok bu adam şöyle yok böyle diye allem etti kallem etti beni buraya tıktı

G: Peki bu kadar kolay mı buraya o şekilde girmek gerçekten bu şekilde mi oldu buraya gelişiniz

H (e): Eeğ işte onu da buradaki doktorlara soracaksın ben de onu soruyorum nasıl bu kadar kolay oluyo diye

G: Bu sebeple buradasınız yani

H (e): Ben davacıyım zaten burdan bi çıkıyım hem hanımına hem de yani aslında eski hanımım artık eski hanımım bundan böyle yook yok artık ona da dava

açıyorum çıkar çıkmaz buraya da açacağım doktorumla sorunum yok da başhekimlik valilik sağlık bakanlığı uğraşsınlar bakalım

G: Dava mı açacaksınız

H (e): Ya kızım sen kalem tutan kitap defter görmüş birisin benim halimden en iyi sen anlarsın benim gibi okumuş yazmış biriyi buraya tıktılar ooh orda sefa sürüyolar tabii dava açacağım kırk sene demir yollarında çalıştım ben bu vatana hizmet ettim benim gibi birine bu yapılır mı

Hastalara "Doktorunuza ne söylemek istersiniz?" sorusu yöneltildiğinde bu açıklama tarzıyla ilişkili bir örnek veri daha elde edilmiştir. Hastanın yazılı olarak verdiği yanıtı dair Şekil:

Doktora

Sizlere Saygım Sonsuz

İstediğim Kimin elini veya kolunu kırdım

Hangi Emniyet veya Doktor Raporu Acil

inceleysin Ataschir Belediyesi mühürlendi

[redacted] cad NO 1, [redacted] oto Bütün

[redacted] mahlesi - [redacted] 2.kat Ruhsat Bölümü

[redacted] Bey inceledi iftira geldim

Davacıyım [redacted] aras yalanlar söyledim

Amece oğlu aynı iş yerinde bulunan

[redacted] oto servisi

Bütün Hakları alınsın

Şekil 2:

Zorunlu Yatış Durumunda Davacı Hastanın Doktora Mektubu

Hastaların kapatılmanın sorumluluğuna yönelik yatış durumlarıyla alakalı açıklama tarzlarının haricinde bir tür gerekçelendirmeye daha ulaşılmıştır. Dördüncü açıklama tarzı olan bu gerekçelendirmelere geçmişle alakalı malzemeler kaynaklık etmektedir. Hasta, hastanede bulunma durumunu kimin istediğini açıklarken geçmişteki anılarıyla ilgili yaptığı taramayı söylemsel olarak dışavurur. Bu söylemsel dışavurum aynı zamanda hasta olma durumunu kabul edip etmeyeceğine yönelik bir karar çizgisidir. Eğer gerekçe, bir

zamanlar hasta olduğu ve bu hastalığın şiddetlenmesiyle şuan da burada olduğu üzerinde inşa ediliyorsa; bireyin yakınlarına göstereceği tutum ve hastane ortamına bağlılığı olumlu yönde seyredecektir. Bu türden bir gerekçelendirme, kurumun bakış açısıyla ortaya çıkan "hasta" atfını onaylamaktadır.

G: Neden buradasın peki

H (e): Ya bizde işte biraz şey vardı yani işte aileme falan çok öfkelendiğim oldu çok yanlışlarım oldu onlar deyip duruyolardı da inanmıyodum en son yine bir öfkelen dim bu kez baktım kalp kırıyorum şimdi bi deneyim bakalım dedim

G: Kendi isteğinle mi buradasın

H (e): yani aslında tam öyle değil de insanın diyelim ki eli tutmuyo doktora gidiyo ha işte bizde de biraz sorun varmış gelelim bakalım iyileşelim de sonra bi tertemiz ailemize dönelim dedik

Bu söylemsel dışavurumun zıddını gösteren söylemler de söz konusu olabilmektedir. Çalışmamızda bireylerin hastanede bulunma durumlarını yine geçmişe yönelik içerik ile söyleme taşıdığı fakat hastanede olma durumunu kurumun bakış açısıyla ele almayıp "hasta" atfını reddedebildikleri görülmüştür. Bu reddediş, bireyin geldiği dünyadaki "deli" atfını da dışarıda bırakabilmektedir:

G: Neden buradasın A..

H: Kızkardeşlerime kızdım ıığ efendime söyleyim sonra annem buraya yatırdı beni.

G: Onun için buradasın?

H: Evet evet gerçekten evet yani az önce D. hocama da sordum size de soruyum benim namus meselesi için sinirlenmeye hakkım yok mu yaani hani hocam.

G: Burada olmanla ilgisi mi var bu durumun?

H: Var tabi hocam direkmen var daha önce bi kez madde kullandım ben şimdi hani anlarsınız ya hastanede de yattım itiraf ediyim şimdi onlar zannediyo ki her kızdığımda delirdim ben

G: Onlar kim

H: Ailem annem kardeşlerim falan hani onlar öyle bakıyo anladın mı yani iyi de herkes ailesinden bi şeyler ister bekler kâh kızar kâh sinirlenir ha niye herkesi buraya getirmiyolar o zaman herkes sinirleniyo bu insanın tabiatında var

"Neden buradasın?" sorusuna verilen geçmişe yönelik yanıt, hastanın geçmişinden söyleme taşıdığı kopuk anlatılarla tasarlanabilir. Bu gibi durumlarda kişinin konuşmalarının hastalığına işaret ettiği ve onu ele verdiği düşünülebilir. Hastalar arasında bu gibi anlatılar, "kafayı yemek", "hepten gitmek" gibi kalıplarla değerlendirilebilir.

G: Neden buradasınız metin bey

M: Aa lütfen bana metin dayıcık de.

G: Peki. Neden buradasınız metin dayıcık

M: Alevilere küfrettim al sana hanefi dediler.

G: Evet peki neden biraz daha açar mısınız

M: Alevilere küfrettim alevilere al sana hanefi dediler ben mezhepleri de bilirim biraz geçmişimde çok siyasi olayım oldu alevilere küfrettim al sana hanefi dediler yirmi altı yıldır buradayım işte sayın gürsoy doktorumdur yirmi altı sene oldu yirmi altı

(Konuşmaları dinleyen iki hasta konuşma akışına uzaktan dâhil olur)

H1 (e): Oo oğlum bu kafayı yemiş lan ne içiriyolar burda buna

H2 (e): Valla bilmiyorum ki ben de ilk geldiğimde senin gibi biraz şaşırdım valla hatta siyasi miyasi bişeyler anlattı

H1 (e): He aynen anlatıyo bişeyler bi de ben geçen oturdum hepsini dinledim lan

H2 (e): Haha aynen ben de ben de nerdeyse inanıyorsun da bi baktım amca hepten gitmiş valla

c) Adil Dünya Hipotezinin Akıl Hastanelerinde Kullanımları

Hastaların neden akıl hastanesinde bulundukları ve onları akıl hastanesine kapatılmaya götürecek süreçte sorumluluğun tam olarak kimde olduğu, çoğu kez "adil dünya hipotezi" etrafında söyleme taşınır. "Ne ekersen onu biçersin" hipotezi üzerine kurulu olan adil dünya hipotezi literatürde şöyle tanımlanmaktadır:

İnsanlar iyilerin ödüllendirildiği, kötülerin cezalandırıldığı ve nihayetinde herkesin hak ettiğini aldığı adil bir dünyada yaşıyor olduklarına inanmaya güdülenmişlerdir. İnsanlar, çok çalışan veya iyi davranışlar içinde olanların davranışları sonucunda ödüllendirildiğini, tembel ve günahkârların ise aksine cezalandırılacağına inanma eğilimindedirler. Benzer bir şekilde para, başarı ve mutluluk gibi olumlu sonuçların ancak iyi insanlar tarafından elde edildiğini, olumsuz sonuçların ise kötü kişilerin başına geldiğine inanırlar. Adil dünya inancı insanları geleceğin belirsizliğinden koruyan, ön görülemeyen olayların kurbanı olmayacaklarını düşündüren önemli bir adaptasyon işlevi görmektedir (Kılınç & Torun, 2011: 1).

Adil dünya hipotezini konuşmalarına yansıtan hastaların, hastaneyi cezalandırma yeri olarak tanımlayan söylemlerde bulundukları gözlemlenmiştir. Adil dünya hipotezini içeren farklı bir gerekçelendirme tarzı akıl hastanesinin toplumsal karakterine istemsizce dâhil olan hastaların bazılarının, hastanede bulunma gerekçelerini toplumsal kader üzerinden

söyleme taşımalarında görülür. Kapatılmalarıyla beraber gündelik pratikleri sınırlandırılan kişiler, bu sınırlılığın otoritede yarattığı kırılmayı mağduriyet atıfları ile söyleme taşıyabilirler. İşsizlik, anne-baba kaybı, yoksulluk, aile içerisindeki tutuculuklar, suça sevk edecek trajik yaşam öyküsü, taciz, tecavüz vs... Öykünün bu içerikle dile getirilmesi, kurbanın son durumunu -buradalığı- haklılaştıracak malzemeleri seçip bulması ile ilgilidir.

S (e): Biz çok kardeşiz bundan ıığ bi on altı on yedi yıl önce istanbula göçmüşüz sonra ma babam burda bi iş kurmuştu kendine sonra ıığ hani galiba kötü mü gitmiş işleri ne birden iflas ettik ben en büyüğüüm ailenin siz afedersiniz kaçınıcıını büyük müsünüz

G: yo hayır büyük değilim

S (e): Ha büyükseniz anlarsınız diyecektim de neyse işte babam da bana dedi ki oğlum sen deli numarası yap da sana maaş bağlayalım

G: Öyle mii

S (e): Evet inanılır gibi değil ama yazgı işte babam hani iflas etti yoksulluk ıığ sonra hayat şartları bizi buraya getirdi şimdi buradayız

G: 16 yıl oldu demiştiniz

S (e): Hıhı o kadar oldu o benim ilk hastaneye gittiğim zamanlar sonra düzenli olarak gittim geldim buralara işte doktorlar da ne yapsın hasta gibi davranınca maaş için resmen hasta oldum şimdi ilaç kullanıyosun ya hani mecbursun

Söylemde taşıdığı işlev düşünüldüğünde hastaların adil dünya hipotezine örneklik teşkil edecek açıklamaları, nedensel yüklemenin yanı sıra delilik atfının nasıl üstlenildiğini de göstermektedir. Hastanın yaşadığını hak ettiğine (ne ekersen onu biçersin) yönelik inanç geliştirmesi, "deliliğin" bir ceza olarak verilmesi düşüncesi ile iç içedir. Bu durum, hastanın gerçekten deli olduğunu düşünmesiyle yahut delilik etiketini içselleştirmesiyle

görünür olmaz. Bilakis, deli olduğu düşünülen hastanın, delilik etiketini onaylayarak, hastalığına yönelik farkındalık sahibi olduğunu vurgulamasıyla ilgilidir. Zira bu onay, bireyin hastalık seyrinin değerlendirildiği hastane ortamında açığa çıkar. Bu vurgu, gözetim altındaki hastanın, personelin kendisi hakkındaki değerlendirmesini yönlendirme taktiklerinden biridir.

M (k): Pardon siz doktor hanıma rapor mu veriyosunuz not aldığınızı görmüştüm de bi soruyum dedim

G: Yo hayır doktorlara rapor vermiyorum

M (k): Hani ilaçları artık düzgün kullanıyorum şimdi ben de farkındayım aslında artık...

G: Evet?

M (k): Önceden bilinçsizdik cahildik hani anlatabiliyo muyum yaptık bi hata düştük buraya şimdi çok şükür doktorlarla da iyi anlaşıyoruz burdaki hani yani bu müessesedeki bütün insanları seviyoruz yani

G: Evet ne güzel sevindim doktorlarla iyi anlaşıyorsunuz demek

M (k): Yani onlar ne yapsın biz kendimiz ettik kendimize sonuçta yaani

4.2.4. Hastane Ortamında Grup Üyeliği

Her hastane sabahına uyandıklarında hastalar, bulundukları alanın geldikleri dünyadan (*home world*) farklı olduğunu ve yalnız kalabilecekleri alanların hemen hemen hiç olmadığını fark ederler. Dört kişilik odalarda uyanmak, ne yapılacağının görevliler tarafından söylenilmesi, belirli saatlerde istenilen alanlarda bulunma zorunluluğu, zaman ve mekânın kullanımının keyfi olduğu yaşantı biçiminden her yönüyle farklıdır. Dışarıda olmak, toplumsal dünyayı sivil bir benlikle düzenlemenin gereği olarak alışkanlıklar doğrultusunda davranmak anlamına gelmektedir. Dışarıda, gündelik olayların akışında,

toplumun diğer üyeleriyle grup üyeliği düzeyinde iletişim kurulmamaktadır. Bu durum, insanların gündelik yaşamlarını idame ettirirken nedensel atıflara zamanla aşinalık kazandıkları ve günlerini alışkanlıklar ile belirli kalıplar doğrultusunda sürdürdüklerini göstermektedir. Hastane ortamı ise her ne kadar plan ve programlar hastalara açıkça belirtilmiş olsa da (ki açıklama, panoya asılan program metni üzerinden yazılı olarak gerçekleşir) zamanın nasıl geçeceğine yönelik belirsizlik söz konusudur. Belirsizliğin yalnızlık içerisinde bertaraf edilmesi hasta tarafından tercih edilmez. Dolayısıyla yeni bir yaşam, yeni beraberlikleri icbar eder. Hastane ortamı, günü "beraber" geçirmek mecburiyetinde olan hastaları işbirliğine sevk eder. İşbirliğini bir zanaat olarak ele alan Richard Sennett, *Beraber* adlı kitabında şöyle der:

İşbirliği, kuru kuru, katılımcıların karşılaşmadan yararlandığı bir değişim³⁶ olarak tanımlanabilir. Bu davranış, birbirini temizleyen şempanzelerde, kumdan kale yapan çocuklarda ya da yaklaşan bir sele karşı kum torbalarını yerleştiren kadın ve adamda anında tanınabilir. Anında tanınır; çünkü karşılıklı destek bütün sosyal hayvanların genlerinde vardır, tek başlarına yapamadıklarını başarabilmek için işbirliği yaparlar (Sennett, 2012: 16).

Bir akıl hastanesinde belirli süreliğine klinik vaka olarak yer alındığında, bir şeyleri beraber yapmak ve bir gruba intisab etmek hastalık kariyerinin kaçınılmaz aşamalarından biridir.

Hastane ortamının toplumsal karakterinin bir boyutu gruplar arası etkileşimdir. İntisab etmedikleri gruplar bile aktörleri, bir anlayış biçiminin, bir uzlaşmanın dışarısında tutarak onların sosyal durumları üzerinde dolaylı yoldan etkide bulunur. Johnson ve Johnson

³⁶ Orjinal metinde *exchange*: Alış veriş, değiş-tokuş.

tarafından grup şöyle tanımlanmaktadır: "İki ya da daha fazla sayıda bireyin yüz yüze etkileşime girdiği, her birinin kendi grup üyeliğinin farkında olduğu, her birinin gruba üye olan diğer kişilerin farkında olduğu ve her birinin ortak hedeflere ulaşmaya çalışırken kendi pozitif bağımlılıklarının farkında olduğu bir oluşumdur" (akt. Hogg ve Vaughan, 2011: 305). Bu tanımdan hareketle, hastaların kendilerinin ve diğer hastaların hastaneye olan bağlılıklarına yönelik farkındalık sahibi oldukları ve akıl hastalığının grup düzeyinde ele alınabileceği söylenebilir. Akıl hastaneleri, mesleki işbölümü nedeniyle statü etrafında oluşan gruplaşmaya ev sahipliği yapar. İç grup üyeleri, birbirleriyle ve dış grup üyeleriyle etkileşim içerisindedir. Bizim çalışmamızda grup, bir süreci ifade etmektedir. Bu süreç, belirli bir mekân altındaki kişilerarası etkileşimler üzerinde yükselirken, hastanenin toplumsal düzenine de yön verir niteliktedir. Hastaların iç grup ve dış grup etkileşimlerini incelemekle, akıl hastanelerinin gündelik yaşamı hakkında önemli ayrıntılara ulaşılmaktadır.

Akıl hastanesinde hasta olma durumu açısından rol ortaklığında bulunan bireyler, grup içinde rol farklılaşmasına gidebilirler. Bazı hastalar, dış grup üyeleri karşısındaki öz-saygı yitimini, grup içerisinde farklılaşarak telafi ederler. Hastalar arası ilişkiler, onları hasta rolünden çıkaracak biçimde yeniden düzenlenir. Çalışmamızda hastalar arasındaki rol farklılaşması sonucu üç hasta tipi olduğu görülmüştür. Hastalar deliliğin oto-idaresini grup üyeliği bağlamında üç ayrı karakterde gerçekleştirmektedirler. Bunlar:

- 1) Hasta statüsünü korumada istikrarlı olan ve lider hasta rolüne geçmek için özel taktikler geliştirmeyen "asıl hasta".
- 2) Kurumun bakış açısıyla atfedilen hasta rolünden çıkmak ve hastalar arasında farklılaşmak amacıyla kuruma ve personele pozitif veya negatif tavır alan, böylelikle diğer

hastalar üzerinde hiyerarşik üstünlük elde eden "lider hasta".

3) Hasta statüsünden sıyrılmak için çaba gösterip lider hastanın taktiklerini izleyerek ondan rol çalan; uç konuma yerleşmek için hastane içi ilişkilerde sıçramalar yapan ve ne asıl ne de lider hasta karakteri benimseyen "marjinal hasta".

4.2.4.1. Asıl Hasta

Hasta grubunun üyelerinden ilki asıl üyelerdir. Asıl üyeler, hastaneye yatırımlarıyla beraber hem kurumun hem de kişinin kendi -temel bakış açısını- üstlendikten sonra hasta grubunun üyeleri arasında farklılaşmaya yönelik çaba içerisine girmeyen bireylerdir. Asıl üyeler kurumun bakış açısını değişime uğratmaya yönelik eylemlerde bulunuyor olabilirler fakat meydana getirdikleri etkileşimlerin çıktıları değerlendirildiğinde bu eylemlerin hastaya kısa ancak süreli çıkar sağladığı görülür. Hastanın kurum personeli ve diğer hastalar karşısındaki taktiklerinin hastane ortamını düzenleyici veya etkileşimlerin seyrine etki edici bir işlevi yoktur. Asıl hastalar, lider konumuna gelebilmek için özel çaba sarf etmeyen grup üyelerini temsil ettikleri için grup üyelikleri sürece bağlı olarak oluşmaya yönelik değil hastane etkileşimlerine doğrudan üye olarak başlamaya yöneliktir. Dolayısıyla asıl üyelerin hasta grubuna intisab etme ve üyeliği sürdürme amaçları arasında farklılaşma görülmemektedir.

Lider statüsünde olmayan ve liderin konumunu elde etmek için marjinal davranışlar sergilemeyen asıl hastalar arasında da hiyerarşi olduğu gözlemlenmiştir. Bazı hastalar, grubun özelliklerini temsil etmede büyük çaba gösterirken bazıları grubun özelliklerini temsil etmede yeterince iyi değildir. Bu durum, Codol'un (1975) "eşitler arasında birinci"³⁷ tanımıyla ilişkilendirilebilir. Eş statüdeki asıl hastalardan bazıları, hasta grubunun en iyisi

³⁷ Codol, J.-P. (1975). On the so-called 'superior conformity of the self behaviour: Twenty experimental investigations. *European Journal of Social Psychology*, 5, 457-501.

olmaya yönelik taktikler geliştirerek diğer hastalarla yarış içerisine girebilirler. Bu yarışın etkileşimsel işlevi hastanın kısa süreli kazanımlar elde etmesiyle ilgilidir. Asıl hasta bahçeyi süpürmek için can atabilir, hastaların ziyaretçileriyle yakın ilişkiler geliştirerek diğer asıl hastaların sevgisini kazanabilir veya personelin yanında kaba tabiriyle getir-götür işlerini üstlenebilir. Bu çabalarına rağmen onu asıl üye kılan, davranışlarının anlık etki meydana getirmesi ve sonraki etkileşimlere taşınmayacak kadar tek bir adımı ifade ediyor olmasıdır. Hasta grubunun asıl üyelerinin hastalık kariyerlerinde radikal değişiklikler gözlenmemektedir.

4.2.4.2. Lider Hasta

Hastaların bazıları grup içi statülerinin yükselmesini amaçlayan rol farklılaşmasını sağlayan özel taktikler geliştirirler. Bu taktikler hastayı lider konumuna taşımaktadır. Lider vasfı kazanan hasta, birliği sağlama vazifesi üstlenir ve gruba yönelik bir ideal taşır. Gruba yeni fikirler getirerek onların uygulanmasında öncülük eder. Hastanın lider üye vasfını kazanmasında temel belirleyici, iç grup üyelerinin saygınlığını kazanmasıdır. Böylece hasta, -dolaylı olarak da olsa- dış grup üyeleri (personel) açısından da dikkate değer bulunacağını düşünür. Dolayısıyla lider hastanın taktikleri asıl hastadan farklı olarak "hamle" şeklindedir.

Lider hasta, hastane içerisinde kurumun göremediklerini gün yüzüne çıkarır veya kurumsal eksiklikleri gidermeye yönelik girişimlerde bulunur. Lider hasta, grubun ne yapacağına karar verendir. Hastane içerisindeki kalkışma eylemlerinde lider hastanın hastane ortamının toplumsal karakterine yönelik idealleri yansır. Hastane ortamında etkili liderlik, hasta grubunun ideal normlarının liderde nasıl cisimleştiğiyle ilgilidir. Lider, grubun prototipik üyesidir. "Prototipik üyeler kendilerini grupla daha güçlü bir biçimde

özdeşleştirirler ve böylece gruba hizmet eder bir tarzda davranırlar. Prototipik liderlere, bundan dolayı, 'içimizden biri' gözüyle bakılır ve prototipik olmayan liderlere kıyasla daha çok güven duyulur. Güven, etkili liderliğin önemli/kolaylaştırıcı bir faktörüdür" (Hogg ve Vaughan, 2011: 359).³⁸

Hastanede kalma süresinin ortalama üç hafta olmasıyla ilişkili olarak lider hasta rolü, aynı kişilerce temsil edilmemektedir. Lider hastanın merkezî konumu, diğer hastaları uç konuma yerleştirir. Uç konumdaki üyeler bilgi akışı ve düzenlemesi bakımından merkezi konumdaki kişiye bağımlıdır. Bu sebeple grup içerisinde pek güçlü değildirler. Kendilerini kısıtlanmış ve bağımlı hissedebilirler. Mulder'e göre (1960), "daha fazla güce sahip olmak daha fazla özerklik ve doyum duygusuna yol açar" (akt. Hogg ve Vaughan, 2011). Bu sebeple lider olmayan uç konumdaki hastalar hoşnutsuzluk yaşar. Fakat grup liderinin doyum düzeyi yüksektir. Bu durum, paradoksal biçimde iç grup üyeleri arasındaki çatışmaları artırabilmektedir. "Bir yandan, liderler grubun özelliklerini kendi kişiliklerinde temsil ederler: grubun ideal standartları ve normları liderlerde tezahür eder. Öte yandan, gruptaki değişimin özneleridir liderler: Egemen grup normlarını değiştirebildikleri için grubu yeni yönelimlere götürebilirler" (Hogg ve Vaughan, 2011: 359). Çalışmamızda hastane içi kargaşa ve gerilim durumlarından biri, bu açıdan şu şekilde değerlendirilmiştir:

Gözlemci Alan Notu: Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin kadın servisinde alt kat ve üst kat hastalarının katlara giriş ve çıkışları farklı kapılardan gerçekleşmektedir. Ruhsal iyi oluşları açısından daha olumlu bulunan üst kat hastaları, ruhsal durumları daha ağır olduğu düşünülen alt kat hastalarından farklı

³⁸ Sosyal kimlik yaklaşımı ile özgün bir liderlik modeli üzerine kapsamlı bir okuma için bkz: M.A. Hogg, D. van Knippenberg. (2003). Social identity and leadership processes in groups. M.P. Zanna (ed.), *Advances in experimental social psychology* (C. 35, s. 1-52). San Diego, CA: Academic Press.

olarak daha geniş bir bahçeye çıkabilmektedirler. Bahçeleri tel örgüyle ayrılan fakat aynı binanın iki katına ayrı ayrı yerleştirilen hastalar yalnızca yemek saatlerinde, yemekhaneye giden kuyrukta bir araya gelmektedirler. Lider hasta üst kat hastasıdır. Fakat alt kattakilerin kantin alışverişini ve ihtiyaçlarını gözetlemekte, onların eksiklerini tamamlamada aktif rol oynamaktadır. Hastaların yemekhane sırasında kuyruk oluşturduğu günlerin birinde alt kat hastası, kuyrukta tam arkasında bekleyen üst kat hastasına yumruk atar. Bunun üzerine üst kat hastalarından diğer bir hasta, arkadaşını savunmaya geçer ve alt kat hastasına karşılık verir. Alt kat hastası aniden sandalyeye yönelir ve kargaşanın çıkmasıyla yemek kuyruğu bir anda dağılır. Hastalardan bazıları birbirlerine karşı fiziksel saldırıda bulunurlar. Bu esnada lider hasta, alt kat ve üst kat hastaları arasındaki gruplaşmaları fark eder ve en az güvenlik kadar olaya müdahalede bulunur. Hastalar yatıştıktan sonra üst kat hastaları kendi katlarına, alt kat hastaları kendi katlarına yönelmişken lider hasta her iki katı da yoklamaktadır. Üst kat hastalarının yumuşaması için alt kat hastalarından haber getirir ve iki katın kaynaşması için grubu yönlendirecek söylemlerde bulunur.

Taburcu günü ile beraber lider hasta, diğer kapatılma mekânları gibi liderliğini en yetkin bulduğu kişiye tevdi ederek hastaneden ayrılmaz. Lider, hastalar arasındaki etkileşimsel süreç esnasında kendiliğinden belirlenir. Gruba en fazla emek veren ve farklı düşüncelere sahip olan hasta, diğer hastalar arasından sıyrılır ve lider vasfı kazanır. Bu vasıf, sürecin kendi dinamiğinde, sessizce gerçekleşir. Hastanın lider konumuna gelmesinde hastaneye kaç kez geldiği, dolayısıyla hastalık kariyerinin hangi boyutta olduğu en önemli etkindir. Lider hastanın grup üyeleriyle olan ilişkileri, hastaların birbirleriyle olan ilişkilerini de düzenler.

Gözlemci Alan Notu: Yemekhane sırası yavaş yavaş oluşurken hastalardan biri yüksek sesle Nejla'nın ilaçlarını alıp almadığını sormak istediğini ve bunun için hemşire odasına kadar gidip döneceğini söyledi. Hemşirelerle olan kısa süreli konuşma şu şekilde gerçekleşti:

İşıl: Nejla hasta imiş, ona ilaç alabilir miyim?

Hemşire: İşıl Hanım bunu kendisi ifade edebilir siz şimdi yemekhaneye geçin.

Gözlemci Alan Notu: Hasta, diğer hastaların artık neredeyse oluşmuş olan sıra düzenine yaklaştığında yine sıradaki herkesin duyabileceği bir tonlamayla Nejla'nın arkasına, ikinci sıraya yerleşti. Bu esnada şunları söylüyordu:

İşıl: Pardon ben Nejla'nın ilaçlarını sordum ay pardon geçebilir miyim Nejla'ya bir şey söylemem lazım da çok pardon

Lider hastanın asıl hastalar arasından mesafeli durduğu kişilere, dış grup üyesi muamelesi yapılır. Bu hastalarla temas kurmaktan kaçınılır. Hastalar arası etkileşimde liderin referansı dikkate alınır. Bu konuya örneklik teşkil eden iki kadın hasta arasındaki konuşma şöyledir:

H1: Nejla bile sevmiyo bunu canım benim sen kendini suçlama

H2: Yok suçladığımdan değil de (...) Nejla niye sevmiyo

H1: Bilmiyorum ki amaan bi tuhaf işte baksana iyi olsaydı severdi heralde

Lider, hastane ortamındaki her şeyi görmek ve bütün etkileşimlerin sorumluluğunu üstlenmek ister. Bu, onun adaleti tesis etmeye yönelik idealist tavrıyla ilişkili olmakla birlikte, diğer hastaların değerlendirmesinde yer alan "adil lider" atfını zedelememeye yöneliktir. Taylor ve Lind'in (1992) grup değer modeli, liderliğin güven üzerine tesis edildiğinde etkili olabileceğini gösterir. "Tüm üyeler, değerli birer birey olarak, liderlikten

adil ve saygılı bir muamele görme ihtiyacı içerisindeydirler. Prosedüral adaleti güvenceye almadaki başarısızlık, liderliğı gayri meşru ve geçersiz kılacak, astlar birbiriyle çatışan gruplar oluşturdukça ya da psikolojik olarak gruptan koptukça grup dağılacaktır " (akt. Hogg ve Vaughan, 2011: 357). Lider hasta, tıpkı burada anlatıldığı gibi, gruptan kopmak üzere olan hastalara müdahale ederek onları aynı hiyerarşik düzeyde tutacak yönelimleri kontrol eder.

Gözlemci Alan Notu: Bir hastanın, müzik etkinliğı hocasına yazdığı mektubu gözlemciye verdiğini gören lider hasta, hızlı adımlarla olay yerine geldi ve mektubun neden kendisine değil de grup üyesi olmayan başkasına verildiğini sorar biçimde hastaya şunları söylemektedir:

N (k): Aşkım mektubu yazmışsın gördüm sizi (...) neden ona verdin hani bana verecektin

B (k): Ha evet yazdım ama büşra hanıma vermek istedim o şimdi daha hızlı götürür hani hoca daha çok ciddiye alabilir

N (k): E beni de ciddiye alırdı ama iyi peki tamam sen bilirsin

B (k): (Arkasından koşar) Nejla küsmedin değil mi (...) sana veremezdim çünkü bugün gidiyorum emin olmam lazım mektubun verildiğinden

Lider hasta rolündeki başarı, hastanın kişisel özellikleriyle ilgili olmayıp, sosyal kimlik süreçlerinin bir ürünüdür. Hasta grubunun prototipik üyesi olan lider hasta, karizmatiktir. Lider hastaya güven duyulur ve hastane normlarını dikkate almayan davranışlar sergilemesine izin verilir. Bu hususta alan notlarımızdan bir örnek şu şekildedir:

Gözlemci Alan Notu: Kadın koğuşunda yemekhane sırasında Nejla'nın kapıları yumruklamasına diğer hastalar ses çıkarmadığı gibi hastabakıcılar da herhangi bir

ikazda bulunmuyorlardı. Bu durumun Nejla'nın hastalar arasında edindiği konumla ilgili olup olmadığını anlamak için yemekhane sıralarında lider hastanın taşkınlıklarına dikkat ettim. Görevlilerin yemekhaneye geçerken sıranın yanından geçtiği durumlarda hastalar kendilerine çeki düzen veriyor ve karşılıklı konuşmalara son veriyorlarken lider hasta daha cüretkâr hareket ediyor ve taleplerini yüksek sesle belirtebiliyordu. Yemekhane görevlisi mutfağa yönelirken lider hasta şöyle seslendi:

N (k): Bugün daha temiz bekliyoruz her şeyi dünki gibi yapmayın bak bozuşuruz

Bununla birlikte lider hastaların yemeği beğenmeyip çöpe dökmesine hasta ve personel grubu tarafından tepki gösterilmezken asıl hastaların benzer davranışlarında personelin serzenişte bulunduğu gözlemlenmiştir. Bu durum personelin hastanın liderliğini kabullenen bakış açısını taşıdığı veya lider hastayı ayrıcalıklı bir konuma yerleştirdiği anlamına gelmemektedir. Hastanın lider özelliklerini gösteren davranışlarının, hastane ortamındaki etkileşimsel süreçleri -otomatik olarak- nasıl etkilediğini işaret etmektedir.

Lider hastanın bu gibi serbest alanları keşfi, grup adına neler yapabileceğini yoklamasıyla gerçekleşir. Lider hasta, hastane yaşamının sıradanlığını aşmakta beceri sahibidir. İç grup üyeliğinden sapan davranışların kabul veya reddinin dikkate değer görülmesi, lider hasta tarafından sergilendiği takdirde önemli değildir. Hastane içerisinde dış grup üyeleri ile yakın ilişkiler kurulması, yalnızca lider hasta söz konusu olduğunda merak konusu olmamaktadır.

4.2.4.3. Marjinal Hasta

Akıl hastanelerinde üçüncü hasta tipolojisini marjinal üyeler olara adlandırdık. Hasta grubunun temsilinden çıkıp farklı hiyerarşideki grubun üyeleriyle kolaylıkla etkileşim içerisine giren marjinal hasta, diğer hastalara göre prototipik olmayan üyedir. Marques ve meslektaşları tarafından yapılan bir araştırma marjinal üyelerin çokluk grup tarafından sevilmediğini ve 'uyuz keçi' muamelesine maruz kaldıklarını göstermektedir (Vaughan, 2011: 339). Marjinal hastalar asıl hastaların tepkilerini üzerinde toplarlar. Marjinal hastanın sergilediği davranışlar, asıl hastaların boş zaman muhabbetlerine çoğunlukla konu olur.

H1: Bak bak ne yapıyo yine

H2: Ne yapıyo

H1: Yav ne bileyim tuhaf tuhaf davranışlar şimdi bişey desem ayıp olacak

H2: Ben de geçen koridorda gördüm kenara çıktım herkes sana gülüyö yapma böyle dedim bu hala hemşireymiş gibi davranıyo filancaya ilacını aldın mı diye soruyo

H3: He sonra gitti bi de hemşireye sordu

H2: Vallaha mı deli ya sanki göğşe çıkaracaklar otursana bizim gibi ne yoruyosun babacım kendini

Taşıdıkları vasıflardan dolayı iç grupla dış grup arasındaki sınırda yer alan marjinal hastalar, sevilmeyenler listesine kolaylıkla girer. Bu hastalara sapkın ve hain muamelesi yapılır. Bunun bir nedeni, bu kişilerin grup içerisindeki normatif söz birliğinin altında olmak yerine grup normlarının bütünlüğünü tehdit etmeleridir. Personel -miş gibi davranmanın bir adım ötesine geçerek personel ile işbirliği yapabilirler. Tam da bu nedenden dolayı marjinal hastalar, hasta grubu açısından önemli bir işlevi yerine getirirler.

Paradoksal olarak liderlerin girişimlerini onaylayan fakat marjinal üyeleri karalayıcı ve dışlayıcı yöndeki tavır alışlar, grubun neyi içselleştirdiği ve kendini nasıl tanımladığı hakkında görüntü sunar. Sapkın ya da hain, iç grubun perspektifinden yapılan bir yüklemidir. Hastalar kendi aralarında da sapkınlık durumlarını ifşa etme ve dışlama yönünde eğilim göstermektedirler. Bu esnada marjinal üyenin hiyerarşik üstünlük kurma çabası, alaycı yaklaşımlarla başarısızlığa uğratılır.

H1: Sezgin! Sezgin! Şşt Sezgin

S: Ne var oğlum ne bağıryosun adımı meşhur edicen beni

H1: Pardon beyefendi sizi güvenlikle karıştırdım haha

Hastalar: hh (Sıradaki hastaların gülüşmeleri)

S: Çok komik

H2: Hemşire zannedecektik de eteğin yok oğlum

S: Oğlum bak yeter dün de şakasını yaptınız

H1: Yalan mı oğlum bi gün hemşiresin bi gün güvenlik bi gün işteee

H3: Hastanenin jokeri

Hastalar: hh (Gülüşmeler)

Hasta grubu üyeleri arasındaki denkliliği incelediğimizde bazı üyelerin gruba diğerlerinden daha fazla aidiyet gösterdiği ve etkileşimleri grup adına başlattığı görülür. Lider hasta gruba daha fazla katkı sağlayarak denklik düzeyinden sıyrılır ve diğer üyelerden farklı bir konum elde eder. Hasta grubunun üyeleri arasındaki bu dengesizlik, lider hastayı taklitle ya da rol çalma pratikleriyle giderilmeye çalışılır. Marjinal hasta, lider hastanın konumunu değersiz kılacak birtakım davranışlarda bulunur. Marjinal hastanın bu çabasını fark ettiğinde lider hasta, diğer hastalara, marjinal üyenin gruba ihanet ettiğini vurgulayan sözlü ve bedensel uyarılarda bulunur. Takdir ve prestij, liderde toplanarak üyeler arasındaki

denkliği bozarken, grup içerisindeki sosyal onay da lider hastanın üye hakkındaki tutumuyla ilgilidir.

