

**T.C.**  
**MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI**

**Hacer ÇELİK**

**SOSYAL HİZMET AKADEMİSYENLERİ PERSPEKTİFİNDEN**  
**TÜRKİYE'DE KLİNİK SOSYAL HİZMET**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MUŞ-2025**



**T.C.**  
**MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI**

**Hacer ÇELİK**

**SOSYAL HİZMET AKADEMİSYENLERİ PERSPEKTİFİNDEN**  
**TÜRKİYE'DE KLİNİK SOSYAL HİZMET**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ JÜRİ ÜYELERİ**

**Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ümmet ERKAN**

**Jüri Üyesi : Doç. Dr. Aysin ÇETİNKAYA BÜYÜKBODUR**

**Jüri Üyesi : Doç. Dr. Metin ERDEM**

**MUŞ-2025**

## İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>I</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VI</b>
<b>ÖN SÖZ</b> .....	<b>VIII</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>IX</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>X</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>XI</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>

## BİRİNCİ BÖLÜM

### KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

<b>1.1. KLİNİK SOSYAL HİZMET</b> .....	<b>6</b>
<b>1.2. KLİNİK SOSYAL HİZMET'İN TARİHÇESİ</b> .....	<b>9</b>
<b>1.3. KLİNİK SOSYAL HİZMET UZMANI</b> .....	<b>13</b>
<b>1.4. KLİNİK SOSYAL HİZMET UYGULAMASI</b> .....	<b>17</b>
1.4.1. Klinik Sosyal Hizmet Uygulamasının Boyutları.....	20
1.4.1.1. Çocuklar ve Ergenlerle Klinik Sosyal Hizmet .....	20
1.4.1.2. Yetişkinlerle Klinik Sosyal Hizmet.....	22
1.4.1.3. Yaşlılarla Klinik Sosyal Hizmet .....	24
1.4.1.4. Çift, Aile ve Gruplarla Klinik Sosyal Hizmet .....	28
1.4.2. Klinik Sosyal Hizmetin Uygulama Ortamları .....	31
<b>1.5. KLİNİK SOSYAL HİZMET UYGULAMASINDA SÜPERVİZYON</b> .....	<b>34</b>
<b>1.6. KLİNİK SOSYAL HİZMET KURAM VE YAKLAŞIMLARI</b> .....	<b>38</b>
1.5.1. Sistem Kuramı .....	38
1.5.2. Ekolojik Yaklaşım ve Ekosistem Yaklaşımı .....	43
1.5.3. Psikanalitik ve Neoanalitik Yaklaşımlar .....	47
1.5.3.1. Klasik Psikanaliz .....	47
1.5.3.2. Ego Psikolojisi .....	54
1.5.3.3. Nesne İlişkileri Kuramı .....	54
1.5.3.4. Kendilik (Self, Benlik) Psikolojisi .....	55
1.5.3.5. İlişkisel Psikanaliz .....	56

1.5.4. Bilişsel Davranışçı Terapi .....	58
1.5.5. Transaksiyonel Analiz .....	62
1.5.5.1. Temel Yaşam Pozisyonları .....	63
1.5.5.2. Ego Durumları .....	64
1.5.6. Çözüm Odaklı Terapi .....	66
1.5.6.1. Uygulamada Çözüm Odaklı Yaklaşım .....	67
1.5.6.2. Terapötik Teknikler .....	67
1.5.7. Krize Müdahale .....	70
1.5.8. Görev Merkezli Yaklaşım .....	72
1.5.9. Anlatı Terapisi .....	73
1.5.10. İnsancıl/Varoluşçu Yaklaşımlar .....	75
1.5.10.1. İnsancıl Yaklaşım .....	75
1.5.10.2. Kişi Merkezli Yaklaşım .....	76
1.5.10.3. Varoluşçu Yaklaşım .....	77
1.5.11. Aile Terapisi .....	78
1.5.11.1. Bowen Terapi (Aile Sistemleri Terapisi) .....	79
1.5.11.2. Virginia Satir Aile Terapisi Modeli .....	80
1.5.11.3. İmago İlişki Terapisi .....	81
1.5.12. Oyun Terapisi .....	82
<b>1.4. TÜRKİYE’DE KLİNİK SOSYAL HİZMET .....</b>	<b>85</b>

## İKİNCİ BÖLÜM

### ARAŞTIRMANIN METODU

<b>2.1. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....</b>	<b>88</b>
2.1.1. Nitel Araştırma .....	88
2.1.1.1. Fenomenolojik Desen .....	88
<b>2.2. ARAŞTIRMANIN ÇALIŞMA GRUBU .....</b>	<b>89</b>
2.2.1. Amaçlı Örneklem .....	89
<b>2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....</b>	<b>89</b>
<b>2.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE ANALİZİ .....</b>	<b>90</b>
<b>2.5. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ .....</b>	<b>91</b>
<b>2.6. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK .....</b>	<b>92</b>

**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**  
**BULGULAR VE YORUMLAR**

<b>3.1. DEMOGRAFİK BİLGİLER.....</b>	<b>94</b>
<b>3.2. KLİNİK SOSYAL HİZMET .....</b>	<b>96</b>
3.2.1. Tanım .....	96
3.2.2. Türkiye ve Yurt Dışı Karşılaştırması .....	98
3.2.2.1. Tanım ve Uygulama .....	98
3.2.2.2. Eğitim ve Süpervizyon .....	100
3.2.3. Müdahale Alanları, Konuları ve Ortamları .....	105
3.2.4. Önemi .....	108
3.2.5. Kavram Karmaşası .....	109
3.2.6. Akademik Çalışmalar ve Akademisyen Sayısı .....	113
3.2.7. Mevcut Uygulama ve Yasal Karşılık .....	116
3.2.7. Bilinirlik .....	120
3.2.8. Temsiliyet.....	122
3.2.9. Öznel Deneyimler .....	123
3.2.10. Engeller ve Öneriler .....	128
3.2.11. Klinik Odaklı Lisansüstü Programlar.....	134
<b>SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER.....</b>	<b>136</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>158</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>172</b>

## ÖZET

### YÜKSEK LİSANS TEZİ

## SOSYAL HİZMET AKADEMİSYENLERİ PERSPEKTİFİNDEN TÜRKİYE'DE KLİNİK SOSYAL HİZMET

**Hacer ÇELİK**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ümmet ERKAN**

**2025, 189 sayfa**

Klinik sosyal hizmet, birey, aile ve diğer küçük grupların biyopsikososyal, duygusal ve ruhsal işlevselliğini geliştirmek amacıyla psikososyal değerlendirme, psikoterapi, danışmanlık ve müdahaleyi içeren profesyonel bir uygulama alanıdır. Psikososyal işlev bozuklukları, krize müdahale, madde bağımlılığı, kronik hastalıklar ve yetiyitimi klinik sosyal hizmetin müdahale alanı içerisinde yer almaktadır. Klinik sosyal hizmet uygulaması bütüncül bir yaklaşım ve danışanın çevresiyle olan ilişkilerine odaklanmaktadır.

Türkiye’de klinik sosyal hizmetin kurumsal düzeyde tanımı ve uygulama standartları belirlenmemiş olmakla birlikte son yıllarda sosyal hizmet uzmanlarının ve sosyal hizmet akademisyenlerinin klinik alana yönelmesiyle uygulama ve akademik çalışmaların artışına ilişkin olarak giderek önem kazanan ve gelişme sürecinde olan bir uzmanlaşma alanıdır.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de klinik sosyal hizmetin sosyal hizmet akademisyenleri tarafından değerlendirilmesini sağlamaktır. Araştırmada nitel araştırma yöntemi ve fenomenolojik desen kullanılmıştır. Bulgular, görüşme formu aracılığıyla 18 katılımcıdan elde edilmiştir. Görüşmelerden elde edilen veriler MAXQDA 2024 veri analiz programı ile temalara ayrılmış ve analiz edilmiştir. Araştırmanın bulguları klinik sosyal hizmet teması altında 11 alt temaya ayrılmıştır. Alt temalar; Tanım, Türkiye ve Yurt Dışı Karşılaştırması, Müdahale Alanları, Konuları ve Ortamları, Önemi, Kavram Karmaşası, Akademik Çalışmalar ve Akademisyen Sayısı, Mevcut Uygulama ve Yasal Karşılık, Bilinirlik, Temsiliyet, Öznel Deneyimler, Engeller ve Öneriler ve Klinik Odaklı Lisansüstü Programlardır.

Araştırmanın sonuçlarına göre; Türkiye’de klinik sosyal hizmete ilişkin tanım birliği bulunmamakla birlikte kurumsal düzeyde tanıma ihtiyaç duyulmaktadır. Türkiye’de klinik odaklı sosyal hizmet yüksek lisans programı resmi olarak

bulunmamaktadır. Klinik odaklı sosyal hizmet doktora programı sadece bir tane bulunmaktadır. Türkiye’de lisansüstü eğitimde klinik odaklı programlara ihtiyaç duyulmaktadır. Türkiye’de klinik sosyal hizmete yönelik yasal düzenlemeler bulunmadığı için bazı kurum, kuruluş ve sivil toplum örgütlerinde görev yapan sosyal hizmet uzmanları kendi inisiyatifleri doğrultusunda kısıtlı bir şekilde klinik sosyal hizmet uygulamaları gerçekleştirmektedir. Türkiye’de terapi ekolleri alan sosyal hizmet uzmanları özel danışmanlık merkezlerinde psikoterapi ve danışmanlık hizmetleri vermektedir. Türkiye’de klinik sosyal hizmete ilişkin akademik çalışmalar yakın dönemde yapılmaya başlasa da akademik çalışmalar yetersizdir. Bu alanda uzmanlaşmış akademisyen sayısı azdır. Türkiye’de klinik sosyal hizmetin bilinirliği yeteri düzeyde değildir. Türkiye’de klinik sosyal hizmetin savunuculuğunu yapan sivil toplum örgütü bulunmamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Klinik sosyal hizmet, klinik sosyal hizmet uygulaması, sosyal hizmet, terapötik ilişki, psikoterapi.

**ABSTRACT**  
**MASTER'S THESIS**  
**CLINICAL SOCIAL WORK IN TÜRKİYE FROM THE PERSPECTIVE OF**  
**SOCIAL WORK ACADEMICS**

**Hacer ÇELİK**

**Advisor: Assoc. Prof. Ümmet ERKAN**

**2025, Page: 189**

Clinical social work is a professional field of practice that includes psychosocial assessment, psychotherapy, counseling and intervention to improve the biopsychosocial, emotional and spiritual functioning of individuals, families and other small groups. Psychosocial dysfunctions, crisis intervention, substance abuse, chronic diseases and disability are within the intervention area of clinical social work. Clinical social work practice focuses on a holistic approach and the client's relationships with his/her environment.

Although the professional definition and standards of clinical social work at the institutional level have not been determined in Türkiye, it is an area of specialization that has been gaining importance and is in the process of development in relation to the increase in practice and academic studies with the orientation of social workers and social work academics to the clinical field in recent years.

The aim of this study is to evaluate clinical social work in Türkiye by social work academics. Qualitative research methods and a phenomenological design were used in the study. Data were obtained from 18 participants through interview forms. The data obtained from the interviews were categorized into themes and analyzed using the MAXQDA 2024 data analysis program. The findings of the study were divided into 11 sub-themes under the theme of clinical social work. The sub-themes are: Definition, Comparison Between Türkiye and Abroad, Areas of Intervention, Topics and Environments, Importance, Conceptual Confusion, Academic Studies and Number of Academics, Current Practice and Legal Equivalents, Awareness, Representation, Subjective Experiences, Barriers and Recommendations, and Clinical-Focused Graduate Programs.

According to the results of the study, there is no unity in the definition of clinical social work in Türkiye and there is a need for definition at the institutional level. There is no official master's degree program in clinical social work in Türkiye. There is only one clinically focused social work doctoral program. There is a need for clinically focused programs in postgraduate education in Türkiye. Since there are no legal regulations for clinical social work in Türkiye, social workers working in some institutions, organizations and non-governmental organizations carry out clinical social work practices in a limited way on their own initiative. In Türkiye, social workers who receive therapy schools provide psychotherapy and counseling services in private counseling centers. Although academic studies on clinical social work in Türkiye have started to be conducted recently, academic studies are insufficient. The number of academics specialized in this field is small. The awareness of clinical social work in Turkey is not at a sufficient level. There are no civil society organizations advocating for clinical social work in Türkiye.

**Key Words:** Clinical social work, clinical social work practice, social work, therapeutic relationship, psychotherapy.

## ÖN SÖZ

Tez sürecimde bana istediğim konu üzerinde çalışma fırsatı sunan, değerli vaktini ayırıp bana rehberlik eden, öğrencisi olmaktan mutluluk duyduğum saygıdeğer tez danışmanım Doç. Dr. Ümmet Erkan'a teşekkürlerimi sunarım.

Klinik sosyal hizmet alanıyla beni tanıştıran, bilgi ve deneyimini her daim öğrencileriyle paylaşan çok kıymetli hocam Doç. Dr. Ayşin Çetinkaya Büyükbodur'a teşekkürlerimi sunarım.

Bilgi ve deneyimlerinden sıkça istifade ettiğim Doç. Dr. Metin Erdem hocama teşekkürü bir borç bilirim.

Çalışmama katkı sunarak kıymetli vaktini, bilgi ve deneyimini paylaşan sosyal hizmet akademisyenlerine teşekkürü bir borç bilirim. Katkılarınız, klinik sosyal hizmet alanı üzerine düşünme ve derinleşme sürecimde bana yol göstermiş; bu çalışmanın hem zorlukları hem de üretkenliğiyle ne denli öğretici ve anlamlı bir deneyim sunduğunu göstermiştir.

Yanımda olduklarını bilmekten güç aldığım kıymetli babam Yusuf Çelik, ağabeylerim Ali Çelik ve Ömer Çelik, yengem Seçgil Çelik ve canım yeğenlerime yürekten teşekkür ederim.

Kıymetli dostlarım Öğr. Gör. Rukiye Şimşek'e, Şirin Kılıçdoğan'a ve Sümeyra Turgut'a yürekten teşekkür ederim. Yanımda olduğunuzu bilmek güç veriyor. İyi ki varsınız.

Yüksek lisans sürecimde tüm derslere birlikte gittiğim; bu çalışmanın ortaya çıkmasında benim kadar fedakârlık gösteren ve emek veren canım oğlum Muhammed'im ve kıymetli annem Cemile Çelik'e yürekten teşekkür ederim.

Bana verdiği tüm nimetler için Rabbime hamd ederim.

**Muş-2025**

**Hacer ÇELİK**

## KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ABE	: American Board of Examiners in Clinical Social Work
ABCSW	: American Board of Clinical Social Work
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
AMATEM	: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi
ASWB	: Association of Social Work Boards
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
CFSW	: Clinical Federation Social Work
COS	: Charity Organization Societies
CSWA	: Clinical Social Work Association
CSWE	: Council on Social Work Education
ÇEMATEM	: Çocuk/Ergen Madde Bağımlılığı Merkezi
ÇÖZGEM	: Çok Disiplinli Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IASSW	: International Association of Schools of Social Work
LCSW	: Licensed Clinical Social Worker
MSW	: Master of Social Work
NASW	: National Association of Social Workers
NFSCSW	: National Federation of Societies for Clinical Social Work
PDR	: Psikolojik Rehberlik ve Danışmanlık
SHUDER	: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği
SHOD	: Sosyal Hizmet Okulları Derneği
STK	: Sivil Toplum Kuruluşu
TA	: Transaksiyonel Analiz
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YEDAM	: Yeşilay Danışmanlık Merkezi
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurumu
Çev.	: Çeviren, Çeviri
Ed.	: Editör

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Akademik Unvan ve Cinsiyet Dağılımı.....	94
---	----



## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Kod Bulutu.....	95
Şekil 3.2. Alt Temalar .....	96



## GİRİŞ

Sosyal hizmet, çok yönlü yapısıyla farklı sorunlara uygulanabilir bir disiplindir. Sosyal hizmet uzmanları, insanlar ve onların sosyal çevreleri arasındaki etkileşimden kaynaklanan farklı sorunlara yönelik geniş bir hizmet alanında faaliyet göstermektedir. Farklı alanlarda farklı birey ve toplumsal gruplarla çalışır ve uygulamalarda farklı yaklaşımlar kullanırlar. İnsanlara doğrudan hizmet vermeyi planlar, organize eder, sunar ve bu hizmetleri yönetirler. Birey, grup, topluluk ve örgütsel düzeyde sistemlere müdahale ederler. Sosyal hizmet uzmanları tüm bu çeşitlilikler içerisinde birey, grup ve topluluklara yardım etmeye çalışmakta; bu hizmetlere yönelik süreçleri bütünleştirmek için ortak amaç, bilgi, beceri ve değerler oluşturmuştur. Ayrıca sosyal hizmet disiplini geniş uygulama alanıyla sürekli değişen ve gelişen bir disiplindir. Bu bağlamda mesleğin etrafında birleştiği kabul edilmiş tek uygulama şekli yoktur. Her uygulama kendi içerisinde farklı amaç, bilgi, beceri ve teoriyi; her teori, yaklaşım ya da müdahale modelleri de kendi değer, amaç, bilgi ve tekniklerini de beraberinde getirir. Entegre teorilerin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi; bunların farklı müracaatçılar, sorunlar ya da kurumlarda kullanılmasını sağlar. Sosyal hizmet, entegre teorilerin kullanılmasıyla psikososyal sorunların önlenmesi ve tedavisini, psikososyal işlevselliğin geliştirilmesini ve insanlar arasındaki etkileşimde olumlu değişiklikler yapmayı hedeflemektedir (Northen, 1982: 1-12).

Sosyal hizmetin en önemli uygulama alanlarından biri de klinik sosyal hizmettir. Klinik sosyal hizmet, sosyal hizmet etiği ve değerlerine bağlıdır ancak eğitimsel hazırlık, bilgi, oryantasyon, terapötik yetenekler ve ortak değerlerin kullanılmasıyla diğer sosyal hizmet uygulama türlerinden ayrılmaktadır. Klinik sosyal hizmet alanıyla yakın etkileşim içinde olan psikiyatri ve klinik psikoloji gibi farklı disiplinler vardır. Bu üç disiplin aynı ortamlarda multidisipliner şekilde çalışır ve çoğu zaman aynı işi yapabilir. Buradaki fark, disiplinlerdeki eğitim süreçlerinin birbirinden farklı olmasıdır. Sosyal hizmet uzmanının ayırt edici farkı sosyal hizmet mesleğinin bilgi, beceri ve değerleriyle uygulamaya yönelmesidir. Klinik sosyal hizmet; sosyal hizmetin önemli kavramlarını bireyler, aileler ve gruplara yönelik uygulamalarda çevresel bir bağlamda insan davranışı ve ihtiyaçlarıyla bütünleştirmektedir (Pinkus vd. 1977: 257).

NASW'a (National Association of Social Workers- ABD'nin [Amerika Birleşik Devletleri] Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği) göre klinik sosyal hizmet; duygusal ve davranışsal bozuklukların, ruhsal hastalıkların değerlendirilmesi, teşhisi, tedavisi ve önlenmesine odaklanan sosyal hizmetin bir uzmanlık alanıdır. Birey, grup ve aile terapileri yaygın olan uygulama biçimleridir. Klinik sosyal hizmet uygulamaları lisanslı sosyal hizmet uzmanları tarafından sağlanır (<https://www.socialworkers.org>). Frank'a (1980: 193) göre klinik sosyal hizmet insanların iç kaynaklarını (psişik donanımlarını) desteklemek, teşvik etmek ve artırmak amacıyla yapılan tedavi süreçleridir.

Klinik sosyal hizmet müdahalesi; sosyal hizmet kuram ve yöntemlerinin bireyler, aileler ve diğer küçük grupların yaşadığı psikososyal sorunların çözümü ve önlenmesi için kullanır. Bu sorunlar; zihinsel, duygusal ve davranışsal bozuklukları, engelleri ve zorlukları içermektedir. Klinik uygulama, sosyal hizmet mesleğinin değerlerinden beslenir bu nedenle baskı ve savunmasızlık yaşayan müracaatçıları güçlendirerek sosyal ve ekonomik adaleti ve insan haklarını savunur. Klinik sosyal hizmet uygulamaları, gelişim teorilerinin psikososyal bağlamda uygulanmasına dayanır ve insani çeşitliliğe ve çok kültürlülüğe odaklanır. Klinik sosyal hizmet uzmanları, müracaatçıların psikososyal değişimi gerçekleştirmelerine; sosyal ve ekonomik kaynaklara erişimlerini artırmalarına ve güçlü yönleri ve kapasitelerini korumalarına yardımcı olur. Klinik değerlendirme sosyal ve politik sistemlerin müracaatçı üzerindeki etkisini içerirken; klinik müdahale terapötik, destekleyici, eğitici ve savunuculuk faaliyetlerini içermektedir (Walsh, 2010:18).

Klinik sosyal hizmetin amacı, psikososyal işlevselliğin iyileştirilmesi, uyumlu ve esnek kalıpları destekleyebilen bir ortamda bireysel davranış seçeneklerinin genişletilmesidir. Bu hedefler; insan onuruna ve toplumun tüm üyeleri için ortak bir sorumluluğun gerekliliğine olan inanç temeline dayanır. Klinik sosyal hizmet; biyopsikososyal bir sistem olarak bireyler, çiftler, aileler ve diğer küçük gruplar düzeyinde uygulamalar sunmaktadır. Klinik sosyal hizmet uygulamaları; gelecekteki zorlukların önlenmesine, mevcut sorunlarla etkili bir şekilde başa çıkılmasına, elde edilen başa çıkma kapasitelerinin devamlılığının sağlanmasına ve geçmişten gelen problemlerin etkisinin giderilmesine yöneliktir (Saari, 1986: 11-12).

Klinik sosyal hizmet ABD’de bilimsel bir alt disiplin olarak kabul edilmiş ve gelişmekte olan bir alandır. Klinik sosyal hizmet uygulamaları ilk başta psikiyatrik sosyal hizmet adı altında yürütülmekteydi. 1931 yılında Edith Abbott tarafından ilk defa klinik sosyal hizmet kavramı kullanılmış ve bu kavramın kullanılması yaygınlık göstermiştir. 1952 yılında CSWE, 1955 yılında NASW kurulmuştur. Tüm gelişmeler klinik sosyal hizmetin profesyonel bir uygulama alanı olarak tanınmasına katkı sağlasa da bu konuda dönüm noktası 1971 yılında Ulusal Klinik Sosyal Hizmet Dernekleri Federasyonu’nun kurulması olmuştur. Federasyonun ardından 1972 yılında Klinik Sosyal Hizmet Dergisi kurulmuş ve 1978 yılında NASW tarafından klinik sosyal hizmetin ilk kapsamlı tanımı geliştirilmiştir (Ünlü, 2023; Pauls, 2013; Streat, 1992).

Türkiye’de klinik sosyal hizmet uygulamaları tıbbi-psikiyatrik sosyal hizmet alanında gelişim göstermeye başlamıştır. 1961 yılında Sosyal Hizmet Akademisinin kurulmasıyla Türkiye’de sosyal hizmet mesleğinin profesyonel temelleri atılmıştır. 1966 yılında bir sosyal hizmet uzmanının Hacettepe Üniversitesi Hastanesine atanmasıyla tıbbi sosyal hizmet alanında sosyal hizmet uygulamaları başlamıştır. 1967 yılında Bakırköy Akıl Hastanesi’ne ilk sosyal hizmet uzmanının atanmasıyla psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları başlamıştır. 1983 yılında yayınlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1998 yılında ise Hasta Hakları Yönetmeliği, 2006 yılında Ulusak Ruh Sağlığı Politikası, 2011 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011 yılında yayınlanan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge 2015 yılında yayınlanan Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği tıbbi sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet ve klinik sosyal hizmetin gelişimindeki temellerdir (Özbesler, 2017; Özdemir, 2019; <https://www.mevzuat.gov.tr>; Ünlü, 2023).

### **Araştırmanın Konusu ve Amacı**

Klinik sosyal hizmet, Türkiye’de henüz kurumsal bir yapıya kavuşmamış, uygulama standartları tam olarak belirlenmemiş bir alanıdır. Sosyal hizmet mesleği doğası gereği uygulamaya dayalı bir disiplin olmakla birlikte sosyal hizmetin uzmanlaşmış bir uygulama alanı olan klinik sosyal hizmet; modern toplumların karmaşık ve derinleşen sorunlarına yönelik psikososyal ihtiyaçların giderilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Ancak ülkemizde klinik sosyal hizmet alanında önemli eksiklikler

bulunmakta. Klinik sosyal hizmet uygulamaları tıbbi-psikiyatrik sosyal hizmet çatısı altında sınırlı ve dağınık bir biçimde sürdürülmektedir.

Türkiye’de klinik sosyal hizmetin tanımlanması konusunda da bir kavram karmaşası yaşanmaktadır. Klinik sosyal hizmet özellikle yurt dışında birçok ülkede sosyal hizmet mesleği içerisinde ayrı bir uygulama alanı olarak resmileşmiş, tanımı ve uygulama standartları belirlenmişken Türkiye’de durum böyle değildir. Klinik sosyal hizmetin tanımı, uygulama standartları ve gerekli yasal düzenlemelerin olmayışı Türkiye’de klinik sosyal hizmetin gelişimini engellemektedir.

Bu çalışmanın konusu, Türkiye’de klinik sosyal hizmetin mevcut durumunun sosyal hizmet akademisyenleri perspektifinden ele alınmasıdır. Bu çalışmada klinik sosyal hizmet alanının mevcut durumu, alanda var olan eksiklikler, engeller ve bireysel çabalarla yürütülen uygulamalar, akademik çalışmalar ve terapötik eğitimler konu edilmiştir.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de klinik sosyal hizmetin bu alanda çalışmalar yürüten sosyal hizmet akademisyenleri tarafından değerlendirilmesini sağlamaktır. Bu çalışmada klinik sosyal hizmetin gelişim süreci, uygulamada karşılaşılan sorunlar ve alanın geleceği ile ilgili değerlendirmelerinin alınması amaçlanmıştır. Bu alanda çalışmalar yürüten sosyal hizmet akademisyenlerinin deneyimleri ve değerlendirmelerinin keşfedilerek Türkiye’de klinik sosyal hizmet alanındaki mevcut durumun ortaya konulması ve klinik sosyal hizmet literatürüne katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

### **Araştırmanın Önemi**

Sosyal hizmet mesleğinin uygulama alanlarından biri olan klinik sosyal hizmetin önemi dünyada ve ülkemizde artmaktadır. Artan sosyal sorunlar karşısında bireyler ve gruplara yönelik uygulamalar klinik sosyal hizmetin önemini arttırmıştır. Çalışma, tamamen kendi çabalarıyla klinik sosyal hizmet alanında çalışmalar yürüten sosyal hizmet uzmanlarının ve akademisyenlerinin teori ve uygulamada karşılaştığı zorlukların ortaya koyulması açısından önem taşımaktadır. Klinik sosyal hizmet, birey, grup, topluluk ve toplumun karşı karşıya kaldığı sorunlara yönelik müdahaleler geliştirmesi açısından önemlidir. Yine bu çalışma, klinik sosyal hizmetin gelişiminin önündeki engellerin tartışılması ve engellerin aşılmasına yönelik öneriler sunması açısından

önemlidir. Bu araştırma, Türkiye’de klinik sosyal hizmete yönelik ilk kapsamlı çalışmalardan biri olması nedeniyle alanın gelişimine büyük bir katkı sağlayacaktır.

### **Araştırmanın Soruları**

Bu çalışmanın konusu ve amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevaplar aranmıştır.

- 1- Klinik sosyal hizmetin önemi nedir?
- 2- Türkiye’de klinik sosyal hizmetin mevcut durumu nedir?
- 3- Türkiye’ de klinik sosyal hizmetin kurumsal düzeyde bir tanımı ve tanım birliği var mıdır?
- 4- Türkiye’de klinik sosyal hizmetin müdahale alanları ve konuları nelerdir?
- 5- Türkiye’de klinik sosyal hizmet eğitiminin ve uygulamasının standartları var mıdır?
- 6- Klinik sosyal hizmetin gelişmesi için yapılması gerekenler nelerdir?

### **Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları**

Bu çalışma, araştırmaya gönüllü olarak katılan 18 sosyal hizmet akademisyeni ile 10.04.2025-03.05.2025 tarihleri arasında yapılan Ek-1’de yer alan yarı yapılandırılmış görüşme sorularının sonuçlarını kapsamaktadır. Araştırmanın kapsamı, 18 katılımcı ile sınırlı kalmıştır.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde klinik sosyal hizmetin kavramsal ve kuramsal çerçevesi içerisinde klinik sosyal hizmetin tanımı, tarihçesi, klinik sosyal hizmet yaklaşım ve teorilerinin açıklanması ve Türkiye’de klinik sosyal hizmetin gelişim süreci ve mevcut durumunun analiz edilmesi amaçlanmıştır

#### 1.1. KLİNİK SOSYAL HİZMET

Klinik sosyal hizmet, uygulamalı bir disiplin olan sosyal hizmet mesleğinin en önemli alanlarından biridir. Klinik sosyal hizmet, uzun süre psikiyatrik sosyal hizmetin alt dallarından biri olarak öne çıkmıştır. Klinik sosyal hizmet; bireyler, aileler ve grupların duygusal ve davranışsal bozukluklarının değerlendirilmesi, teşhisi, tedavisi ve önlenmesine odaklanarak, onların psikososyal işlevselliğini sağlamak ve geliştirmek için psikososyal müdahale yöntemleriyle psikososyal sağlığın korunmasını amaçlayan ileri bir uzmanlık alanıdır (Ünlü, 2023: 3).

Klinik sosyal hizmetin birincil odak noktası; bireyler, çiftler, aileler ve grupların zihinsel, duygusal ve davranışsal iyilik halleridir. Klinik sosyal hizmetin diğer bir odak noktası psikoterapide bütüncül bir yaklaşım ve danışanın çevresiyle olan ilişkileridir. Klinik sosyal hizmette müracaatçının çevresiyle olan ilişkileri tedavi planlamasının bir gereğidir. Klinik sosyal hizmet geniş tabanlı bir uygulama alanıdır. Mental bozukluklar ve davranış bozuklukları da dâhil olmak üzere yaşamın beraberinde getirdiği zorluklar ve tüm koşullardan etkilenen bireyler, çiftler, aileler ve grupların ihtiyaçları klinik sosyal hizmetin ele aldığı konulardır (National Association of Social Workers [NAWS], 2005: 7-8).

Klinik sosyal hizmet; mental ve duygusal bozukluklar, psikososyal işlev bozuklukları, yetiyitimi ve önlenmesi için sosyal hizmet teori ve yöntemlerinin profesyonel olarak uygulanmasıdır. Klinik sosyal hizmet, sosyal vaka çalışması ile eş anlamlı olarak kabul edilir (Barker, 2014: 74).

Klinik sosyal hizmet birçok şekilde tanımlanmıştır. Bu tanımlar özellikle değerlendirme, tanı ve tedavi yoluyla birey, aile ve grupların biyopsikososyal işlevselliğini geliştirme üzerine bir eğilim göstermektedir (Simpson vd. 2007:4). Bu

eğilimin yanı sıra klinik sosyal hizmette; psikodinamik, psikopatoloji ve kişiler arası etkileşim çok önemlidir. Bu nedenle klinik sosyal hizmet, sosyal hizmet mesleği içerisinde uzman ve müracaatçı arasındaki terapötik ilişkiyi değişimin temel ve önemli bir aracı olarak vurgulayan bir uzmanlık alanıdır (Tosone, 2004: 481).

Klinik sosyal hizmet, mental sağlık ve sağlık hizmetleri sağlama konusunda önleme ve tedaviye yönelik yaklaşım ve teorilere dayanan; davranışsal ve biyopsikososyal sorunlara özel olarak odaklanan uygulamalı bir sosyal hizmet mesleğidir. Klinik sosyal hizmette, benzersiz bir özellik olan çevresi içinde birey perspektifi, müracaatçı haklarına verilen öncelik ve saygı, uygulayıcı ve müracaatçı arasındaki güçlü terapötik ilişkiye dayanır. Klinik sosyal hizmetin bilgi temelinde biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişim, çeşitlilik ve kültürel yeterlilik, kişilerarası ilişkiler, ruhsal bozukluklar, aile ve grup dinamikleri, hastalık, bağımlılık, travma ve yaralanma sonucu oluşan etkiler, fiziksel, sosyal ve kültürel çevrenin etkilerini içeren teori ve yaklaşımlar yer almaktadır. Klinik sosyal hizmet, uygulayıcılarının çok yönlü ve multidisipliner bir ekip üyesi ya da ekip lideri gibi rol çeşitliliğine dikkat çeker. Birey, çift, aile ya da gruplardan oluşan müracaatçılar değerlendirme, tanı, tedavi planlaması, müdahale (tedavi) ve sonuçların değerlendirilmesi ve vaka yönetimi gibi çeşitli ve doğrudan hizmetlerden yararlanırlar. Klinik sosyal hizmet ortamları ve hizmetleri bu alanlarla sınırlı olmamak suretiyle; çocuk ve aile hizmetleri, klinikler, mahkemeler ve adli kurumlar, yaşlı bakım merkezleri, evde sağlık hizmetleri, yaşam sonu bakım (hospis), hastaneler, kâr amacı gütmeyen kuruluş ve örgütler, palyatif bakım, özel klinikler, okullar ve ruh sağlığı gibi birçok alandan oluşmaktadır. Biyopsikososyal yaklaşım temelinde bilgi, teori ve yaklaşımların esnek ve yetenekli bir şekilde uygulanması klinik sosyal hizmetin önemli bir özelliğidir (American Board of Examiners in Clinical Social Work [ABE], 2022).

Klinik sosyal hizmet, sosyal hizmetin uygulama bağlamında kendi danışmanlık ve uygulama görevlerini yerine getirdiği durumlarda kullanılır. Sağlık, hastalık durumları ve engellilik gibi alanlarda biyopsikososyal anlayış temelinde bireyleri kendi dünyaları içerisinde yaşam koşullarını iyileştirmek amacıyla sosyal teşhis, danışmanlık ve sosyoterapi ile çalışmaktadır. Sosyal hizmet ve klinik sosyal hizmet arasındaki ayırım net olmasa da klinik-sosyal ve klinik terapötik eylemin gerekliliği ve doğası bir yandan belirtilerle diğer yandan kişisel etkinin kapsamı ve yoğunluğun yanı sıra müracaatçıya ve sosyal çevresine sağlanan genel fayda ile ölçülür. Bu anlayış özne merkezli bir yaklaşım

ve sosyal bütünleşmenin düzenli olarak dikkate alınması anlamına gelmektedir. Klinik sosyal hizmet hem bir uygulama bilimini hem de nitelikli bir uzmanlık sosyal hizmetini ifade eder. Bilimsel görev psikososyal sorunlar ve klinik-sosyal eylem (araştırma ve değerlendirme) hakkında bilgi edinmenin yanı sıra bilimsel olarak uygulayıcıları eğitmek ve yönlendirmekten oluşmaktadır (<https://www.dgsa.de>).

Psikoterapi, odağında bireyin içsel durumu ya da kişiliği olan bir tedavi yöntemidir. Sosyoterapi ise odağında bireyin tedavi edildiği durum –özellikle de sosyal sistem- olan bir tedavi yöntemidir (Edelson, 1970a: 3). Sosyoterapi ve psikoterapi, bireyi anlamaya ve etkilemeye yönelik her türlü girişimde birbirini tamamlayan, ayrılmaz bir şekilde birbirleriyle ilişkili girişimlerdir. Ancak müdahale ve analizin odak noktası olarak farklı sistemlere sahip girişimlerdir. Psikoterapi, içsel durumlar ve çatışmalar, motivasyon belirleyicileri ile ilgilenir. Sosyoterapi ise nesne-durum, araçlar, kısıtlamalar, hedef nesnelerin konumu, içselleştirilen ya da kabul edilen normların ve değerlerin kaynağı ile ilgilenir. Psikoterapinin amacı kişilik sistemi içerisindeki problemlerin tanımlanması, azaltılması ya da kişilik sisteminin bütünleştirilmesidir. Sosyoterapinin amacı ise terapötik bir topluluk olan ilgili sosyal sistem içerisindeki problemlerin tanımlanması, azaltılması ya da bu sistemin bütünleştirilmesidir (Edelson, 1970b: 18). Bu bağlamda hem psikoterapi hem de sosyoterapi klinik sosyal hizmet müdahalesinde bireyin sorunlarına yönelik bütüncül bakış açısı sağlamada önemli iki müdahale aracıdır. Hem psikoterapi hem de sosyoterapi klinik sosyal hizmet uzmanlarının danışanların ruhsal, duygusal ve sosyal iyilik halini gözetmelerini sağlar. Klinik sosyal hizmetin doğası bireyi hem içsel hem de sosyal açıdan bütünsel olarak ele almayı gerektirir. Bu doğrultuda psikoterapi ve sosyoterapinin klinik sosyal hizmet müdahalesinde bir arada kullanılması psikolojik sağlamlığı ve toplumsal işlevselliği bir arada sağlamaya yardımcı olur. Bireye kişisel farkındalık ve sosyal destek sağlayarak bireyin iyilik halini sürdürülebilir bir hale getirmesine olanak tanır.

Klinik sosyal hizmet, sosyal hizmet mesleğiyle aynı değer sistemini paylaşır. Hem klinik sosyal hizmet hem de sosyal hizmet insan onuruna ve değerine ve ayrıca kişinin kendi kaderini tayin etme hakkına saygı duyar. Yine her ikisi de çevrenin birey üzerindeki etkisini dikkate alır (Hamilton, 1940: 16). Klinik sosyal hizmet, çevrenin birey üzerindeki etkisini çevresi içinde birey kavramıyla ifade eder ancak bu kavramı yakın çevre, daha geniş bağlamda ve toplumsal kurumlar arasındaki ilişkiyi bir bağlam

içerisinde genişletir. Terapötik ilişkide odak nokta çevresi içindeki müracaatçı ve uygulayıcıdır. Kısaca birey ve uygulayıcı birbirleriyle etkileşim içerisindedir ancak bu terapötik ilişkinin karmaşık iç ve dış güçlerden etkilendiği kabul edilmektedir (Tosone: 2004: 483). Klinik sosyal hizmet, sosyal hizmet mesleğinin baskı ve savunmasızlık yaşayan müracaatçıları güçlendirerek sosyal ve ekonomik adaleti teşvik etme misyonunu ortaya koymaktadır. Klinik sosyal hizmet, bireyler, aileler ve gruplardan oluşan müracaatçı kitlesini biyolojik, psikolojik, sosyal ve ruhsal yönden işlevselliklerini sağlamak, sürdürmek ve geliştirmek için bünyesinde barındırdığı profesyonelliği kullanır (Council on Social Work Education [CSWE], 2009: 2).

Klinik sosyal hizmet davranışsal bozukluklar, biyopsikososyal ve ruhsal sorunlara yönelik önleme ve uygulama yöntem ve teorilerine dayanan sosyal hizmet disiplinin ileri uzmanlık gerektiren uygulamalı bir alanıdır. Klinik sosyal hizmet, bireyler, çiftler, aileler, topluluklar, örgütler ve toplulukların zihinsel, duygusal ve davranışsal refahına odaklanır ve biyopsikososyal ve ruhsal işlevselliklerini sağlamak ve geliştirmek üzere uygulamalarda bulunur. Psikoterapi ve müracaatçının çevresiyle olan ilişkisine bütüncül ve sistematik olarak yaklaşır. Bireyi içerisinde bulunduğu çevre ve durumla birlikte ele alır. Bu perspektif klinik sosyal hizmetin odak noktalarından biridir.

Klinik sosyal hizmet, ABD başta olmak üzere birçok Avrupa ülkesinde gerekli eğitimler ve eğitim akreditasyonlarının belirlendiği bir uzmanlık alanıdır. Ancak klinik sosyal hizmet Türkiye’de yeni bir alan olduğu için gerekli alt yapı henüz sağlanmamıştır. Klinik sosyal hizmet, klinik sosyal hizmet eğitimi, klinik sosyal hizmet uzmanı gibi kavramlar bu alana özel olarak ilgi duyan sosyal hizmet uzmanları tarafından yapılan çalışmalarla kendine yer bulmaktadır. Ancak modern dünyanın beraberinde getirdiği sorunlar ve sorun çeşitliliğinin artmasıyla birlikte psikososyal sorunlara yönelik çözüm arayışları sosyal hizmet ve sosyal hizmetin uygulamalı bir alanı olan klinik sosyal hizmeti gerekli kılacağından bu alana gereken önemin verilmesi ve yasal bir dayanak oluşturmasının çok uzun sürmeyeceği öngörülmektedir

## **1.2. KLİNİK SOSYAL HİZMET’İN TARİHÇESİ**

Klinik sosyal hizmetin temelleri 1877 ile 1883 yılları arasında Yardım Kuruluşu Dernekleri (COS; Charity Organisation Society ) tarafından sunulan sosyal vaka (social case) çalışmalarına dayanmaktadır. Sanayi Devrimi sonrasında üretim biçiminin

değişmesi, üretim sürecinin neden olduğu yoksulluk, işsizlik ve meslek hastalıkları başta olmak üzere çeşitli sosyal sorunları beraberinde getirdi. Toplumsal sorunlara yönelik çözüm arayışlarında sosyal kişisel çalışma, filantropi anlayışıyla şekillenerek Mary Ellen Richmond tarafından 1917 yılında yayımlanan Sosyal Teşhis (Social Diagnosis) isimli kitabında sosyal hizmet mesleğinde kavramsallaştırılmıştır (Ünlü, 2023: 5-6). Sosyal hizmetin öncüleri arasında yer alan Richmond “Sosyal Teşhis” kitabında verdiği vaka örnekleriyle klinik sosyal hizmet uygulamasına ışık tutacak sürecin ana hatlarını belirlemiştir. Bu ana hatlar, müracaatçının psikososyal işlev düzeyi hakkında bilgi toplamak için yapılması gerekenler ve elde edilen bilgilerin müracaatçı sistemine yönelik sosyal tanı ve sosyal tedavi planı geliştirilmesine yön verecek çıkarımlar için nasıl kullanılması gerektiğini içermektedir. Richmond çalışmalarında bireyin çevresinin ve kişiler arası ilişkilerinin yaşam ve psikososyal problemleri etkileme konusundaki önemini açıkça vurgulamıştır. Toplumun ve bireylerin birbiri ile ilişki içerisinde olduğunu ifade etmiştir (Gonzalez ve Gelman, 2015: 258). Sosyal ve çevre kelimelerinin bir araya gelmesiyle çevre sadece mekân olmaktan çıkar. İnsanın düşünce alanı ve ilişkilerine kadar genişleyerek yine insanın duygusal, mental ve ruhsal durumuna etkisi olmayan her şeyi dışarıda bırakacak kadar daralır. Bireyin çevresine yönelik değişim gerçekleşmezse bireye yönelik müdahale etkili olmamaktadır. Bu perspektifle klinik sosyal hizmetin de temellerini oluşturan dolaylı müdahale (eylem) ve doğrudan müdahale (eylem) yöntemleri tanımlanmıştır. Dolaylı müdahale müracaatçıyı ailesel ve toplumsal kaynaklara yönlendirerek çevresel baskıyı azaltmayı ve bireysel işlevselliği artırmayı amaçlamaktadır. Doğrudan müdahale ise müracaatçının içgörü sahibi olmasını ve psikososyal sorunlarına yönelik başa çıkma kalıplarının yeniden şekillendirilmesini ifade etmektedir (Richmond, 1922: 99-102). Mary Richmond’un vaka çalışmaları; sosyal hizmete, klinik sosyal hizmet uygulamasına ve kendisinden sonraki klinik sosyal hizmet uzmanlarına büyük katkı sağlamıştır (Ünlü, 2023: 7).

Yerleşim Evi Hareketi (Settlement House Movement), çağdaş klinik sosyal hizmetin öncüsüdür. Yerleşim evi hareketiyle birlikte aynı dönemlerde yoksulluğun nedenleri ve hafifletilmesi üzerine farklı bir bakış açısına sahip olan COS sosyal hizmet tarihinde müdahale konusunda uzunca yıllar ikilikler tartışmasının (direkt ve dolaylı müdahale tartışması) konusu olmuştur. COS, yoksullara yönelik sadakaları ortadan kaldırmak ve bunun yerine bilimsel bir vaka incelemesiyle birlikte hizmetlerin organize

ve verimli bir şekilde sunulmasını amaçlıyordu. Yerleşim Evi Hareketi ise sorunları çözenin yanı sıra sorunların çoğunun kaynağının çevrede olduğuna inanarak ve bu sorunların nedenine yönelik tespitlerle birlikte makro çözümler geliştirmeye çalışmıştır (Dorfman, 2022: 16; Erdem, 2024: 96; Gitterman, 2014: 599-600; Jarvis, 2006: 44). Yardım Kuruluşu Dernekleri'nin hizmetleri klinik sosyal hizmet olarak adlandırdığımız bu uygulama alanını şekillendirmiştir. Yardım Kuruluşu Dernekleri tarafından yapılan sistematik incelemeler, vaka değerlendirmeleri, problemleri tam olarak anlamak ve çözüm için en iyi yolu belirlemek amacıyla yapılan vaka sunumları, sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçı arasındaki ilişkinin öneminin kabul edilmesi, hizmetlerin genişletilmesi ve sosyal hizmetin profesyonelleşmesi klinik sosyal hizmetin şekillenmesine katkıda bulunmuştur. (Dorfman, 2022:17).

Yerleşim evi çalışanlarının en tanınmış Jane Addams'tı. Jane Addams, Avrupa'ya yaptığı gezide fabrikalar, gecekondu ve ilk İngiliz yerleşim evi olan Toynbee Hall'u ziyaret etti. Bu ziyaretleri sırasında insanların yaşadığı acı ve sorunlara birebir şahit oldu. 1889'da Hull House'ı açtı. Hull House, ABD'de ve yurt dışında yerleşim evleri için örnek bir model haline geldi. Yerleşim Evi Hareketi'nin klinik sosyal hizmete en önemli katkıları insanların yaşadıkları problemlerin ve yoksulluğun bireyin ahlaki zayıflığından kaynaklandığı inancını değiştirmeye yönelik katkısıydı. Yardım Kuruluşu Dernekleri'nin önde gelen ismi ise Mary Richmond'dı. Richmond çevrenin kişilik gelişimi ve sosyal uyum üzerindeki sosyolojik etkisini vurgulayan sosyal vaka çalışması yöntemini formüle etmiştir. Profesyonel sosyal hizmetin kurucusu olarak kabul edilen Richmond, -modası kısa sürede geçse de- sosyal vaka çalışmasıyla klinik sosyal hizmet uygulamasına yönelik ilk birleştirici teorik temeli geliştirmiştir (Dorfman, 1996: 4-13).

Sosyal hizmet mesleği, 20. yüzyılın sonlarında ABD, Kanada ve İngiltere'de kurumsallaşmaya başladı. Yine bu dönemlerde sosyal hizmetin, hizmet sunumunda ilk ayrımlar yaşandı. 1900'lerin ilk on yılında tıbbi sosyal hizmet, okul sosyal hizmeti ve psikiyatrik sosyal hizmet ayrı uzmanlık alanları olarak ortaya çıktı. 1911 yılında Amerika Aile Hizmetleri Derneği kuruldu. 1915 yılında Flexner'in "Sosyal hizmet bir meslek midir?" sorusuna cevaben 1917 yılında Mary Richmond'un Sosyal Teşhis adlı eseri, sosyal hizmetin ilk sistematik ders kitabı olarak kurum uygulamalarına düzenli ve bilimsel bir bakış açısı getirdi. 1920'lerde sosyal hizmetin yöntemi tartışılmaya başladı. 1923 yılında Milford Konferansları'nda genelci ve uzmanlaşmış uygulamalar arasındaki

farklar tartıldı. 1926 yılında Amerikan Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği kuruldu. 1928 yılında Milford Konferansları Bildirisi ile genelci unsurlar belirlendi. 1931 yılında Chicago Üniversitesi'nde sosyal hizmet profesörü olan Edith Abbott, "klinik sosyal hizmet" terimini ilk defa kullanan kişi oldu. Abbott'un ardından klinik sosyal hizmet ABD'de kısa sürede popüler oldu ve sosyal hizmet uzmanları bu alana yönelmeye başladı. 1932 yılında Amerikan Sosyal Hizmet Okulları Birliği ilk genelci eğitim içeriğine sahip temel eğitim müfredatı belirledi. İlk yıl genelci sosyal hizmete yönelik dersler verilse de ikinci yıl kurumlardaki hizmet modellerine özgü dersler verildi. 1944 yılında Charlotte Towle sosyal hizmet eğitimi için sekiz temel alan tanımladı. Yine ilk yıl genelci eğitim verilse de ikinci yıl kurumların hizmet modellerine göre özelleşen bir eğitim verildi. 1950'lerde Hollis ve Taylor sosyal hizmet uzmanlarının birey, grup ve toplum temelli olarak çoklu yöntemlerle donatılması gerektiğini savundu. 1952 yılında CSWE kurulması ve 1958 yılında NASW'nin kurulması sosyal hizmet mesleğindeki farklı uzmanlık alanlarını tek bir çatı altında topladı. Yine bu dönemde bazı okullar seçmeli dersler arasına uzmanlaşmaya yönelik dersler ekledi. 1971 yılında Ulusal Klinik Sosyal Hizmet Dernekleri Federasyonu (NFSCSW) kuruldu. 1972 yılında Klinik Sosyal Hizmet dergisinin kurulması, doğrudan müdahalelerde bulunan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki çıkarlarının mevcut olan süreli yayınlarda yeterince ele alınmadığını ortaya koydu. Klinik sosyal hizmet uzmanları tarafından ABD ve Kanada'da çeşitli klinik sosyal hizmet derneklerinin kurulması, klinik sosyal hizmete gereken önemin verilmesi amacıyla psikologlar ve psikiyatristlerle iş birliği yapılmasına yönlendirdi. Klinik sosyal hizmet alanındaki gelişmeler yaşanırken 1974 yılında CSWE üniversiteler için akreditasyon standartları belirledi ve sosyal hizmet lisans eğitimlerinin genelci uygulama temelli olması gerektiğini açıkladı. Bu açıklamanın ardından klinik sosyal hizmetteki tüm gelişmeler ABD'deki Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği'ni (NASW), 1978 yılında klinik sosyal hizmeti resmi bir uygulama alanı olarak tanımaya yönlendirdi. Bu tanınma sonrasında NFSCSW adını değiştirerek Klinik Sosyal Hizmet Federasyonu (CFSW) adını aldı. Klinik sosyal hizmet eğitimi ve uygulaması için kılavuzlar oluşturuldu ve Klinik Sosyal Hizmet dergisi çıkarılmaya başlandı. 1987 yılında NASW tarafından genelci perspektif kavramı tanımlandı. Schatz ve Jenkins tarafından Delphi çalışması yapıldı. Bu çalışmada genelci ve ileri düzey genelci uygulama tanımları yapıldı. 1988 yılında CSWE yüksek lisans programları için ileri düzey genelci uygulama

pratiklerini açıkladı (Strean, 1992: 5-16; Pauls, 2013: 13-14; Hollis, 1956; Schatz vd., 1990; Erdem, 2024: 96-97).

Özetle tarihsel açıdan bakıldığında COS ve Yerleşim Evi Hareketi klinik sosyal hizmetin temellerinin atılmasında önemli iki yapılandırıcıdır. Mary Richmond'un vaka çalışmaları ve 1917 yılında yayımladığı Sosyal Teşhis kitabı klinik sosyal hizmetin temellerinin atılmasında diğer önemli adımlardır. 20. Yüzyılın sonlarında sosyal hizmet mesleği kurumsallaşmaya başlamış ve yine bu dönemlerde uzmanlaşmaya yönelik tıbbi, okul ve psikiyatrik sosyal hizmet alanları ortaya çıkmıştır. Klinik sosyal hizmet uygulamaları ilk dönemlerde psikiyatrik sosyal hizmet adı altında yürütülmüştür. 1931 yılında sosyal hizmet profesörü Edith Abbott klinik sosyal hizmet kavramını ilk defa kullanmış ve klinik sosyal hizmet ABD'de kısa sürede popüler hale gelmiştir. Klinik sosyal hizmetin gelişim sürecinde genelci sosyal hizmet ve uzmanlaşma konusunda büyük tartışmalar yaşanmıştır. Klinik sosyal hizmetin 1978 yılında NASW tarafından resmi bir uygulama olarak tanınması klinik sosyal hizmet için önemli bir dönüm noktası olmuştur. Özellikle ABD, Kanada ve İngiltere gibi ülkelerde sosyal hizmet alanında uzmanlaşmaya yönelik eğitim programları ve mesleki uygulamalar önemli ölçüde kurumsallaşmış; özellikle klinik sosyal hizmet uzmanları, ruh sağlığı alanında çalışan profesyoneller arasında belirgin bir konum elde etmiştir. Klinik sosyal hizmet, bu ülkelerde psikoterapi, tanılama, vaka yönetimi ve kriz müdahalesi gibi alanlarda etkin bir şekilde yer almakta ve lisanslama süreçleriyle mesleki statüsü pekiştirilmektedir. Buna karşın, birçok ülkede sosyal hizmet alanında genelci uygulama ile uzmanlaşma arasındaki denge hâlâ tartışmalıdır. Genelci sosyal hizmet yaklaşımı, birey, aile, grup ve toplum düzeyinde çok boyutlu müdahale yetkinliğini vurgularken; uzmanlaşma savunucuları, belirli alanlarda derinleşmenin mesleki yeterliliği artıracığı görüşünü öne sürmektedir. Bu bağlamda, bazı ülkelerde genelci sosyal hizmet eğitimi hâlâ temel yaklaşım olarak benimsenmekte ve eğitim programları bu doğrultuda yapılandırılmaktadır.

### **1.3. KLİNİK SOSYAL HİZMET UZMANI**

Sosyal hizmet uygulamasında ileri düzey uygulayıcı olan klinik sosyal hizmet uzmanları, sosyal hizmet mesleğinin misyonu ve temel değerlerini temsil ederler. Klinik sosyal hizmet uzmanları müracaatçıların sosyal hizmete erişimlerini savunur, sürekli olarak mesleki gelişimlerini sağlamak için kişisel değerlendirme ve kendini geliştirme

pratiği yaparlar. Mesleki rollere ve sınırlara dikkat ederler. Davranış, görünüm ve iletişimde profesyonel tavır sergileyerek kariyer boyu öğrenmeye katılarak süpervizyon ve konsültasyonu kullanırlar. Klinik sosyal hizmet uzmanları, terapötik ilişkinin, çevresi içinde birey ve güçlü yönler perspektiflerinin, müracaatçılarla profesyonel benlik kullanımının ve profesyonel uygulamada etik kurallara bağlılığın önemini kabul ederler. Kendilerini sosyal hizmet disiplini içerisinde sosyal hizmet uzmanı olarak tanımlar; müracaatçılara yönelik profesyonel kimlikleriyle mesleğin güçlü yanları, sınırlılıkları ve zorluklarını anlar ve tanımlarlar. Çevresi içinde birey ve güçlü yönler perspektifi dâhilinde müracaatçılarla terapötik ilişki kurar, yönetir ve sürdürürler. Klinik sosyal hizmet uzmanları krize müdahale, kısa ve uzun süreli psikoterapi ve danışmanlık, müracaatçı merkezli savunuculuk, danışma ve değerlendirmeler yapar. Klinik sosyal hizmet uygulaması; duygusal, mental ve davranışsal bozukluklar, fiziksel hastalıklar ve bağımlılıklar dahil olmak üzere psikososyal işlev bozukluğu ve yetiyitiminin tüm boyutlarına yanıt veren, en iyi ve kanıta dayalı uygulamalar tarafından yönlendirilen terapötik ilişki bağlamında uygulanır. Klinik sosyal hizmet uygulamasında klinik süpervizyon; kurum, kuruluş ve özel danışmanlık merkezlerinde klinik sosyal hizmetin önemli bir özelliğidir. (CSWE, 2009: 2)

Klinik sosyal hizmet uzmanları; bireyler, çiftler, aileler ve grupların biyopsikososyal açıdan iyi oluşlarına odaklanarak sorun çözme ve baş etme kapasitelerini geliştirmek, güçlendirmek ve mevcut olan sorunların çözümüne yönelik klinik sosyal hizmet uygulaması gerçekleştirirler. Klinik sosyal hizmet uzmanları ilk olarak; görüşme, raporlama değerlendirme, analiz ve müdahale becerilerine sahiptir. Sosyal hizmet mesleğinin bilgi, beceri ve değer temelinden ve sosyal hizmet teorilerinden yararlanarak geneli ilkeler ve sosyal hizmet müdahalesinin planlı değişim süreci ve aşamalarını klinik sosyal hizmet uygulamasında vaka yönetimi yapar. Çevresi içinde birey ve biyopsikososyal yaklaşımları benimseyerek klinik odaklı uygulamalar gerçekleştirir. Yine klinik sosyal hizmet uzmanı bireyler, çiftler, aileler ve grupların ruhsal, duygusal ve davranışsal iyiliklerine odaklanarak uygulama öncesinde, uygulama sırasında ve uygulama sonrasında işlevselliğin sağlanması ve geliştirilmesinde birey-çevre uyumunun sağlanmasında gerekli takipleri yapar (Ünlü, 2023:14-15).

Coady de Ünlü gibi klinik sosyal hizmet uzmanının bilgi, teori ve becerileri kullanarak sorun çözme yönüne vurgu yapmıştır. Klinik sosyal hizmet uzmanları çeşitli

bilgi, teori ve becerilerden yararlanarak sosyal hizmet uygulaması gerçekleştirir. Coady (2005)'ye göre sosyal hizmet uzmanı uygulama sırasında çevresi içinde birey perspektifini işlevsel hale getirebilmek için ekolojik sistemden yararlanır. Yine uygulama sürecinde klinik uygulayıcılar problem çözme modelinden yararlanarak sosyal hizmetin bilgi alma, değerlendirme, planlama, sözleşme, müdahale, değerlendirme ve sonlandırma aşamalarını gerçekleştirirler. Klinik teoriler olarak bilinen psikodinamik, bilişsel davranışçı, sistem, ekolojik ve diğer post modern yaklaşımları klinik sosyal hizmet uzmanları tarafından bireysel, çift, aile ve grup psikoterapisi olarak uygulanmaktadır (Coady, 2005: 69-70).

Singer, Gray ve Miehl's'e (2012: 454) göre klinik sosyal hizmet uzmanları sosyal ve ekonomik adaleti teşvik ederler. Profesyonel esleki becerilerini gösterirler. Uygulama sürecinde çok boyutlu değerlendirme ve ayırıcı tanı yaparlar. Uygulama sürecini doğru bir perspektifle ve kanıta dayalı uygulama yönergelerini kullanarak zihinsel, duygusal ve davranışsal bozukluklara ve madde bağımlılığına yönelik birey, aile ve grup düzeyinde krize müdahale, danışmanlık ve psikoterapi yapmak için terapötik ilişki bağlamında müracaatçı çeşitliliğinin tüm boyutlarına gerekli uygulamaları sağlarlar.

Stearn (1992: 15-16) NASW tarafından 1976 yılında yayınlanan meslek kaydında klinik sosyal hizmet uzmanlarını şöyle aktarmıştır: klinik sosyal hizmet uzmanları; aldıkları eğitim ve edindikleri tecrübeyle profesyonel olarak işlevselliği tehdit altında olan ve sosyal çevreden etkilenen bireyler, aileler ve gruplara doğrudan tanı, önleyici ve tedavi edici hizmetler sunan ileri uzmanlık sahibi uygulayıcılardır. Klinik sosyal hizmet mental ve davranışsal bozukluklar dâhil olmak üzere geniş bir tabanda yaşam değişiklikleri ve zorluklardan etkilenen bireyler, çiftler, aileler ve grupların ihtiyaçlarına yönelir. Klinik sosyal hizmet uzmanları insanların yaşamını etkileyen ortamlarda, topluluklarda ve sosyal sistemlerde uygulamalarda bulunurlar (NASW, 2005: 8). Klinik sosyal hizmet uzmanları; uyuşturucu ve alkol bağımlıları, kronik fiziksel hastalar, engelliler, aile sorunları olan bireyler, gelişimsel ve durumsal kriz yaşayan kişiler, AIDS hastaları ve aileleri, şiddet mağdurları ve failleri, antisosyal ve suçlu kişiler, travma ve yas sürecindeki kişiler gibi farklı müracaatçı gruplarına müdahalelerde bulunurlar (<https://www.dgsa.de>). Klinik sosyal hizmet uzmanları özel uygulama merkezleri, hastaneler, toplum sağlığı, birinci basamak sağlık hizmetleri ve çeşitli sosyal hizmet kurumlarında hizmet sağlarlar. Birçok alanda klinik sosyal hizmet uygulamaları sağlayan

linik sosyal hizmet uzmanlarının uygulama süreçleri, etik konuları, meslek hakları ve müracaatçı haklarına yönelik yasal ve düzenleyici süreçler ise dünyadaki en büyük profesyonel birlik olan NASW tarafından belirlenmektedir (<https://www.socialworkers.org>).

Klinik sosyal hizmet genellikle farklı uygulayıcılar tarafından çalıştıkları ortamlar ve müracaatçıları anlamak için kullandıkları teorik perspektiflere bağlı olarak farklı şekilde tanımlanırlar. Uygulamadan gelen çeşitlilik klinik sosyal hizmet uygulamasını ve klinik sosyal hizmet uzmanlarının kimliklerini tanımlamayı zorlaştırmaktadır. 2006 yılında bireysel üyelik derneği haline gelen CSWA 2022 yılında profesyonel anlamda klinik sosyal hizmet uzmanı olabilmek için gereken beceriler ve gerekli olduğu düşünülen yeterlilikleri belirlemek amacıyla bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada; klinik sosyal hizmet uygulamasında dört uygulama düzeyi belirlenmiştir. İlk uygulama düzeyi, başlangıç (novice) düzeyidir. Bu düzeyde klinik sosyal hizmet uzmanı olmanın temellerini öğrenen sosyal hizmet öğrencileri yer almaktadır. İkinci düzey ara (intermediate) düzeydir. Bu düzeyde sosyal hizmet alanında yüksek lisans mezunu olup lisanslı klinik sosyal hizmet uzmanı olmak için çalışan mezunlar yer almaktadır. Üçüncü uygulama düzeyi ise gelişmiş/bağımsız (advanced/independent) düzeydir. Bu uygulama düzeyinde; sosyal hizmet yüksek lisansı derecesine sahip bir klinik sosyal hizmet uzmanı olan ayrıca 2-3 yıllık denetimli deneyime sahip ABD’de lisans belirleme kurulları tarafından kurulan ASWB (Association of Social Work Boards: Sosyal Hizmet Kurulları Derneği) klinik sınavını ya da eşdeğer bir uzmanlığı alarak tanı ve psikoterapi konusunda bağımsız olarak çalışan klinik uzmanları yer alır. Dördüncü ve son düzey ise uzman (expert) düzeyidir. Bu düzeyde klinik sosyal hizmet alanında en az 5 yıllık deneyime sahip olan, bu alanda makale ya da kitapları bulunan, onaylı bir şekilde süpervizörlük yapan klinik sosyal hizmet profesör ya da akademisyenleri yer alır. Bu uygulama düzeyleri birbiri üzerine inşa edilir. Örneğin ara düzeyde bir klinik sosyal hizmet uzmanı acemi düzeydeki uzmanın tüm bilgisine sahiptir. Bu düzeyler aracılığıyla kazanılan bilgiler klinik sosyal hizmet uzmanının gelişimi boyunca psikoterapi uygulamalarında daha başarılı uygulamalar gerçekleştirmesine olanak tanır (Clinical Social Work Association [CSWA], 2024: 6-7)

ASWB, sosyal hizmet uzmanlarına destek ve kaynak sağlayan bir organizasyondur ve LCSW (Licensed Clinical Social Worker: Lisanslı Klinik Sosyal Çalışmacı),

uygulayıcıların müracaatçılara yönelik klinik sosyal hizmet uygulamaları sunmasına izin veren bir tür sosyal hizmet lisansıdır. ABD’de sosyal hizmet düzenlenmiş bir meslektir ve sosyal hizmet uzmanlarının kendi eyaletlerinde uygulama yapabilmek için lisans almaları zorunludur. Lisanslar için istenen özel gereklilikler eyaletlere göre değişebilir, ancak genel olarak, sosyal hizmet uzmanlarının akredite bir programdan sosyal hizmet diplomasına sahip olmaları ve lisans alabilmek için ASWB LCSW sınavı gibi bir lisans sınavını geçmeleri gerekir. ASWB LCSW sınavı, klinik sosyal hizmet uzmanı olarak lisans almak isteyen sosyal hizmet uzmanlarının bilgi ve becerilerini test etmek üzere tasarlanmış bir lisanslama sınavıdır. Sınav, klinik sosyal hizmet uygulamasında yer alan insan gelişimi, çeşitlilik ve davranış, değerlendirme ve tanı, uygulama, planlama ve müdahale, mesleki etik ve değerler gibi farklı konuların yer aldığı çoktan seçmeli sorulardan oluşur (<https://www.udemy.com>).

