

Nişancı, A. (2019). Ruh Sağlığı Alanında İyileşme Yaklaşımı ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(1), 231-259.

Derleme

Makale Geliş Tarihi: 04.07.2018

Makale Kabul Tarihi: 12.12.2018

RUH SAĞLIĞI ALANINDA İYİLEŞME YAKLAŞIMI VE PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMET

Recovery Approach in Mental Health Field and Psychiatric Social Work

Aslıhan NİŞANCI*

* Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul 29 Mayıs Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID ID: 0000-0003-2406-3965

ÖZET

Bu makalede iyileşme yaklaşımının kısa tarihsel ve düşünsel arka planı sunulmakta ve yaklaşımın temel unsurları sosyal hizmet ile ilişkisi bağlamında değerlendirilmektedir. İyileşme yaklaşımını temel alarak ortaya konmuş bir uygulama modeli ele alınarak, yaklaşımın psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları, sosyal hizmet eğitimi ve araştırması için önemi ortaya konmaktadır. Psikiyatrik sosyal hizmet alanında özelleşmiş sosyal hizmet uzmanları psikiyatrik tedavi sürecinin tüm aşamalarında yer alabilir, ruh sağlığı sistemlerini ve politikalarını yönetebilir ve yönlendirebilirler. Sosyal hizmet disiplini patoloji odaklı modern psikiyatrye yaptığı eleştiri ile engellilik hareketi, kadın hareketi, hizmet alan hareketi gibi hareketlerle birlikte eleştirel psikiyatri akımının doğmasına zemin hazırlayan kaynaklar arasındadır. Söz konusu modern psikiyatri eleştirileri ruh sağlığı alanında iyileşme yaklaşımını ortaya çıkarmıştır. Son yıllarda ruh sağlığı alanındaki uygulamaları ve ülkelerin ruh sağlığı politikalarını dönüştüren iyileşme yaklaşımı, sosyal hizmet mesleğinin temel ilke ve değerleri ile örtüşmektedir. Bu nedenlerle iyileşme yaklaşımı hem psikiyatrik sosyal hizmet alanındaki sosyal hizmet uygulamalarına yön verebilir, hem de ruh sağlığı sistemlerinin sosyal hizmet bakış açısına uyumlu şekilde dönüştürülmesine öncülük edebilir.

Anahtar Sözcükler: *İyileşme yaklaşımı, ruh sağlığı, psikiyatrik sosyal hizmet*

ABSTRACT

In this article, the historical and intellectual backgrounds of the recovery approach are presented and the core elements of the approach are discussed in relation to social work. Besides presenting a practice model, which is developed on the basis of the recovery approach, the importance of the approach for psychiatric social work, social work education, and research is put forward. Social workers specialized in the area of psychiatric social work can take part in every phase of the psychiatric treatment process, administer and guide mental health systems

and policies. Social work discipline has also criticized deficit-oriented modern psychiatry and prepared the ground for the birth of critical psychiatry together with other sources of criticisms such as the disability movement, women's movement, or service user movement. These criticisms led to the emergence of the recovery approach in mental health. The recovery approach, which has transformed mental health systems and policies in recent years, is in harmony with the core principles and values of social work profession. Therefore, the recovery approach can both guide psychiatric social work practice and pioneer in transforming mental health systems in harmony with social work perspective.

Key Words: Recovery approach, mental health, psychiatric social work

GİRİŞ

Bu makalede iyileşme yaklaşımı olarak adlandırılan yaklaşım, farklı kaynaklarda iyileşme modeli, vizyonu, felsefesi ya da paradigması şeklinde adlandırılmaktadır (Onken Onken, Craig, Ridgway, Ralph, ve Cook, 2007). Önce Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkmış; ardından İngiltere, Avustralya, Kanada, İskoçya, Yeni Zelanda, İtalya gibi ülkelere yayılmıştır (Adams, Compagni ve Daniels, 2006). Yaklaşım günümüzde pek çok ülkenin ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylere yönelik hizmetlerini şekillendirmekte ve ruh sağlığı reformlarını dönüştürmektedir (Bag, 2018; Khoury ve del Barria, 2015; Davidson, Tondora, Lawless, O'Connell ve Rowe, 2009). İyileşme yaklaşımı öncelikli olarak hastane, toplum ruh sağlığı merkezleri gibi kurumları etkilemekte; ruh sağlığı hizmet sunumlarını içeren diğer kurumlardaki hizmetleri de dönüştürmektedir. Örneğin madde bağımlılığı alanında hizmet veren kurumlarda ve cezaevlerinde sunulan ruh sağlığı hizmetleri arasında iyileşme yaklaşımının ışığında tasarlanmış uygulama örnekleri mevcuttur. Psikiyatri alanında daha ziyade şizofreni ve bipolar bozukluk teşhisi almış bireylere yönelik hizmetlerde kullanılır. İyileşme yaklaşımı, ruh sağlığı alanında kurum temelli hizmetlerden toplum temelli hizmetlere geçiş sürecindeki Türkiye'nin ruh sağlığı alanı için önem arz etmektedir.

Günümüzde iyileşme yaklaşımı ülkelerin ruh sağlığı, halk sağlığı, bağımlılıkla mücadele politikalarını yönlendirdiğinden, yaklaşımın temel unsur, değer ve uygulama prensipleri ABD (SAMHSA, 2012), Kanada (Mental Health Commission of Canada, 2015) ve Avustralya (Sax Institute, 2016) gibi ülkelerin resmi kurumlarınca ve bilimsel makalelerde yayınlanmaktadır. Örneğin Amerika Psikoloji Derneği'nin çıkardığı bir dergi olan *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2007 yılında çıkardığı bir sayısını iyileşme yaklaşımına ayırmıştır.

İyileşme yaklaşımının tanımı ve kapsamı ile ilgili bazı belirsizlikler bulunmakla birlikte literatürdeki tanımlar birbirine benzemektedir. Dünya Sağlık Örgütü iyileşmeyi şu şekilde tanımlamaktadır:

“Pek çok kişi için iyileşme kimliğinin ve yaşamının kontrolünü tekrar eline almak, yaşamıyla ilgili umutlu olmak ve iş hayatı, ilişkiler, toplumsal katılım gibi unsurların bir kısmı ya da hepsi sayesinde anlamlı bir yaşam sürmektir.” (DSÖ, 2017: 15).

İyileşme yaklaşımına getirilen bir diğer tanım şöyledir:

“İyileşme, ruh sağlığı sorunu teşhisi almış bir bireyin toplum içinde güvenli, onurlu, kişisel olarak anlamlı bir hayat yaşama hakkını ifade eder. Birey kendi değerleri, tercih ve hedefleri doğrultusunda; sorunu ya da ruh sağlığı sistemi ile sınırlanmaksızın normal bir hayat sürer; eğitim, çalışma, arkadaşlık ve toplumsal katılım gibi ihtiyaçlarını giderir.” (Davidson ve diğ., 2009)

Bu tanımlardan da anlaşılacağı gibi iyileşme yaklaşımının odağında ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin yaşamlarının kontrolünü ellerinde tutmaları, onurlu ve anlamlı yaşamlar sürmeleri vardır. Temel amaç akıl hastalığından etkilenen bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek, dayanıklılıklarını arttırmak, dolu dolu ve üretken hayatlar sürmelerine yardım etmektir (Onken ve diğ., 2007; Gagne, White ve Anthony, 2007).

İyileşme yaklaşımının sosyal hizmet disiplini ve mesleği için önemine dair az da olsa kaynaklar mevcuttur (Hyde, Bowles ve Pawar, 2013; Starnino 2009; Farone, 2005; Carpenter, 2002). Türkiye’de ise iyileşme yaklaşımı sosyal hizmet disiplini içerisinde ele alınmamıştır, ancak psikiyatri ve hemşirelik alanlarındaki yayınlarda sınırlı sayıda kaynak mevcuttur (Şenocak, Arslantaş ve Yüksel, 2019; Bağ, 2018; Çam ve Yalçınar, 2017; Arslan-Özkan ve Okumuş, 2012). Oysa iyileşme yaklaşımı temel prensipleri ve uygulama alanındaki yansımaları itibariyle sosyal hizmet mesleğinin temel değerleri ve uygulama yaklaşımı ile birebir örtüşmektedir. İyileşme yaklaşımı hem psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları, hem de toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sosyal hizmet perspektifi ile uyum içerisinde düzenlenmesi için yol göstericidir.

Bu makalede öncelikle ruh sağlığı alanında iyileşme yaklaşımını doğuran süreçler ele alınacak, ardından yaklaşımın temel unsurları sosyal hizmet mesleği ve disiplini ile ilişkisi bağlamında değerlendirilecektir. Son olarak yaklaşımı temel olarak ortaya

konmuş bir uygulama modeli ele alınarak, iyileşme yaklaşımının psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları, sosyal hizmet eğitimi ve araştırması için önemi ortaya konacaktır.

İYİLEŞME YAKLAŞIMINA GİDEN SÜREÇ

İyileşme yaklaşımı tarihsel bir süreç içerisinde farklı akımların ve mesleklerin katkısı ile ortaya çıkmıştır. Yaklaşımın giden süreçte etkili olan en temel iki faktör, biyomedikal modele getirilen eleştiriler ve psikiyatri eleştirileridir.

Biyomedikal Model ve Eleştirisi

Ruh sağlığı sorunları tarihsel olarak tıp disiplini içerisinde ele alınmış ve 19. yüzyılın sonları ile 20. yüzyılın başlarında ruh sağlığı sorunlarının değerlendirilmesinde tıbbi/biyomedikal modelin bakış açısı hakim olmuştur. Biyomedikal model, ruh sağlığı sorunlarının kökeninde biyolojik sebepler olduğunu söyleyerek bu sorunların temelinde batıl inançları arayan bakış açısını geçersiz kılmıştır (Zastrow, 2013). Yaklaşım ruh sağlığı sorunlarının kaynağını gözlemlenebilir süreçlerde aradığı ve belirtilere müdahale edilmesinin yolunu açtığı için sorun yaşayan bireyler ve ruh sağlığı hizmetleri için önemli bir adımdır.