Lider Hasta: Ne dedi o bişey dedi mi size

H2: Yok ben alabilirim dedi parası varmış da

Lider Hasta: Hı e alsın o zaman benlik bi durum yok

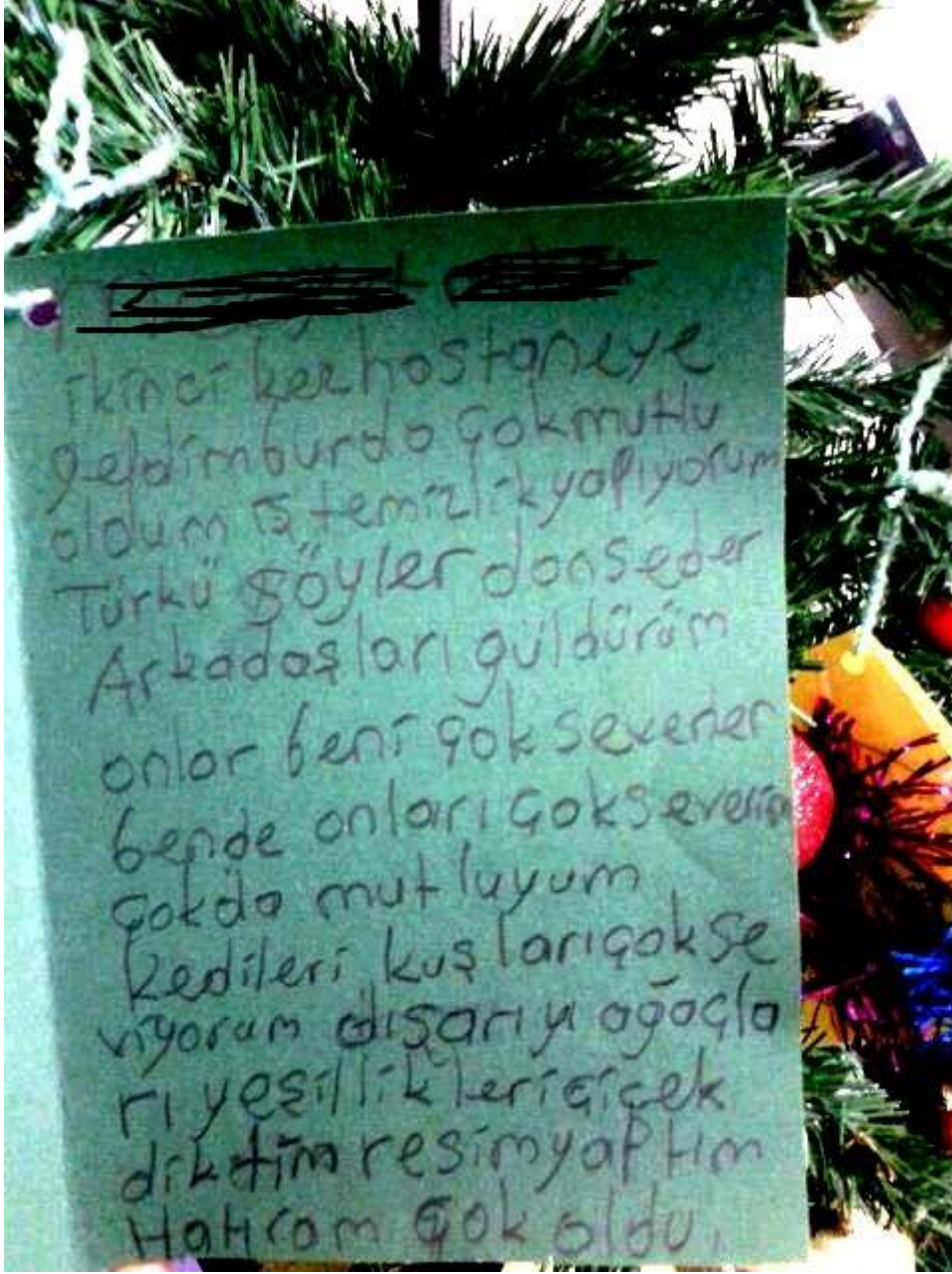
H3: Yok hani şimdi sen görürsün yani ı işte hani söz verdin ya belki hoşuna gitmez önce sen ısmarlamak istedin çünkü

Lider Hasta: Ha yok ben ondan değil geçen de Erkan hocaya (müzik etkinliği hocası) şunu çalın bunu çalın demiş bak ben herkese soruyorum önceden demi ne istiyosunuz yazıp verelim adama diye şimdi bu kafasına göre iyilik yapıyo size

H2: Yani doğru diyorun abla da biz de bişey diyemedik

Lider Hasta: Tamam nasılsa karşı karşıya gelicez bir gün yani hayır yapsın da hadi ben neysem burayı bırakıp gidicem yarın bi gün size en azından bi sorsun ben sizin iyiliğiniz için yani sorun yok

Diğer hastalarca benimsenmese de bu hastalar, diğer hastaların ilgi ve sevgisini kazanmak için özel girişimlerde bulunurlar. Kadın servisinin marjinal hastası, hastaların kişisel bakımlarını yapan lider hastaya öykünerek hastaların saçlarını öğretilir. Bu esnada onlara şarkı söyleyebilir ve onları dansa kaldırabilir. Yılbaşı münasebetiyle süslenen ağaca dilek mektubu yazan marjinal hastanın mektubu, diğer hastalardan farklıdır. Hastaların çoğunluğu mektuplarına yeni yıldan beklentilerini veya ailelerine yönelik mesaj ve dileklerini iletirken marjinal hasta hastaneye nasıl bir katkısı olduğunu ortaya koymaktadır. Dilek mektubu, marjinal hastanın elinde "bugüne kadar yaptıklarımız" notuna dönüşmekte; hastanın hastane içerisindeki konumuna yönelik vurguyu içermektedir.



Şekil 3:

Marjinal Hastanın Dilek Mektubu

4.2.5. Hasta Muhalefeti Ritüeli: Söylenti Yaymak

Ve mahkûmlar umûmî af söylentilerini böyle gündüzlerde çıkarırlar

(Bedîî Fâik)

Hastaneye yatırılmasıyla beraber birey, bulunduğu sosyal çevreden mahrum kalmasına rağmen bir başına olma durumundan zamanla sıyrılır. Birey artık aynı standartlara maruz kalarak gözetim altında tutulan bir grubun üyesi: Hastadır. Burada kişisel kimlikten arınıp sosyal kimlik kazanmanın yanı sıra yüksek seviyede "ortaklaşma" pratiği gözlenir. Ortaklaşma, işlerin beraberce yapılmasıyla hastaların grup üyeliğini üstlenmelerini ifade eder. Şekillendirilmiş işbirliği³⁹ vasıtasıyla hastalar arasında bir çeşit ortak anlayış gelişir. Ortaklık, kalabalıklar arasında hasta kimliği içerisinde kalarak tutarlı davranmayı gerektirir. Söylenti-ortaklık arasındaki ilişki de bu noktada açığa çıkar. "Belli bir olayın olduğu yolunda bir topluluk ya da toplumsal kümede dolaşan doğrulanmamış haber"⁴⁰ olarak tanımlanan söylenti, kurumdan beklenen hizmeti hasta kimliği içerisinde kalarak talep etmeyi sağlar. Dolayısıyla söylenti, işbirliği üzerinde temellenerek grup içi dayanışmayı ve benzeşmeyi artırır. Bu durumun etkisiyle ilgili olarak aynı çevresel uyaranlara ve yoğunlukla aynı koşullara maruz kalan personel ile hastaların, hastanenin bir gününü idare etmede gösterdikleri farklılık, farklı grupların üyeleri olmalarından ve farklı beraberlikler kurmalarından kaynaklanmaktadır. Bütün koşulların (örneğin yemek listesi) aynı olduğu durumlarda dahi hangi gruba üye olunduğuyla ilgili olarak eleştiriyi söyleme taşıma ve söylenti haline getirme biçimleri farklılık gösterecektir. Kişiler, yerleştirildikleri grubun normlarına uyma ve grup üyeleri arasında tutarlı davranmaya eğilim göstereceklerdir. Bu

³⁹ Terim hakkında geniş bilgi için bkz. Sennett, R. (2012). *Beraber*. İlkay Özkürpalpli (çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

⁴⁰ <https://www.kursunkalem.com/sosyoloji-terimi/soylenti/>

durum hastaların dikkatlerinin iç grupta olan bitene yönelmesine neden olur. Bu noktada hasta, hastalar arasındaki karşılaşmalarda açığa çıkan bütün söylentilere kulak kesilir.

"Müşterek mekân"⁴¹ olarak akıl hastanelerinde söylenti hastanesinin gündelik yaşamının dinamiklerinden biridir. Kapatılma mekânı olmasının bir sonucu olarak alanın kullanımı söylenti oluşturma ve yayma açısından elverişlidir. Dolayısıyla akıl hastanelerinde oluşturulan haber alabildiğince hızlı yayılır. Akıl hastanesinde söylentinin en fazla işlev gösterdiği alan hasta muhalefetidir. Bazı durumlarda söylenti, hastaların otoriteye yönelik eleştirilerinin açığa çıkması ve hasta muhalefetinin etkili olmasına yöneliktir. Çalışmamızda, hastane ortamındaki söylentinin, bilgiyi ulaştırma (haber verme) maksadı taşımadığı; bir bilginin, lafın, haberin kasıtlı olarak değiştirilerek hasta çıkarlarına hizmet etmesi amacıyla yayıldığı gözlemlenmiştir. Hastanede gerçekleşen bazı olaylarda olayın gerçek yorumu üzerinde işlem yapılır. Burada maksat, kurumda karşılaşılan belirsizliği gidermek değil; kurumun kişilerin aleyhinde olması durumunu diğer grup üyelerinin tasnif sistemlerinde canlı tutmaktır.

Gözlemci Alan Notu: Hastalardan biri koridorun bir ucundan diğerine koştururken sağındaki ve solundaki odalara doğru yüksek sesle bağırırken şunları söylüyordu:

İlk seslenme:

H (k): Hanımlar burda şok veriyolarmış ölenler oluyomuş hanımlar heey duyduk duymadık demeyiin.

İkinci seslenme:

⁴¹ Stavros Stavrides *Müşterek Mekân*'da, mekânı "bir meta, devlet idaresindeki bir alan ya da savaşın getirdiği saf bir yıkıntı olarak değil müşterekler" (Stavrides, 2018: 13) olarak sorunsallaştırır. Burada uzam fikrinden hareketle ve Stavrides'ten ilhamla akıl hastanelerini "hareket halindeki müşterekleşme mekânları" olarak tanımlamayı teklif etmekteyiz.

H (k): Ses birki ses birki hanımlar herkes bana baksın duyuyduk duymadık demeyin
burda bize şok vereceklermiş elektrikten ölenler oluyomuş herkes duysun herkes
heey

Söylentiği oluşturan alt metnin üretilmesinde hastalar, genellikle sosyal yüklemelere başvururlar. İçeride bulunma durumlarını global (dışsal) nedenlere atıfta bulunarak tanımladıklarında, nedensel çıkarımlarını söylentiye dönüştürebilmektedirler. Nedensel atıflar, hastane ortamının tanıtılmasında negatif söylemsel içerikleri ihtiva edecek biçimde kurulduğunda, içeriği karşılıklı konuşmaya taşımak, söylentinin yayılmasını hızlandıracaktır. Bu durumla ilgili olarak vereceğimiz örnekte, hastalar arasındaki konuşmalarda doktorlar konu edilmektedir. Konuşma akışının bir kısmı söylenti oluşturmaya yöneliktir. Burada söylentiye dışsal atıflar kaynaklık etmektedir:

H1 (e): Burda kuran okutmuyolar diyolar din düşmanıymış burdakiler

H2 (e): Yok ben duymadım öyle bişey

H1 (e): Öyleymiş öyleymiş zaaten kitap da yasak geçen biri de demiş cumaya
gidemiyoz mu diye de yok demişler meğer bura şeymiş yaani hep

H2 (e): Yok oğlum siyasi kitap da okuyamıyosun ondan değil

H1 (e): Öyleymiş abi öyleymiş hayatta her şey proje öyle bakacan olaya

Burada söylentinin işlevi kurumun itibarını düşürmek ve kişinin orada bulunma sebebinin kendi aleyhinde olması durumunu ortadan kaldırmaya yöneliktir. Zira bu konuşma ilgi alanları takip edildiğinde dini kavram repertuarına hâkim olan ve dini hassasiyetlerinin yüksek olacağı düşünülen hastaların varlığında gerçekleşmektedir. Söylentiği oluşturan hasta, bu içerikteki değerlendirmeleri yalnızca dini hassasiyeti olan hastaların yanında konuşmaya taşımaktadır. Aynı hastanın, yalnızca dini hassasiyet taşıyan hastaların

bulunduğu banka yerleşirken "bismillah!", banktan kalkarken "estağfirullah!" ifadelerini konuşmasına taşıdığı gözlemlenmiştir.

Söylentinin bir diğer işlevi, hastane içindeki statü farklılığını bertaraf etmeye yöneliktir.

Hastane imkânlarının kullanımında eşitsizlik hastalar tarafından fark edildiğinde veya hastalar personelle yakınlık kuramadıklarında söylenti ve propaganda devreye girer. Bu sayede hastaların dikkat odağı olmaları, bir diğer tabirle ciddiye alınmaları kolaylaşır.

Kurumsal hizmetin eksiklikleri üzerinden yayılan söylenti, iç grup üyeleri ile dış grup üyeleri arasında mukayeseli bir anlatıyı ihtiva eder. Sonucunda ise hastanenin standart işleyişine yönelik eleştirinin ortaya konulmasına hizmet eder. Örneğin yemeklerin dağıtımına yönelik rahatsızlıklar, aynı çatı altında olunmasına karşın personelin hastalarla aynı yemekleri yemiyor oluşu genel söylenti konularını oluşturur.

Söylenti, yayılması ile beraber propagandaya dönüşerek hastane içinde kargaşa meydana getirebilir. Bu esnada hastalar, ayaklanmalarının gerekçelerini, söylenti yayılmadan önce tasarlamış oldukları açıklamalara dayandırır. Çalışmamız esnasında gerçekleşen ve bu duruma örneklik teşkil edecek bir olay cereyan etmiş ve alan notlarımızda şöyle yer almıştır:

Gözlemci Alan Notu: 4 hasta, yemeklerden şikâyetçi olmak için imza toplamaya başladılar. Bu esnada içlerinden biri diğerlerine imzaları kime teslim edeceklerini sordu. Bunun için imza toplama işini yarıda bırakıp hemşirelere yöneldiler ve bulundukları servisin genel sorumlusunu sorduklarında Dr. Bülent Kadri Gültekin'in ismini aldılar. Genel sorumluyu yerinde bulamayınca ve kendisine ulaşamayınca sorumluyu servisin her köşesinde aramaya koyuldular. Bu esnada imza toplama işi henüz tamamlanmamıştı ve bir anda askıya alındı. İmza toplama fikrini ortaya atan hastalara birkaç hasta daha dâhil oldu ve her iki katı da gezdikten sonra bahçeye

yöneltiler. Bu esnada gruba birkaç hasta daha dâhil oldu. Dr. Bülent Kadri Gültekin olabileceğini düşündükleri kişinin arkasından koşmaya başladılar. Bu aşamada hasta grubu arasındaki diyalog şu şekildeydi:

H1 (e): Bak gidiyor bak

H2 (e): Oğlum seslensenize

H3 (e): O mu bilmiyoruz ki

H1 (e): Şu giden değil mi ki bak gidiyor öndeki

(Kendilerini takip ettiğim için yakın mesafedeydim, hastalardan biri bana yönelerek)

H4 (e): Af edersiniz şu giden kişi B.Kadri Gültekin mi?

G: Ne için sormuştunuz

H4 (e): Buranın bi sorumlusu varmış da her şeye bakıyomuş. Yemekleri şikâyet edecez.

H2 (e): Dövmeyecez hocam merak etmeyin haha.

Gözlemci Alan Notu: Bu meseleyle alakalı olarak hasta grubuyla daha detaylı görüşme yapmak için bahçedeki banklara geçtik. Yapılandırılmamış grup görüşmesinde hasta söylemlerinden biri şöyleydi:

H (e): Hemşireler bile dışarıda yiyor yemeklerini

Hastanın bu söylemi, yukarıda bahsettiğimiz söylenti yayarken "ayaklanmanın gerekçesini üretme" durumuyla örtüşmekteydi. Böylelikle söylenti etrafında gelişen kargaşaya mantıklı bir zemin üretildi. Söylem hastaların toplu eylemlerinin makul bir düzleme taşınmasına hizmet etmekteydi.

Hastaların yemeklerin iyileştirilmesi amacıyla imza toplarken aniden başka bir işe karar vermeleri ve bu kararı hızlı bir şekilde eyleme yansıtma; bir ortamda birbirlerine bağlılık gösteren üyelerin, tehdit edici durum karşısında yanlış kararlar almalarına neden olacak bir süreç içerisinde girmelerini karşılayan "grup düşünüşü" kavramı ile açıklayabiliriz. Grupların karar alma süreci her zaman başarıyla sonuçlanmayabilir. Grup kendi adına kötü kararlar alabilir. Grubun kötü kararlar sonucunda süreci, Irving Janis (1971)'in kavramsallaştırmasıyla "grup düşünüşü" olarak açıklanır.

Grup düşünüşü, "uyuşma arayışının, alternatif eylem planlarının gerçekçi değerlendirmelerini baskılayacak derecede önem kazandığı sargın iç gruplardaki düşünce biçimi" olarak tanımlanır (Myers, 2011, akt. Hogg ve Vaughan, 2011). Grup düşünüşü, grubu hareket ettiren ve karar almaya yönlendiren düşünsel arka plandır. Bu süreçte dikkat odağı, kararın kendisi olduğundan grup üyeleri fevri davranışlarda bulunabilir. Hasta grubu, rasyonel bir karardansa lider hastanın grup adına verdiği kararlar hareket ettiğinde ve alınan karardan taviz vermeyecek kadar farklı ihtimallere kapalı olduğunda grup adına kötü kararlar alınabilir ve bu durum güvenlik personeli ile karşı karşıya gelmeyle sonuçlanabilir.

4.2.6. Gözetimli Boş Zaman

Boş zaman, kendinden menkul bir yaşam alanı olarak tanımlanmakta ve pek çok kuramsal yaklaşım üzerinden değerlendirilmeye alınmaktadır. Boş zamanın özerkliği, modern yaklaşımların getirdiği kavrayışlardan biridir. Bu kavrayışlarda boş zaman olgusu, çalışma ve aylaklık üzerinden tanımlandığı gibi kimlik ve benliğin inşası üzerinden de tanımlanması⁴² söz konusu olmuştur. "Boş zamana ilişkin kuramsal yaklaşımlarda kavramın modern zamanlarla birlikte bir anlam/içerik kayması yaşadığı, nesnel anlamı

⁴² Örneğin Gellner'de "öznellik", Berman'da "katı olanın buharlaşması" zaman olgusu ile ilişkilendirilir.

dışında farklı anlam yükleriyle kendini var kıldığı ve bu zamanın kullanımının birey dışı egemen manipölasyona ayarlı biçimde alınır satılır hale geldiğine ilişkin görüşler ağırlık taşımaktadır" (Aytaç, 2002: 257).

Boş zaman olgusu hastane ortamında incelenmeye alındığında, mezkûr ağırlıktaki görüşlere sadık kalmakta zorluk yaşanmıştır. Zira kuramsal yaklaşımların önemli bir kısmının boş zamanı kapitalist üretim ilişkileri zemininde açıklamaya kavuşturmaktadır⁴³ ve bu yaklaşım tarzının sabit değişmezler meydana getirdiği ve hastane ortamının gündelik yaşamını açıklamada sorun ortaya çıkaracağını ve inceleme nesnemiz olan delilik olgusunun kurum içi pratiklerinin soruşturulmasında önyargılı bir yaklaşım yaratacağını düşünmekteyiz. Dolayısıyla boş zaman olgusu çalışmamızda, herhangi bir kuramsal yaklaşıma dayandırılmadan, sahadaki verilerin işaret ettiği biçimde ele alınmış ve gözetim ve denetim mekânları olan akıl hastaneleri için "gözetimli boş zaman" ifadesinin uygun olacağı düşünülmüştür. Bu başlık altında akıl hastalarının hastane içi pratiklerinde gözetimli boş zamanın etkisi tartışılmaktadır.

Akıl hastaneleri, gözlem ve rehabiliteye yönelik işleyişleri gereği buralarda kalan bireylerin boş vakitlerinin düzenlendiği alanlardır. Akıl hastanelerini boş zamana dayalı kurumsal etkinlik alanlarından biri olarak ele almak mümkündür. Hastanenin bir gününde hastalar, her ne kadar bir programa tabi olsalar da, günün önemli bir kısmını serbest faaliyetlerle geçirmektedirler. Şekilde Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde uygulanmakta olan program listelerinden biri yer almaktadır:

⁴³ Hemingway, (1996)., Kelly, (1996)., Marx, (1997) gibi kuramcıların yanı sıra Lafargue, *Tembellik Hakkı* (1883) ile Veblen, *Aylak Sınıfın Teorisi* (1899) ile iş, çalışma ve üretim ilişkileri bağlamında açıklamışlardır. Belirttiğimiz isimler, günümüzde boş zaman olgusunu açıklamada ve diğer olgularla ilişkilendirmede önemli kuramcılardır.

		K-1 SERVİSİ ALT KAT GÜNLÜK PROGRAMI					
KOD	PS.PL. 21	YAY.YIL	01.10.2013	REV.YIL	03.12.2018	REV.NO	1
						SAYFA SAYISI	
1							
06:00:00	UYANIŞ						
06:30-07:00	KAHVALTI SAATİ						
07:00-07:30	SABAH TEDAVİSİ						
07:30-08:00	ODA DÜZENLENİ VE KİŞİSEL BAKIMIN SAĞLANMASI						
08:00-08:30	HEMŞİRE NÖBET DEVRİ						
08:30-09:15	VİTAL BULGULARIN KONTROL EDİLMESİ						
09:15-09:45	GÜNAYDIN TOPLANTISI						
10:00-11:30	KİŞİSEL TEMİZLİK						
10:00-12:00	AKTİVİTE SAATİ(Aktivite programında belirtilmiştir.)						
12:00-13:00	YEMEK SAATİ						
13:00-13:30	ÖĞLE TEDAVİ SAATİ						
13:30-15:30	AKTİVİTE SAATİ(Aktivite programında belirtilmiştir.)						
13:30-15:30	ZİYARET SAATİ(SALI-PERŞEMBE-PAZAR)						
15:30-16:30	SERBEST ZAMAN						
16:00-16:30	HEMŞİRE NÖBET DEVRİ						
17:00-18:00	YEMEK SAATİ						
18:00-19:00	SERBEST ZAMAN						
19:00-19:30	GÜVENLİK KONTROLÜ						
20:00-20:30	AKŞAM TEDAVİSİ						
20:30-21:00	ARA ÖĞÜN SAATİ						
20:30-22:30	SERBEST ZAMAN						
22:00	YATIŞ						

***EKT TEDAVİSİ:** SALI, PERŞEMBE, CUMA GÜNLERİ 09:00-12:00 ARASINDA UYGULANMAKTADIR

***K-1 SERVİSİ HAFTALIK VİZİT PROGRAMI:** PAZARTESİ, PERŞEMBE, CUMA GÜNLERİ 09:00-12:00 ARASINDA KLİNİK EĞİTİMİ

Şekil 4:

K1 Servisi Alt Kat Günlük Programı

Akıl hastanelerinin modernizasyonu ile birlikte rehabilitasyon sistemi de reorganize edilip önceki dönemlerdeki işe dayalı ıslah mantığı tamamiyle kaldırılmış ve hastalardan iş talep edilmemeye başlanmıştır. Dolayısıyla hastaların yeterince fazla boş zamanı olduğu fakat günümüzde akıl hastanelerindeki boş zamanın iş-üretim üzerinde düzenlenmediği söylenebilmektedir. Hastane tarafından hazırlanan ve uygulamaya konulan program haricinde hastalara boş zamanları nasıl değerlendirecekleri hakkında yönlendirme yapılmamaktadır. Hastalardan kendi vakitlerini kendileri idare etmeleri beklenmektedir.

Serbest zamanları değerlendirmede mekânsal kısıtlılık ve gerçekleştirilebilecek eylem çeşitliliğinin azlığı, hastaların yeni arayışlara girmelerine neden olur. Bu girişimlerin öncesi ve sonrasında sıkılğanlığın sözlü ve bedensel olarak dışa vurulduğu gözlenir. Sıkılğanlığı yansıtan davranış pratiklerinin hastane ortamında doğallaşır. Bir duvardan diğer duvara defalarca yürümek, ancak kapatılma kurumlarında doğal bir davranış olarak karşılanır; bu davranışın neden yapıldığı sorgulanmaz, garipsenmez veya orada bulunan diğerlerinin dikkatini çekmez. Volta atmak örneği, boş zaman olgusunun bulunulan mekân ve duruma göre farklı bir muhteva kazandığı ve boş zamanın değerlendirilme biçimlerinin kurumsal yapının tesiri altında olduğunu açıkça göstermektedir. Goffman'ın *Tımarhaneler* adlı çalışmasını, "boş zamanın örgütlenme biçiminin araştırılması" olarak sunmasının mahiyeti de burada aranmalıdır.

Boş zamanın değerlendirilme tarzı, hasta grubundaki üyelik konumuna göre değişmektedir. Lider ve marjinal hastalar, boş zamanı değerlendirme durumunda bulundukları statüye ileriye yönelik kazanç sağlayacak -rasyonel hamleler- peşindedir. Hasta grubunun diğer üyeleri ise boş zamanı değerlendirme hususunda onları diğerlerinden farklılaştıracak değil; diğerlerinin farkındalığını kazanacak davranış pratikleri sergilerler. Örneğin asıl hastalardan biri bahçedeki spor aletlerini kullanırken bir taraftan sigara içmekteydi. Spor bittikten sonra bahçede oturan üç hastanın yanına geldi ve hastalar arasında şu konuşma gerçekleşti:

H1 (e): Oğlum o neydi ağzındaki

H2 (e): Ne neydi abim

H1 (e): Sigara diyorum sporun faydası oldu mu bari

H2 (e): Ne yapayım, başka bi şey mi var ben en azından sporumu da yapıyorum
sigara mı da içiyorum

H3 (e): E yap da hasan abi diyo ki ikisini aynı anda yapma diyo sana

H2 (e): Yav sıkılıyorz napalım farklılık olsun işte

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde hastalara ücreti mukabilinde veya ıslah mantığıyla iş yüklenmemektedir. Akıl hastanelerinde hastalara düşen temel iş, değerlendirilme süresinin bir şekilde geçirilmesidir. Öyle ki hastalar, hiçbir şey yapmayıp yalnızca kuruma kapatılmalarıyla sosyal güvence kazanmaktadır. "Burada kapatılmış kişinin benlik ve sahiplik anlayışı çalışma kapasitesine yabancılaşabilir" (Goffman, 2017: 22). Hastalarda çalışma ahlakı, kurumun muamelesi altında şekillenir. Hasta, zamanını personele ayırarak boşlukları doldurmaya ve ufak tefek işler üzerinden bir vasıf kazanmaya çalışır.

Goffman, toplumsal bir melez olarak tanımladığı total kurumları incelemenin sosyolojik önemini, "kısmen meskûn bir topluluk kısmen de resmi bir örgütlenme" (2017: 23) olarak ifade eder. Goffman'ın "sera"lara benzettiği total kurumların bir diğer önemi, değişim yaratmalarıdır. İnsanlar, bu kurumlara ya değişmek amacıyla başvururlar ya da değiştirilmek amacıyla zorla getirilirler. "Bu kurumların her biri, benliğe yapılabilecek şeyler üzerine doğal bir deneydir" (Goffman, 2017: 24). Fakat boş zamanın değerlendirilme tarzı, hedeflenen değişimin önünde engel olabilmektedir. Hastaların yönelebilecekleri meşguliyetlerin kısıtlı olması sigara kullanımını artırmaktadır. Hastaların birçoğu, sigara kullanma sıklığının arttığını belirterek, hastane ortamında sıkıldıklarını dile getirmişlerdir.

Hastane programının dışındaki zaman dilimlerinde ortaya çıkan boş zamanın neyle doldurulacağı sorunu, hastaların yaratıcılıklarından doğan meşguliyetlerle giderilir. Hastanede bakım hizmeti alamamaları ve kişisel bakımlarını sağlayabilecekleri

malzemelerin servislere girişinin yasak olması sebebiyle hastalar bu yasağı kendi çabalarıyla aşmaya çalışırlar. Çalışmamızda kadın servisindeki hastaların toka kullanımına yönelik yasağı meşru malzemeleri kullanarak aştıkları ve toka ihtiyacını giderdikleri görülmüştür. Tıbbî maskenin lastik olarak kullanılması, hastaların boş zamanlarında yaratıcı faaliyetlerle meşgul olabildiklerini ve hastane içerisindeki ihtiyaçları temin etmeye yönelik çaba gösterdiklerini ortaya koymaktadır.

Boş zamanın bir kısmı ihtiyaçların giderilmesi ile doldurulur. İhtiyaçlar, hastalar arasındaki iş bölümü ve kişisel eşyaların paylaşımıyla giderilir. "Kişisel vitrinin idaresi"⁴⁴ için hastalar özel malzemelere ihtiyaç duyarlar. Goffman bu malzemeleri "*identity kit*" olarak tanımlayacaktır. Hastalar, bakımları için başvurabilecekleri birine -bu terzi veya berber olabilir- ihtiyaç duyarlar. Her ne kadar hastaneye yatırılmalarıyla birlikte statü kaybı yaşasalar da zedelenen benlik saygılarını onarmak isterler. Boş zaman, onarım faaliyeti için en elverişli zamandır. Kadın servisindeki alt kat hastaların kantin ihtiyacını gözetken üst kat hastası bu durumla ilişkili olarak şöyle söylemektedir:

G: C'nin kantin ihtiyaçlarını sen tamamlıyorsun galiba?

H (k): Evet yaa çok yazık çıkamıyo gariban

G: Ne zamandan beri sen alıyorsun onun ihtiyaçlarını

H (k): Onun ihtiyaçlarını aslında almıyorum kantinle alt kattakiler arasında aracılık yapıyorum ben

G: Öyle mi ne güzel peki neden yapıyorsun bunu

H (k): Valla napayım yerinde dur dur bari bi işe yarayalım (h) yaramayalım mı (h)

G: (h) Yarayın tabi canım

⁴⁴ Goffman'ın terimi. Bkz. *Tımarhaneler* (2015), s. 32.

H (k): Zaten bana da iyi geliyo azcık zaman geiyo oraya koş buraya koş derken bir bakıyosun akşam olmuş hii bi derdini dşünmemişsin hani aklına bile gelmemiş öyle bi durumdasın ha artısı ne hiç olmazsa olanları unutuyorum iyi oluyo

4.2.7. Akıl Hastalarının Hastane Ortamına İntibakı

Yatışı yeni verilmiş hasta, paydaşlarını bilmediği bir mekâna girer ve bu mekândaki kalabalığın içerisine dâhil olur. Hasta, açık biçimde sergilenen ve örtük mesajlar iletmeyen davranışları aracılığıyla, hastane ortamının normlarını öğrenir. Bu ğrenme süreci yüzmeyi öğrenmek gibidir; bir taraftan aktif bir çaba gösterilirken sürece hastanın keşif çabası eşlik eder. Hastane ortamını keşfederken hasta, hasta çoğunluğunun uyduğu pratikleri üstlenme ve sürdürme eğilimi gösterir. Çoğunluğa uymak bir anlamıyla da mecburiyettir. Uyum, kalabalıklar arasında bulunmanın ve bilinmeyen bir dünyadaki işleri kolaylaştırmanın gereğidir. Bu sayede kişisel kimlikten yavaş yavaş kopulur ve nihayetinde sosyal kimlik ne geçer. Sosyal kimlik, (Reicher'in yaklaşımında grldği gibi)⁴⁵ kolektif bir karakter kazanır. Hastanın, hastane ortamına tek kişi olarak gelip buradaki etkileşimlere dâhil olma ve hatta yön verme durumu, kimliğin intibak süreci ile ilgilidir. Hastaneye geldiği ilk anda hasta, kendini yeni bir düzenin beklediğinin farkına varır. Hastane ortamına aşinalığı artarken, burada nasıl tanınacağıyla ilgili olarak davranışlarını benlik sunumuna yönelik ayarlar.

Çalışmamızda hastaların hastane ortamına intibakı, öncelikle kişisel adaptasyon hatları üzerinden ele alınacaktır. Kişisel adaptasyon hatları açıklanacak ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin hastalarının uyum süreçleri ile ilişkilendirilecektir. Akabinde

⁴⁵ Reicher, S.D. (1996). *Social identity and soial change: Rethinking the context of social psychology*. W.P. Robinson (ed.), *Social groups and identities: Developing the legacy of Henri Tajfel* (s. 317-36). Oxford, UK: Butterworth-Heinemann.

hastaların uyum süreçlerinin aşamalarına yer verilecek ve çalışmamızdan örnekler ile somutlaştırılacaktır. Hastaların uyum aşamaları; "koğuş sistemine uyum", "yasak ve zorunluluklara müsamaha", "aleniliğe müsamaha" ve "kuruma son bakış" olarak kategorize edilmiştir.

4.2.7.1. Kişisel Adaptasyon Hatları

Hastaneye intibak, istemli, istemsiz ve zorunlu yatışla ilgili olarak farklı uyum süreçlerini ortaya çıkarır. Bununla birlikte aynı hasta, hastanede kalma süresinin bütününde farklı uyum davranışları sergilemektedir. Uyuma yönelik davranış pratiklerinin süreçle ilintili olarak aynı hastada farklılaşması, akıl hastalarının hastalık kariyeriyle ilgilidir. Erving Goffman, akıl hastasının ahlaki kariyerinde yaşanan değişimi, "kişisel adaptasyon hatları" üzerinden tasnif etmiştir. Bu tasnife göre hastalar, dört adaptasyon hattını izlemektedir. Bu dört hat, gözlemlerimizle örtüştüğü için hastaların uyum sürecinin teorik arka planını karşılayabilmektedir. Hastaların uyum sürecinde geçtiği dört hat şöyledir:

- 1.Durumsal Geri Çekilme (*situational withdrawal*)
- 2.Uzlaşmaz Hat (*intransigent line*)
- 3.Yerleşme (*colonization*)
- 4.Dönüşüm (*conversion*) (Goffman, 2015: 71-73).

a) Durumsal Geri Çekilme: "Çıkarım yakında zaten, idare ederim"

Hastane ortamına gelmesiyle beraber birey, sahte bir nezaket sergileyerek kendini olayların dışarısında tutmak durumunda kalır. Birey, diğer hastalar gibi etrafında olan bitene doğrudan dâhil olmaz. "Nerede, ne yapıyor ve ne hâlde" olduğuna yönelik bir değerlendirme içerisine girmesinden ötürü adeta bir gözlemci gibi hastane içi

etkileşimlerin dışarısında kalmayı tercih eder. Bu esnada hasta her türlü iletişimden kaçınır; kimseyle konuşmak istemeyebilir. Mümkün olduğunca tek başına hareket eder ve diğer hastaların kendisiyle kuracağı bütün iletişim fırsatlarını yok eder. Öyle ki ziyaret saati geldiğinde yakınıyla görüşmek istemeyebilir yahut yakınından hasta nüfusunun az olduğu تنها bir bölgede görüşmeyi talep edebilir. Durumsal geri çekilme olarak tanımladığı bu durum hakkında Goffman şöyle der:

Karşılıklı etkileşime dayanan olaylara katılımın böyle şiddetli bir şekilde kısıtlanması, akıl hastanelerinde 'gerileme' olarak bilinir. Hapishane psikozu'nun ya da 'bir yere kapatılmanın sebep olduğu akli dengesizlik'in aşamaları da toplama kampları için tanımlanan 'akut benlik yitimi'nin (*acute depersonalization*) bazı biçimleriyle ve ticaret gemilerinde uzun süre çalışan denizcilerde rastlanan 'tankeritis'le aynı adaptasyonu temsil eder (2015: 71).

Bu adaptasyon hattındaki hasta, grup oluşumunda pasif rol oynamakta ve ahbablık oluşumu süreçlerine gecikmeli olarak dâhil olmaktadır. Hasta, adaptasyonun bu evresinde yeterince gözlemde bulunduğu yeni kavrayışlara yönelik küçük iletişim girişimlerinde bulunabilmektedir.