#### **1.4. KLİNİK SOSYAL HİZMET UYGULAMASI**

Sosyal hizmet ilkeleri, çevresel sistemlerin, iç dinamiklerin ve kültürel faktörlerin değerlendirilmesini içeren klinik sosyal hizmet uygulaması için bir temel oluşturur. Bu temel ilkeler üstü kapalı bir uygulama yöntemi içermek yerine daha spesifik yöntemlerin uygulanacağı müracaatçıların anlaşılmasını sağlar. Teorik bir temel ya da uygulama yöntemi bulmak ve bu doğrultuda ilerlemek klinik sosyal hizmet pratiğini daha verimli ve etkili kılar (CSWA, 2024: 19). Klinik sosyal hizmet uygulaması, sosyal hizmet mesleğiyle ortak amaç ve eğitim alanlarını paylaşan bir uzmanlık alanıdır. Sosyal hizmet mesleğiyle bir bütün olarak insan onuruna saygı, fırsat eşitliği, sosyal adalet ve etik ilkelere bağlılığı paylaşır. Klinik sosyal hizmet uygulaması, insan onuruna olan bağlılığıyla birlikte uygulama süreci nesneleştirilmiş bir müracaatçı üzerinde gerçekleştirilmiş bir dizi teorik yönelim değildir. İki ya da daha fazla kişi tarafından şekillendirilen bir iş birliğidir. Klinik sosyal hizmet uygulaması sadece teknikler ya da bulgularla ilgili değildir. Uygulama, özünde müracaatçıların öznel gerçekliklerini anlamak ve yaşadıkları zorluklara ve acılara, güçlü ve insani yönlerine odaklanmaktadır. Bu müracaatçıların güçlü yönlerini tanımları, çevresel kaynakları doğru bir şekilde kullanmaları, biyopsikososyal yönden sağlıkları ve iyilik hallerinin sağlanması amacıyla müzakere etmeleri için güçlendirme konusunda profesyonel yeterlilikle ilgilidir. Bu bağlamda biyopsikososyal değerlendirme ve tanı kavramının klinik sosyal hizmet uygulamasında yer alması büyük bir öneme sahiptir (Simpson vd. 2007: 4-7) .

Klinik sosyal hizmet, bireyler, aileler ve küçük grupların psikososyal işlevselliğinin sağlanması ve sürdürülmesi hedefini tüm sosyal uygulamalarıyla paylaşır. Klinik sosyal hizmet uygulaması; sosyal hizmet teori ve yöntemlerinin duygusal ve ruhsal bozukluklar, psikososyal işlev bozuklukları, engellilik ve birçok alanda yaşanan sorunların önlenmesi ve müdahalesine yönelik profesyonel olarak uygulanmasıdır. Klinik sosyal hizmet uygulaması psikososyal bağlamda bir veya daha fazla teorik perspektifin bilgisine dayanmaktadır. Birey ve içerisinde bulunduğu durum (person-in-situation) perspektifi, klinik sosyal hizmet uygulamasının merkezinde yer alır. Klinik sosyal hizmet uygulamaları, intrapsişik dinamikleri, yaşam desteği ve yönetim konularını içerir. Klinik sosyal hizmet faaliyetleri; psikoterapi, danışmanlık, ön değerlendirme, teşhis, müdahale, müracaatçı odaklı savunuculuk, konsültasyon ve son değerlendirmeden oluşur. Klinik sosyal hizmet uygulaması süreci sosyal hizmetin amaçları ve NASW tarafından belirlenen etik kurallar, ilke ve değerler doğrultusunda yürütülür (Dorfman, 2022: 13-14). Klinik sosyal hizmet uygulaması, riskler ve savunmasızlıkların yanı sıra insanlar, topluluklar ve daha geniş sosyal çevre arasındaki etkileşimlerde bulunan güçlü yönler ve esnekliği ortaya çıkaran ve engelleyen faktörlerin ayırıcı teşhis ve değerlendirmesine dayalı vaka formülasyonunu içerir. Klinik sosyal hizmet uygulamasının yöntemleri birey, aile ve grup çalışmalarının sağlanmasını içerir (CSWE, 2009: 2).

Saari'ye (1986: 12) göre klinik sosyal hizmet uygulaması; değerlendirme, hedef belirleme, planlı müdahale ve değerlendirmenin öne çıktığı bir süreçtir. Müdahalelerin etkinliğinin geleneksel olarak intrapsişik, kişilerarası, kurumsal ve toplumsal yapılar dahil olmak üzere danışanın yaşamındaki örgütsel yapıların güçlendirilmesi ve yeniden düzenlenmesine dayandığı varsayılmaktadır. Uygulama he zaman müdahale süreci için seçilen araçların mevcut ve uygun sosyal kaynakların yanı sıra klinik sosyal hizmet uzmanının profesyonel kimliğini de içeren amaçlı bir ilişki bağlamında gerçekleşir.

Klinik sosyal hizmet uygulamaları; ileri düzey uzmanlık (genellikle yüksek lisans derecesi) ile tanımlanır ve psikiyatri merkezleri, rehabilitasyon merkezleri, hastaneler, danışma merkezleri, geriatric hizmet sunan tesisler, suçlulara yönelik destek merkezleri, bağımlılık tedavisi sunulan tesisler, özel eğitim merkezleri, çocuk, gençlik ve sosyal hizmet kurumları dahil olmak üzere sağlık ve sosyal hizmet sunan ayakta tedavi, gündüz bakımı, yatan hasta tesislerinde gerçekleştirilir. ( <https://www.dgsa.de>).

Klinik sosyal hizmet uygulaması, insanların intrapsişik, kişilerarası ve sosyal çevreden kaynaklı sorunlarının üstesinden gelmelerine ve sosyal işlevselliklerini geliştirmeye odaklanan birey, çift, aile ve grup danışmanlığını kapsar. Klinik sosyal hizmet uygulaması mikro uygulama, doğrudan uygulama ve sosyal vaka çalışması terimleriyle tanımlanır. Klinik sosyal hizmet uzmanlarının baskın rolü danışmanlık ya da psikoterapistlik olsa da arabuluculuk, yönlendiricilik, savunuculuk, vaka yönetici rolleri de diğer yaygın roller arasındadır. Uygulama ortamlarında klinik sosyal hizmet uzmanları psikologlar ve psikiyatristler gibi farklı profesyonellerle birlikte çalışır. Diğer profesyonellerin bazı rolleri klinik sosyal hizmet uzmanına uygulama sırasında yardımcı olur (örneğin ihtiyaç duyulması halinde; psikiyatristlerin ruhsal bozuklukları teşhis edip ilaç reçete etmeleri gibi) öyle ki bazı uzmanlarla klinik sosyal hizmet uzmanı arasında örtüşme sağlanan rollerde bulunur (danışman ve terapist rolü gibi). Ancak bu örtüşmeye rağmen klinik sosyal hizmet uygulaması geleneksel olarak diğer mesleklerden çevresi içinde birey perspektifine, insan sorunlarının normallğine, müracaatçının güçlü yönleri ve var olan kaynaklarına, müracaatçıyı destekleme ve güçlendirmeye odaklanan işbirlikçi ve eşitlikçi bir uygulama ilişkisine vurgu yapmasıyla ayrılır (Coady, 2005: 69-70).

Cooper ve Lesser (2015) klinik sosyal hizmet uygulamasını üç ana alana ayırmıştır. Bu alanlar; sosyal vaka çalışması, danışmanlık ve psikoterapidir. Bu alanlardan herhangi birinde uygulamalarda bulunabilmek için gerekli bilgi ve becerilerin bulunması gerekir. Bu nedenle klinik sosyal hizmet uzmanlarının çoğu bir alanda uzmanlaşma eğilimindedir. Ruhsal, duygusal ya da davranış bozukluğu olan müracaatçılara terapötik destek sağlamak, ilaç, barınma, ekonomik destek, temel bakım ihtiyaçları gibi erişimlere ulaşmada gerekli uygulamaların sağlandığı sosyal vaka çalışmaları ne yazık ki bazı klinik sosyal hizmet uzmanları tarafından yeterince ilgi görmemektedir ancak sosyal vaka çalışmaları fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan yardıma ihtiyaç duyan müracaatçılara yönelik uygulamaların temel basamağıdır (Kanter, 2000: 399,412). Danışmanlık; müracaatçının yaşamı, sosyal çevrede karşılaştığı günlük sorunlar ve bu sorunların çözümüne yönelik özel stratejiler üzerine müracaatçı ile ortak bir yansımaya odaklanma eğilimidir. Psikoterapi ise daha çok içgörü odaklıdır. Geçmişteki ya da şimdiki deneyimlerin terapötik ilişkilerle içsel değişimi kolaylaştırmak için tasarlanmıştır (CSWA, 2024: 15).

### **1.4.1. Klinik Sosyal Hizmet Uygulamasının Boyutları**

Klinik sosyal hizmet; çocuklar, ergenler, yetişkinler, yaşlılar, çiftler, aileler ve gruplara yönelik müdahale boyutları sunmaktadır. Bu başlık altında müdahale boyutları ana hatlarıyla incelenmiştir.

#### **1.4.1.1. Çocuklar ve Ergenlerle Klinik Sosyal Hizmet**

Klinik uygulamalarda çocuk ve ergenlere yönelik zihinsel, duygusal, davranışsal ve çevre uyumunda görülen sorunlar biyopsikososyal bir yaklaşım içerisinde incelenir. Çocuk ve ergenlerde klinik değerlendirmenin temel iki amacı vardır. Birinci amaç, psikopatoloji varlığını değerlendirmek varsa bozukluğun neden olduğu ve onu etkileyen biyopsikososyal faktörlerin belirlenmesidir. İkinci amaç ise gerekli durumlarda uygun müdahalelerin planlanması ve gerçekleştirilmesidir. Çocuk ve ergenlerde klinik değerlendirme içeriğinde başvuru nedeni, bilgi kaynağı, mevcut öykü, özgeçmiş, aile ve sosyal gelişim öyküsü ve olumsuz yaşam deneyimleri yer almaktadır. Çocuklar ve ergenlere yönelik klinik uygulamaların sağlanma nedeni, şekli, ortamı ve uygulanacak müdahaleyi iyileştirmek için kapsamlı bir değerlendirmeye ihtiyaç vardır. Bu nedenle duygusal, sosyal, davranışsal, duygusal, bilişsel, fizyolojik ve çevresel özelliklerin iyi tanımlanması, çocuğun/ergenin içinde bulunduğu ortamın incelenmesi için çeşitli bilgi kaynaklarından yararlanılması gerekir. Bu bağlamda çocuk ve ergenlere yönelik klinik uygulamalar aile ile çalışarak uygulama hedeflerinin belirlenmesiyle işbirlikçi, çözüm odaklı, bilimsel kanıtlara dayalı perspektiflerle gerçekleştirilir (Yazgan ve Akın, 2022, 1).

Karadağ (2023: 4-5) günümüzde hızlı değişime bağlı olarak sosyal sorunların artmasına vurgu yapmış ve bunun sosyal destek sistemlerini olumsuz etkilediğini öne sürmüştür. Göç, zorlu yaşam koşulları, tek ebeveynli ailelerde özellikle kadınların bakım yükünü tek başlarına üstlenmesi çocuk ve ergen ruh sağlığı alanının ve klinik çalışmaların önemini artırmıştır. Çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan sorunlar yetişkinlik dönemindeki hastalıklara zemin oluşturmaktadır. Çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan ruhsal sorunların tedavi edilmemesi, gereken desteğin sağlanmaması yetişkinlikte ruhsal sorunların ortaya çıkmasının önemli bir nedenini oluşturmaktadır. Bu nedenle çocuk/ergen ruh sağlığının korunması amacıyla çocuk ve ergenlere yönelik klinik uygulamaların sağlanması özel bir öneme sahiptir. Çocuk ve ergenlere yönelik ruh sağlığı

hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanlarının yer alması ruh sağlığı alanında gün geçtikçe artan ve karmaşık hale gelen sorunların biyopsikososyal bir perspektifle bütüncül olarak ele alınması açısından oldukça önemlidir (WHO, 2017).

Yapılan diğer bazı çalışmalar da yukarıda dile getirilen ocuk ve gençlere yönelik klinik sosyal hizmet müdahalelerinin önemini destekler biçimdedir. ocuk ve ergenlerin ruhsal, duygusal ve davranışsal bozukluklarının artış gösterdiğini ve ilerleyen süreçte yirmi yaş altındaki her beş ocuk ya da ergenden birinde psikolojik sorunlar yaşanacağı tahmin edilmektedir. Çocuklar ve ergenlerin ruh sağlığını etkileyen risk faktörleri; sosyal dışlanma, ebeveyn ayrılığı ve boşanma, tek ebeveynli ailelerin artışı, ırkçılık, istismar, alkol ve madde bağımlılığı, gelir dağılımındaki eşitsizlik, genetik yatkınlık, ebeveynlerin ruh sağlığı gibi durumlardır. ocuk ve ergen ruh sağlığı alanında risk faktörlerinin bu kadar artması ve çeşitlenmesi çocuklar ve gençlere yönelik spesifik uygulama ihtiyaçlarını gözler önüne sermektedir. Bu nedenle sosyal hizmetin hızla büyüyen bu sorunu ele alması ve kendine özgü bir katkı sunması önemlidir. Bu bağlamda sosyal hizmet disiplinin geleneksel bilgi ve becerilerinin yanı sıra ağdaş perspektiflerle ortaya çıkan sorunlara yeni bir bakış açısı sunan, biyopsikososyal açıdan bütüncül bir yaklaşıma sahip, psikoterapi ve terapötik ilişkiyi bünyesinde barındıran, ruh sağlığı alanında etkili ve verimli müdahaleler sunan klinik sosyal hizmet uygulamasının uygulayıcıları olan klinik sosyal hizmet uzmanları diğer profesyonellerle ve ailelerle yaptıkları işbirliği ile risk faktörlerini, çocuğun içinde bulunduğu evre ve durumu ve koruyucu faktörleri bütüncül olarak değerlendirirler (Walker, 2003: 675-681).

Çocuklar ve ergenlere yönelik klinik sosyal hizmet uygulamaları niversiteler, Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan ocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dallarını, ocuk/Ergen Madde Bağımlılığı Merkezi (ÇEMATEM), ok Disiplinli ocuk ve Genç Ruh Sağlığı Merkezi (ZGEM), okullar, kreş ve gündüz bakım evleri, ıslahevleri, bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde yürütülür. Bu alanda çalışan klinik sosyal hizmet uzmanları psikoterapi ve terapötik yöntemlerle doğrudan müdahalelerde bulunurlar. ocuk/ ergen ruh sağlığı alanında klinik sosyal hizmet uygulamaları kapsamında çocukla/ ergenle görüşme, aileyle görüşme, çocuğun/ergeninin içinde bulunduğu sosyal evre ve durumun değerlendirilmesi, ev ve okul ziyaretleri ve diğer ilgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği yer alır. ocuk ve ergenlere yönelik klinik sosyal hizmet uygulamalarında multidisipliner çalışma, kurumlar arası işbirliği ve

biyopsikososyal yaklaşım etkinliği ve verimliliği artırmada önemli rol oynamaktadır. Çocuklara yönelik klinik sosyal hizmet uygulamalarında bütüncül bir yaklaşımın kullanılmadığı durumlarda ebeveynlerle işbirliği kurmama ve var olan sorunları belirleyememe riski vardır. Bu alanda yapılan klinik uygulamalar sadece tıbbi bir alan olmadığı için çocuklar ve ergenlerin ruhsal sorunları ve davranışlarına yönelik yürütülen çalışmalarda ebeveynlere, çevre desteğine, biyopsikososyal bir model kapsamında multidisipliner bir ekip çalışmasına, çocuk ve ergenle etkileşim halinde olan tüm değişkenlerin hesaba katılmasını içeren bütüncül yaklaşıma ihtiyaç vardır. Buna ek olarak dezavantajlı ortamlardan gelen, sosyal desteklerden mahrum kalmış ve dışlanmış çocuklara/ergenlere erişilebilir hizmetler sunmak ve onların ruhsal ihtiyaçlarını karşılamak için meslek elemanlarının sayısının artmasına ve var olan meslek elemanlarının nitelik olarak geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu alanda atılacak önemli adımlardan biri de çocuklar ve ergenlere yönelik hizmetleri kabul edilebilir kılarak damgalayıcı olmayan bir toplum oluşturmaktır (Karadağ, 2023: 10-16).

#### **1.4.1.2. Yetişkinlerle Klinik Sosyal Hizmet**

Yetişkinlere yönelik klinik sosyal hizmet uygulamasının kökleri 1915 yılında Mary Richmond'un sosyal kişisel çalışmayı tanımlamasına dayanır. Mary Richmond sosyal kişisel çalışmayı değişik kişilerle işbirliğinde bulunarak bireysel ve toplumsal gelişmenin sağlanması için değişik şeyler yapılması sanatı olarak tanımlamıştır. Mary Richmond'un tanımının ardından sosyal kişisel çalışma sayısız kez yeniden tanımlanmış ancak bu tanımlar sosyal kişisel çalışmanın yöntemi arasında danışmanlık fonksiyonuna 1932'de atıf yapan kişi ise Bertha C. Reynolds olmuştur. Sosyal kişisel çalışmaya Reynolds'un ardından 1940'da yeni bir perspektif kazandıran kişi ise müracaatçının kişisel özellikleri, müracaatçının yaşadığı sosyal çevre ve sorun arasındaki ilişkiyi vurgulamasıyla Gordon Hamilton olmuştur. Sosyal kişisel çalışma uygulamaları bireylerin yaşadıkları sorunlara odaklanır. Sosyal kişisel çalışma bireyi ve bireyin yaşadığı sorunları çevresiyle birlikte ele alarak bireyin sorunlarına yönelik çözüme ulaşmayı bu sayede özelde bireyin gelişimini genelde ise toplumun gelişimini amaçlamaktadır. Mary Richmond'un 1915'de ortaya koyduğu sosyal kişisel çalışma, klinik sosyal hizmet uygulamasının temellerini atmıştır. Yaşanan değişimlerin bilimsel anlamda karşılık bulmasıyla uygulamalar üzerinde çeşitli teorik ve perspektif bakış açıları etkili olmuştur. 1920'lerde Freudyen yaklaşımlar, 1940 ve 1950 dönemlerinde uygulama üzerinde psikososyal bakış açısı,

1960’larda bireysel sorunlarda aile ilişkilerinin karşılıklı etkileşimi, 1970’lerde toplumsal sorunlara yönelik eğilim, 1980’lerde ekolojik yaklaşımın sosyal kişisel çalışmaya yeni bir perspektif kazandırması ve yine bu dönemlerde ABD’de klinik sosyal hizmetin sosyal hizmet disiplini içerisinde ayrı bir uygulama alanı olarak tanınması yetişkinlere yönelik klinik sosyal hizmet uygulamasının geçmişten günümüze kadar yaşadığı değişimi göstermektedir (Turan, 1999: 17-24).

Yetişkinlere yönelik klinik sosyal hizmet uygulaması, bireysel danışmanlık ve psikoterapi yoluyla zihinsel, duygusal, davranışsal bozuklukları, durumları ya da bağımlılıkları değerlendirmek, teşhis etmek, önlemek ve tedavi etmek, bu tür bireylerin psikososyal işlevselliğini iyileştirmek, düzeltmek ya da geliştirmek amacıyla (tıbbi olmayan nitelikte) sosyal hizmet teorisinin ve özel klinik bilgi ve yöntemlerin uygulanmasıdır (Code of Massachusetts Regulations, 2017).

Klinik sosyal hizmet uygulamaları kapsamında yetişkinlere yönelik özel uygulama merkezleri, hastaneler, toplum ruh sağlığı merkezleri gibi çeşitli ortamlarda çeşitli hizmetler sunulmaktadır. Klinik sosyal hizmet uzmanları birçok alanda AIDS’li, fiziksel, psikolojik ya da cinsel istismara uğramış bireylerle, ruh sağlığı ve duygusal bozukluğu olan bireylerle, madde bağımlılarıyla, aile içi şiddet mağdurları ve failleriyle, engellilerle, aile sorunları yaşayan bireylerle, depresyon ve kaygı durumu yaşayan bireylerle, kriz durumundaki bireylerle çevresel ve sosyal stres kaynaklarının neden olduğu problemlerde doğrudan müdahale ederler (Goldstein, 1996: 96; Coady, 2005:69-70).

Türkiye’de yetişkinlere yönelik klinik sosyal hizmet uygulamaları hem kamusal alanda hem de özel uygulama merkezlerinde uygulanmaktadır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı il müdürlükleri, sosyal hizmet merkezleri, aile danışma merkezleri, şiddet önleme merkezleri, kadın konukevleri, engelli bakım ve rehabilitasyon merkezleri gibi kurum ve kuruluşlarda yetişkin müracaatçılara yönelik hizmetler verilmektedir. Buna ek olarak Adalet Bakanlığı’na bağlı denetimli serbestlik müdürlükleri, aile mahkemeleri, ceza infaz kurumları gibi adli kurumlarda klinik sosyal hizmet uygulamaları sağlanmaktadır. Örneğin mağdur destek birimlerinde şiddet mağduru kadınlara sahip oldukları yasal haklar hakkında bilgi verilmesinin yanı sıra yapılan bireysel görüşmelerle müracaatçının ruhsal iyilik halinin geliştirilmesi için sosyal hizmet uzmanı ve psikolog tarafından görüşmeler gerçekleştirilir. Son yıllarda failerin resosyalizasyon süreçlerinde

de klinik sosyal hizmet uygulamalarının giderek arttığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığına bağlı üniversite ve özel hastanelerde sosyal hizmet birimlerinde, acil servislerde, onkoloji ve psikiyatri servislerinde, toplum ruh sağlığı merkezleri gibi sağlık kurumlarında sosyal çalışmacılar aktif olarak hizmet sağlamaktadır. Bu kapsamda sosyal çalışmacılar yetişkinlere yönelik ilişkiyel tedavi ve çözüm odaklı yaklaşımları kullanarak klinik odaklı sosyal hizmet uygulaması sağlamaktadır. Ülkemizde yaşanan doğal afetlerde, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı koordinasyonuyla klinik sosyal hizmet uygulamaları kriz anında doğrudan hayatta kalma mücadelesi veren afetzedelere sağlanmıştır. Örneğin deprem bölgelerinde bireylere yönelik kriz, kayıp ve yas odaklı çalışmalar gerçekleştirilmiştir (Turhan ve Parlak Ünlü, 2023: 23-24).

#### **1.4.1.3. Yaşlılarla Klinik Sosyal Hizmet**

Yirmi birinci yüzyılda öne çıkan en önemli demografik olgulardan biri dünya nüfusunun giderek yaşlanmasıdır. Günümüzde insanlar daha uzun yaşamakta ve doğum oranları azalmakta, yaşlı nüfus sayısı ve oranı toplum içerisinde artmaktadır. Nüfusların giderek yaşlanması beraberinde sağlıktan sosyal güvenliğe, çevre konularından eğitimlere, iş olanaklarına, aile yaşamına ve sunulan hizmetlere kadar toplumu tüm yönleri ile etkilemekte ve bir değişime sevk etmektedir (Özmete, 2013: 2). Yaşanan demografik değişimler dünya nüfusunun çoğunun küresel dönüşümüne neden olmaktadır. Yaşlı yetişkinlerin sayısının artması, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için çeşitli zorluklar ve fırsatları beraberinde getirmektedir (Perkinson, 2013: 87).

Dünya nüfusunun yaşlandığı inkâr edilemez bir gerçekliktir ancak bu durumun bir felaket olduğu yönündeki baskın söylemler yerine insanların yaşamları boyunca muazzam bilgi ve beceri yelpazesi edindikleri ve bu donanımın yaşlanma sonucu gerçekleştiği ancak yaşlanmanın beraberinde çeşitli ihtiyaçları beraberinde getirdiğini kabul etmeliyiz. Yaşlılara yönelik stereotipler; yaşlılara değer veren ve çeşitliliklerini kabul ve temsil eden politika, hizmet ve uygulamalar tarafından sorgulanabilir ve değiştirebilir (Heslop & Meredith, 2021). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Yaşlanma ve Sağlık Küresel Stratejisi ve Eylem Planı (2017), yaşlanmanın değerli ve iyi olduğu ve toplumların yaşlı nüfusa sahip oldukları için daha iyi durumda olduğu varsayımıyla hareket etmektedir. DSÖ, yaşlıların sağlık hakları da dahil olmak üzere insan hakları,

cinsiyet eşitliği, yaşlıların eşitliği, ayrımcılık yapılmaması ve nesiller arası sosyal uyum ile dayanışmanın sağlanması için harekete geçme çağrısında bulunmaktadır.

Nüfusun yaşlanması, içerisinde bulunduğumuz yüzyılın en büyük sosyal politika ve sağlık sistemi sorunlarından biri haline gelmektedir. Toplumsal bir sorunun ötesinde küreselleşen bir sorun haline alan yaşlanmanın karşısında sosyal hizmet mesleği artan sayıda yaşlılar ve ailelerine yönelik ihtiyaçları karşılamada ve bu konuya odaklanmada yavaş kalmaktadır. Bu bağlamda sosyal hizmet mesleğinin; bir gerçeklik olarak nüfus yaşlanmasıyla bir an önce yüzleşmesi ve yaşlılara yönelik sosyal hizmet uygulamalarını kaçınılmaz olarak etkileyecek politika gündemlerini ve alternatiflerini belirleyecek ve açıkça ifade edecek çevrelerde görünür ve kanıta dayalı çalışmalarla bir oyuncu olma ilgi ve iradesine sahip olduğunu göstermesi gerekmektedir (Takamura, 2013: 1-2). Sosyal hizmetin de dezavantajlı grupları arasında yer alan yaşlılar süregelen hastalıklar, ekonomik zorluklar, damgalanma, izolasyon gibi çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Yaşlıları tehdit eden deliryum, demans, alzheimer, depresyon, intihar, ölüm korkusu, uyku bozuklukları, toplumsal dışlanma, yaşlı istismarı gibi biyopsikososyal sorunlar sosyal hizmet mesleği açısından yaşlıların klinik ihtiyaçlarını öne çıkarmaktadır. Bu anlamda yaşlı yetişkinlere yönelik klinik gerontolojik sosyal hizmet uygulaması diğer klinik alanlarda olduğu gibi hızla gelişen ve büyüyen bir alandır (Youdin, 2014). Sosyal hizmet müdahaleleri, yaşlı bireylerin karşılaştıkları sorunları anlamalarına, yeni yanıtlar geliştirmelerine ve uyum sağlama kapasitelerini artıracak hedefler ve bakım planları formüle etmelerine yardımcı olur (Cox, 2007: 3).

Nüfus yaşlanması ve artan nüfus çeşitliliği sosyal refahı büyük ölçüde etkileyen iki olgudur. Yaşanan bu değişimler karşısında sosyal hizmet çoğu disiplinden daha duyarlı bir meslektir. Bu bağlamda sosyal hizmet yaşlanma ve çeşitlilik arasındaki karmaşık bağın aşamalarını incelemeli; bu iki alanı iki ayrı kategorik araştırma, politika ve uygulama alanı olarak değil gerontolojik sosyal hizmeti bilgilendirecek iç içe geçmiş iki fenomen olarak görmelidir. Bu sayede 2050 yılına yaklaşırken sosyal hizmet ve sosyal politikayı tüm dünyayı etkileyen bu değişimlerde kullanmaya hazırlayacaktır (Torres-Gil & Moga, 2013: 15).

Giderek artan nüfus ve nüfusun yaşlanması ile birlikte vaka yönetimi, hizmet koordinasyonu ve sunumu, savunuculuk, politika analizi, politika geliştirme ve diğer

alanlardaki deneyimleriyle sosyal hizmet uzmanları yeni dünyanın ihtiyaçlarını karşılamak için uygun bir niteliğe sahiptir (Sisco vd. 2005: 346). Yaşlıların sosyal işlevsellikleri yaşlı kişi ile fiziksel ve kişilerarası alanların, hizmetlerin ve diğer zenginleştirilmiş tüm ortamlara erişimi içeren çevre ile uyumun sağlanması ile mümkündür. Sosyal hizmet uzmanları yaşlılara yönelik ihtiyaç değerlendirmeleri ve bu ihtiyaçlara yönelik müdahalelerle çevrenin yaşlıların fiziksel ve duygusal refahına etki ettiğini ortaya koymalıdır. Bu bağlamda yaşlılara yönelik savunuculuk rolü sosyal hizmet uzmanları için gerontolojik sosyal hizmetin ana odak noktasıdır (Getzel, 1985: 7). Yaşlı yetişkinlerle çalışan bir sosyal hizmet uzmanı, yaşlı yetişkinlerin sahip oldukları farklı kültürler, cinsellik, tıbbi ve psikolojik sorunları; farklı demans türleri, madde bağımlılığı, ölüm, kayıp ve yas, barınma sorunları ve farklı bakım ortamları hakkında özel bilgiye ihtiyaç duyarlar (Youdin, 2014).

Yaşlanan nüfuslar ve değişen demografik yapılar karşısında sosyal hizmet disiplinde eğitim çerçevesinin gerontolojik bilgi ve becerileri geliştirme noktasında acil bir ihtiyacı vardır. Geriatri ve Gerontoloji uzmanlık alanları akademik eğitim programlarına yeterince entegre edilmemiştir. Sağlık hizmetleri ortamlarına geçiş, teknolojik gelişmeler, toplum bakımı, yaşlı nüfus çeşitliliğinin artması, karar verme süreçlerine müracaatçıların ve ailelerin müdahil olması sosyal hizmet eğitimi etkileyen önemli eğilimlerdir. Bu eğilimler Gerontolojideki yeni alanları vurgulamak; klinik, vaka yönetimi, bakım koordinasyonu ve ekip çalışması gibi konularda yeni bilgi ve becerilerin geliştirilmesini sağlamak için sosyal hizmet eğitimi gerektirmektedir. Kronik hastalıkların artışı, karmaşık sosyal ve sağlık bakım ihtiyaçları ile uzun süre yaşayacak olan yaşlı bireylerin mutlak sayılarının ve nüfus içerisindeki oranlarının arttığına dair demografik projeksiyonlar bulunmaktadır. Bu durum 21. yüzyılda sosyal hizmet eğitimi için bir eylem çağrısı niteliğindedir (Getzel, 1985: 8-9). Hızlı gelişen bu değişimler karşısında Geriatri, Gerontoloji, Sosyal Hizmet ve sağlık hizmetlerinin ana hizmet alıcısı olan yaşlı bireylere rağmen akademik eğitim programlarına bu alanlar yeterince entegre edilmemiştir. Hızla artan yaşlanan nüfusun sosyal ve sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli eğitilmiş sosyal hizmet uygulayıcıları bulunmamaktadır. Eğitim alanındaki bu eksikliğe yönelik yapılması gereken önemli adımlardan biri gerontolojik sosyal hizmet uygulamasındaki bilgi ve becerilerin kazanılmasını sağlamak amacıyla Gerontoloji konusunda uzman öğretim üyelerinin yetiştirilmesidir. Bu bağlamda

1970'lerde sosyal hizmet okullarındaki Brookdale Profesörlükleri ve Brookdale Vakfı'nın temel sağlık hizmetleri sunan kurumlarda gerontolojik olarak eğitilmiş saha eğitmenlerine verdiği destek sağlık bakım ortamlarında gerontolojik eğitim almış saha eğitmenlerini desteklemesi, sağlık hizmetleri ortamlarında çalışmaya hazırlanan etkileyici bir gerontolojik sosyal hizmet uzmanı kadrosu ortaya çıkarmıştır. CSWE'nin 1980'li yılların ortalarında başlattığı "Gerontolojik Müfredatın Eğitim Okullarına Aşılması" adlı girişim ise Gerontolojik eğitim içeriklerinin sosyal hizmet müfredatına eklenmesinde önemli bir rol oynamıştır (Berkman vd. 2000: 9).

Yaşlı bireylerin biyopsikososyal olarak yaşam koşullarının iyileştirilmesinde sosyal hizmet mesleği önemli bir rol oynamaktadır. Sosyal hizmet mesleğinin yaşlılara yönelik uygulama alanlarından biri de klinik sosyal hizmet uygulamalarıdır. Yaşlılarla klinik sosyal hizmet uygulaması; farklı perspektif, kuram ve uygulamaları bünyesinde barındıran ve son dönemde hızla gelişen bir alandır. Yaşlılarla klinik sosyal hizmet uygulaması yaşlı bireylere yönelik sağlık ve sosyal hizmet ihtiyaçlarını karşılamak üzere sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler, yaşlıların psikolojik, sosyal ve sağlık sorunlarına müdahale etmek, desteklemek ve çözüme kavuşturmayı amaçlamaktadır. Klinik sosyal hizmet uygulamasında odak nokta yaşlı birey, aile ve yaşlı bireyin sosyal çevresidir. Klinik odaklı sosyal hizmet uygulamaları; yaşlı bireylerin yalnızlık, sosyal izolasyon, depresyon, kaygı, yetersiz beslenme, sağlık problemleri, uyku problemleri ve yaşlılıkla ilgili diğer problemlere yönelik önemli rol oynamaktadır. Yaşlılara yönelik klinik sosyal hizmet uygulamalarının temel amacı yaşlıların yaşam kalitelerinin artırılarak, psikolojik, sosyal ve sağlık problemleriyle başa çıkmaları için gerekli müdahaleleri sunmaktır. Klinik sosyal hizmet uzmanları bu müdahale süreçlerinde yaşlıların ihtiyaçlarına yönelik uygun müdahale planları ile yaşlıların yaşam kalitelerini artırmak, sosyal destek ağlarını güçlendirmek için çalışmalıdır. Klinik sosyal hizmet uzmanları; yaşlılara yönelik müdahale süreçlerinde danışmanlık, terapi, yönlendirme, yönlendirme, savunuculuk ve destek grupları gibi kaynaklardan yararlanmaktadır. Bunun yanında klinik sosyal hizmet uzmanları yaşlılara yönelik müdahale süreçlerinde sosyal hizmetin temel bilgi, beceri ve değer temelini yanı sıra klinik sosyal hizmet ve gerontolojik sosyal hizmetin bilgi ve becerilerini bir arada kullanır (Aydemir ve Hasgöl, 2023:42-60).

#### 1.4.1.4. Çift, Aile ve Gruplarla Klinik Sosyal Hizmet

Klinik sosyal hizmet uygulaması, insanların yaşamlarında karşılaştıkları sorunlarda bireyler, çiftler, aileler ve küçük gruplara yönelik çeşitli psikososyal hizmetleri içermektedir (Cohen, 1980: 26). Klinik sosyal hizmet; bireyler, çiftler, aileler ve gruplara iç veya dış faktörlerin neden olduğu sosyal işlevsellik sorunlarıyla başa çıkmalarında yardımcı olmayı amaçlayan faaliyetlerdir. Sosyal işlevsellik sorunları intrapsişik ya da kişiler arası etkileşim sonucu ortaya çıkabilir ve kişinin çevreyle olan etkileşim süreçlerine yansiyabilir (Chestang, 1979: 2). İnsan davranışları bağlamında tüm insanların belirli evrensel ihtiyaçları vardır ancak bu ihtiyaçlara ek olarak bazı kişiler ve grupların başkaları için geçerli olanın ötesinde özel ihtiyaçları olabilmektedir. Dolayısıyla farklı müracaatçı gruplarının benzersiz ihtiyaçları müdahale sürecinde klinik sosyal hizmet uzmanı tarafından farklı müdahale yaklaşımları ve boyutlarını beraberinde getirmektedir (Morales, 1979: 67). Cohen (1979), Chestang (1979) ve Morales (1979) farklı müracaatçılara hizmet vermenin klinik sosyal hizmetin temel gerekliliklerinden biri olduğuna işaret etmektedir.

Klinik sosyal hizmet; sosyal hizmet teorisinin ve özel klinik uygulamaların zihinsel, duygusal ve davranışsal bozuklukları değerlendirmek, teşhis ve tedavi etmek ve önlemek için tıbbi olmayan nitelikte danışmanlık ve psikoterapi yoluyla bireyler, çiftler, aileler veya grupların sosyal veya psikososyal işlevselliklerinin iyileştirilmesidir (Code of Massachusetts Regulations, 2017).

Sosyal hizmet uygulaması içerisinde bir uzmanlık alanı olarak klinik sosyal hizmet; bireyler, aileler ve grupların biyopsikososyal ve ruhsal işlevselliklerini eski haline getirmek, sürdürmek ve geliştirmek için benliğin profesyonel kullanımını gerektirir. Klinik sosyal hizmet uygulaması; duygusal, davranışsal ve mental bozukluklar, bağımlılık, psikososyal işlev bozuklukları ve engellilik gibi sorunların teşhis ve tedavisinde ileri klinik bilgi ve becerilerin uygulanmasını içermektedir. İleri düzey eğitim almış klinik sosyal hizmet uzmanları bireyler, çiftler, aileler, gruplar, kuruluşlar ve topluluklarla etkili bir şekilde pratik yapmak için teorik ve uygulamalı olarak desteklenmiş bilgi ve beceri tabanına sahiptir (CSWE, 2009: 8-9).

Gruplarla klinik sosyal hizmet, benzer sorunlar ya da benzer deneyimler yaşayan bir gruba yönelik terapötik müdahalelerdir. Grup çalışmasının amacı aynı sorunlar ve

deneyimleri yaşıyan bireylerle yapılan çalışma ile değişim sağlamaktır. Gruplarla klinik sosyal hizmet müdahalesi grup içerisindeki etkileşim ve dinamiklerin davranış değişikliği ve iyileşme için güçlü araçlar olduğu anlayışına dayanmaktadır. (Cooper ve Lesser, 2015: 103; Pak Güre, 2023: 65). Gruplar halinde başkalarıyla etkileşime girme ihtiyacı yaşam boyunca kendini göstermektedir. Küçük çocuklarda en önemli grup ailedir. Birey çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecinde resmi ve gayri resmi sınıflarda akran grupları ile bir arada olur. Yetişkinlikte birey içerisinde yer aldığı okullar, sendikalar, iş yerleri, ibadet yerleri ve çeşitli topluluklar içerisinde birçok gruba dâhil olur. Gruplar, içerisinde yer alan bireyler tarafından genellikle sosyal eylem ve sosyal destek gibi belirli amaçlar için kurulmaktadır (Garvin, 2004: 146). Rothman & Papel'e (1988: 150) göre grubun değişimi etkileme gücü, güdüsü ve sosyal ihtiyacı motivasyon için kullanma özelliği bireyin tek başına üstlenebileceğinin ötesinde bir kapasiteye sahiptir. Grup içerisinde insanların birbirleriyle rekabet etmek yerine birbirlerine yardım ettikleri bir sosyal düzen idealini destekleyen ve geliştiren karşılıklı bir yardımlaşma potansiyeli bulunmaktadır. Birey var olduğu grup içerisinde normlara daha rahat uyum sağlayarak sosyalleşmektedir. Grup müdahalelerine katılan müracaatçılar grup içerisindeki diğer üyelerin desteğinden, sorun ve sıkıntılarında yalnız olmadıkları hissinden, aidiyet ve dostluk duygularından yararlanırlar. Bireyler bu duygular sayesinde yeni davranışları denemek, başkalarından bir şeyler öğrenmek ve karşılığında yardım sunmak için fırsat edinmiş olur. Sosyal hizmet grupları da dinlenme, eğlenme, hoş vakit geçirme, beceri geliştirme, eğitim, terapi, kişisel gelişim, sosyalleşme, kendi kendine yardım ve destek amaçlarıyla kurulmaktadır (Dorfman, 2022: 65).

Ailelerle klinik sosyal hizmet aile üyelerine müdahale yoluyla aile refahını artırmak amacıyla yapılan çalışmalardır. Klinik sosyal hizmet uzmanları çekirdek ailenin tüm üyeleri ya da bir kısmıyla çalışmaya başladığında terapötik konfigürasyon ailedir. Aileyle klinik çalışmaya yönelik çeşitli müdahale yöntemleri bulunmaktadır. Ancak yaklaşım ve müdahale yöntemlerinin ortak noktası aileyi müracaatçı (başvuran) olarak tanımlamayı ve aile üyeleri arasındaki etkileşime vurgu yaparak mevcut davranışlara odaklanmayı içermektedir (Bowen, 2004). Ailelerle klinik sosyal hizmet uygulamasında aileye yönelik aile yaşam döngüsü sorunları, semptomatik aile üyesi, boşanma, ensest, bir aile üyesinin engel durumu ya da hastalığı, ebeveyn-çocuk ilişkileri, çevresel stres ve aile içi şiddet gibi sorunlar yer almaktadır. Klinik sosyal hizmet uygulamaları aileye yönelik

çalışmaların yanı sıra romantik ilişki yaşayan çiftlere yönelik müdahale yöntemleri de sunmaktadır. Çiftler arasında en sık yaşanan iletişim problemleri ya da zayıf iletişim, cinsel işlev bozuklukları, evlilik öncesi danışmanlığı, evlilik ve çift yaşam döngüsü değişimlerinde ortaya çıkan değişiklikler ve sorunlar, sadakatsizlik, ayrılık, boşanma danışmanlığı ve arabuluculuk, semptomatik partner, dinsel, ırksal veya kültürel farklılıklardan kaynaklanan sorunlar klinik sosyal hizmet müdahalesi içerisinde çiftlerle çalışılan konulardır (Dorfman, 2022: 61-64). Çiftler ve ailelere yönelik klinik sosyal hizmet; uygulama, denetim, danışmanlık, psikoterapi, eğitim ve araştırma içeren bir uzmanlık alanıdır. Klinik sosyal hizmet uzmanları çiftler ve ailelerin biyopsikososyal işlevlerini geliştirmek için kişi-çevre perspektifiyle birlikte çift ve aile değerlendirmesi, tanı, terapi ve değerlendirme için ileri klinik bilgi ve becerileri kullanırlar (ABE, 2022).

Çiftler, aileler ve gruplara yönelik klinik sosyal hizmet uygulamaları sunulan pek çok alan ve kurum bulunmaktadır. Bunlar arasında ruh sağlığı alanında hizmet veren toplum ruh sağlığı merkezleri, psikoterapi merkezleri, sağlıklı hayat merkezleri, aile danışma merkezleri, hastaneler, diğer sağlık kurumları, okullar, çocuk refahı alanında hizmet sağlayan kurumlar, askeri kurumlar ve adli sistem içerisinde hizmet veren kurumlardır. Klinik sosyal hizmet uygulamasında çiftler, aileler ve gruplarla çalışmanın önemli bir yeri bulunmaktadır. Bu alanda uygulamalar yapan sosyal hizmet uzmanları ileri düzey klinik uygulamalar yoluyla müracaatçı sistemlerinde iyileşme, dayanıklılık ve gelişimi destekleyen terapötik ilişkiler kurmaktadır. Gruplara yönelik klinik müdahaleler sunan sosyal hizmet uzmanları grup üyeleri arasındaki etkileşimi desteklemek amacıyla bir dizi terapötik tekniklerle grup içerisinde paylaşılan deneyimlerin gücü artırmaktadır. Bu etkileşimler üyelerin beceri geliştirme, problem çözme ve deneyim alışverişinde bulunmasını sağlayarak grupta çalışmanın onlar için bir destek platformu haline gelmesini sağlamaktadır. Yine sosyal hizmet uzmanları çiftler ve ailelere yönelik klinik sosyal hizmet müdahaleleri sayesinde çiftler ve aile üyeleri arasındaki ilişkileri şekillendiren karmaşık dinamikleri yönlendirmektedir. Bu açıdan klinik müdahale çiftler ve aile üyeleri arasındaki iletişim ve bağları güçlendirerek sorunlarla başa çıkma becerilerini geliştirmeyi ve olumlu değişimi amaçlamaktadır. Çiftler, aileler ve gruplara yönelik; gelişen terapötik yaklaşımlar ve farklı kültürel bakış açılarına uyum sağlamak, multidisipliner bakış açısının hakim olduğu alanlarda disiplinler arası çalışmalar yapmak, gereken durumlarda konsültasyon yapmak ve süpervizyon almak klinik sosyal hizmet

müdahalelerinin gelişimi ve etkisinin artmasında önemli konulardır (Pak Güre, 2023: 78-81).

#### **1.4.2. Klinik Sosyal Hizmetin Uygulama Ortamları**

Klinik sosyal hizmetin ilgi çekici yönlerinden biri özel uygulama ortamları da dâhil olmak üzere farklı kurum ve kuruluşlarda uygulama yapabilmesidir. Klinik sosyal hizmet uzmanlarının yaygın olarak çalıştığı uygulama ortamlarını ve alanlarını şunlardır:

Klinik sosyal hizmet müdahalelerinin uygulandığı ortamlardan biri okullardır. İlkokul ve ortaokullarda görev alan okul sosyal hizmet uzmanları problem yaşayan, öğrenme ve sosyalleşme sorunu yaşayan öğrencilere yönelik öğretmenler, okul müdürleri, rehberlik servisi danışmanları ve ebeveynlerle birlikte çalışırlar. Terapötik programlar geliştirerek öğrenciler ve ailelerine yönelik danışmanlık sağlarlar.

Çocuk gündüz bakımı sağlayan merkezlerde görev alan sosyal hizmet uzmanlarının klinik görevleri okul sosyal hizmetine benzerdir. Çocuk gündüz bakım merkezlerinde sosyal hizmet uzmanları bakım merkezi ve ebeveynler arasındaki bağlantı noktasıdır. Çocukların yaşadığı davranışsal ve duygusal problemleri yönetmede çocuk bakımı çalışanlarına ve öğretmenlere yardımcı olurlar. Bu bakım merkezlerinde çalışan uzmanlar, çocuklara yönelik müdahaleleri planlamak için insani gelişim ve psikososyal faktörleri kullanarak çocukların durumlarını değerlendirirler.

Aile hizmet merkezleri, klinik sosyal hizmet uzmanlarının çalışma alanlarından biridir. Bu merkezlerin misyonu ailenin korunması ve aile refahının sağlanmasıdır. Ailelerin ekonomik, mesleki, tıbbi, sağlık ve ruh sağlığı anlamında iyi oluşları sağlanmaktadır. Bu alanda çalışan uzmanlar bireyler, çiftler ve ailelere danışmanlık yaparlar.

Özel istihdam büroları ve çalışan yardım programları klinik sosyal hizmet uzmanlarının görev aldığı bir diğer uygulama alanlarıdır. Bu alanlarda çalışan klinik sosyal hizmet uzmanları işletmeler ya da sendikalar tarafından istihdam edilirler. Görevlerinin kapsamı yöneticilerin görev stresleriyle başa çıkmalarına yardımcı olmaktan bir çalışanın çalışma kalitesini etkileyen bireysel sorunlara yönelik danışmanlığa kadar uzanır.

Klinik sosyal hizmet uzmanlarının görev aldığı alanlardan biri de tıbbi ortamlardır. Bu ortamlar arasında akut bakım hastaneleri, acil servisler, ayakta bakım üniteleri, diyaliz merkezleri vb.dir. Sosyal hizmet uzmanları bu ortamlarda hastalar ve ailelerine, hastalık, tedavi ve gerekli görülen tıbbi müdahaleler hakkında eğitim verirler. Hastalığın neden olduğu psikolojik etkileri anlamalarına ve bunlarla başa çıkmalarına yardımcı olurlar. Taburculuk ve bakım sonrası planlama görevi tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan uzmanlarının önemli rollerinin başında gelmektedir. Akut psikiyatrik ortamlar klinik sosyal hizmet uzmanlarının görev aldığı bir diğer uygulama ortamıdır. Psikiyatri hastaneleri ya da genel hastanelerin psikiyatri bölümlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanları hastalar ve ailelerine yönelik eğitimler verirler. Birey, aile ve grup terapisi ve kriz müdahalesi sağlarlar. Yine tıbbi sosyal hizmetin gereği olarak taburculuk ve bakım sonrası planlama süreçlerini yürütürler.

Çocuk koruma hizmetlerinin sağlandığı kurum ve kuruluşlarda ihmal veya istismara uğramış, suça sürüklenmiş çocuklara yönelik inceleme raporları sosyal hizmet uzmanları tarafından hazırlanır. Çocukların kurum bakımında geçirdikleri süreç, aileleriyle tekrar bir araya gelme süreçleri, koruyucu aile ya da geçici kurumlara yerleştirilme süreçleri, çocuklar ve ailelerine yönelik doğrudan hizmetler (terapi grupları ya da ebeveyn eğitimi gibi) sosyal hizmet uzmanları tarafından sağlanır.

Toplum ruh sağlığı merkezleri klinik sosyal hizmet uygulamalarının sağlandığı bir diğer ortamdır. 1963 yılında Zihinsel Engelliler Tesisleri ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Kuruluş Yasası'nın kabulüyle birlikte ABD toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulmasına öncülük etmiştir. Bu merkezler mental ve gelişimsel engeli olan bireylere yönelik toplumda en az kısıtlayıcı ortamda tutacak temel hizmetleri sağlamayı amaçlıyordu. Klinik sosyal hizmet uzmanları toplum ruh sağlığı merkezlerinde ağır ruhsal problemler yaşayan ve zihinsel engelli bireylere yönelik terapötik yardım ve vaka yönetimi hizmetleri sağlamaktadır. Bu hizmetler kısa süreli tedavi ve krize müdahale yöntemlerini içermektedir.

Okul danışmanlık merkezleri psikiyatristler, psikologlar ve klinik sosyal hizmet uzmanlarının çalıştığı bir diğer klinik sosyal hizmet uygulama ortamıdır. Bu merkezlerde öğrencilere yönelik ilişki sorunları, depresyon, uyum, ergenliğe yönelik sorunlar, aile problemleri ve akademik baskı konularında danışmanlık hizmeti verilir. Danışmanlık

bireysel ve grup formatı şeklindedir. Kısa süreli tedavi ve kriz müdahalesi yöntemleri sık kullanılan yöntemler arasındadır.

Cezaevleri klinik sosyal hizmetin uygulama alanlarındandır. Bu alanda görev alan sosyal hizmet uzmanları genellikle rehabilitasyona yönelmektedir. Tutukluluktan toplum içine yaşama geçiş süreçlerinde, alkol ve madde bağımlılığı tedavisinde ve tahliye öncesi süreçlerde danışmanlık hizmeti sağlarlar.

Mahkemeler ve denetimli serbestlik merkezleri klinik sosyal hizmet uzmanlarının adli alanda görev yaptığı uygulama ortamlarıdır. Sosyal hizmet uzmanları mahkemelerde bilirkişi, mağdur hizmetleri programlarında danışman ve denetimli serbestlik görevlisi olarak istihdam edilirler.

Emniyet birimlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanları madde bağımlılığı tedavisi, kurum içi danışmanlık, travma ve kritik olaylara yönelik tedavi ve hizmetlerde çeşitli uygulamalar yürütmektedir.

Uyuşturucu ve alkol rehabilitasyonu alanında klinik sosyal hizmet uzmanları; ayakta tedavi ve yatış hizmetleri sağlanan hastanelerde ergenler ve yetişkinlere yönelik uyuşturucu ve alkol bağımlılığı tedavisi sağlarlar.

Uzun süreli bakım ortamları klinik sosyal hizmet uygulamalarının sunulduğu bir diğer alandır. Uzun süreli bakım; bakım ihtiyacı olan yaşlılar ve engellilerin fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliklerini sürdürmelerini sağlamak için sürekli olarak sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler geleneksel olarak kurumlarda verilmekte birlikte son dönemlerde yaşlıların yerinde yaşlanmasını engellilerin ise ailelerinin yanında kalmasını desteklemek amacıyla evde bakım hizmetleri şeklinde de sunulmaktadır. Klinik sosyal hizmet uzmanları yaşlı bakım merkezleri, yetişkin gündüz bakımı, hasta bakım merkezleri ve evde bakım hizmetleri dahil olmak üzere birçok uzun süreli bakım ortamlarında uygulamalar yürütürler.

Askeri sosyal hizmet, klinik sosyal hizmet uzmanlarının görev yaptığı bir diğer alandır. Bu alanda görev yapan sosyal hizmet uzmanları, aktif olarak görev yapan askerler ve gazilerin yaşadıkları sorunlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmaya yönelik destek ve ruhsal sağlık hizmetleri sunarlar (Dorfman, 2022: 52-58; The Encyclopedia of Careers and Vocational Guidance, 2008: 3186; <https://socialworklicensemap.com>; Duman, 2014;

Dağ, 2017; Sakarya, Çetinkaya Büyükbodur ve Ademhan Tunaç, 2021; Zengin Taş, 2023).

### **1.5. KLİNİK SOSYAL HİZMET UYGULAMASINDA SÜPERVİZYON**

Süpervizyon, deneyimli bir uzmanın, daha az deneyimli bir uygulayıcının mesleki işlevlerini geliştirmesine rehberlik ettiği, değerlendirme ve destek süreçlerini içeren yapılandırılmış bir etkileşim sürecidir. Bu süreç, hizmet kalitesinin korunmasını, mesleki standartlara uyumun sağlanmasını ve uygulayıcının bireysel gelişimini desteklemeyi amaçlar (Bernard & Goodyear, 2014: 8-10). Klinik süpervizyon ise, bir kurum veya yetkili bir yapı tarafından atanan deneyimli bir profesyonelin, daha az deneyimli uygulayıcıların hizmet sunumlarını izlemek, yönlendirmek ve değerlendirmek amacıyla yürüttüğü, etkileşim temelli bir süreçtir (Munson, 2002: 10-11).

Klinik süpervizyon, uygulayıcılara mesleki bilgi ve becerilerini geliştirme, kendi uygulama süreçlerinde sorumluluk üstlenme ve kamu yararını koruma fırsatı sunan, yapılandırılmış bir öğrenme ve destek sürecidir (Yan, 2022: 96). Klinik süpervizyon, aynı zamanda eğitimsel, idari ve destekleyici işlevleri barındıran bir yapıdır. Süpervizör, denetim altındaki profesyonelin bilgi, beceri ve tutumlarını geliştirirken; hizmetlerin etik standartlara uygunluğunu da izler. Bu süreç, sürekli geri bildirim, vaka odaklı çalışma ve profesyonel yansıtma üzerinden ilerler (Gibelman & Schervish, 1998: 6-11).

Doğrudan uygulamaya yönelik süpervizyon sosyal hizmet uzmanlarına değerlendirme, müdahale ve müracaatçının müdahale sürecindeki söz ve eylemlerle verdiği tepkilerin değerlendirilmesinde rehberlik etmek üzere tasarlanmış tüm faaliyetleri ifade eder. Süpervizyon genellikle vaka sunumları ve süreç sunumları ile düzenli olarak planlanan bireysel ve grup toplantılarını içermektedir. Vaka sunumları, değerlendirme ve tedavi planlama konularını ele alır ve deneyimli sosyal hizmet uzmanlarının daha az deneyimli sosyal hizmet uzmanlarına benliğin profesyonel kullanımını öğretmesi noktasında önemli bir fırsat sunar. Süreç sunumlar, hafıza çalışması (sürecin hafızadan hatırlanması), süreç kaydı ile (gözlem, ses kaydı ya da video kaydı gibi araçlarla) danışanlarla etkileşim kayıtlarının analiz edilmesini içerir. Mesleki etkiye yönelik süpervizyon sosyal hizmet uzmanına diğer profesyonellerle (örneğin psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları gibi) ilişkilerinde mesleki ortamdaki politika ve prosedürleri etkilemesinde; müracaatçı üzerinde etkisi olan politik sistemleri etkilemesinde rehberlik

etmek üzere tasarlanmış müracaatçı odaklı faaliyetleri ifade etmektedir. Sürekli öğrenmeye yönelik süpervizyon, yaşam boyu sürekli mesleki öğrenme için gerekli becerilerin geliştirilmesine yardımcı olmak üzere sosyal hizmet uzmanıyla birlikte çalışmayı içerir. Bu benlik ve özdenetimin profesyonel kullanımını, belirsizliğe karşı toleransı ve çeşitli teori, model ve kavramlara açık olmayı teşvik eder (Shulman, 2008: 187).

Klinik süpervizyon, sosyal hizmet profesyonellerinin, vaka yönetimi, savunuculuk ve sistem düzeyinde müdahale gibi alanlarda yeterlilik kazanmalarını hedefler. Bu doğrultuda hem bireysel uygulamaların niteliği artar hem de hizmet verilen toplulukların refahı güvence altına alınır (Bogo & McKnight, 2006: 59).

Klinik süpervizyonun temel amaçları iki ana başlıkta toplanabilir: uygulayıcının mesleki gelişimini desteklemek ve hizmet alan bireylerin refahını korumak. Süpervizyon, uygulamacının mesleki bilgi ve becerilerini geliştirerek, bağımsız çalışabilecek düzeye gelmesini hedefler. Bununla birlikte, süpervizör, hizmet verilen bireylerin zarar görmemesi için uygulamacının çalışmalarını aktif şekilde izler ve değerlendirir (Munson, 2002: 11-14). Ayrıca, klinik süpervizyon, uygulamacıya etik ikilemlerle başa çıkma, duygusal dayanıklılığını artırma ve mesleki kimliğini geliştirme fırsatı sunar. Klinik süpervizyonun öğretici (eğitimsel), yönetimsel (idari) ve destekleyici fonksiyonları, uygulamacının hem hizmet kalitesini artırmasını hem de mesleki tatminini sağlamasına yardımcı olur (Mullen, vd., 2017: 39-40).

Klinik süpervizyon, profesyonelin hizmet kalitesini güvence altına alırken öğrenmeyi sürdürülebilir kılan yapılandırılmış bir süreçtir. Klinik süpervizyonda başlıca kullanım modelleri üç ana ekseninde toplanır: Psikoterapi temelli, gelişimsel ve süreç (modalite) yaklaşımları. Bernard ve Goodyear, (2014: 59-63) bu üçlüyü “ilk kuşak” modellerin omurgası olarak tanımlar ve hepsinin birbirini tamamlayacak biçimde pratiğe yansıdığını vurgular. Bu çerçevede, süpervizörün rolünü uygulayıcının uzmanlık düzeyi, kuramsal yönelimi ve hizmet bağlamındaki gereksinimler doğrultusunda esnek biçimde kurgulamasına imkân tanır.

Psikoterapi-temelli süpervizyon modelleri, süpervizyon sürecini belirli psikoterapi yaklaşımlarının teorik temelleri üzerine inşa eder. Bu modellerde süpervizör, terapötik yaklaşımın temel kavramlarını, tekniklerini ve ilişkisel dinamiklerini dikkate alarak

süpervizyonu yapılandırır. Örneğin, psikodinamik temelli süpervizyonda aktarım ve karşı aktarım süreçleri merkezde yer alırken; bilişsel-davranışçı süpervizyonda düşünce kalıpları ve davranış değişimi ön plandadır. İnsancıl yaklaşımlarda ise empati, koşulsuz kabul ve özgünlük gibi değerler süpervizyon ilişkisine yansır. Psikoterapi-temelli modeller, hem terapistin klinik uygulamasında kuramsal tutarlılık sağlamayı hem de profesyonel gelişimi derinleştirmeyi amaçlar (Basa, 2017: 1-2).

Gelişimsel modeller özellikle Stoltenberg, Delworth ve McNeill'in Entegre Gelişimsel Modeli süpervize edilen kişinin beceri düzeyini "bağımlı-bağımsız" ekseninde konumlandırır. Sürecin ilk evrelerinde doğrudan öğretici geri bildirim ve yapılandırılmış izleme ön plandayken, ileri aşamalarda yansıtıcı diyalog ve öz-değerlendirme becerileri teşvik edilir. Böylece sorumluluk kademeli olarak uygulayıcıya devredilirken klinik karar alma yeterliği pekiştirilir (Aksüt, 2023: 7-14).

Süreç süpervizyon modelleri, süpervizyonu uygulayıcı ile süpervizör arasındaki etkileşimsel süreçlere ve bu süreçlerin aşamalarına odaklanarak yapılandırır. Bu modellerde, süpervizyon ilişkisi gelişimsel bir yolculuk olarak görülür; uygulayıcının duygusal tepkileri, öğrenme ihtiyaçları ve mesleki gelişimi dinamik bir süreç içinde değerlendirilir. Süpervizör, uygulayıcının ihtiyaçlarına göre destekleyici, öğretici veya yönlendirici roller üstlenerek süreci esnek biçimde yönetir. Özellikle Bernard'ın Discrimination Modeli gibi yaklaşımlar, süpervizörün müdahale biçimini uygulayıcının gelişim düzeyine ve süpervizyon oturumunun amacına göre ayarlamasını öngörür. Bu tür modeller, süpervizyonun içerik kadar ilişki yönetimi ve süreç odaklı ilerlemesinin de önemli olduğunu vurgular (Bernard & Goodyear, 2014: 139-142).

Etkili bir klinik süpervizyon için sürecin yapılandırılmış, düzenli, tutarlı ve vaka odaklı olması gerekir. Öncelikle, süpervizyon süreci için belirli bir yapının bulunması şarttır; bireysel ya da grup süpervizyonu formatında olabilir, ancak bu formatın uygulayıcıya açık bir şekilde bildirilmesi zorunludur (Atamtürk, 2021: 18-19).

Süpervizyon, sadece ihtiyaç doğduğunda değil, belirli periyotlarla ve süreklilik arz eden bir düzen içinde yürütülmelidir. Süpervizörün, tarz ve yaklaşımında tutarlı olması, uygulamacının beklentilerini öngörebilmesini ve bu çerçevede mesleki becerilerini güvenle geliştirmesini destekler. Aksi durumda, uygulamacı, süpervizörün çelişkili tutumlarından dolayı sürece uyum sağlamakta zorlanabilir. Son olarak, etkili bir

süpervizyon, idari meselelerden ziyade her zaman vaka materyallerine odaklanmalı ve uygulamacının vaka çalışmaları üzerinden gelişimini hedeflemelidir (Munson, 2002: 12).

Klinik süpervizyon, yeni klinik sosyal hizmet uzmanları yetiştirmek için gereklidir. Klinik süpervizör bu sürece deneyim ve süpervizyon alan sosyal hizmet uzmanına öğrenme sürecine anlayışla yaklaşmalıdır. Klinik süpervizyonun hem diğer alanlarda hem de klinik sosyal alanında sıkça kullanıldığı ABD’de süpervizyon iki yıllık bir süreci kapsamaktadır. Sosyal hizmet uzmanı süpervizyon sürecinde uzun vadeli hedefler ve ihtiyaçlarını belirleyerek bu konuda sorumluluk almalıdır. Süpervizörler ve süpervizyon alan sosyal hizmet uzmanları müracaatçılara daha iyi hizmet sunabilmek için klinik becerilerini geliştirme ve iyileştirme yeteneklerini arttıracak güvene dayalı bir iletişim kurmalıdır. Klinik sosyal hizmet süpervizyonu profesyonel gelişim, etik uygulama ve etkili hizmet sunumu için vazgeçilmez bir araçtır. Klinik sosyal hizmet süpervizyonu hem süpervizörlerin hem de süpervizyon alan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki yeterliliklerini artırmalarına etik standartları sürdürmelerine ve klinik becerilerini güçlendirmelerine yardımcı olur. Sosyal hizmet alanının sürekli değiştiği ve geliştiği bir dönemde klinik süpervizyonun önemi artarak devam etmektedir (Atamtürk, 2023: 61).

Klinik süpervizyon hem sosyal hizmet uzmanlarının mesleki gelişimlerini destekleyen hem de müracaatçıların refahını güvence altına alan temel bir mesleki süreçtir. Süpervizyonun yapılandırılmış, düzenli ve vaka odaklı yürütülmesi; sosyal hizmet uzmanının mesleki sorumluluk bilincini artırmakta ve etik standartlara uyumunu güçlendirmektedir. Farklı kullanım modelleri aracılığıyla klinik süpervizör, sosyal hizmet uzmanının bilgi, beceri ve tutumlarını sistematik biçimde geliştirme fırsatı bulur. Bu süreç, yalnızca bireysel yetkinliklerin pekiştirilmesini değil, aynı zamanda hizmet sunulan toplulukların yaşam kalitesinin artırılmasını da doğrudan etkilemektedir. Etkili bir klinik süpervizyon, süpervizörün rolünü sosyal hizmet uzmanının gelişim düzeyine, hizmet bağlamına ve kuramsal yönelimine göre esnek biçimde uyarlamasını gerektirir. Süreç odaklı, öğretici ve destekleyici bir yaklaşım benimsemek hem süpervizyon ilişkisini güçlendirmekte hem de öğrenmenin sürdürülebilirliğini sağlamaktadır. Bu bağlamda, klinik süpervizyon yalnızca mesleki bir gereklilik değil, aynı zamanda profesyonel sorumluluğun ve hizmet etiğinin yaşamsal bir bileşeni olarak değerlendirilmektedir.

