

# Toplum Psikiyatrisi

Armağan Y. SAMANCI\*, Hüsnü ERKMEN\*, Ercan ÖZMEN\*

## ÖZET

*Toplum psikiyatrisi hizmetleri geleneksel hastane ağırlıklı yaklaşımın yerine geçmektedir. Şimdiye kadar elde edilen örnekler, toplum psikiyatrisi servislerinin hastane servislerine göre daha tercih edilebileceği yönündedir. Ayrıca toplum psikiyatrisi, mevcut olan psikiyatri hastanelerine destek bir yapı da oluşturmaktadır. Ancak, toplum psikiyatrisinin hızla büyümesi ile bir takım sorunlar da ortaya çıkmaktadır.*

*Türkiye toplum psikiyatrisi organizasyon ağını oluşturmuş ülkelerin gerisinde kalmaktadır. Halbuki; zaten hastaların çoğunluğu toplum içinde yakınları tarafından bakıldığı için, Türkiye'deki psikiyatri hastanelerinin toplum psikiyatrisi servislerine değişimi çok daha kolay olacaktır.*

*Anahtar kelimeler: Toplum psikiyatrisi, psikiyatri hizmetleri, alternatifler, problemler*

*Düşünen Adam; 1995, 8 (1): 4-8*

## SUMMARY

*The community psychiatry services have been replacing traditional hospital based treatment approaches. Up to date, examples are in favour of the community psychiatry in comparison to the hospital based treatments. Additionally, it establishes a supportive structure to the existing psychiatric hospitals. However, its own problems appears to be emerging, as the community psychiatry services grow rapidly.*

*Turkey lags well behind the countries with established network of community psychiatry organisation. Whereas, it may be much easier for Turkish psychiatric hospitals to switch to the community psychiatric services. Because, the majority of the people with psychiatric problems have already been cared in the community by their relatives.*

*Key words: Community psychiatry, psychiatric services, alternatives, problems*

## GİRİŞ

Günümüze kadar yataklı bakımın ve tedavinin ağırlıklı olduğu Türkiye'deki psikiyatri hizmetlerine alternatif olarak, toplum içi bakım ve tedavisi gösterilebilir. Yapılan birçok çalışma toplum psikiyatrisi servislerinin eski tip yataklı psikiyatri servislerine iyi bir alternatif olduğunu göstermektedir.

Gerek yataklı bakıma göre daha az maliyete sahip olması (aile ve sosyal bakım ücretleri gözönüne alınmazsa) gerekse hastanın doğal ortamı olan toplum içinde tutulması ve daha kabul edilebilir bir yapısı olması nedeniyle toplum psikiyatrisi çağdaş psikiyatri hizmeti olarak görülmektedir.

\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 1. Nevroz Birimi

## TOPLUM PSİKİYATRİSİ NEDİR ?

Terim 1960'larda doğmuş ve 3. psikiyatrik devrim olarak tanımlanmıştır (6). Özet olarak hastanın toplum içinde bakım ve tedavisinin sürdürülmesidir.

1960'lı yıllara kadar büyük psikiyatri merkezlerinde daha çok bakım ve koruma amaçlı olarak tutulan hastalar, bu merkezlerin koşullarındaki kötüleşme, toplumdan gelen eleştiri ve psikiyatrik ilaçların tedaviye girişi ile toplum içinde bakıma doğru yönelmiştir.

Ayrıca sosyal kanun ve çalışmaların öncelik kazandığı 1960'lı yılların politik etkilerini de gözönüne almak gerekir. İşte bu yıllarda başlayan toplum psikiyatrisi servislerinin ana esasları şunlardır:

- Hastayı ona yakın olan yerde tedavi etmek
- Hastaya gerekli bütün servislerin organize olarak sunulması
- Çok disiplinli takım yaklaşımı
- Bakımın devamlılığının takibi
- Akıl sağlığı koruyucu hizmetleri (5,6).