H (e): Merhabalar hocam siz doktor musunuz bişey soracaktım

G: Doktor değilim siz ne için doktoru aramıştınız

H (e): Ha şey ben Cuma'ya gidebiliyo muyuz onu soracaktım bi de sizi bugün her yerde görüyorum kimsiniz onu soracaktım da bi de şey yani yeni geldim kusura bakmayın benim

G: Anladım

H (e): Yeni geldim ya hani kusura bakmayın rahatsız ettiysem hemşireye sor dediler işleri vardır diye odaya giremedim

G: Anlıyorum evet arkadaşlarınıza sorsaydınız keşke doktorun kapısı kapalı

H (e): Yok sormadım ya daha kimseye bişey sormadım bakalım çıkarım yakında zaten idare ederim

G: Şurda oturanlar bilebilirler derseniz bi sorun

H (e): Yok yok gerçekten çıkarım zaten birkaç güne sorun değil

b) Uzlaşmaz Hat: "Pardon hemşire hanımefendi karısı"

Uzlaşmaz hatta hasta, hastane personelinin kendisi üzerindeki denetimini reddetmeye yönelik bilinçli bir meydan okuma içerisine girer. Personel ile hasta arasındaki uzlaşımsal bütün iletişimleri tıkayan bu adaptasyon biçiminde hasta, bu türden davranışları genellikle hastaneye yatırıldığı ilk hafta boyunca sergilemektedir. Hastanın, personele zorluk çıkaracak davranışlar içerisinde girmesi, büyük ölçüde istemsiz veya zorunlu yatışla ilgilidir. Adaptasyon sürecinin bu hattında olan hasta, kurum tarafından daha fazla ciddiye alınır. Kurum personelinin dikkatini bu tür hastalara daha fazla yöneltmesi hastanın personelin talimatlarını uygulamaması veya alenen reddetmesiyle ilgilidir. "(...) personel (zaman zaman elektroşok tedavisi tavsiye eden hastane psikiyatristlerinin askerî hapisanelere gönderen askerî mahkemelerin durumunda olduğu gibi), kuruma kapatılmış, uzlaşılması imkânsız kişinin iradesinin kırılması gerektiğine karar verdiği zaman, kurum başkaldıran kişiye, kişinin kuruma gösterdiği kadar özel bir bağlılık gösterir"(Goffman, 2015: 72). Personelden bazıları, hasta bu aşamadayken bazı davranışlarını görmezden gelebilir. Fakat arka planda bu hastayla ne yapılacağı ve nasıl bir süreç izleneceğine yönelik tartışmalar gerçekleşebilir.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi hemşirelerinden bazılarının hemşire odasındaki konuşmalarının şu kısmı bu duruma örneklik teşkil etmektedir. Konuşma 3 bayan hemşire arasında gerçekleşmektedir. Hemşirelerin isimleri A, B, C harfleri ile kodlanmıştır:

A: Ya o geçen de öyle yaptı yapıyo öyle şeyler

B: Aynen o gün de burdayım yine benim nöbete denk geldi onu da gördüm zaten de resmen bilerek yapıyo yaa

A: Aynen bence de aslında hiç bakmıycaksın ben birinde önemsedim üzerine düştüm sonra gıcığına yaptı

C: (h) Gıcığına mı yapıyo niye ki

B: Kızım sen bilmiyosun burdakiler var yaaa

A: O iyileşemez bence yaa dediğimizi yapsa bence yine sorun yok da ne söylesek kabul etmiyo

Yukarıda vermiş olduğumuz örnek personel bakış açısını yansıtmaktadır. Hasta bakış açısını yansıtan örneklerden biri, erkek servisinden gösterilebilir.

Gözlemci Alan Notu: Hastalardan biri yemekhane önünde kendi sırasının gelmesini beklerken yemek dağıtan hemşireyi defalarca ikaz eder ve uzun bir süre sıra beklemesine rağmen yemeğini alır almaz çöpe döker. Sonrasında yemekhaneyi terk eden hastanın bu davranışını uzlaştırmaz hatta örneklik teşkil etmektedir. Bu olay üzerine diğer hastaların konuşmaları şu şekilde gerçekleşir:

H1: Hemşire hanım boşverin

H2: He aynen boşverin Don Kişot falan gibi takılıyo işte

H1: Aslında dürüst bi çocuk gerçekten kimseye yanlış olmaz ama sinirli biraz o da hepimizde var zaten

H3: E naapsın haklı karının elinde telefon yemek dağıtacaksan dağıt telefonla oynayacaksın ver bize biz dağıtalım

H4: Karı deme lan hemşire o

H3: Pardon hemşire hanımefendi karısı

Hasta Grubu: Gülüşmeler

Gözlemci Alan Notu: Hastalardan birinin hemşirelere yönelik hitabının yanlışlığına vurgu yapıldığında geri adım atmayıp, hemşireye hitabını "*hemşire hanımefendi karısı*" gibi hastalarca gülünç bulunan fakat hemşirenin ardından direnç tavrına işaret eden bir kelime kombinasyonu ile onarması *da* uzlaşmaz çizginin bir özelliğidir.

c) Yerleşme hattı: "Ya şimdi dışarda her öğün yemek bulmak zor biliyor musun"

Yerleşme hattı, hastanın kurumda karşılaştığı durumları kabule yanaşmasını ve kurum şartlarını kanaatkâr bir tutum içerisinde karşılamasını anlatır. Adaptasyonun bu evresinde hastanın kurumda yaşadığı ve kuruma yansıttığı gerilim büyük ölçüde azalmıştır. Bu hatta uygun eylem örüntüleri sergileyenler genellikle istemli yatışla hastaneye gelen bireylerdir. Yerleşmeye istekleri olmaları, hastane ortamını değerlendirirken kanaatkârlık örneği sergilemeleri ve personele yönelik olumlu yüklemeleri, diğer hastalar ve personelin gözünden kaçmaz. "Tipik olarak, açıkça bu hattı seçen birey de kapatılmış diğer kişiler tarafından 'bir yuva bulmuş olmak' ya da 'hiç bu kadar iyi olmamak'la suçlanabilir. Personel mevcut durumda iyi olasılıkların bir şekilde kötüye kullanıldığını hissederek

kurumdan bu şekilde istifade edilmesinden dolayı belli belirsiz rahatsızlık duyabilir" (Goffman, 2015: 73).

G: Peki nasıl hissediyorsunuz burada

H (e): Ya şimdi dışarda her öğün yemek bulmak zor biliyor musun

G: Hıhı evet

H (e): Ha burda en azından öğünümüzü veriyolar sağolsunlar doktorlar da iyi bu benim üçüncü gelişim zaten tanıyolar da beni ailem de burdan çıkınca daha iyi olacak dediler bakalım nasıl bi tedavi olacak bu kez bekleyip görecez haha

G: (h)

H (e): Bu üçüncü ya ondan güldüm

G: Neden güldünüz

H (e): Üçüncü diyorum üçüncü hani artık alıştık evden daha çok geliyoruz buraya haha

d) Dönüşüm: "Hastabakıcılara yazık değil mi"

Dönüşüm, hastanın kurumun beklentilerini onaylayarak yanıt verdiği ve kurumun çıkarları doğrultusunda hareket ettiği aşamadır. Bu aşamada hasta, personelin kendisi üzerindeki denetim biçimini benimser ve bununla ilgili personelin motivasyonunu artırmaya yönelik girişimlerde bulunur. Hasta bu aşamada personelle şakalaşabilir, onlara şarkı söyleyebilir ya da herhangi bir ihtiyaçları olup olmadığını sorabilir.

Goffman, akıl hastaneleri arasında disiplinel karakterdeki farklılaşmanın, bu aşama üzerinden ortaya konulabileceğini iddia eder:

Bazı akıl hastaneleri oldukça farklı iki dönüşüm olasılığı sunmaları itibarıyla ayırt edilir: Bir tanesi, uygun bir iç çatışma sonrası kendisine çeki düzen veren ve kendisi hakkındaki psikiyatrik görüşü benimseyen, kuruma yeni kabul edilmiş kişi için ve diğeri ise, hastabakıcılara diğerk hastaları idare etmeleri için yardım ederken ve bazen hastabakıcıları gölgede bırakacak bir sertliğe başvururken hastabakıcıların tavrını ve giyim tarzını benimseyen kronik hastalar içindir. Kuşkusuz, subay eğitim okullarında, yakında başkalarına yapacakları işkencenin kendilerine yapılmasını destekleyen ve hızla 'asker' olan adaylara rastlarız (2015: 74).

Goffman'ın bahsettiği bu durum ile Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin hasta uyum süreci örtüşmemektedir. Hastaneye uyum sürecinde dönüşüm evresini yaşayan hastalar, genellikle bu sürece hastane sonrası yaşama dair duydukları kaygı ile gelmektedir. Değerlendirme altında olduğunu ve az bir süresi kaldığını fark eden hasta, değerlendirmeye olumlu bir yön vermek için saygılı ve hürmetkâr davranmaya başlar. Hasta, personelin disiplini sağlayıcı talimatlarını saygıyla karşılar ve hastalar arasında ahlakçı bir tavır alır. Bu durumu çalışmamızda yakaladığımız şu konuşma üzerinden örneklendirebiliriz:

H1 (e): Üç tane çakmak yakaladım geçen

H2 (e): Lan oğlum bunu her yerde söyleme bak ispiyoncu derler

H1 (e): Oğlum ne ispiyonculuğu sizi sabah kahvaltılarına ben kaldırıyorum, bu sabah da kaldırdım,

H2 (e): Heeğ aynen

H1 (e): Öğle yemeğinde Ahmet amca yok mu şu bizim titrek bacaklı gidip ona iki kat merdiven indiriyorum

H3 (e): Yapma niye yapıyosun ki

H1 (e): Tamam hadi yapmadım ne olacak

H3 (e): Bişey olmayacak (h)

H1 (e): Hastabakıcılara yazık değil mi sonra oturup duruyunuz ulan güvenlik bile
(sözü kesilir)

H2 (e): Oğlum sana yalaka diyolar bak benden demesi

H1 (e): Desinler valla istediklerini desinler valla ben doktorları seviyom ne yalan
söyleyim ama ben burayı seviyom asıl

Uyum sürecini anlatan bu dört hat, hasta benliği ile kurumsal kimlik arasındaki gerilimin etkileşimlere nasıl yansıdığını gösterir. Daha önce hastanede kalma tecrübesine sahip hastaların, kuruma gösterdikleri adaptasyon hattı daha az karmaşık ve daha kolaydır. Dolayısıyla bu hastalar kendilerini gerilimin dışarısında tutma hususunda mahirdir. Adeta bağıışıklık kazanmış gibidirler. Personelle özdeşleşebilen bu hastalar, kurumu personelin bakış açısından değerlendirebilir ve kendisi de bir hasta olmasına rağmen bir hastanın nasıl daha iyi idare edilebileceğine yönelik yorumlarda bulunabilir.

Daha önce bakımevinde kalan, kurumdan kaçan ve polis eşliğinde Erenköy Ruh Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne getirilen T.'nin (47, k), yerde emekleyen başka bir hasta için söyledikleri bu durumla örtüşmektedir:

T (k): Çıkar için yapıyor

G: Neden öyle dedin

T (k): Ne-için yapacak hemşireler buna baksın diye yapıyor.. Şuna bak..

G: Belki yürüyemiyodur

T (k): Kiim bu muu bu var ya bu anasının gözü bu bak görürsün birazdan hemşire
buna gelecek ayağa kalk diyecek kalkmayacak sinir edecek onları

4.2.7.2. Koğuş Sistemine Uyum

Uyum sürecinin boyutlarından biri hastanın bir taraftan "koğuş sistemi"ne intibak sağlaması ile ilgilidir. Bu hususta hastanın gerginliğini azaltmak için personel, oda değişiminin gerçekleşebileceğine yönelik olumlu söylemlerde bulunabilir. Böylelikle hastanın bu beklenti içerisinde bir süre daha zaman geçirmesi sağlanır. Eğer iyileşme göstermişse, daha ağır hastaların olduğu alt kattan üst kata hasta transferinde bulunulur. Bu sayede hastanın kurumdaki varlığının, kurum için değil kendisi için olduğu mesajı verilmiş olur.

Uyum sürecinde hastalar, hastane ortamını "içeri" ve "dışarı" ifadeleriyle tasnif ederler. Bu tasnifin, hastanede bulunma süresinin dışarıdan mahrum kalınan süre olarak anlamlandırıldığını işaret eden görünümleri vardır. Bu süreçte hastaların bazıları, dışarıya dair farkındalık yaşarlar ve bunu söylemlerine yansıtırlar. Erkek servisinden bir konuşma örneği şu şekildedir:

H1 (e): Dışarıdakiler zaten nankör

G: Anlamadım tekrar eder misiniz

H1 (e): Dışardakiler hiçbir şeyin kıymetini bilmiyorlar ne varsa bizde içeriye bi düşseler anlayacaklar her şeyi

G: Dışarıdakiler ve içeridekiler kim

H1 (e): İçeridekiler işte biziz hastalar dışardakiler de onlar oh kebab yani

Aynı durum kadın servisinden bir hastanın söylemi üzerinden de örneklendirilebilir. Hasta, "içeride" olmasaydı "dışarıda" pek çok şeyi gerçekleştirebileceğini söyleyebilir ve kendini

-içeriye hapsedilmiş- biri olarak anlatısına taşıyabilir. Yılbaşını ailesiyle geçirmek isteyen kadın hastanın söylemleri şu şekildedir:

H (k): Ne olur sanki ha.. Bizde kuzenler gelir her yılbaşı bütün aile toplanırız şarkılar söyleriz Nedenn Çünkü insanlar yılbaşında dışarı çıkarlar bu yılbaşını da onlarla geçirebilirim değil mi yani bundan daha normal bir şey var mı sizce gitsem şimdi piyano çalarım onlara yılbaşında onlara kim piyano çalacak Zaten içerde olunca ne değişiyö ki sanki makul değil mi bu talebim ha yani

G: Bilmem

H (k): Hemşireye gitsem desem ki siz iletir misiniz doktorlara desem lütfen falan desem yani bugünlük dışarıya çıkmama izin verilsin söz yarın geleceğim yine mesela

a) Yasak ve Zorunluluklara Müsamaha

Hastaların uyum sürecinin bir boyutu da kişisel olmayan eşyalarla idare etmeyi öğrenmeleriyle ilgilidir. Hastane ortamına alınması yasaklı olan eşyalara, birey kurumdan ayrılırken verilmek üzere el konulur. Yasaklı eşyalardan bazıları; telefon, çakmak, permatik, poşet, ip, dini ve siyasi içerikli kitaplar ile dinî temsili yansıtan kıyafetlerdir. Bu yasakların yanı sıra yaşanabilecek güvenlik sorunlarından ötürü hastaların az eşya ile yerleşmeleri talep edilir. Bu yasaklara ek olarak dışarıdan yiyecek içecek getirilmesi yasaklanarak, ihtiyaçların hastane içerisinde hizmet veren özel işletmelerden karşılamaları sağlanır. İşletme, kantin camında yasakları deklare edebilmektedir. Bu noktada total kurum özelliği gösteren bir akıl hastanesinde kantin işletmesinin, kendi yasak ve serbestliklerini oluşturabiliyor olması göze çarpmaktadır. Bu yasaklamanın mantığı, tütün mamüllerinin zararları üzerine kurulu gibi görünse de; işletmenin orada varlığını sürdürmesiyle alakalıdır. Zira dışarıdan alımı yasak olan yiyecek, içecek ve şekerli ürünlerin kantinden -

ücreti mukabilinde alınması- serbesttir. Yemeklerinde diyet menüsüne uyması gereken ve tatlı yemesi yasaklanan hastaların, kantinden şekerli ürünler aldığı görülmüştür.



Şekil 5:
Kantin İşletmesinin Hastalara Getirdiği Yasaklar

Hasta, karşılaştığı bu maddi yasaklamaların yanı sıra hastalar arası ilişkilerde de yasakları görmek isteyebilir. Kişisel eşyaların alınmasıyla kişisel tahrifata maruz kalan ve hastane

ortamına tam anlamıyla yerleşemeyen hastalarda, kişisel güvenlik hissinin kaybı da gözlemlenebilir. Bu duruma çalışmamızdan bir örnek şu şekildedir:

H (k): Odamı değiştirmek istiyorum ben su döküyolar başımda bekliyolar dolabımdan bişey alıyolar abla bi de kimse duymasın bişey diycem gelsene

G: Tabi buyur

H (k): Bi de gece koynuma geliyolar odamı değiştirmek istiyorum.

G: Koynuna mı geliyolar kim anlamadım

H (k): Ya işte rahatsız ediyolar bişey istiyolar hiç olmadı yanıma geliyolar benim güvenemiyom ben gözümü kapatamıyom

Aynı durumla ilişkili olarak hasta, fiziksel bütünlüğünü garanti altına almayan bir ortamda güvenilir olmayan müdahalelere maruz kaldığını düşünebilir:

H1 (e): Ya bize şimdi ilaç veriyolar ya herkese niye aynı ilacı veriyolar kafadan

H2 (e): Niye ki

H1 (e): Ne biliyim işte senin bünyenle benimki aynı mı senin piskoloşinle benim ki aynı mı niye toptan aynı ilaçları içiyoruz ki

H2 (e): Niye lan anlamadım

H1 (e): Diyorum ki taak kafadan ilaç kafadan iğne

Hastane içi zorunluluklardan biri hastanenin hizmet anlayışı ile ilgilidir. Hastaların çamaşırları için kişiye özel hizmet sağlanmamaktadır. Birden fazla hastanın çamaşırlarının aynı makinede yıkanması, hastaların rahatsızlık duyduğu bir durum meydana getirir. Hastaların yatırıldıkları ilk günlerde zorluk çektikleri bu kirletici duruma, zamanla uyum sağlanır. Uyum sağlayamayan hastalar, kirli çamaşırların ziyaretçiler aracılığıyla

temizlenmesini sağlayarak bu durumu çözmektedir. Uyum sağlanana kadar, hastane hakkındaki konuşmalar genellikle "hijyen" temalı olmaktadır. Bu duruma kadın servisinde hastane temizliğinin masaya yatırıldığı şu konuşma örnek gösterilebilir:

H1 (k): Altını ıslatanla ıslatmayanın çamaşırları aynı makinede yıkıyor olacak iş değil yani

H2 (k): Ya ben asla ortak çamaşır atmam zaten

H1 (k): E naapıyosun kokarsın deyim bak

H2 (k): Yok bizimkiler kirlileri alıyo temizleri getiriyolar sağolsunlar

H3 (k): Sizinkiler burda mı oturuyo

H2 (k): Karşılolar da geliyolar sık sık

H3 (k): Ha yakın sayılır bizimkiler nerdee iki şehir ötede resmen

Bir diğer konuşma hemşirenin olduğu ortamda gerçekleşmektedir:

H4 (k): Yani hemşire hanım biz size zorluk çıkarmak istemeyiz ama bunu görevliye söylüyoruz dinlemiyor her yer şıp şıp

Hemşire (k): Tamam bakıcaz hanımlar

H4 (k): Hani geçen bi de tuvalet kâğıdı bulamadık bugün de yok kusura bakmayın ama zorlanıyoruz yani

H5 (k): Ne zaman olucak tuvalet kâğıdı

Hemşire (k): Tamam hanımlar tamam hallolucak anladım ben sizi şimdi odadan çıkarsanız işlerimiz var

Kirlenmenin bir boyutu hastalar arasındaki etkileşimlerin sembolik uzamında ortaya çıkmaktadır. Hastalar hangi eşyalarla temas edeceklerinde inisiyatif sahibi olamadıkları

gibi hangi insanlarla etkileşimde bulunacaklarına da kendi istekleriyle karar vermez, mecbur kalırlar. Hastaların birbirleriyle olan ilişkilerinde korunamayan mesafe, hastaneyi tasnif süreçlerine yansır. Bu durum, hastaları "kim daha deli" yarışına götürebilir. Horlayanlarla, cinlerle konuşanlarla aynı odayı paylaştığını söyleyen kadın hastanın bu durumu konuşmaya yansıtmasıyla gerçekleşen hastalar arası konuşma şu şekildedir:

H1 (k): Tamam biz de deliyiz de bu kadar oynatmadık canım..

H2 (k): Saçmalama kız nesi var o da sen gibi işte ikiniz de aynısınız

H1 (k): Horluyor diyorum abla horluyor

H2 (k): Olsun o kadar benim odadaki tam fittırmıştı kimle konuşuyosun dedim ses yok ben susunca konuşmaya başlıyo

H1 (k): Kız seninki cinlerle konuşuyo o zaman amaan benimkinden betermiş

(Gülüşmeler)

b) Aleniliğe Müsamaha

Uyum süreci, toplumun normlarında onaylanmayacak olan pratiklerin müsamaha yoluyla benimsenmesine yol açabilir. Güvenlik gereği hastanenin banyo ve tuvaletlerinde kapı kilitleri yoktur. Bu noktada, Goffman'ın "ahlaki kariyerde radikal kaymalar" olarak tanımladığı durum ortaya çıkar. Hastalar, yerleşme sürecinde eleştirdikleri ve tedirginlik yaşadıkları alenilik hakkında zamanla ılımlı bir noktaya gelirler. Yerleştikleri ilk günlerde mekânın ortak kullanımından doğan bu zorluk karşısında zaman içerisinde şikâyetçi olmamaya başlarlar. Aleniliğe aşinalık, kapıların kapalı olup olmamasına dikkat göstermemelerine yol açar. Hastaneye yeni yerleşen ve uyum sürecinin başında olan hastalar, karşılıklı konuşmalarda kapılarını kapatmayan diğerlerini tahkir edebilirler. Bu

hastalara kıyasla daha uzun süredir hastanede olup kapılarını kapatmayan hastalar ise bu durumu gerekçelendirecek açıklamalarda bulunurlar. Hastalardan şu şekilde bir açıklama gelebilir: "Nasıl olsa açılacak..."

Hasta birey, benliği hakkındaki gerçekleri hastane ortamında karşılaştığı yeni kişilere yani yabancılara ifşa etmek zorunda kalır. Bu durum itiraf kamplarına ve günah çıkarma seanslarına benzer. Hastaneye gelmeden önce hastanın evinde sakladığı mahremiyet, hastane ortamında saklanamamaktadır. Dolayısıyla hasta, alenileşen mahremini açıklamaya yönelik duyar geliştirir. Bu durum hastaların banyo ve tuvalette gerçekleşen konuşmalarda sıklıkla ortaya çıkar.

H1 (k): Ya aslında ben normalde böyle yapmam iki kez saçımı yıkarım sonra uzun uzun köpük falan ama burda işte ... biliyosun

H2 (k): Aynen aynen ben de daha temizimdir normalde de

H1 (k): Şartlar böyle alışcaz naapalım yani

H2 (k): Aslında ben görevlilere söylesek mi diyorum en azından mesela şuraları daha sık temizlesinler ben eve mesela banyonun önüne havlu koyuyorum çıkınca ayaklarımla bi basıyorum sonra eve giriyorum

H3 (k): Ohoo sen de ona gelene kadar

H1 (k): Ya haklı ama güya banyo yapıyoruz sonra hemen kirleniyoruz

Buna benzer bir durum hastaların ziyaret saatinde açığa çıkmaktadır. Hastaların kişisel bakımlarını yapabilecekleri malzemelerin kıtlığı, ziyaret saatlerinde paniğe neden olabilir.

H1 (k): Tamam tamam hemen bi işimi hallediyim geliyorum

H2 (k): Nereye gidiyosun

H1 (k): Gelicem hemen acelem var

H2 (k): Kız nereye dedim

H1 (k): Ay ziyaretçim geldi of ya tutma beni dişlerimi fırçalamaya gidiyorum
geldiğimden beri fırçalamadım bikere

Akıl hastaneleri, hastaların zorunlu bir toplumsal ilişkiye girdikleri mekânlardır. Bu yerlerde karşılıklı temas ve teşhir zorunlu hale gelebilir. Total kurumlarda cinsel tacizlerin görülebileceği gibi bireyler arasında mahremiyete yönelik ihlaller görülebilmektedir. Böyle durumların varlığında hastalar mahremiyetin olmadığından yakınabilir. Bireyin özeli, mahremi yine hastalar arasındaki konuşmalara taşınarak dolaylı olarak kimlerle temastan kaçınılacağı belirlenir.

H1 (e): Ya abi gelip bana bakıyo sen olsan ne yaparsın

H2 (e): Ben de ona bakarım ne bakıyosun lan derim

H1 (e): Yok işte diyemiyosun öyle bi bakıyo ki sanki öldürecek ya da başka bişey yapacak

H3 (e): Boşver kardeşim uzak dur o zaman

H2 (e): Aynen dalaşmayalım sakın üzerimize sıçar

Aleniliğe müsamahanın bir diğer türü, yabancı birinin bireyin özeli olarak gördüğü kişilerle olan ilişkisine müdahil olmasıdır. Hastanın mektupları okunabilir ve günaydın toplantısında kişisel ilişkilerini masaya yatırması hususunda ısrarda bulunulabilir. Hastanın telefon görüşmesi yapabilmesinin tek şartı olan ankesörlü telefonun görüşmeyi kamusal alana açıyor olması, görüşmenin bir diğer hasta tarafından dinleniyor olma ihtimalini artırır. Hasta telefon görüşmesindeyken telefonun diğer ucundaki kişiye ne söylemesi gerektiği hakkında bir diğer hastadan telkin alabilir. Hastalardan biri aile fertlerinden

biriyle konuşurken, eşiyle veya sevgilisiyle daha özel ve duygusal bir konuşma içerisindeyken bu konuşma hastalardan birinin radarına takılabilir. Hasta yan taraftan imalarda bulunabilir veya kahkaha atarak telefon görüşmesine dâhil olabilir. Bu duruma ankesörlü telefonda kız arkadaşıyla konuşan genç bir erkek hastanın telefon görüşmesi örnek verilebilir:

H1 (e): İşte bir hafta kendimde değildim bir hafta bitince ne olduğunu anladım

(konuşma devam eder)

H1 (e): Yok sevgilim idare ediyorum işte

(Bu esnada bir başka hasta konuşmaya dâhil olur)

H2 (e): Yavaşşş yerler yaşşş

H3 (e): Şşşt sus oğlum manyak mısın gel buraya

H2 (e): Manıyla mı konuşuyo şimdi bu

Uyum sürecinde hastalar, aleniliğe ve hastaların birbirlerini gözetlemelerine duyarsızlaşabilirler. Aleniliğin kirlетici hissi, zamanla kişisel "teşhir"e dönüşür. Kişinin kendi kirlenme kaynağında tecrit etmeye yarayan olağan çevresel düzenlemeler sekteye uğrayabilir. Tuvaletlerde peçete bulunmaması, kötü kokan havlularla idare edilmesi, çalınma korkusuyla az eşya bulundurulması ve temiz kıyafete erişim imkânsızlığı gibi mahrumiyetler, hastaların daha önce hiç yapmadıkları eylemleri meşrulaştırabilir. Hastanede hırsızlık durumuna sık rastlanmaktadır:

H1 (k): Ya benim kazağım nerde

H2 (k): Ne oldu

H1 (k): Kazağım çalınmış yemeğe inerken odaya koymuştum

H3 (k): Neyi çalınmış neyi

H2 (k): Kazağı çalınmış

H4 (k): Hadi yaa geçen de Ş.nin şapkasını çaldılar para da çalmıyo kim bu ya

c) Kuruma Son Bakış

Uyum sürecinin son aşaması, hastaların kurumdan ayrılma günlerinin yaklaştığı durumda ortaya çıkan -salınır verilme düşüncesi karşısında sergiledikleri davranışlar- ile ilgilidir. Hasta, tam usulleri öğrenmiş ve bir hastalık kariyeri edinmişken salınır verilir. Bu noktada ilginç bir biçimde hastalar arasında kurumdan ayrılmak istemeyenler olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, hasta konuşmalarına endişeli sorular aracılığıyla yansır. Bu sorulardan bazıları şunlardır: "Dışarıda yapabilir miyim?", "Evde beni neler bekliyor?", "Bana nasıl bakacaklar?", "Gerçekten iyileştim mi?", "İşe kabul edilebilir miyim tekrar?", "Geçimimi nasıl sağlayabilirim?", "Bir işte çalışmak istiyor muyum?". Hastanın kuruma tekrar dönme olasılığı bu sorular etrafında değerlendirilmelidir.

Hastaneye yatan hastaların birçoğu hastaneye yeniden başvurumaktadırlar. Bu durum literatürde "kurumsallaşma nevrozu" olarak yer almaktadır. Hastanede kalan hastaların, kuruma bağışıklık kazanması ve bağımlılık göstermesini anlatan kurumsallaşma nevrozu, hastaların kurum içerisinde kalma süreleri boyunca bir çeşit kurumsal davranış geliştirdiklerini göstermektedir. "Kurumsal davranış, esas olarak, hastanın kurumun beklenti ve talepleri yönünde davranmasıdır" (Çam, 1993: 61).

Kurumdan çıkış aşamasında, hastanın kurumla arasında herhangi bir gerilim kalmamıştır. Öyle ki elinde eşyalarıyla kurumdan ayrılırken doktorların gıyabında olumlu cümleler sarf edebilir ve hatta onlara dua edebilir. Hastaların geneli doktorlarla vedalaşmadan kurumdan

ayrılmamaktadır. Personele onları tekrar görmek için uğrayacağını söyleyebilir ve onlardan helallik isteyebilir. Bu esnada diğer hastalar çıkış aşamasındaki hastanın etrafında toplanırlar. Bu esnada ortaya çıkan konuşmalardan biri şu şekildedir:

H1 (e): Hadi gözün aydın S abi çıkıyomuşsun

H2 (e): Ooo abi hayırdır valiz maliz bırakıyo musun bizi

H3 (e): Bırakma değil ya görüşücez yine

H2 (e): Görüşelim valla ya gözün aydın gerçekten

H3 (e): Sağol M. darısı başınıza

H1 (e): Tamam gözün aydın da bizi de Allah kurtarsın o zaman (h)

H3 (e): Amin amin (h) Ben bi doktoru bekliyodum bi de onu görüyüm son kez iki dakika sonra helalleşmeye gelicem hepinizle bekleyin burda

4.2.8. Hasta Grubunda Yakınlaşma (Ahbaplık Oluşumu)

Toplumsallığı meydana getiren birimlerden biri olan arkadaşlık, bireylerin kişilerarası ilişkileri düzenleyen iletişim türlerinden biridir. Arkadaşlık, sosyologların yöneldikleri başlıca konular arasında olup sosyoloji literatüründe geniş bir biçimde yer almaktadır. Tönnies, Weber, Durkheim ve Simmel, arkadaşlık üzerine sistematik açıklamalarda bulunan başlıca sosyologlardır. Weber, Tönnies ve Durkheim arkadaşlığı, sanayi toplumu özelinde ele alıp kentleşmenin olumlu-olumsuz sonuçları üzerinden değerlendirmişlerdir. Arkadaşlığı toplumsal ilişki olarak daha vurgulu biçimde ele alan Simmel ise onu akrabalık veya komşuluktan farklı dinamikleri olan bir sosyal ilişki türü olarak değerlendirmekle birlikte modern kavramsal yaklaşım içerisinde ele almıştır. Simmel'in açıklamaları arkadaşlığı dostluk, vefa, samimiyet ile ilişkilendiren geleneksel yaklaşımları dışarıda

bırakır. Simmel'in modern arkadaşlık yaklaşımı, arkadaşlığa kadim anlamlar yükleyen büyük arkadaşlık yaklaşımıyla farklılık gösterir.

Simmel, büyük arkadaşlık teorisinde karakterize edilen en iyi arkadaşlık tipinin günümüzde mümkün olmadığına inanır. Simmel'e göre böylesi eksiksiz samimiyetler, çok sayıda insan arasında gittikçe daha zor hale gelmektedir ve modern insan, muhtemelen arkadaşlığın kadim anlamını kaybetmiş gözükmektedir (akt. Aytaç ve Tan, 2019: 350).

Simmel'in modern arkadaşlık yaklaşımını temel alan 6 teori, şöyle tasnif edilmiştir: "Destek teorisi, sosyal değişim ve eşitlik teorisi, bilişsel tutarlılık teorisi, gelişimsel teori, benzerliğin çekiciliği teorisi ve sosyolojik perspektif" (Aytaç ve Tan, 2019: 350). Arkadaşlık olgusunu resmi araçsal yapılanması olan kurumlar ile ilişkilendirerek açıklayan herhangi bir çalışma söz konusu değildir. Fakat çalışmamızdaki gözlemlerimiz doğrultusunda; Simmel'in modern arkadaşlık yaklaşımı üzerinde yükselen Destek Teorisi'nin, total kurumlardaki arkadaşlık oluşumunu açıklamadaki en işlevli teori olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla total kurumlardan biri olan akıl hastanelerinde arkadaşlık oluşumu, bu çalışmada Destek Teorisi ile açıklanmaktadır.

Byrne ve Clore ile Lott ve Lott'un öncüsü olduğu Destek Teorisi, insanların kendilerine ödül verenleri daha çekici bulduğu düşüncesinden hareketle geliştirilmiştir. "Klasik koşullanma geleneğinin ilkelerine sadık kalan Lott ve Lott'un çalışmalarının altında yatan temel önerme, bir kişi için ne olursa olsun işlerinin başka kişi ve kişiler tarafından ödüllendirilmesinin, sosyal ilişkilerin kurulması ve sürdürülmesinde belirleyici bir unsur olduğu yönündedir" (Aytaç ve Tan, 2019: 350). Hastaların birbirlerini ödüllendirilmelerinin, hastalar arası çekicilik ve yakınlığı belirlediği görülmektedir.

Toplumsal yaşamda önemli bir yeri olan ahabplık, hastane toplumsallığında da önemli bir yer tutmakta ve hatta hastalar arası etkileşimlerin seyrinde zemin teşkil etmektedir. Hastane ortamında ahabplık oluşumunun en önemli belirleyeni mekânsal zorunluluktur. Mekân olarak hastane, yüz yüze davranışların ve hastalar arasındaki temas sıklığının doğrudan belirleyicisidir. Hastaların arkadaşlık etme biçimleri her ne kadar sembolik anlamlar üzerinde yükseliyor gibi görünse de bu anlamlara zemin teşkil eden bir başka unsur vardır: Fiziksel uzam. Dolayısıyla hastaların hastane ortamında kimlerle arkadaşlık edeceği, arkadaşlık olgusunu duygudaşlık, sevgi, benzerlik veya gönül ilişkisi üzerinden tanımlayan yaklaşımlarla açıklanmamalıdır.

Hastanedeki zorunluluklar ve imkânların kısıtlılığı, hastaların kendi aralarında bir takas sistemi geliştirmelerini sağlamaktadır. Takas, ödül ve destek olarak algılanmakta; böylece arkadaşlık oluşumunu belirlemektedir. "Sosyal takas kuramına göre, bir kişiden hoşlanıp hoşlanmayacağımızı belirleyen şey bedel-ödül oranıdır. 'Ondan kazanacağım ödülün bana ne gibi bir bedeli olacak?' " (Hogg ve Vaughan, 2011: 551). Bireylerin arkadaşlık kurma stratejileri, hastane ortamının dışındakine benzer bir süreç içerisinde tecrübe edilmiyor olmasına karşın aynı yönelimleri bünyesinde barındırmaktadır.

Toplumsal karşılaşmalar, başkalarından alacaklarımız ve başkalarına vereceklerimiz üzerinden seyreder. Aynı şekilde hastalar da hastane ortamında ne alacaklarına ve ne vereceklerine bakarlar. Hastane ortamının toplumsal karakteri, kurum altındaki bireyler arasındaki gerçekleşen alış-verişin yansıması olarak ahabplık oluşumu üzerinden dinamik bir hal alır. Hastalar, birbirleri arasındaki etkileşimi, kendi çıkarlarını gözeterek biçimde düzenlerler.

Çalışmamızda bu açıklamaları destekleyecek hasta davranışları alt kat ve üst kat hastaları arasındaki ahbaplık oluşumuyla örneklendirilebilir. Alt kat hastalarının bahçelerinde kantin bulunmamaktadır. Kantinden doğrudan alışveriş yapabilenler, daha geniş bir bahçeye çıkabilen üst kat hastalarıdır. Alt kat hastaları, kantinden alışveriş yapabilmek için üst kattakilerle ahbaplık ilişkisi tesis etmek mecburiyetinde kalırlar. Bunun için kendi bahçelerinin tel örgülerinin arkasından üst kat hastalarına seslenmek, ismen tanışmak, duygusal yakınlık kurmak ve siparişte bulunmak gibi ahbaplık oluşumu aşamalarından geçerler. Foa ve Foa, genel bir çerçevede her biri bir kaynağın takas edilmesine dayanan altı tür kişilerarası ilişki belirlemiştir:

- 1 eşya: ürün ya da nesneler;
- 2 bilgi: tavsiye, fikir ya da talimatlar;
- 3 sevgi: duygusal ilgi, cana yakınlık ve rahatlık;
- 4 para: biraz değeri olan bozukluk ve jetonlar;
- 5 hizmetler: bedenin ya da bireye ait olan şeylerin faaliyetleri;
- 6 statü: yüksek ya da düşük prestij bildiren değerlendirme yargısı. (akt. Hogg ve Vaughan, 2011: 551).