## 1.6. KLİNİK SOSYAL HİZMET KURAM VE YAKLAŞIMLARI

Klinik uygulamalarda teori; görülen ve duyulan şeyleri açıklamaya yardımcı olarak danışanların deneyimleri, davranışları ve problemlerine anlam yükleyerek müdahaleler için yöntem ve mekanizmalar önerir. Klinik uygulamalara yönelik teoriler; “Sorun nedir ve nasıl ortaya çıkmıştır?”, “Değişimin gerçekleşmesi için şu anda ne olması gerekiyor?” ve “Anlamlı değişimi ne oluşturur?” sorularını yanıtlar. Teori, klinik uygulayıcılar için çok sayıda işleve hizmet ederek yetkin müdahalelerle uyumlu olduğu; (1) teorik bağlılık mesleki beceriler için temel oluşturur, (2) teorik bilgi, teorik ilişki ve eylem arasında bağlam oluşturur, (3) teori çalışması uygulayıcılara kendileri hakkında içgörü sahibi olmayı sağlar ve (4) teori kanıta dayalı uygulama ve uygulamaya dayalı kanıtları tanımlamaya birbirine bağlamaya hizmet eder argümanlarıyla katkı sağlar. Teori bilgisi, teorik ilişki ve etkileşim için bağlam oluşturur. “Klinik psikoterapötik” süreçlere yönelik neredeyse tüm çağdaş yaklaşımlar işlevsel bir ittifakin etkili bir müdahale için kritik bir bileşen olduğunu kabul eder (De Jesús vd. 2021: 2-3).

Klinik sosyal hizmet uygulamalarında teorik yaklaşımlar ve müdahale modelleri mesleki uygulamanın yapılandırılmasında temel bir rehber niteliğindedir. Sosyal hizmet uzmanları danışanın yaşadığı psikososyal problemleri değerlendirirken ve bu sorunlara yönelik müdahale planı belirlerken uzmanlaştığı bir ekolden hareket etmektedir. Bu bölümde klinik sosyal hizmet uygulamalarında sıkça kullanılan teorik yaklaşımlar ve müdahale yöntemleri incelenmiştir. Bunlar: Sistem Kuramı, Ekolojik Yaklaşım ve Ekosistem Yaklaşımı, Psikanalitik ve Neoanalitik Yaklaşımlar, Bilişsel Davranışçı Terapi, Transaksiyonel Analiz, Çözüm Odaklı Terapi, Krize Müdahale, Görev Merkezli Yaklaşım, Anlatı Terapisi, İnsancıl/Varoluşçu Yaklaşımlar, Aile Terapisi ve Oyun Terapisi’dir.

### 1.5.1. Sistem Kuramı

Sistem teorisi Ludwig Von Bertalanffy tarafından geliştirilmiştir. Avusturya’da doğan ve burada eğitim gören von Bertalanffy, doğrusal, neden-sonuç teorilerinin canlı organizmalardaki büyüme ve değişimi açıklayan kuramları yeterli görmemişti. Değişimin, bir organizmanın parçaları arasındaki etkileşimler sonucu meydana gelebileceğini düşünüyordu. Bu açıklama biçimi dönemin teorilerinden çarpıcı bir farklılığı temsil ediyordu. Mevcut teoriler indirgemeci olma eğilimindeydi ve bütünü

parçalarına ayırarak açıklıyordu. Von Bertalanffy'nin sistem teorisini, sistemi bir bütün olarak ve diğer sistemlerle etkileşimi çerçevesinde ele alan açıklaması diğer teorilerden farklıydı. Bu, insanların sistemlere bakış açısını değiştirdi ve açık ve kapalı sistemler, entropi, sınır, homeostaz, girdiler, çıktılar ve geri bildirim gibi terimleri popüler hale getirerek yeni bir bakış açısı getirmiştir (Friedman ve Allen, 2011: 29)

Sistem kuramının üç anahtar kavramı vardır. Bu kavramlar; bütüncüllük, ilişki ve dengedir. Bu kavramlar birbirleriyle ilişkili ve bağlantılıdır. Bütüncüllük; bir sistemi meydana getiren ögeler ya da nesnelerin bütüncül katkısının her bir nesne ya da ögenin katkısından daha fazla olması anlamına gelir. Sistem kuramına göre sistemler bileşenlerine ayrılmazsa yeterince anlaşılabilirler. Sistem içerisinde yer alan ögelerin meydana getirdikleri yapılanma biçimi ilişkidir. İlişki tek başına sistemin ögeleri kadar önemlidir. Sistem kuramı, basit bir şekilde neden-sonuç açıklamalarına karşıdır, var olan bir durum ya da sorun karşısında tüm değişkenlerin bütüncül bakış açısıyla değerlendirilmesini ve ögeler arasındaki ilişkinin anlaşılmasını içerir. Denge ise sistemlerin varlığını sürdürmek için düzen eğilimi içinde olmasıdır (Zastrow, 2007: 19).

Sistem kuramının anlaşılması için bazı kavramların tanımlanması gerekir. Sınırlar, bir sistemi diğerinden ayıran mesafelerdir. Yine sınırlar sistem içerisinde yer alan alt sınırları belirlemektedir. Denge (homeostasi), sistemin kendini sürdürebilme eğilimini ifade etmektedir. Sistem içerisinde dengeyi bozan bir durum meydana gelmesi halinde sistem kendisini yeniden ayarlamakta ve istikrarını sürdürme yönünde harekete geçmektedir. Alt sistem, daha büyük bir sistemin bileşeni olan ast ve ikincil sistemdir. Alt sisteme verilecek en iyi örnek bir aile sistemi içerisinde yer alan ebeveynlik ve kardeşlik alt sistemleridir Sistemler kendi çevreleri ve diğer sistemlerle etkileşim halindedir (Zastrow ve Kirst-Ashman, 2014: 246-247). Girdi, bir sistemin diğer sistemlerden aldığı enerji, bilgi ve iletişim akışıdır. Çıktı, sistemin girdiyi alarak işlemesi ve diğer sistemleri etkileyecek şekilde karşılık vermesidir. Bir sistemde çıktılar girdilerden fazla ise sistem tehdit altında olabilir yani sistem içerisinde var olan enerjiden fazlasını dışarı aktarıyorsa bu durumda gerilim ortaya çıkar ve sistemin işlevselliği olumsuz etkilenir (Kirst- Ashman ve Hull, 2009: 10).

Açık sistemler, sınırlarında enerji ya da iletişim geçirgenliği bulunan sistemlerdir. Bir bardak sıcak suyun içerisine koyulan poşet çay açık sisteme güzel bir örnek olabilir.

Kapalı sistemler, sınırları boyunca herhangi bir enerji ya da iletişim alışverişinde bulunmayan sistemlerdir (Payne, 2020: 247).

Sistemler, varlıklarını sürdürebilmek için kendi enerjilerini kullanmak zorundadır. Enerjiye ihtiyaç duyan sistemin dışarıdan girdi (enerji) almaması durumunda tükenip yok olmasına entropi denir. Entropi, sistemin görevini tamamladıktan sonra yok olması ya da ölmesidir. Ters entropi ise bunun zıddıdır. Sistemin yaşanan olumsuzluklar, uyumsuzluklar ya da dengesizlikler karşısında büyüyüp, gelişme ve varlığını devam ettirme çabasıdır. Örneğin onkolojik bir hastalığa yakalanmak entropi, tedavi olmak ise ters entropiye örnektir. Farklılaşma, sistemlerin zamanla daha farklı türdeki bileşenlerle daha karmaşık bir yapıya bürünmesidir (Payne, 1991: 135).

Farklılaşma, sistem içerisindeki ilişkiler, durumlar ve etkileşimlerin zaman içerisinde daha karmaşık (kompleks) bir yapıya bürünmesidir. Örneğin karı ve kocadan oluşan bir ailenin çocuk sahibi olması ailenin yapısında farklılaşma meydana getirir. İletişim, duygusal alışveriş ve davranışsal etkileşim ağıyla şekillenmiş dinamik ve karşılıklı bağlantıya ilişki denir. İlişkiler herhangi bir boyuttaki farklı sistemler arasında var olabilir. Eşsonluluk ya da eşsonuçluluk, aynı sonuca ulaşmak için birden fazla yol olduğunu ifade etmektedir (Zastrow& Kirst-Ashman, 2014: 56, 250-251).

Son olarak rol kavramı ise bireyin içerisinde yer aldığı sosyal sistemde yer aldığı konumdur. Rol, sosyal sistemlerde ilişkileri tanımlayan kavramlardan biridir ve sosyal sistemlerin temel yapı taşıdır. Sosyal sistemler esas olarak rol ve statülerden oluşan ilişki ağıdır. Sosyal rol beklentileri insan davranışlarını önemli ölçüde etkiler. Rollerin etkileşimsel süreç içinde önemli bir yeri vardır. İnsanlar sosyal sistemler içerisinde rolleriyle etkileşimde bulunur (Duyan, 2018a: 16).

Sistem kuramı, psikodinamik kuramın ortaya koyduğu fikirlerden duyulan memnuniyetsizlikler üzerine geliştirilmeye başlamıştır. Psikodinamik kuramın “sosyal” kavramını yeterince ele almaması sistem kuramının odağını “sosyal”e yöneltmiştir. Sosyal hizmette sistem kuramının kökleri Von Bertalanffy'nin genel sistem kuramına dayanmaktadır ve genelci sosyal hizmet uygulamasının da temelini oluşturmuştur. Sistem kuramı, esas itibarıyla biyolojik bir kuram olarak ortaya çıkmıştır. Organizmanın yaşayan, canlı bir sistem olduğu ve bu sistemin alt sistemlerden oluştuğu düşüncesine dayanmaktadır. Kuram zamanla biyolojik sistemlerin yanı sıra aileler, gruplar ve

toplumlara uygulanmaya başlamıştır. Sistem kuramının sosyal hizmetteki etkisi 1970'li yıllarda görülmeye başlamıştır. Gordon Hearn, sistem kuramını 1958 ve 1969 yıllarındaki çalışmalarıyla sosyal hizmete uyarlayan ilk kişi olmuştur. Yine 1970'li yıllarda aile terapisinin önemi artmış ve sosyal hizmette aile terapileri etkili olmaya başlamıştır. Sistem kuramının sosyal hizmet uygulamalarında kullanılması fikri ise Goldstein, Pincus ve Minahan'ın 1973 yılındaki yayınlarıyla başlamıştır. Bu çalışmaları; Vickery'nin 1974 yılındaki, Specht ve Vickery'nin 1977 yılındaki çalışmaları izlemiştir. Daha sonra sistem kuramı Siporin'in 1975 yılında, Germain ve Gittermanın 1980 yılındaki çalışmalarıyla geliştirilerek ekolojik sistem kuramı olarak ABD'de ses getirmiştir (Payne, 1991: 134-135).

Parçalarıyla uyumlu bir bütün oluşturan ve karşılıklı iş birliği içinde farklılaşmış ve iyi işleyen bir yapı olan sistemin sınırları vardır ve sistem kendi sınırları dışındaki sistemlerle ilişki içerisindedir. Çevre, sosyal sistemler üzerinde etkiye sahiptir. Sosyal sistemler; bireyler, aileler, küçük gruplar, kuruluşlar, topluluklar ve toplumlardan oluşan varlıklardır. Birbirinden farklı gibi görünen bu varlıklar arasındaki ilişki ve bağlantının anlaşılması ve kavramsallaştırılması konusunda sistem kuramı sosyal hizmete katkı sağlamaktadır (Duyan, 2012: 153-154).

Sistem teorisi sosyal hizmet alanında büyük ilgi görmektedir. Planlama ve uygulamanın her düzeyinde kullanılmaktadır. Sistem teorisi sosyal hizmet uzmanlarını bireyler, gruplar, organizasyonlar ve topluluklar arasındaki ve içindeki ilişkisel dinamikleri aynı zamanda çevredeki karşılıklı olarak etkileyen faktörleri incelemeye yönlendirmektedir. Sistem teorisi sosyal hizmet alanına üç alanda katkı sağlamaktadır: 1) sosyal hizmet uzmanının odağını müracaatçının ötesine taşıyarak müracaatçı ve çevresine çevirir, 2) sosyal değişimin daha iyi bir şekilde açıklanmasına olanak sunar, 3) sosyal hizmet uzmanlarının güç ve kontrol konularında düşünceleri için potansiyel sağlar (Leighninger, 1977: 44-46).

Sistem teorisi, bireylerin örtüşen veya kesişen çoklu ağların bir parçası olduğunu kabul ederek bu örtüşme içerisindeki sorunları tanımlar. Aileler, topluluklar, ilişki içerisinde olunan sistemler ve daha geniş sosyopolitik ve ekonomik iklim tüm insanları etkiler. Sorunun bu örtüşen sistemlerde bulunması gibi potansiyel çözümlerin var olduğu yer de burasıdır. Sistem teorisi, sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçı için stres kaynağı

veya destek mekanizmalarının yalnızca bireyler olmadığını; eğitim, din, siyasi ve ekonomik varlıkların da müracaatçıyı strese sokabileceğini ya da destek mekanizması olabileceğini anlamasına yardımcı olur. Müracaatçıların stres faktörlerini ve destek mekanizmalarını anlamak müracaatçıyla terapötik ilişkinin kurulmasında ön koşuldur (De Jesús vd., 2021: 164-165).

Sistem teorisinin temel ilkelerinden çeşitli müdahale araçları ortaya çıkmıştır. Görsel araçlar, müracaatçılar ve sosyal hizmet uzmanları için sistem teorisinin bir müracaatçının hayatını anlamlandırdığını ortaya koymak için somut bir yol sağlamaktadır. Ekomap (eko-harita) ve genogramlar uyum sağlama ve değerlendirmenin ilk aşamalarında özellikle yararlı olabilecek görsel araçlardır. Ekomapler, müracaatçı ve çevresi arasındaki ilişkileri gösteren, bireyin yaşamının birbirine bağlı olduğu sistemlerin görsel temsilleridir (Hartman, 1995:114). Ekomapler sistemleri daha düzenli bir şekilde görselleştirirken genogramlar odak noktasını nesiller boyu aile dinamikleri üzerinde yoğunlaştırır. Hem müracaatçının hem de sosyal hizmet uzmanının aile dinamikleri üzerinde özellikle davranış kalıpları ve davranış kalitesine odaklanmasına olanak tanır (Altshuler, 1999: 786).

Sosyal hizmet uzmanları kaygı, düşük benlik saygısı, kendine zarar verme, ilişki problemleri gibi bireysel sorunların yanı sıra çocuk istismarı ve aileye yönelik sorunları anlamak için sistem teorisini kullanırlar. Aile sistemi içerisinde eş, ebeveyn-çocuk, kardeş, anne- çocuk, baba- çocuk gibi pek çok alt sistem yer almaktadır. Her alt sistem aile sistemini etkilemektedir. Örneğin eş alt sisteminde yaşanan bir sorun aile sisteminin tamamını etkilemektedir. Alt sistemler arasındaki değişen ilişkilerin sistemi nasıl etkilediği, hangi problemlere neden olduğu ve çözüm yolları ararken hangi kaynakların kullanılabilceğini ve sistemin yeniden işlevselliğini kazanması için hangi yolların izlenebileceğini anlamak için sistem teorisinin kullanılması sosyal hizmet uzmanına fayda sağlayacaktır. Sonuç olarak sistem teorisi klinik sosyal hizmet uygulamasında müracaatçılara yönelik savunuculuk ve tedaviye yardımcı olmak, aileler ve topluluklara daha iyi hizmetler sunacak programların tasarlanmasında önemli rol oynar. Bu bağlamda sistem yaklaşımı klinik sosyal hizmet uygulamasında etkili bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım problemleri bireysel ele almak yerine bir bütün olarak sistemlere bakarak daha etkili çözümler geliştirmeyi hedefler. Sistem teorisi, klinik uygulamada çift, aile ve grup

terapisi gibi terapötik yaklaşımlarda sık kullanılan bir yaklaşımdır (Erzeybek Şemi, 2023: 84-88).

### **1.5.2. Ekolojik Yaklaşım ve Ekosistem Yaklaşımı**

Sistem kuramı bilgi temelini biyolojiden alırken ekolojik yaklaşım bilgi temelini biyolojinin bir alt dalı olan ekolojiden almaktadır. Ekoloji, organizmalar ve çevreleri arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Ekosistem; organizmalar, birbirlerini etkileyen ve diğerinden etkilenen canlı olmayan çevresel faktörlerin oluşturduğu sistemdir. Bir ağacı düşünürsek; ağaç orman ekosisteminin bir parçasıdır ancak çevrede meydana gelen iklim olaylarından etkilenmektedir. Bu orman ekosisteminin canlı olmayan yönünü temsil etmektedir. Ağaç diğer organizmalardan da etkilenmektedir. Ancak ağaç, içerisinde bulunduğu ortamdan açıkça etkilendiği gibi kendisi de ortamı etkilemektedir. Bu fikirler ekolojik yaklaşımın temelini oluşturmaktadır. Ekolojik yaklaşım, insanların çevreleriyle yararlı ya da yararsız işlemler gerçekleştiren organizmalar olduğunu savunur. Sistem kuramına benzer şekilde ekolojik yaklaşım da insanların çevrelerindeki faktörlerle karşılıklı etkileşim deneyimlerini yani sosyal ekolojiyi açıklamaya çalışır. Ekolojik yaklaşımın sosyal hizmet uygulamalarında yer alması Bronfenbrenner'in çalışmaları ile bağlantılı olarak gerçekleşmiştir. Bronfenbrenner 1979 yılında çocuğun gelişimini etkileyen mikro, mezzo, ekzo, makro ve kronosistem kavramlarını çocuk gelişimi perspektifinden tanımlayan çalışmasıyla sosyal hizmete ekolojik kuramı uyarlamıştır (Langer ve Lietz, 2021: 49-50).

Ekolojik yaklaşım sosyal hizmet ve diğer disiplinlerde; insanlar ve çevreleri arasındaki ilişkilerin doğasını anlayama çalışan bir yönelimdir (Barker, 1991: 70). Ekolojik yaklaşım, sosyal hizmetin bilgi temelini oluşturan parçalardan biridir. Ekolojik yaklaşım da sistem kuramı gibi sosyal hizmet uygulaması için yararlı bir çerçeve sağlamaktadır. Sistem kuramını benimseyen geneli sosyal hizmet uygulaması insanın diğer sistemlerle olan etkileşimini tanımlamada son derece başarılı olan ekolojik yaklaşımdan yararlanır. Sosyal hizmet uygulaması müracaatçının sorununu ya da durumunu anlama ve tespit etme noktasında çevresi içinde birey (person-in-environment-PIE) değerlendirmesini kullanmaktadır. Bu değerlendirme bilgi temelini ekolojik yaklaşımdan almaktadır çünkü sosyal çevre kavramı ekolojik perspektife dayanmaktadır (Kirst-Ashman& Hull, 2009: 11-12).

Ekolojik yaklaşım ve ekolojik sistem yaklaşımının daha iyi anlaşılması için bilinmesi gereken çeşitli kavramlar vardır. Bu kavramlar şunlardır:

1- Sistem: Bir işlevi yerine getirme amacıyla bir araya gelmiş ve aralarında karşılıklı bağımlılık ve etkileşim bulunan elemanların oluşturduğu kümedir (Duyan, 2012: 176).

2- Sosyal çevre: İnsanların içinde yer aldığı koşulları ve insan etkileşimlerini içerir. İnsanların hayatta kalmak ve gelişmek için çevreyle etkileşim içinde olması gerekir. Sosyal çevre, toplum ya da kültürün sağladığı fiziksel ortamı ifade eder. İnsanların yaşadığı ev, sahip oldukları iş ve para miktarı, uyulan yasalar sosyal çevrenin bileşenleridir. Sosyal çevre aynı zamanda insanların temas kurduğu aileleri, arkadaşları, grupları, kuruluşları, sosyal kurumları, devletleri ve sistemleri de içermektedir (Zastrow ve Kirst-Ashman, 2007: 18).

3- Etkileşim: İnsanlar çevreleri ile iletişim ve etkileşim halindedir. Bu etkileşimler aktif ve dinamiktir yani etkileşimler aktarılabilir, değiş tokuş yapılabilir ve yine etkileşimler olumlu ya da olumsuz yönde olabilmektedir (Duyan, 2012: 176).

4- Çevresi içinde birey (kişi ve içinde bulunduğu durum): insan sorunlarının kökleri hem bireysel faktörlerde hem de durumsal faktörlerde olduğundan insan problemlerini anlama ve tedavi etmede bireysel ve çevresel faktörleri ayırmak mümkün değildir (Dorfman, 2022: 37).

5- Enerji: insanlar ve çevreleri arasındaki aktif katılım sonucu ortaya çıkan güçtür. Enerji, girdi veya çıktı şeklinde olabilir. Girdi, kişinin hayatına eklenen enerji biçimidir. Çıktı ise kişinin hayatından bir şeyler alıp götürülen enerji türüdür (Zastrow& Kirst-Ashman, 2007: 18).

6- Baş etme: Bireyin stres kaynaklarına yönelik tepki verme ya da bunlardan kaçınmak için kullandığı etkili davranışlardır (Barker, 1991: 51).

7- Kesişme: Birey ve çevresi arasındaki etkileşimin gerçekleştiği esas noktadır. Evliliklerinde yaşadıkları sorunlar nedeniyle sosyal hizmet uzmanına başvuran bir çift, çocukların yetiştirilmesi konusunda anlaşmazlık yaşadıklarını ifade etmiştir. Çiftle yapılan görüşmede çiftin gerçek duygu ve düşüncelerini birbirlerine ifade etmede sorun yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Gerçek sorun bireylerin kesişme noktası (iletişim becerileri)

olduğu görülmüştür. Bireyler başka bireylerin sosyal çevresi içinde yer alır. Sosyal çevre içerisindeki etkileşimde kesişme noktası hatalı şekilde belirlenirse gerçek sorunu görmek zorlaşır. Bu da daha fazla enerji ve zaman harcanmasına neden olur (Duyan, 2018b: 40).

8- Adaptasyon: Çevre koşullarına uyum sağlama kapasitesidir. Uyum sağlamak değişim anlamına gelir. Bireyin işlevselliğini etkili bir şekilde devam ettirebilmesi için yeni koşullara uyum sağlaması gerekir. İnsanlar hayatlarında sürekli olarak değişim ve stres altında kalırlar bu nedenle insanların esnek ve uyum sağlayabilen bireyler olması gerekir (Kirst-Ashman ve Hull, 2009: 12).

1960'lı yıllarda medikal modelin sorgulanmaya başlamasıyla sosyal hizmet; müracaatçıların yararını gözetecek biçimde müracaatçının çevresinde yer alan sistemleri değiştirmeyi amaçlayan bir reform gerçekleştirmiş ve giderek ekolojik yaklaşıma odaklanmıştır. Ekolojik yaklaşım, insanlar ve sosyal çevreleri arasındaki etkileşimi kavramsallaştırarak değişim ve uygulamayı bütünleştirmektedir. Ekolojik yaklaşıma göre insanlar çevredeki unsurlarla etkileşim yoluyla gelişir ve bu unsurlara uyum sağlarlar. Ekolojik yaklaşım bireyin ihtiyaçlarını karşılama ve çevresiyle arasında daha iyi bir etkileşim kurabilmesi için insanların ve çevrelerinin başa çıkma kapasitelerini iyileştirmeye odaklanır. Bu yaklaşım çevresi içinde birey kavramına odaklanmaktadır. Çevresi içinde birey kavramından hareketle sosyal hizmet üç ayrı alana odaklanmaktadır. Birinci alan; kişinin kendisine odaklanarak kişinin problem çözme ve başa çıkma yeteneklerini ve gelişim kapasitelerini artırmaya çalışmaktadır. İkinci alan; kişi ile onun etkileşimde bulunduğu sistemler arası sürece odaklanarak kişinin ihtiyaç duyduğu kaynak, hizmet ve fırsatlara odaklanır. Üçüncü alan ise çevresel sistemler sistemlerin bireyin ihtiyaçlarına göre yeniden düzenlenmesini içermektedir (Zastrow, 2007: 24-25).

Ekolojik yaklaşıma göre insan ile çevrenin özellikleri uyum içerisinde olmalıdır. İnsan ve çevresinin uyumlu olmaması sorun olarak görülmektedir. Sorun olarak ifade edilen bu uyumsuzluğun giderilmesi için bireyin işlevselliğini artıracak davranışların, çevrenin ve bireyin kendi sorun tanımlamasının açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Davranışları etkileyen çevresel sistemlerin sayısı oldukça fazladır. Zaman, fiziksel koşullar ve sosyal etkileşim bireyin davranışlarını olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir. Çevre ile etkileşim bireyin gelişimine katkı sunduğu gibi bireyin gelişimine engel de olabilir. Sorun birey ve çevresi arasındaki uyum dengesinin

bozulması sonucunda ortaya çıkar. Sorun, bireyin çevresini nasıl algıladığı ve yorumladığı ve uyumsuzluğun hangi koşullarda ortaya çıktığının belirlenmesidir. Yine ekolojik yaklaşıma göre birey ve çevresinin uyumu bireyin psikolojik, biyolojik ve sosyal gelişimi açısından mikro, mezzo ve makro düzeylerde; insani farklılıklar (ırk, ırksal farklılık, sınıf, kültürel farklılık) göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir (Duyan, 2012: 177-178).

Sosyal hizmet bireyler, gruplar ve toplulukların sosyal işlevsellik kapasitelerini geliştirmelerine ya da eski haline getirmelerine ve bu amaç için gerekli toplumsal koşulların oluşturulmasına yardımcı olan mesleki faaliyetlerdir (Barker, 1991: 221-222). Sosyal hizmetin bu tanımı sosyal hizmet uzmanlarının, uygulamayı müracaatçının güçlü yönleri üzerine inşa etmek için çevresi içinde bireyi anlamadaki rolüne işaret etmektedir. Klinik sosyal hizmet uzmanları ekolojik yaklaşımın sağlayabileceği çevredeki çevresi içinde birey etkileşimlerine ilişkin anlayışlarını geliştirecek teorik bir çerçeveye ihtiyaç duyarlar. (Friedman & Allen, 2014:18)

Bronfenbrenner'in ekolojik yaklaşımıyla Von Bertalanffy'nin sistem teorisi Carol Germain tarafından bir araya getirilerek bu iki modelin sosyal hizmete uyarlanmasıyla ekolojik (ekosistem) yaklaşımı adını almıştır. Germain (1991: 16), sistemler arasındaki ilişkilerin doğasını varlıklar arasında her birinin zaman içerisinde değiştiği ve diğerini etkilediği karşılıklı alışverişler olarak tanımlar ve ilişki içerisindeki her sistemin diğerini etkilediğini ifade eder. Bu doğrultuda ekolojik sistem perspektifi birey, grup, aile veya topluluklarla daha geniş çevreleri arasındaki etkileşimlerin doğasıyla ilgilenir. Kişi-çevre etkileşimini yeni bir sosyal hizmet modeli haline getiren Germain, en iyi analiz yönteminin müracaatçının güçlü yönlerini daha net bir şekilde ortaya koymak için bileşenlerine (adaptasyon, baş etme, güç gibi) ayrılması gerektiğini ifade ediyordu. Tüm sistemler belirli bir durumun hem nedeni hem de sonucu olarak çevreyle etkileşim halindedir ve sosyal hizmet uzmanının bu etkileşimin doğasını tam olarak anlaması önemlidir. Ekosistemler yaklaşımında müdahale sürecinde hangi araçların kullanılacağı sosyal hizmet uzmanının elindedir ancak bu yaklaşım içerisinde kişi-çevre etkileşiminin dinamiklerinin tam olarak değerlendirilmesi sosyal hizmet uzmanının bilgi ve becerilerine dayanmaktadır (Friedman & Allen, 2011: 42-55)

Klinik sosyal hizmet uygulamalarında ekolojik sistem yaklaşımı bireyler ve çevreleri arasındaki etkileşimi kabul ederek müracaatçıların deneyimlerinin bütüncül olarak değerlendirilmesini teşvik eder ve onların refahlarını etkileyen çoklu sistemleri dikkate alan müdahalelere rehberlik eder. Ekolojik sistem yaklaşımı, klinik sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçıların aile ve toplum dâhil olmak üzere içerisinde etkileşimde buldukları sistemleri bağlamında anlamalarına olanak sağlar. Bu geniş bakış açısı sayesinde sosyal hizmet uzmanları müracaatçıların yaşadıkları zorlukların temel nedenlerini ele alan kapsamlı bir müdahale sürecini destekler. Ekolojik sistem yaklaşımı, klinik sosyal hizmet uzmanlarına aynı anda birden çok düzeyde müdahale planı geliştirmesini sağlar. Müdahaleler yalnızca bireye odaklanmak yerine müracaatçının ailesini, içerisinde var olduğu diğer sistemleri de içerebilir. Bu kapsamlı yaklaşım sayesinde daha etkili ve sürdürülebilir sonuçlar elde edilebilir. Yine ekolojik sistem yaklaşımı bireylerin yaşamında sosyal bağlantı ve destek ağlarının önemine vurgu yapar. Ekolojik sistem yaklaşımını kullanan klinik sosyal hizmet uzmanları, müracaatçıların ilişkilerini güçlendirmelerine, yeni bağlantılar kurmalarına ve yer aldığı sistemdeki kaynaklara erişimde yardımcı olur. Bunların yanı sıra ekolojik sistem yaklaşımı müracaatçıların yaşamlarındaki kültürel bağlamların önemini vurgular. Bu doğrultuda klinik sosyal hizmet uzmanları kültürel faktörlerin diğer sistemlerle olan kesişimini anlayabilmek için bu yaklaşımdan yararlanabilirler. Bu anlayış sayesinde sosyal hizmet uzmanları müracaatçıların inanç, değer ve kimliklerine saygı duyan, kültüre duyarlı müdahaleler sağlar (Erzeybek Şemi, 2023:91-92).

### **1.5.3. Psikanalitik ve Neoanalitik Yaklaşımlar**

Psikanalitik yaklaşımlar, bireyin bilinçdışı süreçlerinin, içsel çatışmalarının ve geçmiş dönem yaşantılarının bugünkü davranışlarına olan etkisini anlamaya yönelik teorik ve terapötik modelleri içermektedir. Psikanalitik ve Neoanalitik yaklaşımlar, Sigmund Freud'un psikanaliz teorisinden ortaya çıkmış zamanla çeşitli yorumlar ve ekollerle genişlemiştir.

#### **1.5.3.1. Klasik Psikanaliz**

Yirminci yüzyılın başlarında psikanaliz, davranış bozukluklarının tek nedeninin beyin patolojisi olduğuna karşı yeni ve devrimci bir düşünce olarak ortaya çıkmıştır. Psikanalizin başlangıç noktası hipnoz ve telkinin histeriyle olan ilişkisini inceleyen

araştırmacıların çalışmalarıyla olmuştur. Joseph Breuer, Viyana'nın seçkin ve tanınmış hekimlerinden biriydi. Breuer, çoğu kadın olan hastaları üzerinde hipnozu tedavi edici bir şekilde kullanıyordu. Hastalar hipnoz altında sorunlarını açıkça anlatabiliyor ve hipnozdan uyandıklarında bir rahatlama hissediyorlardı. Duyguların boşalıma imkân sağlayan bu yönteme ise arınma anlamına gelen katarsis adı verilmiştir. Sağladığı rahatlamanın yanı sıra bu yöntem hastaların nevrotik belirtilerinin oluşmasına neden olan travmatik olaylar ve duygusal çatışmalarının da ortaya çıkmasını sağlıyordu. Freud'un histeri patolojisine ilgi duyduğunu bilen Breuer ona incelediği hastasından bahsetti. Hastaya ait bulgular psikanaliz tarihine geçmiş ve kuramın gelişmesine önemli katkılarda bulunmuştur. Freud'un Breuer'le yaptığı ortak çalışmalar 1893'te ilk meyvesini vermiş ve iki araştırmacının yazdığı "n İletilişim" bu yıl yayımlanmıştır. 1895 yılında ise "Histeri zerine İncelemeler" başlıklı ikinci yapıt ortaya çıkmıştır. Bu yapıtlarla birlikte Freud ve Breuer Psikodinamik kuramının temellerini atmıştır. Böylece kişinin bilindişinin davranışlar üzerindeki önemli etkisi ilk kez anlaşılmaya başlamıştır. Breuer, histeri belirtileri üzerinde cinsel dürtülerin oynadığı role Freud kadar önem vermediği için bir süre sonra iki hekim ortak çalışmalarına son vermiştir. Freud ise zamanla hipnozdan vazgeçerek hastalarını uyanıkken düşünce ve ahlak kurallarını gözetmeksizin özgürce konuşmaya yöneltilmiştir. Bu yöntemle hastalar içsel engellerini aşarak unutulmuş anılarına inebiliyor ve sorunlarını açıkça ifade edebilir duruma geliyorlardı. Bu yeni yönteme serbest çağrışım, bu yöntem aracılığıyla hastaların içsel dünyalarına inerek kendilerini daha iyi tanımaları ve sağlıklı bir uyum düzeyine erişebilmelerini sağlayan ilkelere ise psikanaliz adı verildi (Geçtan, 1998: 14-19).

Psikanaliz, kendilik kavramımız için psikolojik açıdan tehlikeli ya da tehdit edici olması nedeniyle gizlenen ya da bastırılan fikir, hatıra, istek veya düşünceleri barındıran bilindişi bir bölüme sahip olduğumuz fikri üzerine temellendirilmiştir. Freud psikolojik problemlerin ve fiziksel semptomların başlıca sebebinin bilindişi çatışmalar olduğuna inanıyordu. Freud bilindişi çatışmalar ve bastırılmış düşünceler hakkında ipucu verdiğini düşündüğü üç teknik geliştirmiştir. Bunlardan birincisi serbest ağrışımdır. Serbest ağrışım Freud'un bilindişini açığa çıkarmak için kullandığı tekniklerden biridir. Bu teknikte amaç hastaların koltuğa uzanıp arkalarına yaslanarak rahatça konuşmaları sağlamaktır. İkinci teknik ise rüya yorumudur. Freud rüyaların serbest çağrışımın en saf halini ve bilindişine giden yolu yansıttığı için hastaların rüyalarını dinleyerek

yorumlardı. Diğer teknik ise Freudyen dil sürçmeleridir. Günlük hayatta meydana gelen hatalar ya da dil sürçmeleridir. Freud'a göre bu hatalar ve dil sürçmeleri bilinçdışı düşünce ya da isteklerimizi açığa çıkarmaktadır (Plotnik, 2009: 435, 560).

Freud, bastırma (repression) kavramıyla ve bununla baş edebilmek geliştirdiği tekniklerle psikiyatri alanında büyük bir devrim yapmıştır. Freud'a göre nevrotik hastaların sorunları bilinçdışı çatışmalardan kaynaklanmaktaydı. Ona göre hastalar erken dönem yaşantılarından kaynaklanan bu çatışmaları anlamazlar çünkü hastaların bu anıları bastırılmıştır. Bu doğrultuda psikanalizin amacı ise hastaların duygusal çatışmalarında içgörü kazanmaları ve kaygıdan kurtulup rahatlamalarını ya da yaşadıkları çatışmalarda daha sağlıklı tepki göstermelerini sağlamaktır. Psikanaliz terapistin genel olarak işlemleri ve amaçları açıklamasıyla başlar. Hastalara kısa sürede iyileşmeyi beklememeleri, kendi tutumlarının farkında olmadığı duygusal etkenlere ya da bilinçdışı güdülere indirgenmesi gerektiği anlatılır. Bu yöntem serbest çağrışımdır. Serbest çağrışım sırasında hastalar sıklıkla direnç gösterirler. Direnç geçmişte yaşanmış önemli olayları hatırlayamama ya da bazı kaygı yüklü olayları konuşmaktan kaçınmadır. Direnç, hastadaki belirtileri çözümlmek için mihenk taşıdır. Terapist hastanın güdüsel çatışmalarıyla ilgili bilgileri dirençlerden alır. Zamanla hasta dirençlerini yenerek ilgili konuda serbestçe konuşmaya başlar. Hastadan analiz sırasında düşlerini anlatması istenir. Düşler isteklerin doyurulmasının gizli bir biçimi olarak olduğu gibi kabul edilmez ve psikanaliz ilkeleri doğrultusunda yorumlanır. Psikanaliz süresince hasta başkalarına yönelik geliştirdiği tutumları terapistte de genelleyebilir. Bu duruma aktarım (transferans) adı verilir. Aktarımın terapist için iki önemi vardır. Aktarım olumluysa hasta terapistte güvenerek dirençlerini çabuk yenebilir. İkinci olarak ise aktarım sayesinde terapist hastanın sorunlarını anlamasına yardımcı olur. Psikanaliz sürecinde hasta, çatışma kaynağına yönelik içgörü kazanmışsa tedavinin artık son bölümüne erişilmiş olur (Morgan, 2013: 324-325).

Freud'un klasik psikanaliz kuramı insan davranışlarını anlamaya yönelik bütüncül bir sistemdir. Sistemi oluşturan diğer bileşenler yapısal kişilik kuramı, savunma mekanizmaları ve psikoseksüel gelişim aşamalarıdır.

### **1.5.3.1.1. Yapısal Kişilik Kuramı**

Freud'un geliştirdiği yapısal kurama göre kişilik üç ana sistemden oluşmaktadır. Bunlar; id, ego ve süperegodur. Bireyin davranışları bu üç ana sistemin etkileşiminin ürünüdür ve bu sistemlerden herhangi biri diğerinden bağımsız hareket etmez (Geçtan, 1998: 44). İd bilinçaltında saklı olan ilkel psişik güçtür. Diğer kişilik unsurlarının üzerinde yükseldiği temel ihtiyaçlar ve dürtüleri temsil eder. İd, bireyin hayatta kalması için gerekli temel güdüleri içermektedir. Bunlar açlık, susuzluk, cinsellik ve kendini koruma ihtiyacıdır. Freud'a göre id'de var olan temel dürtüler kişilik gelişimindeki asıl enerji kaynağıdır. İd ihtiyaçlarının herhangi birinden yoksun kaldığında meydana gelen gerilim kişiyi bu rahatsızlığı dindirmeye ve ihtiyacı gidermeye yöneltir. İdin egoyla olan ilişkisi ihtiyaçları giderme noktasında rasyonel bir araç olmasıdır. Ego ise zihnin rasyonel bileşenidir. Doğumdan sonra deneyim yoluyla gelişen ego, bireyin düşüncelerini kontrol eder ve kişiliği koordine eden bir rol üstlenir. Gerçeklik ilkesine göre hareket eden ego sonuçları değerlendirerek rasyonel anlamda eylem yolları belirler. İd insanın neye ihtiyacı olduğunu, ne istediğini gösterir. Ego ise kişinin istek ve ihtiyaçlarını nasıl elde edeceğine yardımcı olur. Kişiliği oluşturan üçüncü sistem ise süpereo veya vicdandır. 3-5 yaşları arasında gelişen süpereo geleneksel değerler ve kuralların anne baba tarafından yorumlanarak çocuğa aktarılmasından oluşur. Süperegonun temel işlevi bir şeyin doğru ya da yanlış olduğunu belirlemesidir. Süpereo tarafından onaylanmayan içgüdüsel bir talep ifade edilmeye çalışılırsa süpereo içgüdünün ifade edilmesini engellemek amacıyla bir uyarı olarak egoya kaygı sinyali gönderir. Bu bağlamda suçluluk duygusunun süperegoda kaynaklandığı söylenir (Zastrow & Kirst-Ashman, 2014: 162-163).

### **1.5.3.1.2. Savunma Mekanizmaları**

Freud, id ve egonun hedefleri arasında hiçbir anlaşmazlık olmadığına ya da çok az anlaşmazlık olduğuna inanıyordu. Yani kişinin çok küçük bir çatışma yaşadığını düşünüyordu. Ancak bazı durumlarda id ve süperegonun hedefleri arasında anlaşmazlık ortaya çıkabildiğini böyle durumlarda ise egonun (idareci arabulucu) anlaşmazlığı çözmeye çalıştığını ileri sürmektedir. Freud, egonun id ve süpereo arasındaki anlaşmazlıkları çözmek için kullandığı zihinsel süreçler (savunma mekanizmaları) öne sürmüştür. Freud'a göre kaygı idin ilkel istekleri ile Süperegonun ahlaki hedefleri

arasında yaşanan çatışma sonucu ortaya çıkan rahatsız edici duygudur. Ego savunma mekanizmaları şunlardır:

1- Bastırma: İçgüdüsel dürtülerin bireyin isteği dışında bilinçdışı tutulması ve bilince çıkmasının önlenmesine baskı, uygun görülmeyen istek ve anıları bilinçten uzaklaştırma mekanizmasına ise bastırma denir.

2- İnkâr: Savunma mekanizmaları çevredeki tehlike varlığını yadsıma amacı güder. Eğer birey tehlikeyle baş edemez ya da ondan kaçınamazsa en iyi yol bu tehlikeyi yok saymaktır.

3- Rasyonalizasyon (Neden bulma): Kişinin kendi eylemlerinden ötürü eleştiri ya da baskılanmaya maruz kaldığında asıl motivasyonlarını gizleyecek şekilde gerekçeler bulmasıdır.

4- Yansıtma: Kişinin bilinçaltındaki kendi kabul edilemez duygu ve dürtülerini başka kişilere ya da nesnelere yüklemesidir.

5- Tepki oluşumu: Kabul edilemez düşünce, davranış ya da duyguların tam zıttı olan düşünce, davranış ya da duyguyla değiştirilmesidir.

6- Yer değiştirme: Kaygı oluşmasına neden olan bir nesne ile ilgili duyguları veya tepkileri daha az tehdit edici bir kişi ya da nesneye yöneltmektir.

7- Yüceltme: ilkel nitelikteki dürtü ve isteklerin doğal amaçlarından çevrilerek toplumca beğenilen etkinliklere dönüştürülmesidir.

8- Dengeleme: Kişinin bastırılmış duygularını ya da zayıf yönlerini taklit etmesidir.

9- Özdeşim: Kişinin idealize ettiği bir insanın tavır, davranış ya da özelliklerini sergilemesidir.

10- İçleştirme: Kişinin bir insan ya da grubun bazı özelliklerini ve inançlarını kendi benliğine katarak kişiliğinin bir parçası haline getirmesidir (Plotnik, 2009: 436-437; Geçtan, 1998: 78- 94; Zastrow & Kirst-Ashman, 2014: 164).

### **1.5.3.1.3. Psikoseksüel Gelişim**

Freud, birçok insanın seksüel çatışmaları olduğunu fark etmiş ve cinselliği kuramının merkezine yerleştirmiştir. Freud'a göre idin biyolojik içgüdülerinin enerjisi için kullandığı kavram libidodur. Freud cinselliğin fiziksel aşk, şefkat içerikli dürtüler,

benlik sevgisi, ebeveyn-çocuk sevgisi ve arkadaşlık ilişkilerinin odağına yerleştirmiştir. Buna ek olarak insanların kişilik olarak 5 gelişim evresinden geçtiğini varsayarak gelişim aşamalarında yaşanan çatışma ve problemlerin çözüme ulaşmadığı takdirde bireyin o gelişim seviyesinde asılı kaldığına dikkat çekmiştir. Sabitlenmenin anlamı kişinin büyük oranda belirli bir aşamada durmasıdır. Zihin sağlığının sağlanabilmesi için bireyin çatışma ve problemlerini çözmesi ya da savunma mekanizmalarından birini kullanması gereklidir (Zastrow& Kirst-Ashman, 2014: 163; Freud, 1917).

Freud'un çocukluk döneminde her biri bir önceki dönem üzerine inşa edilen ve önceki dönemlerde kazanılan davranışları özümleyen 5 psikolojik ve cinsel gelişim evreleri şunlardır:

1- Oral Dönem: Bu evre gelişimin ilk basamağıdır ve doğumdan sonraki 18 aylık sürede gerçekleşir. Oral dönem olarak adlandırılmasının nedeni çocuğun ihtiyaçları, algılamaları ve kendisini ifade yollarının daha çok ağız bölgesinde gerçekleşmesidir. Ağız bölgesinde algılanan açlık, susuzluk, anne memesi ya da onun yerine geçen nesnelerin oluşturduğu ve hoşlanma duygusu sağlayan dokunma uyarımları, yutma ve doymaya yönelik duyulardır. Oral dönemin başarılı bir şekilde tamamlandığı durumlarda kişilik özelliklerinde aşırı bağımlılık ya da kıskanma duyguları olmaksızın diğer insanlara verebilme ya da alabilme özelliği gerçekleşir. Bu bireyler kendilerine olduğu gibi diğer insanlara da güvenir ve onlardan destek alabilirler. Ancak bu evreyi sağlıklı bir şekilde tamamlamayan ve bu evrede sabitlenen insanların şizofreni ve psikotik depresyon gibi ağır kişilik bozukluklarına sahip olduğu düşünülmektedir.

2- Anal Dönem: 18 ay ile 3 yaş arasında gerçekleşen bu evrede çocuğun anne denetiminden bağımsızlaşmasına yönelik ilk belirtiler gözlenir. Çocuğun temel etkinlikleri verme ve tutma üzerinedir, asıl olarak dışkıyı denetleme (tutma), denetimi yitirme (altını kirletme) yani dışkılamayla bağlantılıdır. Denetimi yitirme durumlarında çocuğun kuşku geliştirmeden ve aşırı utanç duygusuna kapılmadan yaşama ve özerklik kazanma yolundaki ilk denemelerdir. Bu evrede tuvalet eğitimi önemli bir çatışma alanıdır. Bu dönemde anne ve çocuk arasında sağlıklı ilişkiler sürdürüldüğü durumlarda özgürce seçim yapabilme, bağımsızlığını sürdürebilme, suçluluk duygusu olmaksızın girişimlerde bulunabilme, kararsızlık yaşamadan eyleme geçebilme ve bu eylemlerin sonuçlarını olduğu gibi kabullenme, dik kafalı olmadan ya da aşırı şekilde ödün vermeden

diğer insanlarla işbirliği yapabilme yeteneği kazanılır. Ancak bu aşamada sabitlenen insanlar dağınıklık, inatçılık, isyankarlık ya da tam tersi aşırı titiz ve dakik olma özelliği taşıyabilirler.

3- Fallik Dönem: 3 ile 5 yaş arasını kapsayan bu dönemde çocuğun ilgisi genital bölgeye yöneliktir. Bu dönemde cinsel bölgelerin uyarılmasından heyecan duyma ve cinselliğe karşı aşırı ilgi biçiminde davranışlar belirmektedir. Bu dönemin amacı cinsel ilgi ve dürtüleri cinsel organlar ve işlevlere odaklandırmaktır. Bu sayede çocuk kendi cinsiyetle özdeşleşerek önceki gelişim evrelerinden getirdiği cinsel nitelikli diğer dürtüleri de cinsel organlara yönelterek yetişkin cinselliğine temel oluşturmasıdır. Sağlıklı koşullarda geçirilen fallik dönem çocuğun kendi cinsiyetini benimsemesine, utanç duymadan meraklarını giderebilmeyi öğrenmesine, çevresindeki durum ya da kişilerin yanı sıra içsel dürtüleri üzerinde de egemen olarak gerek dış ilişkilerinde gerekse kendi iç dünyasında bir düzen oluşturmasına yardımcı olur. Fallik dönemin sağlıklı geçirilmediği bu evrede sabit kalan bireylerde ise gurur, kendinden nefret etme ya da cinsel anlamda ait olduğu toplumun ahlak kurallarına uymama gibi özellikler görülebilir.

4- Gizil Dönem: Bu dönem cinsel dürtülerin durgunluk dönemi olarak tanımlanır. 5-6 yaşlarında başlayan bu dönem ergenlik çağıyla sona erer. Bu dönemde kız ve erkek çocukları kendi hemcinsleriyle yakınlaşırlar. Bu dönemin başlıca amacı fallik dönemin sonunda çocuğun kendi cinsinden olan ebeveyniyle yaptığı özdeşleşmeyi ve kendi cinsiyetine yönelik toplumsal rolünü güçlendirmektir. Bu dönemde çocuklar sosyalleşirler, eğitim süreci ve öğrenme becerileriyle ilgilenirler. Sağlıklı bir fallik dönem çocuğun yenilgiye uğradığında aşağılık duygusuna kapılmadan özerk bir varlık olarak yeniden girişimlerde bulunmasını sağlar. Ancak gizil dönemin sağlıklı bir şekilde geçirilmediği durumlarda çocuklar içsel dürtülerinin denetimini sağlayamazsa öğrenme ve beceri geliştirme başarısız olur ya da aşırı bir denetim mekanizmasıyla obsesif bir karakter yapısının yerleşmesine neden olur.

5- Genital Dönem: Bu aşama ergenlikten ölüme kadar sürer ve olgunlaşmış cinselliği içerir. Ergenlik döneminde çocuğun olgunluğa erişmesi ve hormonların etkinliğinin artmasıyla cinsellik başta olmak üzere çeşitli dürtülerin gücü artar. Bu yoğunlaşma önceki gelişim dönemlerinde yaşanan çatışmaların yeniden canlanmasına neden olur. Genital dönem bu çatışmalara yeni çözüm yolları aranmasına olanak sağlar

ve birey bu çözümleri bulabildiğinde yetişkin bir kimlik kazanmış olur. Ancak bu dönemde önceki dönemlere ilişkin çatışmalara yönelik çözüm bulunamazsa bu durum yetişkin kişiliği üzerinde kimlik bunalımı gibi ciddi ve kalıcı izler bırakır. Ergenlik dönemini sağlıklı bir şekilde atlatan bireyler ise olgun kişilik özellikleri yerleşir. Böylece birey kendi gücünün farkına varır, anlamlı sevgi ilişkileri kurabilir, doyun sağlayacak amaçlara ulaşmak için çalışır, yaratıcı ve üretken bir insan olur (Zastrow& Kirst-Ashman, 2014: 165-166; Plotnik, 2009: 439; Özakkaş, 2004: 345-418).

### **1.5.3.2. Ego Psikolojisi**

Ego psikolojisi, Freud'un klasik psikanalizin doğrudan bir uzantısı ve günümüzdeki temsilcisidir. Freud'un ardından gelen bir grup çalışmacı yapısal kişilik kuramına yeni boyutlar kazandırmış ve ego-psikanalistleri olarak anılmıştır. Freud'un kızı Anna, günümüz ego psikolojisi adıyla bilinen akımın öncüsü sayılsa da Erik Erikson, Heinz Hartman, Edit Jacobson gerçek sözcüleri olarak kabul edilir. Freud'un savunma mekanizmaları Anna Freud tarafından 1936 yılında yayımladığı Ego ve Savunma Mekanizmaları yapıtında genişletilmiş ve ayrıntılı bir biçimde tanımlanmakla kalmayıp egonun savunma çabalarının anlaşılmasının tedavi sürecinde getireceği yeni boyutlara dikkat çekilmiştir. Bu sayede psikanalistlerin görevi yalnızca id'den gelen ve kabul edilemez olan istekleri ortaya çıkarmakla sınırlı kalmamıştır. Psikanalistlerin artık ego tarafından geliştirilen ve karşı direnç olarak adlandırılan savunma mekanizmalarını anlayarak bunları tedavi sürecinde bir araç olarak kullanmaları gerekiyordu. Anna Freud yaptığı çalışmalarla psikanalizin odak noktasını içgüdüsel dürtülerden ego savunma mekanizmalarına kaydırmış, dinamik psikiyatrinin ilgisini nevrotik belirtilerden kişilik bozukluklarına doğru çekmiştir. Heinz Hartman egonun çevreye uyum sağlamadaki rolüne vurgu yaparak bireyin iç çatışmaları kadar dış dünyadaki gerçekliklerle de başa çıkması gerektiğini; Erik Erikson ise Freud'un psikoseksüel gelişim kuramını sosyal ve kültürel faktörleri de içerecek şekilde psikososyal gelişim evreleri olarak genişletmiştir (Geçtan, 1998: 72-107).

### **1.5.3.3. Nesne İlişkileri Kuramı**

Bu kuramın başlangıç noktası Melanie Klein'in çalışmalarıdır. Freud'un izinden giden Klein, çocuklarla sürdürdüğü psikanalitik çalışmalarında ilgisini içselleştirilmiş nesnelere yönlendirerek psikanaliz kuramına farklı bir boyut getirmiştir. Klein'e göre

yaşamın ilk yılları ruhsal gelişimin en belirleyici dönemidir. Melaine Klein nesne ilişkileri kuramında çocukların erken dönem algılarını ve iç dünyalarındaki nesne temsilcilerini analiz etmiştir. Kuramın temsilcileri arasında olan Donald Winnicott, çocukların sağlıklı gelişimi için güvenli bir bağlanma ortamının önemine vurgu yaparak yeterince iyi anne ve geçiş nesnesi kavramlarını nesne ilişkileri kuramına kazandırmıştır. John Bowlby ise bağlanma teorisini geliştirerek erken dönem bağlanma ilişkilerinin yetişkinlik dönemindeki etkilerine vurgu yapmıştır. Nesne ilişkileri kuramının temsilcisi olan Melaine Klein içgüdüsel dürtülerin spesifik nesne ilişkileri içine geçmiş karmaşık ruhsal fenomenler olduğunu ileri sürmüştür. Klein'in görüşleri sert bir şekilde eleştirilmiş ve Klein'e karşı çıkanların başında da Anna Freud yer almıştır. Bu durum British Psychoanalytic Society'de bölünmeye neden olmuş bir grup Anna Freud'a bir grup ise Melanie Klein'e bağlı kalmış üçüncü bir grup ise bağımsız kalmayı tercih etmiştir. Melanie Klein'e bağlı kalan grup obje ilişkileri kuramına günümüzde bilinen şeklini vermiş ve bu çalışmacılar topluca obje ilişkilerinde İngiliz Ekolü olarak anılmıştır. Ego psikolojisine göre içgüdüsel dürtüler birincil obje ilişkileri ikincildir. Objeye ilişkileri kuramı ise dürtülerin bir ilişki içinde belirlediğini ve bu ikisinin birbirinden ayrılamayacağı görüşünü savunur. Nesne ilişkileri kuramına göre insanlar arası ilişkiler, ilişkilerin içselleştirilmiş imgelerine dönüştürülerek yaşanır. Çocuklar gelişim dönemlerinde ilişki içerisinde oldukları kişileri içselleştirmekten öte ilişkilerin kendisini iç dünyalarında benimserler. Emzirme süreci bebekler için sıcak ve olumlu bir ilişkidir. Bu süreçte bebek kendisini, annesini ve emzirmenin ortaya çıkardığı olumlu duyguları algılar. Acıktığında ise annesi yanında bulamaması olumsuz bir yaşantıya neden olur (Geçtan, 1998: 112-115; Klein, 1932).

#### **1.5.3.4. Kendilik (Self, Benlik) Psikolojisi**

Kendilik psikolojisi, Heinz Kohut'un öncülüğünü yaptığı ve odak noktasını egodan benliğe (kişinin birliktelik ve bütünlük anlayışına) çeviren ABD'nin psikanalizi doğrultusunda gelişen bir yaklaşımdır. Kendilik psikolojisi, insanın kendisine verdiği değer ve bütünlüğünü koruyabilmesinde dış ilişkilerinin önemine vurgu yapmaktadır. Kohut'un zaman içerisinde ortaya çıkardığı çalışmalarından esinlenerek geliştirilen bu yaklaşıma göre tedaviye gelen kişi kendini iyi hissedebilmek için diğer insanlardan gelecek olumlu tepkilere ihtiyaç duyar. Bu nedenle bazı gözlemciler bu yaklaşımı "iki kişi psikolojisi" olarak nitelendirirler. Self psikolojisi, Kohut'un narsistik bozukluk

gösteren hastalara uyguladığı psikanalitik tedavi sırasında edindiği izlenimler sonucu ortaya çıkmıştır. Bu hastalar, tedavi sürecinde klasik nevrotik hastalardan farklı belirtiler göstermektedir. Hastalar, çevrelerindeki insanların verdikleri tepkilerden kolayca etkileniyorlardı. Kohut, klinik tedavi sürecinde ego psikolojisinin sunduğu yapısal modelin bu hastaların sorunlarını anlamada ve hastaları rahatlatmada yetersiz kaldığını fark etmiştir (Geçtan, 1998: 119; Serdar, 2023; Seyrek, 2021: 30; Kohut, 1977).

### **1.5.3.5. İlişkisel Psikanaliz**

İlişkisel psikanaliz psikanalitik düşünce içerisindeki dördüncü dalgadır ve ilişki okulu olarak da adlandırılır. İlişkisel terimi psikanalizde ilk defa Greenberg ve Mitchell tarafından 1983’de kullanılmıştır. İlişkisel psikanalize göre bireyin psişik yapısı bireyin başkalarıyla olan ilişkileriyle oluşmaktadır. İlişkisel psikanaliz kuramcılarına göre kendilik; içerisinde oluşmuş yaşantı ve davranış biçimleri ve bunlara yönelik anlamlandırmalardır. İlişkisel psikanalizde içgüdüsel dürtüler reddedilirken insan ilişkilerinde önemli olan çatışma, saldırganlık ve cinsellik gibi unsurlar önemli kabul edilir. Yine ilişkisel psikanalizde benlik gelişiminde erken dönem yaşantılarının anlamlı olduğuna vurgu yapan gelişimsel kuramlar benimsenir. Başkalarıyla ilişki kurma yollarını öğrenmenin kritik olduğu varsayılır. İlişkisel psikanaliz yaklaşımına göre psikolojik sorunlar; bireyin kendisi ve başkaları tarafından tutarlı bir benlik oluşturmasını engelleyen gelişim problemleridir. Bu problemler bireyin gelişim süreci sırasında fonksiyonel olmayan ilişkilerinin neden olduğu “daraltılmış ilişki matrisleri” kullanmasından kaynaklanır. Bu doğrultuda bireyler başkalarıyla kurdukları ilişkilerinde dar gelen ve sınırlandırıcı ilişki örüntülerini kullanırlar (Murdock, 2016: 96-98; Mitchell, 1988; Aron ve Starr, 2012).

İlişkisel psikanaliz geleneksel psikanalizden farklı olarak bireyin ruhsal durumunu sosyal bağlam çerçevesinde ele alır. İlişkisel psikanalize göre bireyin içsel dinamikleri, kişilerarası ilişkileri ve çevresel faktörler bireyin ruhsal durumu üzerinde etkilidir. İlişkisel yaklaşım Freud’un klasik psikanalizin tek başına bilinçdışı dürtüler üzerine kurulu fikrine bireyin gelişimi üzerinde ilişkilerin de etkili olduğunu savunarak farklı bir bakış açısı getirmiştir. İlişkisel yaklaşıma göre psikanalizin yalnızca içsel dürtülerle değil kişilerarası etkileşim bağlamında değerlendirilmesi gerekir ve bireyin ruhsal durumunun çevresel faktörler, deneyim ve etkileşim yoluyla inşa edildiği kabul edilir ancak burada

önemli olan bireyin bu etkileşime mizaç, bedensel olaylar ve süreçler, fizyolojik duyarlılık, ayırt edici tepki ve duyarlılık gibi kalıpları katmasıdır. İlişkisel modelde psikolojik anlamlar evrensel ve doğal olarak görülmez; kişisel deneyimler ve olaylar başkalarıyla etkileşimden biçimlendirilen anlam ve harekete geçirilmiş potansiyeller olarak anlaşılır. Bu yaklaşıma göre içsel olanın mutlaka biçimlendirici olması gerekmez, deneyimi itmez ve şekillendirmez ancak içsel olan ilişkisel bağlam tarafından şekillendirilir (Mitchell, 1988: 4).

Psikolojik danışma ve psikoterapide yer alan Neoanalitik yaklaşımlar Freud'un modelinden çıkmıştır. Bu yaklaşımlardan bazıları kısmen farklılaşırken bazıları Freudyen modeli genişletmiş bazıları ise değiştirmiştir. Neoanalitik yaklaşımların neredeyse tamamı erken dönem yaşantılarına Freud'dan daha fazla vurgu yapmışlardır. Psikanalitik yaklaşım ve Neoanalitik yaklaşımlarda temelde serbest çağrışım, yorumlama, rüya analizi gibi aynı teknikler kullanılmaktadır. Ancak amaçları bakımından farklılıklar taşımaktadırlar (Murdock, 2016: 104).

Doğrudan uygulama çerçevesi olan psikanalitik yaklaşımlar müracaatçının derin, kişisel ve saklanmış hisleri, düşünceleri ve içsel çatışmalarına odaklanır. Korku, nefret, öfke, suçluluk ya da cinsellik gibi yoğun duygu ve hislerin gücüne ve bunların yol açabileceği psikolojik problemlere odaklanır. Seçimlerimizin ve davranışlarımızın büyük bir kısmının bilinçdışı güç tarafından belirlendiğini varsayar. Sosyal hizmet uzmanları, müracaatçıyı çevresel bir bağlam içerisinde değerlendiren sosyal hizmet mesleği vurgusuna kadar psikodinamikten kökenini alan çeşitli terapi yöntemlerini benimsemiştir. Psikodinamik yaklaşımı temel alan klinik sosyal hizmet uygulaması sosyal, durumsal ve çevresel faktörlerden ziyade müracaatçının içsel düşünce ve hislerine görece daha fazla dikkat verecektir. Bu bağlamda psikodinamik yaklaşımı temel alan bir uygulamada müracaatçının motivasyonlu, konuşkan ve çok sayıda terapi seanslarına katılmaya istekli, zihinsel, sosyal ve ekonomik olarak elverişli olması gerekmektedir (Sheafor ve Horejsi, 2015: 122-123).

Turan (1999:12) psikanalitik teorinin klinik sosyal hizmet uygulamalarında fayda sağlayacak prensipleri şöyle sıralamıştır:

- 1- İnsan davranışlarını belirleyen nedenler ve her davranışın bir anlamı vardır.

2- Kişiler bilinçaltında yatan etkenlerin farkında değildir ve bilinçaltında yatanların anlaşılması davranış değişikliğinde kolaylık sağlayacaktır.

3- Bireyin davranışlarını sosyal yapı belirlemez, davranış bireyin sosyal yapıya verdiği duygusal tepkilerdir.

4- Bireyin davranışlarının bir bölümü geçmiş yaşam deneyimlerinin etkisindedir.

5- Klinik sosyal hizmetin amacı bireyin ruhsal ve duygusal işlevselliğini geliştirmektir bu nedenle sosyal hizmet müdahalesinde yalnızca bireyin sosyal çevresinin incelenmesi yeterli değildir, müracaatçının iç dünyası da incelenmelidir.

6- Sosyal hizmet uzmanı müracaatçının psikik özgeçmişini üzerinde durarak müracaatçının davranışları ve geçmiş yaşam deneyimlerini incelemelidir

Klinik sosyal hizmet uygulamaları birey, aile ve toplumun psikososyal ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlamaktadır. Bireylerin yaşadıkları problemlerle başa çıkma süreçlerinde psikolojik, sosyal ve duygusal destek sunulması amaçlanmaktadır. Bu amaçlar doğrultusunda klinik sosyal hizmet müdahalelerinde; erken dönem etkileşimlerin günümüz etkilerini anlamak, bireylerin bilinçdışı çatışmalarını ve ihtiyaçlarını anlamak, bireylerin sorunlarına çözüm bulmak için psikanalitik ve Neoanalitik yaklaşımlardan yararlanılabilir. Psikanalitik yaklaşımlar, bireylerin içsel süreçlerine daha fazla odaklansa da psikoterapide dolayısıyla klinik sosyal hizmet uygulamalarında önemli bir yer tutmaktadır. Bireylerin yaşam kalitelerini ve işlevselliklerini artırmak, sorunlarına çözümler sunmak ve potansiyellerinin farkına varmalarını sağlamak amacıyla yürütülen klinik sosyal hizmet uygulamalarında psikanalitik ve Neoanalitik yaklaşımlardan faydalanılması bireylerin duygusal ve psikolojik süreçlerini anlamada fayda sağlayacaktır (Karabulut, 2023: 114).

#### **1.5.4. Bilişsel Davranışçı Terapi**

Bilişsel davranışçı terapi (BDT); davranışsal koşullanma, bilişsel teori ve öğrenmeyi temel alan psikolojik bir yaklaşımdır (Thomlison & Thomlison: 2011: 55). Bir araya geldiklerinde psikolojik problemlere neden olan duygu (bilgi), düşünce ve davranışların etkilerine odaklanan davranışçı ve bilişsel terapinin birleşimi bilişsel davranışçı terapiyi oluşturmaktadır. Davranışçı terapi; davranışların nedenleri, oluşum aşamaları ve öğrenilmiş davranış kalıplarının mevcut sorunlar üzerindeki etkisine

odaklanırken bilişsel terapi ise duygu ve düşüncelerin gelişiminin, hatalı inançlar ya da bilgi işleme süreçlerinin müracaatçıların bireysel ya da sosyal sistemlerinde nasıl sorunlara neden olduğuna odaklanır (Sheldon, 2011: 3). BDT; duygu, düşünce ve inançların iç içe geçtiği ve müracaatçıların problemlerinin hafifletilmesi ya da ortadan kaldırılması ve bunların bir arada değerlendirilmesi gerektiğini varsaymaktadır. 1970’lerde müracaatçılara yönelik uygulamalarda test edilebilen ya da etkisini gösterebilen bilimsel müdahalelerin eksikliği eleştirisi üzerine sosyal hizmet uygulamalarına dahil edilen BDT’nin hedefi müracaatçıların hayatlarındaki zorluklar ve problemlerin çözülmesi amacıyla uyumsuz olan düşünce ve davranış örüntülerinin daha olumlu ve kabul edilebilir davranış ve duygularla değiştirilmesidir (Teater, 2015: 175).