Tıbbi yaklaşım yakın geçmişte pek çok açıdan eleştirilere maruz kalmıştır. En çok eleştirilen yönü patoloji odaklı olması ve tedavide çevresel faktörleri göz ardı etmesidir. Modele göre ruh sağlığı sorunları bireyden kaynaklanır ve sorunun profesyoneller tarafından tedavi edilmesi, yani bireyin eksikliğinin giderilmesi gerekir (Oral ve Tuncay, 2012). Tıbbi modele göre öncelikli olan hastalığın belirtilerinin tedavi edilmesidir. Pozitivist yaklaşıma dayanan bu modele göre akıl hastalığını kontrol etmek doktorların uzmanlık alanıdır ve uygulamalar sosyal ve kültürel bağlamdan izole bir şekilde gerçekleştirilir (Karban, 2016). Toplumun bakış açısının, sosyokültürel ortamın ve sistemlerin bireyin işlevselliğini etkilediği görmezden gelinir.

Biyomedikal modele eleştiri olarak ortaya çıkmış en başat model sosyal modeldir. Engellilik alanında ortaya çıkan sosyal model, ruh sağlığı alanındaki tartışmalara da uygulanarak söylemsel ve sistemik dönüşüme katkı sağlamıştır. Ruh sağlığı savunucuları sosyal modelin akıl sağlığı alanına nasıl uygulanacağı üzerine düşünmüşler; engellilik alanında olduğu gibi odağın bireyin hastalığı ve rehabilitasyonundan nasıl ayrımcılık, insan hakları konularına kayabileceği ve ruh

sağlığı sorunu olan bireylerin sosyal politika dönüşümleri ile destek sistemlerinin güçlendirilmesi üzerine kafa yormuşlardır (Beresford, 2002; Mulvany, 2000).

Sosyal modele göre birey aldığı tıbbi teşhisten ibaret değildir ve psikiyatrik sorun tıpkı diğer sosyal kategoriler gibi bir farklılıktır (Oral ve Tuncay, 2012). Tıbbi teşhisin bireyleri normal ve anormal olarak ikiye ayırdığı ve anormal olanı ötekileştirdiği kabul edilir. Tıbbi tedavinin önemi yadsınmaz, ancak bireyin yaşam kalitesini ve işlevselliğini azaltan asıl faktörün toplumun bakış açısı ve sosyal pratikler olduğu öne sürülür. Bu nedenle bir taraftan sorunu deneyimleyen birey güçlendirilmeli, diğer taraftan ailenin, yakın çevrenin, toplumun ve sistemlerin bireyi kabullenmesi sağlanmalıdır (Tew, 2005).

Psikiyatri Eleştirileri ve Hizmet Alan Hareketi

Sosyal modelin bakış açısı tıbbi odaklı modern psikiyatryi eleştiren diğer akımlarla birleşerek psikiyatri eleştirilerine kaynaklık etmiştir. 1950'lerde psikodinamik yaklaşıma getirilen eleştiriler, akıl hastalığının bir mit olduğuna ve toplum tarafından inşa edildiğine dair söylemler, Erving Goffman ve Michel Foucault gibi postmodern sosyolojinin öncüleri tarafından getirilen eleştiriler; sosyal hizmet, engellilik hareketi, kadın hareketi, hizmet alan hareketi ve bu makalenin konusu olan iyileşme hareketi; psikiyatri eleştirisini besleyen diğer kaynaklar arasındadır (Karban, 2016; Zastrow, 2013; Tew, 2005).

Psikiyatryi eleştiren ve iyileşme yaklaşımına kaynak teşkil eden en önemli hareket, 1980'lerin ortalarında başlayan ve psikiyatride tüketici hareketi (*Consumer movement*), hizmet alan hareketi (*Service user movement*), hayatta kalan hareketi (*survivor movement*) ya da eski hasta hareketi (*ex-patient movement*) olarak bilinen harekettir. 1970'lerden başlayarak ruh sağlığı sorunlarını bizzat deneyimlemiş bireyler kişisel kurumsal tedavi hikayelerini paylaşmaya başlamıştır. Paylaşılan hikayeler kurumsal tedavi sürecinde hastaların en temel haklarının ihlal edildiğini ve toplumda uğradıkları ayrımcılığı gözler önüne sermiştir. Hikayelerini paylaşan hastalar haklarını savunmak için bir araya gelerek hizmet alan hareketinin başını çekmiştir (Feresse ve Davis, 1997). Psikiyatri eleştirisi edebiyat ve medyayı da etkilemiştir. Psikiyatri eleştirisinin en çarpıcı ürünlerinden biri 1962 yılında yazılmış ve 1975 yılında film olarak çekilmiş Guguk Kuşu adlı eserdir. Film patoloji odaklı kurumsal tedavinin ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylere yaklaşımını özetler niteliktedir.

Hizmet alan hareketi kurumsal tedavilerin ve patoloji odaklı yaklaşımın bireyler üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymanın yanı sıra bireylerin gücünü ve iyileşme potansiyelini de gözler önüne sermiştir (Onken ve diğ., 2007). Eski hastalarının paylaştığı iyileşme hikayelerinin yanı sıra bilimsel araştırmalar da güçlere yapılan bu vurguyu desteklemiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) desteklediği klinik araştırmalar ruh sağlığı hizmeti veren kurumların ruh sağlığı sorunu yaşayan bireyleri iyileştirmedeki başarısızlığını ortaya koymuş; bu bireylerin dayanıklılığının ve iyileşme potansiyelinin patoloji odaklı yaklaşımın varsaydığından daha yüksek olduğunu göstermiştir (Davidson ve diğ., 2009).

Hizmet alan hareketi homojen bir hareket değildir. Hizmet alan hareketinin içerisinde yer alan gruplar akıl hastalığının tanımı, tedavinin gerekliliği, ruh sağlığı politikalarının nasıl düzenlenmesi ve hizmetlerin nasıl sunulması gerektiği gibi pek çok konuda farklı görüşlere sahiptir (Karban, 2011). Örneğin akıl hastalığının toplum tarafından inşa edildiğini ve bir mit olduğunu savunan daha radikal gruplar psikiyatrik tedaviyi tamamen reddedebilmektedir. Konuya tüketici hakları yönünden yaklaşanlar ise psikiyatrik tedaviyi tamamen reddetmez, ancak bireylerin tüm tedavi sürecinde söz sahibi olması ve tedavinin sorumluluğunu alması gerektiğini vurgularlar (Starnino, 2009). Psikiyatri eleştirisi yapılan hareketler arasındaki bu farklılaşmalara rağmen modern psikiyatrinin biyomedikal ve patoloji odaklı yaklaşımına getirilen eleştiri ortaktır. Bu eleştirilerin ortaya çıkardığı yeni bakış açısı post-psikiyatri (psikiyatri sonrası) ya da eleştirel psikiyatri olarak da adlandırılır (Karban, 2016, s. 45; Lewis, 2006). Psikiyatri sonrası yaklaşımlara göre akıl hastalığını yalnızca biyolojik süreçlerle, yani kalıtım, beyin ve nöro iletilerle açıklamak indirgemeci bir yaklaşımdır (Karban, 2016). Ruh sağlığını anlamada yoksulluk, dışlanma, ayrımcılık, kültür gibi sosyal bağlamları, toplumsal değer ve normları anlamak çok önemlidir (Bracken ve Thomas, 2001). Sosyal sorunlar, sosyal adaletsizlik ve ruh sağlığı arasındaki ilişkileri görmek gerekir. Belki de en önemlisi, bireylerin tedavi süreçlerinde temel hakları ihlal edilmemelidir.

Psikiyatri sonrası dönemde en azından söylemsel düzeyde sosyal model ruh sağlığı alanındaki tartışmaları şekillendirmeye başlamıştır. Sosyal model, ruh sağlığı sorunlarının sosyal hizmet disiplinde vurgulandığı üzere bütüncül bir yaklaşımla, yani biyopsikososyal bir yaklaşımla ele alınmasını gerektirir (Oral ve Tuncay, 2013). Diğer taraftan akıl hastalığına yönelik dil ve söylemlerin önemi de vurgulanır hale gelmiştir.

Ruh sağlığı alanında pozitif bir dil kullanılmasının, hastalık yerine sağlığın, akıl hastalığı yerine öncelikle akıl sağlığının tanımlanması gerektiği dile getirilir (Heller ve Gitterman, 2011). Günümüzde küresel sağlık politikalarını şekillendiren Dünya Sağlık Örgütü de genelde sağlığı, özelde de ruh sağlığını bütüncül ve pozitif yaklaşımın ışığında tanımlamaktadır. Pozitif yaklaşımda akıl hastalığı tanımı yerine akıl/ruh sağlığı (*mental health*) tanımı ön plana çıkarılır ve ruh sağlığı bütüncül bir bakış açısı ile tanımlanır. DSÖ ruh sağlığını şu şekilde tanımlamaktadır:

“Ruh sağlığı her bireyin potansiyelini gerçekleştirdiği, yaşamın normal stresleriyle baş edebildiği, üretken ve verimli biçimde çalışabildiği ve ait olduğu topluma katkıda bulunabildiği bir iyi olma halidir.” (DSÖ, 2014)

Bu tanım DSÖ'nün genelde ruh sağlığı alanlarında salt tıbbi modelden vazgeçtiğinin, pozitif ve bütüncül bir yaklaşımı benimsediğinin göstergesidir.

İYİLEŞME YAKLAŞIMININ TEMEL UNSURLARI VE SOSYAL HİZMET

Tüketici hareketi ile birlikte ortaya çıkan ve ruh sağlığında salt tıbbi yaklaşıma yönelik eleştiriler getiren iyileşme yaklaşımı ruh sağlığına ve ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylere nasıl yaklaşmaktadır? İyileşme yaklaşımını anlamak için tanımın ötesine geçerek yaklaşımın temel unsurlarını ve değerlerini anlamak gerekir. Bu bölümde iyileşmenin temel prensipleri mikro-mezzo-makro yaklaşımla sınıflandırılarak sosyal hizmet meslek ve disiplininin temel yaklaşım, ilke ve değerleri ile ilişkili olarak açıklanacak, psikiyatrik sosyal hizmet alanına muhtemel katkıları ele alınacaktır.