Yurtdışında 1960'lı yıllardan itibaren gitgide önem kazanan hastanın hastaneden çok toplum içinde bakımı çalışmalarından alınabilecek önemli örnekler vardır. Bu örneklerde toplum psikiyatrisinin getirdiği avantajların yanısıra, daha önceleri hastanede tedavisi yapılan hastaların toplum içinde bakım ve tedavisi ile ilgili problemleri de belirtilmektedir.

F. Creed ve ark. yaptıkları çalışmada, gündüz hastanesinin (gündüz hastanesinden kasıt hastaların gün içinde devam ettikleri takip-tedavi ve uğraşı ihtiyaçlarının karşılandığı ünitelerdir) avantajlarını şöyle sıralamıştır:

- Hasta toplumla olan ilişkisini sürdürür ve otonomisini kazanır.
- Hastanın kurumlaşma riski azalır ve gündüz hastanesi daha ucuz bir tedavi yoludur.

Creed ve ark. çalışmasında, hastaneye yatışı gereken akut hastaları gelişigüzel olarak gündüz hastanesi ve hastane yataklı bakım ünitelerine yerleştirmiş ve sonuçta bu hastaların % 40'ının gündüz hastanelerinde yeterli olarak tedavi edilebileceğini bulmuştur. Gün-

düz hastanesinde tedaviden elde edilen sonuçlar yataklı üniteler ile aynı bulunmuş ve gündüz hastanesinin relapsları azalttığı sonucuna varılmıştır. Sonuç kısaca şudur; yataklı tedavisi gerekir diye düşünülen birçok hasta ayakta da tedavi edilebilir.

İlaveten girişken toplum tedavisi (Assertive Community Treatment) ile de hastalar gündüz hastanesine dahi başvurmadan toplum psikiyatrisi ekibi tarafından yaşadığı ortamda tedavi edilebilir. Ancak bunun yataklı tedaviden çok daha fazla masrafa patladığı bildirilmektedir (2,10).

Yine Dean ve Gadd çalışmalarında normalde hastanede tedavi görecektir hastaların 2/3'ünün evde tedavi edilebileceğini ortaya koymuşlardır. Bu çalışmada ekip hastalar için 24 saat açık bir değerlendirme imkanı sağlamıştır. Ayrıca hastaların hastaneye her zaman yatırılmayacaklarını bildikleri için semptomlarını çok daha açık olarak söyledikleri de farkedilmiştir (6).

Özellikle 1970'li yıllarda yapılmış olan ve kontrol gruplarının da kullanıldığı çalışmalar hastane yatış sürelerinin, yeterli toplum içi psikiyatri servisleri ve ayaktan bakım servisleri ile kısaltılabileceğini de ortaya koymuştur (12).

Toplum psikiyatrisinin zaman içinde gelişeceğini gözönüne alarak İngiltere'de oluşturulan toplum akıl sağlığı servislerinin çalışma şekillerinin ve bunların 1992 yılına kadar karşılaştığı sorunları gözden geçirmekte, ülkemizdeki benzer servislerde de oluşabilecek sorunların önceden görülebilmesi açısından fayda vardır.

Jan Scott ve ark. North Tyneside (İngiltere) de toplum içi bakımı temel alan bir akıl sağlığı servisini kurmuşlar ve yazılarında planlanması ve sonucu hakkındaki verileri araştırmışlardır. Kurdukları toplum içi bakım servisi 56.000 nüfuslu fakir bir popülasyona hizmet vermek için kurulmuştur ve çalışan ekip 1 toplum psikiyatrisi hemşiresi, 1 yarım gün çalışan asistan, 1 uzman şeften oluşmuştur. Yer olarak da bir hastanenin gündüz hastanesinde bu gruba ayrılan hasta kontenjanları, hastane yataklı bakım ünitesinde akut yatışlar için 7 yatak ve hastane kronik yatış servislerinde yer ayırabilme hakkıydı.