Bilişsel davranışçı terapi mevcut insan davranışlarıyla ilgili problemlere odaklanmaktadır. Bilişsel davranışçı terapide amaç uyumsuz davranışların azaltılması, yok edilmesi ya da uyumlu davranışlarla değiştirilmesidir. Davranışçı terapi değerlendirme ve müdahalenin odağını intrapsişik (içsel) alandan insan üzerinde etkili olan dış (çevresel) etkilere kaydırmıştır. Bilişsel terapinin amacı ise müracaatçının mevcut duygusal, davranışsal ve başa çıkma problemlerinin nedeni olan biliş ve şemaları tanımlaması, incelemesi, test etmesi ve düzeltmesine yardımcı olmaktır. BDT, müracaatçının düşünme ve hareket etme şeklini değiştirmeye odaklanır. BDT’de vurgu bilişsel gelişim ve sosyal gelişim üzerinedir. Uyumsuz düşünme ve hareket kalıplarına sahip olan müracaatçılar gerçekçi düşünmeyi kullanarak işlevsel düşünme ve davranışlar için değişim sağlarlar. Sosyal hizmet uzmanları BDT uygularken işlevsiz duygu ve davranışları gerektiğinde daha işlevsel bir davranış ve duyguyla değiştirir. İstenen davranışları teşvik etmek amacıyla müracaatçının çevresini değiştirmeye çalışır. BDT’de uzman ve müracaatçı arasında dikey bir ilişki vardır. Bu gibi durumlarda uygulayıcı müracaatçıyı tedavi eden eğitimci, uzman, danışan ya da doktor rolünü üstlenmektedir. BDT uygulamalarında var olan ilişkinin yatay ilişkiye yöneltmesi mümkün olmakla birlikte daha etkili bir uygulama sağlayacaktır. BDT özellikle kısa süreli tedavi modellerine uygundur ve hızlı sonuçlar beklenir (Derezotes, 2000: 105).

BDT’nin pratikteki uygulamaları üç aşamadan oluşmaktadır:

1- İnceleme: Müracaatçının düşünce, duygu ve davranışlarının onun mevcut sorunlarına nasıl etki ettiğinin sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçı tarafından keşfedildiği

en önemli aşamadır. Her inceleme aşaması müracaatçının problemlerinin sıklık, yoğunluk ve süre açısından detaylandırılmasıyla başlar. Daha sonra mevcut problemler bir tedavi ya da bakım planı ile ilişkilendirilir.

2- Müdahale: Bu aşamada sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçı birlikte istenmeyen düşünce ve davranışları daha doğru ve kabul edilebilir olanlarla değiştirerek mevcut problemi çözmeye çalışır. Müdahale sürecinde sosyal hizmet uzmanı terapötik tekniklerden yararlanabilir.

3- Değerlendirme: BDT'nin önemli bir bileşeni de uygulamanın etkililiğinin değerlendirilmesidir. İnceleme aşamasında müracaatçı tarafından tanımlanan problemin sıklık, yoğunluk ve süresine yönelik bilgiler başlangıç verisi olarak kullanılır. Müdahale sürecinde yine probleme yönelik sıklık, yoğunluk ve süreye yönelik bilgiler başlangıç verileriyle karşılaştırılarak gerekli değerlendirmeler yapılarak müdahalenin işe yarayıp yaramadığı belirlenir (Teater, 2015: 175-179).

Müdahale sürecinde BDT'de uygulanan terapötik teknikler:

1- Bilişsel yeniden yapılandırma: Bu teknikte sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçı istenmeyen ya da hatalı düşünce ya da davranışı kabul edilebilir olanla değiştirmek için çalışır.

2- Gevşeme eğitimi: Tek başına terapötik etkiye sahip olan bu teknik sosyal çalışmacı tarafından müracaatçının özellikle stresli olduğu durumlarda uygulaması için tüm kas gruplarının kasılıp gevşemesini öğrettiği tekniktir.

3- Sokratik sorgulama: Bilişsel terapinin başlıca teknikleri arasında yer alan Sokratik sorgulama müracaatçının müdahale sürecinde uygun bir sonuç çıkarmasını sağlamak üzere sosyal hizmet uzmanı tarafından yönlendirici sorular sorma stratejisidir. Uzmanının görevi müracaatçıların mevcut bakış açılarını değiştirerek merak etmeleri ve sorgulama içine girmelerini sağlamaktır.

4- Sosyal beceriler eğitimi: Bu teknikte müracaatçının davranışının problemlili olduğu durum belirlenir ve davranışı daha kabul edilebilir duruma getirmek amacıyla değişim yolları aranır. Sosyal hizmet uzmanı uygun davranışı örnek olması için sergileyebilir ve müracaatçıyla birlikte uygun davranış pratiği yapabilir. Müracaatçıya uygun davranışı sergilemesi için ödevler verebilir.

5- Atılgnlık eğitimi: Bu teknikte söz konusu olan müracaatçıların ihtiyaçlarını karşılayamadıkları, utanç duydukları, istismar edildikleri ya da ayrımcılığa uğradıkları durumlardır. Müracaatçı bu teknikle başkalarının haklarını ihal etmeden kendi haklarını korumaya yönelik beceriler öğrenir.

6- Problem çözmeye becerileri: Bu teknik genellikle bir amaca ulaşılması ya da problemin çözümü için gerekli görevlerin belirlenerek görevlerin yerine getirilmesi ya da amaca ulaşmadaki ilerlemenin kaydedilmesini içerir.

7- Kaçınma terapisi: Bu terapötik teknikte amaç müracaatçının problemlili davranışla birlikte edindiği rahatsız edici bir davranışla birlikte problemlili davranıştan vazgeçmesinin sağlanmasıdır. Örneğin küfür problemi olan bir müracaatçı bileğine lastik takarak kullandığı her küfür sonrası lastiği çekip bırakabilir.

8- Sistematiik duyarsızlaştırma: Bu teknik müracaatçının önce gevşeme tekniklerini öğrenmesi ardından kaygı hiyerarşisi oluşturulmasıyla başlar. Kaygı hiyerarşisinde müracaatçı kaygı uyandıran durumları sosyal çalışmacıyla paylaşır ve puanlar ardından müracaatçı kaygı durumlarını düşünürken eş zamanlı olarak gevşeme tekniklerini uygular.

9- Pekiştirme: Edimsel koşullanmanın temel alındığı bu teknikte iyi davranışlar için olumlu, iyi olmayan davranışlar için olumsuz pekiştirme verilir.

10- Model alma ve rol yapma: Temelini Albert Bandura'nın Sosyal Öğrenme Kuramından alan model alma ve rol yapma tekniği olumsuz davranışlardan vazgeçilmesi, olumlu davranışların öğretilmesini içerir. En temel şekli müracaatçının hedef davranışı yapan bir modeli izlediği basit gözlemdir (Murdock, 2016: 257-338; Sheldon, 2011: 215-246; Teater, 2015: 177-179).

Klinik sosyal hizmet uygulamaları, değişimin temel aracı olarak terapötik ilişkiyi vurgulamaktadır. BDT, uygulayıcı ve müracaatçı arasında işbirlikçi tutum ve terapötik ilişkinin sağlandığı bir müdahale modelidir. BDT'nin içeriğinde klinik sosyal hizmet uygulamasıyla bağlantılı olarak davranış değişikliği ve değişikliğin müracaatçının etkinliğine yönelik olması, müracaatçının gelişen becerilerinin ön plana çıkarılması gibi bileşenler içermektedir (Kalaycı, 2023: 126). Bilişsel davranışçı ilkelere dayalı klinik sosyal hizmet müdahalesi; müracaatçıya düşüncelerinin ve şemalarının içeriğini ve etkisini anlamayı, inançlarının ve varsayımlarının geçerliliğini değerlendirmeyi, olayları

ve durumları daha geniş bir açıdan tarafsız bir şekilde görmeyi öğretecektir. BDT'nin uygulandığı klinik sosyal hizmet müdahalesinin ardından müracaatçılar durumları, yorumları ve anlayış biçimlerini değiştirirken daha farklı düşünmeye, hissetmeye ve davranmaya başlarlar (Sheafor ve Horejsi, 2015: 119). Ruh sağlığı alanında hizmet veren sosyal hizmet uzmanları klinik sosyal hizmet uygulamalarında müracaatçılara yönelik BDT uygulamalarında yetkin bir konumda yer almaktadır. Bu doğrultuda BDT uygulayacak sosyal hizmet uzmanlarının davranışçı ve bilişsel terapinin kavramlarının ve değişimin hem zenginliğini hem de sınırlarını anlamaları önemlidir (Berlin, 2010: 47).

### **1.5.5. Transaksiyonel Analiz**

Transaksiyonel Analiz (TA), Eric Berne'nin ABD ordusunda psikiyatrist olarak çalıştığı sürede edindiği ego durumları konusundaki tecrübeleri sonucu 1950 yılında geliştirilen; bireylerin sosyal ilişkileri ve iletişim biçimlerini anlamaya yönelik hem psikoterapi hem de iletişim kuramıdır (Cornell vd. 2016). TA, klinik deneyimler sonucu elde edilen sistematik ve tutarlı bir kişilik ve sosyal dinamik teorisidir. TA, bireylerin duygu, düşünce davranış kalıplarını anlamada etkili aynı zamanda psikososyal anlamda problem yaşayan bireylerin birçoğuna uygun ve onlar tarafından rahatlıkla anlaşılabilen ve adapte olunan eylemci ve rasyonel bir terapi biçimi sunmaktadır (Berne, 1961:21). TA, Eric Berne'in psikanalizin problem çözmedeki yavaşlığından ve yetersizliğinden duyduğu memnuniyetsizlik sonucu gelişmiştir. Berne, TA ile danışanlarının anlamlı gelişmeler gösterdiklerini keşfetmiştir. TA, bireyin belirli bir şeyi ifade etmeye çalıştığı sırada gizli ve örtük bir biçimde başka bir şey söylüyor ya da ima ediyor olabileceği gerçeğinin fark edilmesi üzerine formüle edilmiştir. TA'ya göre sosyal ilişkilerin temel birimi transaksionlardır. Transaksiyon, bir etkileşim türüdür. İki ya da daha fazla insan bir araya geldiğinde insanlardan bir tanesi konuşacak ya da diğerlerinin varlığından haberdar olduğuna dair bir işaret verecektir. Bu transaksiyonel uyarandır. Transaksiyonel uyarana maruz kişiler de buna sözlü ya da sözsüz karşılık verecektir. Bu da transaksiyonel yanıttır. Bu noktada incelenmesi gereken temel konu transaksionlardır. TA, müracaatçıların şu anda verdikleri kararların geçmişteki yaşantılarına bağlı olduğu varsayımına dayanan karşılıklı etkileşime müdahale eden bir yaklaşımdır. Bu varsayım göre müracaatçıların geçmişte verdikleri kararlar o dönemde hayatta kalmak için uygundur ancak bu kararlar şu an geçerli değildir (Duyan, 2018c: 123).

### 1.5.5.1. Temel Yaşam Pozisyonları

Bireyin kendisi ve başkalarına yönelik algılarını temellendirdiği duruma yaşam pozisyonu denilmektedir. TA, dört temel yaşam pozisyonu vardır. Bunlar:

1- Ben İyi Değilim-Sen İyisin (I'm not OK, You're OK): Bu yaşam pozisyonu hayatın ilk bir yılını kapsamaktadır. Bu pozisyon erken çocukluk döneminin evrensel pozisyonudur. Bu pozisyonda sorun yoktur çünkü bebeklik döneminde okşama mevcuttur. Her bebek hayatının ilk yılında bakım için kucağa alınması gerektiği gerçeğiyle okşanmaktadır. Tüm çocuklar bu yaşam pozisyonuna sahip olur. Yaşam pozisyonlarından ilk üçü iki yaşa kadar oluşur ve bebeklik döneminde temas alma ya da almamaya bağlı olarak gelişir. Bu pozisyonda birey çevreden gelen uyaranları "iyi değilim" olarak algıladığından kendisi hakkında bu sonuca varmaktadır. Bu yaşam pozisyonuna göre birey temas iletisi ve tanınma ihtiyacı için sürekli bir şey yapmak zorundadır.

2- Ben İyi Değilim-Sen de İyi Değilsin (I'm not OK, You're not OK too): Bu yaşam pozisyonu umutlarını ve yaşam ilgisini kaybetmiş ve hayatın hiçbir anlam ifade etmediğini düşünen insanlar tarafından sürdürülür. Bu yıkıcı tarz gerçekliklerle baş edemeyen insanların özelliğidir. Bu kişiler bebekçe davranışlara dönebilir, şiddet eğilimi gösterebilirler. Bu pozisyonda temas kesilmiş cezalar artmıştır. Bu pozisyona sahip bireyler yeniden bebek olmak isterler ve yaşa olan ilgileri azdır.

3- Ben İyiyim-Sen İyi Değilsin (I'm OK, You're not OK): Bu yaşam pozisyonu istismar edilmiş çocuk pozisyonudur. Yaşamın üçüncü yılında yerleşir. Çocuk bu dönemde eksikliğini hissettiği temas iletisini kendi sağlar. Şiddet varsa bu yaşam pozisyonu kalıcı olabilmektedir. Bu yaşam pozisyonunda kişi başına gelenlerde kendi suç ortaklığı konusunda objektif olamaz. Düzeltilemez suçlular bu yaşam pozisyonunu işgal eder ve kişinin bu durumda karar kıldığından söz edilebilir. Bu yaşam pozisyonundaki kişiler her durumda tüm hatanın başkalarında olduğuna ikna olmuş vicdansız kişilerdir. Ahlaki ahmaklık olarak adlandırılan bu durum aslında kişinin herhangi birinin iyi olduğuna dair tüm verileri kapattığı bir durumdur. Bu nedenle tedavi zordur çünkü bu kişilere göre terapist de iyi değildir.

4- Ben iyiyim-Sen İyisin (I'm OK, You're OK too): İlk üç pozisyon ve bu pozisyon arasında niteliksel bir farklar vardır. İlk üçü bilinçsizdir ve erken dönemlerde edinilmiştir.

İlk yaşam pozisyonu ilk olarak ortaya çıkar ve insanların birçoğu için yaşam boyu devam eder. Bazı çocuklar için bu pozisyon ikinci ya da üçüncü pozisyonlarla değiştirilir. Yaşamın üçüncü yılında bu yaşam pozisyonlarından her biri insanlarda sabitlenmiştir. İlk üç pozisyon duygulara dayanırken dördüncü pozisyon düşünce, inanç ve eylemlere dayanır. İlk üçü neden bağlıyken dördüncü neden olmayacağıyla ilgilenir (Harris, 1969; Duyan, 2018c: 108-110).

### 1.5.5.2. Ego Durumları

TA'nın temeli ego durumlarına dayanmaktadır. TA, insan kişiliğini üç ego durumuyla açıklamaktadır. Ego durumları bir dizi davranış, düşünce ve duygularla ilgilidir. Belirli bir zamanda kişiliğimizin bir bölümünü ifade etmenin yoludur. Ego durumları şunlardır:

1- Ebeveyn ego durumu: Anne-baba tarzındaki duygu, düşünce ve davranışlardır. Dışarıdan dayatılan, sorgulanmadan öğrenilmiş kurallar, yargılar ve öğütleri içeren kişiliğin anne-baba yönünü içermektedir. Cezalandırıcı ve ödüllendirici olmak üzere iki tip ebeveyn ego durumu bulunmaktadır. Bu ego durumunda birey ebeveynlerinden biri ya da birey için ebeveyn figüründe olan kişi gibi düşünüp, hissedip ve davranış gösterirler. Bu ego durumunda iki tip ebeveyn vardır. Eleştirel ve koruyucu ebeveyn.

2- Yetişkin ego durumu: Yetişkin ego kişiliğin akılcı yönünü temsil eder. Birey şimdi ve burada gerçekliğine bağlı kalarak objektif ve mantıklı kararlar alır, tepkiler verir. Yetişkin ego durumundaki kişi etrafında olup bitenlere bir erişkin gibi düşünür, davranır ve hisseder. Aynı zamanda yetişkin bir insan olarak elindeki tüm kaynakları kullanır. Bu ego durumunda bilgi ve değerlendirme duygulardan daha ön plandadır.

3- Çocuk ego durumu: Bireyin çocukluk dönemine ait izleri taşıyan duygu, düşünce ve davranışlardır. Bu ego durumu ikiye ayrılır:

Doğal (Serbest, Uslu) çocuk: Bu çocuklar meraklarını, yaratıcı yönlerini, istek ve duygularını özgürce ifade ederler.

Uyumlu (uygulu) çocuk: Otorite gördükleri kişilerin (ebeveyn, öğretmen vb.) yanında boyun eğen, başkalarının beklentilerine göre hareket eden çocukları ifade eder (Akkoyun, 1995: 3; Özakkaş, 2004: 275; Stewart ve Joines, 1987: 15; Duyan, 2018c: 115-117; Berne, 1996: 23).

Günlük hayatta insanların iletişim süreçlerinde yüz iletişiminden 60-70'inin yetişkin ego durumuyla, geri kalan iletişimlerinde ise 15-20'sinin ebeveyn ego durumuyla, yüzde 15-20 'sinin ise çocuk ego durumuyla ilişkilidir. Bu ilişkiler anahtar-kilit şeklinde işlev görmektedir. Birey konuşma şekli ve yaklaşım tarzıyla bu ego durumlarından birini aktive eder. Bu durum otomatik olarak işleyen bir mekanizmaya benzer. Birçok iletişim probleminin arkasında uygun anahtar-kilit ego sisteminin kurulmaması yatar (Özakkaş, 2004: 276).

TA, terapötik süreçte gerçekçi, bilişsel ve davranışsal boyutlara odaklanmaktadır. Müracaatçıların verdikleri kararları değiştirme kapasiteleri olduğunu vurgulayarak yeni kararlar alma süreçlerinde bireylerin farkındalık düzeyini arttırmaya çalışmaktadır. Böylece bireyler hayatlarını değiştirebilirler. Bu amaçla TA, müracaatçıların üç ego durumunu (ebeveyn, yetişkin ve çocuk) fark etmelerini sağlar. Ego durumları her insanda vardır ve hepsi kıymetlidir. Çocuk ego durumu kişiliğin sezgi, yaratıcılık ve eğlence kaynağı iken yetişkin ego hayatta kalma ve zorluklarla baş etme yanıdır. Ebeveyn ego ise eski deneyimleri kayıt altında tutmaktadır. Bireyde bu ego durumlarından biri baskındır. Farklı insanlar ve iletişim için ego durumları da farklılaşmaktadır. TA, insanların şimdiki davranışlarının çocukken aldıkları ve bütünleştirdikleri kurallar ve komutların onları nasıl etkilediğini anlayabilmelerini sağlar. TA, insanların şu an için yeni bir karar verebileceklerini ve yaşamlarını değiştirebileceklerini fark etmelerini sağlar (Duyan, 2018c: 123). Transaksiyonel analiz hem bir kişilik teorisi aynı zamanda da kişisel gelişim ve kişisel değişim için sistematik bir psikoterapidir. TA, derin bir yaklaşım ve uygulama çeşitliliğiyle göze çarpmaktadır. Bir kişilik teorisi olarak TA, insanların psikososyal yönden nasıl olduğu yönünde bir resim çizmektedir. Bunu yaparken Ebeveyn-Yetişkin-Çocuk (PAC) ego durum modelini kullanmaktadır. Bu model aynı zamanda insanların etkileşimlerini ve kişiliklerini davranış açısından nasıl ifade ettiklerini ortaya koyar. TA, kişilik teorisinin yanı sıra bir iletişim teorisidir. Sistemleri anlamak için geniş organizasyonlar sağlar. Yine TA bir çocuk gelişim teorisi sunar. TA'nın yaşam senaryosu perspektifi mevcut yaşam kalıplarımızın çocukluktan nasıl etkilendiğini açıklamaya çalışır. Yaşam senaryosu çerçevesinde TA, çocukluk stratejilerini yetişkinlik döneminde nasıl yeniden oynamaya devam edebileceğimize dair açıklamalar sunar. Tüm bunların yanı sıra TA, psikopatoloji teorisi verir. Günlük yaşamın neden olduğu stres gibi problemlerden şiddetli psikoza kadar her türlü rahatsızlığa yönelik tedaviler ve

psikoterapilerde; bireysel, grup, çift ve aile düzeyinde terapi yöntemi sunar. Terapötik alanın hemen her düzeyinde kullanılan TA, psikoeğitimlerde ve danışmanlıkta da kullanım için uygundur. TA, öğretmenler, polisler, din görevlileri gibi birçok mesleğin yanı sıra sosyal hizmet uzmanları ve tüm ruh sağlığı meslek çalışanları tarafından kullanılan bir yaklaşımdır (Stewart ve Joines, 1987: 3-8).

### **1.5.6. Çözüm Odaklı Terapi**

Çözüm odaklı terapi 1970'lerin sonlarında ortaya çıkan bir tedavi modelidir. Sosyal hizmet uzmanı Insoo Kim Berg ve 1978 yılında kurulan Kısa Süreli Aile Terapisi Merkezi'ndeki meslektaşları çözüm odaklı terapinin geliştirilmesini sağlamıştır. Çözüm odaklı terapi, Milton Eriksonun "terapistin değil, danışanın sorunu çözdüğü" görüşünden etkilenmiştir. Model başlangıçta problem yönelimi etrafında kavramsallaştırıldı ve çözümün ön koşulu olarak problem kalıplarına müdahale etmenin önemli olduğu vurgulandı. Çözüm odaklı terapi, değişimin sürekli olduğu ve mutlaka gerçekleşeceği fikrine dayalıdır. Bu fikir danışanın kendi başına değişime yeteneğine sahip olduğunu fark etmesini sağlar ve danışanın gelecekteki değişime ilişkin umudunu ve beklentisini artırır (Cooper ve Lesser, 2015: 175). Çözüm odaklı terapi insanların sahip olduğu kaynaklar ve bu kaynakların değişime yardımcı olmada nasıl kullanılacağına odaklanır. Güçlü yönlere dayalıdır ve insanların kendi sorunlarını çözmek için gerekli kaynakların kendilerinde var olduğunu varsayar (Corcoran ve Pillai, 2009: 235).

Çözüm odaklı terapi kısa süreli ve belirli varsayımlara dayanan bir sosyal çalışma uygulaması modelini temsil eder. Bu ilkeler:

- 1- Müracaatçının biricikliği dikkate alınmalıdır.
- 2- Terapi çözümlere odaklanmalıdır.
- 3- Müracaatçı terapiye güçlü yönleriyle gelmektedir.
- 4- Problemin olmadığı istisna dönemler vardır.
- 5- Müracaatçının problemi yerleşik değil sistemiktir.
- 6- Problemin süresi, büyüklüğü, yoğunluğu ve sıklığına dikkat edilmelidir.
- 7- Süreç gelecek odaklıdır.

8- Kimin, neyin, ne zaman ve nerede olduğunu sorgulamak problemin doğasını belirlemeye yardımcı olur (Langer ve Lietz, 2021: 307).

#### **1.5.6.1. Uygulamada Çözüm Odaklı Yaklaşım**

De Jong ve Berg (2013: 17-18), çözüm odaklı uygulama süreci için beş aşama tanımlamıştır:

1. Problemi tanımlama. Bu aşama müracaatçı ve sosyal hizmet uzmanının terapötik süreci başlattığı aşamadır. Müracaatçı yardım arayışına girdiği sorunları hakkında sosyal hizmet uzmanı ile konuşmaya başlar. Sosyal hizmet uzmanı da problem ve problemin kaynağını öğrenmek için sorular sorar.

2. İyi formüle edilmiş amaçlar geliştirme. Bu aşamada sosyal hizmet uzmanı müracaatçının istediği geleceği resmetmek üzere müracaatçı ile çalışır. Sosyal hizmet uzmanı bu aşamada çeşitli terapötik tekniklerden yararlanır.

3. İstisnaları keşfet. Bu aşama boyunca sosyal hizmet uzmanı müracaatçıya problemi yokmuş ya da çok önemsizmiş gibi algıladığı zamanları fark etmesini sağlayarak onların bu istisna zamanlarını sağlayan rollerini görmelerine yardımcı olur.

4. Seans sonu, Geribildirim. Her seans sonunda sosyal hizmet uzmanı müracaatçıya övgü ve saygı dolu, durumu kenetleyen, müracaatçının ne yapması gerektiğine dair görüş bildiren geribildirim sağlar.

5. Müracaatçının ilerlemesini değerlendir. Çözüm odaklı uygulamada bulunan sosyal hizmet uzmanları bu aşamada terapötik teknikler arasında bulunan dereceleme sorularıyla müracaatçının amaçlarını karşılamadaki ilerlemesini değerlendirmek için ölçek kullanırlar.

#### **1.5.6.2. Terapötik Teknikler**

Çözüm odaklı terapide farklı problemlere uyarlanabilecek şekilde tasarlanmış sayısız teknik bulunmaktadır. Bu teknikler:

1- Soru sorma: Çözüm odaklı uygulayıcılar işlerini daha çok müracaatçılara soru sorarak yerine getirirler. Bu noktada kullanılan özel taktikler soruyu yanıtlayan kişiye birkaç farklı seçenek sunacak şekilde varsayımsal, amaçsal sorular sormaktır.

2- Problemi normalleştirme: Bu teknik, müracaatçıların içinde buldukları durumun uç bir durum olmadığını, normal olduğunu hissetmelerine yardımcı olur.

3- İltifatlar: İnsanlar her zaman iltifattan hoşlanırlar. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanları müracaatçıların yaptıkları iyi şeyleri takdir etmelidir.

4- Mucize sorular: Bu teknik çözüm odaklı terapinin kendisine özgü bir tekniktir. Müracaatçının yaşadığı problemin nedeni hakkında çok fazla zaman harcamadan ve uygulama sürecinden ne istediğini anlamalarına yardımcı olmak amacıyla tasarlanmış sorulardır. Örneğin “Farz et ki bir mucize oldu ve problem çözüldü. Bu durumda ne farklı olurdu?”

5- Dereceleme soruları: En yaygın dereceleme sorusu şudur: “Problemin en kötü olduğu durumu ifade eden 0 ile tamamen çözülmüş olduğunu belirten 10 arasında 1 ile 10 arasında bir ölçekte kendini nerede görüyorsun? Müracaatçı bir defa bu değerlendirmeyi yaptıktan sonra “Bu hafta sizi 2 puan yukarı götürecek şey ne olabilir?” sorusu yöneltilir.

6- Kestirme görevi: Probleme yönelik istisnaların nadir olduğu durumlarda kullanılır.

7- İleriye dönük sorular: sosyal hizmet uzmanı bu teknikte müracaatçıya problemin olmayacağı bir durum tasarlamasını ister.

8- Problemin ne olduğunu bulma: İstisnaların olduğunu düşünemeyen müracaatçılar için yapılacak son hamle bu tekniktir.

9- Dışsallaştırma: Bu teknikle probleme isim vererek müracaatçının dışında tutmanın yararlı olabileceği düşünülür.

10- İlk seansta verilen görev: Sosyal hizmet uzmanı müracaatçıdan bir sonraki seansa kadar devam etmesini istediği ilişkilerini anlatması için gözlem yapmasını ister.

11- Jenerik görev: Amaçların saptandığı aşamada sosyal hizmet uzmanı müracaatçıdan bir hafta süresince ne yaptığını izlemesi istenir.

12- Örüntüleri kırma: Bu teknikte problemin kesintiye uğraması için bazı taktikler uygulanır. Örneğin davranış değiştirme, süre ve zamanlama değişikliği gibi.

13- Sürpriz yapma görevi: Çiftler ya da ailelerle çalışılırken kullanılan bu teknikte sosyal hizmet uzmanı müracaatçılardan partnerlerini şaşırtacak bir şey yapmasını ister.

14- Yaz, oku ve yak: Bu teknikte müracaatçıdan çift sayılı günlerde problemini yazması, tek sayılı günlerde ise okuması ve hemen yakması istenir.

15- Yapılandırılmış kavga: Bu teknik genelde çiftler için kullanılır. Sosyal hizmet uzmanı kavga etmeleri için yönerge verir. Örneğin kavgaya kimin başlayacağını belirlemek için yazı tura atın, kazanan 10 dakika boyunca konuşma hakkına sahip olacak. Sonra diğer kişi 10 dakika konuşacak. 10 dakika sessizlik olacak ardından yine yazı tura atılacaktır (Murdock, 2016: 476-482; Teater, 2015: 197-199).

Çözüm odaklı terapi uygulayan sosyal hizmet uzmanları, yakın geleceğe odaklanarak müracaatçılara değişimin gerçekleşmesini beklediklerini bildiren ifadelerde bulunurlar. Bu bağlamda çözüm odaklı terapi müracaatçıların umutsuzluk duygusundan umutlu duruma doğru geçişlerine yardımcı olmayı içeren hedeflere odaklanılır. Çözüm odaklı terapi amaçların küçük, müracaatçılar için önemli, ulaşılabilir, somut, özel, yeni bir başlangıç sağlayan ve müracaatçı tarafından sıkı çalışmayı içeren ve mevcut davranışları durdurmak yerine yeni davranışlar içermesi gereken yedi unsuru içermektedir. Özellikle hedef geliştirme umut ve beklentiyle bağlantılıdır çünkü hedefler müracaatçıların istekleridir sosyal hizmet uzmanı tarafından dayatılmaz. Bu yaklaşımın en çarpıcı özelliklerinden biri yaklaşımın basitleştirilmesi, müracaatçının sorunlarına odaklanmak yerine müracaatçının isteklerine odaklanması ve sosyal hizmet uzmanı tarafından herhangi bir yönlendirmenin yapılmamasıdır. Çözüm odaklı terapi, güçlü yönlerle dayalı bir uygulama modelidir. Uygulama sürecinde sosyal hizmet uzmanı müracaatçıyla işbirlikçi terapötik ilişki geliştirir. Müracaatçının kendi kaderini tayin etme hakkına saygı duyar ve uygulama hedeflerini müracaatçının belirlemesini sağlayarak müdahale için izin alır. Müracaatçıların değişim ve gelişim için gerekli kapasiteye sahip olduklarını fark etmelerini sağlarlar. Çözüm odaklı uygulama yapan sosyal hizmet uzmanları geleneksel psikoterapi süreçlerini değiştirebilir, görüşme sırasında ara verebilir; kendisinin ve müracaatçının düşünmesine fırsat sunabilir. Çözüm odaklı terapi, dilin düşünceli ve yaratıcı yönüyle bir dizi yeni klinik olasılık ve teknik sunar. Teşhisten ziyade çözümlere odaklanması bireyi çift, aile ve grup boyutunda sayısız alanda ve sorunlarla çalışmak için uygun hale getirmektedir. Bu bağlamda çözüm odaklı uygulayıcılar müracaatçıları işbirlikçi terapötik ilişkiye dâhil etmek için terapötik tekniklerden faydalanırlar. Son olarak çözüm odaklı uygulama müracaatçının doğuştan gelen güçlü yönlerini ve baş etme mekanizmalarını terapötik ittifakla desteklediği ve

geliştirdiği için sosyal hizmet mesleğinin işlevselliğini ve değerlerini somutlaştırmaktadır (Cooper ve Lesser: 2015: 177-189).

### **1.5.7. Krize Müdahale**

Kriz, geçici psikolojik dağınıklığa ya da kişinin mevcut işlev görebilme yetisinin kayba uğramasına neden olan olaylardır. Kriz, kişinin yaşam döngüsü gereği doğum ve ölümden, doğal afetlerden ya da savaş gibi dış faktörlerden kaynaklanan olaylar da olabilir. Nedeni fark etmeksizin kriz olaylarının birey üzerinde bıraktığı etki, olayın görece bir şekilde aniden başlaması ve acil bir şekilde destek ihtiyacının ortaya çıkması söz konusudur. Krize müdahale, krizin çözüme ulaşmasına çabalayan kısa süreli bir müdahale modelidir. Krizin süresi krizin türüne, müdahalesine ve kriz yaşayan bireye göre değişir. Ancak tüm kriz müdahalelerinin ortak noktası mevcut işlevsellik halini ya da denge durumunu geri kazanmaktır. Krizin zorlayıcı kısmı olayla başa çıkma; krizin fırsata çevrilmesi ise yeni beceriler geliştirmeye ve var olan becerilerin fark edilmesine olanak sağlar (Langer ve Lietz, 2021: 329). Krizler bireyin kaynakları ya da başa çıkma mekanizmalarını etkileyen zorluklardır. Uzun süreli krizle ilgili stres; bilişsel, davranışsal ve fiziksel işleyişi olumsuz yönde etkilemektedir. Ölüm, doğal afetler, iş kaybı, tahliye, boşanma, aile içi şiddet, suç, çocuk ihmal ya da istismarı krize neden olabilecek vakalardır. Krizin kaçınılmaz bir şekilde öznel bir doğası vardır. Bir birey için stres ya da bunaltıcı olan tehdit, kayıp ya da geçiş gibi krizler bir başkası için daha yönetilebilir bir durum olabilir (Hepworth vd., 2010: 380).

Roberts (1990; 1991; 2005) yedi aşamalı krize müdahale modeli geliştirmiştir:

1- İlk aşama ölümcüllük, kişinin kendisi ya da başkaları için tehlikeli olma durumu ve acil psikososyal ihtiyaçları içeren bir kriz değerlendirmesinin yapılmasıdır.

2- Psikolojik temas kurma aşaması. Bu aşamada sosyal hizmet uzmanı müracaatçıyla gerçek saygı, güven, kabul ve yargılayıcı olmayan bir tutumla hızlı bir ilişki kurar.

3- Sorunun ve sorunun boyutlarının tanımlanması aşamasıdır.

4- Duygular ve hislerin keşfedilmesini teşvik eder.

5- Geçmişteki başa çıkma girişimlerini keşfeder ve değerlendirir.

6- Bu aşamada bir eylem planına yönelik bilişsel işlevler yeniden sağlanır.

7- Son aşamada müracaatçı takip edilir, 3-6 ay sonrası için seans planlanır.

Kriz değerlendirmesinin amacı müracaatçının kaynakları mümkün olan en kısa sürede kullanmasını sağlamak için müracaatçıdan hızlı bir müdahale olması ve odak noktasının korunması nedeniyle diğer uygulamalardan farklı olarak daha az derinlemesine olacak şekilde kriz hakkında bilgi toplamaktır. Müdahalenin ilerleyen süreçlerinde sosyal hizmet uzmanı müracaatçı hakkında daha fazla şey öğrenir ve müracaatçının zihinsel durumu daha stabilize olur. Sosyal hizmet uzmanı başlangıçta müracaatçıdan güvenlik seçenekleri, krizin dinamikleri, sorunu çözmek için önceki girişimler ve destek sistemleri hakkında bilgi almaya çalışır. Krize müdahale yöntemi benzersiz bir uygulama yöntemidir ancak sosyal hizmet uzmanı krize müdahale sürecinde diğer uygulama teorileri ve müdahale stratejilerinden faydalanır. Yani krize müdahale doğrudan benzersiz müdahaleler sunmaz. Ancak sosyal hizmet uzmanının müracaatçı ve diğer önemli kişilerle kısa süreli ancak yoğun şekilde ilgilenmesi ve sosyal hizmet uzmanının bağlantı ve sosyal destek sağlamada çevreyi aktif olarak kullanması krize müdahalenin iki benzersiz özelliğidir. Bu bağlamda krize müdahalelerde sosyal hizmet uzmanının klinik vaka yöneticisi rolü ön plana çıkmaktadır (Walsh, 2010: 309-310).

Klinik vaka yönetimi; karmaşık, çoklu sorunlar ya da engelleri olan müracaatçılara yönelik ihtiyaç duydukları tüm hizmetleri zamanında ve uygun bir şekilde kurum sistemlerine ayrılmış kaynakları kullanarak müracaatçılar için gelişimi sağlayacak sosyal desteklere odaklanan bir hizmet yaklaşımıdır (Rubin, 1992:5). Krize müdahale sürecinde klinik vaka yönetimini uygulayan sosyal hizmet uzmanının üç terapötik görevi vardır. Birincisi müracaatçı ile olumlu bir bağlantı/ ilişki kurmaktır. Bu bağlantı kurma aşaması müracaatçının özelliklerine bağlı olarak şekillenir. İkinci görev, kriz döneminde müracaatçının bağımlılık konumundan öz-yeterliliğe geçişini kolaylaştıracak sağlıklı davranışları modellemektir. Son görev ise krize daha iyi uyum sağlamayı kolaylaştırmak için müracaatçının fiziksel çevresi değiştirilmelidir (Harris ve Bergman, 1988: 6-9).

Klinik sosyal hizmet uzmanları müracaatçı popülasyonu ya da uygulama ortamından bağımsız bir şekilde krize müdahale hizmetleri sağlamaya hazır olmalıdır. Bazı kurum ve kuruluşlarda krize müdahale ekipleri olmasına karşın herhangi bir müracaatçı durumsal ya da varoluşsal krizlere açık durumdadır. Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanları, krize müdahale modeli özel olarak yöntem ya da teknikler sunmasa da

her zaman müracaatçının kriz düzeyine uyan hızlı değerlendirme yaptığı, kısa süreli ve az odak noktalı bir uygulama sunmaya yeterli olmalıdır. Kriz müdahalesi müracaatçı ile yoğun ve işbirlikçi çalışmayı içeren bir modeldir. Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanı farkı uygulama ekolleri ve müdahale yöntemlerinden yararlanarak krize müdahale sürecinde müracaatçıyla yoğun ve işbirlikçi terapötik ilişki kurmalıdır (Walsh, 2010: 310-325). Sosyal hizmet uzmanının; kendisi, niteliksel donanımı, kendi kendini eğitmesi, deneyimi, bilgi ve becerisi, dürüstlüğü, motivasyonu ve her şeyden önce krizin neden olduğu etkiler üzerindeki öz farkındalık seviyesi krize müdahale uygulamasında en önemli belirleyicilerdir (O'Hagan, 1986: 12).

### **1.5.8. Görev Merkezli Yaklaşım**

Bu yaklaşım 1970'li yıllarda California Üniversitesi Sosyal Hizmet Okulu öğretim üyeleri Reid ve Epstein tarafından geliştirilmiştir. Kısa süreli uygulama modellerinden biridir. Görev merkezli modelin diğer yaklaşımlardan ayırt edici özelliği sorunları nedenleri yerine yol açtığı sonuçlara ve müdahale yoluyla ulaşılmak istenen hedeflere yönelik çalışmasıdır (Turan, 1999: 304). Görev merkezli yaklaşım beraberinde müracaatçının üstlenebileceği ve tamamladığında problemin çözülmesini sağlayan görev ya da görevlere keskin bir odaklanmayı içermektedir. Görev merkezli yaklaşım psikanalitik gibi uzun süreli yaklaşımların aksine hastaların kendi müdahale süreçlerine aktif olarak dahil oldukları kısa süreli bir yaklaşımdır. Görev merkezli yaklaşım problem, değişim motivasyonu, hedef problem, bağlam ve hedef görevler çerçevesinde faaliyetler gösterir. Görev merkezli yaklaşımın varsayımları şunlardır:

- 1- Sorunlar insan deneyiminin parçasıdır.
- 2- İnsanlar sorunların neden olduğu zorluklardan kurtulmaya çalışır.
- 3- İnsanlar problem çözücüdür ve problem çözmek öz yeterliliği artırır.
- 4- Görev merkezli yaklaşım farklı kuramsal modellerle birleştirilebilir (Langer ve Lietz, 2021: 121-126).

Görev merkezli yaklaşımın üç müdahale aşaması vardır. Bunlar:

1. Aşama: Başlangıç aşamasıdır. Bu aşamada sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçının rolü, müdahale sürecinin amacı ve müdahale süreci ve yöntemleri açıkça belirlenir. Uygulanacak müdahalenin açıklanması müracaatçıyla işbirlikçi terapötik

ittifakı sağlayacaktır. Daha sonra müdahalenin zaman sınırlamasıyla ilgili süreç belirlenir. Görev merkezli yaklaşımda genellikle 5-8 ya da 6-12 oturum planı yapılır. Zaman sınırlamasının ardından sorun tanımlama ve değerlendirme yapılır. Problemler müracaatçının anlayacağı şekilde formüle edilir. Bu noktada sosyal hizmet uzmanı sorunu anlamak için müracaatçıya sorular sorar. Daha sonra sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçı üzerinde birlikte çalışacakları hedef sorunları belirler. Hedef sorunlar önceliklerine göre sıralanır. Sorunlar belirlenip ilk inceleme yapıldıktan sonra sorun sosyal hizmet uzmanı tarafından formüle edilerek sorunlar daha spesifik hale getirilir. Hedef sorun belirlendikten sonra sorunları çözmeye yönelik amaçlar belirlenir. Müdahaleye yönelik sözleşme hazırlanır.

2. Aşama: Orta aşamadır. Bu aşamada görevleri planlama uygulama ve bunların takip edilmesini içermektedir. Bu aşamada üç tür görev bulunmaktadır: Görüşme sırasındaki görevler, görüşme sonrası dışsal görevler ve sosyal hizmet uzmanının görevleridir.

3. Aşama: Sonlandırma aşamasıdır. Son oturumda gerçekleşen sonlandırma aşaması gerçekte müdahalenin başladığı ilk oturumda başlar. Diğer oturumlar anımsatıcıdır. Bu aşamada müracaatçının öğrendiği ve yerine getirdiği görevlerin değerlendirilmesi için ayrılmıştır. Bu noktada sosyal hizmet uzmanı müracaatçıyla birlikte yerine getirilmiş ve geriye kalan görevleri gözden geçirir, geleceğe ilişkin planlar yapar (Çamur Duyan, 2018a: 154).

Görev merkezli sosyal hizmet müdahalesi; bireyler, çiftler, gruplar, aileler ve toplumla çalışmaya uygun kısa süreli ve problem çözme odaklı bir yaklaşımdır. Yaklaşım pek çok uygulama ortamında farklı sorunlarla ve diğer teorik yaklaşımlarla birleştirilerek uygulanmaya elverişlidir. Sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçı güçlü bir terapötik iş birliği ile müracaatçının hayatındaki hedef problemleri odağa alarak problemi ortadan kaldıracak amaçlar ve hedef görevleri belirler ve bu hedef görevleri yapmak için çalışırlar. Görev merkezli yaklaşım kanıta dayalı uygulamalarla desteklenmiş, etkin bir müdahale modelidir (Teater, 2015:225).

### **1.5.9. Anlatı Terapisi**

Anlatı terapisi, bireyler ya da ailelerin kendilerini tanımlamak, kim olduklarını ifade etmek ve yaşamlarını anlatmak için hikâye ve anlatılar kurdukları fikrine dayanır.

İnsanlar kendi hikâyeleri içinde kurdukları varsayım ve inanışlara tepki verir ve bunlardan etkilenirler. Örneğin hayatımızı ya da sorunlarımızı anlatmak için kullandığımız kelimeler kendimize değer verip vermediğimizi, umutlu ya da cesareti kırılmış olup olmadığımızı yeterli ya da yetersiz hissedip hissetmediğimizi, başkalarından ve kendimizden neler beklediğimizi etkiler. İnsanların yaşamları hakkında kurdukları hikâye ve anlatılar toplumun yapısından, değerler ve inançlardan önemli ölçüde etkilenir (Sheafor ve Horejsi, 2015: 132). Anlatı terapisi, Sistemik aile terapisinden ortaya çıkmış bir yaklaşımdır. Her iki yaklaşım da sorgulama ve yansıtıcı tekniklerin yanı sıra kişilerin algıları üzerinde sosyal inşanın etkili olduğu varsayımı ortaktır (Payne, 2006: 6).

Michael White ve David Epston tarafından geliştirilen anlatı terapisi, danışanların kendileri için inşa ettikleri hikâyeye ilişkin olarak kültürleri ve sosyal çevrelerinin söylemleri, düşünceleri ve davranışlarını içermektedir. Anlatı ya da hikâye değişimi sağlamak için giriş noktası olarak kabul edilir. Bu modeli kullanan uygulayıcılar problem odaklı hikâyedeki istisnaları ararlar ve danışanların probleme doymuş hikâyeye ilgili anlam ve değerler açısından bu boşlukları görmelerini sağlarlar. Bu süreçte danışanlar kendilerini ve değerlerini ilk defa anlarken bulabilir ve bu değerler yeterince saygı görmediğinde sorunların nasıl büyüdüğünü ve memnuniyetin önündeki engel haline geldiğini görürler. Danışanlar daha sonra hayatlarını yeniden tasarlamak için gerçek güçlerini kullanmaya davet edilir. Kişisel değerlerin anlaşılması ve geri kazanılması danışanın gelecekte yeni bir hikâyeyi inşa etmesine yardımcı olur. Bu süreçte sosyal hizmet uzmanının görevi yalnızca müracaatçının seçtiği karakterleri, olay örgüsünü ve beklediği sonuçları kullanarak müracaatçının arzu ettiği yeni karakteri ortaya koyan ayrıntılı özelliklerle dolu yeni bir hikâye yazabilmesini kolaylaştırmaktır. Bu uygulama ve değerlendirme yalnızca müracaatçıda değil müracaatçının çevresinde de değişim sağlayacaktır (Metcalf, 2017: 5).

Anlatı terapisinde kullanılan terapötik teknikler şunlardır:

1- Soruşturma: Anlatı terapisinin temel tekniğidir. Danışanın baskın öyküsünü ifade edebilmesi için sorulan sorular kritik öneme sahiptir. Problemin dışsallaştırılması da bu teknikteki sorularla sağlanır.

2- Gözünde canlandırma: Danışanın sorunu dışsallaştırmasına yardımcı olan tekniklerden bir diğeri de zihinsel imgelerle canlandırmadır.

3- Dışarıdan tanık uygulaması: Diğer adı seremoni olan bu teknikte adından da anlaşılacağı gibi bazı özel kişi ya da grupların terapötik sürece katılması şeklinde gerçekleşmektedir.

4- Sorumluluk: Bu teknikte bazen uygulayıcı danışanla yer değiştirerek ondan danışma sürecinin istedikleri şekilde ona göre bir görüşme yapmaları istenir.

5- Reflektör tutma: Bu teknik koterapist (co therapist) ikilisi olarak ama daha çok tek yönlü ayna arkasından seanslara yönelik dışardan farklı bir açısı sağlanmasını içerir.

6- Destek grubu uygulaması: Destek grubu uygulaması hem danışan hem de uygulayıcı için olan bir tekniktir. Danışanlar kendileriyle aynı deneyimi yaşayanlarla bu durumu paylaştığında danışan başka danışanlara yardımcı olduğunda destek grubu tekniği uygulanmış olur. Anlatı terapisi uygulayıcılarının felsefesine göre uygulayıcılar danışanın onlar üzerindeki etkilerini ifade ederler. Bu durum diğer ekoller tarafından olumsuz bir durum olarak görülürken anlatı terapisinde buna olumlu bakılmaktadır çünkü anlatı terapisine göre hem danışan hem de uygulayıcı terapisinin kendilerini değiştirdiğini kabul ederler.

7- Yazılı kanıtlar: Bu teknik danışanların başarılarını kutlamak ya da pekiştirme için çoğunlukla yazı kullanılmaktadır. Çünkü anlatı terapisinde yazılan bir kelimenin gücü söylemeye göre daha fazladır (Murdock, 2016: 503-507).

### **1.5.10. İnsancıl/Varoluşçu Yaklaşımlar**

İnsancıl /varoluşçu yaklaşımlar çatı bir kavram olup içerisinde insancıl yaklaşım, birey merkezli yaklaşım ve varoluşçu yaklaşımlar yer almaktadır.

#### **1.5.10.1. İnsancıl Yaklaşım**

Hümanizm, bireyin sosyal gerçekliği yorumlamasına önem verir. İnsanların güçlü yönlerini fark etmeleri durumunda potansiyellerini sergilemek için bu gücü kullanacakları düşüncesi kendini gerçekleştirme olarak ifade edilir. Hümanizm, fikirleri sosyal hizmet disiplini üzerinde büyük bir etkiye sahip olan Abraham Maslow ve Carl Rogers'ın çalışmalarıyla yakından ilişkilidir (Heslop ve Meredith, 2021).

İnsancıl/hümanist yaklaşım 1960-1970 dönemlerinde popüler olmuş özellikle ABD'de hümanistik psikolojisi ve insancıl model üçüncü bir ekol olarak görülmüştür. Bu yaklaşım insanların çocukluk dönemi ve mevcut öğrenme yaşantılarından etkilendiğini

kabul etmenin yanı sıra psikolojik olarak sağlıklı olmada kişinin kendi yaşamını biçimlendirdiğini ileri sürmektedir. İnsancıl yaklaşım 4 temel öğeye dayanmaktadır: (1) kişisel sorumluluk, (2) şimdi ve burada, (3) bireyin fenomenolojisinin vurgulanması ve (4) kişisel gelişimdir. İnsancıl yaklaşım insan davranışlarını bireyin kendi kişisel tercihleriyle açıklamaktadır. Bu noktada insan ve hayvanlar arasındaki temel fark, insanın seçme özgürlüğü ve seçeneklerinin farkında olmasıdır. İnsancıl yaklaşıma göre yaşamımızı olduğu gibi kabul etmedikçe potansiyelimizi kullanamayız. Geçmiş ya da geleceği düşünmek yararlı olabilir ancak bunun üzerinde çok fazla zaman kaybetmemeli hayatı dolu yaşamak için “şimdi ve burada” yaşamaktır (Çamur Duyan, 2018b: 226).

Maslow, pskodinamik ve davranışsal yaklaşımların insanları semptomlar torbası olarak gördüğünü ancak psikolojinin bu fikrin aksine insanların olumlu yönlerine odaklanması gerektiğini düşünüyordu (Hoffman, 1988: 43). Rogers (1951) da Maslow ile aynı fikirdeydi ve fikirlerini üç temel koşulu olan kişi merkezli terapiyle genişletti. Bunlar: (1) Uyum: terapistler, kişisel ya da profesyonel bir fikrin arkasına saklanmadan danışanla açık bir şekilde ilişki kurmalıdır. (2) Koşulsuz olumlu saygı: terapist, danışanı olduğu gibi kabul etmeli, yargılama ve görüş bildirimini olmadan kesintisiz dinlemeye istekli olmalıdır. (3) Empati: terapist, danışanın bakış açısını anlamalı ve takdir etmelidir. Carl Rogers yalnızca danışanın davranışı değil aynı zamanda terapistlere yönelik beklentilerle terapötik psikolojik yaklaşımlarda bir çığır açmıştır. Etkisi kişi merkezli uygulama, güçlü yönler dayalı uygulama ve değişim değerlendirme modeli gibi yaygın sosyal hizmet yaklaşımlarında görülmektedir.

#### **1.5.10.2. Kişi Merkezli Yaklaşım**

Kişi merkezli yaklaşım müracaatçıların doğuştan gelen kişisel gelişim ve kendini gerçekleştirme potansiyelinin önündeki engel olan hisler ve tutumlardan kendilerini kurtarmada onlara yardım eder. Kişi merkezli yaklaşım hümanist ve varoluşçu yaklaşımın bakış açısıyla inşa edilmiştir. Bu bakış açısına göre insanlar iyidir, doğru olanı yapmak isterler ve kendi potansiyellerini keşfetmeye ve geliştirmeye çalışırlar. Bu yaklaşım müracaatçıya onaylayıcı, kabullenici ve yargılayıcı olmayan bir ilişki sunulduğunda değişimin gerçekleşeceğini varsayar. Kişi merkezli yaklaşımda uygulama süreci ve profesyonel ilişki direktifsel değildir. Sosyal hizmet uzmanı müracaatçının meselelere yaklaşımını kabul eder. Uzman tavsiye vermektен, etiketlemektен ve teşhisten uzak

durur. Burada uygulayıcının rolü müracaatçının kendine yardım etmesi için yardımcı olmak için kabul, duygudaşlık, sıcaklığı ve içtenliği yayma ve aktif dinleme gibi tekniklerden faydalanmaktır (Sheafor ve Horejsi, 2015: 123-124).

### **1.5.10.3. Varoluşçu Yaklaşım**

Varoluşçu terapi, diğer psikoterapi kuramlarına göre daha fazla felsefeye dayalıdır. Felsefi temelini Jean- Paul Sartre ve Martin Heidegger'den alan Varoluşçu yaklaşımın temsilcileri Irvin Yalom, Victor Frankl ve Rollo May'dir. Varoluşçu terapinin savunucuları arasında bazı görüş ayrılıkları olsa da temsilcileri insanın yaşamına anlam verme çabasında olduğu düşüncesinde birleşirler. Varoluşçu terapi; anlam arayışı, özgürlük, yalnızlık, ölüm ve sorumluluklar gibi temel varoluşsal konularda bireyin kendiyile yüzleşmesini sağlayan insancıl bir yaklaşımdır. Varoluşçu yaklaşım, insanı sadece bir sorun yumağı olarak gören fikirlerin aksine onu seçim yapabilen, anlam arayışı içinde olan ve özgür iradeye sahip varlıklar olarak görmektedir. Temel varsayımı, her insanın kendi yaşamına anlam katma gücüne sahip olduğudur. Varoluşçu terapi sürecinde birey kendini sorgulayarak hayatın gerçeklerini kabul etmeyi öğrenir ve yaşamının anlamıyla (otantiklik) bir hayat sürmeye devam eder. Varoluşçu terapi, hayatım zorluklarıyla baş etmeye çalışan, bir dönüm noktasına gelmiş, içsel boşluk hissi yaşayan ya da bir anlam arayışı içindeki bireylerin farkındalığını arttıracak bir yaklaşımdır. Varoluşçu terapinin amacı; danışanın kendine yabancılaşmasını azaltarak onun kendi hayatını bilinçli bir şekilde şekillendirmesini, kendiyile yüzleşmesini bu sayede daha anlamlı bir yaşam sürmesini sağlamaktır. Varoluşçu terapistler spesifik terapötik tekniklerden yana olmadığını bunun insan ilişkilerinin derinlemesine anlaşılmasını engelleyeceğini ifade etseler de Varoluşçu terapi de kullanılan bazı terapötik teknikler şunlardır: (1) Sözsüz davranışlara dikkat etme: Bu teknikte terapist danışanın sözsüz ifadelerini gözlemleyerek onların bu davranışları fark etmesini sağlar. (2) Kendini açığa vurma: Bu teknik uygulayıcının kendi reaksiyonlarını açığa çıkarmasını içerir ve bu iki şekilde gerçekleşir. Terapi süreci hakkında danışan-danışman ilişkisinin ya da uygulayıcının kendi varoluş mücadelesini açığa vurmasıdır. (3) Paradoksal niyet: Bu teknik varoluşçu terapinin en bilinen tekniğidir. Viktor Frankl tarafından geliştirilmiştir Bu teknik danışanın yaşadığı sıkıntı ya da semptomu sonuna kadar yaşaması için cesaretlendirilmesini içermektedir. (4) Dikkati dış dünyaya yöneltme: Yine Frankl tarafından önerilen bu teknik danışanın kendi içsel süreçlerine fazla odaklanmak yerine

dış dünyaya yöneltilmesini içermektedir. (5) Rüya analizi: Bu teknik Yalom tarafından önerilmiştir. Psikanalizden farklı olarak danışanın getirdiklerine odaklanılmaktadır. (6) Paranteze alma: Terapistin danışanın dünyasını anlamak için tüm inanç ve yanlılıklarını bir kenara bırakmasını ifade eder. (7) Yönlendirilmiş fantezi: Yalom tarafından önerilen bu teknikte terapist danışandan kendi ölümünü ve sonrasını düşünmesi ve anlatması istenir (Murdock, 2016: 179-197).

İnsancıl bakış açısı insanların sağlıklı ve anlamlı ilişkiler geliştirmek için doğuştan var olan bir potansiyele sahip olduğu vurgular. İnsancıl-varoluşçu yaklaşım insanların hayatlarını dolu bir şekilde yaşamaları için kendilerini engelleyen tutumlardan kurtulmaları ve kendilerini gerçekleştirmelerini hedefler. İnsancıl-varoluşçu yaklaşım sosyal hizmet uygulamalarında sınırlı bir odak yerine bireyi fizyolojik, sosyolojik, duygusal ve entelektüel bağlamda bir bütün olarak görerek birey ve toplumun güçlendirilmesi yoluyla gelişim ve değişimi dolayısıyla da refahı hedefler. İnsancıl-varoluşçu yaklaşım, danışanların kendileri ve dünya hakkında farkındalık kazanmalarını sağlayarak benzersizliklerini keşfetmelerine ve benlik saygısı geliştirmelerine yardımcı olur. İnsancıl-varoluşçu yaklaşımların temelini oluşturan insan gelişimi, özgürlük ve kendini gerçekleştirme vurgusu sosyal hizmet değerleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Peker, 2023: 145).

### **1.5.11. Aile Terapisi**

Aile terapisi, bireysel üyelerden çok aile sisteminin tedavisine odaklanan bir terapi alanıdır. Aile terapisi, ailenin sistemsel özelliğine ve farklı alt sistemlerine odaklanarak aile sorunlarına çözüm ararken bireysel intrapsişik problemlerden ziyade kişilerarası dinamikleri daha önemli görmektedir (Feltham ve Dryden, 2005: 81).

Son elli yılda ruh sağlığı alanında görev yapan profesyoneller aileyi problemlerine neden olan süreçleri inceleme konusunda bireysel dinamiklere odaklanmanın ötesine geçmiştir. İnsanlar ya da sistemlerin birbirini nasıl etkilediğini inceleyen sistem teorisinin geliştirilmesi birçok alanda farklı bakışa açısını beraberinde getirmiştir. Bu teoriyi kullanarak hem insan davranışlarını açıklamak için bireysel bakış açısının ötesine geçen paradigmlar hem de problemlerin çözümünü sağlayarak aileyi işlevsel hale getirmek için bir dizi teknik gelişmiştir. Sistem teorisi sayesinde ruh sağlığı alanında sosyal hizmetin de odak noktası olan biyopsikososyal bakış açısını artık kullanılmaya başlamıştır. Aile

karmaşık yapıya sahip bir sistemdir bu nedenle bu sistem farklı ekollerden farklı bakış açılarıyla incelenmektedir. Aile sistemleri; yapısal, stratejik, psikodinamik, deneyimsel, bilişsel-davranışçı, davranışçı, aile odaklı, duygu odaklı, anlatsal, çözüm odaklı ve psikoeğitimsel gibi farklı yaklaşım ve ekollerin çalışma alanında yer almaktadır (Glick vd. 2016: 5).

Bireysel perspektiften sistemik bakış açısına geçiş insan sorunlarını anlamada yeni bir çığır açmıştır. Aile terapisinin temelleri de sistem kuramının aileyi bir sistem olarak ele almasının getirdiği bakış açısıyla atılmıştır. Aile terapisinin kurucuları John Elderkin Bell, Don Jackson, Nathan Ackerman ve Murray Bowen'dır. Aile terapisinin kurucularına ek olarak Jay Haley, Virginia Satir, Salvador Minuchin, Carl Whitaker, Lyman Wynne, Ivan Boszormenyi-Nagy de aile terapisinin önemli öncüleri arasında yer alır (Nichols ve Davis, 2019). Ackerman, 1956 yılındaki "Aile İlişkilerinde Birbirine Kenetlenen Patoloji" adlı makalesinde aile çalışmalarına yönelik kavramsal bir model sundu. Ackerman'ın "Aile Terapisi" olarak adlandırdığı aile seanslarında ortaya çıkan "kenetlenmeyi" gözlemek, göstermek ve yorumlamak olarak tanımladığı bir terapötik yaklaşım geliştirmiştir. Diğer kurucular ve Ackerman'ın geliştirdiği aile terapisi ilgi görmeye ve aile terapistlerinin sayısı artmaya başladı. Terapistlerin büyük bir kısmı iki veya daha fazla neslin (ebeveyn ve çocukların) birlikte katıldığı terapiler, iki eşin birlikte görüldüğü evlilik terapileri ve terapist tarafından yalnızca aile üyelerinden birinin görüldüğü bireysel terapiler "aile terapisi" olarak adlandırılmaya başladı. Aile terapisi tüm ailenin (ebeveyn ve çocuklar) terapistlerle bir araya gelerek ailenin düşünce ve duygularını sözlü olarak ifade etme ve birbirlerine iletme becerisi kazanmak için terapistin bu süreci kolaylaştırarak gözlem ve yorum yaptığı terapilerdir. Bowen bu seanslara aile grup terapisi adını vermekte ve bu terapinin aile iletişimini geliştirmek için kısa süreçlerde etkili olduğunu ifade etmektedir (Bowen, 2004; Gladding, 2012: 135).

#### **1.5.11.1. Bowen Terapi (Aile Sistemleri Terapisi)**

Bowen terapi, aile sistem kuramları arasında zengin kuramsal yapısı bakımından en kabul gören yaklaşımdır. Bir psikiyatrist olan Bowen 1946 yılında Menninger Kliniği'nde çalışmaya başlamış ve burada anneleri ve şizofren çocuklarını incelemiştir. Ona göre aileler duygusal sistemlerdir. Ve bu duygusal sistem; aile görülen davranış, inanç, değer ve duygusal tepkileri nesilden nesile aktararak süreklilik kazanıyordu. Duygusal

birleşme, benliğin farklılaşması, nesiller arası aktarım, kardeş sırası ve üçgenler gibi kavramlar yaklaşımın temelini oluşturmaktadır. Diğer aile terapilerinin aksine Bowen terapisinin amacı ailenin sorunlarını çözmek değil; aile sisteminin parçası olan bireylerin sistem içerisinde değişebilmelerini ve kendilerini farklılaştırmalarını sağlamaktır. Bowen terapisinin temel amacı olan bireyin farklılaşmasını sağlamak, anksiyeteyi azaltmak ve semptomları azaltmak için müdahale sürecinde kullanılan terapötik teknikler şunlardır: (1) Genogram, (2) Süreç soruları sorma, (3) İlişki deneyleri, (4) Aile koçluğu, (5) Ben dili, (6) Duygusal Tarafsızlık, (7) Kişiden kişiye ilişki ve (8) Danışmanla konuş birbirinle değil tekniğidir (Kesici vd. 2015: 1-44; Bowen, 2004; Murdock, 2016: 442-452; Nichols ve Davis, 2019; Franklin ve Hopson, 2008: 213-214).

### **1.5.11.2. Virginia Satir Aile Terapisi Modeli**

Virginia Satir, ABD’de aile terapisinin anası olarak kabul edilmektedir. 1950’lerde aile terapisini kuran erkekler arasındaki tek kadın olması bu adı almasında etkili olmuştur. Satir’in aile terapisi modeli iletişim kalıpları, benlik saygısı (kendilik değeri) ve insanın doğuştan gelen içsel güçleri üzerinde temellendirilmiştir. Satir aile terapisinin ilk hedefinin ailenin problemleriyle ilgilenmek olduğunu ifade ederek aileleri belirli iki türe ayırmıştır. Bunlar: Eğitici aile ve sorunlu ailedir. Eğitici aileler; aile üyelerinin birbirine saygı duyduğu, birbirlerini dinlediği, birbirlerine içtenlik, dürüstlük ve sevgi gösteren ailelerdir. Sorunlu aile ise eğitici ailelerin aksine ortak paylaşımları, iletişimleri ve ortak paydaları olmadığı halde birlikte yaşamaya devam eden aile türüdür. Bu tür ailelerde bireyler arasında soğukluk, alaycılık, donukluk ve gerginlik hâkimdir (Murdock, 2016: 408-411; Kesici vd. 2015: 85-92).

Satir’in aile terapisinin en önemli amaçlarından biri kişinin benlik saygısını artırmaktır. Satir dünyanın küçük bir modeli ailenin sağlığını düzeltmenin tüm dünyayı sağlığına kavuşturacağına inanıyordu. Açık ve eğitici aile sistemlerinde büyüyen bireylerin değişimi gerçekleştirebileceğini, fonksiyonel olmayan sorunlu ailelerde ise düşük benlik saygısına sahip, problemlerle mücadele edemeyen bireyler yetişeceğini ileri sürmüştür. Bireyler ve ailelere benlik saygısı kazandırmak ve aileleri sağlığına kavuşturmak için aile yaşam gerçeği kronolojisi, aile haritaları, ipler, metafor, dokunma, aile heykeli, drama, yeniden çerçeve oluşturma, mizah, iletişim duruşları, aile stres balesi,

çapalamak, aile yeniden yapılandırma süreci, parçaların partisi gibi birçok terapötik teknik kullanmıştır (Satir, 1967: 150-267; Kesici vd. 2015: 121-139).