İyileşmenin Mikro Unsurları

Kronik hastalık eleştirisi ve umut: Ruh sağlığı sorunu yaşayan bireyler profesyonellerden ve çevrelerinden genellikle iyileşmelerinin mümkün olmadığı ve hayatları ile ilgili beklentilerini düşürmeleri gerektiğine yönelik mesajlar alırlar. Sosyal etkileşimlerinden aldıkları bu mesajın ve içselleştirilmiş damgalamanın (stigma) etkisiyle özellikle hastalıkla yüzleştikleri ilk dönemlerde gelecek umutlarını yitirir, doyurucu ilişkiler kurdukları, eğitim ve iş hayatlarında başarılı oldukları doyurucu bir hayatın artık imkansız olduğunu düşünürler (Deegan, 1998; Frese ve Davis, 1997). İyileşme yaklaşımının akıl hastalığına getirdiği farklı bakış açısı bireyin de bakış açısını dönüştürerek ona yeniden umut aşılama hedefler. Şöyle ki: tıbbi modele göre önemli hedef, hastalık belirtilerinin ortadan kaldırılmasıdır, bu ise negatif bir hedeftir. Oysa

iyileşme yaklaşımının hedefi pozitifdir: Birincil hedef, belirtiler tam olarak ortadan kaldırılamasa dahi bireyin şartları elverdiği ölçüde başarılar elde etmesidir (Carpenter, 2002). Başarıyı tanımlarken hastalığın yalnızca biyolojik belirtileri değil, tüm psikososyal sonuçları ele alınır. Yani belirtilerin kontrolünde tam bir başarı sağlanmasa da işlevselliğin herhangi bir alanındaki başarı kayda değerdir. Örneğin birey kişisel ilişkilerini ya da iş hayatını sürdürmede başarı sağlayabilir. Başarı mümkündür, çünkü ampirik verilere göre ileri boyutlarda akıl hastalığı deneyimleyen bireylerin çoğunluğu olmasa da önemli bir kısmı uzun vadede ilerleme kaydederler ve anlamlı, doyurucu hayatlar yaşayabilirler (Davidson ve diğ., 2009; Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss ve Breier, 1987). Ayrıca ruh sağlığı sorunları bireylerin işlevselliğinin farklı alanlarını etkilediğinden, ağır ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerde bu işlevsellik alanlarından biri ya da birkaçında zaman içerisinde iyileşme görülebilmektedir (Davidson ve diğ., 2009). Bu nedenle kısmi iyileşme, sosyal iyileşme ya da belirtilerde iyileşme söz konusu olabilir. Yani, hastalığın tüm belirtileri tedavi olmasa yahut birey hastalık öncesi işlevselliğine dönmese dahi birey iyileşebilir (DSÖ, 2017). Örneğin zaman zaman hastalık belirtileri nükseden bir birey görevlerini ve rol performanslarını gerçekleştirebilir, önündeki engelleri aşarak anlamlı bir hayat sürebilir, hastalığının olumsuz etkilerinin ötesine geçerek yeni bir anlam ve hedef geliştirebilir (Anthony, 1993).

İyileşme yaklaşımının savunucuları akıl hastalığına bakış açısında paradigmatik bir dönüşüm önerir. Deegan'ın (1988) kendi akıl hastalığı öyküsünden yola çıkarak yazdığı makalesinde etkileyici bir dille anlattığı gibi, iyileşme bireyin akıl hastalığının getirdiği sınırları kabul ederken eş zamanlı olarak o sınırları aşarak potansiyelini gerçekleştirmesi demektir. Deegan'a göre iyileşme, sürekli derinleşen bir sınırlarını kabullenme durumudur. Hem ruh sağlığı sorunu yaşayan bireyler, hem de diğer engelliler, "engellerinin getirdiği limitler içinde ve aynı zamanda bu limitlerin ötesinde" yeni bir ben ve yeni bir amaç inşa ederler (Deegan, 1998: 11). Deegan bu durumu iyileşme paradoksu olarak adlandırır: "Yapamadığının ve olamadığının içinde, kim olabileceğini ve ne yapabileceğini keşfetmek" (Deegan, 1998: 15). İyileşme yaklaşımında akıl hastalığının acı verici bir deneyim olduğu da yadsınmaz. Kimi zaman bireyler akıl hastalığının yaşattığı acıdan tamamen uzaklaşamazlar, ancak iyileşme süreci ile birlikte bu acının kendilerini yeni bir geleceğe

kavuşturduğunu/kavuşturacağını bilir ve iç huzurla yaşarlar. (Deegan, 1998: 15). Yani acı ortadan kalkmasa dahi iyileşme gerçekleşebilir.

İyileşme yaklaşımı tıbbi modelin öne sürdüğü kronik hastalık yaklaşımının yerine umudu koyar ve profesyonellere hastalarından beklentilerini düşük tutmamalarını salık verir. Müracaatçının yakın sosyal çevresinden ve ruh sağlığı profesyonellerinden umut verici ifadeler duyması hayati önemdedir (Anthony, 1993). İyileşme yaklaşımının vurgusu dayanıklılık ya da sağlamlık (*resilience*) olarak bilinen olgudur. Ruh sağlığı sorunu yaşayan bireyler bazı eksiklikleri deneyimlerken, iyileşme sürecinde dayanıklılıklarını artırırlar. Farklı baş etme mekanizmalarını öğrenip geliştirir; zihin, beden ve ruhlarını iyileştirir; hastalığın getirdiği zorluklar karşısında baş etme mekanizmalarını hayata geçirerek iyi olma haline ulaşırlar (Onken ve diğ., 2007). Bu sayede, ruh sağlığının önemli bileşenleri arasında bulunan zorluklarla baş etmeyi, engellerle başa çıkmayı, yeni durumlara uyum sağlamayı, faaliyetlerini yönetmeyi ve iş-aile yaşamlarını dengelemeyi (DSÖ, 2017) öğrenirler.

İyileşme kişiseldir: İyileşme yaklaşımı bireyin biricik olduğunu ve her bireyin sağlığa ve ruh sağlığına giden özgün bir yolu olabileceğini kabul eder (Mental Health Commission of Canada, 2015). İleri derecede ruh sağlığı sorunları üzerine yapılan araştırmalar da akıl hastalığı deneyimlerinin hem hastalığın seyri, hem de sonuçları açısından kişiden kişiye farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur (Davidson ve diğ., 2009). Bu nedenle tedavi sürecinin kişi merkezli olarak, bireyin tercihleri doğrultusunda ve katılımı ile yürütülmesi gerekir. İyileşme sürecinin yürütülebilmesi için yalnızca rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması yetmez, hizmeti alan bireyin bu sürecin aktif ve cesur katılımcısı olması gerekir (Deegan, 1988). Rehabilitasyon ruh sağlığı profesyonellerince sunulur, iyileşme ise ruh sağlığı sorunu yaşayan ve hizmeti alan bireyler tarafından gerçekleştirilir. Zaten iyileşmenin gerçekleşmesi için her zaman profesyonel destek de gerekmemektedir. Kimi zaman bireyler profesyonel olmayan kaynaklarını (aile, arkadaş, akran destek sistemleri...vb.) etkin biçimde kullanarak iyileşme sürecinde yol kat edebilir. Bu prensipler sosyal hizmet mesleğinin kendi kaderini tayin, bireyin değeri prensipleri ve güçler yaklaşımı ile uyumludur (National Association of Social Workers [NASW], 2017).

İyileşme sürecinin kişi merkezli olması, bireyin kendi kaderini tayin hakkının da olması anlamına gelir. Birey nerede yaşayacağı, zamanını nerede ve kimlerle geçireceği,

hangi tedavi, terapi ve psikososyal destek programlarına katılacağı gibi iyileşme süreci ile ilgili temel tercihlerini yapabilmelidir (Onken ve diğ., 2007). Bu da tüm iyileşme sürecinde profesyonellerle birey arasında işbirliğini gerektirir. Birey ayrıca kendi iyileşme ve tedavi sürecinin sorumluluğunu da üzerine almalıdır.

İyileşme kişisel olduğundan, bireylere sunulan rehabilitasyon programlarında bireysel farklılıklara hitap eden seçenekler sunulması önerilmektedir. Bireylere sunulan hizmetlere mesleki eğitim kursları, beceri eğitimleri, kulüpler, tüketicilerle işletilen her an açık merkezler ve işletmeler, atölyeler dahil edilmelidir (Deegan, 1988).

Bireylerin anlam sistemleri, inançları ve manevi değerleri de iyileşme sürecinde önemli kaynaklardır ve iyileşme sürecini etkilediği bilinmektedir (Ho, Chan, Lo, Wong, Chan, Leung, Chen, 2016; Corrigan, McCorkle, Schell ve Kidder, 2003; Russinova ve Blanch, 2007; Young ve Ensing, 1999). Bu nedenle bireyselleştirilmiş tedavi süreçlerinin bireylerin farklılaşan anlam ve inanç dünyalarına hitap etmesi gerekir. Bu aynı zamanda makro unsurlar başlığında açıklanacak olan kültürel duyarlılığın da gereğidir.

İyileşme doğrusal olmayan bir süreçtir: Profesyonellerin ve ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin iyileşmeyi bir süreç olarak görmesi ve bu sürecin doğrusal olmadığını bilmeleri önemlidir. Deegan'a (2008) göre iyileşme bir serüvendir, ulaşılması gereken bir hedef değildir. Akıl hastalığından iyileşme; belirtilerin ortadan kalktığı biyolojik bir son durumdan ziyade; karmaşık, dinamik ve süregelen bir süreç olarak tanımlanmalıdır (White ve diğ., 2005'ten aktaran Heller ve Gitterman, 2011). İyileşmeye bir süreç ve serüven olarak bakan birey ve ona destek olan kişiler sürecin getirdiği iniş ve çıkışlara, ilerleme ve gerilemelere daha hazırlıklı olacaktır. Resmin bütününe bakıldığında iyileşme yaşayan bir birey anlık olumsuz ya da olumlu duygular yaşayabilir (Anthony, 1993). Bir başka deyişle iyileşme ard arda gelen başarılar değildir, küçük başlangıçlar ve küçük adımlardan oluşur.

Bu durumun sunulan hizmetler için de önemi büyüktür. Örneğin rehabilitasyon programının bir aşamasında başarısız olan birey hemen gözden çıkarılmamalı, başarısız sayılmamalıdır (Deegan, 1988). Çünkü bu birey iyileşme süreci içerisinde iniş çıkışlar yaşıyor olabilir. Ayrıca bireye farklı seviye ne noktalardan programa geri dönme hakkı da verilmeli, her zaman tedaviye sıfırdan başlayacağı varsayılmamalıdır (Deegan, 1988).

İyileşmenin Mezzo Unsurları

İyileşme yaklaşımının sosyal hizmet ilke ve değerleriyle belki de en çok örtüşen yönü, iyileşmede çevresel faktörlere yapılan vurgudur (Carpenter, 2002). Bireyin doğrudan etkileşimde bulunduğu en yakın sosyal çevre mezzo düzey çevredir. Bunun içerisinde aile, arkadaş, iş, mahalle çevreleri, ait olunan sosyal gruplar, sivil toplum kuruluşları ve başta ruh sağlığı hizmeti sunanlar olmak üzere hizmet alınan kurumlar sayılabilir. Ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin mezzo düzeyde yaşadığı etkileşimler yani sahip olduğu sosyal destek sistemleri iyileşme yaklaşımında çok önemli kabul edilir. Çünkü yaklaşıma göre bireylerin yalnızca ilaçlarla belirtilerinin hafifletilmesine değil, aynı zamanda herkes gibi doyurucu ilişkilere, arkadaşlıklara, kendini geliştirmeye, eğitim görmeye, çalışmaya da ihtiyacı vardır (Anthony, 1993). Bu sosyal ihtiyaçların bir kısmı informel ilişkiler tarafından, bir kısmı da kurumların çatısı altında formel ilişkiler tarafından karşılanır.