Bunlardan yola çıkarak ekip kendisine yollanan tüm vakaların evde değerlendirmesine ve tedavisine başlamış. Ayrıca gereken hastaların hastaneye yatışını da organize etmiştir. Servis kurulduktan sonraki ilk yılda ve ikinci yılda servisin hizmet sonucu dö-kümleri yapılmıştır. Bu örneğin incelenmesi bir toplum içi bakım servisinin gelişiminin ve sonuçlarının görülmesi açısından önem taşımaktadır.

İlk yıl adı geçen organizasyonda 202 hasta görülmüş ve bunların % 10'unun bir defa görülmesi yeterli olmuş ancak % 50'sini uzun süreli ruh sağlığı problemleri olan grup oluşturmuştur. Görülen hasta sayısı, bu nüfustaki tahmini morbiditenin altında kalmıştır. Ancak görülen gruptakilerin hastaneye yatış oranı benzer bölgelerdeki oranın çok altında kalmıştır.

İkinci yıl takımında çalışanların sayısı 7'ye çıkmış ve 489 hasta görülmüş, bunların 230'u akut ruhsal problemler ile başvurmuştur. Toplam sayının 1/3'ü ise daha önceki yılda gelmiş olan hastalardı. Yine bu yılda da yatış oranı toplum içi bakım servisi olmayan bölgelere göre düşüktü. 2 yıl süresince başvuran hastaların teşhise göre dökümü yapıldığında bunların % 25'i şizofreni, % 15'i mizaç bozuklukları, % 40'ı nörozlar, % 20'si akut kriz veya uyum bozukluğundan muzdaripti. Yaklaşık tüm rakamın % 25'i ciddi ruhsal bozukluktan dolayı başvuruyordu ve bunların toplum içi bakım servisi ile uzun süreli ilişkilerinin devam etmesi gerektiği planlandı (11). Bu ilk iki yılda anlaşılan önemli noktalardan birisi de toplum içi psikiyatri servislerinin zaman zaman gerekebilecek yatışlar için hastane yataklı servislerine ihtiyaç duyduğu idi (13).

Ayrıca toplum içi bakım servislerinin kurulması ile hasta başvuru sayısında yaklaşık % 30'luk bir artış olduğu görülmüştür. İlaveten Scott ve ark. hastane içinde olmayan yataklı bakım ünitelerinin hasta için daha az korkutucu ve konfüzyon yaratıcı olduğu sonucundan faydalanarak, 7 tam, 8 tane de geçici yatış yatağı olan hastane dışı küçük yataklı bir birim oluşturmuşlardır. Bu tarzda kurulan küçük ünitelerin, personelin daha çok terapötik ilişkiye girmesini kolaylaştıracağını ve kullanım alanının normal şartlara yakın olmasını sağlayabileceğini düşünmüşlerdir (11). Sonuçta toplum içinde yerleşmiş akıl sağlığı hizmetleri ikili role sahip olmuştur. Bunların bi-

rincisi yatışlar için filtre mekanizması olmak, ikincisi de evde değerlendirme ve tedavinin sağlanmasıdır.

Bir diğer model de Ferguson ve ark. İngiltere (Nottingham) şehrinde aile hekimliği merkezlerini (sağlık ocağı) temel alan bir servis modeli geliştirmişlerdir. Bu model yukarıda bahsedilen Scott ve ark.'nin modeline büyük benzerlik göstermektedir. Ferguson ve ark. bu modele aile hekimliği servislerini de ilave etmiş ve çalıştırmıştır. Bu modelde daha önceki çalışmaların ışığında şunlar görülmüştür:

Aile hekimi ile psikiyatristler arasındaki kooperasyon yatış sayısını azaltmış, karşılıklı bilgi ve danışmanlıktaki problemleri çözümlenmiş ve hastaların hizmetten duydukları hoşnutluğu artırmıştır. Ferguson ve ark. daha önceki çalışmalara da dayanarak yatış oranında % 20'ye varan düşüşler olabileceğinden bahsetmişlerdir (4).