### 1.5.11.3. İmago İlişki Terapisi

Kendi evliliklerinden yola çıkarak imago ilişki terapisini geliştiren Harville Hendrix ve Helen Lakely Hunt, insanların eş seçimi konusunda rastlantısal davranmadıklarını ve kendi ebeveynlerinde bulunan olumlu ve olumsuz özelliklerin eş seçimlerini etkilediğini ileri sürmüşlerdir. Anne ve babaların yansımaları olan İmago eşler; çocukluk döneminde karşılanmayan ihtiyaçların, yaraların iyileştirilmesi için seçilmiş adaylardır. Bu bağlamda bireyler kendilerine benzer yaralara sahip olan İmago eşler seçerek bir nevi tedavi ve iyileşme süreci sağlarlar. Hendrix, imago eşlerini seçen çiftlerin evlilik sürecinde ilişkilerinin geçirdiği üç aşama olduğunu ileri sürmüştür: (1) Romantik aşk aşaması bireylerin birbirlerine duydukları aşk nedeniyle gözlerinin hiçbir şey görmediği aşamadır. (2) Güç mücadelesi eşlerin aşk perdesinin kalkmasıyla çatışmaların, pişmanlıkların, inkârın ve umutsuzlukların yaşandığı aşamadır. (3) Gerçek aşk ise bireylerin iletişim problemlerini çözdüğü, çocukluk yaralarını iyileştirdiği ve çiftlerin farklılıklarına saygı duyarak bir bütün haline geldikleri aşamadır. İmago terapi; bireylerin ilişkileriyle birbirlerinin çocukluk yaralarını nasıl sarmaları gerektiğini öğretmek, evliliklerinde bilinçli ve sağlıklı bir şekilde güven ve tutku ortamını sağlamak amacıyla bazı terapötik tekniklerden yararlanır. Bunlar: (1)Çift (imago)diyalogudur. Bu teknik ayna tutma, değer verme ve empati olmak üzere üç bölümdür, (2) Ebeveyn/çocuk diyalogu, (3) tutma egzersizi, (4) konteynır, (5) davranış değiştirme talebi ve (6) ilgi gösterme davranışlarıdır (Hendrix ve Hunt, 2021; Kesici vd. 2015: 81).

Aile terapisti yaklaşımının amacı; aile bireyleri arasındaki etkileşimi geliştirmek ve ailenin işlevlerini yerine getirmesini sağlamaktır. Bu yaklaşım, ailenin tümü, çoğu ya da bir kısmı için kullanılabilir. Bu durumda önemli olan aile bireylerinin uygulamaya gönüllü olarak katılması olsa da terapi daha istekli olan üyeler diğerlerine katılım konusunda baskı yapabilmektedir. Ailelerle çalışmaya rehberlik edecek birçok teori ve model bulunmakla birlikte; ailenin dikkat ögesi olması, tamamının ya da aile üyelerinin çoğunun katılıyor olması, odak noktasının belirli bir problemi çözmekten çok aile üyeleri arasındaki sağlıklı ilişkileri değiştirmeyi amaçlaması, uygulayıcının aile içi iletişim

dinamiklerine ve bağılı bulunduğu ekolün teorik ve pratik bilgi ve becerilerine hâkim olması gibi ortak noktalar bulunmaktadır (Sheafor ve Horejsi, 2015: 133).

### **1.5.12. Oyun Terapisi**

Çocuklara gelişmiş bir zihinsel bakış açısıyla yaklaşılmalı ve anlaşılmalıdır. Çocuklar minyatür yetişkinler değildir. Çocukların somut ve duygusal dünyası bir gerçekliktir ve deneyimleri oyunla birleşmektedir. Doğal iletişim aracı sözlü ifade olan yetişkinlerin aksine çocuklar için doğal iletişim aracı oyunlar ve aktivitelerdir. Oyunun çocukların gelişimi ve bütünlüğü için olan önemi Birleşmiş Milletler'in oyunu "çocukluğun evrensel ve devredilemez bir hakkı" olarak ilan etmesiyle vurgulanmıştır. Oyun, çocukluk döneminin her zaman ve her yerde tek başına merkezi bir etkinliğidir. Çocuklara oyunun öğretilmesine ya da çocukların oynamaya zorlanmasına gerek yoktur çünkü oyun kendiliğindedir, yeteneklidir, gönüllülük esasına dayalı ve hedefe yönelik değildir (Landreth, 2024: 7-8).

Oyun terapisi, oyunun çocuğun kendisini doğal olarak ifade etmesinin bir aracı olduğu gerçeğine dayanır. Bu, yetişkin terapisinde yetişkin bir bireyin yaşadığı zorlukları anlatması gibi çocuğun duyguları ve problemlerini oynaması için verilen bir fırsattır. Oyun terapisi, çocuk ve uygulayıcı arasında iletişim aracı olarak oyunun kullanıldığı, sorunlu çocukların sorunlarıyla başa çıkmalarında yardımcı olmanın bir yoludur. Oyun terapisi; çocuğun ben ve ben olmayan ayrımını ilk kez fark ederek benliğin ötesindeki dünyayla bir ilişki geliştirmeye başladığı ortamdır varsayımına dayanır. Aslında bu çocuğun çevreyle temas kurma yoludur. Oyun terapileriyle ilgili geçerli olan genel ilkeler vardır ancak belirli çalışma tarzına bağlı değildir. Temel süreç çocuk ve uygulayıcı arasındaki ilişkide gerçekleşen yaratıcı oyunun kullanılmasıdır. Winnicot bunu "birinin varlığında oynamak" olarak adlandırmıştır (Cattanach, 2003: 24-25).

Oyun ve oyun terapisi arasında farklar vardır. Çocuk oyunu kendi isteğiyle oynarken ve oyundan keyif alırken oyun terapisindeki oyun çocuk için her durumda keyifli olmayabilir. Oyun terapisinde oynanan oyunları çocuklar gönüllü bir şekilde oynasa da çocuk terapiye kendi isteğiyle gelmemektedir. Çocuk oyunda tek başına ya da arkadaşlarıyla bir kurgu içerisindeyken oyun terapisinde bir yetişkin terapist ile birlikte ve terapist ona iç dünyasını ifade etmesi ve farkına varması için yol gösterir. Oyun terapisiyle çocuk diğer insanlarla iletişim kurmayı, duygularını ifade etmeyi,

davranışlarını düzenlemeyi ve problem çözme becerileri geliştirmeyi öğrenir. Oyun terapisi, çocukların sorunlarını kabul ederek duygu ve düşüncelerini korkmadan özgür bir şekilde ifade etmelerini sağlar. Oyun terapisi, gelişimsel özellikleri dikkate alındığında çocuklara yönelik en uygun müdahalelerin başında gelmektedir (Toker, 2022: 114).

Oyun terapileri üç kategoriye ayrılmaktadır: (1) Yönlendirici, yapılandırılmış oyun terapileridir. Yönlendirici oyun terapilerinde terapist çocuğun oyununda aktif ve lider rol üstlenerek, yönlendirme ve yorumlama yapmaktadır. (2) Yönlendirici olmayan ya da çocuk merkezli oyun terapileri ise terapistin müdahale etmeden destekleyici bir rol aldığı, çocuğun kendisini yönlendirmesine izin verdiği terapilerdir. (3) Aile oyun terapileridir. Bu yaklaşım ise sağlıklı ebeveyn-çocuk ilişkilerini desteklemek ve ebeveynlere öğretmek amacıyla bağlanmayı geliştiren terapi türleridir (VanFleet vd. 2010: 13).

Axline (1947: 73-74), yönlendirici olmayan oyun terapistlerine rehberlik edecek sekiz temel ilke önermiştir. Bunlar;

1- Uygulayıcı, çocukla en kısa sürede uyumlu, sıcak ve dostane bir ilişki geliştirmelidir.

2- Uygulayıcı, çocuğu olduğu gibi kabul etmelidir.

3- Uygulayıcı, çocuğun duygularını özgürce ifade edebilmesini sağlayacak bir ilişki kurmalıdır.

4- Uygulayıcı, çocuğun ifade ettiği duygularını tanımalı ve çocuğa bu davranış ve duyguları hakkında içgörü kazanması için ona yansıtmalıdır.

5- Uygulayıcı, çocuğun sorun çözme becerilerine saygı duymalıdır. Seçim yapma ve değişimi başlatma sorumluluğu çocuğa aittir.

6- Uygulayıcı, çocuğun eylem ve konuşmalarını yönlendirmemelidir. Çocuk yol göstermeli uygulayıcı bunu takip etmelidir.

7- Terapi aşamalı bir süreçtir, uygulayıcı bunu bilerek terapiyi aceleyle getirmemelidir.

8- Uygulayıcı, sadece terapi sürecini gerçeklik sınırına bağlamak ve çocuğun ilişkideki sorumluluğunu fark ettirmek için gerekli sınırı koymalıdır.

Kottman'a göre (2011: 4), oyunun terapötik anlamda bir gücü vardır ve oyun terapisi bu terapötik gücü kullanarak çocukların psikososyal sorunlarını engellemeye ve çözmeye çalışmaktadır. Schaefer ve Drewes (2014), oyunun terapötik güçlerini şöyle listelemiştir:

1- İletişimi kolaylaştıran güçler: Kendini ifade etme, bilinç dışına erişim, doğrudan ve dolaylı öğretimdir.

2- Duygusal sağlığı teşvik eden güçler: Katarsis, abreaksiyon, olumlu duygular, korkuların karşı koşullandırılması, stres aşılama, stres yönetimidir.

3- Sosyal İlişkileri geliştiren güçler: Terapötik ilişki, bağlanma, sosyal yeterlik, empatidir.

4- Kişisel güçleri artıran yönleri: Yaratıcı problem çözme, esneklik, ahlaki gelişim, hızlandırılmış psikolojik gelişim, öz denetim ve benlik saygısıdır.

Oyun terapisi, sosyal hizmet uzmanı ya da başka ruh sağlığı profesyonelleri tarafından çocuğun sorunları ya da endişeleriyle başa çıkmasına yardım etmesi açısından sıkça tercih edilen bir yöntemdir. Çocukların sözel yeteneklerinin sınırlı olması nedeniyle onlardan yetişkinler gibi davranmasını beklemeyiz. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanı çocuk müracaatçıyla (danişanla) “bulunduğu yerde buluşmalıdır” yani çocukların sözsüz iletişim düzeyi olan oyunda. Oyun çocukların tek işidir. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanı çocuğun yaşı ve konuşma becerilerine uygun miktarda sözlü iletişim yoluyla çocuğun oyun dilini birincil yöntem olarak kullanır. Müracaatçı çocuğun konuşabilmesi durumunda sosyal hizmet uzmanı çocukla konuşur ancak çocuklar oyun dilinde daha rahat ve akıcıdır bu nedenle sosyal hizmet uzmanı çocuğa yönelik konuşma ve oyun dilinde cevap verme yeteneğine sahip olmalıdır. Çünkü bir çocukla terapötik olarak oynamak eğitim, deneyim ve çocukla hem eğlenceli hem de çocuğa saygılı bir şekilde ilişki kurma yeteneğini gerektirir. Çocukla birebir çalışma, sosyal hizmet uzmanına çocuğu ebeveynleriyle birlikte gördüğünden daha farklı tanıma olanağı sağlar. Sosyal hizmet uzmanı çocuğu oyun oynamaya teşvik ettiğinde onla hem oynayarak hem de konuşarak yardımcı olacağını ifade ettiğinde çocuğu sözel iletişim kurma zorunluluğundan kurtarmış olur. Çocukla kendi seviyesinden buluşmak çocuğun bireyselliğine saygı gösterir. Birebir uygulamada uzman, anlama ve müdahale etme amacıyla çocukla etkileşim kurmak için oyunu ve oyunun terapötik gücünü kullanır. Bu

sosyal hizmet mesleğinin müracaatçıyla müracaatçının rahat olduğu düzeyde buluşma taahhüdüne uygundur. Bu nedenle çocuklarla çalışan sosyal hizmet uzmanları çocuklarla etkileşimlerinde çocukların duygusal dünyalarını keşfetmek, onların da keşfetmelerine yardımcı olmak için sözlü iletişim düzeyinden ayrılarak çocukların kavramsal-dışavurumcu dünyasına geçmeli; oyunun terapötik gücü bilmeli ve oyunu kullanmaya hazır olmalıdır (Webb, 2019: 120-137).

#### **1.4. TÜRKİYE’DE KLİNİK SOSYAL HİZMET**

Klinik sosyal hizmetin gelişimine bakıldığında ilk dönemlerde psikiyatrik sosyal hizmet adını taşıyordu (Frank, 1980: 193).Yine klinik sosyal hizmet; sosyal kişisel çalışma, bireyler ve ailelerle çalışma gibi kavramlarla ilişkilendirilmektedir. Bireylerle çalışma bilimsel olarak Mary Ellen Richmond’un “Sosyal Teşhis” kitabına dayanan bireylere yönelik vaka çalışmalarıdır (Zubaroglu Yanardağ ve Özmete, 2017: 205; Duyan, 2012: 207; Turan, 1999). Bugün ülkemizde klinik sosyal hizmet alanının hala yeterince gelişmediğini söylemek mümkündür. Klinik sosyal hizmet uygulamaları tıbbi-psikiyatrik sosyal hizmet çatısı altında yapılmakta; tıbbi-psikiyatrik alandaki gelişmeler klinik sosyal hizmet uygulamalarının gelişimini şekillendirmektedir. 1961 yılında Sosyal Hizmetler Akademisi’nin kurulması Türkiye’de sosyal hizmet mesleğinin başlangıcı olmuştur. Bu önemli adım tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarının dolayısıyla klinik sosyal hizmetin temelini oluşturmuştur. 1966 yılında Hacettepe Üniversitesi hastanesine ilk sosyal hizmet uzmanı atanmıştır. 1967 yılında Ankara Hastanesi ve Ankara Numune Hastanesine birer sosyal hizmet uzmanı atanmıştır. 1968 yılında kurulan Ankara Rehabilitasyon Merkezinde rehabilitasyon ekibi içerisinde sosyal hizmet uzmanları görev almaya başlamıştır (Özbesler, 2017: 4-7).

1967 yılında bir sosyal hizmet uzmanının Bakırköy Akıl Hastanesi’nde çalışmaya başlamasıyla psikiyatrik alanda sosyal hizmet uzmanları görev yapmaya başlamıştır. 1968 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğine ilk sosyal hizmet uzmanı atanmıştır. 1970 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde; 1972 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde sosyal hizmet uygulamaları başlamıştır (Özdemir, 2019: 67-38).

1983 yılında Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği 1998 yılında ise Hasta Hakları Yönetmeliği ile hastanelerde tıbbi-psikiyatrik sosyal hizmet alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanı sayısı artmaya devam etmiştir (<https://www.mevzuat.gov.tr>).

Türkiye’de sosyal hizmet alanında klinik çalışmalar psikiyatri hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, psikolojik danışma ve rehberlik merkezleri, aile danışmanlığı merkezleri, alkol ve uyuşturucu madde bağımlıları tedavi ve araştırma merkezi (AMATEM) ve çocuk/ergen madde bağımlılığı merkezlerinde (ÇEMATEM) yürütülmektedir. 2006 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Politikası, 2011 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı ve yine 2011 yılında yayınlanan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge ile ruh sağlığı hizmetleri toplum temelli yaklaşıma yönelmiş, bu sayede hastalara buldukları ortamda tedavi hizmetleri sağlanmaya başlamıştır. Toplum ruh sağlığı merkezleri yönergesinde sosyal hizmet uzmanlarının görevleri ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır. 2015 yılında yayınlanan Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği ile kurulan Toplum sağlığı merkezleri ve bu merkezler bünyesinde kurulan Sağlıklı Hayat Merkezleri’nde koruyucu ruh sağlığı hizmetler ve diğer sosyal hizmet müdahaleleri sunulmaktadır (Ünlü, 2023: 10-12; <https://www.mevzuat.gov.tr>; <https://hsgm.saglik.gov.tr>).

Klinik sosyal hizmet, sosyal hizmet disiplinin ruh sağlığı alanındaki önemli bir uygulama alanıdır. Ancak klinik sosyal hizmet ve klinik sosyal hizmet uzmanı kavramaları bazı ülkelerde kurumsallaşmış ve yasal çerçevelerle sağlam zeminlere oturtulmuş bir alan iken Türkiye’de yasal çerçeveler ve mevzuatlarda karşılığı olmayan, kurumsallaşmamış bir alandır. Türkiye’de sosyal hizmet eğitimi genelci sosyal hizmet perspektifiyle verilmekte klinik sosyal hizmet eğitimi Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ve Başkent Üniversitesi’nde verilen lisansüstü eğitimlerle sağlanmaktadır (Zubaroglu Yanardağ ve Özmete, 2017: 204; Ünlü, 2023: 12).

Klinik sosyal hizmet, ABD başta olmak üzere birçok ülkede yasal karşılık bulmuş, eğitimden uygulamalara kadar standartları belirlenmiş bir alandır. Ancak Türkiye’de klinik sosyal hizmet henüz kurumsallaşmamış, yasal zeminlerde karşılık bulmamış bir alandır. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Doktora Programı lisansüstü eğitimde klinik odaklı sosyal hizmet eğitimi veren tek üniversitedir. Başkent Üniversitesi Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı ise ders içeriklerini

linik odaklı sosyal hizmet eğitimi olarak sunmaktadır. Klinik sosyal hizmet çalışmaları; bu üniversitelerde görev yapan akademik personel ve klinik odaklı eğitim gören öğrenciler dışında sosyal hizmet alanında kendi çabalarıyla klinik uygulamalar ve akademik çalışmalar yürüten sosyal hizmet uzmanları ve akademisyenleri tarafından yürütölmektedir.

Bu araştırmanın odaklandığı kısım Türkiye’de klinik sosyal hizmet alanıdır. Bu nedenle Türkiye’de klinik sosyal hizmet alanında yaşanan kavram kargaşası, yasal zemin eksikliği, klinik sosyal hizmetin önemi, klinik sosyal hizmet uygulamaları ve eğitim standartları, klinik sosyal hizmetin önündeki engeller vb. birçok konu araştırmanın bulgu, yorum ve tartışma kısmında detaylı bir şekilde ele alınacaktır.



## İKİNCİ BÖLÜM

### ARAŞTIRMANIN METODU

Bu bölümde, araştırmanın yöntemi, veri kaynağını oluşturan evren ve örneklem, veri toplama süreci, kullanılan araçlar, verilerin analizi ve araştırma etiğine ilişkin ayrıntılı bilgiler yer verilmiştir.

#### 2.1. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırma, sosyal hizmet alanında klinik uygulamalar yürüten akademisyenlerin klinik sosyal hizmet deneyimlerini, algılarını ve anlam yapılandırmalarını derinlemesine incelemeyi amaçlayan bir çalışmadır. Bu nedenle araştırma yöntemi olarak nitel araştırma yöntemi tercih edilmiştir. Nitel yöntem, toplumsal ve bireysel olguların katılımcı gözüyle anlaşılmasını ve bireylerin yaşadıkları deneyimlere yönelik anlam dünyasının sistematik bir şekilde ortaya konulmasını sağlar (Arıkan, 2013: 21). Bu bağlamda, katılımcıların klinik sosyal hizmete ilişkin deneyimlerini analiz etme amacıyla en uygun yöntem olduğu düşünülen nitel araştırma yöntemi seçilmiştir.

##### 2.1.1. Nitel Araştırma

Nitel araştırma yöntemi, sosyal bilimlerde sıklıkla tercih edilen, bireylerin yaşadıkları deneyimlere yönelik inşa ettikleri anlam/yorumun derinlemesine ve kapsamlı bir biçimde incelenmesine imkân tanıyan bir yaklaşımdır (Yıldırım & Şimşek, 2018: 45). Nitel yöntem, verilerin doğal ortamda, katılımcıların gözlemleri, deneyimleri ve anlatımları aracılığıyla toplanmasını ve bu verilerin yorumlayıcı bir analizle işlenmesini esas alır (Creswell, 2017: 4). Bu bağlamda, sosyal hizmet akademisyenlerinin profesyonel kimlikleri içerisinde klinik sosyal hizmete yönelik deneyimledikleri durumları, bu durumlara yönelik farkındalıklarını ve geliştirdikleri stratejileri anlamak için nitel bir bakış açısı benimsenmiştir.

##### 2.1.1.1. Fenomenolojik Desen

Bu araştırmada nitel araştırma yöntemlerinde kullanılan "fenomenolojik desen" tercih edilmiştir. Fenomenoloji, bireylerin yaşadıkları deneyimlerin anlamını ve bu deneyimlerin yapısal özelliklerini anlamaya odaklanan felsefi ve metodolojik bir yaklaşımdır (Büyüköztürk vd., 2018, s.24). Fenomenolojik çalışmalar, birden fazla kişinin bir kavram ya da fenomenle ilgili yaşanmış deneyimlerinin ortak anlamını ifade

eder (Creswell, 2023: 79). Katılımcıların genelde sosyal hizmet özelde ise klinik sosyal hizmet alanında yaşadıkları deneyimler, bu deneyimlere ilişkin anlam/yorumlar incelenmiş; ortak temalar ve yapılar tespit edilerek olgunun katılımcı algısındaki yansıması anlamlandırılmıştır. Bu desen sayesinde, katılımcıların "yaşanan" olguya ve bu fenomenolojik araştırmanın fenomeni olarak kabul edilen "klinik sosyal hizmete" dair öznel gerçeklikleri bilimsel bir düzen içinde betimlenmiştir.

## **2.2. ARAŞTIRMANIN ÇALIŞMA GRUBU**

Araştırmanın çalışma grubu, Türkiye'de sosyal hizmet alanında doktora yapmış ya da yapmakta olan yine bu alanda akademisyen olarak çalışan ve klinik sosyal hizmet uygulamalarına dair bilgi ve deneyim sahibi bireylerdir. Bu kişiler, klinik sosyal hizmet alanında hem akademik hem de uygulama alanında bilgi sahip olmaları dolayısıyla klinik sosyal hizmet uygulamalarının mevcut durumunu anlamlandırma amacıyla seçilmiştir.

Araştırmada, homojen fakat bilgi derinliği yüksek bir örneklem grubu oluşturabilmek adına amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcılar, klinik sosyal hizmete ilişkin bilgi sahibi olma, aktif olarak akademik ya da profesyonel uygulama süreçlerinde yer almaları ve konuyla doğrudan deneyimlere sahip olmaları ölçütleri doğrultusunda belirlenmiştir.

### **2.2.1. Amaçlı Örneklem**

Amaçlı örneklem, belirli bir konuda derinlemesine bilgi sunabilecek bireylerin bilinçli olarak seçilmesini amaçlayan ve nitel araştırmalarda sıklıkla kullanılan bir yöntemdir (Patton, 2014: 230). Bu örneklem yöntemiyle, klinik sosyal hizmet alanında akademik çalışma yapmış/yapmakta olan ve uygulama deneyimine sahip akademisyenlere veri kaynağı olarak ulaşılması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda örneklem grubu; uygulama tecrübesi, akademik yetkinlik ve klinik sosyal hizmet pratiğine dair bilgi düzeyi gözetilerek seçilmiştir.

## **2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmanın verileri, yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Görüşme formu, araştırmanın amacına uygun olarak geliştirilmiş bu konuda uzman görüşleri alınmış ve etik kurul onayından geçerek nihai haline kavuşturulmuştur. Görüşme soruları hazırlanırken katılımcıların deneyimlerini detaylandırabilecekleri açık

uçlu, anlam odaklı ve yorum geliştirmeye olanak tanıyan bazı açık uçlu sorular kullanılmıştır. Görüşme formunda yer alan sorular iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde demografik bilgiler yer almakta, ikinci bölümde klinik sosyal hizmetin Türkiye'deki mevcut durumunu öğrenmeye yönelik detaylandırılmış sorular yer almaktadır. Nitel görüşme formu Ek-1' de yer almaktadır.

#### **2.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE ANALİZİ**

Bu araştırma için, yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmış, amaçlı örneklem yöntemi kullanılarak klinik sosyal hizmet alanında uzman akademisyenlere ulaşmak için e-mail göndermiştir. Bu örnekleme uygun olarak Türkiye'de 50 kişi tespit edilmiştir. Dört kişiye telefon yoluyla, 46 kişiye e-mail göndererek ulaşılmıştır. Araştırmacı, 46 kişiye toplam 105 e-mail göndermiş; 46 kişiden sadece 22'si olumlu ya da olumsuz yanıt vermiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 18 gönüllü ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı görüşmelere 10 Nisan Perşembe günü başlamış, 3 Mayıs Cumartesi günü görüşmeleri bitirmiştir. Görüşmeler, katılımcılarla belirlenmiş uygun tarih ve saatte çevrimiçi olarak yapılmıştır. Görüşmenin yapılacağı çevrimiçi program katılımcıların istekleri doğrultusunda belirlenmiştir. Araştırmacı görüşmeye başlamadan önce katılımcılardan izin alarak görüşmeleri ses kaydına almıştır. En kısa görüşme 30 dakika en uzun görüşme ise 1 saat 34 dakika sürmüştür. Ses kayıtları bilgisayara aktarılarak transkripsiyonu yapılmış, Microsoft Word dosyasına aktarılmıştır. Transkriptler, 18 ayrı dosya olarak MAXQDA 2024 programına transfer edilmiştir.

Araştırmanın veri analizinde Creswell'in (2017) altı aşamalı nitel veri analizi yaklaşımı benimsenmiştir. Bu doğrultuda ilk aşamada görüşmelerden elde edilen veriler transkript edilmiştir. Transkriptler araştırmacı tarafından tekrar tekrar okunmuş veriler hakkında derin bir kavrayış ve içgörü sağlanmıştır. Üçüncü aşamada veriler önemli kavramlar etrafında kodlanmış, uygun temalar belirlenmiştir. Dördüncü aşamada kodlanan veriler belirlenen temalar altında toplanarak veriler arasındaki ilişki ve bağlantılar keşfedilmiştir. Daha sonra veriler araştırmanın amacına uygun olarak yeniden yorumlanmış ve anlamlı içeriklere dönüştürülmüştür. Son aşamada ise elde edilen veriler ve elde edilen bulgular araştırma planına uygun olarak çalışmaya eklenmiştir.

Araştırmada veri analiz yöntemi olarak “tematik analiz” yöntemi kullanılmıştır. Nitel bir analiz yöntemi olan tematik analiz sınıflandırmaları analiz etmek ve verilerle ilgili örüntüleri sunmak için kullanılır. Verilerin detaylı bir şekilde açıklanmasına ve yorumlanmasına olanak sağlar. Tematik analiz herhangi bir konunun potansiyelini daha geniş bir şekilde kavrama fırsatı verir (Alholjailan, 2012).

Araştırmada veri analizinin sistematik ve hızlı bir şekilde yapılması amacıyla MAXQDA 2024 programı kullanılmıştır. Veriler MAXQDA programı aracılığıyla temalara ayrılmış ve programın sunduğu görseller kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından MAXQDA programından yararlanmak için program edinilmiş ve program kullanımı için kurslara katılmıştır. MAXQDA, nicel, nitel ve karma yöntemli veri, metin ve multimedya analizi için tasarlanmış bir bilgisayar programıdır. Bu program araştırmacının görüşmelerden elde ettiği verilerin hızlı ve sistematik bir şekilde analiz edilmesine imkân sağlar. MAXQDA programı, bilgisayar destekli nitel veri analizi yapmak için sıkça kullanılan bir programdır. Programın temel amacı; metinler, sesler, videolar, anketler, tablolar, tweetler ve resimleri sistematik bir şekilde kodlamak, analiz etmek ve görselleştirmektir. Program tüm bunların yanı sıra veri saklama, ses ve videoların transkripsiyonu, verilere notlar ekleyip çıkarma, belgeler arası bağlantı kurma ve belgeleri raporlaştırma gibi birçok işleve sahiptir (Marjaei vd., 2019: 4-5; Güçlü, 2021: 251).

## **2.5. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ**

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan nitel görüşme formu; Muş Alparaslan Üniversitesi Bilimsel ve Yayın Etiği Kurulu’nun 06.03.2025 tarihli 186297 sayılı onayı ile uygun görülmüştür. Etik kurul kararı Ek-3’te yer almaktadır.

Araştırma etiği kapsamında katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, unvan, terapötik eğitim, danışan görme durumları ve klinik sosyal hizmet alanındaki akademik deneyimlerine ilişkin genel bilgiler sunulmuş olmakla birlikte bireysel düzeyde hangi katılımcının hangi yaş, cinsiyet ve unvana sahip olduğu ya da hangi katılımcının hangi terapötik eğitimi aldığına dair bilgilere yer verilmemiştir. Bu tercih katılımcıların kimliklerinin dolaylı yoldan ifşa edilmesini önlemek ve araştırma etiğine uygun olarak kişisel bilgilerin gizliliğini korumak amacıyla yapılmıştır.

## 2.6. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİLİK

Geçerlik ve güvenirlilik, nicel araştırmalarda olduğu gibi nitel araştırmalarda da önemli bir konudur. Ancak geçerlik ve güvenirlilik ölçütleri nitel ve nicel araştırmalarda farklılık göstermektedir. Nitel ve nicel araştırmalardaki geçerlik ve güvenirlilik açısından farklar ölçmenin araştırmanın hangi aşamasında yapıldığı, hangi tür verilerin kullanıldığı ve verilerin kavramlarla nasıl ilişkilendirildiğidir. Nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenirlilik konusunda tek, sabit ya da evrensel açıklamalar bulunmamaktadır (Güçlü, 2021: 459).

Nitel geçerlik, araştırmacının belirli prosedürler uygulayarak bulguların doğruluğunu kontrol etmesi anlamına gelirken; nitel güvenirlilik, araştırmacının yaklaşımının farklı araştırmacılar ve farklı çalışmalar arasında tutarlı olduğunu gösterir (Gibbs, 2007). Geçerlilik, nitel araştırmanın güçlü yönlerinden biridir ve elde edilen bulguların araştırmacının, araştırmaya dâhil olan katılımcıların ya da değerlendirmeleri okuyanların bakış açısının doğru olup olmadığının belirlenmesine yardımcı olur. Geçerliliği literatürde ele alan güvenirlilik, özgünlük ve inandırıcılık gibi terimler yaygındır (Creswell and Miller, 2000).

Creswell (2014) nitel araştırmalarda araştırmacılara geçerlilik için sekiz temel strateji önermiştir. Bu stratejiler şunlardır:

1- Kaynaklardan elde edilen verileri inceleyerek temalar oluşturabilmek amacıyla tutarlı bir gerekçe oluşturmak için farklı verileri üçgenleştirin. Bunun gerçeliğe katkısı olur.

2- Nitel bulguların doğruluğunu belirlemek için katılımcı kontrolü kullanın. Nihai raporun ya da belirli ifadelerin katılımcılara geri götürülmesi ve bunların doğruluğunun katılımcılar tarafından teyit edilmesi sağlanabilir.

3- Bulguları aktarırken zengin ve yoğun bir anlatım tercih edin. Nitel araştırmacılar ayrıntı açıklamalar yaptığında ya da temalar hakkında çok sayıda bakış açısı sunduğunda sonuçlar daha gerçekçi ve zengin hale gelir. Bu yöntem bulguların geçerliğine katkıda bulunabilir.

4- Araştırmacının çalışmaya getirdiği önyargıyı netleştirin. Bu öz-yansıtma okuyucularda olumlu bir yankı uyandıracak açık ve dürüst bir ifade oluşturur.

5- Temalara ters düşen olumsuz ya da tutarsız bilgileri de sunun. Gerçek hayat genellikle bir araya gelmeyen farklı bakış açılarından oluştuğu için aykırı fikirlerin tartışılması bir açıklamanın inandırıcılığına katkıda bulunur.

6- Çalışma alanında uzun süre vakit geçirmek. Bu şekilde araştırmacı incelenen olguya ilişkin derinlemesine bir anlayış geliştirir ve verilere güvenilirlik kazandıran çalışma alanı ve insanlar hakkındaki ayrıntıları aktarabilir.

7- Çalışmanın doğruluğunu artırmak için uzman görüşü alın. Bu süreç nitel çalışmayı gözden geçiren bir uzmanın bulunmasını içerir. Böylece çalışma araştırmacı dışındaki kişilerde de karşılık bulacak ve araştırmacının ötesinde başka bir uzmana danışarak yorum yapmayı içeren bu strateji çalışmaya geçerlik katacaktır.

8- Tüm çalışmayı gözden geçirmesi için bir dış denetçi kullanın. Bu denetçi uzman kişiden farklı olarak araştırmacı ya da çalışmaya aşina değildir ve çalışmanın objektif bir değerlendirmesini yapar. Bu strateji nitel bir çalışmanın genel geçerliğini artırır.

Bu çalışmada araştırmacı geçerlik ve güvenilirliği sağlamak adına çeşitli stratejiler yürütmüştür. Araştırmacı görüşmelere başlamadan önce derinlemesine –hem yurtdışı hem de ulusal alanyazında- bir literatür taraması gerçekleştirmiştir. Araştırmacı, araştırma sürecinde klinik sosyal hizmet alanında 2 profesör, 5 doçent, 5 doktor öğretim üyesi, 4 araştırma görevlisi ve 2 öğretim görevlisiyle farklı üniversitelerde görev yapan, klinik sosyal hizmet alanında farklı deneyimlere sahip zengin katılımcı grubuyla görüşmeler yaparak nitel çalışmanın geçerlik ve güvenilirliğini sağlamaya çalışmıştır. Veri analizinde MAXQDA 2024 programının kullanılması verilerin daha sistematik incelenmesi ve tekrarlanan verilerin daha kolay keşfedilmesini sağlamıştır. Araştırmacı, verileri aktarırken farklı görüşlere yer vermiş ve veri aktarımında zengin bir anlatım tercih etmiştir. Aynı zamanda araştırmacı bulguları alanyazınla desteklemiş bu sayede çalışmanın geçerlik ve güvenilirliğini sağlamaya çalışmıştır. Araştırmacı çalışma alanında detaylı literatür taramasıyla, derinlemesine görüşmelerle ve görüşmelerin deşiflerini tekrar tekrar okuyarak sağladığı aşinalıkla çalışma alanında uzun süre geçirerek geçerlik ve güvenilirliğini sağlamaya çalışmıştır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR ve YORUMLAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan 18 katılımcı ile gerçekleştirilen görüşmeler sonucu elde edilen veriler ve bulgulara ilişkin yorumlara yer verilmiştir. Bulgular iki ana başlık altında sunulmuştur. İlk başlıkta katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgilere yer verilmiş; ikinci başlıkta ise temalar yer almaktadır.

#### 3.1. DEMOGRAFİK BİLGİLER

Araştırmada 18 katılımcı yer almıştır. Katılımcıların yaş aralığı 30-48 arasında değişmektedir. Katılımcıların 10'u kadın, 8'i ise erkektir. Katılımcıların 17'si doktorasını tamamlamış yalnızca bir katılımcı doktora tez sürecinde olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların akademik unvanlarına göre dağılımları ise 2'si profesör, 5'i doçent, 5'i doktor öğretim üyesi, 4'ü araştırma görevlisi ve 2'si öğretim görevlisidir. Katılımcıların isimleri harf ve numaralar verilerek kodlanmış [örnek: (K2), (K15) gibi] ve metin içerisinde bu şekilde atıf yapılmıştır. Katılımcıların cinsiyet ve akademik unvanlarına göre dağılımı Tablo 1'de yer almaktadır.

**Tablo 3.1. Akademik Unvan ve Cinsiyet Dağılımı**

Akademik Unvan/Cinsiyet	Kadın	Erkek	Toplam
Profesör	1	1	2
Doçent	3	2	5
Doktor Öğretim Üyesi	1	4	5
Araştırma Görevlisi	4	0	4
Öğretim Görevlisi	1	1	2
Genel Toplam	10	8	18

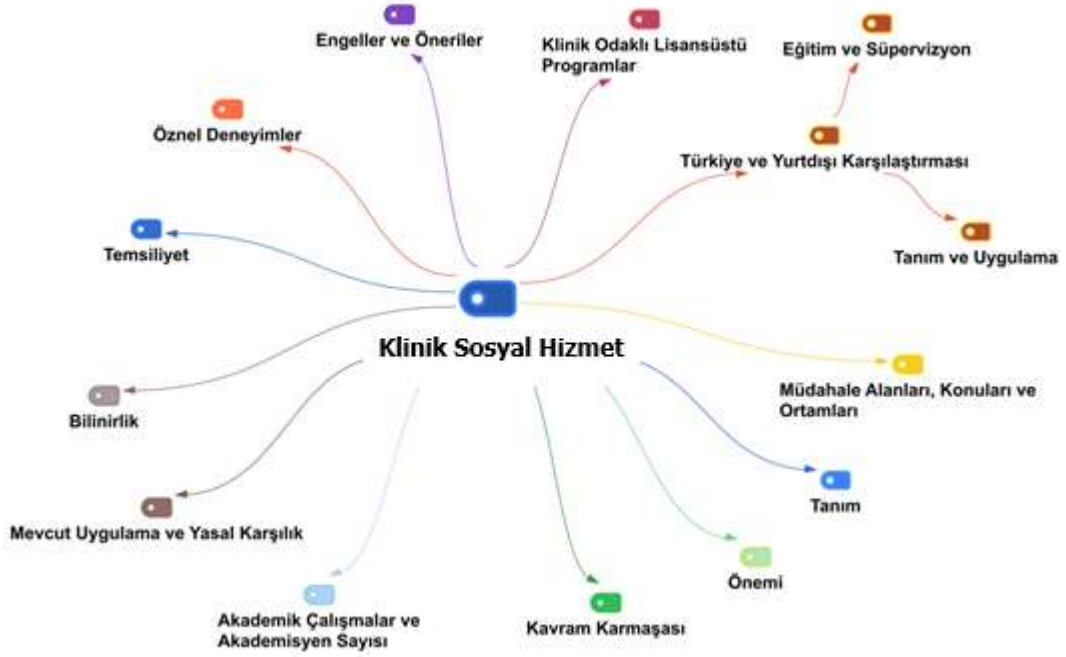
Katılımcılara ait verilerden biri de aldıkları terapötik eğitimlerdir. Katılımcılardan 1'i terapi eğitimi almadığını ifade etmiştir. 17 katılımcı ise birden fazla terapötik eğitim almıştır. Katılımcıların aldıkları eğitimleri şu şekildedir: Aile danışmanlığı, bilişsel davranışçı terapi, bütüncül psikoterapi, çocuk-ergen şema terapi, çocuk resimleri analizi, çözüm odaklı terapi, deneyimsel oyun terapisi (birinci düzey, ikinci düzey), EMDR (ilk düzey, ileri düzey), Freudyen psikoterapi, grup liderliği, grup terapisi, kabul ve kararlılık terapisi (ileri düzey), kum terapisi, logoterapi, masal terapisi, McMaster aile terapisi, narrative terapi, oyun terapisi, pozitif psikoterapi, psikodrama (ilk düzey, ileri düzey), psiko-onkoloji, sanat terapisi, sistemik aile terapisi, temel varoluşçu analiz eğitimi,



### 3.2. KLİNİK SOSYAL HİZMET

Bu bölümde katılımcılardan elde edilen veriler “Klinik Sosyal Hizmet” teması altında 11 alt temaya ayrılmıştır. Alt temalar Şekil 2. de yer almaktadır.

Şekil 3.2. Alt Temalar



Araştırmanın bulguları sonucu elde edilen alt temalar şunlardır: Tanım, Türkiye ve Yurt Dışı Karşılaştırması, Müdahale Alanları, Konuları ve Ortamları, Önemi, Kavram Karmaşası, Akademik Çalışmalar ve Akademisyen Sayısı, Mevcut Uygulama ve Yasal Karşılık, Bilinirlik, Temsiliyet, Öznel Deneyimler, Engeller ve Öneriler ve Klinik Odaklı Lisansüstü Programlardır. Türkiye ve Yurt Dışı Karşılaştırması alt teması Tanım ve Uygulama, Eğitim ve Süpervizyon kodlarına ayrılmıştır.

#### 3.2.1. Tanım

“Klinik Sosyal Hizmet” teması altında bulunan “Tanım” alt temasında katılımcıların klinik sosyal hizmet tanımları yer almaktadır. Bazı katılımcıların yorumları şu şekildedir:

*“Klinik sosyal hizmetin Türkiye’de net bir tanımı yok. Ancak klinik sosyal hizmet; birey, grup ve ailelerin psikososyal işlevselliğini arttırmak üzere belli becerileri kullandığımız aynı zamanda birey, grup ve ailelerin (mikro ve mezo düzeyde) yaşadıkları sorunları çözmelerine destek olabilecek becerileri kazandıran çok katmanlı bir müdahale sürecidir. Klinik sosyal hizmet, bireyin içsel süreçleriyle birlikte çevresi içinde birey perspektifinin birlikte ele alınarak bireyin yaşadığı çevreyi, toplumu ve kültürü de değerlendiren teorik yaklaşımları içerisinde bulunduran bir müdahale yönetimi diye ifade edebilirim” (K2).*

*“Klinik sosyal hizmet, farklı sosyal hizmet alanlarında özellikle birey, aile ve küçük gruplar düzeyinde terapötik bir değişim sağlama alanıdır” (K7).*

*“Klinik sosyal hizmet genelci sosyal hizmet bakış açısından biraz daha farklılaşarak danışanın sorunlarını çözerken müdahale sürecinde bazı terapi ekollerinden faydalanıp daha çok rehabilitasyon sürecinde yer aldığımız bireyle, aileyle ve gruplarla terapötik ilişkiler geliştirerek klinik uygulamaları yürüttüğümüz bir alandır” (K8).*

*Sosyal hizmet genelci sosyal hizmet esas alarak tanımlanır klinik sosyal hizmet ise genelci sosyal hizmetin ötesinde sosyal hizmetin bir uzmanlık alanıdır. Daha çok kişilerin yaşadığı duygusal, davranışsal, bilişsel sorunlarla baş etmede onlara yardımcı olmayı amaçlayan bir müdahale alanıdır. (K10).*

*“Sosyal hizmetin ruh sağlığı boyutuyla çalışan daha çok uzmanlık gerektiren, psikoterapi ekollerini ve terapötik müdahaleleri içeren sosyal hizmetin geniş bir uygulama alanıdır” (K12).*

*Bireylerin, ailelerin veya grupların sosyal sağlığını geliştirmeye yönelik psikoterapi, klinik odaklı uygulamalar ve danışmanlığı içinde barındıran sosyal hizmetin spesifik bir alanıdır. (K13).*

*“Klinik sosyal hizmet; bireyin, ailenin, grubun ve toplulukların ruh sağlığına, sosyal işlevselliğine, biyopsikososyal ve tinsel genel iyilik hallerine odaklanan bir sosyal hizmet dalıdır” (K15).*

*“Klinik sosyal hizmeti daha çok mikro ölçekte birey, çift, aile ve grupların psikososyal işlevselliğinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesine odaklanan terapötik süreçlerle birlikte ancak sosyal bağlamdan da kopmadan uygulanan sosyal hizmetin bir alt alanı, uygulama alanı olarak tanımlıyorum” (K17).*

Katılımcıların ifadelerine bakıldığında; K2, Türkiye’de klinik sosyal hizmete yönelik net bir tanım olmadığını vurgulayarak klinik sosyal hizmeti birey, aile ve grupların sorunlarını çözmek ve psikososyal işlevselliğini arttırmak amacıyla sosyal hizmet uzmanı tarafından belirli becerilerin kullanıldığı; bireyin içsel süreçleriyle birlikte çevresinin, toplumun ve kültürün de ele alındığını teorik yaklaşımların da içerisinde yer aldığı bir müdahale yöntemi olarak tanımlamıştır. K7, klinik sosyal hizmetin terapötik değişim sağlama alanı olduğunu ifade etmiştir. K8, klinik sosyal hizmetin genelci sosyal hizmet bakış açısından farklılaştığını, müdahale sürecinde çeşitli terapi ekollerinden yararlandığını ifade etmiştir. K10 ise diğer katılımcılardan farklı olarak klinik sosyal hizmetin, sosyal hizmetin bir uzmanlık alanı olduğunu vurgulayarak kişilerin duygusal,

davranışsal ve bilişsel sorunlarına yönelik bir müdahale içerdiğini belirtmiştir. K12, klinik sosyal hizmeti sosyal hizmetin ruh sağlığı boyutuyla çalışan psikoterapi ekollerini ve terapötik müdahaleleri içeren geniş bir uygulama alanı olarak tanımlamıştır. K13, diğer katılımcılardan farklı olarak klinik sosyal hizmeti sosyal sağlık açısından ele alarak klinik sosyal hizmetin psikoterapi, klinik odaklı uygulama ve danışmanlık içerdiğini; K15, klinik sosyal hizmetin biyopsikososyal iyilik hallerinin yanı sıra tinsel iyilik halinde içerdiğini; K17 ise psikososyal işlevselliğin geliştirilmesi ve iyileştirilmesinde sosyal hizmetin bir uygulama alanı olan klinik sosyal hizmetin sosyal bağlamdan kopmadığını vurgulamıştır.

### 3.2.2. Türkiye ve Yurt Dışı Karşılaştırması

“Klinik Sosyal Hizmet” teması altında bulunan “Türkiye ve Yurt Dışı Karşılaştırması” alt teması iki ayrı koda ayrılmıştır. Bu kodlar “Tanım ve Uygulama” ve “Eğitim ve Süpervizyon” kodudur. Türkiye ve Yurt Dışı Karşılaştırması” alt temasında klinik sosyal hizmetin tanımı, uygulanma şekli ve eğitimi konusunda Türkiye ve yurt dışında -özellikle gelişmiş ülkeler çerçevesinde- karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır.

#### 3.2.2.1. Tanım ve Uygulama

“Türkiye ve Yurt Dışı Karşılaştırması” alt temasında ilk kod “Tanım ve Uygulama” kodudur. Bu kod kapsamında katılımcıların Türkiye ve yurt dışında klinik sosyal hizmetin tanımı ve uygulamalarına ilişkin karşılaştırmaları şu şekildedir:

*“Ben yurt dışıyla Türkiye arasında hiçbir fark olduğunu çok düşünmüyorum açıkçası” (K4).*

*Kesinlikle fark var. Yani benzer noktaları var ama yurt dışında klinik sosyal hizmet çok spesifik olarak tanımlanmış ve uygulamaya geçmiş durumda. ABD, Kanada, İngiltere gibi ülkelerde klinik sosyal hizmet mesleki olarak tanımlanmış ve uygulama boyutunda belli bir düzene oturtulmuş bir alandır” (K2).*

*“Yani farklılık var. Türkiye’de genel olarak sosyal hizmet alanında bir problem var. Alanlar ve kavramlar tam oturmuş değil bir karmaşa hâkim. Ama yurt dışında sosyal hizmet, daha köklü olduğu için tanım ve uygulama boyutu nettir, oturmuş bir alandır. Orada klinik sosyal hizmet ayrı bir alandır ve terapiler üzerine daha çok yoğunlaşmıştır” (K3).*

*“Tabii ki de yurt dışında bunlar çok daha sistemli olan hem tanım anlamında hem uygulama prosedürleri anlamında yasal çerçevesi belirlenmiştir” (K12).*

*“Tanım konusunda zaten akademik çalışmalara baktığınızda bu tanımların yine yurt dışı kaynaklı olduğunu görürsünüz. İşte Sosyal Hizmet Okulları Birliği’nin (IASSW) tanımına rastlarsınız, işte NASW’nin tanımına rastlarsınız. Yurt dışındaki tanımlarda terapötik süreçler, birey, çift, gruplar, klinik bilgi ve beceriler tanımda*

*yer alır ve bu tanımın bir karşılığı vardır. Ancak yurt dışında sosyal bağlam çok ele alınmaz. Ama Türkiye’de böyle yapılandırılmış bir tanım yok ki biz bir yurt dışıyla tanım konusunu karşılaştırabilelim. Bizde iki tanımlamalar da genelde oradan devşirilen tanımlamalar zaten” (K17).*

*“Klinik sosyal hizmetin yurt dışı tanımlamasında bazı farklılıklar vardır. Klinik sosyal hizmete baktığımızda sadece klinik odaklı tanımlar ve sosyal klinik odaklı tanımlar bulunmaktadır. Ancak Türkiye ve yurt dışını karşılaştıracak olursam Türkiye’de tanım olarak tam yerleşmediğini düşünüyorum” (K10).*

*“Tanım anlamında değil ama sosyal hizmetin uygulama biçiminde bence fark var. Şöyle ki normalde Türkiye’de sosyal hizmet dediğinizde sadece dezavantajlı gruplara yönelik yapılan uygulamalar ya da müdahale yöntemleri olarak akla gelir. Ancak yurt dışında dezavantajlı gruplara yönelik uygulamaların yanı sıra klinik sosyal hizmet uygulamalarının da var olduğunu net bir şekilde görüyoruz” (K1).*

*“Yani tanım olarak biz literatürde aynı tanımı kullanıyoruzdur mutlaka ama uygulamada çok büyük farklar var” (K8).*

*“Tanım olarak yok ancak uygulamada farklılıklar var. Türkiye’de bence gerçek anlamda klinik sosyal hizmet çok uygulanmıyor ve eğer uygulanıyorsa da kim uyguluyor, klinik sosyal hizmet uzmanı ya da klinik sosyal çalışmacı kimdir bunun net bir tanımı bir kere yok. Ama Almanya’ya baktığımızda ya da Amerika Birleşik Devletleri’ne baktığımızda bu ülkelerde klinik sosyal hizmet uygulaması ve tanımı yasal düzenlemelerle daha net oturmuştur, çerçevesi bellidir” (K14).*

Katılımcıların klinik sosyal hizmetin Türkiye ve yurt dışındaki tanım ve uygulamaları hakkındaki görüşleri incelendiğinde; tanım ve uygulama açısından fark yoktur, tanım ve uygulama açısından fark vardır, tanım açısından yoktur ancak uygulama açısından fark vardır şeklinde 3 farklı eğilim gösterdiği saptanmıştır. K4, klinik sosyal hizmetin tanım ve uygulanması açısından Türkiye ve yurt dışı arasında fark olmadığını ifade etmiştir. K2, K3 ve K12 hem tanıma ilişkin hem de uygulama alanında farklar olduğunu ifade etmiştir. K17, klinik sosyal hizmetin tanımının yurt dışından derlendiğini “devşirilen” kavramıyla ifade ederek karşılaştırma yapılamayacağını belirtmiştir. Yine K17 yurt dışındaki klinik sosyal hizmet tanımlarında sosyal bağlamın çok ele alınmadığını savunmuştur. K10, bu konuyla ilgili klinik sosyal hizmetin yurt dışı tanımlarında da farklılık olduğunu bazı tanımların sosyal bağlamı içerdiğini bazı tanımların ise sosyal bağlamı içermediğini belirterek Türkiye’de yerleşmiş bir tanım olmadığını ifade etmiştir. K1, K8 ve K14 ise tanım bakımından değil ancak uygulama bakımından Türkiye ve yurt dışı arasında fark olduğunu ifade etmişlerdir.

### 3.2.2.2. Eğitim ve Süpervizyon

“Türkiye ve Yurt Dışı Karşılaştırması” alt temasının ikinci kodu “Eğitim ve Süpervizyon” kodudur. Bu kod kapsamında katılımcıların yurt dışı ve Türkiye’de klinik sosyal hizmet eğitimi karşılaştırması ve süpervizyona ilişkin görüşleri yer almaktadır.

*“Mesela ABD’de durum nasıl? ABD’de lisans eğitimi yetmiyor. Klinik uygulayıcılarda yüksek lisans zorunlu tutuluyor. Ama oranın şöyle bir avantajı var. Yüksek lisanstan mezun olunca sizi tanıyorlar. Klinik sosyal hizmet uzmanı olarak tanınıyorsunuz” (K17).*

*“Almanya’ya baktığımızda ya da ABD’ye baktığımızda burada biraz daha şimdi yasal düzenlemeler de daha net olduğu için tanım, eğitim ve uygulama net oturmuştur, çerçevesi bellidir. ABD’de yüksek lisans yaptıktan sonra sınava tabi tutuluyorsunuz daha sonra bu sınavı geçerseniz lisans alıyor ve klinik sosyal hizmet müdahalesi gerçekleştirebiliyorsunuz. ABD’de yüksek lisans var. Almanya’da şöyle bir şey var. Almanya’da kiliseler eğitim veriyor dolayısıyla kiliseler aracılığıyla yetkilendirilmiş sosyal hizmet uzmanlarının da içerisinde olduğu psikologlar ve psikiyatri gibi ruh sağlığı profesyonelleri var. Mesela Türkiye’de bunlar yok. Yani dolayısıyla tabi ki çok fark var Türkiye ile” (K14).*

*“Yurt dışında dediğim tabi ABD’yi daha çok biliyorum. Yüksek lisans mezuniyet şartı var. Mezun olduktan sonra deneyimli bir sosyal hizmet uzmanı tarafından takip edilen 3000 saat uygulama ve süpervizyon süreci söz konusu. Aynı zamanda sınava tabi olup bu unvanı kazanıyorlar. Orada bir klinik sosyal hizmet uygulaması sınavı oluyor. Yani hem yüksek lisans mezunu olacaksın hem 3000 saat gözetimli uygulama yapacaksın hem de bu sınavı kazanacaksın” (K7).*

*“Yurt dışında LCSW’ler (lisanslı klinik sosyal hizmet uzmanı) var. Orada eğitim biraz daha farklı. Mesela orada mutlaka psikopatoloji ve travmatoloji eğitimi var. Bununla birlikte eşlik eden bir farmakoloji eğitimi var, ilaç bilgisi eğitimi. Ve uzun süre vaka görülür ve bununla birlikte yine çok uzun süreler klinik süpervizyon vardır” (K9).*

*Yurt dışında klinik sosyal hizmet uzmanı olmak için yüksek lisans yapıldıktan sonra kesinlikle belirli bir süre eğitim almak gerekiyor. Klinik sosyal hizmet çatı bir kavramdır. O çatı kavram içerisinde bazı terapiler var. Dünyada kabul gören BDT gibi ekollerin eğitimlerini almak gerekiyor. Eğitimleri aldıktan sonra süpervizyon eşliğinde vaka eğitimi alması gerekiyor. Bu eğitimleri aldıktan sonra eyaletlerin sınavları oluyor. O sınavları geçtikten sonra klinik sosyal hizmet uzmanı sıfatını kullanabiliyorsunuz ” (K10).*

*“Yurt dışında bizim klinik sosyal hizmet uzmanı dediğimiz kişiler tamamladıkları lisans eğitimlerinin üzerine bir klinik sosyal hizmet odağında yüksek lisans eğitimi alırlar. Bu bağlamda klinik süpervizyon alınır ki bu doğrudan vakalarla yapılan terapötik ilişkilerin öğrenildiği ve aktarıldığı bir eğitim olarak planlanmıştır. Bunun üzerine kişiler klinik sosyal hizmet uzmanı sertifikalarına sahip olurlar ” (K18).*

Katılımcılar, ABD’de klinik sosyal hizmet uzmanlarının aldığı eğitimler hakkında bilgi vermiştir. K17, klinik sosyal hizmet uzmanı olabilmek için lisans eğitiminin yetmediğini klinik sosyal hizmet yüksek lisans eğitiminin zorunlu olduğunu ve yüksek lisans sonrasında kişinin klinik sosyal hizmet uzmanı unvanına sahip olabildiğini ifade

etmiştir. K14, yüksek lisans sonrası klinik sosyal hizmet uzmanı olabilmek için sınav olduğunu ve kişilerin bu sınavı başarıyla geçmesi durumunda lisans aldığını ifade etmiş ve ABD'ye ek olarak Almanya'da klinik sosyal hizmet eğitiminin kiliseler aracılığıyla verildiğini, sosyal hizmet uzmanlarını kiliselerin yetkilendirdiği dolayısıyla Türkiye ve yurt dışı arasında çok önemli farklar olduğunu dile getirmiştir. K7 ise yüksek lisans mezuniyetinden sonra uzman adaylarının 3000 saat uygulama gerçekleştirdiğini ve uygulama sürecinde süpervizyon aldığını daha sonra sınava girdiklerini ifade etmiştir.

K9, ABD'de klinik alanda uygulama yapan sosyal hizmet uzmanlarının LCSW unvanına sahip olduğunu ve eğitim sürecinde Türkiye'den farklı olarak çeşitli eğitimler ve uzun süreli klinik süpervizyon aldıklarını ifade etmiştir. K10, uzman adaylarının yüksek lisans sonrası terapi eğitimleri alması gerektiğini ardından eyaletlerin düzenlediği sınavlarda başarılı olunması durumunda klinik sosyal hizmet uzmanı unvanını aldığını ifade etmiştir. K18 ise diğer katılımcılardan farklı olarak yüksek lisans eğitiminin klinik odaklı olduğunu ve klinik süpervizyon sürecinde terapötik ilişkilerin öğrenildiği ve aktarıldığını ifade etmiştir.

*“Türkiye’de yasal karşılığı olmamakla birlikte; lisansın üstüne ekleyeceklerimiz yüksek lisans ya da işte sertifikasyon altında uluslararası geçerliye olan aldığımız eğitimlerle, süpervizyonla klinik sosyal hizmet uygulayıcısı olabiliriz... Şu an Başkent Üniversitesi’nde bir yüksek lisans, Ankara Yıldırım Beyzait üniversitesi’nde de doktora programı var. Ancak mezun olduğunuzda sizin elinize özel bir belge, özel bir yetkinlik vermiyor bu programlar. Çünkü sistematik açıdan uluslararası arenada kabul edilen bir klinik sosyal hizmet yetkinliğini sağlayan programlar değil bunlar. Bunların böyle olabilmesi için sizin aldığınız eğitimin tamamında makro hiç olmamalı, yani politika, makro derslerini hiç almamalısınız. Müfredata bakarsan başkent üniversitesinde makro dersler de var. Süpervizyon altında belli saatlerde danışan görmeniz lazım. Mezun olurken bunu rapor etmeniz lazım. Bunların hiçbiri ülkemiz için geçerli değil. Sonrasında bunu bir de dönemselsel olarak hala bu yetkinliğe haiz misiniz? Bununla ilgili belki uygulamaya dayalı süpervizyon eşliğinde ya da sınavlara girerek bu lisansınızın sürdürülebilirliğini hani kanıtlamanız gerek. Sistemin bu şekilde işlemesi gerek. Türkiye’de öyle bir şey yok. Türkiye’de lisansı bitirdikten sonra aile danışmanlığı, çift terapisi, bireysel olarak yetişkinlerle ya da çocuklarla uygulanabilecek herhangi bir terapi ekolünün eğitimini aldığınızda siz kendiniz bireysel olarak bunu uygulayabiliyorsunuz” (K8).*

*“Klinik sosyal hizmet alanında çalışıyorum diyebilmek. Türkiye’de bu bireysel çabalarla mümkün olan bir şey. İlk önce lisans mezunu olmak gerekiyor. Bunun üzerine işte lisansüstü programlarla. Ya da bu işte çalışmak istediğiniz boyutta (bireysel terapi, aile terapisi, grup terapisi) terapik eğitimler almamız gerekiyor. Bu eğitimler yetmiyor. Teorik eğitim sonrasında sizden danışan almanızı ve süpervizyonu getirmemizi istiyorlar. Ekoller arasında farklılıklar olabiliyor tabi. Ama büyük bir kısmı teorik bilgilerin ardından uygulama eğitimi veriyorlar. En son sertifikayı alabilmeniz için danışan ve süpervizyon almanızı istiyorlar” (K12).*

*“Bizde ise siz kendi çabalarınızla lisansüstü eğitimleri, diğer terapi eğitimlerini alıyorsunuz ama ayrıca bir tanınırlık yok. Bizim için açılmış bir kadro yok, unvan yok. Böyle bir fark var. Klinik uygulama üst düzey eğitime ihtiyaç duyuyor. Lisans eğitimimizin bu yönde biraz daha geliştirilmesine ihtiyacımız var. Yetkin hocalar tarafından açılan klinik sosyal hizmet yüksek lisans ve doktor programlarına ihtiyaç var” (K17).*

K8, Türkiye’de sosyal hizmet uzmanlarının yasal karşılığı olmaksızın lisans eğitimi sonrasında yüksek lisans eğitimiyle ya da uluslararası geçerliliği olan terapi eğitimleri, aile danışmanlığı eğitimi ve süpervizyon sonrasında alınan sertifikalarla klinik uygulayıcı olduklarını ifade etmiştir. K8, klinik odaklı lisansüstü programlar hakkında bilgi vermiş ancak bu programlardan mezun olan kişilerin uluslararası bağlamda geçerliliği olan bir yetkinliğe ya da sertifikaya sahip olmadığını ifade etmiştir. K12, K8’den farklı olarak terapi eğitimlerinde ekoller arasında farklılıklar olduğunu vurgulayarak danışan ve süpervizyon alınması gerektiğini ifade etmiştir. K17, yurt dışında klinik sosyal hizmet yüksek lisansı sonrasında uygulayıcıların klinik sosyal hizmet uzmanı unvanı aldığını ancak Türkiye’de bu doğrultuda bir tanınırlık olmadığını, klinik uygulamanın üst düzey eğitime ihtiyaç duyduğunu ve Türkiye’de sosyal hizmet lisans eğitimlerinin klinik anlamda yetersiz olduğunu ifade etmiştir.

*“Klinik sosyal hizmet eğitimi lisansüstü düzeyde çok az üniversitede mevcut ancak bu da yeterli değil. Örneğin ben klinik sosyal hizmet doktorasını tamamlamış biri olarak herhangi bir terapi eğitimi almadıysam, bu alanda doğrudan uygulama yapabilme yetkim bulunmuyor. Yetkim olsa bile bu, talep edilen bir yeterlilik olarak görülmeyebilir. Danışmanlık ya da terapi almak isteyen kişiler, genellikle belli bir terapi eğitiminden geçmiş uzmanları tercih ediyorlar. Bu nedenle terapi eğitimleri almak gerekiyor. Türkiye’de bu alanda yüksek lisans ve doktora zorunlu mu diye sorarsan bu soruya iki farklı açıdan yaklaşmak lazım: Yeterlik mi konuşuyoruz, yoksa yapabilirlik mi? Yeterlik açısından bakarsak, yalnızca lisans mezunu olmak elbette yeterli değil. Ancak “bu işi yapabilir mi?” sorusunu sorarsak, evet, yapabilir. Yani terapi uygulamaya başlamak için resmi olarak yüksek lisans ya da doktora şartı aranmıyor” (K15).*

K15 klinik odaklı lisansüstü programların sayısının az olduğunu ve bu programlardan mezun olmanın klinik uygulama için yeterli olmadığını, terapi ekollerinin alınmasını gerektiğini ifade etmiştir. Bunun nedeni olarak danışanların danışmanlık ya da terapi alırken terapi ekollerinde eğitim almış uzmanları tercih ettiğini ifade etmiştir. Yine bu konuda Türkiye’de klinik alanda sosyal hizmet uygulaması yapabilmek için lisansüstü eğitimlerin yeterlik açısından gerekli olduğunu ancak lisans mezunu olup terapi eğitimleri sonrasında da klinik sosyal hizmet uygulamasının yapılabilir olduğunu, terapi uygulamak için resmi olarak lisansüstü eğitim şartı olmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların Türkiye’de sosyal hizmet lisans programlarına yönelik ifadeleri şunlardır:

*“Lisans müfredatının yeterli olduğunu kesinlikle düşünmüyorum. Hem eğitim içeriği hem akademik kadrolar itibarıyla baktığımızda klinik becerileri aktarım konusunda ciddi sorunlar var. Türkiye’de şu an sosyal hizmet eğitimi genelci sosyal hizmet yaklaşımıyla şekilleniyor. Genelci anlayışta sosyal hizmet uzmanı sahaya çıktığında temas edebileceği her alanla alakalı asgari bir bilgi düzeyine sahip oluyor. Ancak uygulama becerilerini daha çok sahada geliştirsün mantığı yerleşmiş durumda. Genel olarak sosyal hizmet eğitim müfredatları içerisinde klinikle alakalı alan çok sınırlı ve çok sorunlu bana sorarsanız” (K13).*

*“Müfredatlar zaten eksik. Müfredatların hepsi genelci sosyal hizmet bakış açısına hâkim. Uzmanlaşma ve derinleşmeden uzak bir müfredat yapımız var. Bu sosyal hizmetteki akademisyenlerin mevcut durumuyla alakalı bir durum. Aynı zamanda da eğitim sisteminin entegre ettiği nokta genelci yaklaşım. Hani bunun dışına çok çıkılamıyor ne yazık ki” (K1).*

*“Sosyal hizmet müfredatlarına baktığımızda birkaç üniversite dışındakilerde klinik temelli dersler yok” (K14).*

*“... Klinik bilgi ve beceriler lisans eğitiminde kısır bir yerde gibi geliyor bana. Yani yok. Yani en basit bir sosyal hizmetin en temel kullandığımız en temel tekniği nedir? Görüşmedir. Görüşme teknikleri ve becerilerine dair bile pek çok sosyal hizmet bölümünde eğitim verilmediğini biliyoruz” (K17).*

K13, eğitim müfredatlarının yetersiz olduğunu belirterek lisans eğitimlerinin genelci sosyal hizmet yaklaşımıyla şekillendiğini ifade etmiştir. K1 de müfredatların genelci sosyal hizmet bakış açısıyla uzmanlaşma ve derinleşmeden uzak olduğunu ifade etmiştir. K14, lisans eğitiminde sosyal hizmet müfredatlarında klinik temelli derslerin sadece birkaç üniversitede olduğunu bunun dışında diğer üniversitelerde olmadığını ifade etmiştir. K17 ise sosyal hizmet lisans eğitiminde klinik bilgi ve becerilerin beklenen seviyede olmadığını “kısır kalmak” deyişiyle ifade etmiştir.