Bireyin iyileşme sürecinde öncelikle yakın aile ve arkadaş ilişkileri üzerinde durulur, hatta doyurucu yakın ilişkilerin verdiği destek sayesinde kurumsal destek olmadan dahi bireyin iyileşmede yol kat edebileceği vurgulanır (Deegan, 1988). Deegan tarafından iyileşmenin belki de en önemli aşaması olarak nitelendirilen umut, başkaları tarafından sevilme ihtimalinin hissedilmesi üzerine ortaya çıkmaya başlar (Deegan, 1988: 14). Bu süreçte müracaatçıya en iyi umut aşılayabilenler müracaatçının arkadaşları, aile üyeleri ve de en önemlisi benzer ruh sağlığı sorunlarını yaşamış bireylerdir (Deegan, 1988). Bu insanların ortak özelliği, müracaatçıya kendisinden umudunu kestiği anda hala inanıyor olmaları ve en zor zamanlarında müracaatçının yanında durmalarıdır (Anthony, 1993).

İyileşme yaklaşımında sosyal katılım da destekleyici yakın ilişkiler kadar önemlidir. Çünkü bireyler sosyal katılım ve içerilme sayesinde beslenme, barınma gibi temel ihtiyaçlarını giderir ve hayatlarına anlam katabilirler. Bu da eğitim, istihdam, aile yaşamı, ebeveynlik, toplumsal katılım, savunuculuk gibi faaliyet ve rollerle mümkün olur (Onken ve diğ., 2007). Sosyal katılımı destekleyebilmek için iyileşme modelini esas alan ruh sağlığı sistemlerinde öncelikle şu hizmetlerin bulunması önerilmektedir (Gagne ve diğ., 2007):

- Tedavi (Krizle müdahale, ilaç, terapi, hastalık yönetimi eğitimi...)

- Rehabilitasyon
- Temel destek
- Akran desteği
- Toplum desteği
- Yasal destek
- Savunuculuk
- Aile eğitimi ve desteği

Bireyin tedavi ile birlikte sosyal katılımını da sağlayan hizmetlere psikososyal rehabilitasyon hizmetleri adı verilir. Psikososyal rehabilitasyon hizmetlerinde kimi zaman profesyoneller, kimi zaman kendileri de iyileşme sürecinden geçmiş ya da geçmekte olan bireyler aktif rol alırlar. Bu hizmetler; barınma, istihdam, eğitim, boş zaman faaliyetleri, yaşam becerileri, aile ve akran katılımı gibi temel alanlardaki uygulamaları kapsar ve tıbbi tedavinin ayrılmaz parçası olarak görülür (Mental Health Commission of Canada, 2015: 9).

Psikososyal rehabilitasyon hizmetlerinde temel amaç müracaatçının toplum içinde başarılı şekilde yaşamasını sağlamaktır. Psikososyal rehabilitasyon hizmetleri müracaatçıların hastaneye yatma sıklığını azaltmaktadır (Young ve Ensing, 1999). Bu hizmetleri sunan profesyonellerin sosyal hizmetin temel ilke, sorumluluk ve değerlerinin de gerektirdiği şekilde müracaatçı ile güven ve saygıya dayalı ilişki kurması gerekir. Bunun da ötesinde ideal bir iyileşme ortamında profesyoneller kendi kişisel iyileşme ve gelişim süreçleriyle meşgul olmalıdır (Deegan, 1988: 18).

Psikososyal rehabilitasyon hizmetlerinde son yıllarda dikkati çeken bir başka uygulama akran danışmanlığıdır (*peer mentoring*). Akrandan kastedilen kendileri de benzer ruh sağlığı sorunları deneyimlemiş bireylerdir. İyileşme yaklaşımına göre müracaatçıya en güçlü destek, benzer sorunu yaşamış ya da yaşamakta olan bireylerden gelebilir. Sosyal hizmet mesleğinde olduğu gibi bireylerin kendi hayatlarının uzmanı olduğu varsayıldığından ve güçlendirme esas olduğundan, kendine yardım grupları, savunuculuk ve lobi grupları, iyileşme sürecindeki bireyler için en önemli destek kaynakları olarak görülür ve bu kaynakların bizzat psikiyatrik rahatsızlıklardan iyileşen bireylerce yürütülmesi önerilir (Deegan, 1988).

Akran danışmanları; akran destek çalışmacısı (*Peer Support Worker*), akran koçu, akran uzman, iyileşme koçu gibi isimlerle anılabilir. Örneğin ABD, Avustralya, Yeni Zelanda ve Kanada gibi ülkelerde ruh sağlığı veya madde bağımlılığı sorunu yaşayan müracaatçılara hizmet veren iyileşme merkezlerinde (*recovery centers*) akran danışmanlar yaygın olarak çalışmaktadır, hatta bazı merkezler yalnızca akranlar tarafından işletilmektedir. Bu merkezlerin diğer toplum temelli rehabilitasyon merkezlerine göre daha destekleyici, umut verici ve kapsayıcı olduğu belirtilmekte ve araştırmalar bu merkezlerde kendileri ile benzer süreçlerden geçmiş akranların hizmet vermesinin müracaatçıların iyileşme sürecini olumlu etkilediğini göstermektedir (Whitley, Strickler ve Drake, 2012, Repper ve Carter, 2011).

İyileşmenin Makro Unsurları

İyileşme yaklaşımının makro boyutu, birey ve toplulukların çok katmanlı ve birbiriyile etkileşim halinde olan sistemlerle çevrili olduğunu vurgulayan sosyal hizmet disiplini için çok önemlidir ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında rol alan sosyal hizmet uzmanları iyileşme yaklaşımının makro ayağında etkin rol almalıdırlar. İyileşme yaklaşımının birbiriyle ilişkili makro unsurları şunlardır: (1) Umut kültürü ve dili oluşturmak, (2) Ayrımcılık ve damgalama ile mücadele, (3) Ruh sağlığı sistemlerinin dönüşümü ve (4) Kültüre duyarlılık.

İyileşme yaklaşımının en önemli hedeflerinden biri, toplumda ruh sağlığına yönelik pozitif bir dil ve kültür inşa etmek, umut kültürü ve dili oluşturmaktır (Mental Health Commission of Canada, 2015). Ruh sağlığına yönelik pozitif bir dil ve umut kültürü oluşturmaya giden yol toplumdaki akıl hastalığına yönelik baskı, ayrımcılık ve damgalama ile mücadeleden ve sosyal içermeyi sağlamaktan geçer. Çünkü toplumun hastalığa yönelik olumsuz bakış açısından özgürleşme de iyileşmenin bir parçasıdır. Yani söz konusu olan yalnızca hastalıktan iyileşme değil, toplumun ön yargılarından ve damgalamadan iyileşmedir (Deegan, 2008). Toplumun iyileşmenin mümkün olmadığını düşünmesi, hastalığın sebepleri ile ilgili genel kanı ve varsayımlar, önyargı ve ayrımcılık, akıl hastalığı olan bireylerin suç işlemeye daha yatkın olduğunun düşünülmesi; iyileşme sürecini etkiler (Gagne ve diğ., 2007). Ruh sağlığı sorunları olan bireylere yönelik damgalama, tüm toplumlarda gözlemlenen bir olgudur ve damgalamanın belki de en zor baş edilir etkisi toplumsal damgalamanın birey tarafından içselleştirilmesidir. İçselleştirilmiş damgalama olarak adlandırılan bu süreçte

birey olumsuz düşünceleri, toplumda hakim olan olumsuz söylemleri kendisi de kabul eder. İçselleştirilmiş damgalamanın en yaygın sonuçları değersizlik, utanç duyguları ve toplumdaki izole olmalıdır (Çam ve Çuhadar, 2011). Damgalama ve içselleştirilmiş damgalama tüm baskı görmüş ve marjinalleştirilmiş gruplar için söz konusu olabilir.

İçselleştirilmiş damgalamadan özgürleşme için önerilen tekniklerden biri bireyin kendi hikayesini anlatması, hikayesindeki güçleri ve kaynakları ortaya çıkarması, bu hikayedeki hakim negatif söylemleri ayıklayarak kendi deneyimini yeniden yazması/kurgulamasıdır (Onken ve diğ., 2007). Bu şekilde birey hem travmatik deneyimleri kendi hikayesine entegre edebilir, hem de bir birey olarak yalnızca hastalığından ibaret olmadığını algılayarak gelişim potansiyelini keşfedebilir. Öyküsel terapinin unsurlarını içeren bu yöntem, akıl hastalığı ile mücadelenin mikro sosyal hizmet boyutudur. Psikiyatrik sosyal hizmet alanında rol alan sosyal hizmet uzmanları, içselleştirilmiş damgalamaya karşı öyküleme yöntemlerini kullanan örnek bireysel ve grup müdahalelerini inceleyerek (bkz. Yanos, Roe ve Lysaker, 2011) müracaatçılara bireysel çalışma ve grup çalışması yaparak bu yöntemi hayata geçirebilirler. Sosyal hizmet uzmanları içselleştirilmiş damgalamaya yönelik bilinç yükseltme grup çalışmaları da yürütebilir. Bu çalışmalar sırasında sosyal inşacı bir bakış açısı ile toplumun normal/anormal, sağlıklı/hastalıklı, engelli/engelsiz, biz/onlar gibi ikilikler sorgulanarak (Deegan, 1988) müracaatçıların kendilerini bu kategorilerden özgürleştirmelerine destek olunabilir.

Sosyal hizmetin damgalama ile mücadelesi makro sosyal hizmet uygulamaları ile desteklenmelidir. Damgalama bir sosyal adalet sorunudur ve damgalama ve sosyal ayrımcılık ile mücadele, psikiyatrik ruh sağlığı alanındaki sosyal hizmet uygulamalarının merkezinde olmalıdır (Başer, Kırlioğlu ve Aktaş, 2013; Oral ve Tuncay, 2012). Baskı ve ayrımcılık ile mücadele; savunuculuk, toplumu bilinçlendirme, ruh sağlığı politikalarını planlama, etkileme ve yönlendirme gibi makro sosyal hizmet uygulamaları ile yapılabilir.