Sonuç olarak toplum ruh sağlığı servisleri ile aile hekimliği servislerinin koordine çalışması hastaneyi temel alan psikiyatri hizmetleri kadar iyi bir hizmet sağlamış ve yatış oranını da azaltmıştır. Yukarıdaki örnekler son yıllarda toplum psikiyatrisi ve hastane temelli bakıma alternatif olabileceği yönündedir. Bu konuda uzun süreli sonuç ve problemleri inceleyebileceğimiz en güzel örnek İtalya'dan gelmektedir. Franco Basoglia'nın çabalarıyla 1978 yılında, bir imza kampanyasının ardından İtalyan parlamentosunda kabul edilen 180 no'lu kanun ile toplum psikiyatrisi yönünde yapılan radikal değişiklikler ve sonuçları daha önceki örneklerle aynı doğrultudadır.

#### 180 no'lu kanun şu maddeleri kapsıyordu:

- 1- Mayıs 1978'den itibaren psikiyatri hastanelerine ilk yatışlar yasaklanacak, 1981'den itibaren ise ilk ya da müteakip olsun hiçbir yatış olmayacak.
- 2- Bunun yerine psikiyatrik girişim, toplum psikiyatrisi merkezlerinde (gündüz hastanesi, krize müdahale merkezleri, korumalı evler, aile içinde korumalı bakım vs.) verilecek.
- 3- Hastanın bakımı (hastane içinde ya da dışında) aynı ekip tarafından yürütülecek.
- 4- Zorunlu yatışlar en fazla 15 yataklı (genel bir hastane içinde olan) psikiyatri servislerine olacak. İki doktor ve belediye başkanının imzası ile gerçekleştirilecek.

### 5- Pratik uygulama yerel yönetimlerin görevi olacak.

Çıkarıldıktan birkaç ay sonra, özellikle İtalyanın Gorizia ve Trieste yörelerinde uygulama bulan sistem toplum psikiyatrisine hızlı bir geçişin örneğidir. 1984'de WHO sistemi incelemiş ve etkinliğini kabul etmiştir. 1985'deki dökümde görülmüştür ki, hastaların % 85'i toplum psikiyatrisi merkezleri içinde bakım görmektedir. Doğal olarak kısa sürede yapılan değişiklikler bir takım sıkıntılar doğurmuştur. Uzun süreli (kronik) yatışların ortadan kalkması ile aileler önemli sorunlarla karşı karşıya kalmış ve ailelerin % 95'i kendilerine yapılan desteği yetersiz bulmuşlardır. Ayrıca sistem değişikliğine en fazla direncin bu konudaki eğitimi yapılamayan hemşirelerden geldiği görülmüştür.

Son olarak yapılan değişikliklerle, gündüz hastanelerine 20 yatak ve rehabilitasyon ünitelerinin ilavesi, toplum içine geçiş yapamayanlar için psikiyatri hastanelerinin içinde en fazla 20 yataklı ünitelerin oluşturulması ve bu ünitelere kesinlikle bunlar haricinde yatışın yapılmaması kararlaştırılmıştır. Ayrıca zorunlu yatışlardaki belediye başkanının imzasının daha sonra da alınabileceği kararlaştırılmıştır (9).

### TOPLUM PSİKİYATRİSİ SERVİSLERİNE GEÇİŞTE PROBLEMLER

Toplum psikiyatrisi hizmetlerine geçişten önce gözden kaçırılmaması gereken bazı noktalar vardır. Psikiyatri hastaneleri hastalar için bir yuva, uğraş yeri, arkadaşlıklar için ortam ve kişisel ilgi ve bakımın bulunduğu yerdir. İşte bu ana başlıkların hastalara toplum içinde de sağlanması gerekmektedir.

Pratikte olan ise, toplum psikiyatrisi ve toplum içinde bakım hizmetleri organize edilmeden bu hastaların toplum içinde takip ve tedavi edilmeye çalışılmalarıdır. Yeterli toplum içi merkezlerinin olmaması hastalarda evsizlik ve tedavi sisteminden kaybolmayı getirmiştir. Tedavi edilmeyen rahatsızlıklarının istenmeyen sonuçları da ortaya çıkmaktadır.