Katılımcıların tamamı Türkiye’de genel olarak sosyal hizmet lisans programlarının müfredatlarının klinik bilgi ve beceriler bağlamında eksik olduğunu ifade etmiştir. K15 sosyal hizmet eğitiminin neden gelişmediğini şöyle ifade etmiştir:

*“Yani şimdi şöyle, neden gelişmedi? Çok köklü bir eğitimi var, buna katılıyorum. Ama çok uzun yıllar, tek bir üniversitenin tekelinde yürütülmüş bir bölümden bahsediyoruz. Ve o üniversite, genelci sosyal hizmet bakışında olan bir üniversite. Klinik sosyal hizmet alanında uzmanlaşmış bir kesim yok. Klinik sosyal hizmet eğitimi verebilecek klinik akademisyenler yetiştirmek lazım. Bunun için yüksek lisans, doktora programları açmak lazım. Bunu açabilmek için sosyal hizmette yeterli düzeyde yüksek lisans ve doktora mezunu öğrenci yetiştirmek lazım. Biz bunu yetiştirmedığımız için baktığımızda taşrada birçok üniversitede bu üç eğitimi de sosyal hizmet olmayan hocalar sosyal hizmet eğitimi veriyor. Şimdi akreditasyon sürecinde üniversiteler. Ve akreditasyonun kurallarından biri şu: Sosyal hizmet bölümlerinde lisansı, yüksek lisansı ve doktorası sosyal hizmet olan en az üç tane*

*hocanın olması gerekiyor. Şimdi baktığımızda, akredite olabilecek bölüm sayısı üçü geçmez. Yok yani. Bu neye bağlı? İşte bu, yıllarca akademisyen yetiştirilmemesine bağlı. Bu, yıllarca tek üniversitenin tek elinde olmasına bağlı. Klinik sosyal hizmet, bundan bağımsız düşünülemez. Bu sadece klinik sosyal hizmet bağlamında değil genel olarak sosyal hizmetin eğitim sorunlarının başında geliyor” (K15).*

Katılımcıların hem yurt dışı hem de Türkiye’de klinik sosyal hizmet eğitiminde bahsettiği süpervizyonu K12 şöyle ifade etmiştir:

*“Şöyle izah edeyim mesela ben bir vakayla çalışıyorum diyelim. Terapi sürecinde bunun ne kadar eğitimini almış olursam olayım her danışan apayrı dünya ve her an bir sürü şeyle karşılaşabiliyoruz ve özellikle deneyimimizin az olduğu dönemlerde kesinlikle bunu süpervizyonda desteklemek çok önemli oluyor. Peki, bu süpervizyon ne işe yarıyor? Süpervizyon nedir? Ben terapi odasında danışanla çalışıyorum, odada danışan ve ben birlikteyiz. Ve işte seans bitti, aklıma takılan şeyler oluyor. Burada nasıl davranmalıydım? Acaba gelecek seans da bunu nasıl yapmalıyım? Takıldığım bir şey var ve benim bilgim dışında ya da bilgim var ancak aklıma takılan soruya cevap vermeye yetmiyor ve bende kafa karışıklığına neden oluyor ve destek almam gerekiyor, bazı sorular sormam gerekiyor. İşte bu noktada süpervizyon dediğimiz destek mekanizması devreye giriyor. Bağlı bulunduğu ekolün eğitimlerini tamamlamış, sayısız uygulama yapmış ve süpervizyon verecek seviyeye gelmiş bir uzmandan alınan profesyonel destektir. Bu bir çeşit yol, yöntem göstermek gibi” (K12).*

K16 ise süpervizyon konusundaki görüşlerini şöyle ifade etmiştir:

*“Süpervizyon kesinlikle olması gerekir neden daha önce ben aldığım için, ne kadar değerli olduğunu gördüm. Süpervizyon danışanı destekleyen, mesleki gelişimini arttıran aklındaki sorulara çözüm bulmasını, vakaları derinlemesine analiz ettiği bir süreçtir. Bu bağlamda süpervizyon danışmanı hem rahatlatır hem güven verir” (K16).*

Katılımcılardan bir kısmı Türkiye’de sosyal hizmet uzmanlarının klinik uygulama yapabilmesinin şartı olarak terapi ekollerine yönelik eğitim sertifikalarından bahsetmiştir.

Bu sertifikalara ilişkin katılımcıların ifadeleri şunlardır:

*“Terapi eğitimleri sadece psikoloji mezunu ya da işte PDR (Psikolojik Rehberlik ve Danışmanlık) mezunu gibi alanlarla sınırlı değil. Sosyal hizmet uzmanları da ruh sağlığı alanında çalıştığı için bu eğitimler onlara da açılıyor. Bazı ekoller sosyal hizmet uzmanlarını hala almıyorlar. Ama pek çoğu son yıllarda alıyor. Ve bu eğitimleri pek çok kurum ve kuruluş veriyor. Mesela bir terapi eğitimi alacaksınız. X kurumda veriyor, Y kurumda veriyor ama uluslararası geçerliliği olan eğitim ve sertifikayı hangi kurum ya da kişi veriyor? Bunlar önemli. Buralara bakmak gerekiyor yoksa pek çok yer işte terapi eğitimleri adı altında bir şeyler veriyor. Bu konuda biraz titiz davranmak gerekiyor. Klinik alan, bireyin ruhsallığıyla çalışan ve sosyal hizmet için uzmanlık gerektiren bir alan. Dolayısıyla daha titiz olmak gerekiyor. Uluslararası geçerliliği olan, eğitim verebilecek yetkinliğe sahip eğitmenlerden almak gerekiyor” (K12).*

*“Piyasada çok sayıda ve çeşitli terapi eğitimleri mevcut. Önemli bir konu da şu: Bu eğitimleri kim veriyor? Şu anda piyasada çok sayıda aile danışmanlığı ve terapi eğitimi bulunuyor. Bu eğitimleri veren kişiler gerçekten nitelikli mi, yoksa sadece*

kâğıt üzerinde sertifika mı sağlıyorlar? Bu da ayrı bir tartışma konusu. Çünkü öğrenciler de bu konu hakkında sık sık bana danışıyorlar. Klinik alanda çalıştığım için öğrencilerim gelip soruyor: “Hocam şu kurumdan mı terapi eğitimi alalım, bu kurumdan mı?” Eğitim ücretlerinden, süresinden bahsediyorlar. Ancak birçok programda ne süpervizyon var ne sınav var. Eğitimler kâğıt üzerinde tamamlanıyor. “Üniversite onaylı” ya da “Milli Eğitim Bakanlığı onaylı” gibi ibarelerle sertifikalar dağıtılıyor” (K15).

“Şu an çok sayıda kurum ve kuruluş bu tarz belgeler düzenleyebiliyor, kısa süreli eğitimlerle sertifikalar verebiliyor. Para tuzağına dönüşmüş durumda. Ama biliyoruz ki bu eğitimler bir iki günlük süreçler değil. En az 6 ay, 9 ay, 1 yıl, 2 yıl ya da 4 yıl süren eğitimler var” (K1).

“Mesela aile danışmanlığına bayağı bir eğilim var. Sosyal hizmet mezunları o alana bayağı bir yönelmiş durumda. Ama burada alınan eğitimlerin niteliğine dikkat etmek lazım. Sertifikalı bir eğitimden ziyade bu alanda yüksek lisans yapılabilir ya da yüz yüze ve kaliteli olduğuna kanaat getirilen sertifikalı eğitimler tercih edilebilir” (K6).

Türkiye’de yasal düzlemde karşılığı olmasa da sosyal hizmet uzmanlarının klinik alanda uygulama yapabilmelerinin koşulları terapi ekollerine yönelik eğitim almaktır. Ancak bu durum yapabilirlik açısından kabul görse de yeterlik açısından kabul görmemektedir. Yeterlik açısından sosyal hizmet lisans eğitimi sonrasında klinik odaklı lisansüstü eğitim programlarından mezun olmak ve lisansüstü eğitimlerin yanı sıra terapi ekollerine yönelik uluslararası geçerliliği olan (eğitim, uygulama ve süpervizyonu içerisinde barındıran) eğitimler almak gereklidir. Klinik uygulamaya yönelik eğitimlerin yanı sıra süpervizyon önemli bir destek mekanizmasıdır. Yine aile danışmanlığı ya da terapi ekollerinde yönelik eğitimlerde; eğitim veren kişinin niteliklerine, eğitim verilen kurum ya da kuruluşun uluslararası akreditasyona sahip olmasına dikkat edilmelidir.

### 3.2.3. Müdahale Alanları, Konuları ve Ortamları

“Klinik Sosyal Hizmet” teması altında “Müdahale Alanları, Konuları ve Ortamları” alt temasında katılımcıların Türkiye’de klinik sosyal hizmet uygulama alanları, konuları ve müdahale ortamlarına yönelik görüşlerine yer verilmiştir. Katılımcıların ifadeleri şunlardır:

“Klinik sosyal hizmetin en önemli ve en geniş alanlarından bir tanesi psikoterapidir. Klinik sosyal hizmet uygulamalarında psikoterapi vardır diye düşünüyorum. Yeti yetimi, rehabilitasyon, sosyal işlevselliğin artırılması, madde kullanım bozuklukları mesela. Krize müdahale. Mesela en önemli yine klinik sosyal hizmeti de ayrı başlık altında ele alırsam yasal yetkilerle ilişkilendirebileceğimiz müdahaleler. Ne demeye çalışıyorum? Cinsel istismar, cinsel taciz, şiddet meseleleri müdahale alanlarımızdan bir tanesi” (K2).

“Aile danışmanlığını ilk alan olarak sayalım. Bunu ilk başta söylememin nedeni bu alanın aile danışmanlığı yönetmeliğiyle yasal bir karşılık bulmasından dolayı. Yine

*“Klinik sosyal hizmet ruh sağlığı alanında bireysel terapilerde, travma gibi konularda sıkça kullanılan müdahalelerdir” (K3).*

*“Türkiye’de klinik sosyal hizmet uygulamaları, sosyal sorunların tüm alanlarında (yoksulluk, bağımlılık, şiddet, afetler vb.) gerçekleştirilebilir. Ancak bu alanda uzmanlaşma ve hizmet sunumu yeterli değildir” (K5).*

*“Klinik sosyal hizmet uygulaması her alanda yapılabilir. Huzurevleri, cezaevleri ve hastanelerde yapılabilir. Ancak bu konuda şöyle bir kafa karışıklığı var. Klinik sosyal hizmet mikro düzeyde uygulamalar yapar diyoruz. Fakat işte mikro düzey bağlamında her çalışma tabi klinik sosyal hizmet uygulaması anlamına gelmeyebilir. Yani bireyle çalışma dediğimizde direk klinik sosyal hizmet uygulamasından bahsetmiyoruz. Klinik uygulama dediğimizde bireyle çalışmanın içerisinde yer alan fakat ondan ayrılan yönü terapötik koşulları sağlayarak terapötik becerilere sahip bir şekilde belli bir terapötik müdahalede bulunmayı kastediyoruz” (K7).*

*“Klinik sosyal hizmet uygulamaları Türkiye’de hastaneler, ruh sağlığı klinikleri, adalet sistemi, huzurevleri gibi çeşitli alanlarda gerçekleştirilmektedir. Ancak bu uygulamaların yasal statüsü belirsizdir ve diğer ruh sağlığı profesyonelleriyle yaşanan tartışmalar nedeniyle kısıtlanmaktadır” (K9).*

*“Klinik sosyal hizmet, sosyal hizmetin (çocuklar, kadınlar, yaşlılar, engelliler vb.) tüm müdahale boyutlarını kapsar ve Türkiye’de ve genel manada düşünürsek klinik sosyal hizmetin alanları; duygusal, davranışsal, bilişsel, sosyal, ilişkisel, kişilik bozuklukları gibi konularda çalışır diyebilirim” (K10).*

*“Türkiye’de klinik sosyal hizmet uygulamaları çok sınırlıdır. Hastanelerde, aile danışma birimlerinde ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde sınırlı uygulamalar yapılabilmektedir. Psikoterapi uygulamaları ise yaygın değildir” (K11).*

*“Klinik sosyal hizmet, ruhsal destek almak isteyen bütün danışanlarla çalışabilir” (K12).*

*“Kurumların hizmet sunumları içerisinde doğrudan klinik sosyal hizmet modeline karşılık bulamıyorsunuz. Dolayısıyla siz kendi inisiyatifinizle edindiğiniz terapötik becerileri kurumlarda görüşme yaparken kullanabilirsiniz. Yaptığınız uygulamayı siz ne kadar içsel olarak klinik çalışma olarak tanımlasanız da bu uygulamanın yasal anlamda karşılığı tam olarak yoktur” (K13).*

*“AMATEM ve ÇEMATEM’lerde görebiliyoruz. Yine AFAD’ın (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı) Psikososyal destek ekibi var. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın psikososyal destek ekibi var. Hastanelerde; palyatif ve onkoloji servislerinde klinik sosyal hizmet uygulamaları var. Bu kurum ve kuruluşların yanı sıra travma, ölüm ve yas, ihmal ve istismar, pandemi gibi konularda klinik sosyal hizmet ruh sağlığı alanında uygulamalar sunar” (K14).*

*Klinik sosyal hizmetin sunulduğu net bir kurumu var demem yanlış olur. Ya şöyle bazı kurumlarda bazı arkadaşlar çalıştıkları alanda uzmanlaşmak için çeşitli eğitimler alıyorlar. Ben alanla çok içli dışlı olduğum, alandaki uzmanlarla dirsek temasında bulunduğum için söyleyebiliyorum bunu. Bazı sosyal hizmet uzmanları gerçekten masa başı memuru. Bazısı bu noktada kliniğe çok meraklı kendini geliştirmiş eğitimlerini de tamamlamış. Bulunduğu kurumda klinik müdahale yapmaya çalışıyor ya da işte mikro, mezo ve makro çalışma düzeninin mikrosunu daha aktif yapmaya çalışıyor. Kurumun ondan yasal olarak beklediği işlerin yanı sıra klinik sosyal hizmet uygulamaları gerçekleştirmeye çalışıyor. Mesela denetimli serbestlikte, adalet bakanlığında, aile ve sosyal hizmetler bakanlığında, özel*

*rehabilitasyon merkezlerinde, huzurevlerinde klinik bilgi ve becerilere sahip olan ve klinik müdahaleler uygulayan bu işe gönül vermiş tanıdıklarım var” (K15).*

*“Türkiye’de klinik sosyal hizmet uygulamaları; yaşlılara yönelik toplumdan izolasyon, yaşlı ayrımı; aileyle ilgili aile içi iletişim, duygu aktarımı, ailenin korunması, evlilik doyumu, cinsel sağlık konularında yürütülmektedir” (K16).*

*“Klinik uygulama mikro boyutta birey, aile ve gruplar düzeyinde kadınlar, yaşlılar, çocuklar, ergenler, engelliler gibi sosyal hizmetin neredeyse tüm alanlarında birçok kurumda özellikle farklı müracaatçı gruplarında ve çoklu problemlerde müdahalelerde bulunur” (K17).*

Katılımcıların ifadelerine göre; klinik sosyal hizmet uygulamaları ruh sağlığı, psikoterapi, psikososyal işlevsellik, rehabilitasyon, kriz müdahalesi ve aile danışmanlığı gibi alanlarda AMATEM, ÇEMATEM, AFAD, YEDAM, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve bağlı bulunan Huzurevleri, Adalet Bakanlığı ve bağlı bulunan Ceza ve İnfaz Kurumları ve Denetimli Serbestlikler, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, Özel Rehabilitasyon Merkezleri ve Hastanelerde (palyatif ve onkoloji servislerinde) sınırlı bir şekilde klinik sosyal hizmet müdahaleleri sunulmaktadır. Yine katılımcılara göre; madde bağımlılığı, ihmal ve istismar, şiddet, travma, doğal afetler, duygusal, davranışsal, bilişsel, sosyal ve ilişkisel bozukluklarda, ölüm ve yas, pandemi, aile içi iletişim, duygu aktarımı, ailenin korunması, evlilik doyumu, cinsel sağlık gibi farklı konularda ve farklı müracaatçı gruplarında çoklu problemlere yönelik klinik sosyal hizmet müdahaleleri sunulmaktadır.

Katılımcılara göre klinik sosyal hizmet uygulamalarında dikkat edilmesi gereken bazı noktalar bulunmaktadır. Katılımcılara göre yukarıda adı geçen sosyal hizmet uygulamalarının yapıldığı bazı kurum ve kuruluşlar yer alsa da klinik sosyal hizmet uygulamasının doğrudan hizmet modeli olarak sunulduğu bir kurum ya da kuruluş yoktur. Yine klinik sosyal hizmet uygulamalarının mevcut mevzuatlarda yasal bir karşılığı bulunmamakta; bahsi geçen kurum ve kuruluşlarda görev yapan sosyal hizmet uzmanları bireysel çabalarla aldıkları eğitim sonrası edindikleri klinik bilgi ve becerileri müdahale süreçlerinde kısıtlı bir şekilde kullanmaktadır

Klinik sosyal hizmet uygulamalarına yönelik dikkat edilmesi gereken bir diğer konuyu ise K7 ifade etmiştir. Klinik sosyal hizmet uygulamaları daha çok mikro düzeyde uygulanmaktadır. Ancak sosyal hizmet müdahaleleri kapsamında mikro düzeyde ya da bireyle çalışılan her uygulama klinik sosyal hizmet değildir. Klinik sosyal hizmeti bireyle

çalışmadan ayıran yön terapötik becerilere sahip sosyal hizmet uzmanının terapötik müdahalede bulunmasıdır.

### 3.2.4. Önemi

“Klinik Sosyal Hizmet” teması altında “Önemi” alt temasında katılımcıların klinik sosyal hizmetin önemine ilişkin düşüncelerine yer verilmiştir. Katılımcıların ifadeleri şöyledir:

*“Çok önemli ama geri plana atılmış, yeterince değer verilmemiş bir alan olarak görüyorum” (K2).*

*“Önemi artan bir alan, özellikle şunu iyi anlamak lazım ki klinik sosyal hizmet uygulamaları daha önem kazansın. Klinik sosyal hizmet müdahaleleri bütüncül bir bakış açısına hâkimdir. Klinik uygulamanın sosyal hizmet temelinden aldığı biyopsikososyal ve manevi anlamda bütüncül perspektifi başka bir disiplinde yoktur. Bu bütüncül bakış açısı da klinik sosyal hizmeti diğer klinik alanlardan önemli, farklı ve etkin kılıyor. Örnek vereyim dijital bağımlılık çok artmış durumda. Klinik psikoloji bunu bireyin psikolojik boyutuyla ele alır. Bu boyut kıymetli ama dar bir perspektiften bakmaktır. Bu bağlamda klinik sosyal hizmetin bütüncül bakış açısıyla birlikte terapötik yaklaşımları entegre ettiği bağımlılık müdahalesi sorunun tam olarak çözülmesinde daha etkin bir rol alacaktır. Bu açıdan klinik sosyal hizmet çok önemli bir alandır” (K3).*

*“Psikososyal destek mesleğimizin içerisinde hatta tam merkezindedir. Mesleğimiz gereği hassas vakalarla çalışıyoruz ve bu vakalarda klinik odaklı bir uygulamaya ihtiyacımız var. Klinik sosyal hizmet, sosyal hizmet disiplinin ve mesleğinin ruh sağlığını boyutunu temsil ediyor. Türkiye’de ruh sağlığı vakaları oldukça yaygın. Olağanüstü durumlar bunu biraz daha ön plana çıkarıyor. Türkiye doğal afet ülkesidir, travmaların yaşandığı, göçlerin yaşandığı bir ülkedir. Olağan durumların yanında olağanüstü durumların da sık yaşandığı bir ülkedir ve biz bu alanların hepsinde çalışıyoruz dolayısıyla karşımıza ister istemez klinik odaklı yaklaşmamız gereken vakalar çıkıyor. Çalıştığımız vakaların bazılarında istemesek de karşımıza çıkıyor ve bizim bu vakalarla çalışmama lüksümüz. Sosyal hizmet mesleği gereğince bütüncül yaklaşmak zorundayız ve bu ruhsal durumları ruhsal bozukları değerlendirmek hatta müdahalede bulunmak zorunda kalıyoruz. Bu noktada klinik anlamda yeterli ve donanımlı olmak için gerektiğinde stratejik reaksiyon alarak biz de bu alanda çalışmaktan kaçınmamalıyız” (K14).*

*“Benim için çok önemli. Ama literatüre bakarsak mevcut eğitim programlarına bakarsak çok önemsiz. Çünkü ben sosyal hizmet eğitimi çalıştığım için de konuşabilirim. Yüksek lisans ve doktora eğitimlerinin sayısı belli. Şu an hani net şu an sayı veremem ama yüzlerce program içerisinde 2 tane klinik odaklı sosyal hizmet eğitimi var. Bu da klinik sosyal hizmetin hak ettiği değeri görmediğini gösteriyor. Çünkü klinik beceriler sosyal hizmetin hangi alanında çalışırsak çalışalım olmazsa olmaz özelliklerdir. Şimdi sosyal hizmetin beceri, bilgi ve değer temelini beceri kısmına bakın büyük bir çoğunluğu da klinik becerilerle ilgilidir. Yani sosyal hizmetin en önemli alanlarından biri kliniklidir. Diğerleri tabii ki önemli yani ayırıştıramayız ama birey boyutunu dolayısıyla klinik boyutunu da göz ardı edemeyiz” (K15).*

*“Bir müracaatçının aynı anda psikolojik, fiziksel ve ekonomik anlamda sorunlar yaşayan bir kişi olarak karşınıza çıkması çok olası. Alanda çalışırken hepimiz gördük, bunlar çok olası. Sizin kişinin iyilik hali için sadece ekonomik yoksunluğuna müdahale etmeniz yetmeyecek. Çoklu problemlere karşılık gelen müdahalenin sağlanmasında klinik bilginin ayrıca gerekli olduğunu düşünüyorum. Çünkü sorunlar çok fazla. Hizmet ettiğimiz müracaatçı sayısı çok fazla. Her geçen gün mevcut sorunlar artarak büyürken yeni yeni sorunlar da eklendiğini görüyoruz. Bunca sorun yumağının içerisinde toplumsal dönüşümler zor olur. Bizler sosyal hizmet kurumlarında müracaatçıyla birebir çalışan uzmanlarız. Ve değişimi bir şekilde bazen kısa vadeli ve çok çabuk bir şekilde gerçekleştirmemiz gerekir. O da çoğu zaman bireyden başlar. Onun için klinik sosyal hizmet çok değerli bir yerde. Dönüşen sosyal sorunlarla birlikte bizleri nelerin beklediğini de bilmiyoruz. Onun için heybemizi klinik bilgilerle de muhakkak doldurmamız gerektiğini düşünüyorum. Yalnızlaşan dijital dünyanın farklı sorunlarıyla yüz yüze kalan insanlarla daha çok karşılaşacağız. Ve özellikle ruh sağlığı alanında çalışan uzmanlara daha fazla ihtiyaç olacağını düşünüyorum” (K17).*

*“Dezavantajlı gruplara yönelik uygulamalar bağlamında sosyal hizmet ne kadar önemliyse klinik sosyal hizmet de bu bağlamda çok destekleyici ve bütünleştirici uygulamalardır” (K18).*

Katılımcılara göre; klinik sosyal hizmet çok önemli bir alandır. Türkiye’de yeterince gelişmemiştir ancak klinik sosyal hizmetin önemi her geçen gün artmaktadır. Bütüncül bakış açısı klinik sosyal hizmeti diğer klinik alanlardan önemli, farklı ve etkin kılmaktadır. Psikososyal destek sosyal hizmet mesleğinin merkezinde yer almaktadır. Bu doğrultuda hizmet alıcıları bazen daha hassas gruplar olabilmektedir. Hassas müracaatçılara yönelik müdahalelerde klinik odaklı uygulamalara ihtiyaç duyulabilmektedir. Türkiye doğal afetlerin yaşandığı, göçlerin yaşandığı; olağan durumlarla birlikte olağanüstü durumların da sıkça yaşandığı bir ülkedir. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanları müdahale süreçlerinde kaçınılmaz olarak klinik odaklı yaklaşımları gereken vakalarla, ruh sağlığı alanında çalışmak durumunda kalmaktadır.

Mevcut sorunların arttığı, yeni sorunların ortaya çıktığı çoklu problemlerin yaşandığı bir dönemdeyiz. Bu sorun yumağı içerisinde toplumsal sorunlara yönelik dönüşümlerin yaşanması ve sorunlara yönelik sosyal politikaların öne çıkarılması uzun zaman almaktadır. Uzun süreli değişim süreçlerinde bireye yönelik müdahalelerle klinik sosyal hizmet uygulamaları önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanları heybelerini klinik bilgi ve becerilerle donatmalıdır.

### **3.2.5. Kavram Karmaşası**

“Klinik Sosyal Hizmet” teması altında “Kavram Karmaşası” alt temasında katılımcıların Türkiye’de klinik sosyal hizmetin tanımına ilişkin görüşleri yer almaktadır.

Türkiye’de klinik sosyal hizmet kavramı psikiyatrik sosyal hizmet ve tıbbi sosyal hizmet kavramlarıyla kimi zaman eş anlamlı olarak kullanılmakta ya da bir alan diğzerinin alt dalıymış gibi algılanmaktadır. Bu durum, bir kavram karmaşasını beraberinde getirmekte ve literatürde farklı yorumlara neden olmaktadır. Katılımcıların söz konusu kavram karmaşasına ilişkin ifadeleri şöyledir:

*“Bu konuda literatüre baktığımızda üç görüş var. Şimdi birinci görüş şunu diyor. Klinik sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet alanının alt bir dalı ve uzmanlık gerektiren spesifik bir alanıdır ve bu alanda özel eğitimler alınması gerekmektedir. İkinci görüş de diyor ki tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet ikisi genelci sosyal hizmet içinde. Ama klinik sosyal hizmet ise ileri genelci sosyal hizmet içindedir ve içinde terapiler bulunmaktadır. Üçüncü bir görüşe göre; genelci ve ileri genelci ayrımı yapmaksızın tıbbi sosyal hizmet daha çok hastane ve sağlık kurumları temelinde, özellikle hastanede yatan, sağlık kurumlarında yatan, çeşitli hastalıklar özellikle akut ve kronik hastalıklar sebebiyle yatan, hastalar ve hasta yakınlarına yönelik hizmet veriyor. Yani sağlık kurumu odaklı. Bunun karşılığında psikiyatrik sosyal hizmet ise doğrudan ruh sağlığına giren bir alan ve birey ve ailelerin psikiyatrik durumlarıyla ilgileniyor. Klinik sosyal hizmet ise bu üçüncü örnekte söylediğimiz daha çok sosyal hizmetin temel bilgisiyle birlikte spesifik bir alan, derinlemesine ruh sağlığı alanını bilmeniz gerekiyor, ruh sağlığı alanıyla birlikte ciddi eğitimler almanız gerekiyor. Bunu hani matematiksel formülize edersek, “klinik sosyal hizmet eşittir psikiyatrik sosyal hizmet artı, psikoterapi eğitimleri. Bu üç görüş içinde en makulü hangisi dersiniz? Biri diğzerine yanlışıyor diyemezsiniz. Ama bizim ülkemiz açısından en sağlıklı ikinci söylediğim görüş” (K3).*

Katılımcılardan K3, klinik sosyal hizmet alanında yaşanan söz konusu kavram karmaşasına yönelik 3 farklı görüş olduğunu belirtmiştir. İlk görüşe göre klinik sosyal hizmet psikiyatrik sosyal hizmetin alt dalıdır. İkinci görüşe göre tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet genelci sosyal hizmet içerisinde, klinik sosyal hizmet ise ileri genelci sosyal hizmet içerisinde yer almakta ve bünyesinde terapi eğitimlerini de içermektedir. Son görüş ise tıbbi sosyal hizmet kronik hastalıklar, sağlık kurumlarında tedavi gören hastalara yönelik; psikiyatrik sosyal hizmet ise ruh sağlığı alanına yöneliktir. Klinik sosyal hizmet ise psikiyatrik sosyal hizmet bilgisiyle birlikte psikoterapi eğitimlerini de içerisinde barındırmaktadır.

*“Klinik sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet ve tıbbi sosyal hizmet üç farklı kavramdan bahsediyoruz. Her ne kadar birbiriyle ilişkili olsa da ayrıştığı noktalar var. Tıbbi sosyal hizmet, fiziksel olarak sağlık sorunları nedeniyle bir sağlık kuruluşundan faydalanan, hizmet alan hastaların yaşadığı psikososyal sorunlarla ilgilenen bir alan. Psikiyatrik sosyal hizmet ise psikiyatrik bir hastalığı olan, bununla mücadele eden kişilere ve ailelerine yönelik bir uygulama alanı. Bu ikisi gayet net. Klinik sosyal hizmet de gayet net bir şekilde bu ikisinden ayrışıyor. Ben tıbbi sosyal hizmet uygulaması yaparken, klinik sosyal hizmet uygulaması da yapabilirim, bunun dışındaki uygulamaları da yapabilirim. Ancak tıbbi sosyal hizmet içerisinde hasta hakları ile ilgili savunuculuk faaliyetleri yapılması bu klinik*

*sosyal hizmet uygulaması değildir. Bununla birlikte ben örneğin diyaliz hastalarına çözüm odaklı kısa terapi müdahalesinde bulundum. Bu da tıbbi sosyal hizmetin klinik uygulaması. Klinik sosyal hizmet uygulaması sadece tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmetle ilişkili olarak düşünülmemeli. Tüm sosyal hizmet alanlarında uygulanabilecek, örneğin klinik sosyal hizmetin yurt dışında, okul sosyal hizmeti alanında da uygulamaları var. Dolayısıyla bu kavramların benzerlik ve farkını bu şekilde özetleyebilirim. Şimdi okul sosyal hizmeti alanında mesela ABD’de istihdam yapılıyor ilana bakıyorum. Klinik sosyal hizmet uzmanı olmak şartı vardır. Şimdi burada tıbbi ve psikiyatrik ile bir ilişkisi yok bunun değil mi? Dolayısıyla klinik sosyal hizmeti tıbbi sosyal hizmetin ya da psikiyatrik sosyal hizmetin bir alt alanı olarak tanımlayamayız” (K7).*

K7 klinik sosyal hizmet, tıbbi sosyal hizmet ve psikiyatrik sosyal hizmetin birbirleriyle ilişkili kavramlar olduğunu ancak farklı kavramlar olduğunu ve ayrıştığı noktalar olduğunu ifade etmiştir. K7’ye göre psikiyatrik sosyal hizmet psikiyatrik tanısı olan hastalar ve ailelerine yönelik uygulamalardır. Tıbbi sosyal hizmet fiziksel sağlık sorunu nedeniyle sağlık kuruluşlarından yararlanan hastaların psikososyal sorunlarına yönelik sosyal hizmet müdahaleleridir. Ancak hem tıbbi sosyal hizmet alanında hem de psikiyatrik sosyal hizmet alanında klinik uygulamalar yapmak mümkündür. Klinik uygulama sadece tıbbi ve psikiyatrik ortamlarla sınırlı değildir, sosyal hizmetin her alanında yapılabilmektedir. Bu noktada dikkat edilmesi gereken tıbbi ya da psikiyatrik alanda yapılan her müdahalenin klinik uygulama olmayacağıdır. Yine dikkat edilmesi gereken bir diğer konu ise klinik sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmetin ve tıbbi sosyal hizmetin alt dalı olarak tanımlanamayacağıdır.

*“Tıbbi, psikiyatrik ve klinik sosyal hizmet arasındaki bu kavram karmaşası sadece Türkiye’ye has değil. Bütün dünyaya has bir sorundur. Özellikle 1980'lere kadar psikiyatrik sosyal hizmet kavramı kullanılırken, 1980'lerden sonra klinik sosyal hizmet kavramı kullanılmaya başlamıştır. Ama Türkiye’de bu kavram karmaşası hala devam etmektedir. Klinik sosyal hizmet bazen tıbbi sosyal hizmet zannediliyor, bazen psikiyatrik sosyal hizmet zannediliyor. Ama klinik sosyal hizmet kavramını kesinlikle ayırmamız lazım. Bu kavramı ayırırken de en başta söylediğim gibi sosyal hizmetin çıkış noktası ve eğitim müfredatı genelci sosyal hizmete aittir. Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmetin hem tarihine bakıldığında hem de şu andaki mevcut uygulamalarına bakıldığında genelci sosyal hizmeti esas alarak tıbbi alanlarda ve psikiyatrik alanlarda müdahale etmektedir. Yani genelci sosyal hizmettir. Ama klinik sosyal hizmet bundan daha ötesidir. Çünkü genelci sosyal hizmeti tanımlarsak şöyle bir durum var. Bir pratisyen nedir? Bütün sorunlara müdahale edebilir ama temel düzeyde. Klinik sosyal hizmet bunu aşar, bazı alanlara derinlemesine müdahale eder. Uzmanlaşmış bir alandır. Genelci sosyal hizmet alanı değildir. Mesela örnek vereyim; bir kardiyoloğu düşünün pratisyenliği aşmıştır ama pratisyenliği de zaten biliyordur (K10).*

K10’a göre söz konusu kavram karmaşası dünya genelinde de yaşanmış ancak 1980’lerden sonra bazı ülkelerde klinik sosyal hizmetin tanımı daha net hale gelmiştir.

Ancak bu karmaşa Türkiye’de hala devam etmektedir. Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet genelci sosyal hizmet anlayışıyla çalışmaktadır. Ancak klinik sosyal hizmet genelci uygulamanın ötesinde bir uzmanlaşma alanıdır. K10 genelci uygulamayı pratisyenliğe klinik sosyal hizmet uygulamasını ise uzman doktorluğa benzetmiştir.

*“Klinik sosyal hizmet, aslında psikoterapi yapılması gereken bir alandır. Tabii, Türkiye’de psikoterapi yetkisi çok yaygın değil. Danışmanlık ise klinik sosyal hizmetin temel müdahale türlerinden biridir. Psikiyatrik sosyal hizmetin müdahale türü ise daha çok psikososyal destek üzerinedir. Bu, genelci sosyal hizmette de gördüğümüz psikososyal destek yaklaşımıyla paralellik gösterir. Tıbbi sosyal hizmette ise sosyal destek, sosyal destek kaynaklarının harekete geçirilmesi, taburculuk planlaması gibi konular ön plandadır. Müdahaleler, hasta hakları ve taburculuk planlarına doğru evrilir. Çalışma alanları da Türkiye’de farklılık gösteriyor. Klinik sosyal hizmet daha çok bireysel, şahsa özel danışmanlık ofislerinde ya da merkezlerde yürütülmesi gereken bir alan gibi. Psikiyatrik sosyal hizmet ise toplum ruh sağlığı merkezlerinde (TRSM) ve hastanelerin psikiyatri kliniklerinde yürütülüyor. Tıbbi sosyal hizmet de hastanelerin tüm birimlerinde ve bazı sağlık merkezlerinde sürdürülüyor. Yani çalışma yerleri açısından da ayrışıyorlar. Hasta profili açısından da fark var. Klinik sosyal hizmet, ruhsal ve sosyal sorunlar üzerinden herkesi değerlendiren bir alandır. Psikiyatrik sosyal hizmet ise psikiyatrik tanı almış bireylerle çalışır. TRSM’lerde psikiyatrik sosyal hizmet mezo düzeyde, yani aile ile de çalışılan örnekler vardır. Tıbbi sosyal hizmet daha çok fiziksel sağlık problemi yaşayan bireylerle ilgilidir. Yasal farklılıklar da mevcut. Klinik sosyal hizmetin yasal durumu şu an için belirsizdir. Psikiyatrik sosyal hizmet daha dolaylı bir mevzuata tabidir diyebiliriz. Tıbbi sosyal hizmet ise yönetmeliklerle daha net şekilde tanımlanmıştır” (K15).*

K15’e göre klinik sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet ve tıbbi sosyal hizmet; müdahale yaklaşımları, çalışma alanları, hasta profili ve yasal anlamda farklılıklar göstermektedir.

*“Klinik sosyal hizmet dediğimiz alan aslında bir beceri. Sosyal hizmet uzmanı bu beceriyi bir psikiyatri kliniğinde de kullanabilir, bir sosyal hizmet alanında da kullanabilir, bir çocuk alanında da kullanabilir, bir bağımlılık alanında da kullanabilir. Yani klinik sosyal hizmeti bir çalışma alanı gibi değil de bir beceri olarak kabul etmekte fayda var. O yüzden klinik sosyal hizmeti bir alan olarak, sahada mesleki bir alan olarak tanımlamak değil de, Türkiye şartlarında daha çok sosyal hizmet uygulamasının içerisinde var olması gereken özel bilgi ve beceriler olarak değerlendirmek gerekir” (K13).*

K13, klinik sosyal hizmeti sosyal hizmet mesleği içerisinde farklı bir alan olarak değil de sosyal hizmet uygulamaları içerisinde olması gereken özel bilgi ve beceri alanı olarak değerlendirmek gerektiğini söylemiştir.

*“Bu kavram karmaşası yanlış bir şeydir demeyeceğim ama. Klinik sosyal hizmet derken Türkiye’de bir çift anlamlılık dediğimiz böyle bir dilemma süreci var. Yani burada klinik alanında çalışan bir sosyal çalışmacıyı mı kastediyoruz yoksa doğrudan klinisyen olmuş olan bir sosyal çalışmacıyı mı kastediyoruz? Türkiye’de bir sosyal çalışmacının klinisyen olması pek beklenmez. Dolayısıyla bizde ABD’nin*

*aksine (ABD’de klinisyen sosyal hizmet uzmanları vardır) burada tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında çalışan, toplum sağlığı merkezlerinde çalışan işte hasta hakları biriminde çalışan sosyal hizmet uzmanları kastedilir klinik sosyal hizmet dediğimizde. Niye yanlıştır demeyeceğim? Çünkü her ülkenin bir konjonktürü vardır. Türkiye yapı olarak klinik çalışmalara, sosyal hizmetin dışına çıktığımızda da klinik alana çok aşına, eğilimi olan bir ülke değildir” (K11).*

K11, söz konusu kavram karmaşasına ilişkin olarak diğer katılımcılardan farklı bir bakış açısıyla Türkiye’nin yapısı gereği klinik uygulamalara eğilimi olan bir ülke olmadığını bu nedenle bu kavram karmaşasının yaşandığını, klinik sosyal hizmet alanında ABD’deki klinisyen sosyal hizmet uzmanlarının aksine tıbbi ve psikiyatrik alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının kastedildiğini ifade etmiştir.

### **3.2.6. Akademik Çalışmalar ve Akademisyen Sayısı**

“Klinik Sosyal Hizmet” teması altında “Akademik Çalışmalar ve Akademisyen Sayısı” alt temasında katılımcıların klinik sosyal hizmet alanında yapılan akademik çalışmalar ve klinik sosyal hizmet alanında uzmanlaşmış akademisyenlere ilişkin görüşlerine yer verilmiştir.

Katılımcıların Türkiye’de klinik sosyal hizmet alanında yapılan akademik çalışmalara ilişkin görüşleri şöyledir:

*“Bence çok yeni yeni başladı diye düşünüyorum. Yeni yeni kitaplar çıkmaya başladı, sayı gün geçtikçe artacaktır ama şu an itibariyle ben çok yeterli olduğunu düşünmüyorum” (K2).*

*“Çok yeterli değil çünkü çok meşakkatli. Öncelikle bir terapi eğitimi alacaksınız. Onda belli bir süre süpervizyon süreci geçireceksiniz. Geçirdikten sonra bunu artık akademik çalışmalara entegre edeceksiniz. Entegre ettikten sonra bu çalışmalarını rapora döneceksiniz. Yani akademik araştırmalarınızın sonucunun çıktısını paylaşacaksınız. Bunlar hemen olacak şeylerde değil çünkü klinik sosyal hizmette ele alacağınız konular sosyal hizmet kapsamında düşündüğünüzde çok kırılğan ve dezavantaj düzeyi yüksek olan gruplar” (K1).*

K2, akademik çalışmaların yetersiz olduğunu ifade etmiştir. K1, akademik çalışmaların yeterli olmadığını çünkü klinik sosyal hizmet alanında uygulamaya yönelik akademik çalışmaların meşakkatli olduğunu söylemiştir.

*“Bizdeki klinik sosyal hizmet bilgisi bu için batı kültüründen çıkması dolayısıyla batı kültürünü içeriyor. O yüzden bizim kültürümüze duyarlı, bizim insanlarımızın yaşadığı sorunlara yönelik müdahale üzerinden de gelişmeye ihtiyacımız olduğunu düşünüyorum. Yapılması gereken şey kullanılan ekollerin, faydalanılan teorilerin, bizim kültürümüze duyarlılığı konusunda da bazı bilimsel çalışmalar yapmak çok çok önemli diye düşünüyorum. Çünkü birebir olmuyor. Yani ABD’de vatandaşın yaşadığı sorunla bizim Türkiye’de ki vatandaşın yaşadığı sorun bir olmuyor. Onun için işte kanıtla dayalı uygulamalara ihtiyacımız var” (K17).*

K17, klinik sosyal hizmet bilgisinin batı kültüründe var olması nedeniyle batı kültürüne duyarlı olduğunu bu nedenle kendi kültürümüze uygun kanıta dayalı uygulamalara ihtiyaç olduğunu ifade etmiştir.

*“Çalışma alanı olarak çok verimli bir alan, yani her şeyi dâhil edebileceğimiz bir alan. Ancak daha çok uygulamaya dönük akademik çalışmalara ihtiyaç duyuyoruz. Uygulamaya ve bu uygulamanın bilimsel verilerinin akademik çalışmalara entegre edilmesine yönelik çalışmalara ihtiyacımız var” (K5).*

*“Yeterli değil tabii ki. Sosyal hizmetin akademik olarak yapılanması 80'li 90'lı yıllardan sonra olduğu için o yüzden çalışmalar biraz her alanda kısıtlı ve klinik çalışmaların eksik olduğunu söyleyebiliriz. Yani mesela ruh sağlığı alanında yazılan çok fazla tez yok, bu alanda çalışan çok kişi yok” (K6).*

K5, klinik sosyal hizmet alanında uygulamaya yönelik akademik çalışmalara ihtiyaç olduğunu ifade etmiştir. K6, akademik çalışmaların yetersiz olduğunu ifade ederek bunun nedeni olarak da sosyal hizmetin akademik olarak yakın bir dönemde yapılanmasına bağlamıştır.

*“Bana göre akademik çalışmalar her zaman yetersizdir. Her konuda. Klinik sosyal hizmet olarak değerlendirdiğinizde tabii ki Türkiye'de birçok alana göre daha az çalışıldığını görüyorum. Biz de mesela bir araştırma yapacağız, bir konuyu araştırıyoruz. Genelde yabancı literatürü daha çok kullanıyoruz. Bununla alakalı çeviri kitapları var. Yeni çıkan kitaplar var. Ama yetersiz kalıyor. Bununla alakalı tez de çok az bana göre. Bu konuda şunu söylemeden geçemeyeceğim. Klinik sosyal hizmetin direk çalışma konusu olan ancak adında klinik sosyal hizmet kelimesinin geçmediği tezler var. Siz de okuyorsunuzdur muhakkak” (K15).*

K15, klinik sosyal hizmet alanında lisansüstü tezlerin sayısının çok az olduğunu ifade etmiş ve bu bağlamda bazı lisansüstü tezlerin klinik sosyal hizmetin konusu olmasına rağmen klinik sosyal hizmetten bahsetmediğine dikkat çekmiştir.

*“Klinik sosyal hizmetin yasal bir karşılık bulması konusunda biraz umutsuzum açıkçası. Çünkü sosyal hizmeti tam oturtamadığımız bu bağlamda klinik sosyal hizmet çok üst düzey geliyor bana. Mesela doktora tezimde klinik çalıştım ama hiç klinik sosyal hizmet diye bir şeyden bahsetmedim. Hatta sosyal hizmetten bahsetmedim. Yasal bir karşılık da beklemeden klinik uygulama yapanlar olarak bir şekilde burada var olmaya çalışıyoruz.” (K12).*

K12, K15 in dikkat çektiği konuya değinmiş ve doktora tezinde klinik alanda bir konu çalışmasına rağmen sosyal hizmete ve klinik sosyal hizmete değinilmediğini ifade etmiştir.

Katılımcıların klinik alanda uzmanlaşmış akademisyen sayısına yönelik ifadeleri şöyledir:

*“Klinik alanda uzmanlaşmış akademisyen sayısı yetersiz. Şöyle bu konuda ince bir noktadan bahsetmek istiyorum ama bu az sayıdaki kişinin yaptığı akademik*

*çalışmalar hem bilgi hem beceri hem de eğitici anlamda gerçekten çok iyi olduklarını ortaya koyuyor. Evet, sayının artması gerekiyor diye söylüyorum ancak sayı artıp nitelik düşecekse şu an ki mevcut durumda kalmasını yeğlerim” (K3).*

*“Sayı az ama nitelik iyi diyebilirim. Bu alanda yavaş yavaş bir hareketlilik olduğunu yeni ve güzel kitaplar çıktığını görüyoruz” (K6).*

*“Ama şunu da söylemek lazım. Sosyal hizmet akademisinde zaman geçtikçe uzmanlaşma daha fazla artıyor. Ama totale bakıldığında hakikaten hala yeterli değil. Olur mu? Elbette ki olur. Beş yıl sonra, on yıl sonra daha yeterli ve nitelikli olur” (K10).*

Katılımcılar klinik anlamda uzmanlaşmış akademisyen sayısının yetersiz olduğunu ancak niteliğin iyi olduğunu ifade etmiştir.

*“Kaç tane klinik alanda kendi geliştirmiş akademisyenimiz var o da yine bir elim parmaklarını geçmez çünkü tek bir doktora programı var. Bu alandaki çalışmaların artması biraz bu alandaki akademisyenlerin, bu alanda eğitim veren okulların sayısının artmasıyla da ilişkili diye düşünüyorum. Bir de işte hocaların bu konuda yetkin olup olmaması meselesi de önemli. Herkes klinik çalışabiliyor. Ama bunun biraz daha böyle lisansüstü programlarla desteklenmesi gerektiğini düşünüyorum” (K17).*

*“Bunu hangi bağlamda soruyorsun? Klinik bağlamda uzmanlaşacak yeni nesil sosyal hizmet uzmanları yetiştirmek için mi yoksa akademik bağlamda klinik sosyal hizmetin temsili açısından mı? Eğer temsiliyet konusunda ise evet temsil ediliyor. Ama klinik alanda uzmanlaşacak sosyal hizmet uzmanları yetiştirmek için soruyorsan açılacak yüksek lisans programı için kaç üniversite yeterli olur? Bunun için kaç öğretim üyesi gerekir? Çünkü sende araştırmanı yaparken görmüşsündür sayı çok fazla değil” (K18).*

K17 klinik alanda uzmanlaşmış akademisyen sayısının yetersiz oluşunu klinik odaklı doktora programının sayısına bağlamış ve klinik alanda uzmanlaşma için lisansüstü eğitim alınması gerektiğini ifade etmiştir. K18, klinik alanda uzmanlaşacak sosyal hizmet uzmanı yetiştirme bağlamında akademisyen sayısının yetersiz olduğunu ifade etmiştir.

Türkiye’de akademide klinik sosyal hizmet ekolünün ve klinik alanda uzmanlaşmış akademisyen sayısının nasıl geliştiğini K7 şöyle ifade etmiştir:

*“Ben üniversiteyi kazandığımda Türkiye’de sosyal hizmet eğitimi veren tek bir okul vardı. Hacettepe Üniversitesi ilk ve tekti. 50 yıl boyunca tek olarak eğitim verdi. Orada tabii çok fazla bu ekol gelişmiş değildi. Klinik odak çok fazla gelişmiş değildi. Fakat işte her ile bir üniversite açılması projesiyle birlikte yükseköğretimde de sosyal hizmet bölümleri çoğalmaya başladı. Hem orada Avrupa Birliği’ne uyum süreci vardı hem işte o yıllarda sosyal hizmet bölümlerinin atamayla ilgili sorununun olmaması dolayısıyla bu bölüme yönelik, bu meslek mensuplarına yönelik ihtiyaçtan dolayı her üniversitede bir de açılması kolaydı. Her üniversitede olmasa da yeni açılan her üniversitede sosyal hizmet bölümü açıldı. Bu bölüm açılınca öğretim üyesi yetiştirme programı diye bir program geliştirildi. Yeni açılan üniversitelere, köklü üniversiteler hoca yetiştirecekti. Ben de o programla*

*akademiye girdim. Bu programa giren kişilerle birlikte birden sosyal hizmet akademisyeni sayısında da ciddi bir artış oldu. Benimle birlikte bir sürü arkadaşımız istihdam edildi. Ve bu arkadaşlar daha çok bu tür konuları çalışmaya başladı. Yani klinik sosyal hizmetin biraz daha akademide güçlendiği bir süreç, bir dönemden bahsediyorum. Bu şekilde genişlemenin, sosyal hizmet bölümlerinin ve akademisyenlerinin sayısının çoğalması, genç arkadaşların fazlaca bu alana girmesi akademik alanda da tabii ki hocaların da desteğiyle bu alan akademide geliştirdi diyebilirim” (K7).*

### **3.2.7. Mevcut Uygulama ve Yasal Karşılık**

“Klinik Sosyal Hizmet” teması altında “Mevcut Uygulama ve Yasal Karşılık” alt teması beklenmedik (öngörülme) bulgular sonucu oluşmuştur. Bu alt temada Türkiye’de sosyal hizmet uzmanları tarafından bireysel olarak yürütülen klinik sosyal hizmet uygulamalarına, bu uygulamaların yasal düzlemde bir karşılık bulup bulamadığına ve 29 Mart 2025 tarihinde Sağlık Bakanlığının yayınladığı Sağlık Meslek Mensuplarının Serbest Meslek İcrası Hakkında Yönetmeliğe ilişkin bulgular yer almaktadır.

K8, bireysel olarak klinik sosyal hizmet uygulamaları yürüten birçok sosyal hizmet uzmanı olduğunu, sosyal hizmet uzmanlarının bireyi çevresiyle ele alarak müdahalelerde bulunduğunu ve bu müdahalenin önemini şöyle açıklamıştır:

*“Bu işi yapan çok fazla sosyal hizmet uzmanı var. Evet, çok fazla sahada olan meslek elemanları var ve mezun olduklarından (20 yıldan) beri sadece bu işi yapıyorlar. Çok başarılı uygulamaları var, görüyorum. Birçoğu da gerçekten çok yetkin yerlerden almışlar eğitimlerini. Çocuklarla çalışan oyun terapisi uzmanlığı olan hocalar var, EMDR terapisi alıp süpervizyon veren hocalar var. Gerçekten çok etkililer bir vakayı değerlendirme açısından bizim bir psikolog ve psikolojik danışmandan çok daha farklı bir bakış açımız var. Müdahale planını kurarken o sosyal çevredeki sorunları ortaya koyabilmek ve kişiyi çevresiyle beraber orayı da iyileştirerek müdahalede bulunmak tabii ki sadece bireye müdahale etmekten çok daha farklı bir yerde. Dolayısıyla ben uygulamalarının başarısı açısından da sosyal hizmet uzmanlarının klinik alanında çok daha nitelik olarak, kuvvetlenerek artması gerektiğini düşünüyorum” (K8).*

Yine klinik alanda sosyal hizmet uzmanlarına yönelik K3 ve K6 şunları ifade etmiştir:

*“Klinik yönüyle tanınan bilinen sosyal hizmet uzmanları var ve sayı giderek artıyor. Bu kişiler gerçekten çok kıymetli işler yapıyorlar” (K3).*

*“Mesela aile danışmanlığına bayağı bir eğilim var. Sosyal hizmet mezunları o alana bayağı bir yönelmiş durumda” (K6).*

K2, bir sivil toplum kuruluşunda görev yaparken aynı zamanda doktora devam ettiğini ve klinik sosyal hizmet müdahalelerinde bulunduğunu ve çalıştığı kuruluştaki sosyal hizmet uzmanlarının terapi yapamayacağı algısı olduğunu şöyle ifade etmiştir:

*“Akademiden önce sivil toplumda da çalışmıştım. Danışan almıştım. Sivil toplumda şöyle bir ayırım vardı mesela. Orada sosyal hizmet uzmanlarının terapi yapamayacağı yönünde bir algı vardı. Ben o zaman doktora yeterlik sürecindeydim ve o algıyı kırdım mesela. Tıbbi sosyal hizmet alanında ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında çalışan uzmanlar bence yapıyorlar. Yani onlar açısından klinik sosyal hizmet uygulamasının yapılabilirliği daha yaygındır diye düşünüyorum ki tanıdığım meslek elemanları var bu konuda mesela. Hastanede çalışan, psikiyatri alanında, tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan falan var. Tıbbi sosyal hizmet ve psikiyatrik sosyal hizmet alanının içerisinde olmak bana kendimi geliştirmem gerektiğini gösteriyor diye ifade ederek çeşitli ekolleri alan arkadaşlar oldu” (K2).*

K12, sivil toplum kuruluşlarında, aile danışmanlığı merkezlerinde ve özel kliniklerde gerekli eğitimleri alarak klinik sosyal hizmet müdahalesi gerçekleştiren arkadaşları olduğunu şöyle ifade etmiştir:

*“Yani akademik alanın dışında uygulama yapan uzmanlar kendi lisans eğitimlerinin üzerine aldıkları eğitimle birlikte sivil toplum kuruluşlarında (STK) ya da işte kurumlarda danışan olarak var olabiliyorlar ya da aile danışmanlığı merkezlerinde işte çalışabilirler çünkü aile danışmanlığı sertifikasına sahip olduğunuzda danışan alabiliyorsunuz. Aile danışmanlığı merkezleri STK'lar ya da bir şekilde özel kliniklerde çalışabiliyorlar yani dediğim gibi kendini yetiştirmekle alakalı akademinin dışında da var mesela bildiğim danışan alan, sosyal hizmet mezunu, terapi yapan arkadaşlarım var” (K12).*

K14, klinik sosyal hizmet uygulamalarının bireysel ve kamusal alanda yapıldığını vurgulayarak bu alanda uygulama yapan yüzlerce sosyal hizmet uzmanı olduğunu ve Türkiye’de bu alanda yasal düzenlemeler olmadığını şöyle ifade etmiştir:

*“Ancak klinik sosyal hizmet uygulamalarının bireysel ve kamusal alanda yapıldığını biliyoruz. Mobil bir uygulamada terapi yapan sosyal hizmet uzmanlarının yer aldığı bir gruptayım. Grubun içerisinde bu alanda uygulamalarda bulunan yüzlerce sosyal hizmet uzmanı var. Türkiye’de bu konuda yasal düzenlemeler olmasa da Dünya Sağlık Örgütü ruh sağlığı alanında görev yapan meslekleri sayarken sosyal hizmeti de içerisine koymuş. Ve elimizde ciddi somut bir tanım var. Dünya Sağlık Örgütü’nü tanımladığı meslekler arasında sosyal hizmet mesleğinin bulunuyor olması bizim için ciddi bir güç aslında” (K14).*

K8, sosyal hizmet uzmanlarının Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’unda sağlık çalışanı olarak yer almadıklarını ifade etmiş ve Sağlık Meslek Mensuplarının Serbest Meslek İcrası Hakkında Yönetmeliğe değinerek sosyal hizmet uzmanlarının sağlık çalışanı olarak kabul edilmesi gerektiğini şöyle ifade etmiştir:

*“Bu konuda ruh sağlığı yasası yok. Hala sosyal hizmet uzmanları sağlık hizmetleri sınıfında sağlık personeli, sağlık çalışanı olarak tababet kanununda yer almadıkları için bununla ilgili sorunlar yaşıyoruz. Bu konu klinik sosyal hizmet olursa olabilir gibi süreç işliyor. Yayınlanan yönetmelikte (Sağlık Meslek Mensuplarının Serbest Meslek İcrası Hakkında Yönetmelik) psikologlar yer almadı klinik psikologlar yer aldı bu noktada sosyal hizmet uzmanı değil de klinik sosyal hizmet uzmanları olabilir gibi bir eğilim var. Ama sadece klinik sosyal hizmet uzmanı olarak değil; sağlık bir*

*bütün ve biyopsikososyal sağlıktan bahsediyorsak sosyal hizmet uzmanları dört yıllık lisans eğitimleriyle zaten sağlık çalışanı, sağlık personeli grubuna dahil olabilirler. Biz daha bu konuları aşamazken sağlığın iyileştirici yönünde klinik müdahalelerde sosyal hizmet uzmanlarının varlığı ile ilgili çok daha yapısal eksikliklerimiz var hem eğitim anlamında yani klinik sosyal hizmet eğitimi ile ilgili çerçevenin çizilmesi, uygulamaların yapılabilir olması gerekiyor. Bu şekilde yetkinlik kazanıp, gereken hakların tanınabiliyor olması lazım”(K8).*

K3, Sağlık Meslek Mensuplarının Serbest Meslek İcrası Hakkında Yönetmelik’in bazı tartışmalara neden olduğunu şöyle ifade etmiştir:

*“Sizler de alanı takip ediyorsunuz tababet kanunu ve yeni çıkan yönetmelikle ilgili tartışmalar oldu ve devam ediyor. Yönetmelikte klinik odaklı meslekler yer alıyor özellikle klinik psikoloji de var. Klinik sosyal hizmeti koymaya yönelik şu an bir mücadele var bu konuda” (K3).*

K7, klinik alanda kendini geliştirerek uygulamalar yapan sosyal hizmet uzmanları olduğunu ancak diğer ruh sağlığı profesyonellerinin bu konuda bir dirençleri bulunduğunu ve yasal düzenlemelere ilişkin görüşlerini şöyle ifade etmiştir:

*“Ancak son yıllarda özellikle kamuda iş bulamayan tabi çok mezunumuz var. Bölüm sayısı arttı, mezun sayısı arttı. Bu nedenle genç meslektaşlarımız kendilerine yeni iş sahaları yaratmak için ne yaptılar? Aile danışmanlığı eğitimi aldılar, bağımlılık uzmanı olmaya çalıştılar, bu tür terapötik beceriler geliştirmeye çalıştılar, eğitimler aldılar. Dolayısıyla özellikle Yedam’larda (Yeşilay Danışmanlık Merkezi) güzel uygulamalar yapıyorlar arkadaşlar klinik bağlamda da. Tabi burada diğer ruh sağlığı uzmanlarının, meslek elemanlarının bir dirençleri söz konusu olabilir. Klasik sosyal medyadaki tartışmaları görüyoruz. Burayı bir pasta olarak tanımlayanlar var ve bu pastadan payın azalmasını istemeyenlerden söz ediliyor. Burada başka bir konu ancak ülkemizde böyle bir yasal düzenlemenin ben alandaki bu gelişmelere bağlı olarak yakın gelecekte bizi beklediğini düşünüyorum” (K7).*

Diğer ruh sağlığı profesyonellerinin klinik sosyal hizmet uygulamalarına yönelik tepkileri konusunda K13 ve K7 şunları ifade etmiştir:

*“Bu konuda bir de farklı disiplinlerle mücadele vermek gerekiyor bazen. Çünkü şu var, psikoterapi kimin işidir tartışması çok fazla şu an. Yani sosyal hizmet uzmanları psikoterapi yapamaz iddiasını taşıyan disiplinler var” (K13).*

*“Diğer meslek gruplarının siz klinik uygulama yapamazsınız düşünceleri var. Aslında bu bizim işimizin bir parçası yani yurt dışı örneklerine bakıldığında bu uygulanan bir şey neden ülkemizde olmasın” (K7).*

K14, ABD’de ruh sağlığı hizmetlerinde çalışan profesyoneller arasında en fazla sosyal hizmet uzmanları olduğunu, Türkiye’de 5000 ruh sağlığı çalışanı içerisinde sadece 613 sosyal çalışmacının yer aldığını ifade etmiştir. Sosyal hizmet uzmanlarının yaptığı önemli çalışmalardan bahsederek ruh sağlığı yasasının eksikliğinden, ruh sağlığı profesyonelleri arasında mesleki sınırlar ve sorumlulukların belli olmadığından bu nedenle bir karmaşa bulunduğundan, bahsetmiştir. Yine terapi ekollerine yönelik gerekli

eğitimleri almalarına rağmen sosyal hizmet uzmanlarının “terapi” diyemeyip danışmanlık diyebildiğine şöyle değinmiştir:

“Mesela bir örnek vereyim size. ABD’de yapılan bir araştırma var o rakamları size aktarayım. Ruh sağlığı hizmetlerinde ortalama 245 bin profesyonel çalışıyor. Bunların %16’sı psikiyatrist, %32’si klinik psikolog, %13’si psikiyatri hemşiresi ve %39’u klinik sosyal hizmet uzmanı. Bilmiyorum dikkatinizi çekti mi? En fazla ruh sağlığı alanında çalışan yüzdeler olarak klinik sosyal hizmet uzmanlarıdır. Bakın psikologlar da var işin içerisinde, psikiyatristler de var ama ağırlık olarak çalışan klinik sosyal hizmet uzmanlarıdır. Ve %39 az bir oran değil. Türkiye’de yine ona ilişkin bir veri de yine burada var. Sadece bakın 5000 ruh sağlığı çalışanın olduğu ifade ediliyor. 2021 ile 2023 yılları arasındaki projeksiyonda ve bunun 613’ü sosyal çalışmacılardan oluşuyor. Aradaki farkı görebiliyor musunuz? Evet. Biz çok azınlıktayız. Ruh sağlığı alanında özellikle... Elazığ depreminde orada psikososyal destek ekibi kuruluyor. Burada bir sosyal hizmet uzmanıyla görüşmüştüm. Bu ekibi özel olarak eğitime gönderip ondan sonra alana göndermişler. Ne gibi çalışmalar yürüttünüz diye sorduğumda biz grup müdahalelerinde, grup terapilerinde ve organizasyon işlerinde daha çok ön plana çıkıyoruz diye cevap verdiler. Bu kadar önemli çalışmalar yapabilen bir mesleğin yasal zeminde karşılığı yok. Bu durum ruh sağlığı yasasının eksikliğinden kaynaklanıyor... Dediğim gibi zaten bu uzun yıllardır tartışılan bir şey. Meslek yasası, ruh sağlığı yasası tartışması. Türkiye’de hangi meslekler hangi alanlarda çalışabilir? Hangi ruhsal bozukluklarla çalışabilir? Maalesef burada ciddi bir sorun var. Mesleki yetki, sınır, görev ve sorumluluklar belli değil. Bir karmaşa hakim. Terapi eğitimleri alıyoruz ancak uygulamamıza terapi mi diyelim, danışmanlık mı diyelim? Biz terapi yapıyor muyuz? Terapist diyebilir miyiz? Hayır. Terapi diyemiyoruz. Biz danışmanlık diyoruz daha çok. Örneğin bunlar net değil bir kere. İşte ruh sağlığı yasası olsa netlik oluşacak. Ya da diğer mesleklerle sınırlarımız nedir? Acaba psikologların alanına mı giriyoruz?” (K14).

Yurt dışında ruh sağlığı profesyonellerine yönelik K13 şunları ifade etmiştir:

“Türkiye’de klinik odaklı uygulamalara baktığımızda özellikle psikoloji ve psikiyatri disiplininin gelen uzmanların çok daha baskın bir rol aldığını görüyoruz. Ruh sağlığı profesyonelleri aynı işi yapmaktadır. Yurt dışında durum böyledir. Yani temel müdahale anlamında yurt dışında farklı lisans disiplinlerinden gelen bir anlayış var ve bu kabul görüyor. Ancak Türkiye’de klinik sosyal hizmet uygulaması dediğimiz alan diğer disiplinlerin arasında biraz kayboluyor. Yani bizim yaptığımız uygulamalar klinik uygulama değilmişçesine bazen değerlendirilebiliyor” (K13).

K7, sosyal hizmet uzmanlarının klinik uygulamalar yaparken salt terapist gibi ya da klinik psikolog gibi düşünüldüğü ifade ederek şunları ifade etmiştir:

“Sosyal hizmet uzmanını maalesef salt bir şekilde terapist olarak düşünebiliyor bazıları. Biz mesleki değerlerimizden, ilkelerimizden ve kavramlarımızdan çok da uzaklaşmadan bir terapötik ilişkiden bahsediyoruz. Bununla birlikte klinik psikoloji ile klinik sosyal hizmet arasındaki en basit farklardan biri kaba bir tabirle: Klinik psikoloji daha çok varsıl insanlara hizmet sunarken, klinik sosyal hizmet biraz daha yoksul olarak tanımladığımız insanların psikososyal işlevselliğini artırmaya çalışıyor diyebiliriz. Dolayısıyla arada biraz böyle bir farkın olduğunda söyleyebilirim. Dolayısıyla biz bir klinik psikolog rolüne çok da fazla bürünmeden kendi mesleğimizin değerlerinden, kavramlarından, bakış açısından, felsefesinden

*çok da uzaklaşmadan sosyal hizmetin her uygulama alanında klinik sosyal hizmeti görebiliriz, görmeliyiz ve uygulamalıyız diye düşünüyorum” (K7).*

Bu temada Türkiye’de bireysel ve kamusal alanda klinik sosyal hizmet uygulamalarının sosyal hizmet uzmanları tarafından yürütüldüğü görülmektedir. Ancak bu uygulamaların yasal bir temeli bulunmamaktadır. Özellikle Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’unda sosyal hizmet uzmanlarının sağlık çalışanı olarak değerlendirilmediği katılımcıların ifadeleri arasında yer almaktadır. Yeni çıkan Sağlık Meslek Mensuplarının Serbest Meslek İcrası Hakkında Yönetmelik’te de sosyal hizmet uzmanlarına yer verilmediğini ancak klinik sosyal hizmet uzmanlarının bu yönetmeliğe eklenmesiyle ilgili mücadeleler yürüttüğünü ifade edilmiştir. Ancak sadece klinik sosyal hizmet uzmanlarının değil sağlığın bütünlüklü yapısı nedeniyle (biyopsikososyal sağlık) sosyal hizmet lisans mezunlarının 4 yıllık eğitimleri sonrası Tababet Kanunu’nda sağlık çalışanı olarak yer alması gerekmektedir. Yine bu tema da bireysel olarak klinik uygulamalar yapan yüzlerce sosyal hizmet uzmanı olduğu ifade edilmiştir. Ancak bu konuda diğer ruh sağlığı profesyonellerinin dirençleri söz konusudur. Bu direnç “psikoterapi kimin işidir, kimler terapi yapabilir, sosyal hizmet uzmanları klinik uygulama yapamaz, terapi yapamaz” gibi tartışmaları beraberinde getirmektedir. Sosyal hizmet uzmanları terapi eğitimleri almalarına rağmen “terapi” kavramını kullanamamakta bunun yerine “danışmanlık” kavramını kullanmaktadır. Ancak klinik uygulamalar sosyal hizmet mesleğinin içerisinde yer almaktadır, yurt dışında bunun örnekleri mevcuttur. ABD’de ruh sağlığı profesyonelleri arasında sosyal hizmet uzmanları en fazla paya sahiptir. Bu Türkiye içinde geçerli olabilecek bir durumdur.