Çalışmamızda da Foa ve Foa'nın belirlediği altı takas türünün her birine örneklik sağlayacak durumlarla karşılaşmıştır.

a) Eşyaların Takası

Eşyaların alış-verişi etrafında gerçekleşen ahbaplık oluşumuna yemek dağıtımında ortaya çıkan gözlemimiz örnek verilebilir. Ruhsal tedavisinin diyet eşliğinde sürdürüldüğü hastaya tatlı kısıtlamasında bulunulur ve menüde tatlı olmasına rağmen diyetteki hastanın sırası geldiğinde kendisine tatlı dağıtılmaz. Diyetteki hasta, yemekleri dağıtan personele kendisine de tatlı verilmesi için ısrarda bulunur. Çabaları beyhudedir. Tatlıyı personelden

alamaz. Fakat arkadaşlık ilişkisi kurduğu bir diğer hasta, kendi tatlısını peçeteye sararak veya kıyafetine saklayarak yemekhane dışına çıkarır. Personelin görmeyeceği bir yerde diyetteki hastaya tatlısını verir.

b) Bilginin Takası

Bilginin takası etrafında gerçekleşen ahbaplık oluşumuna hastane içerisinde hasta B. ve Türkçe bilmeyen Suriyeli hasta arasındaki arkadaşlık biçimi örnek verilebilir.

Hasta B, Türkiye'de hatırı sayılır bir üniversitenin felsefe bölümünden mezundur. İleri seviyede İngilizce bilmektedir. Hastanedeki bir diğer hasta, Suriye kökenli olup Türkiye'ye yakın zamanda göç etmiştir. Suriyeli hasta, diğer hastalarla herhangi bir diyalog kuramamakta ve hastane yaşamına uyum göstermekte güçlük yaşamaktadır. Hasta B, Suriyeli hasta ile bilgi takası gerçekleştirmektedir. Bu arkadaşlık oluşumunda dikkatimizi çeken, Hasta B'nin bilgilerini takas ettiği zamanlamanın, genellikle kalabalık bir hasta grubunun varlığına denk geliyor olmasıdır. Ayrıca Hasta B, Suriyeli hastaya kolaylık sağlamak için ona Türkçe öğretmesi gerekirken, bilgilerini İngilizce dilinde paylaşmakta ve Suriyeli hastaya İngilizce öğretmektedir. Buradaki ahbaplık oluşumunun dil bilmeyen birinin ihtiyacına binaen gerçekleşmediği açıktır. Hasta B, diğer hastalara gösteremediği maharetleri sergilemek için bu arkadaşlığı sürdürmektedir. Hasta B ve Suriyeli hasta arasındaki diyaloglardan biri şöyledir:

B: Repeat after me

Suriyeli H: Repeaa

B: Yes, repeat after me, (eliyle önce arkadaşını sonra kendisini işaret eder ve elini çenesine götürür) söyle yani benden sonra söyle

Suriyeli H: Suyle

B: Yok bu değil şunu söyle dont cry

(sessizlik)

B: Dont cry

Suriyeli H: Dont kıra a

B: kırağ değil kıray kıray kııray

Suriyeli H: kııray

B: dont cry never mind

c) *Sevginin Takası*

Sevginin takası etrafında gerçekleşen ahabpılık oluşumuna "sevgi" repertuarını içeren hasta konuşmaları örnek gösterilebilir. Kadın servisinde 4 kişilik hasta grubuyla gerçekleşen yapılandırılmamış bir görüşme esnasında hastalar "sevgi"nin takasına yönelik söylemlerde bulunmuşlardır. Bu konuşmalar esnasında lider hastanın, hastanenin diğer üyelerine sevgi verip karşılığında bir şeyler aldığını itiraf ediyor olması önemlidir:

H1 (k): Buradaki eksiklik ne biliyomusun ablam (sessizlik)

H1 (k): Sevgi sevgi

H2 (k): Doğru ben de gördüm onu

Lider Hasta: Ya ne sevgisi eğer siz bu insanları severseniz onlar da sizi sever
ortada sorun morun kalmaz ben şimdi hepinizi seviyorum gidiyorum saçlarını
okşuyorum sarılıyorum

H2 (k): Allah için öyle şimdi de F. abla diyo ki bu insanlar sevgiye muhtaç

Lider Hasta: Ya yle bakmıycan işte sevicen onlar iyi olucak sen onlara iyi olucan
onlar sana iyi olucak sonra hepimiz dünyaya iyi olucuz geçen maske aldırđım ya şu
M.ye o gitmiş hemen ailesine söylemiş bak mesela

H1 (k): Ne söylemiş

Lider Hasta:Bana bunu N. aldı demiş salak şey ya çok tatlı e tabi ailesi geldi de hemşire yanında söyledi bunu işte teşekkür meşekkür havamız oldu azıcık

d) Paranın Takası

Ahbablık oluşumunun bir diğer türü paranın takası ile gerçekleşmektedir. Hastane ortamında para veya paraya tahvil edecek araçların takası sıklıkla yaşanmaktadır. Hastanenin ankesörlü telefonu oldukça cazip bir araçtır. Bu aracın kullanımı için telefon kartı (jeton) gerekmektedir. Hastalar, telefon görüşmelerinden önce jeton alışverişinde bulunabilmektedirler. Hastalar bunun için bahçeye göz atarlar ve jetonu ancak yakınlık kurdukları kişilerden isteyebilirler.

e) Hizmetlerin Takası

Arkadaşlık oluşumunun hizmetlerin takası ile gerçekleşmesine hastane ortamında nadir rastlanır. Bununla birlikte hizmetlerin takasına yönelik durumlar genellikle yaşlı hastalar ile genç hastalar arasındaki yakınlığı tesis eder. Yaşlı hastalar, genç hastalardan bazılarına özellikle yakınlık gösterir ve bazı ihtiyaçlarını karşılamaları için "oğlum, evladım" gibi ifadelerle samimiyet göstergesinde bulunur. Bahçede topla şut çekmece oynayan iki genç hastanın yanına yaklaşan yaşlı bir hastanın söyledikleri, bu duruma örneklik teşkil eden bir olay meydana getirmiştir. Biri yaşlı ikisi genç iki hasta arasındaki diyalog şu şekildedir:

H1 (genç): Söyle dayı sen de mi oynuycan

H2 (genç): Gel dayı gel sen de oyna (h)

H (yaşlı): Yok yavrularım yok rahatsız olmayın ben size bi bakıyım dedim

H2 (genç): Hayırdır bişey mi diyen

H (yaşlı): Yok yok şimdi sizin oyununuzu bozmayım oynayın sonra söylerim

H1 (genç): Gene çamaşırları yıkatın mı diyen söyle söyle çekinme yaa

H (yaşlı): Yok oğlum allah razı olsun o bi kerelik olur yani gene birikti de allah kerimdir allah razı olsun allah ne muradı varsa versin annenin

H2(genç): Aha baklayı çıkardı (h)

H (yaşlı): Ben baktıydım size sadece

f) Yakınlık İlişkisinin Takası

Hastaların prestiji artırmaya yönelik yakınlık kurma stratejilerini içeren yakınlık ilişkisinin takası, alt kat hastaların üst kat hastalarıyla yakınlık kurmaları üzerinden gösterilebilir. Alt kat hastaları, ruhsal iyi oluşları açısından daha iyi durumdaki üst kat hastalarıyla yakınlık kurarak personel bakış açısını değiştirmeye yönelik tutumlar içerisinde girebilirler. Kadın servisinde sık yaşanan bu durumun benzerine erkek servisinde de rastlanmıştır. Erkek hastalardan bazıları mahkeme kararıyla gelmiş olup yalnızca gözetim altında tutulan ve dolayısıyla kendilerine ilaç verilmeyen hastalarla arkadaşlık kurarlar. Personelden bazılarının "... Bey" olarak hitap ettiği bu müstakbel arkadaşla ahbablık etmek, hastane ortamındaki ahbablık oluşumunun pek de öne çıkmayan türüdür fakat etkileşimlerin seyrini değiştirebilmektedir. Bu taktiğin, personelin olumlu değerlendirmesini elde etmeye yönelik işlevi vardır. Bu durumu iki hasta arasındaki şu konuşma örneklik göstermektedir:

H1 (e): Ya şu adam kim hasta mı değil mi anlamadım

H2 (e): O S. mahkemelik olmuş eşiyle de ondan burda

H1 (e): Naapmış dövmüş mü

H2 (e): Yok la bi işleri var da anlatmıyo buraya düşmüş işte normalde hasta değil yaani

H1 (e): Dooğru geçen baktım hemşirelerle baya iyi arası hemşire buna gülümsüyo nasılsın falan diyo

H2 (e): Gel yanına gidek la gel biraz sohbet edek

Hastalar, belirtilen bu kaynakları takas ederek hastane koşullarını değiştiremeseler bile koşullar altındaki durumlarını iyileştirirler. Bununla birlikte sosyal takas, hastaların hastane topluluğunun yararına davranışlarda bulunmalarını sağlayabilmektedir. Toplumun normlarına alenî ve saldırganca aykırı davranarak hastaneye gelenler dahi kurum içerisinde toplum yanlısı davranma eğilimini benimserler. Bu, ahbaplığın dikkatlice sınırlandırılmış bir denetim mekânının tesiri altında kurulmasının en göze çarpan sonucudur. Bu tür ahbaplık ilişkisini benimseyen hastalar, hastane ortamının normlarını dikkate alarak arkadaşlığın sürdürülmesinde hassas davranırlar. Hastane içerisinde toplum yanlısı olmayan davranışlar ise geniş bir repertuarı kapsar. Hastalar, yardım etme ve yardıma başvurma durumlarında bazen kararsız kalmaktadırlar. Yardım edecek olan kişiye borçlanılacağı düşünüldüğünde yardım isteme durumu ortadan kaldırılır. Hastalar yardım karşılığında ne vereceklerine ve nasıl bir bedel ödeyeceklerine dair hesaplar yaparlar. Bazı hastalar, özellikle daha çok yardım aldıkları ve bunun karşılığında daha az bedel ödedikleri kişilerle ahbaplık ilişkisi kurarlar.

4.2.8.1. Ahbaplık Oluşumunun Belirleyenleri

Hastalar, ahbaplık oluşumu sürecinden farklı biçimlerde geçerler. Önceki başlık altında sosyal takas ile gerçekleşen kişiler arası ilişkilerin hastane ortamının tesiriyle geliştiğini alandan örneklerle betimlemiştik. Ahbaplık oluşumunun belirleyenleri ise hasta davranışlarının hastaların geldikleri dünya ile hastane ortamının sınırlandırması altındaki davranışlarının hangi etkiler aracılığıyla farklılaştığına yönelik tartışmayı içermektedir.

Ahbablık oluşumunu belirleyen unsurlardan biri "yanlış benzerlik etkisi"dir. "Yanlış benzerlik, istikrarlı bir gerçeklik algısını devam ettirmeye yönelik bir mekanizmadır - gerçeklik, benzerliğe dayanmaktadır" (Hogg ve Vaughan, 2011: 119). İnsanlar aynı koşullar altında oldukları başkalarının sergilemekte olduğu davranışları, kendi davranışları üzerinden değerlendirmeye alırlar. Yanlış benzerlik etkisi, hastaların kendi davranışlarının doğru olduğunu abartılı bir benzerlik düzleminde gerekçelendirmelerini açıklayan bir olgudur⁴⁶. "Dış tehditler, olumlu nitelikler, başkaları ile benzer olma duygusu ve azınlık gruplarının statüsü: Bunların hepsi benzerlik algılarını şişiren etkenlerdir" (Hogg ve Vaughan, 2011: 119). Hastalar arası yakınlaşmada benzerlik, ahbablık oluşumunda önemli bir belirleyendir. Zira benzerlik algısı, dış grup üyelerine yönelik tehdit algısı ve iç grup üyeleriyle gerçekleşen benzerliğe yönelik farkındalık ile iç içedir.

Akıl hastanelerindeki ahbablık oluşumunun, yalnızca hastane mekânının biçimlendirmesi ile ortaya çıkabilecek görünümleri vardır ve bu yönüyle hastane dışarısında gerçekleşen arkadaşlık oluşumundan farklılık arz ettiği görülür. Hastalar, gözetim mekânında ve değerlendirme altında olduklarının farkındadırlar. Bu farkındalık aracılığıyla hastalık kariyerinin bir yönü, sunuma dönüşmektedir. Hastalar, başarılı performansları üzerindeki otorite derecelerini abartırlar. Akıl hastanelerindeki ahbablık oluşumu, otoriter konumun abartılmasıyla ilişkili olarak göze girme taktiklerinin bir türü; kişisel vitrininin idaresinin⁴⁷ sembolik uzantısı haline gelir.

⁴⁶ Ross, Grene ve House (1977), öğrenciler üzerinde gerçekleştirdikleri bir deneyle "yanlış benzerlik etkisi"ni kanıtladılar. Deneyde öğrencilerden "Joe'nun Yeri'nde Yeyin" cümlesinin yer aldığı bir pankartı önlü arkalı olarak giyip belirlenen süre içerisinde fakülte içerisinde dolaşmalarını istediler. Bu teklifi kabul ve reddeden öğrenciler, diğer arkadaşlarının da bu teklifi kendileri gibi kabul veya reddedeceklerine yönelik doğru tahminlerde bulundular.

⁴⁷ "Kişisel vitrinin idaresi" terimi için bkz. Goffman, E. (2015). *Tımarhaneler*, s.32.

Hastalar, hastane ortamına geldikleri andan itibaren hasta grubuna rastgele dağılırlar. Hasta grubunun üyeleri, kendi aralarında iş bölümünde bulunur. Hastane ortamı karşılıklı bağımlılığa dayalıdır. Bu noktada bağımlılığı oluşturan temel itkinin kişilerarası çekim olduğunu belirtmemiz gerekecektir. Kişilerarası çekim, iç grup üyeleri arasında dayanışmayı sağlamaktadır. Hastalar arasındaki çekim, kişisel çekiciliği de içermekle birlikte büyük oranda sosyal çekiciliği işaret eden örneklikler göstermektedir. Grup üyelerini birbirine yaklaştıran çekimi Hogg (1993), iki alt başlıkta ele alır:

Hogg, kişisel çekicilik (kişiler arasında yakın ilişkilere ve kendine özgü tercihlere dayanan hakiki çekicilik) ile sosyal çekicilik (bireyler arasında bireysellik bazında değil, fakat grup normları ya da prototipiklik bazında benliğe ve başkalarına ilişkin algılara dayanan hoşlanma) arasında bir ayrım yapılması gerektiğini ileri sürer. Kişisel çekiciliğin grupla bir ilgisi yoktur, oysa sosyal çekicilik grubun bileşenlerinden 'hoşlanmakla' ilgilidir. Sosyal çekicilik, kendini kategorilendirme kuramında tanımlanan süreçlerin yarattığı bir küme etkiden (etnosentrizm, uyma, gruplar arası farklılaşma, stereotipleştirme, iç grup dayanışması) sadece biridir (akt. Hogg ve Vaughan, 2011: 323).

Ahbablık oluşumunu belirleyen diğer bir etken de hastanede kalma süresidir. Hastane ortamında bir grubun üyesi olmak, değişim ve uyum sürecine tabi olmak anlamına gelmektedir. Yatışların ortalama üç hafta olması, bu süreyle ilişkili bir hızda hasta yüzleri değiştirmektedir. Bu durum, gerek personel açısından gerek hasta grubunun üyeleri açısından hastane ortamını dinamik kılarken; uyumun da bu süreyle ilişkili olarak yapılandırılmasını işaret eder. Hasta grubuna yeni üyelerin dâhil olması ve eski üyelerin ayrılması sürecinde, grubun eski üyeleri ile yeni üyeleri arasında doğal bir hiyerarşi meydana gelir. Bu iç grup hiyerarşisi, eski üyelerin daha deneyimli olması yönündeki

kabul üzerine temellenir. Deneyimlerini yeni üyelere aktarmak için istekli olan hastalar, yenilerin hastaneye yerleşme sürecini kolaylaştırırlar.

Değişen grup dinamiğinde hastanede kalma süresi daha uzun olan hastalar arasındaki ilişkiler de yeniden yapılanmaktadır. Hastaneye yerleşme aşamasındaki hastalar, uyum sürecinin başında olanlarla doğrudan ahabap olmak yerine, daha eski yüzlerle yaklaşabilirler. Tam bu noktada çalışmamızın alan gözlemlerinden yararlanarak her ikisi de erkek olan B. ve E. örneği sunulabilir.

Gözlemci Alan Notu: E. hastanenin hemen her alanında aktif olabilecek fırsatlara sahip lider motivasyonuna sahip hastadır. B.'nin hastaneye kabulü ise E.'den sonraki günlere tekabül etmektedir. B., hastaneye takım elbisesiyle gelmiş ve kişisel vitrinin idaresinde hastalar arasında daha ilk günlerden fark edilir bir statü elde etmiştir. Takım elbisesini sonraki günlerde de üzerinden çıkarmayan B., İngilizce dilde eğitim veren bir üniversitenin Felsefe bölümünden mezun olmuş ve hastalar ile entelektüel sohbetlerin başlatıcısı olarak marjinal bir statü elde etmiştir. B.'nin marjinal hasta olmaya yönelik hastalar arası etkileşimleri, lider hasta E.'nin dikkatinden kaçmamaktadır. Lider E.'nin, B. ile herhangi bir yakınlığa mahal vermediği, bilinçli bir mesafe ayarlamasında bulunduğu gözlemlenmiştir. Ne zaman ki E.'nin yakın çevresindeki hastalar taburcu olmuş ve hastanedeki tanıdık yüzler bir bir azalmaya başlamış; o zaman E.'nin B. ile arasındaki mesafeyi azaltmaya yönelik çaba içerisine girdiği gözlemlenmiştir. Hastane bahçesine çıkarken B.'ye yönelerek; "Sen de gelmez misin?" gibi sorularla E., B. ile arasındaki mesafeyi aşmaya yönelik girişimlerde bulunmuştur.

Bu örnek grup üyelerinin grubu her koşulda değerlendirdiği ve arkadaşlık ilişkilerini bu değerlendirme etrafında yapılandığı anlamına gelmektedir. Değerlendirme, Moreland ve Levine'in geliştirdiği grup sosyalleşme modelindeki süreçlerden biridir:

Değerlendirme; bireylerin grubun geçmiş, bugün ve gelecekteki ödülleriyle potansiyel alternatif ilişkilerin sağlayacağı ödülleri sürekli olarak kıyaslamalarına işaret etmektedir. Grup, eş zamanlı olarak, bireyleri grubun ömrüne yaptığı katkıyla değerlendirir. Bu düşüncenin gerisinde insanların hedef ve gereksinimlere sahip olduğu, bunun da beklentiler yarattığı varsayımı yatmaktadır. Bu beklentiler karşılandığı, ya da karşılaşma olasılığı olduğu ölçüde, sosyal onay dışı vurulur. Beklentilerin karşılanmaması ya da karşılanmayacağı yönünde bir izlenimin oluşması davranışı değiştirecek, bireylerin ya da grubun reddini getirecek eylemleri davet eder (akt. Hogg ve Vaughan, 2011: 325).

Değerlendirme, hastanın sosyalleşme ve hastaneye yerleşme sürecine yön verirken gruba verilen emeğin de sorgulanmasının yolunu açar. Değerlendirme sonucu hasta, grubun geleceği doğrultusunda kendini grup üyeleri arasındaki ilişkide bir yere kayıtlar. Bu esnada hasta iki ayrı tavır alır. İlki, grup içerisindeki konumunu silikleştirecek etkileri bertaraf etmeye yönelik hazırlıkta bulunması iken ikincisi davranış repertuarını hâlihazırdaki konumunu değiştirebileceği biçimde genişletmeye uğratmasıdır.

Birinci duruma örnek olarak konuşmalara zorla dâhil olma gösterilebilir. İkinci durumda hasta, hasta rolünü başka rollerle sürdürebilir. Hasta, grupla arasında bir kopukluk olduğunu düşündüğü hemen her durumda roller arasında geçişi sağlayarak grubun dışarısında kalma tehlikesiyle başa çıkmaya çalışır. Rol geçişleri, hastalar grubuna tam olarak uyum sağlamamış ve zamanının çoğunu tek başına geçiren hastanın, tam üye

statüsünü elde etme yolunda başvurduğu taktiklerden biridir. Bu geçişler iletişim hattını yumuşatarak ahbaplık oluşumunu kolaylaştırır.

Ahbaplık oluşumunun son bir tarzı, mecburî arkadaşlıklardır. Hastalar, hastanenin koşullarına uyum sağlamak zorundadır. Arkadaşlık oluşumu, koşulların zor taraflarını avantaja çevirebilecek imkânlar sağlayabilmektedir. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde hastalar menüde yer alan yemekleri yemek zorundadır. Harçlığı olan hastalar, bu yemeklere alternatif olarak kantinden patates kızartması veya hamburger almaktadır. Hastanenin birinci katının bahçesi, üst kattaki hastalar gibi geniş bir avluya açılmamaktadır ve yalnızca üst kattaki hastalar kantinden alışveriş yapabilmektedirler. Alt kat hastaları, kantinden sipariş vermek için, üst kattaki hastalardan yardım istemek zorunda kalırlar. İki katın hastaları yalnızca yemekhanede bir araya gelirler. Dolayısıyla yemek saatleri ahbaplık oluşumu için kritik bir saat dilimidir. Parasını emanet edebileceği arkadaşını bulan alt kat hastaları ancak bu sayede, tel örgülerin ardından siparişlerini verebilmektedir. Dolayısıyla ahbaplık, zarurî durumların bir uzantısı olarak gelişebilir.

4.2.9. HASTALAR DEVLETLE KONUŞUYOR

Hasta uzamında en göze çarpan durum, kurumsal meşruiyet karşısında hasta söylemlerinin büyük ölçüde farklılaşması gerçeğidir. Hastanın kendisiyle aynı statüyü paylaşan hastalar arasındayken devlet mekanizmasına ve bu mekanizmanın hastane alanındaki işleyişine yönelik söylemsel dışavurumları ile kurumsal meşruiyetin bilfiil karşısındayken dile getirdiği söylemsel repertuar, büyük ölçüde çelişmektedir. Günlerini kurumsal meşruiyetin varlığını hissettirdiği alanda dolduran hasta, sivil yönüne yönelik vurguyla en çok kurumsal otorite ile ilgili sorularla muhatap olduğunda karşılaşır. Makro bir gerçekliğin (devlet), hastaların gündelik hayatlarına aksetme ve hastalarla konuşma biçimi oldukça

durumsaldır. Durum, soruyu yöneltenin kimliğinin içerisine yerleştiği ve gelen yanıtların - soruyu yöneltenin kim olduğuyla ilintili olarak şekil aldığı- konuşma anlarından müteşekkildir. Görüşme (anket, mülakat) her ne kadar aktörlerin düşüncelerini ortaya çıkarmaya yönelik gerçekleşiyor olsa da durum, kurumsal meşruiyetin karşısında sorguya çekilmeyle benzeşir. Anketör veya görüşmecinin, aktörlere "x kurumundan geliyorum, sizlerle bir anket yapmak istiyorum" girizgâhından sonra gelen "sizce..?" hamlesi, aktörlerce devlet mekanizmasıyla -doğrudan konuşma- olarak algılanmaktadır. Çalışmamızda kurumsal işleyiş hakkında yöneltilen sorulara verilen yanıtlarda ya kurum lideri (unvan) ya da devlet liderine hitaben konuşma gerçekleşmiş olmasının nedeninin bu algı olduğu söylenmelidir.

Çalışmamızda rastgele seçilmiş 10 hastaya "Cumhurbaşkanı'na ne söylemek istersiniz?" sorusu yöneltilmiştir. Aynı hastalara "Ailenize ne söylemek istersiniz?" ve "Doktorunuza ne söylemek istersiniz?" soruları da yöneltilmiştir. Aile sorusu, bireyin kurum dışı kimliğiyle ilgili geçmişe yönelik referanslar içermekte; doktor sorusu ise bireyin kurumsal disiplin altında olduğu ve kurum gerçeğiyle karşı karşıya kaldığı bugününe, şimdiye yönelik referanslar içermektedir. Cumhurbaşkanı sorusu ise bireyin devlet mekanizmasına yönelik yorumlayıcı şemasını açığa çıkarmaya ve bireyin devletle konuşma repertuarlarını incelemeye yöneliktir. Burada elde ettiğimiz önemli sonuç şudur ki; aile-doktor-cumhurbaşkanı ile ilgili soru düzeylerinin her birinde hastane ortamına yönelik farklı söylem repertuarları geliştirilmiştir.

4.2.9.1. Aileyle Konuşma

"Davacıyım"

Hastalar "Ailenize ne söylemek istersiniz?" sorusunu kuruma yönelik şikâyetlerini ileten söylemler aracılığıyla yanıtlamışlardır. Hastalar aileleriyle konuşurken hastanenin ne kadar

kötü, bakımsız olduğunu (dışarısı gibi olmadığını) ifade etmekte; kendilerinin neden buraya getirdiklerini sorgulamakta veya içerisinde bulundukları bahtsız durum için ailelerini suçlamaktadırlar. Aileyle konuşma, oldukça negatif söylem repertuarları içermektedir.

(Etik kaideler sebebiyle hastaların yazılı beyanlarında yer alan şahısları işaret eden özel isimlerin üzerleri çizilmiştir).

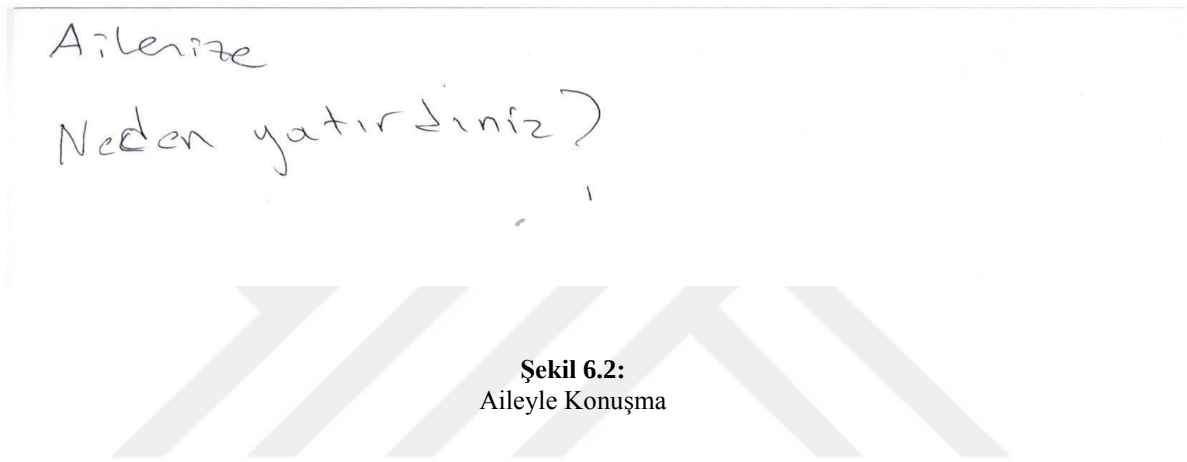
Azlenize

Bir an evime kavuşmak
Morel Bozukluğu Haksızlığı uyardım
Yalan iftira Sıddet
Beş erkek Bir Bayana Sıddet Hakaret
Yalan uyguladı [redacted] Davacıyım
Teknik oto yalancı Şair Aşk [redacted]
Arma ölü Sevgi can Emniyet açartar Sair
yasma yılmaz yalan iftira Sıddetler
Burdayım [redacted] [redacted] Davacıyım

Şekil 6.1:
Aileyle Konuşma

"Neden Yatırdınız?"

Aileyle konuşma, hastanın "neden buradayım?" sorusunu iletebileceği bir fırsattır. Soru, bireyin gerçek yatırılma nedenine yönelik olmaktan ziyade suçlayıcı repertuar içermektedir. Söylemde öznenin tavır alış, bir olaya maruz kalmak ve olayın tesiri altında bulunmak üzerinedir. "Neden yatırıldım?" yerine, siz referanslı "Neden yatırdınız?" yanıtı alınmıştır.



Şekil 6.2:
Aileyle Konuşma

"Güzel ve Bilimsel Yaşamak"

Aileyle konuşma, hastaneye yatırılmayla ilgili gereken mesajın alındığını ve olması gerekenin ne olduğu yönünde bir kavrayış geliştirildiğini iletmeye yönelik fırsatları da içerebilmektedir. Hasta, niyetlerini ve güzel dileklerini ailesine ileterek ailenin taleplerini karşılayacak düşüncelere sahip olduğunu vurgulamak ister. Bu vurgu söyleme, bir ezberin dışavurumu olarak yansır. "Güzel ve bilimsel yaşamak" söylemi, aktörün bir klinik ortam içerisinde olduğu düşünüldüğünde oldukça anlamlıdır. Aktör burada diğer aile ile konuşmalardan farklı olarak, hasta bakış açısını taşımamaktadır. Kendisini "dürüstlük", "sadakat", "evine bağlı" olma gibi aile değerleri ile ifade ederek aile fertlerinin kendisi üzerindeki bakış açısını; "güzel ve bilimsel yaşamak" söylemi ile doktor (kurum) bakış açısını taşıdığını göstermektedir.

Aile

Ayılarda dürüstlük ve Sadakat istiyorum
evine bağlı ve
Güzel ve bilimsel yaşamak

Şekil 6.3:
Aileyle Konuşma

4.2.9.2. Doktorla Konuşma

Aynı hastanın doktorla konuşmasında yer alan "bilgili olmak istiyorum" ifadesini "ortayı bulmak istiyorum" söylemi takip etmektedir. Bilimsel yaşamak, bilgili olmak, ortayı bulmak; aile ve doktor bakış açısını içermekle birlikte kurumsal faaliyete yönelik kabul içermektedir. Bu kabul, hastanın kendi durumuna yönelik farkında olmasından ziyade bu farkındalığı aile ve doktorlara ileterek neden orada olduğunu anladığını, bundan sonrası için ne yapması gerektiğini kavradığını ve iyi niyetli olduğunu vurgulamaya yöneliktir.

Bilgili olmak isterdim

Karmak istemiyorum

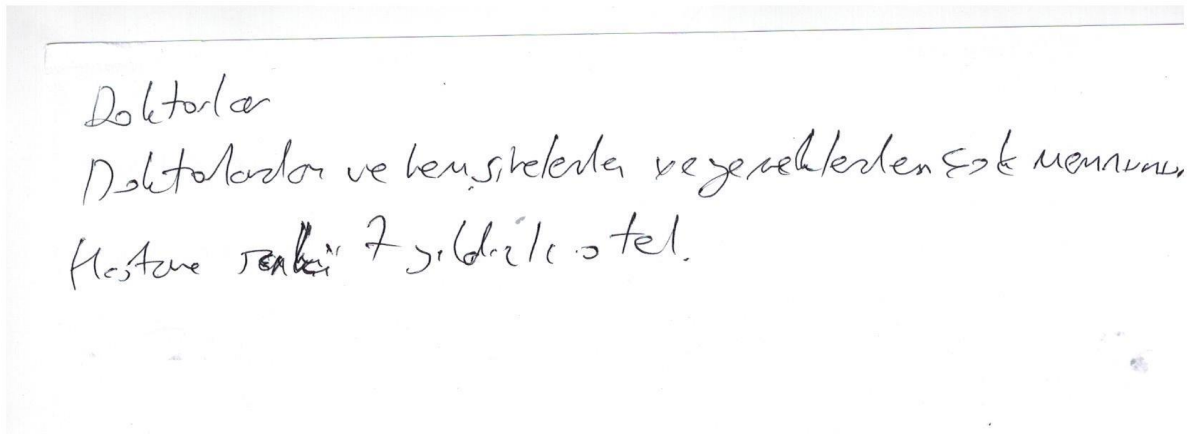
organize etmeyi severim

ortasını bulmak istiyorum

Şekil 7.1:
Doktorla Konuşma

"Hastane sanki 7 yıldızlı otel"

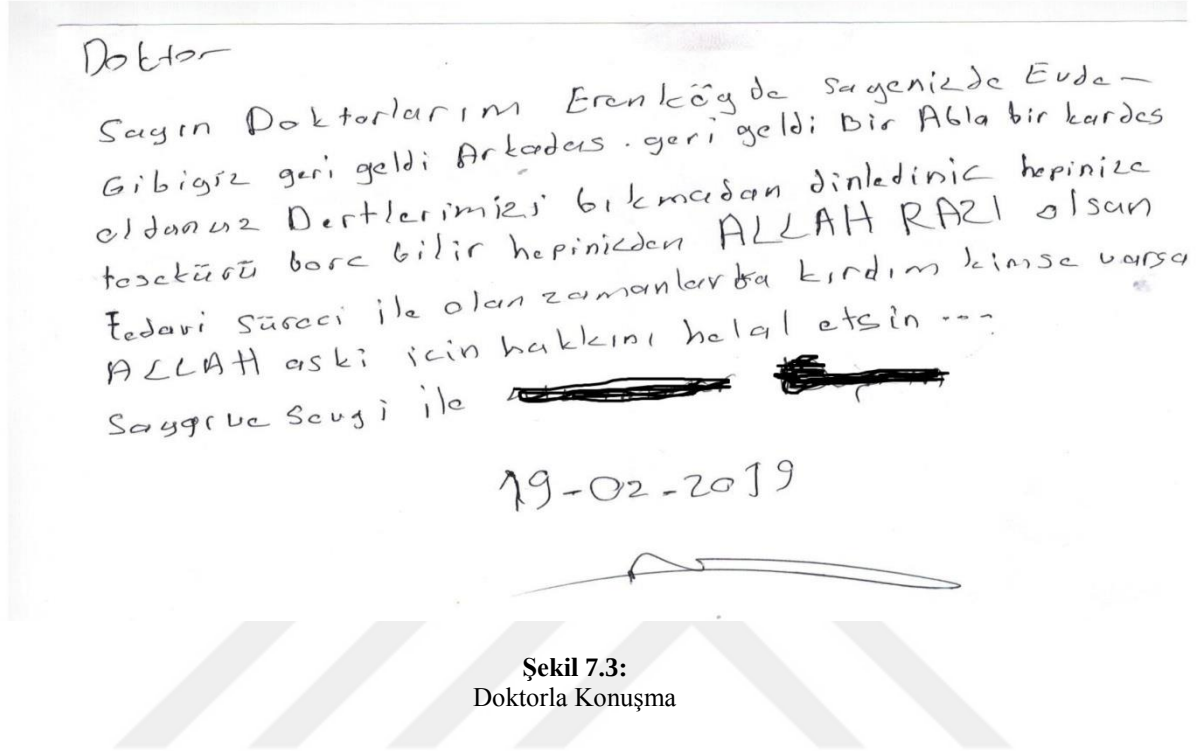
Doktorla konuşma, aileyle konuşmaya göre daha az (neredeyse hiç) şikâyet söylemi içermektedir. Hastaların doktorla konuşması, kurumun bakış açısını içermekle birlikte asgari düzeyde de kurumsal meşruiyet karşısında konuşulduğunu yansıtmaktadır. Kurumsal meşruiyeti temsil eden doktorla konuşmanın devletle konuşmaktan farkı, söylemin doktorun bizatihi kendisiyle (şahıs ismiyle) doğrudan konuşmaya yönelik inşa edilmemesidir. Doktorla konuşma, doğrudan bir isme hitaben değil; doktor unvanına hitabendir. Doktorla konuşma, doktor unvanı üzerinden hastane ortamını doktor bakış açısıyla yansıtan bir değerlendirme muhteva etmektedir. Söylemin hastane hizmetine yönelik puanlamaya benzer kurulması doktorun, kurumun kendisi olarak değerlendirildiği yorumlayıcı şema ile örtüşmektedir. Bunu destekleyen hasta söylemi şöyledir: "Doktorlar ve hemşireler ve yemeklerden çok memnunuz. Hastane sanki 7 yıldızlı otel".



Şekil 7.2:
Doktorla Konuşma

Doktorla konuşma doğrudan doktor unvanına yönelerek gerçekleştiğinde de hastane ortamını puanlamaya yönelik söylem repertuarına ulaşılmaktadır. Hasta, doktorlara onları kendi evlerinde hissettirdikleri için minnet ve şükranlarını iletmektedir. Aşağıdaki Şekle içkin hasta söylemini yapılandıran unsurlardan biri, hastanın çıkış aşamasında olmasıdır. Söylem çıkış aşamasındaki hastaların personele teşekkür ederek ayrılmaları durumuyla

örtüşmektedir. Bu söylemde önemli olan, doktorla konuşmanın aileyle konuşma gibi negatif söylem repertuarları içermiyor oluşudur.