Morgan, West Country Town (İngiltere)'da toplum içi bakım servislerinin oluşturulmasından sonra artan intihar oranlarını incelemiş, sonuç olarak yeterli planlama, organizasyon ve kaynaklar olmadan

hastaların toplum içinde bakımını intiharlar ışığında tartışmıştır. Yataklı bakım üniteleri ile toplum içi bakım ünitelerinde kronik akıl hastalarının ihtiyaç duyduğu hizmetlerin (diğer hastalar için kullanılmak üzere) kolayca ihmal edilebileceğini, böylece ön bulguları ile gelen intihar riskli hastaların kolayca yatış için reddedilebileceğini belirtmiştir (8). Ortaya çıkan bu problemler, oluşturulabilecek toplum içi psikiyatri hizmetlerinin problemlerini ve nedenlerini görme açısından oldukça önemlidir.

Yine, toplum içi psikiyatri servislerinin ABD'de gelişimi sırasında gözlenen ve daha çok biyomedikal model ile eğitilen psikiyatristlerin olması nedeniyle görülmesi olası bazı sorunlar şunlardır:

1- Çok disiplinli takım içinde sosyal, psikolojik ve davranışçı eğitimden yoksun doktor, toplum içi psikiyatri servislerine başvuran hastaların problemleri ağırlıklı olarak bu yaklaşımı gerektireceğinden, devre dışı kalabilecek ve sadece reçete yazar hale gelebilecektir.

2- Toplum içi servisleri kolayca günlük yaşamın getirdiği problemler, aile ve evlilik problemleri ile uğraşmayı ön plana alarak kronik ve ciddi olarak hasta olanlara olan ilgisini kaybedebilir (6).

3- Ayrıca eğer finansmanı ve organizasyonu iyi yapılmazsa yıllar önce büyük ümitlerle akıl hastalarına hizmet için büyük harcamalar yapılan depo hastanelerin düştüğü bugünkü durum ve sonuçlar toplum psikiyatrisi servislerinin başına da gelebilir (7).

### TÜRKİYE'de DURUM

Halen organize ve yukarıda anlatılan anlamda toplum psikiyatrisi servisleri yurdumuzda mevcut değildir. Ulusal sağlık kongrelerinde de bu yönde psikiyatri hizmetlerinin geliştirilmesi için bir eğilimden bahsedilmemektedir (14,15,16).

1960'lı yıllarda o dönemin Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi başhekimisi Faruk Bayülkem hastane dışı toplum psikiyatrisi servislerini kurmaya başlamıştır. 1962 yılında İstanbul'da açılan 7 ruh sağlığı dispanserini 1970 yılında açılan gündüz hastanesi izlemiştir. 1977'de ise bu merkezlerle entegre yarı yol evi ve korumalı işyeri devreye girmiştir.

Hemen hemen yurtdışındaki toplum psikiyatrisi çalışmalarını ile eş zamanlı oluşan bu merkezler yıllar içinde atıl hale gelmiş ve daha sonra da kapatılmışlardır. Bu örnek dışında geniş çaplı toplum psikiyatrisi organizasyonu da olamamıştır (1).

Bunun sonucu olarak psikiyatrik bakım hastane ağırlıklı bir gelişim göstermiştir. Ancak, son yıllarda sayıları gittikçe atan poliklinik başvuruları ve poliklinikte takip toplum psikiyatrisi temellerine uymaktadır.

Burada önemle gözden kaçan nokta zaten büyük çoğunluğu toplum içinde bakılan bu hastalar (gelişmiş ülkelerin yakın geçmişe kadar çoğunlukla depo hastanelerde bakılan hastalarının aksine) için toplum psikiyatrisine geçiş gelişmiş ülkelere göre daha kolay olacaktır. Çünkü gelişmiş ülkelerdeki uzun yıllar hastanede kalmanın etkisiyle kurumsallaşan ve toplum içine geçişten önce rehabilitasyonları gereken hasta grubumuz gözardı edilecek derecede küçüktür. Son yıllarda artan özel psikiyatri muayenehaneleri psikiyatristlerimizin hastaları toplum içinde tutma ve tedavi etme eğiliminin ön plana geçtiğinin göstergelerinden bir tanesidir.