### **3.2.7. Bilinirlik**

“Klinik Sosyal Hizmet” teması altında “Bilinirlik” alt temasında katılımcıların klinik sosyal hizmetin bilinirliğine ilişkin görüşleri yer almaktadır. Katılımcıların görüşleri şöyledir:

*“Klinik sosyal hizmet çok bilinmiyor diyebilirim. Öğrenciler arasında da bilinmiyor. Biz söylediğimizde kulak aşinalıkları oluyor. Ama çok bildiklerini düşünmüyorum. Yani yüksek lisans da bence o bilinirlik biraz daha artıyor. Doktora da daha fazla artıyor. Duydukça, klinik uygulama yapabilme becerilerimiz olduğunu da gösterdikçe artıyor. Dediğim gibi yüksek lisans da tamam bazı klinik alanda çocuk ve ergenlerde sosyal hizmet dersini almıştım. Ama kliniğe giriyor mu girmiyor mu çok anlayamamıştım. Ama doktorada klinik sosyal hizmet dersi aldım, süpervizyon dersi aldım. Bunları gördükçe evet öyle bir alan var dedik. Doktorada bu alanla*

ilgili İngilizce kitaplar okutuldu. Dediğim gibi lisans düzeyinde ben klinik sosyal hizmetin bilindiğini düşünmüyorum. Lisans düzeyinde bireylerle sosyal hizmet, ailelerle sosyal hizmet, gruplarla sosyal hizmet dersleri var ama öğrenciler bu derslerin klinik alana da girdiğini bilmiyor. Lisans sonrası eğitim derecesi arttıkça biliniyor” (K2).

“Klinik sosyal hizmetin tanınırlığı hem sosyal hizmet akademisyenleri hem de sosyal hizmet uzmanları açısından giderek artıyor. Bu konuda bilinç artıyor diye düşünüyorum. Ancak diğer sosyal bilimler açısından düşündüğümüzde bu tanınırlığın aynı oranda olduğunu düşünmüyorum. Çünkü biz hala tam anlamıyla sosyal hizmetin tanınır olduğu bir toplumda değiliz. Bu nedenle klinik sosyal hizmetin tanınırlığını sağlamanın yolu sosyal hizmetin tanınırlığından geçiyor” (K3).

“Bence bilinmiyor. Neden? Çünkü biz kendi içimizde klinik sosyal hizmeti sindirememişiz, özümsememişiz. Sosyal bilimler içerisindeki diğer akademisyenler içinde klinik sosyal hizmet diye bir şeyi duymuş olabilirler diyebilirim” (K5).

“Sosyal hizmetin klinik uygulaması çok bilinmiyor. Çok bilinmediğini gözlemledim şimdiye kadar. Sosyoloji akademisyenleri, psikoloji akademisyenleri vesaire onların da çok bilgisinin olduğunu görmedim” (K7).

“Yani biz biliyoruz artık sosyal hizmet akademisyenleri olarak biliyoruz. Ama akademide bize çok yakın işte ruh sağlığı çalışanlarından psikiyatristler, psikologlar ve psikolojik danışmanlar harici çok fazla bizim klinik çalıştığımızdan haberdar değiller” (K8).

“Klinik sosyal hizmet bilinmiyor bu konuda bence en hızlı yapılması gereken şeylerden birisi klinik sosyal hizmet derneğinin açılması ve bu alana yönelik derginin açılması gerekiyor. Böyle olduğunda akademik camiada yavaş yavaş tanınmaya başlar. Ve buna yönelik ana bilim dallarını oluşturulması gerekiyor. Önce sosyal hizmet de bilinmiyordu ama öğrenci sayısı arttıkça artık insanlar biliyor. Aynı şekilde şu an klinik sosyal hizmet bilim dalları açılrsa ve öğrenciler mezun olsa 5 yıl sonra 6 yıl sonra bu soruyla çok muhatap olmayız” (K10).

“Klinik sosyal hizmet bilinirliği artan bir alan ama bilinirliği yeterli düzeyde değil. Bilinirliğinin artması için sosyal hizmetin içerisindeki konumu ve statüsü daha net bir şekilde vurgulanmalı. Bu alana özgü akademik yayınlar, kongreler, sempozyumlar ve lisansüstü tezlerle bu alanı bizim güçlendirmemiz gerekiyor. Diğer disiplinler içerisinde ise bilinirliğinin az olduğunu düşünüyorum” (K14).

“Bilinirlik neyle mümkündür? Bilinirlik o alanda çok çalışmanın yapılmasıyla mümkündür. Yasal düzenlemelerle mümkündür. Bu alanda çok fazla eğitim veren kurumun olması ile mümkündür. Biz az önce bu üçünün yetersiz olduğunu tartıştık. O zaman bilinirlik de bence bununla paralel olarak gidiyor. Onun için bilinirliğinin az olduğunu, belirsizliklerinin fazla olduğunu düşünüyorum bu alanın” (K17).

Katılımcıların sosyal hizmetin bilinirliğine ilişkin görüşleri incelendiğinde katılımcıların bir kısmı klinik sosyal hizmetin sosyal hizmet disiplini içerisinde tanındığını ifade etmiş, büyük bir kısmı ise bilinirliğinin az olduğu söylemiştir. Katılımcıların büyük bir kısmı diğer sosyal bilimler içerisinde klinik sosyal hizmetin bilinmediğini ifade etmiştir. Bir kısım katılımcılar ise ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin klinik sosyal hizmetten haberdar olduğunu ifade etmiştir.

K2, öğrencilerin klinik sosyal hizmeti bilmediğini, lisansüstü eğitim seviyesi arttıkça klinik sosyal hizmetin bilinirliğinin arttığını ifade etmiştir. K3, klinik sosyal hizmetin bilinirliğinin hem sosyal hizmet akademisyenleri hem de sosyal hizmet uzmanları arasında giderek arttığını belirtmiştir. K5, sosyal hizmet disiplini içerisinde klinik sosyal hizmetin tam kabul görmemesi nedeniyle bilinmediğini söylemiştir. K7, sosyal hizmetin klinik uygulamasının çok bilinmediğini ifade etmiştir.

K10, sosyal hizmetin de daha önce bilinmediğini, bilinirliğin öğrenci sayısının artmasıyla sağlandığını bu nedenle klinik sosyal hizmet bilim dalının açılarak bu alanda öğrenciler yetiştirilmesinin bilinirliği arttıracaklarını ifade etmiştir. K14, bilinirliğin artması için sosyal hizmet içerisinde klinik sosyal hizmetin konumunun netleştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. K17, klinik sosyal hizmete ilişkin bilinirliğin az belirsizliklerin ise çok olduğunu ifade etmiştir.

### 3.2.8. Temsiliyet

“Klinik Sosyal Hizmet” teması altında “Temsiliyet” alt temasında Türkiye’de klinik sosyal hizmete ilişkin temsiliyet konusuna yer verilmiştir. Katılımcıların bu konudaki görüşleri şöyledir:

*“Klinik sosyal hizmetle alakalı temsiliyetin sağlandığı bir dernek yok. Klinik sosyal hizmetin temsiliyeti ve hak savunuculuğu konusunda acil girişimlere ihtiyaç olduğunu düşünüyorum. Bu konuda mesleği mevcut durumda temsil eden dernekler yasal bağlamın oluşturulmasında öncülük etmeli, hak savunuculuğu yapmalıdır. Klinik sosyal hizmetin tanınırlığını arttırmak amacıyla yayınlar yapılmalıdır. Yine klinik alanda görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumluluklarının belirlendiği; klinik alana yönelik etik ilkeler ve prensiplerin belirlendiği bir yayın yapılabilirler. Klinik sosyal hizmetin yasal olarak tanınması için bakanlıklar düzeyinde gerekli temasların sağlanarak meslek tanıtımlarının yapılması gerektiğini söyleyebilirim” (K8).*

*“Örgütlenmemiz çok eksik diye düşünüyorum. Yani örgütlenmeye ilgili bir ihtiyaç var. En büyük şikâyetlerden bir tanesidir. Mesleğimizin derneğinin çok aktif olmadığını düşünüyorum. Klinik sosyal hizmet ve ruh sağlığı alanıyla ilgili evet, bazı paylaşımlar yapıyorlar, görüşmeler gerçekleştiriyorlar ama birçok noktada da çok atıl kaldıklarını düşünüyorum. Tabi ki sosyal hizmet uzmanların bireysel olarak kendilerinin de bir sorumluluğu var ama örgütlenme meselesinde en önemli sorumluluklardan bir tanesi derneğe düşüyor. Çünkü birçok krizde, birçok politik meselede çok sessiz kaldılar ve kalmaya hala devam ediyorlar. Bu klinik anlamda, klinik sosyal hizmetin tanınırlığı konusunda, ruh sağlığı yasası konusunda, ya da yayınlanan yeni yönetmelik konusunda mesela. Şu an açıklamalar yapılacak falan deniyor ama çok geç kaldık gibi geliyor bana” (K2).*

*“Birincisi, klinik sosyal hizmetle alakalı net bir yayın organımız yok. Bizde klinik sosyal hizmet uzmanları olarak makalemizi şuraya göndereyim diyeceğimiz net bir*

*yayın organımız yok. Birincisi bu. İkincisi, siyasi temsiliyette bırakın kliniği, bir bakanımızın sosyal hizmet uzmanı olmasına rağmen, sosyal hizmette bile temsiliyetin olduğunu düşünmüyorum. Klinik zaten artık devede kulak. Maalesef böyle düşünüyorum. Çünkü kendi bakanlığımıza baktığımızda bakanımız sosyal hizmet uzmanı değil. Yönetimde de sosyal hizmet uzmanı olan kimse yok diye biliyorum. Sivil toplum konusunda temsiliyet sağlayan kuruluşların klinik sosyal hizmete yönelik çalışmaları yok. Hatta sivil toplum kuruluşlarından birinde bir toplantı sırasında klinik sosyal hizmetle alakalı bir konuşma geçti ancak bu konuda herhangi bir adın atılmadı. Yine sosyal hizmetle alakalı yapılan kongreler var ancak burada klinik sosyal hizmete yönelik bir tema ya da çalışma belirlenmedi” (K15).*

*“Sosyal hizmetin sivil toplumda temsiliyetini sağlayan dernekler aracılığıyla klinik sosyal hizmet uygulamasının tanımlanmasına zemin hazırlamak amacıyla klinik sosyal hizmetin tanımını, müdahale alanlarını, sorumluluklarını ve önemini çerçeveleyen bir kitapçık hazırlanabilir. Yine çalıştaylar yapılabilir diye düşünüyorum” (K5).*

*“Klinik sosyal hizmetin gelişmesini sağlamak için lobicilik faaliyetleriyle meclis düzeyinde çalışmalar yürütülmesi gerektiğini düşünüyorum” (K6).*

K18'e göre klinik sosyal hizmeti temsil edecek bir dernek bulunmamaktadır. Bu bağlamda klinik sosyal hizmetin tanınırlığı, temsiliyeti ve uzmanların haklarının savunulması için girişimlere ihtiyaç vardır. Sosyal hizmeti temsil eden mevcut derneklerin klinik sosyal hizmetin tanınırlığı ve bu alanda yasal düzenlemelerin oluşturulması için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. K2, meslek derneğinin klinik sosyal hizmet konusunda pasif kaldığını ifade etmiştir.

K15, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı yönetiminde sosyal hizmet uzmanı olmadığını ifade etmiştir. Klinik sosyal hizmete ilişkin bir yayın organı bulunmadığı bilgisini vermiştir. K5 ise sosyal hizmet derneklerine yönelik klinik sosyal hizmetin tanınırlığının sağlanması için kitapçık hazırlanması önerisinde bulunmuştur. K6 ise klinik sosyal hizmetin gelişmesi için meclis düzeyinde lobicilik faaliyetlerini önermiştir.

### **3.2.9. Öznel Deneyimler**

“Klinik Sosyal Hizmet” teması altında “Öznel Deneyimler” alt temasında katılımcıların klinik sosyal hizmete ilişkin öznel deneyimleri yer almaktadır. Katılımcıların bireysel bağlamda yaşadıkları durumlar, mesleki ve duygusal deneyimler değerlendirilmiştir. Bu kapsamda araştırmacı tarafından öngörülemeyen (beklenmedik) bulgulara yer verilmiştir. Bu bulgular, katılımcıların kişisel deneyimlerinden hareketle klinik sosyal hizmet alanında karşılaşılan farklılıkları ve çeşitliliği ortaya koymaktadır.

Katılımcıların deneyimleri şöyledir:

“Biz klinik sosyal hizmet derken hala çok kişi şaşırıyor. İlk defa duymuş gibi. Hatta şunu da söyleyeyim. Klinik ve sosyal hizmet ne alaka diye bu tarz sorularla çok fazla muhatap olmuşluğum var ve bu sorular bazen sosyal hizmetin içindeki kişilerden geliyordu” (K10).

“Örneğin ben klinik uygulama yaparken benimle birlikte mezun olan arkadaşlarım “Sen gerçekten bireyle çalışabiliyor musun?” şeklinde sorular soruyorlardı” (K7).

K10 ve K7'nin ifadeleri klinik sosyal hizmetin klinik yönünün bilinmediğine yönelik kişisel deneyimlerdir.

“Sosyal hizmet alanında psikoterapi yapan hocalar varsa onlar da benim gibi psikoloji okumuştur diye tahmin ediyorum. Ben de psikoloji okudum ek olarak. Mesela benim bir lisansım sosyal hizmet ama ikinci bir lisansım psikoloji. Ben psikoloji eğitiminin üzerine aldım bu psikoterapi eğitimlerini. Yani esasen sosyal hizmetin üzerine almış gibi görmüyorum. Zaten kabul almamız da zor. Bir danışan bile bize geldiği zaman ekseriyetle ve özellikle gençler soruyor yani ne eğitim aldınız diyor. Ben de o danışanlara sosyal hizmet eğitimi aldım demiyorum açıkçası. Ben psikolog olduğumu, psikoloji lisansımın üzerine bunları çalıştığımı söylüyorum. Yani Türkiye’de öyle şey beklenmez. Yani sosyal hizmet okudum tek lisansım sosyal hizmet üzerine de psikolojiden bir master yaptığım gibi bir algı pek yani ben karşılaşmadım bilmiyorum böyle bir hocalarımız var mı da varsa da çok nadirdir. Genellikle çift lisanslıdır diye düşünüyorum. Ancak bunun dışında sosyal hizmet okuyup bunun üzerine eğitimler alıp terapistim diyenleri çok bilmiyorum açıkçası” (K11).

“Mesela bir arkadaşım doktorasını bitirdi. Psikanaliz eğitimi alıyor ve psikoloji lisansı okuyor, yakın bir zamanda mezun olacak. Böyle birkaç tane tanıdığım var sosyal hizmet mezunu olup psikoloji okuyanlar. Çünkü bir yere sığmak istiyorlar psikoloji lisans mezunu olup işte klinik psikolojiden yüksek lisans yaptığınızda klinik alanda çalışmış oluyorsunuz size daha sağlam bir zemin veriyor. Türkiye bağlamında gerçekten akredite edilmiş terapi eğitimleriyle de bu işi sürdüremeyebiliyorsunuz yani o kişinin psikanalist olması için illa psikoloji mi okuması mı gerekiyordu hayır okuması gerekmiyordu ama o Türkiye bağlamında kendini daha güvende hissetmek istediği için psikoloji okudu” (K12).

“Uzmanlaşmayı düşünenler yüksek lisans programlarını denemeye çalışıyor. Oradaki katı bir sınır var bilirsiniz. Çoğu zaman giremiyorlar ama tekrar çalışıp psikoloji lisans eğitimine girmek zorunda kalan arkadaşımı biliyorum. Bu işlerde devam etmek istediği için. Bu aslında bir mecburiyete dönüşüyor. Bu mecburiyetin mutlaka kırılması lazım” (K13).

K11, K12 ve K13'ün ifadelerine bakıldığında, klinik sosyal hizmet uygulamalarının Türkiye bağlamında yasal karşılığı olmaması nedeniyle sosyal hizmet uzmanlarının klinik alanda uzmanlaşmak ve psikoterapi yetkisi alabilmek amacıyla psikoloji lisans programlarına yöneldikleri görülmektedir.

“Ben klinik odaklı yüksek lisans programından mezun oldum. O dönemde şey diye düşünüyorduk önce klinik deyince mutlaka bir hastanede yapacağız. Hastanede veya özel bir klinik merkezde yani gerçekten böyle beyaz önlüklülerin gezindiği yerlerde yapacağız diye düşünmüştük arkadaşlarla. Ama klinik sosyal hizmet her yerde yapılabilir” (K9).

*“Yani insanlar şeyi merak edebiliyor klinik odaklı doktoradan mezun olunca ne yapabilirim? Bende böyle düşünmüştüm, klinik doktorasını bitirdim ne yapabilirim? Bunun içerisinde olan insanlarda dahi böyle bir kafa karışıklığı var. Çünkü pek çok kez görüşmemiz sırasında değindiğimiz üzere yasal bir zemine oturtulmamış, yasal karşılığı yok. Hal böyle olunca mesleğin uygulayıcılarının dahi kafası karışırken bırakın diğer sosyal bilimcileri hani onların iyice karışır ve eminim anlam vermiyorlardır bunun nasıl bir şey olduğunu” (K17).*

K9 ve K17 klinik odaklı lisansüstü programlardan mezun olan iki katılımcıdır. Ve lisansüstü klinik programlara yönelik kendilerinin de kafa karışıklığı yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

K12, klinik sosyal hizmet alanına ilişkin deneyimlerini şöyle ifade etmiştir:

*“Terapi eğitimlerine ekstra maddi yatırım yapmak gerekiyor. Sosyal hizmet eğitimi biraz daha kaliteli olsa belki biraz daha farklı olacak bazı şeyler ama ben açıkçası bir şeylerden beslenmeyi bu terapi eğitimlerinde buldum çünkü gerçekten var olan sosyal hizmet eğitimi beni donatmadı. Bana derinleşme imkanı vermedi. Dolayısıyla ben de paramı, zamanımı ve emeğimi terapi eğitimlerine verdim. Oradan beslenmeye çalıştım. Bir arkadaşım daha var terapi eğitimleri alan bu eğitimler sürecinde çalıştığımız okuldaki öğretim üyeleri tarafından terapi eğitimi aldığımız için zorbalandık” (K12).*

*“Alanda ve akademi de klinik uygulama yapan sosyal hizmet uzmanları bir araya gelebilir yani gelse güzel olur mesela ben kendimi bu anlamda çok yalnız hissettim” (K12).*

K12, sosyal hizmet eğitiminin kendisine uzmanlaşma sağlamadığını bu nedenle terapi eğitimleri aldığını, terapi eğitimlerinin ekstra maddi zorlukları olduğunu ve terapi eğitimleri alırken bu eğitimleri aldığı için zorbalandığını ifade etmiştir. K12 yine klinik sosyal hizmet alanında diğer uygulayıcılarla bir araya gelmenin iyi olacağını, kendisini bu anlamda yalnız hissettiğini ifade etmiştir. K12 farklı bir deneyimini ise şöyle ifade etmiştir:

*“Bence bu süreçte yapılması gereken en önemli adımlardan biri kişinin kendi terapisini de alması. Terapi eğitimlerinde vaka sunumlarında tetiklenme yaşadığımız durumlar olabiliyor ya da seans sırasında danışan görürken danışanın anlattıklarından tetiklenebiliyoruz. Ben eğitimlerde tetiklenmişim mesela. Olabilecek bir durum ancak burada önemli olan o tetiklenme sürecinde seansı devam ettirebilmek. Ancak bunun için uzmanın kendi terapisini alıp daha sağlıklı terapötik müdahalelerde bulunması gerekiyor. ...çünkü ben varım odada birde danışan var, ikimiz varız yani ikimizin ruhsallığı çarpışıyor dolayısıyla ben orada tetiklenirsem, kilitlenirsem ya da donarsam yani faydayı bırak karşı tarafa zarar verecek o yüzden tetiklenmeyi müdahaleye yansıtılmamak ve seansı dengede tutmak için kendi terapi sürecimize devam etmek önemli” (K12).*

K12, eğitimler sırasında tetiklendiğini ifade ederek klinik uygulayıcıların kendi terapilerini alması gerektiğini ifade etmiştir. Kendi terapisini alma konusunda K2’de deneyimlerini şöyle ifade etmiştir:

“Etrafımda birçok olan sosyal hizmet uzmanı süpervizyon almaya, terapi almaya dahi çok uzaklar. Ben ne alacağım diyor. Niye almama gerek var? Yani sadece senin uygulamalarıyla ilgili değil ki, seninle ilgili bir mesele var. Yani benim yaşadıklarım, geçmiş hayatımdaki belki travmalarım, deneyimlerim, belki beni bugüne getirenler, yaşantılarım hepsi aslında bir bütün. O yüzden senin o bütün içerisinde müracaatçına nasıl yaklaştığını etkiliyor zaten bunlar. Ama o farkındalık henüz gelişmemiş diye düşünüyorum. Süpervizyon ve kendi terapimizi alma konusunda çok eksikiz Türkiye’de. Yani keşke oturabilsek diye düşünüyorum. O yüzden bireysel anlamda kendi içsel farkındalığımızın, içgörümüzün eksik olduğunu kendimizi geliştirmemiz gerektiğini düşünüyorum” (K2).

K14, doktora tezi için klinik odaklı bir konu seçtiğini ve bu konuda tez komitesini ikna etmekte zorluk yaşadığını şöyle ifade etmiştir:

“Ben doktora konumu klinik alandan belirlediğimde çok zorlandım. Çalışmak istediğim konu klinikten uzaklaştırılmaya çalışıldı. Tez komitemde yer alan hocaları doktora tezim konusunda ikna etmekte güçlük yaşadım. Yine doktora tezinde klinik çalışmak isteyen ve seçtiği klinik konuyu tez komitesine kabul ettirmekte zorluk yaşayan bazı arkadaşlarım oldu... Halbuki ABD’de, İngiltere’de, İsrail’de, Almanya’da yüz yıl öncesinden sosyal hizmet uzmanlarının klinik çalıştığı, klinik uygulamalar yaptığı dünyada bizler günümüz şartlarında şu alanda danışmanlık yapıyorum dediğimizde başka bir alana hükmediyorumuz gibi tepkiler alıyoruz” (K14).

K17, klinik odaklı doktora programının ilk mezunları arasında yer aldığını ifade ederek deneyimlerini şöyle ifade etmiştir:

“Yani şöyle çalışma alanlarımı da daha çok bu alanda yoğunlaştırdım. Neden? Bilgi sahibi olunmadan fikir sahibi olunmaz. Benim topluma ilişkin bilgim lisans eğitimimden geliyor. Onun üzerine bir şey katmadım. Ama klinik odaklı sosyal hizmet doktora programında kendime çok şey kattığımı düşünüyorum. Çok farklı perspektifler öğrendiğimi düşünüyorum. Kişisel ilgim doğrultusunda da bu konuda kendimi geliştirdiğimi düşünüyorum. Bu anlamda okulda bize bu süreçte destek olan hocalarımıza böyle bir programı açtikları ve bize öğrettikleri için teşekkürü de bir borç bilirim. Doktora eğitimime devam ederken aynı zamanda alanda çalışıyor olduğum için bu öğrendiğim bilgiyi orada uygulama imkânı bulmak benim için paha biçilemezdi. Ve kendimi bu alanda geliştirmek istedim. Klinik alan deyince herkesin aklına ilk gelen meslek klinik psikologlardır. Klinik psikolog çalışma arkadaşlarımla ortak dili konuşmaya başladığımı fark etmeye başladım. Birbirimizle klinik tartışmalar içerisine girdiğimizi fark etmeye başladım. Bu benim için önemli bir kazanımdı. Çünkü mevcut sosyal hizmet eğitimiyle böyle bir tartışma içerisine girmemiz mümkün değil. Bu önemliydi. Ve çalışma alanımın dediğim gibi klinik bir alan olması o dönemde bana çok şey kazandırdı. Yani ben bir üniversitede bir araştırma görevlisi olup bu doktora programına devam etseydim yine belki bir şeyler asılı kalabilirdi. Ama ben alanda çalışan bir uzmandım alanda çalışırken doktora programına devam ettim. Bunun alandaki yansımaları birebir yaşadım. Bu paha biçilemez bir deneyimdi benim için” (K17).

Araştırmacı, görüşmeler sürecinde katılımcıların bir kısmının sosyal hizmet alanında klinik ekol ve makro ekol söylemleri üzerine sosyal hizmet alanında bu iki

ekolün var olup olmadığı sorusunu yöneltmiştir. Katılımcılar bu konuda şunları ifade etmiştir:

*“Bu konu net bir şekilde ifade edilmesede bence var ve güzel konuya değindiniz. Bunu fark etmiş olmanızı takdir ediyorum doğrusu. Bence böyle iki ekol var. Bir yön makroya gidiyor. Bir yön ise bireysel düzeyde, mikro düzeyde ilerleyen bir ekole gidiyor. Ben kliniğin daha hareketli daha enerjik ve biraz daha böyle altyapısı sağlam olduğunu ve daha güçlü ilerlediğini düşünüyorum” (K14).*

*“Böyle evet. Ben samimi konuşmayı severim. Bunun böyle olmadığını iddia eder herkes. Yani sorduğun da hayır biz hep birlikteyiz falan diye böyle bir konuşma yaparlar ama var. Net bir şekilde bunu biz kendi ders programlarımızı hazırlarken bile hissediyoruz. Yani işte makro çalışan bir hoca klinik hiçbir dersi vermez, verdiremezsiniz. İşte klinik çalışan hoca makro dersi vermek istemez. Çok net bir ayrımı vardır onun” (K15).*

*“Evet, kesinlikle var. Bazı şeylerde gördüğümüzü ve gözlemlediğimizi söylememiz gerekir. Ben buna inanıyorum. Yani ben özellikle bunu görüyorum yani yalan söylemeyeceğim klinik ve makro alan bağlamında böyle büyük bir ayrışma var. Bu benim fikrimi yansıtmıyor ama gözlemlediğim kadarıyla sanki makro alan daha değerliymiş gibi bir algı var. Ya da tam tersi klinik daha kıymetliymiş gibi bir ayrım var. Ama olması gerekir mi? Çünkü sosyal hizmetin bir alanı diğerinden dışladığın takdirde çok da bir anlamı kalmıyor. Bütüncül bir meslek. Sosyal adalet ve insan hakları temelinde uygulamalar yapan bir meslek. Bu temelde düşündüğün zaman sosyal hizmeti hangi alanda yaptığının ya da hangi ekolle çalıştığının çok da bir anlamı yok aslında. Elimizde bir kantar olsa, işte ikisini de koysak biri birine ağır basar mı? Hayır. Bunun için Türkiye’de klinik sosyal hizmet neden hak ettiği değeri görmez, yurt dışında ne gibi farklılıklar var da bu kadar ilerlemiş durumda bunu tartışalım ya da diğer taraftan makro sosyal hizmet Türkiye’de nasıl daha iyi yerlere gelir bunu tartışalım” (K18).*

*“Yani şöyle şimdi bizde bir uzmanlaşma anlayışı yok biliyorsunuz. Eğitim süreçlerimizde de yok. Bu durum lisans eğitiminden sonra insanların bir yola yönelmesi ile ilgili. Ama ben böyle toplumcu, klinikçi bu türden ayrımların meslek ruhumuza da uygun olmadığını düşünüyorum aslında. Bunun da ayırma yapıcı bir yerde olduğunu düşünüyorum. Yani bu hocalarımızın çalışma alanlarıyla ilgili bir durum. Ama insanların iyilik hali, toplumumuzun iyilik hali her iki bakış açısını da gerektiriyor. Her ikisinin de layığıyla yapılması gerektiğini gerektiriyor. Ben buradan bakıyorum açıkçası. İşte ben klinikçiyim. Başka hiçbir şeye bakmam gibi bir şey söylemiyorum. Yani ben toplumla çalışan bir hocamızla bu iki bilgiyi birleştirici bir çalışma içerisinde neden girmeyeyim insanların faydasına olacaksa? Açıkçası o toplumcu o klinikçi gibi bir ayrım değil de biz ancak ortak yaptığımız ve kendi yaptığımız işin en iyisini yaparak toplumumuza bir şeyler kazandırabiliriz düşüncesindeyim. Açıkçası olaya böyle bakıyorum. Böyle bir ayrım var mıdır? Yani diğer insanlar açısından var olabilir. Ama bu dediğim gibi uzmanlık alanları, çalışma alanları, ilgi alanları doğrultusunda olan bir şey. Hiç kimseyi o toplumcu diye eleştirmekte uygun değil. Hiç kimseyi o işte klinikçi toplumdaki anlamaz, toplumun ihtiyaçlarını görmezden gelir şeklinde eleştirmesinin de uygun olmadığını düşünüyorum” (K17).*

Katılımcılar sosyal hizmet alanında klinik ekol ve makro ekolün var olduğunu ifade etmiştir. K17, bu iki ekolün lisans eğitimi sonrası kişinin çalışmak istediği alanla ilişkili

olduğunu bunu ayırma olarak görmek yerine her iki ekolün de layığıyla yapılarak topluma faydalı olmak gerektiğini ifade etmiştir.

### 3.2.10. Engeller ve Öneriler

“Klinik Sosyal Hizmet” teması altında “Engeller ve Öneriler” alt temasında katılımcıların klinik sosyal hizmet alanına yönelik engeller ve bu engellere yönelik önerileri yer almaktadır. Katılımcıların bu konudaki ifadeleri şunlardır:

*“Örgütlenmemiz çok eksik diye düşünüyorum. Müfredatlar en temel sorunlardan bir tanesi. Düzelmesini de çok mümkün görmüyorum yani yakın zamanda mümkün görmüyorum. Tabi ki aynı müfredat olması söz konusu olmaz ama üniversiteler arası benzerliklerin yoğun olduğu bir müfredatımız yok Türkiye’de sosyal hizmet açısından. Bu durum klinik sosyal hizmetin gelişmesini de engelliyor, önünün açılmasını da engelliyor. Müfredat haricinde konuşacak olursak, akademisyenlerin kendini geliştirmişlik seviyeleri de yapısal sorunlardan bir tanesi. Genelci yaklaşım konusunda da bize hep genelci uygulama verdiler. Genelci uygulama evet yararlı değil. Klinik sosyal hizmeti engelleyen ve onun görünmezliğini arttıran şeylerden bir tanesi ama bizim Türkiye’de de başka nasıl bir şey verilebilir, ondan da emin değilim. Bu konuda birde açıköğretim konusu var. Yani açıköğretim benim kabul etmediğim bir eğitim şekli. Ve çok fazla mezun veriyorlar. Bu durum sosyal hizmet mesleğinin gerçek manada tanınırlığını olumsuz etkiliyor” (K2).*

K2, klinik alana yönelik örgütlenme yetersizliği, müfredatlar, akademisyenlerin gelişmişlik seviyesi, genelci yaklaşım, açık öğretim gibi konularda yaşanan problemlerin klinik sosyal hizmetin gelişimine engel olduğunu ifade etmiştir.

*“Mevzuatlarımız yetersizler, koordinasyonsuz. Bakıyoruz her bir bakanlıkta ayrı ayrı parça parça mevzuatlar. Klinik sosyal hizmet eğitimlerinin maliyeti gerçekten çok fazla ve eğitimler zaman alıcı. Yine bu konuda kurum ve kuruluşlarda görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının eğitim süreçlerinde kurum amirlerinden izin alamadığını yürüttüğüm bir proje sürecinde bizzat şahit oldum. Bu noktada alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının klinik bilgi ve becerilerini geliştirme isteklerine görev aldıkları kurumların ve amirlerinin cevap vermesi gerekiyor... Lisansta tıbbi sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet, klinik sosyal hizmet ve psikopatoloji derslerinin olması lazım. Klinik sosyal hizmet yüksek lisans ve doktora programlarının olması gerekiyor” (K3).*

K3, mevzuatların yetersiz, var olan mevzuatların ayrı ayrı ve koordinasyonsuz olduğunu ifade etmiştir. Klinik sosyal hizmet eğitimlerinin maliyetli ve uzun süreli eğitimler olduğunu belirtmiştir. Alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının klinik bilgi ve becerilerini geliştirme isteklerine görev aldıkları kurumların ve amirlerinin kolaylık göstermesi gerektiğini vurgulamıştır. Müfredata yönelik tıbbi sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet, klinik sosyal hizmet ve psikopatoloji derslerinin müfredata eklenmesi

önerisinde bulunmuştur. Klinik odaklı lisansüstü eğitim programlarının olması gerektiğini ifade etmiştir.

*“Eğitim engelimiz var. Bir tanesi bu. Belirli derslerin verilmesi gerekiyor. Bireysel görüşme, bireyle sosyal hizmet, grupla sosyal hizmet, toplumla sosyal hizmet, kuram, psikopatoloji ve davranış bozuklukları, ruh sağlığı gibi. İkincisi, bazı bakanlıklarda sosyal hizmetin ele alınış biçimini değiştirmek lazım. Örnek veriyorum, sosyal çalışma görevlisi diye başka meslek gruplarını aynı çatı altına almış olması bu kabul edilemez bir durumdur. Sosyal hizmet uzmanlarının kendine güvenmesi, mesleğinin itibarı için meslek savunuculuğu yapması gerekiyor” (K4).*

K4, klinik sosyal hizmetin gelişimine yönelik eğitim engelinden bahsederek bireysel görüşme, bireyle sosyal hizmet, grupla sosyal hizmet, toplumla sosyal hizmet, kuram, psikopatoloji, davranış bozuklukları ve ruh sağlığı gibi derslerin sosyal hizmet bölümü müfredatlarına eklenmesi gerektiğini ifade etmiştir. Sosyal çalışma görevlisi adı altında başka meslek gruplarının aynı çatı altına alınmasının kabul edilemez bir durum olduğunu, değiştirilmesi gerektiğini söylemiştir. Sosyal hizmet uzmanlarının mesleğin itibarı için kendilerine güvenerek meslek savunuculuğu yapması önerisinde bulunmuştur.

*“Bir kere bilinirliğinin düşük olması bir engel. Akademideki hocaların sahadan uzak kalmaları ve bu alandaki sorunları görememeleri engel olabilir diye düşünüyorum” (K5).*

*“İlk engel yasal dayanağın olmaması. Bu anlamda sosyal hizmet uzmanlarının da gerekli eğitimleri aldıkları taktir de terapi yapabilmelerine dair yasal düzenlemenin yapılması gerekiyor. Onun dışında akademik camiada klinik sosyal hizmet alanının var olduğu, önemli ve gerekli bir alan olduğu vurgusu yapılmalıdır. Diğer meslek elemanlarına klinik sosyal hizmetin anlatılması lazım”(K6).*

*“Mutlaka ve mutlaka bir mevzuat gerekiyor. Evet, burada sosyal hizmet uzmanlarının klinik uygulamada bulunabilmeleri için sahip olmaları gereken birtakım kriterler tanımlanmalı. Klinik sosyal hizmetin gelişmesinin önündeki bir diğer engel diğer alanlarda olduğu gibi özellikle üniversitelerden sorumlu çatı kuruluş olarak görülen YÖK (Yüksek Öğretim Kurumu) tarafından klinik sosyal hizmetin bilinmeyişi. Bilinmeyişini nasıl peki giderebiliriz? Daha çok çalışma yaparak bu alanda daha çok yazarak daha çok konuşarak bunu bilinir hale getirebiliriz. Karar vericileri bu bağlamda etkileyebiliriz. Tabii bunları yapabilmek için önce iyi bir klinisyen olmamız lazım. Ve iyi bir klinisyen olmak için iyi eğitimler almış olmak lazım. Pek çok terapi ekolunu bilmek lazım. Mesela akademisyenlerin yine uygulamadan geliyor olması çok önemli. “Müfredat yeterli değil klinik odakta çalışan hocalar destlerini terapötik bağlamda anlatabilir. Örneğin ben kuram dersini ya da müdahale dersini daha terapötik odaklı anlatıyorum. Dolayısıyla ben müfredatın değiştirilmesinden ziyade klinik odaklı hocaların daha çok istihdam edilmesi ve klinik odaklı hocaların yetiştirilmesi gerektiğini düşünüyorum”(K7).*

K5, klinik sosyal hizmetin bilinirliğinin düşük olmasının bir engel olduğunu, akademideki hocaların sahadan uzak kalarak sahadaki sorunları yeterince göremediğini savunmuştur. K6'ya göre klinik sosyal hizmete yönelik ilk engel yasal düzenleme

eksikliğidir. Sosyal hizmet uzmanlarının gerekli eğitimleri alması durumunda terapi yapabilme yetkisine yönelik yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Akademide klinik sosyal hizmetin, önemli ve gerekli olduğu vurgusu yapılmalı, diğer meslek elemanlarına klinik sosyal hizmet tanıtılmalıdır. K7 mevzuatın önemli olduğunu vurgulamıştır. Sosyal hizmet uzmanlarının klinik uygulama yapabilmesi için gerekli kriterlerin belirlenmesi gereklidir. YÖK'ün klinik sosyal hizmeti tanımaması engellerden bir diğeridir. Klinik sosyal hizmetin bilinirliğinin artırılması ve karar vericilerin disiplinin öneminin farkına varması gereklidir. K7 eğitim konusunda müfredat değişikliği yerine klinik odaklı akademisyen yetiştirilen programların artırılması, klinik odaklı akademisyenlerin daha fazla akademiye alınması ve klinik odaklı çalışan hocaların var olan dersleri klinik odaklı işlemesi gerektiğini ifade etmiştir.

*“Sosyal çalışma görevlisi, açıköğretim gibi engeller var... Klinik sosyal hizmeti elden bırakmadan sağlık çalışanı olduğumuzu ve iyileştirici yerde de aktif rolümüzün olduğunun her daim altını çizmek önemli. Ancak bu şekilde politikalara müdahil olabiliriz. Ancak bu şekilde bir yasada gözden kaçırılmayacak konumda olabiliriz. Ve bu anlamda adımızı duyurmak adına meslek savunuculuğu her yerde yapmak lazım. Bu şekilde çok daha sesimizin çıkması gerektiğini düşünüyorum... Lisans düzeyinde psikopatolojiyi almamız lazım. Farmakoloji dersi olabilir. Hangi tanıda hangi medikal tedavi görülmesi gerekiyor bunları biliyor olmak bizi bu alanın içinde daha güçlü kılar. Psikopatoloji ve içerisinde DSM-5'i de almamız lazım. Bu lisans için yeterli. Yüksek lisans programlarında bizim klinik sosyal hizmet uzmanı olabilmemiz için klinik sosyal hizmet programlarının açılması gerekli. Şu anki var olan programlar bunu kapsamıyor. Size böyle bir yetkinlik vermiyor ” (K8).*

*“Ruh sağlığı yasasının olmaması ve sağlık lisansiyeri sayılamamız temel engel olarak sayılabilir. Türkiye'de okulların çok fazla olması ve müfredatların buna uygun olmaması. İkincisi hocaların buna uygun olmaması. Hani alan dışı hocaların olması. Ve okullarda ekol farklılıkları var. Yani bu tabii ki güzel bir şeydir. Çeşitlilik katar. Ve ben bunun da çok önemli olduğunu da düşünüyorum. Hani ekol bence değerlidir. Ama bazı üniversitelerde daha çok makro bir perspektif var. Başka bir üniversitede bakıyoruz daha klinikçi bir ekol var. Müfredat farklılıkları çok fazla. Evet, genelci uygulama çok önemli ancak insan ilişkilerindeki farklı dinamikleri bilmek adına genelci uygulama içerisinde temel olan klinik ve makro derslerin verilmesi gerektiğini düşünüyorum ” (K9).*

K8'de sosyal çalışma görevlisi tanımının ve sosyal hizmetin açıköğretim programlarının sosyal hizmet uygulaması ve eğitiminin gücünü zayıflattığını ifade etmiştir. Ona göre sosyal hizmet uzmanlarının sağlık çalışanı olduğu vurgusu yapılmalıdır. Klinik sosyal hizmet yüksek lisans programlarının açılması ve bu programlardan mezun olan kişilerin klinik sosyal hizmet uzmanı olarak tanınması ve yetkinlik verilmesi gerekir. Lisans derslerine farmakoloji, psikopatoloji, DSM-5 gibi dersler eklenmelidir. K9, ruh sağlığı yasasının olmayışını, sosyal hizmet uzmanlarının

sağlık personeli sayılmamasını, sosyal hizmet bölümlerinin çok sayıda oluşunu engel olarak ifade etmiştir. Müfredatların klinik ekol ve makro ekol anlayışıyla çok farklı hazırlandığını ifade etmiştir.

*“İlk engel belki de algı olabilir. Sosyal hizmet camiasının kliniğe yönelik olumsuz algısı bir engeldir. İkinci engel eğitim noktasındadır. Lisans, yüksek lisans ve doktora da mutlaka ama mutlaka klinik sosyal hizmetle ilgili dersler bulunması lazım. Klinik sosyal hizmet, psikopatoloji, insan davranışı, insan gelişimi, neuroscience (nörobilim) gibi dersler verilebilir” (K10).*

K10, sosyal hizmet disiplini içerisinde kliniğe yönelik olumsuz algıyı engel olarak görmektedir. Yine eğitim noktasında engeller bulunduğunu ifade ederek lisans, yüksek lisans ve doktora programlarında klinik odaklı derslere yer verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Klinik sosyal hizmet, psikopatoloji, insan davranışı, insan gelişimi ve neuroscience gibi dersler eklenmesini önermiştir.

*“Türkiye’de de konjontürel olarak klinik sosyal hizmetin gelişmesi önünde bir nüfus gibi bir paradigma var. Şimdi nüfus engeldir desem bu hoş bir şey değil. Bunun çözümü nedir? İkinci mevzu, refah payı ya da ülkenin ekonomik kapasitesi engeldir desem nasıl arttıracaksınız? Böyle altı doldurulamayacak olan bir öneride de bulunmak istemiyorum. Ne yapacağız? Dolayısıyla coğrafi sınırlılık gibi düşünebilirsiniz bunlar doğal sınırlılıklarımızdır. Türkiye gibi bir coğrafyada klinik sosyal hizmet ancak sınırlı bir şekilde gelişebilir. Sadece gelişebileceği, sınırlılıklar çerçevesinde bazı alanlar vardır. Bu bir, müfredat alanında gelişebilir. İki, doğrudan biz bunu hukuki zeminde geliştiririz ve sosyal çalışmacının psikoterapi uygulayabileceği, yetişkinlerle ve yaşlılarla çalışabileceği ama çocuklarla değil. Çünkü çocuklar spesifik bir alandır, ihmal ve istismara açıktır. Sadece bakanlık çalışabilir çocuklarla ama yetişkin ve yaşlı bireylerle çalışılabilir. Ama kamuya mal olmuş bir klinik sosyal hizmet mümkün değil, altı boş bir hayal olur sadece Türkiye için” (K11).*

K11, Türkiye’nin nüfus ve ekonomik yapısı nedeniyle klinik sosyal hizmetin doğal sınırlılıklar çerçevesinde gelişebileceğini ifade ederek müfredatlar konusunda değişiklik yapılabileceğini ve yasal düzenlemelerle sosyal hizmet uzmanlarının psikoterapi yetkisi alabileceğini ifade etmiştir.

*“Akademisyenlerin özellikle dediğim gibi müfredat düzenlemelerinde öncü rol oynaması gerekiyor. Akademisyenler ile alandaki uygulayıcılar arasında bir kere kopukluklar var özellikle Türkiye’de vaka örnekleri sorunu var ciddi anlamda. Dolayısıyla alanda çalışan sosyal çalışmacıların deneyimlerinin müfredata yansıtılması kitaplar ve makalelerin sayısının artırılması gerekiyor bu noktada akademisyenlerin alandaki sosyal çalışmacılarla iş birliği yapması gerektiğini düşünüyorum. Yine öğrencilerin uygulamalı dersleri özel kliniklerde yapabilmesine imkân verilmeli. Evet devlet kurumlarında uygulamalara katılıyorlar ancak klinik uygulamaların ve vakaların yoğun olduğu merkezlerde staj yapmalarına imkân verilmeli diye düşünüyorum” (K14).*

K14, özellikle Türkiye'de vaka sunumlarının azlığını bir sorun olduğunu ifade etmiştir yine bu bağlamda akademisyenler ve alandaki uygulayıcılar arasında kopukluklar olduğunu öne sürmüştü ve vaka örneklerinin daha çoğalması amacıyla kitaplar ve makalelerin sayısının artırılması gerektiğini ifade etmiştir. Bu doğrultuda akademisyenler ve alandaki sosyal çalışmacıların işbirliği yapması gerektiğini önermiştir. Lisansta öğrencilerin uygulamalı dersleri klinik uygulamaların ve vakaların yoğun olduğu özel merkezlerde yapabilmelerine imkân verilmesi gerektiğini önermiştir. Son olarak klinik odaklı çalışmalar yapan akademisyenlerin müfredat düzenlemelerinde öncü rol alması gerektiğini belirtmiştir.

*“Yani sosyal hizmet eğitimi problemleri, birinci başlığımız. Klinik sosyal hizmetin gelişmemesiyle alakalı. İkinci başlık: Bizde maalesef multidisipliner çalışma, çok zor anlaşılan bir şey. Bir şey yaptığınızda psikoloğun alanına girmiş oluyorsunuz. Bir şey yaptığınızda psikiyatristin alanına girmiş oluyorsunuz. Yine klinik sosyal hizmetin önündeki en büyük engellerden biri genelci sosyal hizmet algısını benimseyip, spesifik çalışmaya karşı duran ekoldür. Çünkü mesela klinik sosyal hizmet doktoru programını da eleştiren çok hoca tanıyorum. Biz böyle kendi aramızda konuşurken, öyle bir program mı olur canım genelci yapın şunları. Sosyal hizmet genelci yaklaşımda olmalıdır diyen çok hoca var. Lisansta genelci sosyal hizmeti bende savunuyorum ancak lisansüstünde uzmanlaşma olmalıdır. Dünyada da böyledir. Ama bizde böyle değil bu nedenle ihtisaslaşma mümkün olmuyor. Mevzuat hem engel hem bir eksiklik, klinik sosyal hizmetin hukuki boyutunu temsil edecek köklü bir STK olmayışı, siyasi temsiliyetin olmaması bir engeldir... Lisansta genelci yaklaşımın yanı sıra mesela vaka yönetimi dersi kesinlikle olmalı. Terapilere yönelik doğrudan; BDT, krize müdahale, aile terapisi dersleri olabilir” (K15).*

K15, ilk olarak eğitimle ilgili problemler olduğunu, Türkiye'de multidisiplinler çalışmanın çok zor anlaşıldığını herhangi bir uygulama yaptığınızda psikoloğun ya da psikiyatristin alanına girmiş gibi tepki alındığını ifade etmiştir. Yine klinik sosyal hizmetin gelişiminin önündeki en büyük engellerden birinin genelci sosyal hizmet algısını benimseyip spesifik çalışmaya karşı duran ekol olduğunu, mevzuatın hem engel hem de bir eksiklik olduğunu ifade etmiştir. Klinik sosyal hizmetin hukuki boyutunu temsil edecek köklü bir sivil toplum kuruluşunun olmayışını, siyasi temsiliyetin olmamasını engel olarak ifade etmiştir. Eğitime yönelik ders önerisinde ise lisans düzeyinde genelci yaklaşımla birlikte vaka yönetimi ve terapilere yönelik doğrudan dersler olması gerektiğini ifade etmiştir.

*“Sosyal hizmet akademisyenleri ya da genel anlamda sosyal hizmet camiası arasında kolektif sorumluluk bilinci yeterince gelişmiş değil. Ortak hareket edemiyoruz. Mesleği ileri taşımak adına birleşmek yerine, bireysel çabalarla sınırlı kalıyoruz. Bu da dağınık ve etkisiz bir yapı oluşturuyor. Bir diğer önemli konu da politik sorunlar. Sosyal hizmet uzmanının değeri ve konumu, çoğu zaman politik*

*kararlar ve ilişkiler üzerinden belirleniyor. Bu politik tavırlar, mesleğin olması gereken yerden uzaklaşmasına neden oluyor. Eğitim alanında da ciddi eksiklikler var. Sağlıklı bir sosyal hizmet eğitimi yapısı oluşturulmuş değil. Programlar arasında bütünlük yok ve içerik olarak da yetersizlikler göze çarpıyor” (K16).*

K16, sosyal hizmet camiasında kolektif sorumluluk bilincinin yeterince gelişmediğini bu nedenle mesleği ileri taşıma çabalarının bireysel kaldığını ifade etmiştir. Sosyal hizmet uzmanlarının değeri ve konumun politik kararlar ve ilişkiler doğrultusunda belirlendiğini bu durumun mesleği olması gereken yerden uzaklaştırdığını ifade ederek sosyal hizmet eğitimindeki sorunlara değinmiştir.

*“Hem nitelikli çalışmaların hem de nitelikli akademisyenlerin, akademisyen yetiştiren okulların, programların artması gerektiğini düşünüyorum. Makro ölçekte bakacak olursak mesleklerin birbiri içerisine geçmişliği durumuyla karşılaşabiliyoruz. Sosyal çalışma görevlisi tanımında aynen olduğu gibi farklı uzmanların tek bir ad altında sunulması gibi bu anlamda da makro ölçekte meslek tanımlarının daha uygun bir şekilde yapılması, birbirinden ayrılması, mesleklere yönelik rol ve sorumlulukların nitelik kazanarak birbirinden ayrılması gerektiğini düşünüyorum. Kurum ve kuruluşlarda görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının ilgi alanlarına yönelik programlara yönlendirmek noktasında desteklemek ve alanda çalışanların eğitim ihtiyaçlarına cevap verilmesi bu da çok önemli. Yani yüksek lisans yapmak istiyorsunuz, çalışıyorsanız izin vermiyor yöneticiniz. Doktora çalışması yapmak istiyorsunuz, çalıştığınız kurumlardan izin alamıyorsunuz. Bu türden engeller de var. Bunların da önüne geçilmesi gerektiğini düşünüyorum. Akademik çalışmaların daha değerli bir yerde olması gerektiğini düşünüyorum. İşte insanlara bu çalışmaları yapmak için daha fazla fon, daha fazla burs sağlanması gerektiğini düşünüyorum. Klinik sosyal hizmetin yasal anlamda bir karşılığının olması için lobicilik çalışmalarının yapılması gerektiğini düşünüyorum” (K17).*

K17, alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının lisansüstü eğitim alma süreçlerinde yöneticileri tarafından engellendiğini ifade etmiştir. Klinik alanda uzmanlaşma talebinde bulunan sosyal hizmet uzmanlarının eğitim ihtiyacına cevap verilmesi gerekmektedir. Klinik sosyal hizmet alanında nitelikli çalışmaların yapıldığı, nitelikli akademisyenlerin görev yaptığı ve nitelikli akademisyenlerin yetiştirildiği lisansüstü programların sayısının artması gerekmektedir. Sosyal çalışma görevlisi tanımı mesleklerin iç içe geçmişliği söz konusudur. Bu durumda mesleklerin rol ve sorumluluk kazanarak birbirinden ayrılması gerekmektedir.

*“Klinik sosyal hizmet konusunda görev ve yetki sınırlılıklarının belirlendiği yapılandırılmış çerçeveler bulunmaması, ruh sağlığı yasasının eksikliği ve yasal düzlemde sağlık personelleri arasında klinik sosyal hizmet uzmanlarının yer almaması, klinik sosyal hizmet eğitiminde Türkiye’ye özgü standartlarının belirlenmemesi (süpervizyon, sertifikalandırma) engeller arasındadır. Bu konuda akademisyen sayısı ve niteliği artırılmalı, klinik sosyal hizmet eğitiminin çerçevesi çizilerek klinik sosyal hizmet yüksek lisans adı altında program açılmalı ve bu programdan mezun olup gerekli bilgi, beceri ve süpervizyondan geçmiş kişiler klinik*

*sosyal hizmet uzmanı lisansına sahip olmalı. Akademik çalışmalar artmalı. Tüm bunlar sağlandıktan sonra klinik sosyal hizmetin yasal düzeye ulaşması için meslek savunuculuğu yapılmalı. Bu alanda uzmanlaşmış akademisyenler ve uygulayıcılar çalıştaylar, kongrelerle vs. bir araya gelmelidir” (K18).*

K18'e göre klinik sosyal hizmetin görev ve yetki sınırlılıklarının belirlendiği yapılandırılmış çerçevelerin olmaması, ruh sağlığı yasasının olmaması, yasal düzlemde klinik sosyal hizmet uzmanlarının sağlık personeli olarak sayılmaması, Türkiye'ye özgü klinik sosyal hizmet eğitimi standartlarının belirlenmemesini klinik sosyal hizmetin gelişimini engellemektedir. Bu konuda akademisyen sayısının ve niteliğinin artırılması, klinik sosyal hizmet eğitiminin standartlarının belirlenmesi, klinik sosyal hizmet yüksek lisans programlarının açılmasını ve programdan mezun olan kişilerin gerekli bilgi beceri ve süpervizyondan geçtikten sonra klinik sosyal hizmet uzmanı lisansına sahip olması gerekmektedir. Klinik sosyal hizmet alanında akademik çalışmaların sayısının artırılması tüm bunlar yapıldıktan sonra klinik sosyal hizmetin yasal düzeyde karşılık bulması için meslek savunuculuğu yapılması gerekmektedir. Bu alanda uzmanlaşmış akademisyenler ve uygulayıcıların çalıştay kongrelerle bir araya gelerek klinik sosyal hizmetin tanıtılması ve yasal karşılık bulması için çaba göstermesi gerekmektedir.

### **3.2.11. Klinik Odaklı Lisansüstü Programlar**

“Klinik Sosyal Hizmet” teması altında “Klinik Odaklı Lisansüstü Programlar” alt teması beklenmedik bulgular sonucu oluşmuş bir alt temadır. Katılımcılardan elde edilen bilgilerle Türkiye’de klinik odaklı lisansüstü eğitim programlarına yönelik hangi akademisyenlerin bu programların açılmasında öncü olduğu ve bu programların hangi amaçla açıldığına dair kısa bilgiler yer verilmiştir. Bu başlık klinik sosyal hizmet alanında literatür eksikliği nedeniyle klinik sosyal hizmet lisansüstü programlarının kısa bir tarihçesinin hazırlanmasını ve alana ilgi duyan öğrenciler ve araştırmacılara fayda sağlamasını amaçlamaktadır.

Katılımcılarından elde edilen bilgilere göre Türkiye’de klinik odaklı lisansüstü eğitim; yüksek lisans programı Başkent Üniversitesi’nde, doktora programı ise Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi’nde bulunmaktadır.

Başkent Üniversitesi Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Programı, 2011 yılında YÖK’e yapılan resmi başvuruya açılmış 2012 yılında eğitime başlamıştır. YÖK programının adının klinik odaklı geçmesine izin vermediği için sosyal hizmet yüksek lisans programı

olarak açılmıştır. Program adı klinik odaklı olmasa da eğitim içerikleri klinik odaklı yapılandırılmıştır. Program, Prof. Dr. Işıl Bulut ve Doç. Dr. Ertan Kahramanoğlu öncülüğünde açılmış Prof. Dr. Arzu İçağasıoğlu Çoban, Prof. Dr. Gonca Polat ve Prof. Dr. Cengiz Özbesler ise programın hazırlanmasında rol almıştır. Başkent Üniversitesi Sosyal Hizmet Yüksek Lisans programının odağını klinik sosyal hizmet oluşturmaktadır. Birey, aile ve grup düzeyinde iyilik halinin gerçekleştirilmesini hedefleyen klinik sosyal hizmet uygulaması çevresi içinde birey perspektifine önem vererek psikososyal gelişim, davranış bozuklukları, kişilerarası ilişkiler, çevresel stres ve sosyal sistemlere yönelik bilgi ve teoriye dayalıdır. Programın amacı; Türkiye’de birey, aile ve gruplara yönelik sosyal hizmet kuram ve yöntemlerinin duygusal ve mental bozukluklarda, psikosyal işlevsizliklerde, yoksunluk ve yetersizliklerin önlenmesi ve giderilmesinde görev ve sorumluluğa sahip klinik sosyal hizmet alanında yetkin sosyal hizmet uzmanları yetiştirmektedir. Programda 2 Profesör, 3 Doçent, 2 Doktor Öğretim Üyesi, 1 Öğretim Görevlisi görev yapmaktadır. 2014 yılında ilk mezunlarını vermeye başlayan programda 2024 yılında kadar 33 mezun verilmiştir (K6, kişisel iletişim, 7 Mayıs 2025; <https://shb.baskent.edu.tr/kw/index.php>).

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi’nde Klinik Odaklı Doktora Programı 2013-2014 yılında eğitime başlamış ve doktora programının kuruluşunda bu dönemde görev alan öğretim üyeleri öncülük etmiştir. Program, sosyal hizmet alanında hem uygulamada hem akademik klinik alanda uzmanlaşmayı hedefleyen sosyal hizmet uzmanlarının klinik sosyal hizmet uygulamaları için gerekli olan bilgi ve becerileri kazanmaları ve geliştirmelerini amaçlamaktadır. Bu program klinik odaklı sosyal hizmet eğitimi veren ilk ve tek doktora programı olma özelliğine sahiptir. İlk mezunlarını 2018 yılında veren programdan 15 kişi mezun olmuştur (K15; <https://aybu.edu.tr/>; <https://tez.yok.gov.tr/>).

## SONUÇ, TARTIŞMA ve ÖNERİLER

Bu bölüm araştırma sonucu elde edilen bulguların; araştırmanın kavramsal ve kuramsal çerçevesi bağlamında konuyla bağlantılı çalışmalardan elde edilen verilerle desteklendiği tartışma kısmından ve araştırmanın sonuç ve önerilerinden oluşmaktadır.

“Tanım” alt temasında, katılımcıların klinik sosyal hizmete ilişkin tanımları yer almaktadır. Klinik sosyal hizmet Türkiye’de yeni gelişen bir alandır. Katılımcılardan elde edilen bilgilere göre Türkiye’de klinik sosyal hizmet alanında literatür eksikliği bulunmaktadır. Zubaroglu Yanardağ ve Özmete (2017: 203) klinik sosyal hizmetin Türkiye’de hala gelişme aşamasında olduğunu ve tanımlanmasına ihtiyaç olduğunu ifade etmiştir. Dolayısıyla klinik sosyal hizmetin tanımı için genellikle yabancı kaynaklar kullanılmaktadır. Katılımcıların klinik sosyal hizmet tanımlarına bakıldığında; katılımcıların tamamına yakını klinik sosyal hizmetin birey, aile ve grup düzeyinde müdahaleler olduğundan, K10 davranışsal sorunlardan; K12 klinik sosyal hizmetin ruh sağlığı boyutundan, K13 psikoterapi ve danışmanlıktan, K17 psikososyal işlevsellikten, K2 bireyin içsel süreçleriyle birlikte çevresi içinde birey perspektifinden de bahsetmektedir. Katılımcıların tanımlarında yer alan ifadeler NAWS’nin, ABCSW’nin, Streat’in (1978), Northen’in (1982), Grant’ın (2008) ve Cohen’in (1979) klinik sosyal hizmet tanımlarıyla benzerlik göstermektedir (<https://www.socialworkers.org>; <https://www.abcsww.org>).

Klinik sosyal hizmetin Türkiye’de yasal düzlemde ya da sosyal hizmeti temsil eden sivil toplum örgütleri tarafından ele alınan net bir tanımı bulunmamaktadır. Ulusal bağlamda Zubaroglu Yanardağ ve Özmete’nin (2017), Karaağaç, Ünlü ve Çalık Var’ın (2023), yine Ünlü, Karaağaç ve Çalık Var’ın (2023) çalışmalarında klinik sosyal hizmetin tanımı yapılmıştır.

Katılımcıların neredeyse tamamı klinik sosyal hizmetin birey, aile ve gruplara yönelik müdahaleler olduğu konusunda hemfikirdir. Katılımcıların klinik sosyal hizmete yönelik tanımlarına bakıldığında; katılımcıların bir kısmı ruh sağlığı boyutuna, bir kısmı içsel süreçlere, bir kısmı terapi ekollerine, bir kısmı psikoterapi ve danışmanlığa, bir kısmı çevresi içinde birey perspektifine, bir kısmı ise terapötik süreçlere değinmiştir. Bu doğrultuda katılımcıların klinik sosyal hizmet tanımları arasında tanım birliği olmadığı görülmüştür.

“Türkiye ve Yurt Dışı Karşılaştırması” alt teması iki koda ayrılmıştır İlk kodda tanım ve uygulamaya ilişkin değerlendirme ikinci kodda ise eğitim ve süpervizyona ilişkin değerlendirme yapılmıştır.

Klinik sosyal hizmetin tanımı ve uygulaması açısından bakıldığında katılımcılar üç farklı yönde cevap vermiştir. Katılımcılardan biri Türkiye ve yurt dışı arasında hem tanım hem de uygulama açısından fark olmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların bir kısmı hem tanım hem de uygulama açısından fark olduğunu söylemiştir. Katılımcıların bir kısmı ise klinik sosyal hizmet tanımlarının yurt dışından alındığını bu nedenle tanım açısından fark olmadığını ancak uygulama açısından Türkiye ve yurt dışı arasında farklar olduğunu ifade etmiştir.

Bu bağlamda klinik sosyal hizmet alanında Türkiye ve yurt dışı karşılaştırması yapıldığında tanım konusunda şunları söylemek mümkündür. Yurt dışında özellikle ABD, Kanada, İngiltere gibi ülkelerde klinik sosyal hizmet ayrı bir uygulama alanı olarak tanımlanmış ve uygulamalar belirli standartlar kazanmıştır. Yurt dışında klinik sosyal hizmet profesyonel ve ayrı bir alan olarak değerlendirilmektedir. Bu konuda Grant’ ın (2008) ifadeleri klinik sosyal hizmetin ayrı ve profesyonel bir uygulama olduğunu ve ABD’de yıllar öncesinde tanımlandığını göstermektedir. Buna karşı klinik sosyal hizmet Türkiye’de hala tanımlanmamış, kurumsal bir yapıya kavuşmamıştır. Ulusal bağlamda alanyazında klinik sosyal hizmete ilişkin tanımların genellikle yurt dışı kaynaklı olduğu görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında tanım ve uygulama konusunda Türkiye ve yurt dışı arasında bir kıyas yapılabilmesi için Türkiye’de alanyazında ve yasal bağlamda klinik sosyal hizmetin tanımlanması, profesyonel bir alan olarak eğitim ve uygulama standartlarının belirlenmesi ve klinik sosyal hizmet uygulamalarının kurumsallaşması gerekmektedir.

“Türkiye ve Yurt Dışı Karşılaştırması” alt temasında ele alınan bir diğer konu yurt dışında klinik sosyal hizmet eğitimi, Türkiye’de sosyal hizmet uzmanlarının klinik uygulama yapabilmesi için hangi eğitimleri alması gerektiği ve klinik uygulamaların önemli bir bileşeni olan süpervizyondur.

Katılımcıların ifadelerine göre; yurt dışında özellikle ABD’de klinik sosyal hizmet uygulamaları yapabilmek için belirli eğitimleri almak şarttır. Klinik sosyal hizmet uygulamaları yürütebilmek için klinik sosyal hizmet uzmanı lisansı gereklidir. Bu lisansa

sahip olmak için yüksek lisans eğitimi gereklidir. Yüksek lisans eğitimiyle birlikte uzman adaylarının 3000 saat uygulama yapmaları ve süpervizyon almaları gerekir. Bu eğitimler sonrası eyaletlerin lisans sınavlarına girerek sınavda başarılı olan sosyal hizmet uzmanlarına klinik sosyal hizmet lisansı verilmektedir.