Şekil 7.3:
Doktorla Konuşma

4.2.9.3. Reis-i Cumhur ile Konuşma

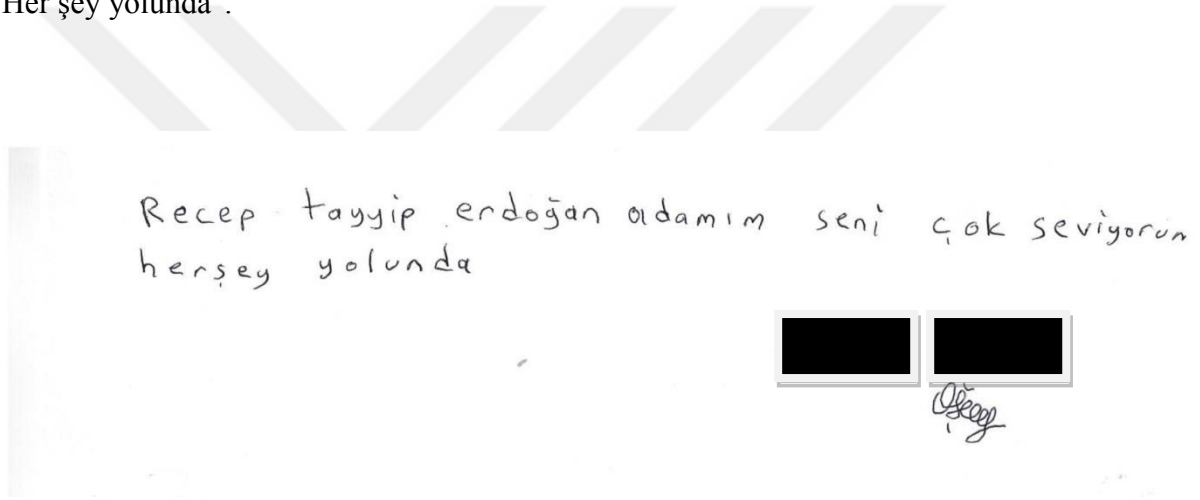
Devletle konuşma, unvanların da geride bırakıldığı, hastaların kurumsal meşruiyetin karşındaymışçasına performans sergilediği bir konuşma düzeyidir. Bu durumda aktörün kendisini karşısında gördüğü kurumsal meşruiyet, genel anlamıyla iktidar olarak tanımlanabilir fakat çalışmanın bu noktasında iktidardan kastımız Foucault'nun *Bir Özgürlük Pratiği Olarak Kendilik Kaygısı Etiği* adlı metninde⁴⁸ yer alan ve iktidarı oluşturan iki düzey, "yönetim teknolojileri" ve "tahakküm durumları" değildir. Aktörün devletle konuşması Foucault'nun iktidar düzeylerinden üçüncüsü olan stratejik ilişkiler

⁴⁸ Foucault, Michel (1997) "The Ethics of the Concern for Self as a Practice of Freedom", Paul Rainbow (ed.) *Ethics: Subjectivity and Truth* içinde s. 281-201, çev. R. Hurley vd. New York: The New Press [Türkçesi: "Bir Özgürlük Pratiği Olarak Kendilik Kaygısı Etiği", *Özne ve İktidar* içinde, çev. Osman Akınhay, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 2000].

(veya oyunlar) üzerinden gerçekleşir. "*Stratejik oyunlar* olarak iktidar, başkalarının olası eylem alanını yapılandırma anlamına geldiği sürece, insani etkileşime dair her yerde hazır ve nazır olan bir özelliktir. Bundan, iktidar ilişkilerinin dışında ya da ötesinde toplumsal bir alan ve iktidardan azade hiçbir kişiler-arası iletişim biçimi olmadığı sonucu çıkar" (Lemke, 2015). Söylem, iktidar temsilini içeren repertuarlara ev sahipliği yapmakta; cumhurbaşkanıyla konuşma, cumhurbaşkanının ülkeye getirdiği hizmetlerin dile getirilmesiyle stratejik oyunların karşısında taktik geliştirmeyi içermektedir. Aşağıdaki Şekilde hastanın söylem repertuarında yer alan ayet ve dualar, devletle konuşmanın hastanın eylem alanını ve dilsel sermayesini ne ölçüde yapılandırıldığını ortaya koymaktadır.

"Recep Tayyip Erdoğan Adamım Her Şey Yolunda"

Devletle konuşmada karşılıklılık zemini, öğrenilmiş iktidar ilişkileri üzerinden kurulmaktadır. Aşağıdaki söylem hastaların iktidar ile tahakküm düzeyinde değil stratejik ilişki düzeyinde konuşulduğunu ortaya koymaktadır. Hasta, söylemini tersine çevrilmesi güç olan hiyerarşik bir temsil karşısında kurgulamamakta; içselleştirilebilir ("benim" adam-ım), kolayca aşılabilir bir mesafede durmaktadır. Fakat mesafenin, iktidarı içermediği, varlığını hissettirmediği söylenemez. Zira aynı hasta ailesiyle konuşurken hastaneden muzdarip olduğunu beyan etmekte; cumhurbaşkanına ise şöyle seslenmektedir: "Her şey yolunda".



Şekil 8.2:
Reis-i Cumhur ile Konuşma

Aile ve doktorla konuşmadan farklı olarak devletle konuşma, dilekçe yazmaya benzer özellikler muhteva etmektedir. Hastalar yazılı beyan vermeden önce isim-soyisim belirtmeye yönelik bir gereklilik olup olmadığını özellikle sormuşlar; kimi hastalar aile ve doktora söylemek istediklerini yazılı olarak vermelerine rağmen cumhurbaşkanına yönelik soruyu yanıtlamada tereddütte kalmışlardır. Cumhurbaşkanına yönelik söylem, vatandaş olarak konuşmayı içermekle birlikte kamu kurumunda konuşuyor olmanın etkisindedir. Kurumun hastası olarak bilinebilir (*knowable*) olmak, hastanın söylemlerini sansüre uğratmakta; açıkça konuşabildikleriyle memnun bir vatandaş temsili ortaya koymaktadır.

Sayın Cumhurbaşkanım = Recep Tayyip Erdoğan =
Dize dedi ki ne diyorsun ne düşünüyorsun Bende Sayenış de
Her sağlık yeri gibi burası da sayende çok güzel bir tedavi -
ortanı var ALLAH Senden ve hükümetinden razı olsun
Secimlerde insallah yine Tek parti ve cumhur itifakı ile -
gelcek saygılar sevgiler hürmetler =

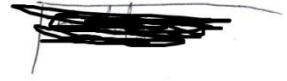
[Redacted Signature]

19.02.2019

[Redacted Signature]

Şekil 8.3:
Reis-i Cumhur ile Konuşma

Cumhurbaşkanı



Sayın cumhurbaşkanımıza
başarılar ve gerçek demokrasi
çerçevesinden ulkeci idara etmek
herşeyden önce vatanı korumak ve
yüceltmek kültür ve üretkenlik
ülkemiz'in Tarımını canlandırmak
işsizlikte düzene girmek ve
çok önemli nokta İslam
birliği kurmak ülkenin
huzuruna bozma yabancıların
iyadesini sağlamak
işçilerle iyi yaşayabilecek
haklarını vermek iki dünya
için yaşamak lazım herkes
ettiğini birer yaptığını çeker
başarının devamını allah'tan
dilerim

İslam birliği şart

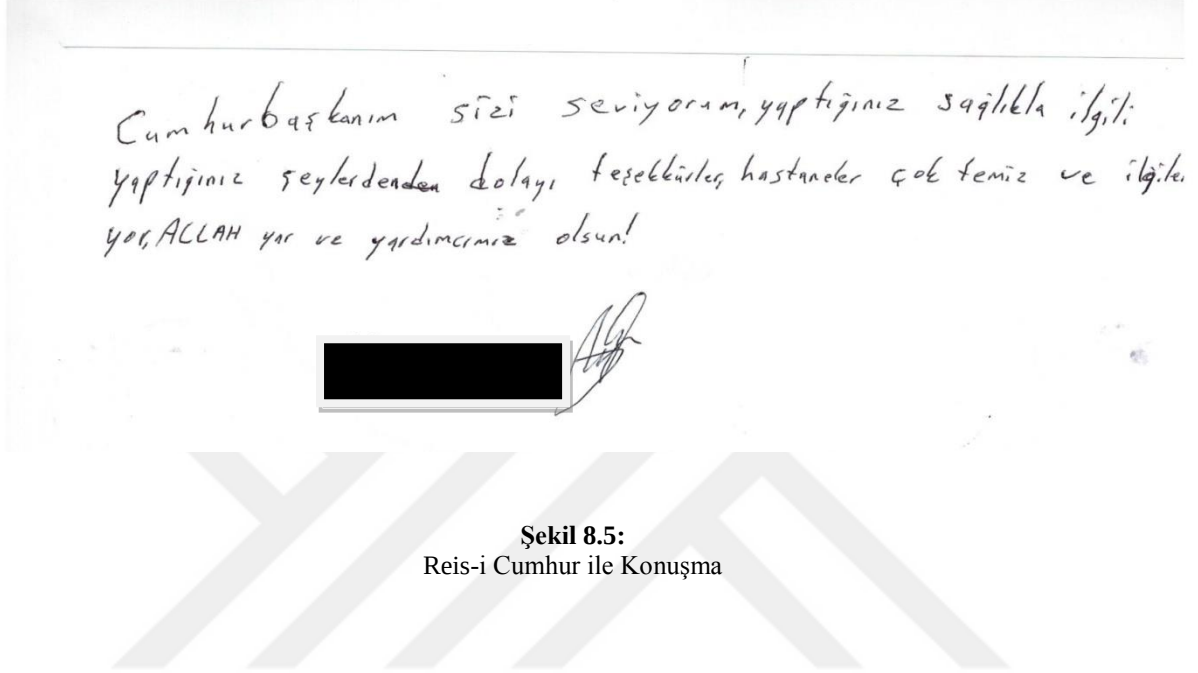
Ruh Ruhu- Şad olsun Turgut Özal ne
dedi avrubaya ben İslam birliği kureyim
Siz Müslümanlara döz çekecekler

19.2.2019.

MAIATYA.D.Y.K.K.

Şekil 8.4:
Reis-i Cumhur ile Konuşma

Bu söylemde ise hastanın cumhurbaşkanına hastane koşullarıyla ilgili talep ve önerilerde bulunduğu görülmektedir. Diğer hastalar alenen böyle bir girişimde bulunmayıp hastane ortamının eleştirisine yönelik söylemlerini sansüre uğratmaktadırlar:



Şekil 8.5:
Reis-i Cumhur ile Konuşma

"İlaçlarımı Her Zaman Kullanacağıma Ant İçiyorum"

Diğerlerine nazaran bir hastanın cumhurbaşkanıyla konuşmasında diğer hastalar kadar sansüre başvurmadığı görülmektedir. Hasta bunu söylemde öznenin tavır alışı üzerinden gerçekleştirmektedir. Söylemde öznenin pozisyonu ben'den biz'e kaymaktadır. Hasta, hastane ortamına yönelik eleştirilerinde şikâyet etme sorumluluğunu bütünüyle üzerine almamakta; "biz" öznesine başvurmaktadır. Eleştiri, "bizce" ile sonlanmaktadır: "Hastanelerde biraz iyi yemek ve ekmek çıkmalı bizce." Hastanın "İlaçlarımı her zaman kullanacağıma ant içiyorum" söyleminde ant içme repertuarı, söylemin cumhurbaşkanıyla konuşuyor olmanın tesiri ile yapılandırıldığını, hastanın bir dilekçe dili ürettiğini göstermektedir.

İlhamınızı kullandığımızda iyimiz çevre ve temizlik konusunda iyi kokuların olmasını istiyoruz. Hastahanelerde biraz iyi yemek ve etnek çıkmalı bizce. İlaçlarımı her zaman kullanacağıma ant istiyorum ve dolayısıyla devlete ve millete hayırlı vatandaş olacağım iş kapılarının bana açık olmasını istiyorum. Kısıtlanma oldu yanlış anlaşılmalor dolayla Başıma gelen olay ise başımı taşo sırtım çok gecirdim. Sonra denize düştüm ve isbendem. Polis kardeşlerimize atladığımı söylemişin çok etkisiyle. Ben vatanıma ve milletime hayırlı vatandaş olacağıma söz veriyorum. Kısmetse mahkemelerle uğraşma istemiyorum. Kimseyle düşmanlığım yoktur. Yoksek müsaderez kısıtlanmanın kaldırılması konusunda affınıza sığınıyorum. Ölmegi veya baskorına zarar verme hiç düşünmüyorum. Babamla biraz tartışıyoruz ama sebep maddiyat ve meneciyat ile ilgilidir. Bu sorunlarıda söylebileceğime inanıyorum.

Şekil 8.6:

Reis-i Cumhur ile Konuşma

4.3. PERSONEL UZAMI

Akıl hastanelerinin toplumsal karakterine yön veren ortamların bir parçasını resmî temas alanları oluşturur. Etkileşim alanlarının bir kısmı, kuruma hizmet yükümlülüğü olan personelin düzenlemesiyle yahut doğrudan personel ile girilen ilişkiler aracılığıyla resmî bir hüviyet kazanır. Aynı etkileşim alanında ve aynı mekân altında olunmasına karşın, bireyler hastane ortamını farklı biçimlerde deneyimler. Hasta ve personelin gündelik diplomasiyi sürdürme tarzları da bu durumla ilgili olarak farklılaşmaktadır. Bu farklılaşma, hasta ve personelin hastanede bulunma amaçları ve hastane ortamında karşılanma

biçimlerindeki farklılık ile teşkil olur. Bu amaç ve biçimler, hastanenin nasıl tanımlandığı ve hastane ortamındaki bireylere yönelik nasıl yüklemelerde bulunulduğunu belirleyen bir kalıp işlevi görmektedir.

Personel ve hastalar açısından akıl hastaneleri, personelin bizatihi kendisine ait bir mekân olarak tanımlanır. "Öyle ki gruplardan biri 'kurum'un görüşlerine ya da çıkarlarına atıfta bulunulduğunda, dolaylı olarak personelin görüşlerine ve meselelerine de atıfta bulunmuş olur" (Goffman, 2015: 21). Kurum, personel demektir. Çalışmamızda, araştırma üzerine gerçekleşen konuşma esnasında bir Doktor, "Bizi nasıl buldun? Ne yazacaksın hakkımızda?" söyleminde bulunmuştur. Goffman'ın kurumun meselelerinin personelin meseleleri ile özdeşleştirilmesini içeren değerlendirmesiyle birebir örtüşen bu durum, personelin kurumu yorumlama biçiminin görev ve hizmet yükümlülüğü ile ilgili olmasını açıklar niteliktedir.

Hasta uzamının anlatıldığı önceki bölümün devamı olarak personel uzamını konu edinen bu bölümde, hastane ortamının toplumsal karakteri personel bakış açısıyla ele alınacaktır. Personelin mesai arkadaşlarıyla birlikte etkileşimlere nasıl katıldığını örneklerle açıklayacağımız bu bölümde personelin, hastane ortamında deliliği nasıl idare ettiği ortaya konulacaktır.

Personel uzamı, resmî gündelik diplomasiyi içeren kurumsal idarenin yürütülme ortamı olarak tanımlanabilir. Personel uzamı da hasta uzamı gibi sembolik ve ilişkisel uzamdan müteşekkildir. Hastalar gibi personel de hastane ortamındaki olayları yorumlayacak şemaya sahip olup bu şemalar hastane ortamının toplumsal durumlarını içerir.

Çalışmanın bu bölümünde ilkin personelin yorumlayıcı şeması incelenecektir. Buradaki amaç, akıl hastanesi ortamını personelin perspektifiyle ortaya koymak; personelin hastaları nasıl tanımladığı ve kategorize ettiğini açıklamaktır. Personel akli ve tasnif sisteminin

açıklanmasından sonraki amaç deliliğin kurumsal idaresinin boyutlarını belirginleştirmektir.

Akıl hastaneleri, hastaların tedavilerinin yürütüldüğü mekândır. Dolayısıyla bu mekânlarda etkileşimlerin önemli bir kısmı işbirliği etrafında oluşur. Personel uzamına, personel arasından hastane ortamında etkili rol üstlenen; doktor, hemşire, güvenlik ve hasta bakıcı dâhil edilmiştir. Deliliğin kurumsal idaresi ve resmî temas alanlarının değerlendirileceği bu bölümde, "personel uzamının" etnografisi ortaya çıkarılacaktır.

4.3.1. Personelin Yorumlayıcı Şeması

a) *Yükümlülük Alanı Olarak Hastane*

Akıl hastaneleri, varlığını meşru bir zemin üzerinde tasarlamış rasyonel yapılardır. Amaçları olan ve bu amaçları resmî idare tarzıyla hayata geçiren araçsal kurumlardır. Akıl hastalarının gözetim altında tutularak ıslah edilmelerini ve uygun tedavinin belirlenmesine yönelik standartlara sahiptir. Bu standartlar, personel aracılığıyla uygulamaya geçirilir. Akıl hastaneleri, önceden belirlenmiş amaçları etkin biçimde uygulayarak beklenen sonucun alınma yerleri olarak -deliliğin doğru idaresinin- gerçekleştirilme ortamlarıdır.

Personel uzamında iş, insana yönelik hizmet idaresinin sağlanmasıdır. Her ne kadar iyi ayarlanmış bir tedavi uygulayıcı sistemden müteşekkil bir kurum altında olsa da akıl hastanesi personelinin iş tanımı kurumsal sistemde olduğu kadarıyla kararlılık taşımamaktadır. Personelin iş sahası kuralları belirli katı bir disiplin içeriyor olsa da, gerçekleşen işin girdi ve önceden ayarlanmış girdi ve çıktılarla örtüşen yönü zayıftır. Personel için görev tanımında belirtilenlerin yerine getirilmesi ve karşılığında ücret alınması gibi kararlılık arz eden bir temellendirme söz konusu değildir.

Akıl hastaneleri personel açısından yalnızca mesai saatlerinin geçirildiği mekânlar olarak tanımlanmamalıdır. Zira "insan" üzerine çalışmak, insanın öngörülemeyen davranışlarını da doğru biçimde idare etmeyi gerekli kılar. Bu gereklilik, akıl hastanesi personelinin yorumlayıcı şemasında yer eder. Akıl hastanesi bir uğrak yeri olmasının yanı sıra personelin tasnif sisteminde bir şekilde yer etmektedir. "Akıl hastanelerinde personel, hastaların 'hiç sebep yokken' sağa sola vurabileceğine ve resmî bir görevliyi yaralayabileceğine inanır. Bazı hastabakıcılar, akıl hastalarına uzun süre maruz kalmanın bulaşıcı bir etkisi olabileceğini düşünür" (Goffman, 2015: 87).

Personelin, deyim yerindeyse hastalara bulaşmadan hastane ortamını deneyimlemesi, onun hastalık durumuna yönelik tasnifini biçimlendirir. Personel, hastaların bütün özelliklerini uzaktan görmek ve denetlemek istediği gibi bir taraftan hastaların öngörülemeyen davranışları hakkında bir keşfe çıkar. Böylece hastane ortamındaki kendi etkileşim alanını düzenlemektedir. Dolayısıyla yorumlayıcı şema, personelin zihninde olan biten yüklemelerin veya bilişsel süreçlerin yanı sıra şu özellikleri muhteva etmektedir: Hastane-içi etkileşimleri sürdürme ve dinamik kılma; iletişimi duraksatan ve iletişim kapılarını kapatan pratiklerin düşünsel arka planını oluşturma.

Hastane ortamının yanlış idaresinde oluşabilecek sorumluluktan kaçınan personel, hastaya ne yapıldığı, nasıl yapıldığı ve hastayla iş birliği içerisinde ne yapıldığına dair bilinçlilik ortaya koymak mecburiyetindedir. Herhangi bir olağanüstü durumda, orada ne olduğunu rapor etmek ve vazifenin yerine getirilmesinde prosedürlere uygun hareket edildiğini ispat etmek için kayıtlar alınır. Personelin, hasta hakkında aldığı resmî not, hastanın değerlendirilme dosyasına eklenir. Bununla birlikte personel arasından hemşireler, nöbetleri esnasında gerçekleşen olaylara dair günlük rapor tutarlar. Bu rapor defterleri, hastaların psikiyatrik gelişimini içerir ve doktorlara hastaların durumu hakkında bilgi sunar.

Personelin yorumlayıcı şemasının yükümlülük zemini, tedavinin uygulanması ve hastalık seyrinin takip edilmesi etrafında gelişen personel rolü ile ilgilidir. Bu rol içerisinde hastaneyi idare etmenin yollarından biri, standartların sorgusuzca uygulamaya geçirilmesidir. Standartların insanî durumları gözeterek devam ettirilmesi, hastane ile hastalar arasındaki vaaddendir.

Bireylerin hastaneye istemsiz veya zorunlu olarak değil bizatihi kendi istekleriyle gelmiş olmaları, personelin onlar hakkında iyi niyet geliştirmesine neden olmamaktadır. Personel, istemli yatışta bulunan hastaların özgürce bırakılma ihtimaline kapı aralamamaktadır. İnsani standartların sürdürülmesi, hastaların idaresinin mesuliyetini üstlenmeyle ilgilidir. Kendisine veya başkalarına zarar verdiği görüldüğünde söz gelimi karga tulumba gözetim odasına götürülmesi de bu sorumluluğa dâhildir. Bu şema kaynak olarak kullandığında, bireylerin "klinik vaka" olarak değerlendirildiği personel perspektifi etkileşimlere yansır.

b) Hastanın Haklarına Yönelik Farkındalık

Yorumlayıcı şemanın ikinci zemini, hastaların da hastane öncesinde personel gibi gündelik sıradan bir yaşama sahip olmalarına yönelik bilinçtir. Hastalarla ilgili psikiyatrik değerlendirme, yalnızca tedavi süreciyle ilişkili olmayıp pek çok resmî prosedürel işlemi de içermektedir. Hastaların, hastaneye sevki ve yatırılmaları esnasında oluşan bu resmî işlemler, hastanın tedavi sürecinde de devam edebilmektedir. Hastanın sivil hakları, ona refakat eden en yakınına devredilebileceği gibi bu hakları kurum yöneticisi de üstlenebilmektedir.

Yönetici, sonrasında, kurum dışında gelişen çoğu konu için izin alınması gereken tüzel kişi haline gelir: sosyal güvenlik yardımları, gelir vergileri, mülklerin bakım ve onarımı, sigorta ödemeleri, emekli aylıkları, hisse senedi kar payları, dış tedavisi faturaları, hastaneye

gönderilmeden önce maruz kalınan yasal zorunluluklar, psikiyatrik hasta kayıtlarının sigorta şirketlerine ya da avukatlara verilmesine dair izin vb. (Goffman, 2015: 88).

Hastanın hastaneye getirilmesiyle birlikte sivil yaşamın idaresi, kurumun mesuliyeti haline gelir. Evraklar ve işin usulüne göre yapılma talimatı personelde, hastaların bireysel haklarına yönelik dikkati canlı tutmaktadır.

Personelin yorumlayıcı şemasındaki hasta haklarına yönelik bilincin etrafı, kuruma getirilen ya da kendi istekleriyle başvuran kişilerin nasıl tanımlanacağına ve nasıl bir tedavi uygulanacağı sorusuyla kuşatılır. Hastaneye yatırılan birey personel tarafından, öncelikle hasta olarak tanımlanmaktadır. Personele göre birey akıl hastanesinde olduğuna göre kesinlikle hastadır. Bazı durumlarda personel bu kanaati taşımayabilir. İstisnai bu durum, genellikle tedavi sürecinin sonlandırılmasına yakın bir zaman diliminde ortaya çıkmaktadır. Fakat yine de personelin temel amacı, hastaların tedavisini yürütmek ve kurumsal idareyi sağlamaktır. Hizmet alan bireylerin gerçekten hasta olup olmadığını hesaba katmaksızın devam ettirmek zorunda olan bir tedavi sistemidir bu. Tedavi sürecinde hastalar, personelle yüz yüze temasta bulunma iznine sahiptir ve bu temaslar esnasında hastanın, hasta olmadığına yönelik ispat girişimlerinde bulunduğu gözlenir. Hastanın girişimleri sızlanma ya da talepler aracılığıyla gerçekleştiğinde personel, bu durumun kaynağını hastalıkta arayabilir ve sızlanma ve şikâyet durumuyla başa çıkmak için tedavi sürecine kendi katkısını ortaya koyarak iletişim fırsatlarının önünü tıkayabilir. Sağlık sistemi tarafından yapılandırılmış bir tedavi uygulanıyor olsa da uygulama personelin katılımıyla bir kez daha yapılandırılır. Personelin hastayla olan temas sıklığını azaltması, iletişim imkânlarını kesintiye uğratması, tedavi sürecinin bir parçası haline gelir. Hastan hakkı olmayan bir iletişim yolu denemiş değildir; hemşire ise hastayı bu hakkından -doğrudan- mahrum etmiş değildir. Fakat tedavi hizmetinin personel elinde yeniden düzenlenmesi ve personelin durum özelinde ne yapmak istediğine kendisinin karar

vermesi, hastanın konuşma özgürlüğünü kısıtlayabilmektedir. Hasta haklarına yönelik dikkat her en kadar canlı olsa da uygulama esnasında durum, bu hakların askıya alınmasını gerektirebilir. Çalışmamızda hemşire ile hasta arasındaki bir diyalog bu durumu örneklendirmektedir. Hasta, tedavi süreciyle ilgili bir şikâyetini iletmekte ve sağlığının iyiye gitmediğini belirtmektedir. Hemşirenin hastanın konuşmalarında odaklandığı "ölüm" temasıdır. Hemşire bu durumu saçmalık olarak değerlendirmekte ve hastanın söylemine karşılık vermeden hasta bakıcıyı çağırarak konuşma akışını durdurmaktadır (Hastanın konuşmaları Hs, Hemşirenin konuşmaları Hm kodları ile belirtilmiştir):

Hs (e): Hocam ben öleceğim iğne yapılırken normalde iyiyim ama asıl iğneden sonra hani ne bileyim sanki iğneden sonra iyi olmuyorum

Hm: Saçmalama İ. ne ölmesi

Hs (e): Valla bak kalbim atıyor küt küt geçen verdiğiniz ilaçtan sonra da oldu böyle

Hm:(Hastabakıcıya seslenir) .. bey, tamam alabilirsiniz artık hastayı

Personel, sözlü olarak iletilen "kalbin küt küt atması" ifadesine kayıtsız kalmıştır. Personel bu gibi ifadeleri hezeyan olarak değerlendirebilir veya bireyin kişisel alışkanlıklarından kaynaklanan davranışlarını hastalıkla ilişkilendirerek yorumlayabilir. Hastaların kendilerini idare etme biçimleri, onlara uygulanacak tedavi hakkında personele bir tür perspektif sunar. Bu kurumsal perspektif tıbbî terimlere dönüştürülerek durum özelinden hastalık özelliklerine geçiş sağlanır ve durumsal herhangi bir davranış hastalık atfıyla genelleştirilir. İki hemşire arasındaki diyalog bu duruma örneklik teşkil etmektedir:

Hm(a): Bi bakıyorum allahım çok şükür diye koşuyor hasta

Hm(b): O hasta yine majör o zaman yine başladı koşmaya

Hm(a): Doğru valla aldığı için mi acaba

Hm (b): Doğru ben dün de düşündüm zaten öforik atakları kalktı gibi bu aralar

Hastaların davranışlarının tıbbî terimlere dönüştürülerek açıklanmasının, hastane ortamının iyilik ve kötülük değerleri üzerinden yorumlanması ile ilişkisi vardır. Öyle ki personelin kendini hastalardan ayrı tuttuğu hiyerarşik ilişki, bu zemin üzerinde yükselmektedir. Personelin uygulayıcılığı, hastanenin ahlaki düzenini sürdürme ve hastaları ahlaki olmayan davranışlarından arındırmayı içerir; personel hastane ortamını örtük bir biçimde "iyi" ve "kötü" değerleri üzerinden idare eder.

Bu teori kurumsal perspektifin örtük bir parçası olarak faaliyetleri rasyonelleştirir; kapatılmış kişilerle olan toplumsal mesafeyi ve bu kişilere yönelik basmakalıp bakış açısını devam ettirecek, hemen göze çarpmayan araçlar sağlar ve onlarla yapılan anlaşmayı meşrulaştırır. Teori genel anlamda, kapatılmış kişi davranışının 'iyi' ve 'kötü' ihtimallerini, kargaşanın aldığı formları, ayrıcalıkların ve cezaların eğitici değerini ve personelle kapatılmış kişiler arasındaki 'temel' farkı içerir. (Goffman, 2015: 98-99).

Akıl hastanesi personeli, hastaların niyetlerine yönelik bir hastalık kavrayışı geliştirir. Kurum içerisinde "iyi" kalabilen hasta, idare edilebilirdir ve dolayısıyla iyileştirilebilirdir de.

Çalışmamızda, bireylerin hasta olarak tanımlanmalarını içeren yorumlayıcı şemanın, özellikle hemşirelerin söylemlerinde açığa çıktığı görülmüştür. Kişiler, kuruma başvurmuşlarsa hastadırlar. Bu perspektif, -hastaların durumları dikkate alınarak- sürdürülür. Tedavi sürecini yöneten personelin dikkat odağı durum üzerinedir. Hastaların davranışları üzerinde, davranışın geçmişi hakkında bilgi veren ardalana nispetle daha çok durulur. Durum, ardalana nispetle “belirgin biçimde” sembolleştirilir. Dikkatlerin hastanın hikâyesinin bütününden uzaklaşıp durum üzerinde yoğunlaştığı gözetim süreci, hastaların birey olarak kişisel özelliklerine yönelik değerlendirmeden ziyade durumsal

değerlendirmeye yöneliktir. Dolayısıyla personelin dikkat odağı, bireylerin hastane geçmişi dışarısında kalan dönemlerinde elde ettikleri tecrübe üzerinde değildir. Ardalan olarak ifade ettiğimiz geçmişe yönelik deneyim; yalnızca hastalar ile ilgili olmayabilir. Kurum, hastaların kişisel geçmişlerine odaklanmadığı gibi, hastane ortamında gerçekleşen bir hadisenin yahut bir haberin geçmişini de aynı ölçüde tedavi sürecinin dışarısında tutacaktır. Kurumsal tespit, duruma yönelik olacaktır.

Personelin hastalara yaklaşımının duruma yönelik olması, hastanın geçmişinin tedavi sürecine yansımadağı anlamına gelmemektedir. Akıl hastaneleri, hastanın tedavisini, resmî olarak teşhise ve dolayısıyla da hastanın geçmişinin psikiyatrik incelenmesine dayandırarak, hâlihazırda fazlasıyla geniş olan bu yetkilendirmeyi kurumsallaştırır. Geçmiş kaydı, bu yetkilendirmenin önemli bir ifadesidir. Geçmiş kaydının amacı bireyin, hastaneye yatırılma ve gözetim altında tutulma gerekçesine rasyonel açıklamalar getirmektir. Geçmiş kaydı, hastanın tüm hayatından, "semptomatik" önemi olan ya da hastalığını açıklayıcı nitelikteki olayların bir listesinin çıkarılmasıyla oluşturulur. Hastanın yakın çevresiyle ilgili anlatılar dinlenir ve bir "leke"ye işaret edebilecek olaylardan söz edilebilir. Hastanın kötü bir karar aldığı ya da duygusal bir rahatsızlık yaşadığı önceki davranışları kayıt altına alınır. Onun hastaneye getirilmesine yol açan, bardağı taşıran son damla, detaylı bir şekilde kaydedilir.

Hastanın anlattıklarının gerçekliğe ne ölçüde temas ettiği bir doktor perspektifi üzerinden değerlendirilir. Dolayısıyla hastanın kişisel geçmişi yalnızca hastalığının yorumlanması durumunda ve tedavi sürecinde hastanın söylem ve davranışlarının nasıl değerlendirileceği söz konusu olduğunda önem arz eder. Personelin hastalara müdahalesi her halükarda hastane ortamında açığa çıkan duruma yöneliktir. Fakat çalışmamızda bu yorumlayıcı

şemanın güvenlik personelinde farklılaştığı görülmüştür. Güvenlik personeli hastalık durumunu, hastalara alternatif bireylere atfedebilmekte ve dışsallaştırabilmektedir. Hastane ortamına yönelik değerlendirmelerini içeren şu söylemler, güvenlik personelinin yorumlayıcı şemasının bir yönünü açığa çıkarmaktadır:

Görüşme I

Güvenlik (kadın servisi): Bence buradaki hastalar iyi de ziyaretçiler manyak tedaviye ihtiyaçları var yaani bence

Görüşmeci: Olabilir neden

Güvenlik (kadın servisi): Yok yani ben şu az önceki kavga için diyorum

Görüşmeci: Anladım evet kavga oldu değil mi az önce

Güvenlik (kadın servisi): İnanın her gün oluyor bu siz de görmüşsünüz zaten hastane içinde bu kadar zorluk yaşadığımı bilmiyorum ben ne oluyorsa ziyaretçiler arasında oluyo bunlar (hastaları kastediyor) masum masum bi de şunlara bakın asıl bunlar hastaneye yatırılmalı

Görüşme II

Güvenlik (erkek servisi): Siz boşuna hastalara bakıyorsunuz ziyaretçileri inceleyin bence (h)

Görüşmeci: (h) Siz öyle demişseniz olur tabii (h) ama neden

Güvenlik (erkek servisi): Yani hocam baksanıza şunlara gördünüz demi az önce çocuk kendi halinde mutlu mesut adam geliyo psikolojisini bozuyo gidiyo ben hep derim yani burdakilerin bi suçu yok aileyi tedavi etsinler

4.3.2. Deliliğin Kurumsal İdaresi

Deliliğin kurumsal idaresi, hasta ve personel arasındaki statü ve rol farklılıklarına dayanan, personelin iş yerindeki idareyi ücreti mukabilinde sağlaması ile hastanın hedeflenen tedavi sonucuyla uyuşan tepkiler göstererek beklentileri karşılamasından oluşan bir bütündür. Akıl hastanesinin denetleyici personeli ile denetleme altındaki hastaları arasında bir mesafe söz konusudur. Hastaların personelle temas sıklığını belirleyen bu mesafe, hem personelin statüsüyle hem de personelin benimsediği rol ile ilişkili olarak ortaya çıkar. Mesafe, hastaların personele dair ve personelin de hastalara yönelik yorumlayıcı kaynaklara göre gelişir. "Personel, kapatılmış kişileri genellikle öfkeli, ketum ve güvenilmez bulurken; kapatılmış kişiler, personeli, başkalarını küçümseyen, onlara söz hakkı tanımayan ve kötü davranan kişiler olarak kabul eder. Personel kendisini üstün ve haklı görmeye; kapatılmış kişilerse, en azından bazı yönlerden, kendilerini aşağı, zayıf, kabahatli ve suçlu hissetmeye eğilimlidir" (Goffman, 2015: 19). Erving Goffman'ın "yarık" ifadesiyle tanımladığı personel ile hastalar arasındaki bu mesafe, hastane ortamının ikili karakterinden doğar.⁴⁹ Hastane ortamının ikili karakterini ifade eden bu yarık, beşerî toplulukların bürokratik düzeyde idare edilmesinin mahsulâtıdır. İkincisi mesafe, iş olgusu ile ilgilidir (Goffman, 2017). Bu noktada Goffman alıntılatacağımız pasajda mesafeyi, gündelik yaşamın büyük bir kısmını kaplayan çalışma hayatı ve iş yeri otoritesi ile ilişkilendirerek açıklar:

Toplumumuzdaki yaşamın olağan düzenlemelerinde iş yerinin otoritesi, çalışanın parasını almasıyla sona erer. Bu paranın ev içinde ve eğlence-dinlenme için harcanması, çalışanın özel meselesidir ve bu, iş yerinin otoritesinin katı sınırlar içinde tutulmasını sağlayan bir mekanizma oluşturur. Ancak total kurumlarda kapatılmış kişilerin tüm gününün onlar adına planlandığını söylemek, bu kişilerin

⁴⁹ İkili karakter için bkz. Lloyd E. Ohlin, *Sociology and the Field of Corrections* (New York: Russell Sage Foundation, 1956: 14-20).

tüm temel ihtiyaçlarının onlar için zorunlu olarak planlanacağını söylemek demektir. Çalışma için verilen teşvik ne olursa olsun, bu teşvik dışarıda sahip olduğu yapısal öneme kurum içinde sahip olmayacaktır (Goffman, 2017: 21-22).