## SONUÇ

Bugüne kadar psikiyatrik hasta bakım hizmetlerinin hastane içi ağırlıklı olarak gelişmesi toplum içinde alternatiflerin farkedilmesini ve geliştirilmesini önlemiştir. Bunda psikiyatrist sayısındaki daha önceki yıllarda olan eksikliğin rolü de vardır. Son yıllarda artan doktor sayısı ile bu problem çözülmüş olmasına rağmen, hastane psikiyatri servisleri eski yapılarını sürdürmüşlerdir.

Bugün daha çağdaş daha ucuz olarak nitelendirilen toplum içi hasta bakım ve tedavi hizmetleri hastane içi servislere bir alternatif oluşturmaktadır. Böylece hastane toplum ile daha bütünleşmiş olacak ve kendini toplum ihtiyaçlarına göre ayarlar bir hale gelecektir. Aslında bir ölçüde hastalara toplum içinde hizmet bugün muayenehane hekimliği ve poliklinikler vasıtasıyla sürdürülmektedir. Fakat, bu tam gelişmiş ve istenilen hizmete karşılık veren toplum psikiyatrisi servislerinden uzakta bir yapı oluşturmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Bayülken F: Bakırköyde 50. yıl. İstanbul. İstanbul Matbaa Meslek Lisesi, İstanbul, 1977.
2. Creed F, Black D, Antony P, et al: Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. *Br Med J* 300:1033-1037, 1990.
3. Dean C, Gadd EM: Home treatment for acute psychiatric illness. *Br Med J* 301:1021-1023, 1990.
4. Ferguson B, Cooper S, Brothwell J, et al: The clinical evaluation of a new community psychiatric service based on general practice psychiatric clinics. *Br J Psychiatry* 160:493-497, 1992.
5. Gelder M, Gath D, Majou R: *Psychiatric services*. Oxford textbook of psychiatry, second edition. Oxford Medical Publications, Oxford, 1989, p.750-751.
6. Langsley DG: Community Psychiatry. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Fourth edition. Kaplan HI, Sadock BJ (eds). Williams and Wilkins, Baltimore, 1989, p.1878-1884.
7. Marks I: Innovations in mental health care delivery. *Br J Psychiatry* 160:589-597, 1992.
8. Morgan HG: Suicide Prevention. Hazards on the Fast Lane to Community Care. *Br J Psychiatry* 160:149-153, 1992.
9. Pergami A: Towards an Implementation of the Italian Model of Community Psychiatry. *Psychiatric Bulletin* 16:90-92, 1992.
10. Santos AB, et al: A pilot study of assertive community treatment for patients with chronic psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 150:501-504, 1993.
11. Scott J, Normantondon M, McKenna J: Developing a Community Oriented Mental Health Service. *Psychiatric Bulletin* 16:150-152, 1992.
12. Sharfstein S: Managed Health Care. In: *Review of psychiatry*. Vol. 11, Tasman A, Riba MB (eds). American Psychiatric Press Inc, Washington DC, 1992, p.570-584.
13. Tantam D: Alternatives to psychiatric hospitalization. *Br J Psychiatry* 146:1-4, 1985.
14. TC Sağlık Bakanlığı: TBMM'ye sunulmak üzere Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı. Ankara, 1992, p.72-73.
15. TC Sağlık Bakanlığı: Çalışma grupları raporları. 1. Ulusal Sağlık Kongresi, Ankara, 1992, p.271-280.
16. TC Sağlık Bakanlığı: Çalışma grupları tartışma soruları. 1. Ulusal Sağlık Kongresi, Ankara, 1992, p.55.