İyileşme yaklaşımının uygulanabilmesi için ruh sağlığı sistemlerinde bütüncül bir dönüşüm önerilmektedir ve sonuçta kurulması hedeflenen sisteme "iyileşme yönelimli sistem" adı verilmektedir. Mikro, mezo ve makro düzeydeki değer ve ilkelerinin hayata geçirilebilmesi için tüm ruh sağlığı sisteminin bu ilkeler doğrultusunda tasarlanması gerekir. İyileşme yönelimli sistemlerin kurulması için beş temel süreç önerilmektedir:

ruh sağlığı hizmetlerinin yeniden yapılandırılması, ruh sağlığının güçlendirilmesi ve akıl hastalığının önlenmesi (önleyici politikalar), iş gücünün geliştirilmesi ve eğitilmesi, tüketici katılımının ve liderliğinin güçlendirilmesi, son olarak sonuç odaklı ve ölçülebilir uygulamaların yürütülmesi (Piat ve Sabetti, 2009).

Ülkemizde son yıllarda ruh sağlığı sistemi dönüşüm içindedir ve bu bağlamda 2011 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı kabul edilmiştir. Eylem planına göre ruh sağlığı sisteminde kademeli olarak kurum temelli ruh sağlığı sisteminden toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçilecektir ve bu süreçte Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri açılmaktadır (Yılmaz, 2012). 2018 yılı itibariyle 148 olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezi sayısının (Sağlık Bakanlığı, 2018) 236'ya çıkarılması hedeflenmektedir (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011: 27). Sosyal hizmet uzmanları Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde aktif olarak çalışmakta; müracaatçılara ve yakınlarına bireysel danışmanlık, grup terapisi, psikoeğitim, kurumlar arası aracılık, sosyal ve hukuki haklarla ilgili bilgilendirme gibi hizmetler sunmaktadır. İyileşme yaklaşımı var olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde verilen hizmetlerdeki mevcut sorunların (Soygür, 2016) giderilmesi ve hizmetlerin zenginleştirilmesinde, sosyal hizmet faaliyetlerinin yapılandırılmasında, iyileşme merkezleri gibi yeni hizmet modellerinin geliştirilmesinde yol gösterici olabilir.

İyileşme modeline sıklıkla vurgulanan bir diğer konu sosyal hizmet uygulamalarında da büyük öneme sahip kültürel duyarlılıktır (Mental Health Commission of Canada, 2015). Kültürel duyarlılık hem iyileşme yaklaşımında hem de sosyal hizmet mesleğinde tüm müracaatçı gruplarının ihtiyaçlarına cevap verebilecek hizmetler sunulabilmesinin ön koşulu olarak görülür. Kültüre duyarlı hizmetlerin sunumunda müracaatçıların yaşam döngüsündeki yerlerine ya da ait oldukları kültür, etnik köken, inanç, göçmenlik statüsü, toplumsal cinsiyet gibi sosyal kategorilere bağlı olarak farklı ihtiyaçlarının olabileceğini göz önünde bulundurmaktır demektir (Mental Health Commission of Canada, 2015). Kültürel duyarlılık temelli hizmetler sunmak bireylerin kendi kaderini tayin edebilmeleri, tercihlerini belirtebilmeleri ve saygınlıklarını korumaları için de gereklidir.

Kültürel duyarlılığın bir parçası da ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin ve yakınlarının soruna özgü ihtiyaçlarını gözetmek olarak düşünülebilir. Farklı sosyal kategorilere mensup birey ve toplulukların kültürleri toplumun hakim değerlerinden farklılaştığı gibi, ruh sağlığı sorunu yaşayan bireyler de hakim ortamın normları ile çatışabilir, hatta bu

normlardan zarar görebilirler. Örneğin Amerikan toplumunun hakim değerleri olarak görülen bireysellik ve rekabetçiliğin psikiyatrik sorunlar yaşayan bireyler üzerinde baskı oluşturabildiği gözlenmiştir (Deegan, 1988). Bireysel iş başarısı da bireyler üzerinde baskı oluşturabilmektedir. Bu nedenle grup başarısının ön plana çıkarıldığı çalışma ortamları önerilmektedir (Deegan, 1988). Sonuç olarak iyileşme modeline dayalı hizmetlerin sunumunda ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin sağlık durumlarının ve mensup oldukları çoklu sosyal kategorilerin getirebileceği karmaşık ihtiyaçlar göz önünde bulundurulmalıdır.

İyileşme yaklaşımının uygulamaya geçirilmesi için geliştirilen modellerde tıpkı sosyal hizmet uygulamalarında olduğu gibi kimi zaman birey ve ailelerle, kimi zaman toplumsal çevre ve sistemlerle çalışmak, kimi zaman da birey ve ailelerin çevre ile temas noktalarında uygulamalar yapmak gerekir. Bu demektir ki, sosyal hizmet uzmanlarının görev tanımı iyileşme yaklaşımını temel alan uygulamalarla birebir örtüşür.

Sosyal hizmet uzmanları ruh sağlığı alanında hem ülkemizde hem dünyada etkin olarak çalışırlar. Sosyal hizmetin bir uzmanlaşma alanı olarak psikiyatrik sosyal hizmet alanı gün geçtikçe gelişmekte ve “psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı” ünvanı dünyada ruh sağlığı alanındaki etkin mesleklerden biri haline gelmektedir. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları, psikiyatrik tedavi sürecinin pek çok basamağında yer alırlar. Örneğin bireysel danışmanlık ve terapi, grup terapisi yapar; psikososyal destek sunarlar. Ruh sağlığı sistemi içerisinde kurumsal yapıların içinde ve dışında birey, grup ve toplum düzeyinde koruyucu/önleyici ve tedavi/rehabilite edici çalışmalar yaparlar (Başer, Kırılıoğlu ve Aktaş, 2013; Oral ve Tuncay, 2012). İyileşme yaklaşımının uygulamadaki yansımaları ve yukarıda ana hatları ile açıklanan temel unsurları, iyileşme yönelimli model ve sistemleri sosyal hizmet uzmanlarının çalışması için ideal hale getirmektedir. Daha da önemlisi, yaklaşımın temel değerleri ile birebir örtüşen bilgi, beceri ve değerlerle donatılı sosyal hizmet uzmanları, iyileşme yönelimli hizmet ve sistemlerin kurulmasında öncülük edebilirler. Psikiyatrik sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları mesleki formasyonları gereği bu hizmetlerin tamamında görev alabilir.

İyileşme Yaklaşımı, Güçler Perspektifi ve Güçlendirme Yaklaşımı

İyileşme yaklaşımı, güçler perspektifi ve güçlendirme yaklaşımı, benzer tarihsel, sosyal ve kültürel ortamlarda; paralel süreçlerle ortaya çıkmışlardır. Bu üç yaklaşım birbirinden bağımsız değerlendirilemez, fakat birbiriyle zaman zaman örtüşen farklı literatürler üzerinden gelişmiştir.

Güçler perspektifi eksikliklere odaklanan sorun merkezli yaklaşımlara eleştiri olarak sosyal hizmet disiplini içerisinde ortaya çıkmıştır. Bir model olarak 1980'li yıllarda Kansas Üniversitesi Sosyal Refah Okulu'nda geliştirilmiş, o yıllardan günümüze gelişimini sürdürmüştür (Staud, Howard and Drake, 2008). Güçler perspektifini geliştiren önde gelen isimlerden Saleeby, Amerikan kültürünün ve insane hizmet eden mesleklerin birey, aile ve toplumun eksikliklerine, sorunlarına, anormalliğine ve hastalığa odaklanan yaklaşımlara artık doyduğunu; bu nedenle güç temelli bakış açısına ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedir (Saleeby, 1996). Güçler perspektifinin en önemli özelliği insan doğasına dair iyimser yaklaşımıdır. Bu perspektif bireyin potansiyelini ön plana çıkararak "risk altında" kavramı yerine "umut vaad eden" (*at promise*) kavramını önerir (Saleeby, 2011). İyileşme yaklaşımında olduğu gibi güçler perspektifinde de, sorun ve eksiklikleri vurgulayan dil ve söylemler eleştirilir, güçlendirme ve dayanıklılığı ön plana çıkaran yeni bir dil önerilir. Bireylerin ve ailelerin değişimini sağlayan en önemli unsur, birey ve ailelerin kişisel, sosyal ve spiritüel kaynaklarıdır (Saleeby, 2011). Kaynaklara yapılan bu vurgu da iyileşme yaklaşımı ile güçler perspektifinin paralellliğini göstermektedir. Güçler perspektifinin iyileşme ve sosyal hizmet uygulamasına yaklaşımı, iyileşme yaklaşımı ile güçler perspektifinin aynı iklimin ürünü olduğunu gösterir. Güçler perspektifi de iyileşme kavramından bahseder, açık bir şekilde iyileşme sürecinin merkezine umudu ve olumlu beklentileri koyar ve iyileşme sürecinden bireyin kendisini sorumlu tutar. Güçler perspektifi ile iyileşme yaklaşımının bir diğer ortak noktası, müracaatçı-sosyal hizmet uzmanı ilişkisine bakış açısidir. Sosyal hizmet uzmanı uygulamanın her aşamasında müracaatçı ile işbirliği yapar, onun müttefikidir, hedefleri müracaatçı ile birlikte belirler ve müracaatçının dünyasını keşfetmek için tümevarımcı bir yaklaşım benimser (Gray, 2011; Saleeby, 2011).