Dolayısıyla mesai saatleri doğrultusunda hastane ortamında bulunan personelin hastane ortamını tasnif tarzı ile günün tamamını orada geçirmek mecburiyetine sahip olan ve özgürlüğünün kısıtlanması karşılığında herhangi bir ücret almayan hastaların tasnif tarzı aynı olmayacaktır. Bu duruma örneklik teşkil eden hasta söylemleri şu şekildedir (Hastalar personel hakkında konuşmaktadırlar):

H1(k): Bana versinler o parayı ohh hiç çıkmak yok buradan hiç hiç

H2 (k): Yok ya milyarlar versinler ben yine de çalışmazdım bazen öyle oluyo ki için parçalanıyo parayla yapılacak bir iş değil bence

4.3.2.1. İdare ve Talimat

Deliliğin kurumsal idaresi, ödülleri ve cezaları içermektedir. Bu içerim, personelin yalnızca tedavi uygulayıcı yönünü pekiştirmekle kalmaz talimatta bulunma pratiklerini de açığa çıkarır. Personel, önceden belirlenmiş programa katılmaları, saatlere riayet etmeleri ve kendileriyle tedaviyi kolaylaştıracak biçimde iş birliği yapmaları için hastalara belirli aralıklarda talimatlarda bulunur. Bu talimatlar, hastanın kendi durumunun sorumluluğunu kabul ederek ve üstlenerek tedavi sürecine aktif biçimde katılabilme becerilerine sahip olduklarına yönelik itimadı içermektedir. Hastalara verilen talimatları yerine getirmeleri için uygun zaman tanınır. Talimatların yerine getirileceğine yönelik güven, katatonik şizofrenler için dahi geçerlidir. Hastadan makul ve anlamlı davranışlar sergilemesi beklenerek hastane düzenine uyum göstermesi için uyarı ve ikazlarda bulunulur. Hastaların talimatlara uygun düşmeyen davranışları, daha vurgulu bir uyarı ile karşılaşır. Hasta,

ısrarla talimatlara uymuyorsa yahut hastane ortamının ahlakiliğini bozan düzen dışı davranışlar sergiliyorsa, güvenlik personeline talimat verilerek gereğini yerine getirmesi beklenir. Hastane ortamında ceza, kısa sürede sonuç alınmasını sağlayarak personelin rutin işlerinin aksaması riskini ortadan kaldırır. İdare, talimat aracılığıyla sağlanır; makuliyet, zorla tesis edilir.

Güvenliğin müdahalesine ihtiyaç duyulan durumlardan biri, hastaların tedaviye direnç göstermesiyle ilgilidir. Bu tarz durumlar personelin hasta ile beden bedene karşı karşıya geldiği anlarda meydana gelir. Hastanın ilaç içmeye gösterdiği direnç elleri ve kolları tutularak aşılmalı ve ilaç saati verimli kullanılmalıdır. Yahut altını ıslatan hasta, kalkmak istemediği yatağından öyle veya böyle kaldırılmalı ve temizliği sağlanmalıdır. Bu gibi durumlarda hemşire ve hastabakıcılara ek olarak güvenlik personeli de etkileşim alanına dâhil olur. Bu esnada hastanın iletişim hattı yumuşatılabilir. Fakat her zaman yumuşak bir dil kullanılmayabilir. Bu duruma örneklik teşkil edecek durumlardan biri, bir hastanın diğer bir hastaya yumruk atması sonrası gelişmiştir. Kargaşa sonrası hasta güvenli odaya tecrit edilmiştir. Hasta odadan çıkarıldığında altını ıslattığı görülmüştür. Direnç gösteren hastanın kıyafetlerinin değiştirilmesi için hemşire, güvenlik ve hastabakıcı personeli bir araya gelmiş; bir ekip çalışması ortaya koymak istemişlerdir. Bu esnada hastanın direnç göstermeye devam etmesi ve talimatlara uymamasından kaynaklı uzun bir uğraş verilmiştir. O an orada uğraş veren bir personele ait söylem örneği şöyledir:

Personel (k): Tamam artık bırakalım durmaz bu yatsın burda südüklü

4.3.2.2. Duygudaş Personel

Deliliğin kurumsal idaresinde zorluklar yaşanabilmektedir. Zorluklara kapı aralayan durumların en sık gözleneni personelin duygularını hastane ortamına yansıtmamaya çalışarak işini sürdürmesidir. Hastalara duygusal açıdan yaklaşmak, personelin profesyonelliğinin değerlendirilmesi açısından olumsuz izlenim yaratır. Hastalarla duygudaşlık kuran personel acı çeker. Bu durum Goffman'da ilişki döngüsü (*involvement cycle*) olgusu ile tanımlanır. İlişki döngüsü alıntılatacağımız pasajda şöyle açıklanmaktadır:

Kapatılmış kişilere başlangıçta toplumsal olarak mesafeli bir noktada duran personel -ki bu noktadan, söz konusu ağır yoksunluk ve kurumsal sorun kolayca fark edilemez- sonrasında, kapatılmış bazı kişilerle sıcak bir ilişki kurmaktan çekinmesi için hiçbir sebep olmadığını fark eder. Ancak bu ilişki, personeli, kapatılmış kişilerin yaptıkları şeylere maruz kalabileceği ve böylece de incinebileceği bir konuma getirir ve ayrıca, diğer çalışanların kapatılmış kişilerle aralarına koydukları mesafeyi de büyük ihtimalle tehditkâr bir seviyeye çeker. Bunun üzerine, kapatılmış kişilerle yakınlık duyan personel 'aldatılmış' olduğunu düşünebilir ve evrak işlerine, komite işlerine ya da diğer rutin sekreteryâ işlerine gömülür (Goffman, 2015: 93).

Bu döngüyü bir kez deneyimleyen personel, hareketli hastane ortamına yönelik tedbirli tavır alışlarını zamanla askıya alır. Hastalara yönelik denetimi zayıflar ve yoğun ilgi azalır. Personel bu aşamada ilişki döngüsünün başına dönebilir. Tedbirde azalmaya yol açan bu durum, hastanede kalan hastaların kısa sürede hastaneden ayrılıp yerlerini yeni hastaların doldurmasıyla ilgili olabilir. Hastalar hakkındaki düşünceleri sorulduğunda kurumsal idareyi duygudaş tarzda gerçekleştiren personelin, öğrencilerini okuldan mezun eden bir öğretmenin yaşadığı duyguları işaret eden söylemlerde bulunduğu gözlenebilir.

"Hopp Hatip Ağbeyy!"

Bu durumla ilgili olarak vereceğimiz örnekte duygudaş personel, on yıla yaklaşan süredir hastanede görevli güvenlidir.

Gözlemci Alan Notu: Hemen her hasta kendisine "Hatip Abi"⁵⁰olarak hitap etmektedir. Kendisine hastane ortamını nasıl değerlendirdiği veya hastalar hakkında sorular sorulduğunda anlatım esnasında gözleri dolabilmektedir. Duygularını denetim altına almakta zorlanan bu personel tipolojisi, bir taraftan hastaların insanca tedavisine yönelik girişimlerde bulunabilir. Kendisini kaliteli hizmete yönelik talepte bulunmakla ve hastane hizmetinin takibini yapmakla yükümlü görebilir. Hastanenin güvenliğini sağlamaya yönelik vazifesinin dışında, hastaların hâsıl olan ihtiyaçlarında eksikliği tamamlayıcı rol üstlenebilir.

Güvenlik (Hatip Abi): Ahmet amca, Ahmet amca, kulaklar duymuyor ki... (yanına gider) Yemeğe niye inmedin Ahmet amca senin için tepsi ayırdım bu kez yine ama bak küçük bey bir daha gecikme

Hasta: Tamam tamam

Güvenlik (Hatip Abi) Tamam deyişine kurban bak bir daha yemek ayıramam bana kızıyorlar

Güvenlik görevlisi "Hatip Abi", hastalarla konuşma tarzını, mizah öğelerini içerecek biçimde düzenlemektedir. Bu durum her ne kadar hastaların hastaneden kendi istekleriyle çıkmalarına mani olan, dolayısıyla özgürlüklerini kısıtlayan, personel olmasına rağmen güvenlik görevlisi kimliği çoğu durumda hastalarla olan etkileşimde askıya alınır. Bu durum güvenlik açısından herhangi bir zaafiyet meydana getirmemektedir. Ne hastalar bu durumu fırsat bilip iletişimdeki yakınlıktan güvenlik açığı aramaya koyulurlar ne de güvenlik görevlisi "Hatip Abi", yakınlık kurdukça kurumda bulunma gerekçesine yönelik

⁵⁰ Çalışmada adının geçmesi için kendisinden onay alınmıştır.

dikkatsizlik göstermektedir. Hastaların birçoğu güvenlik personelinin yanına yaklaşamazken hastanede kalma süresi daha uzun ve sık olan hastaların, güvenlik görevlisiyle selamlaşmalarında farklı bir davranış repertuarı geliştirdikleri gözlenmiştir. Bu durumla ilgili alandan örnek şu şekildedir:

Gözlemci Alan Notu: Hastalar bahçeye çıktıklarında ikişerli üçerli gruplara ayrılırlar. Bazıları volta atıyor olmanın hızıyla başlarını yere eğip ve bir şeyler düşünüyor oldukları görülür. Bazıları banklara oturur ve sayıları üç, beş, yedi olacak kadar hastayla birlikte sohbete koyulurlar. Bu esnada bazı hastalar bahçeye çıktıkları ilk andan itibaren kendilerini gösterirler. Kol kola giren iki hasta, bir ellerini havaya kaldırarak neredeyse 100 mt. mesafeden güvenlik personeline seslenirler:

Hastalar (e): Hopp Hatip Ağbeyy!

Gözlemci Alan Notu: Güvenlik personeli aynı coşkuyla hastalara karşılık verir ve bu selamlaşma hastane bahçesindeki diğer hastaların yüzünde gülümseme meydana getirir. Uzaktan yüksek sesle selamlaşan hasta ve güvenlik tarafları ise birbirlerine yaklaştıklarında daha önceki tanışıklığı gösteren atışmalarda bulunurlar.

Güvenlik: Yaa S. yine mi sen ya her sabah her sabah seni görmek zorunda mıyım ben öf yani öf yaa

Hasta (e): Ben böyleyim işte kâbusun olurum Hatip Abi

(Gülüşmeler)

Hasta (e): (Güvenliğe biraz daha yaklaşır ve sesini kısarak) Geçen geldiğimde ne dedim

Güvenlik: Ne dediniz küçük bey

Hasta (e): Seni görmeye geleceğim dedim

Güvenlik: Ee ne yapalım yani

Hasta (e): Dur dinle abi bi ya dedim ama nooldu sırf seni görecem diye yine tıktırdım kendimi haha

(Gülüşmeler)

Alt kademe personel (hasta bakıcı), hastaların düşmanca tavırlarını karşılamakla örtük olarak yükümlüdür. Hastanenin hemen her alanında sorumluluk sahibi olan hasta bakıcılar, hastalardan gelen zorlukların doğrudan muhatabı oldukları için sorumluluklarına büyük anlamlar atfedebilirler. Öyle ki hastanedeki işlevlerinin, diğer personelden farklı olduğunu ve hastane ortamına diğerlerinden daha fazla emek verdiklerini düşünebilmektedirler. Hasta bakıcının sorumluluk alanını hastanenin hemen her alanına genelleşirmesine yönelik söylemleri bu duruma örneklik teşkil etmektedir:

Görüşmeci: Sizin bu hastanedeki göreviniz nedir

Hasta bakıcı (e): Valla nasıl söylesem (h) biz buranın her şeyiyiz

Görüşmeci: Nasıl mesela

Hasta bakıcı: Temizlikten tut hastaların bakımlarına kadar her şeylerini yapıyoruz bakın hocam şimdi traş oluyor mesela ben burda başında beklemek zorundayım her bir şeylerini benimle yaparlar

Görüşmeci: Her şey mi

Hasta bakıcı: Her şeyi hocam her şeyi o yüzden dedim ya (h) biz buranın her şeyiyiz

Personel kademesi arttıkça duyguların denetimi daha mümkün hale gelmektedir. Doktorlar, duygularını denetim altına tutmada hemşire, hastabakıcı ve güvenliğe nazaran daha başarılıdır. Öyle ki doktorların hastane ortamındaki değerlendirmeleri, şahıslar seviyesinde değil; olgu düzeyindedir. Çalışmamızda doktorların söylemlerinin hastalar hakkında olmaktan ziyade hastalık hakkında olduğu görülmüştür. Kurum hakkında konuşurken bir sistemden bahsedilir ve hastalar hakkında tedavinin uygulanma biçimleri üzerine konuşulur. Doktorlar, normatif yargıları içermeyecek bir dili benimserler. "Uzmanlığı konuşurmak" olarak tabir edebileceğimiz bu konuşmalar aracılığı ile doktorların hastane ortamını nasıl yorumladıkları ve hastane ortamının canlı unsurlarını nasıl tasnif ettikleri de görünür olur. Öyle ki hastalar, durumu ajite edecek tanımlamalardan uzak söylemler etrafında değerlendirilir. Denetimli serbestlik biriminde görevli doktorla olan konuşmada akışın, doktorun zorunlu yatışa yönelik içeriğe müdahale etmesiyle durdurulmakta ve onarımda bulunulmakta olduğu gözlenmiştir. Doktorun söylemdeki ajite durumu ortadan kaldırmaya çalıştığı gözlenmiştir:

Görüşmeci: Nereden getiriliyorlar bu hastalar

Doktor: Getirilmiyorlar geliyorlar genellikle suç işlemiş oluyorlar

Görüşmeci: Peki nasıl getiriliyorlar buraya polis mi jandarmaya haber veriyor yoksa cezavlerinden mi örneğin neden jandarma getiriyor

Doktor: Hayır getirilmiyorlar, geliyorlar başvuruyorlar biz de gereken süreç neyse onu sürdürüyoruz.

4.3.2.3. Tath Bir Otorite: Doktor

Hastalık sürecinin değerlendirilmesi, etkili ve uygun tedavinin belirlenmesi, hasta hakkındaki raporda ne yazacağı doktorun perspektifinden geçmektedir. Fakat bunun yanı sıra hastalık sınırında görülmeyen fakat mahkeme kararı ile gözetim altında tutulması

gerekenlerin idaresindeki kritik süreci de yönetirler. Kuruma mahkeme kararı ile gelen hasta, doktorların yorumlayıcı şemalarının dışında değerlendirilmektedir. Doktorlar bu tür hastalar için adeta diken üstündedirler. Birbirleriyle istişare ederler ve toplantılarda bu tür hastaların durumunun tartışılması için geniş bir vakit ayrılır. Hastanenin -normal- hastalarına toplantı bitiminde geri bildirim yapılmazken bu tür hastalara kendilerini ilgilendiren süreç hakkında bilgi verilebilmektedir. Kuruma mahkeme kararıyla gelen fakat ruhsal anlamda tedavi görmesi gerekli bulunmayan hastaya yönelik bir doktor söylemi bu duruma örneklik teşkil etmektedir:

Doktor (k): S. bey sizin çıkışınızı hızlandıracağız hiç merak etmeyin

Diğer resmî kurumlarda olduğu gibi, hastane ortamında personelin perspektifinin konuşmaya taşındığı en önemli etkileşim alanı toplantılardır. Toplantı aracılığıyla personel, hastaların son durumlarını tartışır ve hastanın getirilmesi gereken çizgiye yönelik hedefler üzerine konuşur. Personel toplantı esnasında konuşma tarzının resmî bir terminoloji üzerinden olmasına dikkat eder. Bunun için toplantı konularını, uzmanca bir tutum içerisinde tartışır.

Personelin, resmî olmayan toplanışlardaki tavrı, hastalarla kurduğu kişisel bağın konuşmaya taşınmasıdır. Bu esnada hastaların yapmış olduğu gülünç ya da tehlikeli durumlar bir fıkra gibi anlatılır. Bu noktada, personel arasında küçük çaplı dedikodu girişimlerinde bulunulduğu görülür. Hastalar hakkında konuşurken personel, çalıştığı alandaki her şeye vâkıf olduğunu ve hastaların psikiyatrik tedavilerinin seyrinin bir parçası olduğunu işaret edecek anlatılarda bulunur. Personel arasında gerçekleşen bu tarz konuşmalar genellikle hastaların eksik yönlerini vurgulamaktadır. Yemek arasında veya çay molasında gerçekleşen bu küçük çaplı dedikodu girişimlerinde hastalar aciz, eksik, gülünç, acınası, komik vb. terimlerle tanımlanabilir. Burada vurgu, hastaların gülünç veya

acınası bir halde olması değil; personelin bunu görebilme ve dikkatini verme kabiliyetine yöneliktir. Bu anlatıların bir diğer türü ise personelin, iş arkadaşına hastalar üzerinden caka satmasıdır. "Beni çok seviyorlar aslında.." gibi söylemler ile, hasta-doktor arasında herhangi bir mesafe olmadığı vurgulanırken diğer taraftan bu söylem, eş statüdekilerden saygınlık açısından farklılaşmaya ve işini yaparken insanların sevgisini kazanan bir doktor konumu elde etmeye yönelik işlev görür. İki doktor arasındaki şu konuşma bu durumu örneklendirmektedir.

D1 (k): Bana dedi ki tatlı bir otorite

D2 (k): (h) Hayatımda hiç duymadım böyle bir şey

D1 (k): Ben de duymadım iltifat desem değil değil (h) anlatabildim mi yaani (h) desem değil

Her ne kadar konuşma aracılığıyla farklılaşma çabası ortaya konulsa da hastalar arasında bir gurubun üyeleri olmalarından kaynaklanan rol farklılaşması, personel arasında söz konusu değildir. Zira hiyerarşi, statü aracılığıyla kendiliğinden doğal yollarla gelişmektedir. Doktor, kurumun resmî temsilcisi olarak etkileşim alanlarının bütününde yer almamaktadır. Akıl hastanelerinin iş yükü genellikle hemşirelerin üzerindedir. İlaçlı tedaviden ziyaretçiler ile hastalar arasındaki bağlantılara kadar bütün bunlarla hemşire ilgilenmek zorunda kalacaktır. Hastabakıcı da hemşireler gibi yalnızca hastalarla değil, hastane ortamının idaresinde hemen hemen bütün alanlarda aktif rol oynamaktadır. Doktorlar profesyonel hizmet sunarken diğer kademedeki personel, hastalarla yakın ilişkiler kurmak zorunda kalmaktadır. Öyle ki hastabakıcı ve hemşireye hastanede ne tür bir görevi ifa ettikleri sorulduğunda "her şey" yanıtını verebilirler. Bununla birlikte üst düzey personelin kurum değiştirme açısından gidiş-geliş hareketliliği yüksek ve personel değişimi daha fazla yaşanıyor iken alt düzey personel; hastane ortamının geleneğini taşıyan

ve hastanenin tarihine dair daha çok şey bilen kişilerdir. Kurumun hafızasını taşıma yönünden alt düzey personel, üst düzey personele görece daha ehildir. Bu duruma örneklik teşkil eden diyalog, genellikle bir doktor arasında geçmektedir:

Güvenlik (e): Gidiyor musunuz hocam

Doktor (e): Aa evet gidiyorum ah siz buradasınız hala

Güvenlik (e): E dokuz yıl oldu gitmedik hala, gitmeyiz de evelallah.

Doktor (e): Haha iyi bakın kendinize bir şey diyor musunuz

Güvenlik (e): Hay Allah yeni tanıdık sizi hâlbuki

Statü farklılığı görev dağılımına yansırken bir farklılaşma durumu gözlenmektedir. Hastalara kurumun taleplerini kimin ileteceğiyle ilgili gözlenen bu farklılaşma, yatış aşamasındaki hastalara hastane kuralları ve düzeniyle ilgili bilgilerin kim tarafından aktarılacağına açığa çıkar. Hastane içerisini tanıtan ve ilgili zorunlulukları hastalara ileten görevli kişinin doktor olması beklenirken (ziyaretçiler kurumda doktor tarafından karşılanacaklarını bekler), bu işlemi tam aksine alt düzey personel yürütür. Bu durumun etkileşimlerde meydana getirdikleri, hastaların üst düzey personele duyabileceği nefretin yönünü değiştirme durumuyla ilişkilidir. Hasta kurumsal gerçekliği ve kurumsal üstü alt düzey personelin tasnif sistemi üzerinden tanımaya başlar. Bu esnada alt düzey personelin hastalara yönelik hoşgörüsü, hastane ortamının genel disiplinine zeval vermemektedir. Fakat üst düzey personel, statü açısından alt düzey personel gibi duygudaş yaklaşamaz. Bu hususta üst düzey personelin tavrı daha az temas kurma yönündedir. Doktorlar temastan kaçınma durumunu tedavi süreciyle ilişkilendirerek gerekçelendirebilir. Çalışmamız için gerekli izinleri alırken gözlemcinin hastalar arasına nasıl karışacağı söz konusu olduğunda doktor olarak gözlem yapılmasına izin verilmeyişinin gerekçesi olan "Sana soru sorarlarsa sorularına yanıt veremeyebilirsin. Bir odan olmadığı için ve seni devamlı görecekle için

sana çok soru soracaklardır" söylemi, bahsettiğimiz duruma işaret etmektedir. Temas sıklığını azaltmaya yönelik bu şekilde cereyan eden bir sansür, doktorun hastalar nazarında iyi ve fakat otoriter (tatlı otorite) kalabilmesi için gerekli görülmektedir.

Personel arasındaki statü farklılığının etkileşimde meydana getirdiği zorunluluklardan biri, saygı kalıplarıdır. Alt düzey personel, üst düzey personele sözlü ve bedensel pratikler esnasında saygılı ve hürmetkâr davranmak mecburiyetindedir. Bu durum, akıl hastanelerinin sivil gündelik gerçeklikten farklı bir resmiyet kültürü içermesi ile ilgilidir. Hemşire, hastabakıcı ve güvenliğin doktorların yokluğunda başvurdukları dil oyunları, doktorların varlığında sürdürülmemektedir; bilakis uzmanlık içeren bir terminoloji benimsenmektedir.

Personel arasındaki zorunlu saygı kalıpları, hastalar söz konusu olduğunda askıya alınır. Personelin yorumlayıcı şemasında "klinik vaka" olarak yer eden hastalardan saygı beklentisi söz konusu olamaz. Dolayısıyla hastaların küçük düşürücü ve alaycı muameleleri karşısında personel, öz saygısını yitirdiğini düşünmez. Goffman, personelin hastalara yönelik özel bir saygı beklentisi içerisine girmeyişlerini şöyle değerlendirmektedir:

(...) kimi zaman, özellikle de askeriyede, saygı duyulanın insan değil üniforma olduğu anlayışı karşımıza çıkar ve böylece, üniformayı giyen kişi kendisi için saygı talep etmez. Bu anlayışla bağlantılı olarak karşımıza çıkan anlayış da şudur: Dışa vurmadığın müddetçe ne hissettiğinin bir önemi yoktur (2015: 128).

4.3.2.4. Personelin Kör Noktası: Gözden Kaçmanın Yolları

Hastane ortamında bazı standartların korunması için diğer standartlar göz ardı edilebilir. Örneğin hastanın intihar etmemesi için insanî standartlardan olan "güvence vaadi" göz ardı edilebilmektedir. Hastanın kendisine veya çevresine zarar verdiği tespit edilmişse bir

süreliğine bir odaya kapatmak, el ve kollarını bağlamak gerekli görülebilir. Bir hastanın karşılaştığı standartlar ile bir başka hastanın arzu ettiği standartlar birbiriyle örtüşmeyebilir. Bu durum, kapatılmışların idaresinde bir sorun meydana getirir. Örneğin alt kat hastalarının geniş bahçeye çıkmaları mümkün değilken, üst kat hastaları bu imkâna sahip olup kantin alışverişlerini kendileri yapabilmektedirler. Bahçeyle ilgili kısıtlılık kantine ulaşımı da dolaylı yoldan yasaklamaktadır. Fakat bu kısıtlılık, alt ve üst kat hastaları arasında gelişen ahablık ilişkileri ile aşılabilmektedir. Bu durum kantine ulaşım yönündeki kısıtlılığın, mantıklı bir zemini olmadığını göstermektedir.

Yasak ve kısıtlamalarla ilgili makul zeminin yitirildiği bir diğer durum yemek dağıtımında ortaya çıkar. Diyetle olan hastanın tatlı alması ve kendisine personel tarafından tatlı dağıtımında bulunulması yasaktır. Bu hastalara tatlı yerine salata verilir. Fakat hasta tatlıyı bir şekilde bularak kurumun standartları dışına çıkabilir. Hasta hastanede geçirdiği süreyle orantılı olarak bu kısıtlılığı aşacak çözümü bulabilmektedir. Salatalı menüyü reddetmeyen hasta, personel karşısında yemekhane kurallarının gereğini yerine getirir. Hasta kurumsal idareye oldukça saygı gösteren ve talimatları reddetmeyerek sorun çıkarmayan bir izlenim sunar. Aynı hasta, yemekhanenin dışında tatlıyı kendisi için cebine koyup yemekhane dışarısına çıkaran arkadaşından alabilir. Bu durumla ilgili tatlıyı diyetteki hastaya veren hastanın söylemi şu şekildedir: "Ben hep veriyorum buna bir şey olmuyor...". Beslenmeyle ilgili benzer duruma, standartların özel günlerde aşılmasında rastlanmıştır. Yılbaşı münasebetiyle hastane doktorları, kendi aralarında para toplayıp hastalara abur cubur sınıfına giren gıda ürünlerini ikram olarak sağlayabilmektedir. Hastaların ne yediğinin kontrollü olarak gerçekleştiği yemekhane sırasından farklı olarak yılbaşı gününde hastalar abur cubur tüketebilmektedirler.

Hastanenin insanî standartları ile kurumsal etkililik arasında bir çatışma söz konusudur. Kurumun standartlarıyla ilgili olarak hastanede barındırılacak eşyalar, estetik açıdan değil

etkililik üzerinden belirlenir. Eşyaların kurumsal işleyişin düzgün işleyişine müdahale etmemesi istenir ve birtakım eşyalar görüldüğünde hızlı bir şekilde ortadan kaldırılabilir. Poşet, jilet, çakmak, ayakkabı ipi gibi eşyalar hastanede barındırılması yasak olan eşyalar olduğu gibi hastaların giyim tarzlarına da müdahale edilebilmektedir. Giyim tarzını değiştirmek istemeyen hasta, zorluk çıkardığında ve saldırganlaştığında kurumsal işleyişin aksamaması adına güvenlik personeli devreye girer. Hızlı talimatlarla gerçekleşen bu durum, hastanın talepleri ve o anki durumunun anlaşılmasına yönelik herhangi bir anlayış içermemektedir.

Gözden kaçan bir diğer durum, hastaların hastane içerisindeki kıyafet ihtiyacı ile bulundurmaları gereken kıyafet miktarıyla alakalıdır. Çamaşırların ortak bir şekilde yıkanması ve sonrasında üzerlerinde -kirli çamaşır- ve -temiz çamaşır- yazan büyük, kapalı kutulara atılması, kıyafetlerin karışması ve çalınması ihtimalini artırmaktadır. Yıkanan kıyafetlerin hastalara dağıtımının bir personel eşliğinde gerçekleştirilmiyor oluşu, hastanın hastane sürecini kirli kıyafet ve havlularla geçirmesine neden olmakta; "kirli çamaşır" sepetindeki sahipsiz kıyafetlerin sayısını artırmaktadır. Bu durumun devamı olarak hastabakıcılar, hastanın yatış aşamasında aileleri uyarabilmektedir. İki valizle beraber kuruma getirilen bir hastanın ailesi ile hastabakıcı arasında gerçekleşen diyalog şöyledir:

Hasta bakıcı (k): Bak bunları götürün çalarlar bir çift olsun

Hasta Yakını: E giysin diye getirdik temiz temiz

Hasta bakıcı (k): Siz bilirsiniz sonra niye çalındı demeyin kimse yardımcı olmaz

4.4. GRİ UZAMLAR

Akıl hastanesi toplumsallığının bir yönünü, kurumdaki insanların birbirlerinin huzurunda bulunmaları ile meydana gelen etkileşimler ağı oluşturur. Bireylerin fiili performanslarının

bütününde yer alan arz-ı endam, hastane içi etkileşimlerin başka bir formunu açığa çıkarır. Karşılaşmalar olarak tanımlanan bu etkileşim türü, hasta ve personel uzamlarından ayrı bir dinamik üzerine kuruludur. Karşılaşmalar uzamında hasta ve personel kimliğinin temini, bireylerin sadece kendi başlarına veya bir grup içerisinde icra ettikleri rol aracılığıyla sağlanmamaktadır. Hastane ortamında gerçekleşen toplanışlar, bir arada bulunuşlar, kalabalık oluşumu, özel gün merasimleri, kargaşa ve çatışma... Bütün bunlar yüz yüze etkileşimden doğan, bireyin sosyalliğini ortaya koyan fakat ancak o anki durumun karakteristik özelliklerinde ortaya çıkan faillik alanlarıdır.

Erving Goffman, yüz yüze etkileşimi "odaklı etkileşim" ve "odaksız etkileşim" olarak iki ayrı düzlemde inceler. Ona göre odaksız etkileşim, "kişilerin sadece karşılıklı olarak birbirlerinin huzurunda bulunmasıyla sonuçlanan kişilerarası iletişimlerden meydana gelir" (Goffman, 2018a: 7-8). İnsanların bir aradayken birbirlerine ve o anki duruma bir odak noktasıyla dikkat kesilmeleri ve bu dikkati sürdürmeleri, odaklı etkileşimi meydana getirir. Örneklendirecek olursak; "tıpkı birbirinin odasının önünden geçen iki yabancının, her biri diğerinin gözetimi altında olduğundan kendi hal ve hareketlerini değiştirip birbirlerinin kıyafetine, tavrına ve genel vaziyetine göz atmasında olduğu gibi" (Goffman, 2018a: 8).

İnsanların birbirleriyle meşgul olurken bir dikkat odağı belirlemeleri, bu esnada birbirlerine yönelik izlenimlerde bulunmaları ve kendi kapasitelerine yönelik çıkarım elde etmeleri ile ilişkilendirilen odaklı etkileşim, yataklı hizmet veren bir akıl hastanesi ortamındaki etkileşimler ağının geneline yansımaktadır.

Akıl hastanesinin toplumsal karakteri, hasta ve personel uzamlarında değiştiğimiz nedensel yüklemeler, yorumlayıcı şema veya grup oluşumundan müteşekkildir. Fakat hasta

ve personel uzamındaki etkileşimlerin de bireyler arası ve karşılıklı özellikleri olmasına karşın hastane ortamında -karşılaşmalar- bütün bunlardan özel bir noktada ayrılır. Goffman'ın *Karşılaşmalar*'da açılımında bulunduğu "odaklı etkileşim" terimi, esasında gruplaşma ile toplanışları birbirinden ayırır. Gruplaşmalar ile karşılaşmaların farklı etkileşim ritüelleri olduğunu öne süren yaklaşımında Goffman, toplanışların karakteristik yapısını şöyle değerlendirir:

-Katılımcıların, resmi (tanımlanmış) bir faaliyet odağına yönelik daimi meşguliyetlerinin sürdürülmesi- genel anlamda toplumsal grupların bir özelliği değildir; çünkü karşılaşmaların aksine çoğu grup, mensuplarının fiziken bir araya geldikleri durumlar haricinde de var olmaya devam eder. Bir bir-araya-geliş, grup yaşamının sadece bir safhasına tekabül edebilir; diğer yandan, gelecekteki bir buluşmada aynı etkileşim örüntüsü ve aynı katılımcılar belirse dahi, fiziken eksilme belirli bir karşılaşmanın sonudur (Goffman, 2018a: 12).

Goffman'ın odaklı etkileşim teriminin çalışmamız açısından önemi, bu kavram üzerinden incelenen bireyin davranışlarının, yalnızca onun yapıp etmelerinin değerlendirmesi olmadığıyla ilgilidir. Birey birtakım davranış pratikleri sergilemektedir fakat bu pratikler kapsamlı biçimde ancak onun topluluk yaşamındaki daha geniş çember ile birlikte ele alınabilir. Dolayısıyla hastanın rolü, mustakil bir rol değil, doktorun ve diğer kademelerdeki personelin çemberindeki hastanın rolü olarak ele alınabilir. Bu etkileşim çemberi çalışmamızda "gri uzamlar" olarak tanımlanmaktadır. Gri uzamlar başlığı altında hasta-doktor karşılaşması, hasta-hemşire karşılaşması ve hasta-güvenlik karşılaşmasına yer verilecektir.

4.4.1. Hasta-Doktor Karşılaşması

Akıl hastanelerinde hasta-doktor karşılaşmaları, temas sıklığı en az olan karşılaşma türüdür. Hastalar ile doktorlar arasındaki toplumsal mesafe hemşire, hastabakıcı ve güvenlikle olana görece daha büyüktür. Her ne kadar beyaz yakalı olma durumundan kaynaklanıyor gibi görünse de mesafenin daha kuvvetli gerekçesi, kurumun doktorlarca temsil edilmesiyle ilgilidir. Hasta bu mesafeyi hangi personele nasıl yaklaşılabileceğini öğrenerek tecrübe etmekte ve ona doğallık atfederek mesafenin diğer ucuna kendiliğinden yerleşmektedir. Hasta-doktor karşılaşmasındaki bu doğallaşmış mesafenin en görünür olduğu pratikler, konuşmalardır. "Toplumsal mesafe, sınırlar boyunca konuşma dahi özel bir ses tonuyla gerçekleşebilir" (Goffman, 2017: 19). Konuşmanın kısıtlanması gibi bilgi akışı da kısıtlanır. Örneğin bu çalışmada da gözlemlendiği gibi yemeklerle ilgili şikâyetlerini iletmek üzere hemşire ve hasta bakıcı karşısında yoğun bedensel ve sözel iletişim dili kullanırken doktorlara yönelik düşmanca ifadeler ortaya koyan hastalar, doktorlarla karşı karşıya geldiklerinde özel bir konuşma üslubu içerisine girmektedirler.

Doktorla olan mesafe, yalnızca hastalar değil diğer kademedeki personel için de geçerli olmasına rağmen bu karşılaşma türünü özel kılan birtakım ritüeller söz konusudur. Doktorla girilen etkileşimde konuşmanın kısıtlamasına örnek olarak hastanenin rutin programı dışında gerçekleşen özel gün kutlamaları gösterilebilir. Çalışmamızdan bu hususu gösteren örnek olarak yeni yıl kutlaması verilebilir. Kutlamanın olup olmayacağının ve ne zaman başlayacağının hastalara söylenmediği gibi, hemşirelere de söylenmemektedir. Hemşireye programın ne zaman başlayacağını ve programın içeriğinin nelerden oluştuğunu sorduğumuzdaysa hemşire, birkaç kez doktorun yanına gitmesine rağmen yanıt alamadan geri döndüğünü söylemiştir. Bu, doktorla olan karşılaşmanın özel bir anlayış içermesiyle açıklanabilir. "Perdeleme" olarak adlandıracağımız bu anlayış ile doktorlar, gerek hastalara

gerek diğerk kademe personele karşı sırlanmakta; hasta ve alt kademe personel ile doktorlar arasındaki mesafe muhafaza edilmektedir. Doktorun mesafe çemberi, diğerk kademeye nazaran daha geniş bir alanı kapsar. Hasta, kendi kaderine ilişkin kararların bilgisinin dışında bırakılır. "İletişimle ilgili tüm bu kısıtlamalar, büyük ihtimalle düşmanca stereotiplerin muhafaza edilerek devam ettirilmesine yardımcı olur" (Ohlin'den akt. Goffman, 2017: 21).

4.4.1.1. Seyirci Etkisi (*Bystander Effect*)

Hasta-doktor arasındaki mesafe, hasta davranışlarında "seyirci etkisi"ni açığa çıkarır. Seyirci etkisi, grup üyeliğinin yarattığı toplumsal alanda karşılaşılan zorlukları kolaylaştırıcı etkiyi ortaya koyar. Floyd Allport'un *sosyal kolaylaştırma* terimini açıklarken verdiği örnekte, halat çekme oyunu oynayan çocukların, başkalarının varlığında ipi makaraya daha seri biçimde sardıkları görülmüştür. Bu olgunun bir başka formu olan, "dinleyici/seyirci etkisi" kavramıyla Triplet, bireylerin eylemlerinde gösterdikleri çabanın, kendileriyle herhangi bir bağı olmayan diğerklerinin yahut onları seyredenlerin varlığının tesiri altında olabileceğini ortaya koyar (Hogg ve Vaughan, 2011). Aynı şekilde hasta birey, dış grup üyesi olan doktorun değerlendirmesine matuf olması gerekçesiyle - bütün mesafeye rağmen- onun tesiri altındadır. Hastalarda gözlediğimiz dinleyici-seyirci etkisi, hastaların doktorları dış grup üyeleri olarak değerlendirmeleriyle ilişkilendirilmiştir. Bu noktada hastaların etkileşim odaklarının, iç grup üyeleri (diğerk hastalar) arasından sıyrılmaya yönelik olduğu söylenmelidir. Hastalar, ancak iç grup üyelerinden farklılaşırlarsa haklarındaki değerlendirmeleri olumluya çevirebilirler. Dolayısıyla iç grup üyelerinden kendilerini ayıştıracak davranışlar sergilerler. Burada vurgulanması gereken, bu sergileyici tutumun doktor bakış açısını içermesidir. Hastalar, kendi farklılıklarını ortaya koyarken kendi gruplarına doktor gözüyle bakarlar. Zira hedeflenen, doktorun

gözünde diğerleri gibi "hasta" veya "deli" görünmemektir. Hasta, doktoru gördüğü an ruh sağlığına yönelik olumlu bir imaj sunma maksadıyla mutluluk içerisinde olduğunu yansıtan eylem pratikleri sergileyebilir. Bu pratiğin doktor etkisiyle ortaya çıktığının göstergesine örnek olarak hastanenin hemen her alanında hareketli olmayan, durgun sayılabilecek davranışsal pratikler sergileyen hastanın, yalnızca doktorun varlığında dans etmeye başlaması gösterilebilir.

4.4.2. Hasta-Hemşire Karşılaşması

Hasta-hemşire karşılaşması, bir yönüyle hasta-doktor karşılaşmasından ayrılır. Hemşirelerin hastalarla aralarındaki mesafenin doktorlar kadar keskin olmayışı, akıl hastanesi sınırları içerisinde statünün silikleşmesine yönelik bir yanılsama meydana getirir. Hasta ve hemşire arasındaki statü ilişkisinin değişime açık karakterinin iki yönü vardır. Bunlardan birincisi silikleşen statünün hasta üzerindeki tesiri iken ikincisi hemşiredeki yansımalarıdır. Statüdeki değişim, hastaların öz-saygılarını korumalarına ve kendilerini daha vasıflı hissetmelerine neden olmaktadır. Hasta ilaç saatinde hemşirelerle oda oda gezip sürahiyi tutabilir; ilaç alan hastaların dilinin altını hemşirelere benzer bir edayla kontrol edebilir. Bu örnek etrafında saygı ve gururun, psikolojik öğeler olmaktan ziyade tam da sosyolojik öğeler olarak ele alınabileceği gerçeği ortaya çıkar. Zira gururun kabarmasına yol açan etkinin ve zedelenen öz-saygıyı tamir etme gayretinin toplumsal kaynağı, statünün silikleşmesi ve bu silikleşmeden doğacak fırsatları gözetlemektir. Bu fırsat kollayıcılık, toplumdan yalıtılmış hastanın geldiği bu yeni dünyadaki aniden yaşanan statü kaybını durdurmaya yönelik özel bir ritüel olup yalnızca hemşire karşısında açığa çıkmaktadır.

4.4.2.1. Bilgelik Sınırında Deneme Yanılma

Gurur ve saygı, bireyin hastalık kariyerini devam ettirirken geliştirilen taktiklerin duygusal arka planını oluşturur. Hastalar saygınlıklarındaki zedelenmeyi tamir ederken; toplumdan yalıtılmışlığı ve engellenmeyi bertaraf ederek bilgelik sınırına geçmeye çalışırlar. Bu durumu görünür kılan, hastaların bu sınırdaki kalma becerilerini ifşa etmeye yönelik davranış sergilemeleridir. Diğer statüdekilerle aynı rolü oynayabiliyor olduklarını göstermeye yönelik bu çaba, "içeridekiler" in de aslında "dışarıdakiler"den farksız olduğunu gözler önüne serecek örtük bir vurguyu muhteva eder. Bu sebeple hastane ortamı hastalara bilgelik sınırından rol çalmak için uyanıklık kazandırır. Onları deliliğin sınırları dışarısına çıkarıp bilgece gösteren her davranışla, içeriye ait olma durumlarını tutarsız kılmak isterler.

İnsanların özsaygı peşinde olmalarının bir başka nedeni de özsaygının sosyal aidiyet duygusunun çok iyi bir belirteci ya da iç gözlem aracı olmasıdır. Bu bakımdan özsaygıdan bir 'sosyometre' diye söz edilmektedir. Leary ve meslektaşları özsaygının toplumsal ret ve dışlamaya karşı kaygı düzeyinin indirgenmesi olgusuyla oldukça güçlü bir korelasyona sahip olduğunu (yaklaşık 0,50 düzeyinde) (örneğin, Leary ve Kowalski, 1995) göstermişlerdir. İnsanların sürekli olarak birileriyle ilişki kurma ve bir gruba ait olma gereksinimi duydukları yönünde güçlü kanıtlar vardır. Leary'e göre yüksek bir öz-saygı düzeyine sahip olmamız bizim ölüm korkusunu değil, yalnızlık ve toplumsal ret tehlikesini bertaraf ettiğimiz anlamına gelmektedir (Hogg ve Vaughan, 2011: 164).

İçerisine yerleşilen grubun hasta statüsünde olması, hastaların toplumsal ret tehlikesine yönelik bir çeşit uyanıklık ve dikkat geliştirmelerini sağlamaktadır. Kuruma gelerek kurum öncesi dünyadan mahrum olmanın ve deyim yerindeyse deliliğin bu dünyada

tescillenmesinin yaratmış olduğu öz saygıdaki düşüş, deneme yanılma yoluyla onarıma uğrar. Hastalar öz-saygılarını muhafaza etmek ya da onarmak için hastanedeki izlenimlerini titizlikle yönetirler. Saygıyı zedeleyen unsurlara yönelik nedensel çıkarımlarda bulunurlar. Bu çıkarımlardan en genel olanı, statü ile ilgili olanıdır. Pozitif bir benlik imajı sunarken aynı zamanda kendileriyle aynı statüyü paylaşmayan personelin benlik imajlarını zedeleme yönünde davranışlar sergilerler. Dolayısıyla hasta-hemşire karşılaşmasında statünün silikleşmesi, hemşirelerin görevleri gereği daha kolay ulaşılabilir olmasının yanı sıra hastaların mesafeyi aşmaya yönelik girişimleriyle de ilgilidir. Bu girişimlerde hemşirelerle olan mesafenin aşılması, deneme yanılma yoluyla öğrenilir.

Hasta, hemşire odasından kalem almıştır ve hasta hemşire arasındaki mesafe düşünüldüğünde bu hastalar için önemli bir girişimdir. Hemşire odasına girip, hemşire fark etmeden onlara ait bir eşyayı alabiliyor olmak, hastanın başarısıdır. Hasta, bu gururlu girişimini saklamayacak, diğer hastalara da bahsedecektir. Hastanın, bu girişimi diğer hastalara açarak iş birliği teklifinde bulunması, yasakların aşılması ve hemşire statüsünün silikleşmesine yönelik girişiminin başarıya ulaşması adına bir güvencedir. Hemşire ile aralarındaki mesafenin tahfifine yönelik işlev gören bu girişim, hastanın iç grup üyeleriyle ortak bir noktada buluşmasına rağmen, hemşire karşısında farklı söylem repertuarı geliştirdiğini gösterir. Hastaları kalem alan arkadaşlarını gammazlıyor gösteren ve iç grup üyeleri arasında ortaklaşmanın olmadığını ortaya koyan söylem, statünün silikleşmesine hizmet ediyor olabilir:

H1 (e): Beyler! Baksanıza ne getirdim. (Hemşire odasından kalem almıştır)

H2 (e): Delisin oğlum sen

H1 (e): Hemşire gelince söyleyin tamam mı şikâyet ediyo gibi yapın beni

H3 (e): Yok artık niye lan

H1 (e): İşte oğlum valla diyom bak şikâyet edin beni siz ha sonra olanları izleyin işte

H3 (e): İspiyoncu muyuz oğlum biz işine bak

H2 (e): Yaa abi diyo ki şikâyet ediyo muşş gibi yapın heralde bişey yapacak

H3 (e): İyi tamam azcık gülelim bari

4.4.2.2. Deliler Balosu



Şekil 9:

Akıl Hastanesi'nde Yılbaşı Günü

Hastane ortamında hasta ve hemşire grupları arasındaki temas sıklığının özel günler ve törenlerde farklılaştığı gözlenmiştir. Toplumsal dünyada farklı gruplar arasında temassızlık söz konusuysa kapatılma kurumlarında hasta-hemşire arasındaki temas kaçınılmaz bir gerçektir. Fakat kurumsal standartlar, temas alanlarının etkileşimsel durumu ve hasta-personel karşılaşması göz önünde bulundurarak yapılandırılmamaktadır. Özel gün ve törenler, kurumsal standartların dışında kalmaktadır. Hastalar ile dış grup üyeleri olan personel arasındaki resmî temastan kaynaklanan soğukluk, özel gün ve törenlerde azalmakta; yalnızca o güne özel bir yakınlık gelişmektedir. Temasın yüksek derecede arttığı özel günlerde personel, hastalarla olan benzerliğin farkına vararak hastalara pozitif muamelede bulunur. Pozitif yüklemeler, gruplar arasındaki karşılaşmaların iyileşmesine ve gruplar arası çatışmanın azalmasına neden olur. Hasta ve personel grubu arasındaki bu türden tutum değişikliğinin sebebi Weber Crocker'a (1983) göre üç aşamada ele alınabilir:

1. Defter tutma: Bir dış grup hakkında olumlu bilgilerin birikmesiyle birlikte o gruba ilişkin stereotip yavaş yavaş (olumlu yönde) değişir. Eğer dış gruba ilişkin bilgiler numuneler halinde saklanırsa, yeni numuneler eklendikçe dramatik tutum değişimleri gerçekleşebilir (Smith ve Zarate, 1992).
2. Görüş değiştirme: Belli bir dış grup hakkında stereotipe aykırı düşen bilgilere ulaşılması tutumlarda ani bir değişime yol açar.
3. Alt tipleştirme: Stereotiple tutarsız olan bilgiler bir alt tip üretir, böylelikle dış gruba ilişkin stereotip daha karmaşık hale gelir, fakat üst kategori değişmeden kalır (akt. Hogg ve Vaughan, 2011: 471).

Kapatılma kurumlarının temas politikası, bir potada eritmeye benzer biçimde kurumsal ortamda bulunan kişilerin tamamına eşit biçimde muamele etmekle karakterize olur. Burada kurum ortamındaki bütün kişilerin eşit koşullar altında sosyalleştiği düşünülür.

Fakat koşullar, bir grubun üyeleri açısından eşitken; gruplar arası düzlemde koşullar farklılaşmakta, kişilerin erişebildikleri imkânlar değışebilmektedir. Koşulların eşit tutulması, alt düzeydeki hasta ve personele avantaj sağlarken, üst düzey personelin dezavantajlı duruma düşürölerek statüsündeki hiyerarşik katılığın asimile edilmesine yol açabilmektedir. "Ortak hedefe ulaşma doğrultusunda yoğun ya da uzun süreli bir işbirliğine gidilmesi gruplar arasındaki sınırları yavaş yavaş silikleştirebilir (Gaertner ve Dovidio'dan akt. Hogg ve Vaughan, 2011: 474) Sınırların silikleşmesi, düşük statüdeki hastalar için olumlu karşılanırsa da personel açısından olumlu karşılanmayabilir. Personel, özel günlerde eğlenceli bir ortamda silik bir resmi kimlikle hastalarla temas ettiğinde, bunun uzun süreli olması durumunda otoritesini kaybetme tehlikesiyle yüz yüze gelir. Dolayısıyla sivil kimliğin ön plana çıktığı durumlar, resmi kimliğin daha fazla görünür kılınmasıyla unutturulmaya çalışılır. Böylesi durumlarda resmi kimlik, bedensel öfkenin taşıyıcısı olarak yeniden düzenlenebilir. Çalışmamızdaki hastaların bazı hemşireleri "gaddar", bazı güvenlik personelini ise "boğa" olarak tanımlamasının altında yatan sebep budur.

Kurumsal seremoniler özelinde gerçekleşen karşılaşmaların özel gün ve törenlerde gerçekleştiğı önceki paragraflarda belirtilmiştir. Bu merasimlerde hastanenin rutin uygulamaları askıya alınır ve doğallaşmış hasta-personel hiyerarşisi dikkate alınmaz. Herhangi bir günün aksine bu günlerde hastalarla birlikte yemek yenilebilmekte, oyunlar oynanabilmekte, dans edilebilmektedir. Personelle hastanın aynı temaya gülebildiğı nadir anlar, ancak bu özel günlerde görölabilir. Kast çizgisinin dışına böyle günlerde çıkılır. Personel-hasta arasındaki statü silikleşir. Kurumsal hayatın sertliğı bir günlüğüne askıya alınır.

Böyle günlerde hemşireler hastalar arasına karışır ve onlarla karşılıklı dans edebilir. Bunun yanı sıra duygulanabilir, gülmekten çekinmez ve hastalara sarılabilirler. Böyle günlerde

hasta personel arasındaki etkileşimler iyilik dolu bir biçim alır. Bazı hastalar bu tutum karşısında mahcubiyet duyabilir ve görevliye ilaveten saygı gösterisinde bulunurlar (yer vermek, ayağa kalkmak gibi). Kurumsal seremoniler iyi ayarlanmış düzenli aralıklarla gerçekleşirler ve bir parça toplumsal heyecana yol açarlar. Hasta ve personel olmak üzere ikiye ayrılmış hastane topluluğu, bu seremoniler aracılığıyla bir araya gelir. Bu seremonilerin içeriği, bu türden bir işlevselci yorumu destekler. Örneğin kapatılmış kişilerin bu seremonilerde üstlendiği rolde çoğunlukla bir isyan iması ya da isyan belirtisi vardır. Hasta, doktorun taklidini yapabilir ve kuruma yönelik şikâyetlerini bu eğlence ortamında mizah aracılığıyla dile getirir. Çalışmamızda kadın servisinde yılbaşı gecesinde doktor taklidi yapılması durumunda hastalar arasında gerçekleşen diyalog şöyledir:

H1 (k):Bak görürler yapma kız

H2 (k): Ay görürlerse görsünler bugün yılbaşı

H1 (k): Bugün yılbaşı da başımızı yakma

H2 (k): Yok baksana başımız yanmış zaten

H3 (k): Bari bugün ilaç vermesinler (Hemşireleri oyuna kaldırmak için diğer hastaların yanlarından ayrılır)

Hemşireler böyle günlerde hastaların davranışlarını onların hastalıklarıyla ilişkilendirerek yorumlamaz. Bu duruma çalışmamızdan örnek olarak, kadın servisinde yılbaşı partisinde erkek rolünü canlandıran kadın hastalar karşısında hemşirelerin kayıtsız davranışları gösterilebilir. Partnerini dansa kaldıran, dans esnasındaki absürtlükleriyle güne mizah katan, bunun yanı sıra hastalar arasında rahatsız edici bulunan davranışlar sergileyen A.'nın bu davranışları personel tarafından aşırılık olarak değerlendirilmemiş ve hastaya herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Hastanın davranışlarının o geceye özel olduğu düşünülmüş ve bu şekilde davrandığı için personelin yorumlayıcı şemasında hasta olarak

yer etmemiştir. Diğer hastaları ne kadar neşelendirdiği ve bu özel gecede herkesi güldürdüğü ve geceye nasıl da renk kattığını düşünen hemşirelerden biri hastayı işaret ederken "ilahi A..." söyleminde bulunmuştur.

Hastaların bu özel merasimlere katılma maksadı değişiklik gösterebilmektedir. Kimi hastalar kutlamanın gerçekleştiği yerde bulunmadıklarında yaşayacakları merak duygusunu gidermek ve geride kalmışlık hissini bertaraf etmek için olan bitene dâhil olurlar. Bu hastaları genelde merasimin gerçekleştiği yerdeki kenar köşelerde otururken görürüz. Kimi hastalar personelin gözüne girmek ve kurumdan daha erken salıverilmek için katılım gösterirler. Bu hastaları ise baloda boy gösterenlerde olduğu gibi, bakışlarından tanırız. Hastaların izlendiklerine yönelik farkındalıkları yüksek düzeydedir. Dolayısıyla bu hastaların bakışları çoğunlukla personelin üzerindedir. Merasimlerdeki hasta-hemşire karşılaşmasının hastanenin sıradan gündelik yaşamına nazaran büyük ölçüde farklılaştığı söylenebilir. Dolayısıyla merasim gibi özel karşılaşma türlerini, hastanenin gri alanları olarak kabul etmek ve burada olan bitenin farklı etkileşimsel özellikler barındırdığı sonucuna ulaşmak gerekecektir.

5. BÖLÜM

SONUÇ ve DEĞERLENDİRME

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yapılan bu çalışmanın temel sorusu şudur: Akıl hastanelerinde delilik nasıl “idare” edilmektedir? Gözlemlerimiz sonucu elde ettiğimiz veriler, deliliğin akıl hastanelerinde idaresinin, hastanenin gündelik işleyişinde iki biçimde ortaya çıktığını desteklemektedir. Bu iki idare biçimi olan, kurumsal yapının işleyiş mantığını ve çalışanların perspektifini içeren kurumsal idare ve hastalar açısından kişisel boyut olan oto-idare, tezin kuramsal kısmında ayrıntılarıyla tartışılmıştır. Saha çalışmamızda bu iki tip idarenin nasıl gerçekleştiği, hastane ortamının toplumsal karakteri deşifre edilerek ve hastane uzamındaki etkileşim türleri detaylıca tasvir edilerek açıklanmıştır.

Tezin ikinci bölümünde delilik olgusunun sosyalbilimsel tarihi incelenmiştir. Bölüm boyunca cevabı aranan soru şu şekilde formüle edilmiştir: Delilik sosyal bilimler alanına ne zaman ve hangi görünümeler altında dâhil oldu ve özel olarak sosyoloji bilimi bu olguyu ne zaman bir nesne olarak kabul etti? Bu bölüm, tezin teorik çerçevesinin oluşturulduğu kısımdır. Öncelikle deliliğe yönelen müdahale biçimlerinin tarihsel bir sunumu verilmiştir. Üç tip müdahale biçimi söz konusu edilmiştir: Tıbbileştirme, kurumsuzlaştırma ve kurumlar arasılaştırma. Ardından, bu müdahale biçimlerinin delilik olgusunun anlaşılma ve açıklanma biçimleri üzerindeki şekillendirici etkisi analiz edilmiştir. Bazı alt başlıklarda deliliğin tarihçesine girilse de bu tarihsel serüven sosyoloji biliminin psikiyatri alanındaki gelişmelere gösterdiği teorik ve olgusal ilgiyle sınırlandırılmıştır.

Tezin üçüncü bölümü bir hayli spesifik. Bu bölümde Erving Goffman'ın sosyoloji yaklaşımı ve araştırma yordamları özel olarak *Tımarhaneler* (Asylums, 1961) eseri üzerinden anlatılmıştır. Erving Goffman'a ve *Tımarhaneler*'e bu özel yerin ayrılmasının

sebebi, tez boyunca Goffman'ın kavramsal çerçevesinden ve sosyolojinin yöntemlerini kullanma tarzından bir hayli istifade etmemizdir. Çalışmasının üzerinden yarım asırdan fazla zaman geçmesine rağmen, akıl hastanelerinin gündelik yaşamı ve toplumsal karakteristikleri konusunda hâlâ güçlü bir başvuru kaynağıdır Goffman.

Goffman, *Günlük Yaşamda Benliğin Sunumu* (The Presentation of Self in Everyday Life, 1959) kitabıyla sosyolojize edilmiş bir benlik teorisi geliştirmiş ve iki yıl sonra bu teorinin iz düşümlerini Washington DC'deki St. Elizabeth Hastanesi Ulusal Akıl Sağlığı Merkezi'nde yaptığı alan çalışmasında belirginleştirmiştir. Çalışmamızla taşıdığı konu ve kavram seti ortaklığından ötürü *Tımarhaneler* kitabının kavramsal çerçevesi tartışılmıştır. Ayrıca yine bölümde Goffman'ın sosyoloji literatürü içindeki yeri analiz edilmiş ve Goffman'ın Türkiye'deki alımlanma biçimleri sorunsallaştırılmıştır. Goffman'a ayrılan bu bölüm, sonraki bölümde kullanılacak kavram setlerine de açıklık getireceği için tezin sınırlarını zorlamadan ve elden geldiğinde betimleyici ve analitik bir şekilde sunulmuştur.

Akıl hastanelerinin toplumsal karakterinin incelendiği dördüncü bölüm, bu tezin en uzun ve en yoğun gözlemlerin bulunduğu ana gövdesini oluşturmaktadır. İlk üç bölüm, dördüncü bölüme giden yolları döşeme işlevine sahiptirler. Bu bölümde, evvela, hastanenin fiziksel mimarîsi analiz edilmiştir. Hastanenin fiziksel niteliğine detaylı bir şekilde yer verilmiştir zira fiziksel mekân yalnızca insanın üzerinde yaşadığı ve içinde devinip durduğu bir sahne, bir platform değildir; aynı zamanda insanın bütün hareketlerinin yapılandırıldığı, sınırlandırıldığı veya genişletildiği dinamik bir yaşam ortamıdır.

Mekân, canlı unsurlardan oluşan bir ortamdır. Bu ortam, çalışmamızın esas inceleme nesnelerinden biridir aynı zamanda; en az hasta ve en az doktor kadar araştırmamızın bir parçasıdır. Bir mekândaki kapı, pencere sayısı, kaç katlı olduğu, koridorlarının genişliği, ne

tür bir peyzajla şekil verildiği, giriş çıkışlarının genişliği, lavabo ve banyoların umumi mi yoksa şahsi mi olduğu, mekânın çevresinin duvarlarla örülü olup olmaması vesâir tüm bu unsurların, o mekânın içinde yaşayan insan topluluklarının halet-i ruhiyesinden davranışların akışkanlığı ve serbestliğine dek her pratik ve her etkinlik üzerinde (olumlu yahut olumsuz) şekillendirici bir etkisi vardır. Dolayısıyla mekân durağan bir yer değildir; hareketliliklerin kesiştiği bir kavşak noktasıdır. Hele ki bu mekân bir resmi kurumsa, mekândaki her şeyin bir disiplinden ve kontrolden geçmemesi işten bile değildir.

Akıl hastaneleri, “hasta” ve “klinik vaka” olarak kabul edilen birtakım insanların tedavi veya gözetim amaçlı girip çıktıkları yahut kendisine “doktor”, “hemşire”, “hasta bakıcı” denilen başka birtakım insanların tedavi etmek ve gözetlemek maksadıyla gelip gittikleri mekânlardan ibaret değildir. Geçmiş alışkanlıklarını (en azından bu mekâna girmeden önceki alışkanlıklarını) buraya taşıyıp burada sürdürdükleri; mücadele ederken ve dayanışma içerisine girerken birtakım taktikler geliştirdikleri eylem, uygulama ve üretim alanlarıdır.

Akıl hastaneleri bu bağlamda kurumsal mekân hüviyeti taşımaktadır. Kurumların kendi zihinleri yoktur ama kurumlar düşünür (Douglas, 2016). Peki, nasıl? Kurumlar nasıl düşünür? Kurumlar, ancak, kurumsal mekânlar olma hüviyeti kazandıkları zaman düşünmeye başlarlar. Bir mekândaki canlı unsurlar zihinleri olmayan kurumlara (bizim örneğimiz özelinde akıl hastanelerine) bir tür bilişsel mantık bahşederler; böylece bu kurumlar doğallaşır, kendine ait yasalar edinir ve toplumsal karakter kazanır.

Kapatılma mekânları olarak total kurumlar, gündelik yaşam ekseninde aktörlerin (bizim çalışmamızda doktor, personel ve hasta) kendilerine dayatılan rollere uygun davranış kalıpları üzerinden işler. Politik ekseninde ise dâhil etme-dışarıda bırakma stratejilerini an be an işlevsel kılarak normal-anormal (bu çalışmada deli-akıllı, sağlıklı-hastalıklı) ikilemini

canlı tutan bir mekanizmaya sahiptir. Çalışmamızın dördüncü bölümünde hastane ortamında günlük işleyiş ve politik işleyiş eksenleri ayrı ayrı analiz edilmiştir.

Hastane ortamında her hastanın bir sicil numarası vardır; bu sicil numarası hastalara azamî 21 günlük kurmaca bir kimlik verir. Bu kimlikle birlikte kurumsal roller de dağıtılmış olur. Hasta hastalığının, hastabakıcı ve memur hastanede ne ile vazifeli olduğunun ve tabii ki doktor doktorluğunun gayetle farkındadır. Artık ortada bireyler yoktur, kimlikler vardır: Hasta birey değil, hasta-olmaklık; doktor birey değil doktor-olmaklık zuhur etmiştir.

Bir hastaneyi hasta-hane yapan şey oraya tek tek hasta bireylerin doluşması veya doluşturulması değil; hasta kimliklerin bir araya gelişidir. Hastane, başta hasta olmak üzere statü ve rol ilişkilerinin bütünü, kimliklerin toplamıdır. Bu, özel bir toplamdır, alelade bir yığın değil. Tıpkı Mary Douglas'ın (2016) dediği gibi, bu özel toplam özelliğini kendisine "kurmaca bir kişilik veren yasal teoriden" alır: "(...) gelişigüzel bir kalabalık, toplum ismini hak etmez. Üyeler arasındaki bir düşünce ve his benzerliği olması gerekir. Ama bu, bir grubun kendisine ait bir duruşa sahip olması demek değildir. Sahip olduğu herhangi bir şey varsa, o da ona kurmaca bir kişilik veren yasal teoriden gelir" (2016: 24). Bütün bu ortaklıklar ve rollerin belirgin dağılımı, gerek kurumların sosyalliğini gerekse resmî yapılandırılmalarının sürekliliğini sağlar.

Toplanma mekanları olan akıl hastanelerinde her etkileşim homojen bir karakter kazanır ve her etkileşimin sınırları belirlidir; sosyalleşme başarıyla sağlanmıştır. "Sosyallik, kişinin sanki herkes eşit '-miş gibi yaptığı' ve aynı zamanda onların her biri tarafından da onurlandırılıyormuş gibi davrandığı oyundur" (Simmel'den akt. Goffman, 2018: 22). Ancak bu sosyalliğin ertesi gün yeniden-üretilmesi kararlı bir yapıya sahip değildir. Oyunun kuralları her an ihlal tehlikesiyle karşı karşıyadır.

Hasta, hastaneye gelmeden veya getirilmeden önceki toplumsal ortamından beraberinde belirli türde tasnif sistemleri ve düşünme biçimleri, rol kalıpları, nedensellik örüntüleri, bir yığın alışkanlık ile red ve kabul performansları getirir. Doktorların ve diğer sağlık personelinin, hastane-dışı toplumsal ortamlarından hastaneye getirdikleri şeyleri kurumun kurallarının prizmasından kırıma uğratabilme kapasiteleri, sahip oldukları resmî kimliklerinden ötürü, hastalarinkine nazaran daha gelişkindir. Fakat bu görece gelişkinliğine rağmen doktor ve diğer sağlık personeli de oyuna her gün yeniden başlar ve rollerin sınırlarını yeniden kurarlar. Dolayısıyla bir hastanenin toplumsal karakteri ancak hastane ortamının canlı unsurları olan hasta, doktor ve personel üçlüsü üzerinden anlaşılabilir.

Mezkûr üçlü, oyunun dengesini nasıl kurmakta, dengeleri nasıl değiştirmektedir? Kurumsal organizasyon altında yapılandırılan rol, nasıl icra edilmekte ve hangi durumlarda role özgünlük katılarak hastane ortamındaki etkileşimler canlı tutulmaktadır? Çalışmamızın dördüncü bölümünde bu soruların yanıtları aranmıştır. Bu yanıtlar, evraklara ve resmî prosedürlere odaklanarak değil bireysel düşüncenin toplumsal kökenleri hakkında fikir vermesi açısından canlı unsurlar dikkate alınarak incelenmiştir.

Çalışmanın odak noktasını hastalar oluşturduğu için akıl hastalarının gündelik alışkanlık, tutum ve *taktikleri* daha fazla gözlenmiştir. Doktor ve personelin alışkanlıkları, tutumları ve *stratejileri* kendi başına bir bütünlük olarak ve kapalı bir sistem içinde değil, hastaları dolayımлады ölçüde, gözlem konusu edilmiştir. Başka bir ifadeyle personel uzamı, doktorlara ve personele hastalarla girilen etkileşimin içinden bakılarak tahlil edilmiştir; hasta-doktor, hasta-personel karşılaşmalarında açığa çıkan olgular analize dâhil edilmiştir.

Bu soruların cevaplarını analitik bir şekilde incelemek için çalışmamızın dördüncü bölümünde hastane ortamının toplumsal karakteri, 3 uzam altında sınıflandırılarak ele

alındı. "Hasta Uzamı", "Personel Uzamı" ve karşılaşma alanlarını ifade etmede kullandığımız "Gri Uzamlar".

Bu üç uzamdan ilki olan Hasta Uzamı, hastaların hastane ortamında deliliği nasıl idare ettiklerinin ampirik soruşturmasının yapılma imkânını bize vermektedir. Bu uzamda gerçekleştirilen idare biçimi, çalışma boyunca oto-idare olarak tanımlanan idare biçimidir. Her uzamın bağrında taşıdığı dinamizm ve canlılık bu üç uzam için de geçerlidir.

Hasta uzamı, sembolik ve ilişkisel uzamdan müteşekkildir. Hasta uzamı, hasta tarafından başlatılan hastalar-arası temas girişimlerinin yoğun olarak yaşandığı yerdir ve çalışmamız boyunca "hasta uzamına dair" yoğun gözlemlerde bulunulmuştur. Hastaların, hastane ortamındaki olaylara yükledikleri anlamlar, yine bu anlamların hastane ortamında hangi işlevi yerine getirdiğinin deşifre edilmesiyle mümkündür ancak. Bu yüzden, hastaların kendi durumları ve hastane ortamını değerlendirirken ortaya çıkan nedensel atıflar ve yüklemeler incelenmiştir.

Hastane ortamında statüye dayalı rol farklılaşması gözlenmiş ve bu farklılıklar ile gruplaşmalar grup üyeliği düzleminde ele alınarak alandan örneklerle tartışılmıştır. Hastalık kariyerinin gözlemlenen aşamaları, hasta aklı ile tasnif ve nedensellik yükleme süreçleri üzerinden ele alınmıştır. Bu süreçler incelenirken bazen pasif-gözlemci konumdan gözlemler yapılmıştır bazen de hastalar arasına karışarak onlara çeşitli açık-uçlu sorular yöneltilmiştir. Böylelikle kişilerin “hasta” atfını nasıl onayladıkları veya reddettikleri ve hastalık rolünü nasıl üstlendikleri gözlemlenmiştir: Hastane ortamı ve doktorlar ile personel gözlemlenirken hastaların hem diğer yoldaşlarını (hastaları) hem de kendilerini nasıl idare ettikleri açıklanmaya çalışılmıştır.

Ayrıca bu uzamın etkileşimsel sonuçlarına bakıldığında diyebiliriz ki tek bir “hasta prototipi” de yoktur, hastalar arası iş bölümü ve rol dağılımı türlü türlüdür. Akıl

hastanesinde bireylerin hasta olma durumu açısından rol ortaklığında bulunmasına rağmen grup içinde rol farklılaşmasına gittikleri görülmüştür. Bu rol farklılaşması, esasında, akıl hastanesinin resmî üyeleri (doktor ve personel) tarafından uğratıldıkları öz-saygı yitimini kendi yoldaş grubu (hastalar) içerisinde ve hasta uzamında farklılaşarak telafi ettiklerini göstermektedir.

Hastalar arası ilişkiler, onları hasta rolünden çıkaracak biçimde yeniden düzenlenir. Çalışmamızda hastalar arasındaki rol farklılaşması sonucu üç hasta tipi olduğu görülmüştür. Başka bir ifadeyle, hastalar deliliğin oto-idaresini grup üyeliği bağlamında üç ayrı karakterde gerçekleştirmektedirler. Bu üç karakter hastaların hastalık kariyeriyle yakından ilgilidir. Bu üç karakteri çalışmamıza özgün şöyle ifade etmek mümkündür:

- i) Hasta statüsünü korumada istikrarlı olan ve lider hasta rolüne geçmek için özel taktikler geliştirmeyen "*asıl hasta*".
- ii) Kurumun bakış açısıyla atfedilen hasta rolünden çıkmak ve hastalar arasında farklılaşmak amacıyla kuruma ve personele pozitif veya negatif tavır alan, böylelikle diğer hastalar üzerinde hiyerarşik üstünlük elde eden "*lider hasta*".
- iii) Hasta statüsünden sıyrılmak için çaba gösterip lider hastanın taktiklerini izleyerek ondan rol çalan; uç konuma yerleşmek için hastane içi ilişkilerde sıçramalar yapan ve ne asıl ne de lider hasta karakteri olabilen "*marjinal hasta*".

Bu rol farklılaşmasının, hastane-içi herhangi bir problem olduğunda problemlerin çözümü için çeşitli girişimlerde bulunulduğunda yahut hastaların boş zamanlarını ve serbest faaliyetlerini örgütlemeleri esnasında belirginleşmeye başladığı görülmüştür.

Lider ve marjinal hastaların, boş zamanı değerlendirme durumunda, bulundukları statüye ilişkin ileriye yönelik kazanç sağlayacak -rasyonel hamleler- peşinde olduğu gözlenmiştir. Hasta grubunun diğer üyelerinin ise, boş zamanı değerlendirme hususunda onları diğerlerinden farklılaştıracak değil; diğerlerinin farkındalığını kazanacak davranış pratikleri sergilediği gözlemlenmiştir.

Hasta uzamında kendisini gösteren en bariz olgulardan biri ise akıl hastalarının hastane ortamına nasıl ve hangi süreçleri tüketerek uyum sağladıkları idi. Hastane ortamına uyum sağlama usul ve biçimlerin, hastaların ahlaki kariyerlerindeki değişimlerine yön verdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu duruma Goffman'ın, akıl hastasının ahlaki kariyerinde yaşanan değişimini sınıflandırdığı "kişisel adaptasyon hatları"nın geçerli olduğunu ispatlayacak alandan örnekler elde edilmiştir. Goffman'ın kategorilerine göre hastalar, uyum sürecinde dört adaptasyon hattını izlemektedir: 1. Durumsal Geri Çekilme (*situational withdrawal*), 2. Uzlaşmaz Hat (*intransigent line*), 3. Yerleşme (*colonization*), 4. Dönüşüm (*conversion*) (2015: 71-73). Bu dört hattın, çalışmamızda sahadaki gözlemlerimizle de örtüştüğü görülmüştür.

Bir toplumsallığı meydana getiren unsurlardan biri olan arkadaşlık ve ahbablık türündeki yakınlaşmaların, hasta grubunda da olduğu gözlemlenmiştir. Bu ahbablık oluşumları genel bir çerçevede her biri bir kaynağın takas edilmesine dayanır. Foa ve Foa, kişiler arası ahbablık oluşumda altı tür kaynağın takas edilebileceğini belirtmiştir. Bu türler: "1) eşya: ürün ya da nesneler; 2) bilgi: tavsiye, fikir ya da talimatlar; 3) sevgi: duygusal ilgi, cana yakınlık ve rahatlık; 4) para: biraz değeri olan bozukluk ve jetonlar; 5) hizmetler: bedenin ya da bireye ait olan şeylerin faaliyetleri; 6) statü: yüksek ya da düşük prestij bildiren değerlendirme yargısı" (akt. Hogg ve Vaughan, 2011: 551). Çalışmamızda da Foa ve

Foa'nın belirlediği altı takas türünün her birine örneklik sağlayacak durumlarla karşılaşmıştır.

Hasta uzamında göze çarpan durumlardan biri, kurumsal meşruiyet karşısında hasta söylemlerinin büyük ölçüde farklılaşması gerçeğidir. Hastanın kendisiyle aynı statüyü paylaşan diğer hastalar arasındayken devlet mekanizmasına ve bu mekanizmanın hastane alanındaki işleyişine yönelik söylemsel dışavurumları ile kurumsal meşruiyetin bilfiil karşındayken dile getirdiği söylemsel repertuar, büyük ölçüde çelişmektedir. Çalışmamızda rastgele seçilmiş 10 hastaya "Cumhurbaşkanı'na ne söylemek istersiniz?" sorusu yöneltilmiştir. Aynı hastalara "Ailenize ne söylemek istersiniz?" ve "Doktorunuza ne söylemek istersiniz?" soruları da yöneltilmiştir. Aile sorusu, bireyin kurum dışı kimliğiyle ilgili geçmişe yönelik referanslar içermekte iken; doktor sorusu, bireyin kurumsal disiplin altında olduğu ve kurum gerçeğiyle karşı karşıya kaldığı bugününe, şimdiye yönelik referanslar içermekteydi. Cumhurbaşkanı sorusu ise bireyin devlet mekanizmasına yönelik yorumlayıcı şemasını açığa çıkarmaya ve bireyin devletle konuşma repertuarlarını incelemeye yönelik idi. Burada elde ettiğimiz önemli sonuç şudur: Aile-doktor-cumhurbaşkanı ile ilgili soru düzeylerinin her birinde hastane ortamına yönelik farklı söylem repertuarları geliştirilmiştir. Bu sorulara verilen cevapların yazılı olduğu kâğıtlar dördüncü bölümde paylaşılmıştır.