İyileşme yaklaşımı ile ilintili diğer yaklaşım güçlendirme yaklaşımıdır. Güçlendirme, güçler perspektifinin unsurlarındandır. Ancak güçler perspektifi özellikle ilk ortaya

çıktığı yıllarda sosyal adalet unsurunu yeterince merkeze almamakla eleştirilmiştir. Bunun da ötesinde, yaklaşım bireyin sorumluluğuna yaptığı vurgu nedeniyle fazla bireyci olmakla ve yapısal sorunları görmezden gelmekle eleştirilmiştir (Gray, 2011; Tuncay ve Erbay, 2006). Güçlendirme yaklaşımını farklı kılan, bireysel olanla yapısal olan arasındaki ilişkiyi baskı karşıtı bir perspektiften irdelemesi ve bireyin özgürleşmesi için bireysel müdahale ile yapısal müdahale arasında denge kurulması gerektiğini vurgulamasıdır (Tuncay ve Erbay, 2006). Sosyal hizmet uzmanları gerektiğinde bireyi güçlendirmeli, gerektiğinde çevreyi dönüştürerek baskılara karşı savunuculuk yapmalıdır. Güçlendirme yaklaşımı ve iyileşme yaklaşımında güçler perspektifinde görece yetersiz kalan sosyal adalet ve makro değişim vurgusu göze çarpar. Hem iyileşme yaklaşımında, hem güçlendirme yaklaşımında ötekileştirme ve nesneleştirmeye karşı mücadele verilir, baskıları yeniden üreten sistemlerin değişimi için makro uygulamaların, politik eylemin ve savunuculuğun önemine değinilir. Güçlendirme yaklaşımına göre dışsal baskılar ortadan kalkmadan, toplumsal ve kültürel bağlamlar değişmeden birey özgürleşemez (Tuncay ve Erbay, 2006). Aynı şekilde iyileşme yaklaşımına göre baskıcı ruh sağlığı sistemleri dönüşmeden, ruh sağlığı çalışanlarının tutum ve davranışları değişmeden, toplumda ruh sağlığı sorunu yaşayanlara yönelik ayrımcılık ve damgalama ortadan kalkmadan birey iyileşemez.

Güçler perspektifi ve güçlendirme yaklaşımı, iyileşme yaklaşımı ile tamamen örtüşür (Carpenter, 2002). Başka bir deyişle iyileşme yaklaşımı, güçler perspektifi ve güçlendirme yaklaşımlarının spesifik olarak ruh sağlığı alanlarına uygulanmış halidir. Literatürde de güçler yaklaşımının ruh sağlığı hizmetlerindeki izdüşümünün iyileşme odaklı yaklaşım olduğu söylenmektedir (Rapp ve Gosha, 2012). İyileşme yaklaşımı, psikiyatrik sosyal hizmet alanında uygulanmak üzere güçler perspektifinin ve güçlendirme yaklaşımının birleştirilmiş hali gibi görünmektedir.

İYİLEŞME YAKLAŞIMI ODAKLI BİR UYGULAMA MODELİ ÖRNEĞİ

İyileşme modelinin hayata geçirilmesi bütüncül bir yaklaşımla mümkündür, yani birey ve ailelerle farklı sistemler içerisinde çalışmayı gerektirir. Son yıllarda müracaatçılarının iyileşme serüveninin desteklenebilmesi için önerilen bu hizmetlerin nasıl daha etkili biçimde sunulabileceğine dair iyileşme yaklaşımına dayalı bütüncül modeller ortaya konmaktadır (Çam ve Yalçiner, 2017). Bu modeller bireyi çevresi içinde ele alan sosyal hizmet bakış açısı ile örtüşür. Burada ruh sağlığı alanındaki uygulamalarına ve sosyal

hizmet uygulamalarına yol göstermesi amacıyla iyileşme yaklaşımından yola çıkılarak geliştirilmiş Bütüncül İyileşme-yönelimli Model (*Integrated Recovery-oriented Model/IRM*) (Frost, Tirupati, Johnston, Turrell, Lewin, Sly ve Conrad, 2017) sunulacaktır. Modeldeki bütüncüllük vurgusu, sosyal hizmet disiplininin müracaatçı ve müracaatçı sistemlerini çevresi içinde ele alan bakış açısı ile örtüşmektedir. Modelin ülkelerin sistemlerine göre toplum temelli ruh sağlığı merkezleri ya da sivil toplum kuruluşları tarafından hayata geçirilmesi öngörülmüştür.

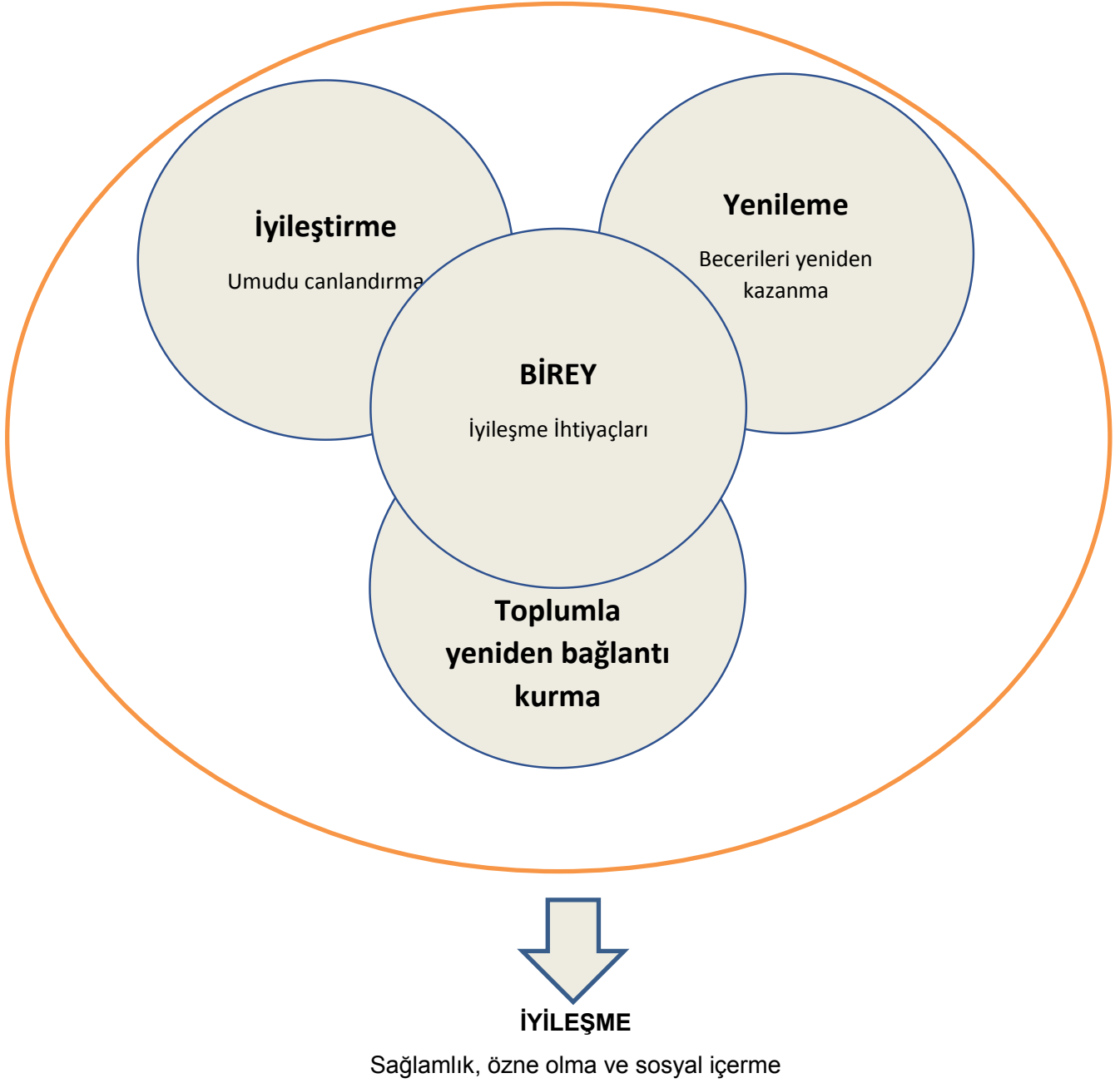
Modelde merkeze ruh sağlığı sorunu yaşayan birey ve ihtiyaçları konulur. Bireyin en temel iyileşme ihtiyaçları ve karşılaştığı sorunlar şöyledir: bilişsel süreçler, baş etme becerileri, yaşam becerileri, sosyal beceriler, istihdam, aile, damgalama, madde kullanımı, barınma, arkadaşlar, ilişkiler. Bireyin çevresinde ise profesyonellerin ve/veya akranların eşlik etmesi gereken üç temel süreç bulunur (Frost ve diğ., 2017): (1) İyileştirme, (2) Yenileme ve (3) Toplumla yeniden bağlantı kurma.

(1) İyileştirme (*Remediation*): Bu aşama müracaatçının umudunun canlandığı süreçtir. Müracaatçının hastalık teşhisini yeni aldığı ve şok, kafa karışıklığı, endişe ve red gibi deneyimler yaşadığı dönemde başlayan destektir. Bu aşamada psikolojik ve fiziksel iyi olma hali desteklenir. Müracaatçı iyileşme imkanını fark eder ve iyileşme süreci başlamış olur. İyileştirme süreci desteği, ruh sağlığı sorunu belirtileri başladığı anda müracaatçıya sunulmalıdır. Müracaatçının kendisini en kötü hissettiği dönemde sunulan iyileştirme desteği ile umut yeniden canlanır ve kısa süre içerisinde yenileme süreci başlar.

(2) Yenileme (*Restoration*): Bu aşama müracaatçının becerilerini yeniden kazandığı aşamadır. Bu aşamada müracaatçı baş etme becerilerini ve yeterliliklerini yeniden kazanması yolunda kanıta dayalı uygulamalarla desteklenir. Bu yeterlilikler arasında hastalığının belirtilerini yönetme becerileri, sosyal beceriler, bilişsel beceriler, günlük yaşam becerileri, destekli eğitim ve istihdam sayılabilir. Müracaatçı işlevselliğini yeniden kazanmaya, hayata katılmaya ve yeniden hayatının aktörü olmaya başlar. “Ben”i yeni biçimde inşa eder, becerilerini yeniden kazanarak umudunu besler. Yenileme süreci ile birlikte müracaatçının ruh sağlığındaki iyileşme başlar. Müracaatçı bilhassa hastaneden çıkıp dışarıdaki hayata yeniden adapte olma süreçlerinde zorlanabilir ve baş etme becerilerine güvenemeyebilir. Bu süreçlerde müracaatçının stresi destek sistemleri ile azaltılmalıdır.

(3) Toplumla yeniden bağlantı kurma (*Reconnection*): Bu aşamada amaç, müracaatçının iyileştirme ve yenileme aşamalarında edindiği yeni baş etme becerileri ile toplumda kendisine yeniden bir yer kazanmasıdır. Yenileme süreci ile toparlanmaya başlayan müracaatçının toplumsal hayata katılımı desteklenir. Toplumsal hayata katılım için iyileşme sürecinin tamamlanması beklenmez. Müracaatçının harekete geçme isteği hemen değerlendirilir ve toplumsal katılım desteklenir. Müracaatçı, becerileri ve aldığı destek sayesinde toplumsal hayata katılır ve yeni imkanları fark eder. Böylece toplumdaki yerini yeniden kurar, öz saygısını ve öz yeterlilik duygusunu geliştirir. Bu süreçte sivil toplum kuruluşlarının rolü önemlidir.

Her aşamasında kanıta dayalı uygulamaların sunulduğu bu süreçlerin sonucunda iyileşmenin gerçekleşmesi umulur. İyileşme süreci ile anlaşılan bireyin dayanıklılık kazanması, hayatının kontrolünü eline alması ve sosyal içermenin sağlanmasıdır. Bu süreçlerin her biri sosyal hizmet uzmanlarının mesleki becerilerini kullanabilecekleri profesyonel ilişkileri ve faaliyetleri içerir. Model aşağıdaki şekilde görselleştirilmiştir (Frost ve diğ., 2017):



Şekil 1: Bütüncül İyileşme-yönelimli Model (*Integrated Recovery-oriented Model/IRM*)¹

Sunulan bu bütüncül model hem kamu kurumlarında, hem de gelecekte ruh sağlığı alanında faaliyet gösterebilecek sivil toplum kuruluşlarında uygulamaya geçirilebilir. Sosyal hizmet uzmanları bu modelde sunulan tüm aşamalarda müracaatçılarla aktif olarak çalışabilirler. Üç aşamada da hem müracaatçı hem de yakınları ile bireysel danışmanlık, grup çalışması, psikoeğitim, aracılık, ev ve kurum ziyaretleri gibi uygulamalarla mesleki rollerini hayata geçirebilirler.

SONUÇ

Patoloji odaklı modern psikiyatriye yönelik hizmet alanlardan gelen eleştirilerin sonucunda ortaya çıkmış olan iyileşme yaklaşımı; temel değer, prensip ve unsurları itibariyle sosyal hizmet disiplini ve mesleği ile uyum içerisindedir. İyileşme sürecinde müracaatçının biricikliği, katılımı, saygınlığı ve değeri, güçleri, kaynakları, kendi kaderini tayin hakkı ve kültürel duyarlılık esas alınır. Ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin kendi hayatlarının uzmanı olduğu varsayılır ve uzman-hasta hiyerarşisi sorgulanır. Hem modern psikiyatrinin patoloji odaklı yaklaşımı, hem toplumun akıl hastalığına yönelik değer ve normları eleştirel bir bakış açısı ile masaya yatırılır. İyileşme yaklaşımı tıpkı sosyal hizmet mesleğinde olduğu gibi bireyin çevresi içinde değerlendirilmesini öngörür. Sosyal hizmet uzmanları iyileşme yaklaşımının sunduğu çerçeve ile psikiyatrik sosyal hizmet alanında mikro, mezzo ve makro düzeyde uygulamalar gerçekleştirebilir. Bireye, çevreye ve bireyin çevresi ile temas noktalarına yönelik müdahaleler tasarlayabilir. Aynı zamanda sosyal hizmet alanında sıkça kullanılan güçler yaklaşımı, ekolojik yaklaşım, yaşam modeli, baskı karşıtı uygulama gibi farklı sosyal hizmet yaklaşımlarını iyileşme yaklaşımı kapsamında hayata geçirebilirler.

İyileşme yaklaşımı pek çok ülkede -sosyal hizmete doğrudan referans verilmese de- ruh sağlığı sistemlerini sosyal hizmet bakış açısına uygun biçimde dönüştürmektedir. Sosyal hizmet uzmanları iyileşme yönelimli sistemlerde sunulan hizmetlerin her aşamasında aktif rol alabileceği gibi, literatürde de önerildiği üzere iyileşme yönelimli

¹ Şekil orijinal makaleden alınmıştır: Frost, B. G., Tirupati, S., Johnston, S., Turrell, M. Lewin, T. J., Sly, K. A., Conrad, A. M. (2017). An Integrated Recovery-oriented Model (IRM) for mental health services: evolution and challenges BMC Psychiatry, 17:22, DOI 10.1186/s12888-016-1164-3

hizmetlerde lider ve koordinatör rolü üstlenebilirler (Hyde, Bowles ve Pawar, 2013). Bu öneri ülkemiz için de geçerlidir. Ülkemizde sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki faaliyetleri halen yeterli düzeyde olmasa da, Sağlık Bakanlığı'nın ruh sağlığı hizmetlerini düzenleyen yönetmelik ve yönergelerde sosyal hizmet uzmanlarının görev tanımlarının yapılmış olması ve uzmanların hastanelerde ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde aktif rol alıyor olmaları umut vericidir. Bununla birlikte sosyal hizmet uzmanları ruh sağlığı hizmetlerinin şekillendirilmesinde öncülük etmelidir. Sosyal hizmet uzmanlarının Avrupa ülkelerinde toplum temelli hizmetlerin sunumunda koordinatör olarak görev aldığı bilinmektedir (Başer, Kırılıoğlu ve Aktaş, 2013) ve uzmanlar ruh sağlığı politikalarının dönüşüm sürecinde daha aktif olabilirler. Nitekim sosyal hizmet uzmanları ülkemizde ruh sağlığı alanındaki savunuculuk faaliyetlerinde ve ruh sağlığı yasası hazırlık süreçlerinde yer almaktadır. İyileşme yaklaşımı sosyal hizmet uzmanlarının bu alandaki politika belirleme ve savunuculuk faaliyetlerinde yol gösterici olabilir. Sosyal hizmet uzmanları hastanelerin psikiyatri birimlerindeki ve Türkiye'de hızla yaygınlaşmakta olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ndeki hizmetlerin şekillendirilmesinde ve yeni hizmet modellerinin geliştirilmesinde iyileşme yaklaşımını genel çerçeve olarak kullanabilirler. Örneğin sivil toplumun iyileşme sürecinde daha aktif çalışmasının önünü açacak yeni modeller geliştirilebilir.

Sosyal hizmet lisans eğitiminin öğrencilere müracaatçıları çevresi içinde birey yaklaşımı ile değerlendirebilecekleri formasyonu vermesi beklenmektedir. Bu anlamda sosyal hizmet uzmanları iyileşme yaklaşımını uygulamaya geçirebilecek meslek grupları arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Ancak sosyal hizmet uzmanlarının psikiyatrik sosyal hizmet alanında etkin olabilmeleri için lisans düzeyinde psikopatoloji dersinin yanı sıra ruh sağlığını toplumsal bağlamı içerisinde ve bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmelerine olanak verecek en az bir ruh sağlığı dersi de almaları yerinde olacaktır. Bu dersler bazı sosyal hizmet bölümlerinin müfredatlarında mevcuttur.

Sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında daha etkin olabilmesi için uzmanların yeterliliğinin artırılması gerekmektedir. Kurumların mevzuatına "klinik sosyal hizmet uzmanı" ya da "klinik sosyal çalışmacı" ünvanının konulması ve bu ünvanı kimlerin nasıl alabileceğinin sosyal hizmet meslek yasası ile düzenlenmesi en ideal durum olacaktır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde klinik sosyal hizmet ya da psikiyatrik sosyal hizmet alanlarında yüksek lisans yapmış kişiler devlet tarafından açılan lisans

sınavını geçip gerekli süpervizyon saatlerini tamamladıktan sonra “lisanslı klinik sosyal hizmet uzmanı” (LCSW) ünvanını alırlar (Nişancı, 2018). Lisanslı klinik sosyal hizmet uzmanları ruh sağlığı alanında psikiyatristler ve klinik psikologlarla birlikte ekip çalışmalarında yer alabilirler ve hizmetlerin sunumunda koordinatörlük yapabilirler. Ülkemizde mesleki ünvan olarak klinik sosyal hizmet uzmanının tanımlanması, klinik sosyal hizmet alanının geliştirilmesi ve bunların meslek yasası ve kurum mevzuatlarıyla düzenlenmesinin gerekliliği daha önce de dile getirilmiştir (Yanardağ ve Özmete, 2017; Başer, Kırılıoğlu ve Aktaş, 2013).

Klinik sosyal hizmet eğitimi için gerekli müfredatın ve mesleki becerilerin belirlenmesi ve yasalaşmasında sosyal hizmet alanını ve eğitimini düzenleyen kurumlara da görev düşmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri’nde Sosyal Hizmet Eğitimi Konseyi (CSWE) ruh sağlığında iyileşme yönelimli sistemlerde görev alacak sosyal hizmet uzmanları için ileri uygulama becerileri ayrıntılı şekilde belirlemiştir (Council of Social Work Education [CSWE], n.d). Bu becerilerde “iyileşme yönelimli sosyal hizmet uzmanı” (*recovery-oriented social worker*) kavramı ortaya konmuştur. Konsey ayrıca eğitim sürecinde kullanılabilecek destekleyici materyaller de geliştirmiştir (Council of Social Work Education [CSWE], n.d.). Ülkemizde bugüne değin sosyal hizmet mesleği ve eğitiminin gelişimi için çalışmış Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği ve Sosyal Hizmet Okulları Derneği gibi kurumlar benzer bir rol üstlenerek ruh sağlığı alanında iyileşme yönelimli sosyal hizmet uzmanlarının yetiştirilmesi için öncülük edebilir.

İyileşme yaklaşımı hizmet alanların savunuculuğu ile gelişmiş bir yaklaşımdır ve ülkemizde de ruh sağlığı sistemi hizmet alanların seslerinin duyurulmasında sosyal hizmet araştırması son derece önemlidir. Sosyal hizmet araştırmacıları ruh sağlığı sistemleri içinde yer almış bireylerin deneyimleri ve ruh sağlığı sistemleri üzerine nitel ve nitel araştırmalar yürütmelidir. Hizmet alanların seslerinin duyurulmasında nitel araştırmalar özellikle önemlidir. Ruh sağlığı politikalarının şekillendirilmesinde iyileşme yaklaşımının katılımcılık vurgusu ile uyum içinde olan katılımcı eylem araştırması (Ochocka, Janzen ve Nelson, 2002), *photovoice* (Catalani ve Minkler, 2009), anlatı analizi (*narrative analysis*) (Kirsh, 2000), yaşam öyküsü araştırması (Bulut, 2014) gibi yenilikçi araştırma yöntemleri etkili olabilir. Bu araştırmaları sosyal hizmet akademisyenleri yürütebileceği gibi, lisans üstü öğrenciler de iyileşme yaklaşımını geliştirmeye yönelik araştırmalar yürütmeleri konusunda desteklenebilir. Uygulamacı,

eğitimci ve araştırmacıların ortak çalışması sonucunda sosyal hizmet mesleği ve disiplini ruh sağlığı alanında iyileşme yaklaşımının yerleşmesine aracılık ve öncülük edebilir.