Akıl hastanelerinin toplumsal karakterine yön veren ortamlardan diğeri de çalışmamızda "Personel Uzamı" olarak tanımladığımız resmî temas alanlarıdır. Personel uzamı, personel arasından hastane ortamında etkili rol üstlenen; doktor, hemşire, güvenlik ve hasta bakıcının dâhil olduğu etkileşim alanıdır. Akıl hastanesindeki etkileşim alanlarının bir kısmı, kuruma hizmet yükümlülüğü olan personelin düzenlemesiyle yahut doğrudan personel ile girilen ilişkiler aracılığıyla resmî bir hüviyet kazanır. Hasta ve personelin

gündelik diplomasiyi sürdürme tarzları bu uzamda farklılık göstermektedir. Çalışmamızda personelin, işgal ettiği uzamı sembolik olarak içselleştirdiği ve kendisiyle özdeşleştirdiği çok net bir şekilde gözlemlenmiştir.

Personel akıl hastanesini kendine ait bir mekân olarak görür: Kurum, personel demektir. "Öyle ki gruplardan biri 'kurum'un görüşlerine ya da çıkarlarına atıfta bulunulduğunda, dolaylı olarak personelin görüşlerine ve meselelerine de atıfta bulunmuş olur" (Goffman, 2015: 21). Bu özdeşleme ve içselleştirme Goffman'ın araştırmasının yaptığı zamandan (1961) bizim araştırmamızın yapıldığı zamana (2019) kadar süreklilik arz eden bir olgudur. Örnek vermek gerekirse, araştırma üzerine gerçekleşen konuşma esnasında bir Doktor, "Bizi nasıl buldun? Ne yazacaksın hakkımızda?" söyleminde bulunmuştur⁵¹. Kurumun meselelerini ve istikbalini kendi meselesi sayan personelin kurumu yorumlama biçimi resmî tanımların (görev ve hizmet yükümlülüğü) baskısı altında olduğu sonucunu vermektedir.

Personel uzamının analizi bize, hastane ortamının toplumsal karakterinin personel bakış açısıyla nasıl değerlendirildiğini göstermektedir. Personel uzamı çalışmamızda, resmî gündelik diplomasiyi içeren kurumsal idarenin yürütülme ortamı olarak tanımlanmıştır. Burada yanıtı aranan soru şu idi: Personel hastane ortamında deliliği nasıl idare etmektedir? Çünkü deliliğin kurumsal idaresi tam da bu uzamda gerçekleşmektedir. Deliliğin kurumsal idaresi, hasta ve personel arasındaki statü ve rol farklılıklarına dayanan, personelin iş yerindeki idareyi ücreti mukabilinde sağlaması ile hastanın hedeflenen tedavi sonucuyla uyuşan tepkiler göstererek beklentileri karşılamasından oluşan bir bütündür.

Personel uzamı da hasta uzamı gibi sembolik ve ilişkisel uzamdan müteşekkildir. Personelin iş sahası kuralları belirli katı bir disiplin içeriyor olsa da, gerçekleşen işin girdi

⁵¹ Vurgu B.N.T

ve önceden ayarlanmış girdi ve çıktılarla örtüşen yönü zayıftır. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ndeki personel, her ne kadar hastaların bütün özelliklerini uzaktan görmek ve denetlemek istese ve hastalar ile aralarına mekânsal bir mesafe koymakta ısrarcı davransa bile arada bir hastaların öngörülemeyen davranışları hakkında bir keşfe çıkar. Böylece hastane ortamındaki kendi etkileşim alanını bu gidişler ve geri-çekilişler belirler; gide gele hem kendi prosedürlerine yönelik hem de hastalık durumlarına ilişkin bir yorumlayıcı şema oluşturur. Personelin, hasta hakkında aldığı resmî not, hastanın değerlendirilme dosyasına eklenir. Bununla birlikte personel arasından hemşireler, nöbetleri esnasında gerçekleşen olaylara dair günlük rapor tutarlar. Bu rapor defterleri, hastaların psikiyatrik gelişimini içerir ve doktorlara hastaların durumu hakkında bilgi sunar.

Deliliğin kurumsal idaresi, ödülleri ve cezaları içermektedir. Bu içerim, personelin yalnızca tedavi uygulayıcı yönünü pekiştirmekle kalmaz aynı zamanda talimatta bulunma pratiklerini de açığa çıkarır. Personel, önceden belirlenmiş programa katılmaları, saatlere riayet etmeleri ve kendileriyle tedaviyi kolaylaştıracak biçimde iş birliği yapmaları için hastalara belirli aralıklarda talimatlarda bulunur. Personel arasındaki iş bölümü, personelin hasta karşısındaki rollerini de belirler. Bu roller her zaman resmî roller ve görevler olmaz. Örneğin alt kademe personel (hasta bakıcı), zımnen hastaların düşmanca tavırlarını karşılamakla yükümlüdür.

Ayrıca, çalışmamızda, hasta bakıcıların hastanenin hemen her alanında sorumluluk sahibi oldukları için kendi rollerine ve varlıklarına büyük anlamlar ("biz buranın her şeyiyiz" gibi) atfettikleri görülmüştür. O kadar ki hastanedeki işlevlerinin, diğer personelden farklı olduğunu ve hastane ortamına diğerlerinden daha fazla emek verdiklerini kendileriyle yapılan görüşmelerde sık sık dile getirmişlerdir. Alt kademe personelin hastalarla yer yer

duygudaşlık içerisinde girmeleri ve görev tanımı dışında olsa bile onların ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik girişimlerde bulunmaları böylesi yorumlama biçimlerinin bir sonucu olarak tespit edilmiştir.

Personel kademesi yükseldikçe duyguların denetimi daha mümkün hale gelmektedir. Doktorlar, duygularını denetim altına tutmada hemşire, hastabakıcı ve güvenliğe nazaran daha profesyoneldirler. Öyle ki doktorların hastane ortamındaki değerlendirmeleri, şahıslar seviyesinde değil; olgu düzeyindedir. Çalışmamızda doktorların söylemlerinin hastalar hakkında olmaktan ziyade hastalık hakkında olduğu görülmüştür. Doktor odalarında kurum hakkında konuşulurken hastanede olan bitenden değil hastanenin işleyiş sisteminden bahsedilir; hastalar hakkında ise tedavinin uygulanma biçimleri üzerine konuşulur.

Bütün bu konuşmalar etrafında doktorlar, normatif yargıları içermeyecek bir dili benimserler. "Uzmanlığı konuşmak" olarak tabir edebileceğimiz bu konuşmalar aracılığı ile doktorların hastane ortamını nasıl yorumladıkları ve hastane ortamının canlı unsurlarını nasıl tasnif ettikleri de görünür olur. Öyle ki hastaların durumu ajite edecek tanımlamalardan uzak söylemler etrafında değerlendirildiği gözlemlenmiştir. Örneğin denetimli serbestlik biriminde görevli doktorun ifadelerine yer verildiği konuşma akışının, doktorun zorunlu yatışa yönelik içeriğe müdahale etmesiyle durdurulmakta ve onarımda bulunulmakta olduğu gözlenmiştir. Doktora göre hastalar hastaneye "getirilmiş" değil, kendi istekleriyle gelmiş kimselerdir.

Bununla birlikte üst düzey personelin kurum değiştirme açısından gidiş-geliş hareketliliğinin yüksek olduğu gözlemlenmişken alt düzey personelden bir kısmının; hastane ortamının geleneğini taşıyan ve hastanenin tarihine dair daha çok şey bilen kişiler olduğu gözlemlenmiştir. Kurumun hafızasını taşıma yönünden alt düzey personelin, üst düzey personele görece daha ehil olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Akıl hastanelerinin toplumsal karakterini oluşturan üçüncü alan ise, Gri Uzamlar adını verdiğimiz etkileşim çemberidir. Gri uzamlar başlığı altında karşılaşmalara yer verilmiştir: Hasta-doktor karşılaşması, hasta-hemşire karşılaşması ve hasta-güvenlik karşılaşması.

Çalışma sırasında görülmüştür ki birinci karşılaşma alanını teşkil eden hasta-doktor karşılaşmaları, temas sıklığı en az olan karşılaşma türüdür. Hastalar ile doktorlar arasındaki sosyo-sınıfsal mesafe hemşire, hastabakıcı ve güvenlikle olana görece daha büyüktür. Fakat hastalar ile doktorlar arasındaki temas azlığının sebebine yakından bakıldığında bu durumun sosyo-kültürel ve sosyo-sınıfsal uçurumlardan kaynaklanmadığı görülmüştür. Bu mesafenin başat gerekçesi, kurumun doktorlarca temsil edilmesi olarak tespit edilmiştir.

Akıl hastanesinde doktor ve kurum denkliği kendisini o kadar yoğun bir biçimde gösterir ki hiçbir hasta bu denkliğin ürperticiliğine saygıda kusur etmez. Popüler anlatılarda “deli cesareti” diye tanımlanagelen pervasızlık ve gözü karalık bu karşılaşma esnasında kâr etmemektedir. Hasta, doktor karşısında yerini bilir. Dahası, sadece doktor karşısında değil diğer personel karşısındaki yerini de hastanede geçirdiği günlerdeki deneyimleri sonucu öğrenmiştir.

Hasta-doktor karşılaşmasındaki doğallaşmış mesafenin en görünür olduğu pratikler, konuşmalardır. "Toplumsal mesafe, sınırlar boyunca konuşma dahi özel bir ses tonuyla gerçekleşebilir" (Goffman, 2017: 19). Akıl hastanelerinin toplumsal dinamiğinde konuşmanın kısıtlanması gibi bilgi akışı da kısıtlanır. Örneğin bu çalışmada da gözlemlendiği gibi yemeklerle ilgili şikâyetlerini iletmek üzere hemşire ve hasta bakıcı karşısında yoğun bedensel ve sözel iletişim dili kullanırken doktorlara yönelik düşmanca ifadeler ortaya koyan hastalar, doktorlarla karşı karşıya geldiklerinde özel bir konuşma üslubu içerisine girmektedirler.

Hasta-hastabakıcı veya hasta-güvenlik görevlisi karşılaşmaları hasta-doktor karşılaşması kadar donuk ve tek taraflı bir akışa sahip değildir. Güçlü bir temas değildir bu; sadece doktor-hasta karşılaşması kadar kopuk ve uçurum dolu değildir. Bu kontrollü çift taraflı akış, bazı özel günlerde daha sıkı bir hâl alır. Öyle ki kurumsal standartlar birkaç saatliğine handiyse askıya alınır. Alan gözlemlerimizin değerlendirildiği ve son başlık olan “Deliler Balosu”nda bu akışı layıkıyla örnekleyebilmek için akıl hastanesinde gerçekleşen bir yılbaşı kutlaması resmedilmiştir.

Durkheim'ın gerek intihar olgusu özelinde *İntihar* isimli metninde uygulama olarak gerek *Sosyolojik Yöntemin Kuralları*'nda bir araştırma yordamları olarak ortaya koyduğu sosyoloji yaklaşımından ilham alan çalışmamızda, deliliğin toplumbilimsel düzeyde açıklanabilmesinin mümkün olup olmadığı sınanmış ve inceleme nesnesinin bunu mümkün kıldığı görülmüştür. Bu noktada Durkheim'dan esinlenerek deliliğin bireyin doğasındaki kriz olarak anlaşılmasına alternatif olarak toplumsal süreçle birlikte geliştiğini düşünmekte ve bu düşüncenin bir adım daha ilerisine giderek bireyin bir kapatılma kurumu (akıl hastanesi) altında yaşantıladığı deliliğin, kendine özgü toplumsal yasaları olduğunu öne sürmekteyiz.

Çalışmamız göstermektedir ki akıl hastanesinin gündelik yaşamının bütün ayrıntılarında ve mikro gerçekliğinde bireylerin denetim mekanizmasının bir parçası olmaları söz konusudur. Çalışmamız, şimdiye kadar tarihsel süreklilik düzleminde neredeyse sabit bir olgu olarak ele alınan deliliğin mikro ayrıntılarda incelendiğinde farklı bir yüzüyle karşılaşılacağını ortaya koymuştur. Hastaların, hastane yönetiminin faillik alanına kendilerini dâhil ettikleri ve bir tür oto-idare geliştirerek kendi kendilerini idare ettikleri görülmüştür. Hastalar hastanenin toplumsal bağlamında kendilerini değerlendirmekte,

kurumsal idare karşısındaki kendilerini ve diğerlerini izleyerek birtakım taktikler geliştirmektedir.

Deliliğin tanımını baştan koymak yerine, deliliği, kendi ilişkiselliği içinde, akıl hastanelerinin işleyiş mantığına ve yasalarına tabii olduğu haliyle, kurumsal gerçeklik içerisinde durumsal bir olgu olarak kavrama çabası olan çalışmamızda delilik bir sonuçtur, bir başlangıç değil. Çalışmamız deliliği ancak ve ancak böylesi bir yaklaşım ve kavrayış sayesinde, bir sonuç olarak ele almış olacağımızı göstermektedir; doğal başlangıç noktası olarak değil. Buradan hareketle çalışmamız, tanımlama girişiminde bulunmak veya daha ileri gidip toplumsal temsilde yer eden deli eşkali ile başlamak yerine, durumun içerisine dâhil olup, olguyu gözlemleyerek ve betimleyerek başlamayı teklif etmektedir.

Çalışmamız vasıtasıyla deliliğin, altta yatan nedenlere yönelerek açıklanabilecek türden klinik bir durum ve tarihsel anlamların katmanlaşmasıyla temsili bir olgu olarak açıklanmasının ekseriyetle ezbere dönüşen yönlerinin yeniden tartışılacağı ve tanımlanmış sarsılmaz bütünlüklerin parçalı olarak ele alınacağı umulmaktadır. Delilik, akıl hastanelerinin müdahale edici stratejileri karşısında üzerinde işlem uygulanan, ihtisaslaşmanın olduğu kurumsal dünyanın sorumluluk alanında; bir işletme ve idare meselesidir. Bu dünyada hastane duvarlarının dışarısında olduğu gibi delilik imgeleri yoktur; "deli bedenler" vardır. Beden bedene, somut gerçeklikle yüz yüze olan kurum, bu bedenlere ne yapılacağı ve nasıl bir tedavi planı uygulanacağını, Philippe Pinel dönemine yer verirken bahsettiğimiz "iyilikseverlik ideası" üzerine değil, bürokratik bir yapılanma içerisinde ve oldukça rasyonel gerekçelendirmeler aracılığıyla belirler ve uygular. Katılımcı nesneleştirme pratiğinde bulunarak yerli çalışmalar açısından bu alandaki yöntemsel ilki gerçekleştiren çalışmamızın bu noktada ileri sürdüğü temel tez; akıl

hastanelerinin bu rasyonel gerekçelendirmeler ile çerçevelenmiş uygulamaları karşısında, pasif, karşı koyamayan, karşı rasyonel gerekçelendirme üretemeyen ve muhakeme yeteneğinden yoksun deli imgesinin aşılması gerekliliğidir. İdare etme varsa idare edilme de vardır. Nitekim alan deneyimlerimizi paylaştığımız bölümden de anlaşılacağı üzere akıl hastanelerinin kurumsal stratejileri karşısında hastalar, bu denetim faaliyetini izlemekte ve karşısında birtakım taktikler geliştirerek denetime katılmakta; böylece idare edici rol ve vasıflar elde etmektedirler. Hasta ile kurum arasında gelişen gerilim, hasta ve personele toplumsal kader tayin etmekte ve bu toplumsal dünya içerisinde özneler, kurumsal işleyişin tesiri altında kendi iradelerini etkileşimlere yansıtmaktadırlar. Çalışmamız bu noktada yeni toplum modelinde gözetlemenin mantığının değiştiğini; gözetim altında tutulan bireylerin de kurumsal işleyiş karşısında kendi iradelerini ortaya koyacak taktiksel davranış pratikleri sergilediklerini ortaya çıkarmaktadır. Deliliğin, akıl hastanelerindeki idaresinin kendine has toplumsal yasaları olduğunu, bireyin durumunun ruhsal işleyişindeki kriz olmaktan çok bu toplumsal yasalar aracılığıyla şekillendiğini bir kez daha vurgulamak isteriz.

Çalışmamızda hastaların hastane dışındaki durumlarını takip edebilecek imkân ve şartlara sahip olunamamıştır. Çalışma evrenimiz kurumsal dünyadan müteşekkil olduğu için akıl hastalarının kurum dışı gündelik yaşamın içerisinde (sokaklarda, caddelerde, resmi veya serbest alanlarda, hane içerisinde, mahallede) yaşamlarını idare etme biçimlerinin inceleme altına alınmadığını belirtmek isteriz. Dolayısıyla hastane öncesi ve sonrası gündelik yaşam çalışma kapsamının dışında bırakılmıştır. Fakat deliliğin idaresinin önemli bir boyutu da hastane yaşamının dışarısındaki gündelik idaredir. Araştırmacılara, çalışmanın eksik kalan bu kısmını incelemeleri, fakat bunu gerçekleştirirken deliliği yalnızca sosyal temsil olarak tahayyül etmemeleri; gündelik yaşamın bütün etkileşimsel alanlarında karşımıza çıkan bir

olgu olarak *da* değerlendirebilmeleri; deliliğin sokakta, arşı ve pazarda, kurum ve kuruluşlardaki uzanımlarını takip etmeleri önerilmektedir.



KAYNAKÇA

Abbott, A. (2014). *Bölüm ve Disiplin*, (çev. Suna Gülfer İhlamur-Öner), İstanbul: Küre Yayınları.

Altun, M. (2010). Zaman İçinde Ağrı. İçinde: *Yaşamın İçindeki Ağrı*. İ.E. Ulagay - Menarini Group İlaç Sanayii Türk A.Ş., ss. 9-30.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013), Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, (çev., Köroğlu, E.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Applebey, M. (1992). *Akıl Hastalığını Anlamak: İlgi ve Şefkat*. (çev. Bengi Güngör), Ankara: Öteki Yayınevi.

Arkonaç, O. (1989). *Acil Psikiyatri*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Artvinli, F. (2013). *Delilik, Siyaset ve Toplum: Toptaşı Bimarhanesi 1873-1927*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

Atar, C. (2017). Konuşma Çözümlemesi ve Uygulamalı Dilbilim. *Medeniyet Eğitim Araştırmaları Dergisi*, Cilt:1, Sayı:1, ss.17-25.

Aytaç, Ö., Tan, M . (2019). Arkadaşlık Üzerine Kuramsal Yaklaşımlar. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29 (1) , 345-359 .

Bayad, A. (2016). Erving Goffman'ın Benlik Kavramı ve İnsan Doğası Varsayımı. *Psikoloji Çalışmaları / Studies in Psychology*, 36 (1), ss. 81-93.

Bayızıtlioğlu, B. (2009). *İnsan-Mekan İletişimi*. (1.Baskı). İstanbul: Edumar Eğitim Market.

Baysan-Arabacı, L., ve ark. (2017). Psikiyatri Hizmetleri Kalite Standartları Açısından Üç Farklı Hastane Örneği: Öğrenci Deneyimi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*; 8(1), ss. 54–58.

Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi (18 Kasım 2009), "Engelli Hakları Sözleşmesi Madde 35 Bent 1 Kapsamında Taraf Devletlerce Sunulacak Olan Sözleşmeye Özgü Belgeye Dair Kılavuz", Engelli Hakları Komitesi, İkinci Oturum, Cenevre.

Breton, D. (2010). *Acının Antropolojisi*. (çev. İsmail Yerguz), (2. Baskı). İstanbul: Sel Yayıncılık.

Budayıcıoğlu, G. (2004). *Madalyonun İçi: Bir Psikiyatristin Not Defterinden*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Cardoso, HR. (2016). "Institutionalization of Madness: Perceptions and Analysis of Works by Michel Foucault, Erving Goffman and Franco Basaglia". <https://bv.fapesp.br/en/bolsas/164624/institutionalization-of-madness-perceptions-and-analysis-of-works-by-michel-foucault-erving-goffma>

Cason, H. (1946). The Symptoms of Psycopathy, Public Health Reports, 61(51): 1833-1853.

Certeau, M. (2009). *Gündelik Hayatın Keşfi I*, (çev. L. A. Özcan), Ankara: Dost Kitabevi Yayınları.

Chow, W. S., Priebe, S., (2013). Understanding Psychiatric Institutionalization: A Conceptual Review. *BMC Psychiatry*, 13:169.

Codol, J.-P. (1975). On the So-called 'Superior Conformity of the Self Behaviour: Twenty Experimental Investigations. *European Journal of Social Psychology*, 5, ss. 457-501.

Coser, L., (1962). Some Functions of Deviant Behavior and Normative Flexibility, içinde, *American Journal of Sociology*, Vol. 68, No. 2, ss. 172-181.

Coulon, A. (2010). *Etnometodoloji*. (çev. Ümit Tatlıcan), İstanbul: Küre Yayınları.

Cuff, E.C., Sharrock, W.W. , ve Francis, D.W., 'Meaning and Action: I, Symbolic Interactionism', *Perspectives in Sociology*, Routledge, 3rd Edition, 1990, pp. 166-192 (çev: Ümit Tatlıcan).

Çam, M. O. (1993). Kurumsallaşma Kavramı ve Kurumsallaşmış Hasta Nedir?. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, C. 9, ss. 61-67.

Demir, Ö., ve Acar, M. (1993). *Sosyal Bilimler Sözlüğü*. İstanbul: Ağaç Yayıncılık.

Dindar, C. (2007). *Bir Akıl Hastanesinin Hatıra Defteri NAL*. İstanbul: Telos Yayıncılık.

Douglas, M. (2016). *Kurumlar Nasıl Düşünür?*. (çev. Merve Özcaner), İstanbul: İthaki.

Du Plessis, R. (2013), 'Constructing Patient-Psychiatrist Relations in Psychiatric Hospitals: The Role of Space and Personal Action', *Social Semiotics*, vol. 23, no. 3, pp. 424-443.

Duman, B. "Attribution Theory (Katkı= Anlam Yükleme Teorisinin) Öğrenme-Öğretme Sürecinde Öğrencilerin Öğrenilmiş Çaresizliği Üzerindeki Etkisi". *Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı*, İnönü Üniversitesi, Malatya, 2004, ss. 129-131.
<https://www.pegem.net/dosyalar/dokuman/436.pdf>

Durkheim, E. (1986). *İntihar: Toplumbilimsel İnceleme*. (çev. Özer Ozankaya), Ankara.

Durkheim, E. (2015). *Dinî Hayatın İlkel Biçimleri*. (çev. Fuat Aydın), (1. Baskı), İstanbul: Ataç Yayınları.

Ekmekçi, P.E., (2018). Psikiyatri Tarihinde Bir Dönüm Noktası: 19. Yüzyılda Avrupa'daki Gelişmeler ve Etkileri. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*; 26(2):77-85.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (12 Şubat 2018), "Misyonumuz-Vizyonumuz", [erenkoyruhsinireah.saglik.gov.tr](https://erenkoyruhsinireah.saglik.gov.tr/TR,87195/misyonumuz-vizyonumuz.html)
<https://erenkoyruhsinireah.saglik.gov.tr/TR,87195/misyonumuz-vizyonumuz.html>.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (13 Aralık 2018), "Erenköy BAHAR (Bağımlı Hastalar Ayaktan Rehabilitasyon) Merkezi", [erenkoyruhsinireah.saglik.gov.tr](https://erenkoyruhsinireah.saglik.gov.tr/TR,87555/erenkoy-bahar-bagimli-hastalar-ayaktan-rehabilitasyon--merkezi.html)
<https://erenkoyruhsinireah.saglik.gov.tr/TR,87555/erenkoy-bahar-bagimli-hastalar-ayaktan-rehabilitasyon--merkezi.html>.

Foucault, M. (1997) "The Ethics of the Concern for Self as a Practice of Freedom", Paul Rainbow (ed.), içinde, *Ethics: Subjectivity and Truth*, çev. R. Hurley vd. New York: The

New Press [Türkçesi: "Bir Özgürlük Pratiği Olarak Kendilik Kaygısı Etiği", içinde, *Özne ve İktidar*, (çev. Osman Akınhay), 2000, İstanbul: Ayrıntı Yayınları].

Foucault, M. (2000). *Kliniğin Doğuşu*. (çev. İnci Malak Uysal), Ankara: Epos.

Foucault, M. (2015). *Akıl Hastalığı ve Psikoloji*. (çev. Emre Bayoğlu), İstanbul: Ayrıntı.

Foucault, M. (2017). *Deliliğin Tarihi*. (çev. Mehmet Ali Kılıçbay), Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.

Ghaemi, N. (2016). *Birinci Sınıf Delilik: Liderlik İle Akıl Hastalıkları Arasındaki Bağlantılar*. (3. Baskı). (çev. Yavuz Alogan), İstanbul: İthaki Yayınları.

Goffman, E. (1971) "The Insanity of Place, *Psychiatry*, 32:357-390.

Goffman, E. (2014). *Damga: Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine Notlar*. Ankara: Heretik Yayıncılık.

Goffman, E. (2015). *Tımarhaneler*. Ankara: Heretik Yayıncılık.

Goffman, E., (2016a). *Günlük Yaşamda Benliğin Sunumu*. Ankara: Heretik Yayıncılık.

Goffman, E., (2016b). *Yabancı: Bir İlişki Biçimi Olarak Öteki*. (der. Levent Ünsaldı), Ankara: Heretik Yayıncılık.

Goffman, E. (2017). *Kamusal Alanda İlişkiler: Toplu Yaşamın Mikro İncelemeleri*. Ankara: Heretik Yayıncılık.

Goffman, E. (2018a). *Karşılaşmalar: Etkileşim Sosyolojisinde İki Çalışma*. (çev. Sercan Çalcı), Ankara: Heretik Yayıncılık.

Goffman, E. (2018b). *Toplum İçinde Davranmak: Etkileşimlerin Sosyal Düzenine Dair Açıklamalar*.

Gültekin, B. K. (2010). Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry*; 2(4):583-594.

Güzel, M., Bir Kapatılma Mekanı Olarak Tımarhaneler, *Star Açık Görüş*, 16 Ocak 2016.

Hogg, M., Vaughan, G., (2011). *Sosyal Psikoloji*. (çev., İbrahim Yıldız., Aydın Gelmez.), (2. Baskı) Ankara: Ütopya Yayınevi.

Hogg, M.A., van Knippenberg, D. (2003). Social Identity and Leadership Processes in Groups. M.P. Zanna (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (C. 35, pp. 1-52). San Diego, CA: Academic Press.

Illouz, E. (2018). *Soğuk Yakınlıklar, Duygusal Kapitalizmin Şekillenmesi*. İstanbul: İletişim.

Kartarı, A. (2017). Nitel Düşünce ve Etnografi: Etnografik Yönteme Düşünsel Bir Yaklaşım. *Moment Dergi Hacettepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Kültürel Çalışmalar Dergisi*, 4(1):207-220.

Kaya, T. (2011). Chicago Okulu: Chicago'ya Özgü Bir Perspektif. *Sosyoloji Dergisi*, 3. Dizi, 22. Sayı, ss. 367-383.

Kayaalp, E., Altuğ, F. (ed.), (2018). *Standartlar Nasıl İşler?*. İstanbul: Küre Yayınları.

Kern, S. (2008). *Nedenselliğin Kültürel Tarihi: Bilim, Cinayet Romanları ve Düşünce Sistemleri*. (çev. Emine Ayhan), (1. Basım), İstanbul: Metis.

Kılınç, S., Torun, F. (2011). Adil Dünya İnancı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*; 3(1), ss. 1-14.

Leader, D. (2016). *Delilik Nedir?*. (çev. Barış Engin Aksoy), İstanbul: Encore.

Lemke, T. (2015). *Foucault, Yönetimsellik ve Devlet*. (çev. Utku Özmkas), Ankara: Pharmakon.

Mac Suibhne, S. (2011). Erving Goffman's 50 years on. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 1–2. doi: 10.1192/bjp.bp.109.077172

Maier, Brendan. Delusional Thinking and Cognitive Disorder. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 40 (2005):136-146.

Marshall, G. (1999). *Sosyoloji Sözlüğü*, (çev. Osman Akınhay, Derya Kömürcü). Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Matthew Smith (14 Mayıs 2014), "Asylums and Their History, Exploring How and Why the History of Asylums Has Been Written", *psychologytoday.com*.

<https://www.psychologytoday.com/us/blog/short-history-mental-health/201405/asylums-and-their-history>

Münstermann, B., Weitzel, T. (2008). What Is Process Standardization?, International Conference on Information Resource Management (Conf-IRM) (Niagara Falls, Ontario, Canada).

Narter, Meltem (2003). Deliliğin Sosyal Temsilleri. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*, 3, (7), ss. 23-71.

Nietzsche, F.W. (2015). *Putların Batışı - Ya da Çekiçle Nasıl Felsefe Yapılır*. (çev. Mustafa Tüzel), İstanbul: İthaki.

Ohlin, L.E. (1956). *Sociology and the Field of Corrections*. New York: Russell Sage Foundation, ss. 14-20.

Ozankaya, Ö. (1986). Önsöz, içinde, *İntihar: Toplumbilimsel İnceleme*. Ankara.

Özalp, A. (2017). Sembolik Etkileşimciliğin Tarihine Bir Bakış: Cooley ve Din Örneği. *TURAN-SAM Uluslararası Bilimsel Hakemli Dergisi*; Cilt: 9, Sayı: 36, ss. 614-620.

Reicher, S.D. (1996). *Social Identity and Social Change: Rethinking the Context of Social Psychology*. W.P. Robinson (ed.), *Social Groups and Identities: Developing the Legacy of Henri Tajfel* (pp. 317-336). Oxford, UK: Butterworth-Heinemann.

Rosenhan, D. (1973). *On Being Sane in Insane Places*, *Science*, New Series, Vol. 179, No. 4070. (Jan. 19, 1973), 250-258.

Sakıcı, Ç., Var, M., "Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastane Bahçelerinin (Açık Alan Terapi Üniteleri) Düzenlenmesi Kriterleri", Kastamonu Üni., Orman Fakültesi Dergisi, 2014, 14 (1), ss. 101-112.

Samson, C., (2011). Delilik ve Psikiyatri, içinde, ed. Ümit Tatlıcan, *Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi*, Bursa: Sentez Yayıncılık, ss. 70-104.

S. Becker, H. (2013a). *Hariciler (Outsiders): Bir Sapkınlık Sosyolojisi Çalışması*. Ankara: Heretik Yayıncılık.

S. Becker, H. (2013b). *Sosyal Bilimcilerin Yazma Çilesi: Yazımın Sosyal Organizasyon Kuramı*. Ankara: Heretik Yayıncılık.

Scott, S. (2010). Revisiting the Total Institution: Performative Regulation in the Reinventive Institution. *Sociology*, Volume 44(2):213–231.

Scull, A., (July 20, 2016). "The Sociological Study of Mental Illness: A Historical Perspective", *Mad in America: Science, Psychiatry and Social Justice*. <https://www.madinamerica.com/2016/07/the-sociological-study-of-mental-illness-a-historical-perspective/>

Scull, A. (2017). *Uygarlık ve Delilik - Akıl Hastalığının Kültürel Tarihi*. (çev. Nurettin Elhüseyni), İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.

Sennett, R. (2012). *Beraber*. (çev. İlkay Özkürpalpli), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Sercan, M. (2006). "Ruh Sağlığı Yasası, Hemen Şimdi". Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni; 9(3):9.

Sert, O., ve ark. (2015). Konuşma Çözümlemesi Yöntemi. *Mersin Üniversitesi Dil ve Edebiyat Dergisi, MEUDED*; 12 (2), ss. 1-43.

Sezgin, D. (2011). *Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Yaşam*. İstanbul: Ayrıntı.

SivilDüşün, (12 Nisan 2017), "Ruh Sağlığı Alanında Kurumsuzlaştırma Sempozyumu Üzerine RUSİHAK ile Konuştuk", *sivildusun.net* <http://sivildusun.net/ruh-sagligi-alaninda-kurumsuzlastirma-sempozyumu-uzerine-rusihak-ile-konustuk/>

Slattey, M. (2007). *Sosyolojide Temel Fikirler*. (haz. Ümit Tatlıcan, Gülhan Demiriz), Bursa: Sentez Yayıncılık.

Sosyal Bilimler Çeviri Platformu, *Psikoloji'nin Kült Çalışması: Rosenhan Deneyi, Delilik Mekânlarında Akıllı Olmak Üzerine*, (çev. Müleyke Barutçu), (11 Ağustos 2016).

Stravrides, S. (2018). *Müşterek Mekan: Müşterekler Olarak Şehir*. (çev. Cenk Saraçoğlu), İstanbul: Sel Yayıncılık.

Szasz, T. (2013). *Yalanlar Bilimi Psikiyatri*. (çev. Nur Küçük), (1. Baskı), İstanbul: Aylak Kitap.

Şen, N., Süzer-Özkan, F. (2017). Psikiyatri Hastalarında Zorunlu Yatış ve Zorla Tedaviye Bir Bakış Açısı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*; 7 (3):176-181.

Tanpınar, A. H. (2017). *Saatleri Ayarlama Enstitüsü*. İstanbul: Dergâh Yayınları.

Taşkın, Fahrettin. Nietzsche, Heidegger ve Foucault'da Akıldışı, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2018.

Tekel, A., Özalp, Y. (2016). Mekanın Fiziksel ve Algısal Niteliğinin Yürünebilirliğe ve Mekanda Yürümeden Duyulan Memnuniyete Etkisi: Ankara Atatürk Bulvarı Örneği. *Planlama*; 26(1): ss. 40-50.

Torn, A., (2009). "Madness and Narrative Understanding: A Comparison of Two Female Firsthand Narratives of Madness in the Pre and Post Enlightenment Periods", University of Bradford, <http://hdl.handle.net/10454/3352>.

Tsukamoto, Sigmund-Wagner. (2004). İnsan Doğası ve Organizasyon Kuramı: Kurumsal Organizasyona Ekonomik Yaklaşım Üzerine. (haz. Eren Durmuş Arıcı), *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, (7), ss.156-164.

Turner, B.S. (2011). *Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi*. Bursa: Sentez Yayıncılık.

Turner, J.H. (1991). *The Structure of Social Theory*, Chapter, 23, Wadsworth Publishing Company, 5th Edition, ss. 472-486 (çev. Ümit Tatlıcan).

Türkiye Psikiyatri Derneği (31 Mart 2005), "Yüksek Güvenlikli Servisler Hakkında Görüş ve Öneriler: TPD Adli Psikiyatri Bilimsel Çalışma Birimi Raporu", [psikiyatri.org.tr](https://www.psikiyatri.org.tr/176/turkiye-psikiyatri-derneginin-yuksek-guvenlikli-servisler-hakkinda-raporu-ad)
<https://www.psikiyatri.org.tr/176/turkiye-psikiyatri-derneginin-yuksek-guvenlikli-servisler-hakkinda-raporu-ad>

Uluocak, Ş. (2016). Tözcülük-İlişkisel Dikotomisi Açısından İlişkisel Sosyolojik Modellerin Türkiye'de Sosyoloji Pratiği ve Düşünümselliği Açısından Olası Açılımları. *Sosyoloji Konferansları*, No: 53 (1), ss. 101-153.

Ünsaldı, L. (2014). "Takdim ve *Heretik*'in Onuncu Kitabı Vesilesiyle". İçinde, *Damga: Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine Notlar*, ss. 9-23. Ankara: Heretik Yayıncılık.

Vahapoğlu, Zehra. Foucault, Derrida ve Erasmus'ta Delilik, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.

Yıldırım, A., Şimşek, H. (2008). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. (6. Baskı), Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yıldız, G. (2018). On Dokuzuncu Yüzyılın İki "Standardizasyon Ütopyası": Kışla ve Hücre Tipi Hapishane. (der. Ebru Kayaalp ve Fatih Altuğ), içinde, *Standartlar Nasıl İşler?*, (ss. 231-260). İstanbul: Küre Yayınları.

Yılmaz, C. (2018). Kriminolojik Açıdan Akıl Hastalığı ve Suç. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, C. 24, S. 2, ss. 743-765.

Yücel, M.T., "Akıl Malûliyeti ve Ceza Sorumluluk Testi", *Ankara Barosu Dergisi*, Y. 1971, ss. 633-637.

Zeren ve ark. (2003). Elektrokonvülsif Terapi (EKT): Bir Genel Değerlendirme. *ARŞİV*; 12, ss. 340-378.

EKLER

Ek-1: Araştırma İzin Belgesi

Ek-2: Etik Kurulu Onay Belgesi

Ek-3: Özgeçmiş