KAYNAKÇA

- Adams N, Compagni A, Daniels A. (2009). International pathways to mental health system transformation: Strategies and challenges. *International Journal of Mental Health*, 1, 30-45.
- Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 159–168.
- Arslan-Özkan, Okumuş, (2012). Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson'un İnsani Bakım Modeli. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 14(2), 61-72.
- Bag, B. (2018). Toplum ruh sağlığı hemşireliğinde uygulamaya yönelik bir model örneği: "Recovery". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 10(4), 471-483 doi:10.18863/pgy.375814
- Başer, D., Kırlioğlu, M., Aktaş, A. M. (2013). Sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanı olarak toplum temelli ruh sağlığı sistemi ve güncel değişimler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 179-192.
- Beresford, P. (2002) Thinking about 'mental health': Towards a social model. *Journal of Mental Health*, 11(6), 581-584, DOI: 10.1080/09638230020023921
- Bracken, P., Thomas, P. (2001). Postpsychiatry: a new direction for mental health. *Br Med J*, 322(7288), 724–727
- Bulut, S. (2014). Yaşam öyküsü araştırması. *Journal of Human Sciences*, 11(1), 880-895.
- Carpenter, J. (2002). Mental Health Recovery Paradigm: Implications for Social Work. *Health & Social Work*, 27(2), 86–94, <https://doi.org/10.1093/hsw/27.2.86>
- Corrigan, P., McCorkle, B., Schell, B., & Kidder, K. (2003). Religion and spirituality in the lives of people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 39(6), 487–499.
- Council of Social Work Education, (n.d.). Retrived July 2, 2018, from <https://www.cswe.org/Centers-Initiatives/Initiatives/Recovery-to-Practice-Initiative/Recovery-Curriculum-Support-Materials>
- Council of Social Work Education, (n.d.). Retrived June 26, 2018, from <https://www.cswe.org/getattachment/Centers-Initiatives/Institutional-Research/Recovery-to-Practice-Initiative/AdvancedSocialWorkPracticeCompetenciesinMentalHealthRecovery.pdf.aspx>

- Çam, O., Yalçiner, N. (2018). Ruhsal hastalık ve iyileşme. *J Psychiatric Nurs* 9(1):55-60, DOI: 10.14744/phd.2017.49469.
- Çam, O., Çuhadar, D. (2011). Stigma Process and Internalized Stigma among Individuals with Mental Illness. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140
- Davidson L., Tondora, J., Lawless, M. S., O'Connell, M. J., Rowe, M. (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice: Tools for transforming mental health care*. Oxford University Press.
- Deegan, P. E. (2008). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Health Care*, 25(3), 11-24, DOI: 10.1300/J010v25n03_02
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.
- Dünya Sağlık Örgütü (2017). Promoting recovery in mental health and related services. Retrieved December 2, 2017, from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254810/WHO-MSD-MHP-17.10-eng.pdf;jsessionid=925B761BBD5D1EE7639740F5EC59D796?sequence=1>
- Dünya Sağlık Örgütü (2014). Mental health: A state of well-being. Retrieved June 27, 2018, from http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- Farone, D. W. (2006) Schizophrenia, Community Integration, and Recovery. *Social Work in Mental Health*, 4(4), 21-36
- Frese, F. J., Davis, W. W. (1997). The Consumer-Survivor Movement, Recovery, and Consumer Professionals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(3), 243-245.
- Frost, B. G., Tirupati, S., Johnston, S., Turrell, M. Lewin, T. J., Sly, K. A., Conrad, A. M. (2017). An Integrated Recovery-oriented Model (IRM) for mental health services: evolution and challenges. *BMC Psychiatry*, 17(22), DOI 10.1186/s12888-016-1164-3
- Gray, M. (2011). Back to Basics: A Critique of the Strengths Perspective in Social Work. *Families in Society*, 92(1), 1-7. doi: 10.1606/1044-3894.4054
- Guidelines for Recovery-Oriented Practice [Mental Health Commission of Canada] (2015). Guidelines for Recovery-Oriented Practice. Retrieved June 18, 2018, from https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_ENG_0.pdf
- Heller, N. R., Gitterman, A. (2011). Introduction to social problems and mental health/illness. In Heller and Gitterman ed., *Mental Health and Social Problems: A Social Work Perspective*. Routledge.
- Ho, R. T. H., Chan, C. K. P., Lo, P. H. Y., Wong, P. H. Chan, C. L. W., Leung, P. P. Y., Chen, E. Y. H. (2016). Understandings of spirituality and its role in illness recovery in persons with

- schizophrenia and mental-health professionals: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 16, 86 DOI 10.1186/s12888-016-0796-7
- Hyde, B., Bowles, W., Pawar, M. (2014). *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 24, (1-2), 5–16, <http://dx.doi.org/10.1080/02185385.2014.885205>
- Karban, K. (2016). *Social Work and Mental Health*. Polity Press.
- Khoury, E., del Barrio, L. R. (2015). Recovery-Oriented Mental Health Practice: A Social Work Perspective. *The British Journal of Social Work*, 45, 27–44, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv092>
- Kirsh, B. (2000). Work, workers, and workplaces: A qualitative analysis of narratives of mental health consumers. *Journal of Rehabilitation*, 66(4), 24-30.
- Lacasse, J. R., & Gomory, T. (2003). Is graduate social work education promoting a critical approach to mental health practice? *Journal of Social Work Education*, 39(3), 383–408.
- Leung, J. T. Y. (2015). The strengths model: a recovery-oriented approach to mental health services. *China Journal of Social Work*, 8:1, 84-86, DOI: 10.1080/17525098.2015.1009138
- Mulvany, J. (2000). Disability, impairment or illness? The relevance of the social model of disability to the study of mental disorder. *Sociology of Health and Illness*, 22(5), 582-601.
- National Association of Social Workers [NASW]. (2017). *Code of ethics of the National Association of Social Workers*. Retrieved June 15, 2018, from <https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics/Code-of-Ethics-English>
- Nişancı, A. (2018). *Kimler psikoterapi yapabilir? ABD örneğinde sosyal hizmet ve danışmanlık meslekleri üzerine bir değerlendirme*. Retrieved July 3, 2018, from <https://sosyalhizmetseruveni.wordpress.com/2018/06/11/kimler-psikoterapi-yapabilir-abd-orneğinde-sosyal-hizmet-ve-danismanlik-meslekleri-uzerine-bir-degerlendirme/>
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9-22. <http://dx.doi.org/10.2975/31.1.2007.9.22>
- Ochocka, J., Janzen, R., & Nelson, G. (2002). Sharing power and knowledge: Professional and mental health consumer/survivor researchers working together in a participatory action research project. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 379-387.
- <http://dx.doi.org/10.1037/h0094999>
- Oral, M., Tuncay, T. (2012). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2):93-114.

- Organizing Recovery-Oriented Systems [Substance Abuse and Mental Health Services Organization (SAMHSA)]* (2012). Retrieved June 17, 2008, from <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/expert-panel-05222012.pdf>
- Piat, M., Sabetti, J. (2009). The Development of a Recovery-Oriented Mental Health System in Canada: What the Experience of Commonwealth Countries Tells Us. *Can J Commun Ment Health*, 28(2), 17-33. doi: 10.7870/cjcmh-2009-0020
- Rapp, C. A., Goscha, R. J. (2012). The strengths model: a recovery-oriented approach to mental health services, 3rd ed., New York, Oxford University Press.
- Recovery Oriented Mental Health Models [Sax Institute]* (2016). Retrieved June 17, 2018, from https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0019/395002/Recovery-oriented-community-mental-health-models-SAX-REPORT.pdf
- Repper, J. and Carter T. (2011). A Review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411.
- Russinova, Z., Blanch, A. (2007). Supported spirituality: A new frontier in the recovery-oriented mental health system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30 (4), 247-249
- Sağlık Bakanlığı (2018). 2018 Yılı Bütçe Sunumu TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu. Retrieved November 27, 2018, from https://sgb.saglik.gov.tr/Shared%20Documents/2018_Yili_Plan_Butce_Sunumu_14_11_2017.pdf
- Sağlık Bakanlığı (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. Retrieved June 28, 2018, from <https://www.psikolog.org.tr/doc/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf>
- Saleebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. *Social Work*, 41(3), 296-305 DOI <https://doi.org/10.1093/sw/41.3.296>
- Saleebey, D. (2011). Some basic ideas about the strengths perspective. *Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches* pp. 477-485. Oxford: Oxford University Press.
- Soygür, H. (2016). Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri: Quo Vadis? *Arch Neuropsychiatr*, 53, 1-3 DOI: 10.5152/npa.2016.15022016
- Starnino, V. R. (2009). An Integral Approach to Mental Health Recovery: Implications for Social Work. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 19(7) 820-842. doi: <https://doi.org/10.1080/10911350902988019>
- Staudt, M., Howardw, M. O., & Drake, B. (2001). The operationalization, implementation, and effectiveness of the strengths perspective. *Journal of Social Service Research*, 27(3), 1-21.

- Şenocak, S. Ü., Arslantaş, H., Yüksel, R. (2019). Psikiyatrik iyileşmede yeni bir yönelim: İyileşme odaklı yaklaşım. *Archives Medical Review Journal*, 28, 1-1.
- Tew, J. (2005). Chapter 1: Core themes of social perspectives. In J. Tew. (Ed.), *Social perspectives in mental health* (pp. 13-32). London and Philedelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Tuncay, T., Erbay, E. (2006). Sosyal Hizmetin Temel Hedefi: Sosyal Adalet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 17(1), 53-69.
- Whitley, R., Strickler, D., Drake, R. E. (2012). Recovery Centers for People with Severe Mental Illness: A Survey of Programs. *Community Ment Health J*, 48, 547-556. doi: 10.1007/s10597-011-9427-4
- Yanardağ, M. Z., Özmete, E. (2017). Bir mesleki uygulama alanı olarak geçmişten geleceğe klinik sosyal hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 28(1), 203-226.
- Yanos, P. T., Roe, D., Lysaker, P. H. (2011). Narrative Enhancement and Cognitive Therapy: A New Group-Based Treatment for Internalized Stigma Among Persons with Severe Mental Illness. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61, (4): 576-595. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2011.61.4.576>
- Yılmaz, V. (2012). İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler. Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi (Rusihak) Raporu. Retrived June 17, 2018, from http://aciktoplumvakfi.org.tr/pdf/RUSIHAK_Turkiye_de_Ruh_Sagligi_Politikalari.pdf
- Young, S., & Ensing, D. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22 (3): 219-239.
- Zastrow, C. (2013). *Sosyal Hizmete Giriş* (A. Aykara, Trans.). Ankara: Nika Yayınları.