Katılımcıların ifadelerine göre; Türkiye’de klinik sosyal hizmet uygulamaları yapabilmek için belirli eğitim standartları yoktur. Yapabilirlik açısından bakıldığında sosyal hizmet 4 yıllık lisans eğitimi sonrasında terapi ekollerine yönelik eğitimler sonrası klinik uygulamalar yapan sosyal hizmet uzmanları bulunmaktadır. Ancak yeterlilik açısından değerlendirildiğine sadece terapi eğitimlerinin yeterli değildir. Lisansüstü eğitim alınması gerekmektedir.

Klinik sosyal hizmet eğitimi ABD başta olmak üzere Kanada, Avustralya ve Yeni Zelanda gibi birçok ülkede standartları belirlenmiş bir yapıya sahiptir. ABCSW ([American Board Clinical Social Work], 2025) 1987’den bu yana klinik sosyal hizmet mesleği ve eğitimi için gerekli standartları belirleyerek bu bağlamda savunuculuk yapar, klinik sosyal hizmet lisansı sağlar ve lisansiyerlerin çevrimiçi takibini yapan ulusal bir kuruluştur. NASW’a (2005) göre klinik sosyal hizmet; eyaletler tarafından belirlenen yasalarla düzenlenen uzmanlık gerektiren bir uygulamadır. Eyaletlerin birçoğu klinik sosyal hizmet uzmanlarında; CSWE tarafından akredite edilmiş bir sosyal hizmet yüksek lisans derecesi, yüksek lisans sonrası süpervizyon altında klinik bir ortamda en az iki yıl ya da 3000 saat uygulama ve uygulama eyaletinde klinik lisansa sahip olma özellikleri aranır.

International Association of Schools of Social Work’a göre ([IASSW- AIETS], 2023), ABD, klinik uzmanlık alanına sahip sosyal hizmet yüksek lisans programlarının (Master of Social Work- MSW) sayı olarak en fazla bulunduğu ülkedir. Yine klinik uzmanlık Avustralya, Kanada, Yeni Zelanda gibi ülkelerde mevcuttur. Yüksek refah düzeyine sahip olan bu ülkelerde klinik uzmanlık eğitime ve müdahalelerine erişim kolaylığı bulunmaktadır. Klinik sosyal hizmet eğitimi ve uygulaması doğası gereği ülkelerin sosyoekonomik, kültürel ve politik bağamlarına ilişkin olarak değişim göstermektedir. Bu konuda Türkiye’ye bakıldığında klinik sosyal hizmet eğitimi ve uygulamasına yönelik standartların belirlenmediği bu alanda sosyal hizmet uzmanlarının kendi çabalarıyla aldıkları eğitimler sonrası klinik uygulamalar yaptıkları görülmektedir.

Türkiye’de klinik sosyal hizmetin eğitim ve uygulama standartları yasal ve kurumsal bağlamda belirlenmemesi eğitim ve uygulama açısından bazı sıkıntılara neden olsa da katılımcıların tamamına yakını klinik sosyal hizmetin dünya gündemini takip etmekte bu alanda öncü ülke konumunda olan ABD’de belirlenmiş standartlara bağlı olarak eğitimler almakta, uygulamalar yürütmekte yine bu standartlar doğrultusunda mesleki bir bilinçle önerilerde bulunmaktadır. Bu durum sosyal hizmetin evrensel doğasını ve mesleğin uluslararası düzeyde paylaşılan bilgi, beceri ve etik altyapısı olduğunu göstermektedir. Bu konuda sosyal hizmetin evrensel etik ilkeleri ve değerlerinin mesleki uygulamalarda iyi uygulama örneği olarak referans alınması büyük bir avantaj sağlamaktadır.

Türkiye’de klinik sosyal hizmet uygulaması ve eğitimine ilişkin bazı standartların belirlenebilmesi açısından Türkiye’de lisans ve lisansüstü eğitimlerin değerlendirilmesi gerekmektedir. Katılımcıların ifadelerine göre Türkiye’de sosyal hizmet lisans eğitimi genelci sosyal hizmet perspektifiyle şekillenmiş, uzmanlaşmadan uzak ve klinik odaklı ders içeriklerinin bulunmadığı bir yapıdadır. Bu konuda katılımcıların bir kısmı genelci sosyal hizmet anlayışının klinik sosyal hizmet eğitimi engellediğini ifade etmiştir. Katılımcıların bir kısmı lisans eğitiminde genelci yaklaşımı desteklediklerini ancak genelci perspektifle birlikte lisans düzeyinde eğitimde klinik alana ilişkin dersler olabileceğini ifade etmiştir. Katılımcılardan biri uzmanlaşmanın lisansüstü eğitim sürecinde olacağını ifade etmiştir. Yine katılımcıların bir kısmı kendi çabalarıyla müfredatlara klinik odaklı dersler eklediklerini, katılımcılardan biri ise mevcut dersleri klinik bağlamda anlattığını ifade etmiştir.

Kut (1983), Türkiye’deki sosyal hizmet örgütlerinin yapısı, sosyal hizmet mesleğine ilişkin beklentilerin henüz uzmanlaşmayı gerektirecek seviyeye ulaşmamaması ve uzmanlaşma konusunda hangi alan ve yöntemlere ilişkin ihtiyacın değerlendirilmemesi nedeniyle sosyal hizmet eğitiminde genelci yaklaşım modelinin benimsendiğini ifade etmiştir. Eğitimde genelci yaklaşımın benimsenmesinde sosyal hizmet mesleğinin gelişimine yönelik beklentilerin etkili olduğu görülmektedir. Sosyal hizmet mesleğinin ve eğitiminin Türkiye’de yeni olduğu bir dönemde genelci yaklaşımın benimsenmesi ülkenin sosyoekonomik, kültürel ve politik yapısıyla ilişkilidir. 1959 yılında Sosyal Hizmetler Enstitüsü Kurulmasına Dair Kanun’a bağlı olarak 1961 yılında Sosyal Hizmetler Akademisi kurulmuş, Türkiye’de sosyal hizmet eğitiminin ve sosyal hizmet mesleğinin temeli oluşturulmuştur. Aradan geçen 64 yıllık süreçte değişimler

yaşanmıştır. Sosyal hizmet eğitimi ve uygulamasında uzmanlaşmaya ihtiyaç olduğu bir döneme geçilmiştir. Modern toplumların karmaşık sorunlarla karşı karşıya kaldığı günümüzde birey ve toplulukların psikososyal ihtiyaçları daha derinleşmiş, bu sorunlarla baş etmek ve biyopsikososyal yönden sağlıklı bir hayat yaşamak için psikososyal ve duygusal desteklere olan ihtiyaç artmıştır. Bu bağlamda psikososyal sorunlarla mücadelede, kriz dönemlerinde, aile içi ilişkilerde birey, aile ve küçük grupları desteklemeyi amaçlayan klinik sosyal hizmet mesleğinin önemi her geçen gün artmaktadır. Bu noktada 1960'lı yıllarda dönemin şartlarına uygun olduğu gerekçesiyle benimsenen genelci sosyal hizmet perspektifinin sosyal hizmet mesleğinin geliştirilmesi açısından sosyal hizmet akademisinde tartışılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak şu gerçeği göz ardı etmek mümkün değildir. Türkiye'de sadece sosyal hizmet eğitimi değil sosyal hizmet uzmanlarının kamu istihdamı da genelci sosyal hizmet perspektifiyle yapılmaktadır. Bu bağlamda genelci sosyal hizmet perspektifine yönelik köklü değişimler yerine lisans eğitiminde genelci perspektifin yanı sıra uzmanlaşmaya yönelik ders içeriklerinin de eklenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda katılımcılar sosyal hizmet lisans eğitiminde genelci perspektifin yanı sıra klinik odaklı bazı dersler önermişlerdir. Bu dersleri şöyle sıralamak mümkündür: klinik sosyal hizmet, tıbbi sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet, psikopatoloji ve DSM-5, görüşme teknikleri ve ilkeleri, bireyle sosyal hizmet, grupta sosyal hizmet, terapi ekollerine yönelik (BDT, şema terapi, aile terapileri vb.) dersler, vaka yönetimi, farmakoloji, neuroscience.

Türkiye'de klinik sosyal hizmete ilişkin eğitim alanında değerlendirilmesi gereken konuların başında lisansüstü eğitim programlarına olan ihtiyaç gelmektedir. Mevcut durumda klinik uygulamalarda bulunan katılımcıların büyük bir kısmı klinik odaklı lisansüstü programlardan mezun değildir. Bu konu yeni bir tartışma konusunu beraberinde getirmektedir. Lisansüstü eğitimde Türkiye'de klinik sosyal hizmet eğitimi var mıdır? Türkiye'de klinik sosyal hizmet eğitimi sadece Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesinde Klinik Odaklı Doktora Programı olarak bulunmaktadır. Bunun yanı sıra program ismi klinik odaklı olmasa da Başkent Üniversitesi Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Programı'nda eğitim içerikleri açısından klinik odaklı dersler bulunmakta ve programın klinik odaklı olduğu vurgulanmaktadır.

Türkiye'de lisans eğitiminde uzmanlaşma eksikliği lisansüstü eğitimde uzmanlaşmayı gerekli kılmaktadır. Ancak mevcut durumda resmi olarak var olan 1

doktora programıdır. Yurt dışı örneklerine bakıldığında özellikle ABD’de klinik uygulama yapabilmenin ilk şartı klinik olarak akredite edilmiş sosyal hizmet yüksek lisans derecesidir. Bu bağlamda Türkiye’de klinik odaklı yüksek lisans programlarının açılması gerekmektedir. Ancak katılımcılardan edinilen bilgiye göre YÖK nezdinde sosyal hizmet alanında yüksek lisans derecesinde klinik odaklı programların açılmasına ilişkin yapısal bir düzenleme bulunmamakta; dolayısıyla üniversitelerin klinik odaklı sosyal hizmet yüksek lisans girişimleri resmî kabul süreçleri kapsamında sınırlanmaktadır.

Türkiye’de sosyal hizmet alanında uzmanlaşmanın sağlanabilmesinin ilk adımı lisansüstü eğitim programlarında uzmanlaşmaya gidilmesidir. Bu bağlamda klinik sosyal hizmetin tanınması ve klinik alana yönelik eğitimler sunulması ihtisaslaşmanın önünü açacaktır. Bu konu da yine öncü ülke olan ABD’de klinik sosyal hizmet alanı da kendi içerisinde farklı uzmanlık alanlarına ayrılmıştır. ABCSW’nin (2025) klinik sosyal hizmete ilişkin serfikalandırdığı uzmanlık alanları arasında; ileri klinik uygulama, üniformalı hizmet üyeleri, gaziler ve aileleriyle klinik uygulama, okul klinik sosyal hizmeti, sağlık hizmetlerinde klinik sosyal hizmet, klinik geriatrik sosyal hizmet, klinik gözlem ve değerlendirme, klinik süpervizyon, çocuk ve ergen klinik sosyal hizmeti, çift ve aile klinik sosyal hizmeti, psikanaliz, BDT, grup psikoterapisi, madde kullanım bozuklukları ve adli ve cezaevi sosyal hizmeti yer almaktadır. Mevcut durumda Türkiye’de bu oranda bir ihtisaslaşma yakın bir dönemde mümkün olmamakla birlikte ihtisaslaşmanın gelişimini başlatmak amacıyla öncelikli olarak klinik odaklı yüksek lisans programlarına ihtiyaç vardır. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Doktora Programı klinik odaklı yüksek lisans programlarının açılabilmesine imkân tanımaktadır. 2013-2014 eğitim-öğretim yılında eğitime başlanan programda 2025 yılı itibariyle 15 kişinin klinik odaklı sosyal hizmet doktora derecesine sahip olduğu görülmektedir. Bu sayı klinik odaklı yüksek lisans programı açılmasına olanak tanımaktadır.

Klinik sosyal hizmete ilişkin ele alınması gereken önemli konulardan bir diğeri de süpervizyon desteğidir. ABD başta olmak üzere klinik sosyal hizmet eğitimi ve uygulamasının yaygın olduğu gelişmiş ülkelerde klinik uygulamalarda süpervizyon şartı bulunmaktadır. NASW (2005), lisanslı klinik sosyal hizmet uzmanı olabilmek için yüksek lisans mezuniyetinin ardından 3000 saat ya da 2 yıl süpervizyon altında

uygulamayı zorunlu kılmaktadır. Klinik uygulamaların yaygın olduğu ÷lkelerde süpervizyon hem eğitimin hem de meslek içi gelişimin bir parçasıdır. Yurt dışında yapılandırılmış, etik ilkelere bağılı süpervizyon uygulamaları bulunmaktadır. Bu bağlamda Heslop ve Meredith (2021: 186), Dorfman (2022: 98) ve Madden (1998: 8) klinik uygulamalarda süpervizyonun önemini vurgulamaktadır. Bu durum Türkiye’de klinik sosyal hizmet standartları belirlenmediğı için sadece terapi ekollerine ilişkin eğitimler sırasında zorunlu tutulan süpervizyonla sınırlı kalmaktadır. Türkiye’de resmi ya da kurumsal bağlamda belirlenmiş klinik sosyal hizmet standartları olmamasına rağmen katılımcıların tamamına yakını terapi eğitimleri sürecinde süpervizyon aldıklarını ifade etmişlerdir. Bu bağlamda terapi ekollerine ilişkin sertifika veren kurum ve eğitim veren kişinin yetkinliğine önem verilmesi gerekmektedir.

“Müdahale Alanları, Konuları ve Ortamları” alt temasında klinik sosyal hizmetin müdahale alanları, konuları ve Türkiye’de kısıtlı olarak uygulandığı ortamlar ele alınmıştır. Klinik sosyal hizmet, sosyal hizmetin terapötik ilişki ve terapötik müdahalenin uygulanabileceğı tüm boyut ve alanlarında uygulamalar yürütmektedir. Ancak Türkiye’de klinik sosyal hizmetin yeterince gelişmemiş olması, yasal ve kurumsal dayanaklarının bulunmaması klinik sosyal hizmet uygulamalarının kısıtlı olarak uygulanmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda Türkiye’de klinik sosyal hizmete ilişkin doğrudan hizmet modellerinin bulunduğu bir kurum ya da kuruluştan bahsetmek mümkün olmasa da sosyal hizmet merkezlerindeki aile danışmanlığı birimlerinde, AMATEM, ÇEMATEM, YEDAM, AFAD, huzurevleri, ceza ve infaz kurumları, denetimli serbestlikler, toplum ruh sağlığı merkezleri ve hastanelerde sınırlı bir şekilde sosyal hizmet uzmanlarının bireysel çabalarıyla klinik sosyal hizmet müdahalelerinden söz etmek mümkündür.

Bahsi geçen kurum ve kuruluşlara ilişkin yürütölen klinik uygulamalarda bazı yasal karşılıkların olduğunu ifade etmek gerekmektedir. Aile danışmanlığı kamuda ve özel danışma merkezlerinde Gerçek Kişiler ve Özel Hukuk Tüzel Kişileri İle Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca Açılacak Aile Danışma Merkezleri Yönetmeliğı kapsamında klinik sosyal hizmet uygulamaları içerisine giren ve yasal karşılığı bulunan bir alandır (<https://www.resmigazete.gov.tr/>).

AMATEM ve ÇEMATEM’lerde Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği kapsamında madde 19 da bireye ve aileye yönelik sosyal hizmet uygulamalarını yürütmekle görevli ve psiko-sosyal tedavi ekibinin bir parçası olarak sosyal çalışmacının yer alması ve madde 15 de Merkezlerde asgari bir adet olmak sosyal çalışmacıların hastalar ve aileleri ile görüşmek üzere kullanacakları hasta görüşme odası bulunması ibaresi burada görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının klinik bilgi ve becerilere sahip olması durumunda sınırlı da olsa terapötik ilişki kurmasına ve klinik uygulamalar yürütmesine imkân sunmaktadır (<https://www.resmigazete.gov.tr/>).

Denetimli Serbestlik Hizmetleri Yönetmeliği kapsamında denetimli serbestlik uzmanları içerisinde yer alan sosyal hizmet uzmanları hükümlülerle; bireysel görüşme, grup çalışmaları, müdahale programları, hükümlünün ailesi ve sosyal çevresiyle iş birliği yapmaktadır. Yine sosyal hizmet uzmanları klinik bilgi ve beceriye sahip olmaları durumunda denetimli serbestlik müdürlüklerinde klinik sosyal hizmet uygulaması yapma imkânına sahiptir (<https://www.mevzuat.gov.tr/>).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge kapsamında; hastalara bireysel danışmanlık hizmeti verme, grup terapisi yapma ve psikososyal beceri eğitimi verme, hasta ve ailelerine psiko-eğitim verme gibi görevler sosyal hizmet uzmanlarının toplum ruh sağlığı merkezlerinde klinik sosyal hizmet uygulamaları gerçekleştirdiğini göstermektedir (<https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/>).

Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması Yönergesi kapsamında sosyal hizmet uzmanları hastanelerde sosyal hizmet müdahalesi gerçekleştirme yetkisine sahiptir. Sosyal hizmet uzmanları klinik bilgi ve becerilere sahip olmaları durumunda hastanelerde klinik sosyal hizmet uygulamaları yürütme imkânına sahiptir (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/>).

YEDAM, bağımlılıkla mücadele kapsamında yürütülen Psikososyal Danışmanlık Modeli, AFAD’ın afet ve acil durumlarda hizmet sunan psikososyal destek ekibi içerisinde yer alan sosyal çalışmacılar yine kendi çabalarıyla klinik uygulama yürütme imkânına sahiptir.

Bahsi geçen kurum, kuruluş ve mevzuatlarda yer alan sosyal hizmet uygulamaları, tanımlanmış ve kurumsallaşmış klinik sosyal hizmet uygulamaları değildir. Klinik sosyal hizmetin yasal düzlemde karşılığı olmaması nedeniyle klinik sosyal hizmet uygulamalarının doğrudan hizmet modeli şeklinde sunulduğu bir kurum ya da kuruluş

yoktur. Sosyal hizmet uzmanlarının kendi inisiyatifleri doğrultusunda klinik bilgi ve becerilerini uygulamalarda kullanmaktadır. Bu durum klinik sosyal hizmetin kurumsal düzeyde tanımlanmış ve yapılandırılmış bir hizmet modeli olarak sunulmasına engel teşkil etmekte; uygulamaların sınırlı ve süreklilikten uzak bir şekilde yürütülmesine sebep olmaktadır.

Türkiye’de klinik sosyal hizmet alanında değerlendirilmesi gereken bir diğer konu “Kavram Karmaşası” alt teması altında yer alan verilerdir. Literatürde klinik sosyal hizmet, tıbbi sosyal hizmet ve psikiyatrik sosyal hizmet kavramlarıyla iç içe geçmiş durumdadır. Klinik sosyal hizmet kavramı daha önce psikiyatrik sosyal hizmet adını taşıyordu (Frank, 1980). Ancak 1978 yılında NASW’nin klinik sosyal hizmeti ayrı bir uygulama alanı olarak tanıması ABD’de klinik sosyal hizmetin yeniden tanımlanması ve kurumsallaşmasını sağladı. Ancak Türkiye’de bu kavram karmaşası hala devam etmektedir. Bu konuda Apak ve Kınık (2022), klinik sosyal hizmeti tıbbi sosyal hizmetin alt dalı olarak ifade etmişlerdir. Erdem (2024), çalışmasında klinik sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet ve tıbbi sosyal hizmet kavramları arasında bir kavram karmaşası olduğunu ifade etmiştir. Sosyal hizmeti genelci ve uzmanlaşma olarak değerlendirmiş, tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet genelci sosyal hizmet içerisinde, klinik sosyal hizmetin ise uzmanlaşma içerisinde değerlendirmiştir. Tuncay (2022:16) ise psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının ABD ve İngiltere’de klinik sosyal hizmet uzmanı unvanıyla ruh sağlığı alanında hizmet verdiğini ifade etmiştir. Yine aynı çalışmada psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının rollerine bakıldığında psikoterapi, terapötik grup çalışması gibi uygulamaların klinik sosyal hizmet uygulamalarında da yer aldığı görülmektedir. Dolayısıyla bu çalışmada psikiyatrik sosyal hizmet ve klinik sosyal hizmetin kesişimlerinin çok fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcılardan elde edilen bulgular da söz konusu kavram karmaşasının hala devam ettiğini göstermektedir. Bu doğrultuda katılımcıların bir kısmı klinik sosyal hizmeti çatı bir kavram olarak ele alarak tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmeti klinik sosyal hizmetin alt dalı olarak ifade etmiştir. Katılımcıların bir kısmı klinik sosyal hizmeti psikiyatrik sosyal hizmetin alt dalı olarak ifade etmiştir. Katılımcıların bir kısmı tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmeti genelci uygulama içerisinde değerlendirirken klinik sosyal hizmeti uzmanlaşma ya da ileri genelci uygulama içerisinde değerlendirmiştir.

Katılımcıların çoğu ise söz konu üç kavramın kesişimleri olan ancak ayrı sosyal hizmet alanları olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcıların ifadeleri ve alanyazın dikkate alındığında tıbbi sosyal hizmetin tanımı ve uygulama standartları Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması Yönergesi ile belirlenmiştir. Ancak klinik sosyal hizmet ve psikiyatrik sosyal hizmet kavramları farklı kavramlar olarak değerlendirilse de alanyazında ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge’de yer alan sosyal çalışmacının görevlerine bakıldığında iki alanın kesişimsellik gösterdiği ve büyük oranda örtüşen boyutlar taşıdığını söylemek mümkündür.

Türkiye’de klinik sosyal hizmete ilişkin değerlendirilmesi gereken bir diğer konu “Akademik Çalışmalar ve Akademisyen Sayısı” alt teması altında Türkiye’de klinik sosyal hizmet alanında yapılan akademik çalışmaların durumu ve bu alanda uzmanlaşmış akademisyen sayısıdır. Katılımcıların tamamına yakını akademik çalışmaların yakın dönemde başladığını ve akademik çalışmaların yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Erdem’de (2022: 66) araştırmasında sosyal hizmet alanında klinik çalışmaların yetersiz olduğu sonucuna varmıştır. Yine katılımcılardan bir diğeri klinik alanda akademik çalışmaların zorluğundan bahsetmiştir. Katılımcılardan biri Türkiye’deki klinik sosyal hizmet bilgisinin batı kültüründen geldiğini bu doğrultu da kendi kültürümüze duyarlı, kanıtla dahalı uygulamalara ihtiyaç olduğunu, bir diğeri katılımcı ise uygulamaların akademik çalışmalara entegre edilmesine ihtiyaç olduğunu ifade etmiştir. Çalık Var ve Akın Altıncı’ya (2023: 44, 36) göre, bilimsel bilgi ve kanıtların klinik sosyal hizmet müdahalesine aktarımı noktasında kültürel çeşitliliğe duyarlı bir şekilde uyumlandırmak gerekmektedir. Müracaatçının bulunduğu nokta, beklentileri, kültürü ve ihtiyaçları ile müdahaleye aktarılacak kanıtlar entegre edilmeli, koşullara uygun değerlendirilmelidir. Klinik sosyal hizmet uygulamasında kültürel çeşitliliğe duyarlı, bireyin onuru ve biricikliğine ve mesleğin etik ilke ve değerlerine bağlı kanıt temelli uygulama ve araştırmalar büyük önem kazanmaktadır

Akademik çalışmalara ilişkin olarak katılımcılardan biri lisansüstü tez çalışmalarının az olduğunu ifade ederken bazı tezlerin çalışma konusunun klinik sosyal hizmet alanı olmasına rağmen klinik sosyal hizmetten bahsedilmediği ifade etmiştir. Bu konuyu destekler nitelikte başka bir katılımcı klinik sosyal hizmetin yasal anlamda

karşılığının olmaması nedeniyle umutsuz olduğunu ve doktora tezinde klinik odaklı uygulama yapmasına rağmen araştırmasında klinik sosyal hizmet, sosyal hizmet gibi kavramları hiç kullanmadığını ifade etmiştir. Bu konuda Ulusal Tez Merkezinde tarama terimi kısmına klinik sosyal hizmet yazılarak arama yapıldığında sadece 2013 yılında “Tek Ebeveynli Ailelerde Psikolojik Tepkiler ile Psikolojik Destek Almanın Klinik Sosyal Hizmet Açısından Analizi: Yalova Örneği” başlıklı tez karşımıza çıkmaktadır. Ulusal Tez Merkez’inde 2022-2025 yılları arasında sosyal hizmet konulu doktora tezleri filtrelenmiş ve 212 doktora tezi tek tek incelenmiştir. İncelenen tezler arasında klinik sosyal hizmet uygulamaları (psikoeğitim, grup müdahalesi, terapi ekollerine ilişkin deneyimsel çalışmalar vb.) içeren 21 doktora tezine rastlanmıştır. Bu doktora tezleri ayrıntılı bir şekilde incelendiğinde 14 doktora tezinde klinik sosyal hizmet, klinik sosyal çalışma ya da klinik sosyal hizmet uzmanı gibi kavramların yer almadığı tespit edilmiştir. Diğer 7 doktora tezinde ise klinik sosyal hizmet, sosyal hizmetin klinik uygulaması, klinik sosyal hizmet uzmanı ve klinik sosyal çalışmacı kavramlarından 14 kez bahsedilmiştir (<https://tez.yok.gov.tr/>).

Alanyazında Nobel Akademik Yayınları tarafından; Klinik Sosyal Hizmet Tanım, Kapsam ve Yaklaşımlar, Klinik Sosyal Hizmet Müdahalesi ve Uygulama Alanları, Sosyal Hizmeti Farklı Boyutlarıyla Tanımak ve Disiplinlerarası Sosyal Hizmet -Holistik Perspektif kitapları yayımlanmıştır. Nika Yayınevi’nin Klinik Sosyal Hizmet Serisinde; Sosyal Hizmet Uygulamasında Klinik Değerlendirme ve Tanı, Klinik Sosyal Hizmet Tanımı Uygulaması ve Vizyonu, Klinik Sosyal Hizmet Uygulaması ve Psikopatoloji kitapları yayımlanmıştır. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri ise Sosyal Vaka Çalışması’nı yayımlamıştır. Çizgi Kitabevi tarafından Güncel Sosyal Hizmet Çalışmaları yayımlanmıştır.

Klinik sosyal hizmete ilişkin alanyazında yer alan makaleler şunlardır; “Klinik Sosyal Hizmet Alanında İntiharın Yeri”, “Klinik Sosyal Hizmet Uygulamasında Bilişsel Davranışçı Yaklaşım”, “Bir Mesleki Uygulama Alanı Olarak Geçmişten Geleceğe Klinik Sosyal Hizmet”, “Klinik Sosyal Hizmet (KSH) ve Eğitimine İlişkin Bir Değerlendirme”, “Baskı Karşıtı Uygulama: Baskıyı Tanımak ve Klinik Uygulamada Ele Almak Üzerine”, “Mikro ile Makronun Mutsuz Evliliği: Klinik Sosyal Hizmet ve Toplulukla Çalışmanın Birlikteliği Mümkün mü?”, “Yetişkin Hükümlülere Yönelik Klinik Sosyal Hizmet Uygulamaları”, “Klinik Sosyal Hizmete İlişkin Kavram Karışıklığı”, “Uygulamaya

Dönük Ve Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Doktora Programının Tarihsel Gelişimi, Özgün Yönleri Ve Avantajları” (<https://akademik.yok.gov.tr>; <https://dergipark.org.tr/tr>)

Katılımcıların ifadeleri ve alanyazına ilişkin bilgiler kapsamında klinik sosyal hizmete ilişkin akademik çalışmaların yetersiz olduğunu söylemek mümkündür. Bu alana ilişkin akademik çalışmaların niceliğinin nitelikli bir şekilde artmasına ihtiyaç vardır. Bu bağlamda, kanıta dayalı müdahalelerin uygulandığı, uygulamaların akademik çalışmalara entegre edildiği aynı zamanda mesleğin etik ilkelerine bağlı, kültüre duyarlı akademik çalışmaların artması klinik sosyal hizmetin gelişmesi açısından önem taşımaktadır.

Katılımcıların tamamına yakını klinik sosyal hizmet alanında uzmanlaşmış akademisyen sayısının yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Bu bağlamda Yükseköğretim Akademik internet sitesinde yapılan aramalarda çalışma alanı klinik sosyal hizmet olan 77 akademisyen bulunmaktadır. Ancak yapılan incelemeler sonucu bu akademisyenlerin bir kısmının bu alanda akademik çalışmalarının bulunmadığı tespit edilmiştir (<https://akademik.yok.gov.tr>). Bu konuda katılımcılardan biri “YÖK Akademikte çalışma alanımızı biz belirliyoruz. Dolayısıyla oraya istediğimizi yazabiliyoruz. Bu alanda çalışma yapmayanlar da oraya klinik sosyal hizmeti ekleyebiliyorlar” diye ifade etmiştir. Bu bağlamda YÖK Akademik aramada ulaşılan sayı gerçek manada klinik alanda çalışma yürüten akademisyen sayısını vermemektedir. Ancak bu konuda Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Doktora Programından mezun olan kişi sayısı 15’tir. Bu mezunların tamamı akademisyen değildir. Yine akademisyen sayısına ilişkin Başkent Üniversitesi Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Programından mezun olan kişi sayısı 33’tür. Yine bu mezunlardan sadece birkaçı sosyal hizmet akademisyenidir.

Araştırmanın bulguları ve literatür bilgileri doğrultusunda klinik sosyal hizmet alanında akademik çalışmaların ve uzmanlaşmış akademisyen sayısının yetersiz olduğu görülmektedir. Yine araştırmanın bulguları arasında klinik sosyal hizmetin bilinirliğinin az olduğu ve klinik sosyal hizmetin temsiliyetinin yeterli düzeyde olmadığı saptanmıştır. Bu bağlamda klinik sosyal hizmetin bilinirliğinin artırılması ve temsiliyetinin sağlanmasının klinik alanda uzmanlaşmış sosyal hizmet akademisyenlerine ve bu alana ilişkin akademik çalışmalara bağlıdır.

Klinik sosyal hizmet alanına ilişkin olarak değerlendirilmesi gereken bir diğer konu ise “Mevcut Uygulama ve Yasal Karşılık” alt temasıdır. Araştırmanın bulguları

doğrultusunda sosyal hizmet uzmanlarının gerekli eğitimleri aldıktan sonra hem kamuda hem de özel alanda bireysel olarak klinik sosyal hizmet müdahaleleri yürüttükleri bilgisine ulaşılmıştır. Terapi ekollerinin; teori, uygulama ve süpervizyon şartlarını sağlayarak sertifikalarını almış ve bu doğrultuda psikoterapi ve danışmanlık hizmeti veren yüzlerce sosyal hizmet uzmanı bulunmakta ve bu sayı gün geçtikçe artmaktadır. Tuncay (2022: 5, 12) sosyal hizmet uzmanlarının kabul görmüş psikoterapi eğitimleri sonrası psikoterapi yaptıklarını ifade etmiştir. Lisans eğitimi sonrası terapi ekollerine ilişkin sertifikalar alarak kamusal alanda ve sivil toplum kuruluşlarında klinik bilgi ve becerilerini uygulamalarına yansıtan ve özel danışmanlık merkezlerin de psikoterapi ve danışmanlık hizmeti veren sosyal hizmet uzmanları bulunmaktadır. Bu konuda ekollere ilişkin ileri eğitimler alarak terapist olarak tanınan, Avrupadan akreditasyon alarak süpervizyon veren sosyal hizmet uzmanları bulunmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanlarının psikoterapi hizmeti sunmasına ilişkin olarak katılımcılardan biri “Terapi eğitimleri alıyoruz ancak uygulamamıza terapi mi diyelim danışmanlık mı diyelim? Hayır, terapi diyemiyoruz danışmanlık diyebiliyoruz” ifadeleriyle var olan bir soruna değinmiştir. Türkiye’de psikoterapi hizmetinin kimler tarafından verilebileceği konusunda uzun süredir devam eden tartışmalar mevcuttur. Sosyal hizmet uzmanları, Tababet Kanununda sağlık meslek mensubu olarak yer almamaktadır. Sağlık meslek mensubu olarak psikoterapi yetkisi Tababet Kanunu gereğince sadece klinik psikologlara verilmiştir (<https://www.mevzuat.gov.tr>). 29 Mart 2025 tarihinde çıkan Sağlık Meslek Mensuplarının Serbest Meslek İcrası Hakkında Yönetmeliğe göre psikoterapi hizmeti sağlamak amacıyla özel merkez açabilme yetkisi sadece klinik psikologlara verilmiştir (<https://www.resmigazete.gov.tr>). Katılımcılar bu yönetmeliğin kimler psikoterapi yapabilir tartışmasını yeniden gündeme getirdiğini bu konuda sosyal hizmet uzmanlarının, psikologların ve psikolojik danışmanların yönetmeliğe karşı çıktığını ifade etmiştir. Yine araştırma bulguları içerisinde bu konuya ilişkin sosyal hizmet uzmanlarının değil ancak klinik sosyal hizmet uzmanlarının olabileceğine dair bir eğilim olduğu bilgisi yer almaktadır. Katılımcılardan biri bu konuda sağlığın biyopsikososyal bir bütün olması nedeniyle sosyal hizmetin biyopsikososyal işlevsellik bakış açısına sahip olması bakımından 4 yıllık lisans eğitimi alan sosyal hizmet uzmanlarında sağlık meslek mensubu sayılması gerektiğini ifade etmiştir.

Yurt dışı örneklerine bakıldığında özellikle ABD’de multidisipliner bir yaklaşımla farklı mesleklerin ruh sağlığı profesyoneli olarak görev yaptığı görülmektedir. 1998 yılında ruh sağlığı alanında çalışan klinik sosyal hizmet uzmanı sayısı ise 96,407’dir. 1999 yılında ABD’de ruh sağlığı hizmetlerinde 38,940 psikiyatrist, 77,456 klinik psikolog görev yapmaktaydı. 2000’li yıllarda ABD’de ruh sağlığı hizmeti sunan yaklaşık 245 bin ruh sağlığı profesyoneli bulunmaktadır. Ruh sağlığı profesyonellerinin %16’sı psikiyatrist , %13’ü psikiyatri hemşiresi iken %32’si klinik psikolog ve %39’u klinik sosyal hizmet uzmanıdır. Bazı istatistikçiler klinik sosyal hizmet uzmanlarının farklı alanlarda çalışmasından dolayı tam sayılarına ulaşamadığını ve tüm ruh sağlığı profesyonelleri içerisinde klinik sosyal hizmet uzmanlarının %65 gibi bir orana sahip olduklarını tahmin etmektedir (Scheffler ve Kirby, 2003: 178). ABCSW’nin (2025) güncel bilgilerine bakıldığında ABD’de 250.000 klinik sosyal hizmet uzmanı ruh sağlığı alanında profesyonel hizmetler sunmaktadır. Dolayısıyla klinik sosyal hizmet uzmanları ABD’nin ruh sağlığı sistemini ayakta tutmaktadır.

Psikoterapi ve danışmanlık hizmetleri hafif uyum bozukluklarından ciddi ruhsal problemlere kadar geniş yelpazedeki bireylere verilmektedir. Psikoterapi ve danışmanlık hizmetleri farklı eğitim geçmişleri ve terapi ekollerine sahip uygulayıcılar tarafından sunulduğu için psikoterapi ve danışmanlık bağlamında evrensel olarak kabul edilecek uygulama standartlarından bahsetmek zordur. Bu bağlamda yasal karışıklıklar mevcuttur. Ancak bu alanda uygulama yapan profesyonellerin büyük bir kısmı bu işi kendine özgü özerklik içermesi nedeniyle seçmektedir. Bu özerklik terapistlere; psikoterapi ve danışmanlığın doğası gereği teori ve pratiğin her bir danışana bireysel olarak uygulanmasını gerektirdiği için tanınmaktadır. Birey, aile ve gruplara psikoterapi hizmeti sunan klinik sosyal hizmet uzmanları sosyal hizmet mesleğinin profesyonel bilgi ve becerilerinin yanı sıra teori ve uygulamalardan türetilen bilgi birikimi ve deneyim yoluyla beslenen uygulama sanatının bir kombinasyonunu icra etmektedir ( Madden,1998: 8).

ABD başta olmak üzere birçok ülkede ruh sağlığı profesyonelleri arasında büyük bir paya sahip olan klinik sosyal hizmet uzmanlarının yurt dışında psikoterapi ve danışmanlık yetkisine sahip olduğu, bu yetkinliğini hem kamu da hem de özel psikoterapi ve danışmanlık merkezlerinde kullabildiği görülmektedir. Lieberman’a (1982) göre sosyal hizmet uzmanları birçok ortamda psikoterapi uygulamaktadır. Tarihsel bağlamda sosyal hizmetin psikoterapiye ilgisi bulunmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, psikoterapi

yapabilme yetkisi kazanmak ve bağımsız uygulamalarda bulunabilmek için mücadele vermişlerdir. Baird'e (1982) göre sosyal hizmet ve psikoterapi arasında yakın bir ilişki vardır. Psikoterapiyi de içeren çeşitli hizmetlerin sağlanması sosyal hizmet mesleğinin ve tarihinin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu bağlamda sosyal hizmet, psikoterapiden faydalanırken aynı zamanda psikoterapiye çevresi içinde birey perspektifi, çevresel stres, çevrenin değiştirilmesi, kendi kaderini tayin etme hakkı, bakım ve koruma ihtiyacının giderilmesi, danışana yönelik ego desteği, gerçeklik ve transferans farkındalığı sağlama, aile ve gruba yönelik müdahaleler, psikoterapötik bir araç olarak zamana odaklanma ve süpervizyon gibi katkılar sunmuştur. Sosyal hizmetin psikoterapiye katkıları bunlarla sınırlı olmamakla birlikte sosyal hizmet değişen insani koşullara yanıt vermeye devam ettikçe sadece danışanları değil aynı ölçüde psikoterapiyi de zenginleştirecektir.

Araştırma bulgularına göre bu durum Türkiye'de tam tersi bir seyir göstermekte bazı meslek elemanları psikoterapi ve danışmanlığa ilişkin yetkiyi sadece kendi tekelinde gibi değerlendirerek bu konuda yasal değişimler konusunda direnç göstermektedir. Klinik sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı profesyonelleri içerisinde öncü olarak yer aldığı ve multidisipliner yaklaşımın yaygın olduğu olgusunun bulunduğu bir bağlamda ruh sağlığı profesyoneli sayılan mesleklerin gelişimi, ruh sağlığı yasasının çıkartılması ve ruh sağlığının gelişimi için çaba gösterilmelidir.

Türk Psikiyatri Derneği'nin ruh sağlığı çalışanları içerisinde sosyal hizmet uzmanlarının bilimsel geçerliliği ve uluslararası tanınırlığı olan eğitim aldıklarını belgelendirdikleri takdirde bazı terapi yaklaşımlarını hekim sorumluluğunda uygulayabileceklerini ve Sağlık Bakanlığı'nın ruh sağlığı hizmeti sunan tüm meslekler için görev, yetki ve sorumluluk tanımlarını içeren yasal düzenlemeleri açıkça desteklediklerini ifade etmiştir (<https://psikiyatri.org.tr/>). Ruh sağlığının öncü profesyonelleri tarafından sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı profesyonelleri arasında değerlendirilmesi ve psikoterapi yapabileceklerine ilişkin bilgiler verilmesi multidisipliner yaklaşım doğrultusunda önemli bir adımı ve desteği göstermektedir.

Klinik sosyal hizmetin gelişimini engelleyen bazı faktörlerin değerlendirilmesi gerekmektedir. Araştırma bulguları sonucu klinik sosyal hizmetin gelişimine engel olan faktörler şunlardır:

1- Eğitime ilişkin engeller: Türkiye’de lisans ve yüksek lisans düzeyinde doğrudan klinik sosyal hizmet eğitimi yoktur (Aygüler ve Kızıлтаş, 2023). Lisans düzeyinde genelci sosyal hizmet perspektifiyle eğitim verilmekte ve müfredatlar bu doğrultuda hazırlanmaktadır. Lisans eğitimine ilişkin klinik odaklı derslere ihtiyaç duyulmaktadır. Lisansüstü eğitimde resmi olarak tanımlanmayan ancak eğitim içerikleri klinik odaklı olarak hazırlanan bir yüksek lisans programı bulunmaktadır. Doktora eğitimi ise resmi olarak YÖK tarafından Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Doktora Programı olarak kabul görmüştür. Lisansüstü klinik sosyal hizmet eğitime ihtiyaç duyulmaktadır.

2- Terapi ekollerine ilişkin eğitimler yüksek maliyetli ve uzun sürelidir. Bu doğrultuda ekonomik destek ihtiyacı doğmaktadır. Özel sektörde ya da kamuda çalışan ancak bu eğitimleri almak isteyen sosyal hizmet uzmanlarının klinik bilgi ve beceri ihtiyacına cevap verilmesi, eğitimlere katılmalarına izin verilmesi gerekmektedir. Yine terapi ekollerine ilişkin olarak; eğitim veren kurum ve eğitmenlerin uluslararası akreditasyona sahip olması gereklidir. Bu eğitimleri sağlayan kurumların ve eğitmenlerin süpervizyon şartını sağlaması gerekmektedir.

3- Yasal Mevzuat eksikliği: Türkiye’de klinik sosyal hizmet uygulamalarına ya da eğitime yönelik doğrudan yasal düzenlemeler yoktur. Bu bağlamda ilk olarak ruh sağlığı yasasına ihtiyaç duyulmaktadır. Tababet Kanununda sosyal hizmet uzmanları sağlık meslek mensubu olarak yer almamaktadır. Yine Sağlık Meslek Mensuplarının Serbest Meslek İcrasının Hakkında Yönetmelikte sosyal hizmet uzmanları yer almamaktadır. Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanlarının Tababet kanununda sağlık meslek mensubu olarak yer almasını için çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

4- Sosyal hizmetin var olan sorunlarının klinik sosyal hizmete de sirayet ettiği görülmektedir. Bu doğrultuda “sosyal çalışma görevlisi” tanımı, sosyal hizmet bölümlerinin niteliksiz bir şekilde çoğalması ve sosyal hizmet açıköğretim eğitimi verilmesi sosyal hizmetin, sosyal hizmet eğitiminin ve uygulamasının potansiyelini düşürmekte mesleğin itibarını zedelemektedir (Kılıç, 2021; Alptekin vd. 2017).

5- Klinik sosyal hizmetin yeterince bilinmemesi, tanıtılmaması ve temsiliyetinin sağlanmaması klinik sosyal hizmetin gelişimini engelleyen faktörlerdir.

6- Akademik alanda; klinik sosyal hizmete ilişkin akademik çalışmalar ve klinik alanda uzmanlaşmış akademisyen sayısı yetersizdir.

7- Klinik uygulama yapan sosyal hizmet akademisyenleri ve sosyal hizmet uzmanları arasında örgütlenme eksikliği bulunmakta ve meslek savunuculuğuna ihtiyaç duyulmaktadır.

8- Sosyal hizmet akademisyenleri arasında klinik ve makro alanda yürütülen çalışmaların ayrışma olarak algılanması hem klinik sosyal hizmetin hem de makro çalışmaların gelişmesine engel olmaktadır.

9- Klinik sosyal hizmetin tanımlanmasına, klinik sosyal hizmet eğitim ve uygulamasına ilişkin standartların belirlenmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

### **Sonuç ve Öneriler**

Sosyal hizmet birey, aile ve toplumun refahını ve yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla diğer bilimlerle etkileşim içerisinde insan davranışı ve sosyal çevre ve sosyal politika bilgisinden faydalanan uygulamalı bir bilimdir. Klinik sosyal hizmet; sosyal hizmetin birey, aile ve diğer küçük gruplara odaklanan özel bir müdahale alanıdır.

Klinik sosyal hizmet, birey, aile ve diğer küçük grupların yaşadığı duygusal, davranışsal ve bilişsel sorunlara yönelik müdahalelerde bulunan; ruh sağlığına, biyopsikososyal ve tinsel iyilik haline odaklanan; psikoterapi ve danışmanlıkla birlikte sosyal hizmetin bilgi, beceri ve değer temelini bir araya getirdiği terapötik ilişkilerle müracaatçılarda/danışanlarda değişim sağlamayı amaçlayan bir uygulama alanıdır.

Klinik sosyal hizmet müdahalesi bireyi içsel dinamiklerinin yanı sıra çevresi ile ele alarak bütüncül bir bakış açısıyla değerlendiren genelde sosyal hizmet perspektifinden farklılaşarak danışanların sorunlarını çözerken bilimsel olarak kabul görmüş terapi ekollerinden faydalanan bir müdahaledir. Klinik sosyal hizmet, sosyal hizmetin ruh sağlığı boyutunu temsil eden, uzmanlaşmayı gerektiren bir alandır. Psikoterapi ve danışmanlık hizmetleri klinik sosyal hizmet uygulamasının temel müdahale yöntemleridir.

Klinik sosyal hizmet, ilk dönemlerde psikiyatrik sosyal hizmet adıyla uygulanmıştır. Bu kavram, 1931 yılında ilk defa sosyal hizmet profesörü Edith Abbot tarafından kullanılmıştır. Klinik sosyal hizmet, ABD’de kısa sürede popüler hale gelmiş ve sosyal hizmet uzmanları bu alana yönelmiştir. 1960’ların sonunda klinik sosyal hizmet profesyonel bir kavram olarak kullanılmaya başlamış. ABD ve Kanada’da çok sayıda

klirik sosyal hizmet dernekleri kurulmuştur. 1971’de NFSCSW; 1972’de Clinical Social Work Journal kurulmuştur. ABD ve Kanada’da klinik sosyal hizmete ilişkin dergi ve çok sayıda dernek ve federasyon kurulması ve dergi çıkarılması sonuç vermiş, 1978 yılında NASW klinik sosyal hizmeti ayrı bir uygulama alanı olarak tanımıştır. Klinik sosyal hizmetin NASW tarafından tanınması ve uygulama standartlarının belirlenmesi klinik sosyal hizmet için bir dönüm noktası olmuştur. Günümüzde ABD, 250.000 klinik sosyal hizmet uzmanıyla bu alanda, dünyanın en iyi yapılanmış ülkesidir.

Türkiye’de klinik sosyal hizmet ise henüz kurumsal olarak tanımlanmamış ve uygulama açısından yeterince gelişmemiştir. Bu doğrultuda Türkiye’de klinik sosyal hizmetin gelişimine katkı sunmayı amaçlayan bu araştırmadan özetle şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Türkiye’de klinik sosyal hizmetin kurumsal düzeyde tanımı ve uygulama standartları belirlenmemiştir. Ulusal alanyazında klinik sosyal hizmete ilişkin akademik çalışmalarda farklı klinik sosyal hizmet tanımlarının yer aldığı görülmekte ve bu tanımların NASW, CSWE, CSWA gibi kaynaklardan alındığı görülmektedir. Bu doğrultuda ulusal alanyazında klinik sosyal hizmete ilişkin tanım birliği bulunmamakta ve tanım birliğine ihtiyaç duyulmaktadır.

- Türkiye’de lisans eğitimi genelci sosyal hizmet perspektifiyle verilmekte uzmanlaşma lisansüstü eğitimle mümkün olmaktadır. Ancak lisans düzeyinde genelci sosyal hizmet eğitiminin yanı sıra uzmanlaşmanın ilk adımını oluşturacak derslere ihtiyaç duyulmaktadır.

- Türkiye’de yüksek lisans derecesinde resmi olarak klinik sosyal hizmet eğitimi veren bir program bulunmamakla birlikte Başkent Üniversitesi Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Programı ders içerikleri klinik sosyal hizmet odaklı olarak hazırlanmıştır. Programın klinik sosyal hizmet alanında yetkin sosyal hizmet uzmanları yetiştirme amacı taşıdığı görülmektedir. Bu noktada yüksek lisans derecesinde daha fazla klinik sosyal hizmet programlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

- Türkiye’de resmi olarak klinik odaklı lisansüstü eğitim veren tek program Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Doktora programıdır. Resmi olarak klinik odaklı ilk ve tek olan bu program sosyal hizmet alanında ileri düzey eğitime ihtiyaç duyan sosyal hizmet uzmanlarına hem klinik sosyal hizmet uygulaması hem de akademik düzeyde klinik sosyal hizmet araştırmaları için gerekli olan bilgi ve

becerilerin kazandırılmasını hedeflemektedir. Klinik alanda uzmanlaşmış sosyal hizmet uzmanları yetiştirebilmek için klinik sosyal hizmet doktora programlarında yetişmiş akademisyenlere ihtiyaç duyulmaktadır. Dolayısıyla klinik odaklı doktora programlarının sayısının artması gerekmektedir.

- Türkiye’de klinik sosyal hizmet uygulaması yapmak isteyen sosyal hizmet uzmanları bu alanda lisansüstü eğitimlerin yetersizliği nedeniyle terapi ekollerine ilişkin eğitim ve sertifika programlarına ihtiyaç duymaktadır.

- Türkiye’de klinik sosyal hizmet uygulamalarının yasal bir mevzuatı olmadığı için sosyal hizmet uzmanlarının klinik bilgi ve becerilerine ve kendi inisiyatiflerine bağlı olarak kamu kurum ve kuruluşlarında kısıtlı bir şekilde yürütülmektedir. Araştırmada elde edilen bilgilere göre bu kurumlar: Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri (AMATEM ve ÇEMATEM), Adalet Bakanlığı’na bağlı Ceza ve İnfaz Kurumları ve Denetimli Serbestlik Müdürlükleri, Hastaneler (onkoloji, diyaliz ve palyatif bakım servisleri), Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, Sosyal Hizmet Merkezleri (aile danışmanlığı) ve Huzurevleridir.

- Türkiye’de klinik sosyal hizmet uygulamaları; AFAD ve YEŞİLAY gibi sivil toplum örgütlerinde görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının klinik bilgi ve becerileri ve kendi inisiyatiflerine bağlı olarak yürütülmektedir.

- Türkiye’de özel danışmanlık merkezlerinde sosyal hizmet uzmanları terapi ekollerine ilişkin aldıkları sertifikalarla klinik sosyal hizmet uygulamaları kapsamında psikoterapi ve danışmanlık hizmetleri sunmaktadır. Bu bağlamda klinik alanda uygulamalar yapan sosyal hizmet uzmanları “salt terapist” olarak algılanmamalıdır. Sosyal hizmet uzmanları, klinik sosyal hizmet uygulamasında terapi ekollerine ilişkin terapötik becerilerinin yanı sıra sosyal hizmet mesleğinin bilgi, beceri ve değer temelinden ve bütüncül bakış açısından beslenerek sosyal hizmet felsefesiyle klinik uygulamalar gerçekleştirmektedir.

- Türkiye’de klinik sosyal hizmet eğitimi ve uygulamasına ilişkin sınırlar net olmamakla birlikte bu konuda NASW’nin belirlediği yüksek lisans derecesine sahip olma ve bunun yanısıra terapi ekollerine ilişkin teorik bilgi, uygulama ve süpervizyon şartlarının kabul gördüğü saptanmıştır. Klinik sosyal hizmetin yasal alt yapısının oluşturulmasıyla ilişkili olarak bu çerçevelerin belirlenmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

- Klinik sosyal hizmet, sosyal hizmet mesleğinin önemli bir uygulama alanıdır. Sosyal hizmet mesleğinin bilgi, beceri ve değer temeli; bütüncül bakış açısı ve terapötik ilişkiyle bir araya gelerek klinik sosyal hizmeti diğer disiplinlerden farklı, etkin ve önemli kılmaktadır. Hassas müracaatçı gruplara yönelik müdahalelerde klinik bilgi ve beceri ihtiyacı doğmaktadır. Özellikle ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları için klinik uygulamalar büyük önem taşımaktadır. Klinik bilgi ve beceriler sosyal hizmet müdahalelerinde bütünleştirici ve destekleyici bir rol oynamaktadır.

- Türkiye’de klinik sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet ve tıbbi sosyal hizmet kavramları arasında bir kavram karmaşası bulunmaktadır. Alanyazın ve araştırma sonucu bu karmaşanın varlığını desteklemekle birlikte tıbbi sosyal hizmetin Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesiyle yasal düzlemde görev ve sınırlarının belirlendiğini söylemek gerekir. Ancak psikiyatrik sosyal hizmet ve klinik sosyal hizmet alanyazında iç içe geçmiş iki alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikiyatrik sosyal hizmet ruh sağlığı merkezleri ve psikiyatri kliniklerinde ruh sağlığına odaklanan uygulamalardır. Bu uygulamalar sırasında psikoterapi ve danışmanlık gibi klinik uygulamalardan faydalanılmaktadır. Ancak klinik sosyal hizmetin odak noktasını sadece ruh sağlığı değildir. Ruh sağlığının yanı sıra kriz müdahalesi, madde bağımlılığı, yetiyitimi (engellilik), kronik hastalıklar, çocuk koruma ve aile içi şiddet, ceza ve adalet sistemi ve okul sosyal hizmeti gibi müdahale alanları bulunmaktadır. Bu bağlamda klinik sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet ve tıbbi sosyal hizmet kavramlarının kesin ayrılan sınırları olmamakla birlikte (klinik bilgi ve becerilerin sosyal hizmetin tüm alanlarında kullanılabileceği) farklı kavramlar olduğunu bilinmelidir.

- Türkiye’de klinik sosyal hizmet alanındaki akademik çalışmalar yakın dönemde yapılmaya başlasa da yeterli değildir. Bu alana ilişkin olarak uygulamaya yönelik akademik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ulusal alanyazında klinik sosyal hizmet bilgisinin Batı kaynaklı olmasından dolayı kendi kültürümüze duyarlı ve kanıta dayalı akademik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

- Türkiye’de klinik sosyal hizmet alanında uzmanlaşmış akademisyen sayısı az olmakla birlikte bu durumun nedeni klinik odaklı bir doktora programı olmasıdır.

- Türkiye’de klinik sosyal hizmet yeterince bilinmemekle birlikte gün geçtikçe bilinirliği arttığını söylemek mümkündür. Yine klinik sosyal hizmet psikologlar ve psikiyatristler dışında diğer sosyal bilim disiplinlerinde yeterince bilinmemektedir.

- Türkiye’de klinik sosyal hizmetin savunuculuğunu yapan sivil toplum örgütü bulunmamaktadır. Türkiye’de sosyal hizmet mesleğini temsil eden iki dernek bulunmaktadır: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (SHUDER) ve Sosyal Hizmet Okulları Derneği (SHOD). SHUDER’in klinik sosyal hizmet uygulamasına yönelik çalışmaları bulunmakla birlikte doğrudan klinik sosyal hizmetin gelişimine ilişkin çalışmaları bulunmamaktadır. Yine klinik sosyal hizmete ilişkin bir yayın organı bulunmamaktadır.

- Klinik sosyal hizmetin gelişimine ilişkin eğitim konusunda engeller bulunmaktadır. Yasal bağlamda ruh sağlığı yasasının bulunmaması, Tababet Kanununda sosyal hizmet uzmanlarının sağlık meslek mensubu olarak yer almaması klinik sosyal hizmetin gelişimine engel olmaktadır. Sosyal hizmet disiplini içerisinde var olan sosyal çalışma görevlisi ve sosyal hizmet eğitimi veren açıköğretim programlarının klinik sosyal hizmete ilişkin sorun olarak görüldüğü ve mesleğin itibarına zarar verdiği görülmektedir. Sosyal hizmet disiplini içerisinde klinik ve makro çalışmaların algısal bir ayrımlaşmaya neden olması hem klinik sosyal hizmetin gelişimini hem makro çalışmaların gelişimini olumsuz etkilemektedir. Sosyal hizmet bireyden topluma tüm boyutlara hizmet etmeyi amaçlamaktadır. Bu doğrultuda sosyal hizmetin bireyden topluma tüm müdahaleleri kıymetlidir.

Çalışmadan elde edilen bulgular ve verilerin analiz edilmesi sonrasında araştırmanın önerileri şunlardır:

İlk olarak SHUDER ve SHOD içerisinde yer alan ve klinik alanda uzmanlaşmış akademisyenlerin klinik sosyal hizmeti derneklere tanıtması ve önemini anlatması gereklidir. Ardından klinik sosyal hizmetin; tanımlanması, tanım birliğinin sağlanması, yasal olarak tanınması ve kurumsal bir kimliğe kavuşması için SHUDER ve SHOD bünyesinde yapılacak açıklamalar, yayınlar, kongre temaları belirlenmesi, komisyon kurulması, çalıştay düzenlenmesi vb. çalışmalar büyük önem arz etmektedir.

Sosyal hizmet uzmanlarının Tababet Kanununda sağlık meslek mensubu olarak yer alması, ruh sağlığı yasasının çıkarılması, klinik sosyal hizmetin ve klinik sosyal hizmet uzmanlarının yasal düzenlemelerle uygulama sınırlarının ve standartlarının belirlenmesi için SHUDER ve SHOD’un lobicilik faaliyetleri yapmasına ihtiyaç vardır. Yine ruh sağlığı yasasına ilişkin diğer ruh sağlığı profesyonelleriyle iş birliği yapılması önemli bir adımdır.

Klinik alanda uzmanlaşmış akademisyenlerin ve alanda klinik uygulamalar yürüten sosyal hizmet uzmanlarının klinik sosyal hizmete ilişkin dernek ve yayın organı kurulmasına öncülük etmeleri gereklidir.

Klinik sosyal hizmetin mevcut durumda en güçlü temsilcileri bu alanda çalışmalar yürüten akademisyenlerdir. Klinik sosyal hizmet eğitime ilişkin öncelikli olarak Başkent Üniversitesi'nin YÖK tarafından resmi olarak klinik odaklı sosyal hizmet yüksek lisans programı olarak kabul edilmesi ve Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Klinik Odaklı Doktora Programı'na alınan doktorant sayılarının artırılması yararlı olacaktır. Bu noktada daha önce Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nde Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Doktora Programı'nın açılmasına öncülük eden öğretim üyelerinin gayretleri bir örnek teşkil etmektedir.

Klinik alanda uzmanlaşmış sosyal hizmet akademisyenlerinin klinik sosyal hizmetin gelişimi için lisans programlarında eğitim içeriklerine klinik odaklı dersler eklenmesi noktasında öncülük etmeleri gereklidir. Bunu sağlayamadıkları takdirde genelci eğitim içerisinde var olan dersleri (sosyal hizmet kuramları, görüşme teknikleri vb.) klinik odaklı anlatmaları önerilebilir. Bu sayede lisans düzeyinde öğrenciler arasında klinik sosyal hizmet farkındalığı sağlanacaktır. Akademisyenlerin klinik sosyal hizmetin bilinirliğinin sağlanmasının bu alana ilişkin çalışmaların artmasına bağlı olduğunu bilerek klinik sosyal hizmete ilişkin akademik çalışmalar yapması gereklidir. Bu doğrultuda lisansüstü eğitim alan öğrencilerin klinik sosyal hizmete ilişkin akademik çalışmalar yapması, lisansüstü tez çalışmalarını klinik sosyal hizmet alanında hazırlamasına ilişkin salık vermeleri önerilebilir.

## KAYNAKÇA

- Akkoyun, F. (1995). Transaksiyonel Analiz ve Yetişkin Olmak. Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES), 28(1), 1-11. [https://doi.org/10.1501/Egifak\\_0000000343](https://doi.org/10.1501/Egifak_0000000343)
- Alptekin, K., Topuz, S. ve Zengin, O. (2017). Türkiye’de Sosyal Hizmet Eğitiminde Neler Oluyor? . Toplum ve Sosyal Hizmet, 28 (2), 50-69.
- Alholjailan, M. I. (2012). Thematic Analysis: A critical review of its process and evaluation. West East Journal of Social Sciences, 1(1), 39-47.
- Altshuler, S. J. (1999). Constructing Genograms with Children in Care: Implications for Casework Practice. Child Welfare, 78(6), 777–790.
- Apak, H. ve Kınık, K. (2022). Sosyal Hizmet, Din ve Maneviyat: Klinik Sosyal Hizmet Örneği. Fikri Keleşoğlu (Ed.) Sosyal Hizmeti Farklı Boyutlarıyla Tanımak içinde (97-117). Ankara: Nobel.
- Arıkan, R. (2013). Araştırma Yöntem ve Teknikleri (2. Basım). Ankara: Nobel.
- Aron, L., & Starr, K. (2012). A Psychotherapy for the People: Toward a Progressive Psychoanalysis. New York: Routledge.
- Atamtürk, E. (2021). Amerika Birleşik Devletleri’ndeki Sosyal Hizmet Uygulamaları Işığında Çocuk Refahı Alanına İlişkin Bir Süpervizyon Modeli Önerisi (Doktora Tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, SBE.
- Atamtürk, E. Klinik Sosyal Hizmet Uygulamasında Süpervizyon. Hakan Karaağaç, İpen İlknur Ünlü ve Esra Çalık Var (Ed.) Klinik Sosyal Hizmet Tanım, Kapsam ve Yaklaşımlar içinde (47-63). Ankara: Nobel.
- Aydemir, H. ve Hasgöl, E. (2023). Yaşlılarla Çalışmada Klinik Sosyal Hizmet Uygulaması. İpen İlknur Ünlü, Hakan Karaağaç ve Esra Çalık Var. (Ed.) Klinik Sosyal Hizmet Müdahalesi ve Uygulama Alanları içinde (41-64). Ankara: Nobel.
- Aygüler, E. ve Kızıldaş, A. (2023). Uygulamaya Dönük Ve Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Doktora Programının Tarihsel Gelişimi, Özgün Yönleri Ve Avantajları. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, Sayı: 21: 129-147
- Baird, M. (1982). Social Work Contributions to Psychotherapy. In Florence Lieberman (Ed.) Clinical Social Workers as Psychotherapists (21-36). New York: Gardner Press.
- Barker, R.L. (1991). The Social Work Dictionary.(2nd edition). United States of America: NASW Press.

- Barker, R.L. (2014). *The Social Work Dictionary*. (6th edition). United States of America: NASW Press.
- Basa, V. (2017). Models of supervision in therapy: Brief defining features. *European Journal of Counselling Theory, Research and Practice*, 1(4), 1–5.
- Berkman, B., Silverstone, B., Simmons, W. J., Volland, P. J. and Howe, J. L. (2000). Social work gerontological practice: The need for faculty development in the new millennium. *Journal of Gerontological Social Work*, 34(1), 5-23.
- Berlin, S. (2010). Why Cognitive Therapy Needs Social Work. William Borden (Ed.) in *Reshaping Theory in Contemporary Social Work* (p.45-66). New York: Columbia University Press.
- Bernard, J. M. and Goodyear, R. K. (2014). *Fundamentals of Clinical Supervision* (5th ed.). Harlow: Pearson Education Limited.
- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy: A Systematic Individual and Social Psychiatry*. London: Grove Press.
- Bogo, M., and McKnight, K. (2006). Clinical supervision in social work: A review of the research literature. *The Clinical Supervisor*, 24(1-2), 49–67.
- Bowen, M. (2004). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., ve Demirel, F. (2018). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (24. baskı).Ankara: Pegem Akademi.
- Cattanach, A. (2003). *Introduction to Play Therapy*. Hove and New York: Brunner-Routledge.
- Chestang, L.W.(1979).Competencies and Knowledge in Clinical Social Work: a Dual Perspective. In Patricia L. Ewalt (Ed.) *Toward a Definition of Clinical Social Work* (1-12). Denver: NASW Inc.
- Cohen, J. (1979). Nature of Clinical Social Work. In Patricia L. Ewalt (Ed.) *Toward a Definition of Clinical Social Work* (23-32). Denver: NASW Inc.
- Coady, Nick. (2005). *Encyclopedia of Canadian Social Work*. F.J. Turner (Ed.). Canada: Wilfrid Laurier Univ. Press.
- Cooper, M. and Lesser, J. (2015). *Clinical Social Work Practice: An integrated Approach*. USA: Pearson Education.
- Corcoran, J. and Pillai, V. (2009). A Review of The Research on Solution-Focused Therapy. *British Journal of Social Work*, 39(2), 234-242.

- Cornell, W.F., Graaf, A., Newton, T. and Thunnisen, M. (2016). *Into TA A Comprehensive Textbook on Transactional Analysis*. London: Karnac Books.
- Council on Social Work Education (CSWE). (2009). *Advanced social work practice in clinical social work practice*. Washington, DC: Council on Social Work Education.
- Cox, C.B. (2007). *Social Work and Dementia*. Carole B. Cox, (Ed.) in *Dementia and Social Work Practice Research and Interventions*. (3-12). New York: Springer Publishing.
- Creswell, J.W.(2017). *Araştırma deseni: Nitel, nicel ve karma yöntem yaklaşımları*. Mesut Bütün (Çev.). Selçuk Beşir Demir (Çev. Ed.). Ankara: Eğiten Kitap.
- Creswell, J.W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. California: Sage Publications.
- Creswell, J.W. (2023). *Nitel Araştırma Yöntemleri (7.Baskı)*. Miraç Aydın (Çev.). Selçuk Beşir Demir ve Mesut Bütün (Çev. Ed.). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Creswell, J. W., & Miller, D. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory Into Practice*, 39(3), 124–130.
- Çalık Var, E ve Akın Altıncı, E. (2023). *Klinik Sosyal Hizmet Uygulamasında Araştırma ve Kanıt Temelli Uygulamalar*. Hakan Karaağaç, İpen İlknur Ünlü ve Esra Çalık Var (Ed.) *Klinik Sosyal Hizmet Tanım, Kapsam ve Yaklaşımlar içinde* (35-46). Ankara: Nobel.
- Çamur Duyan, G. (2018a). *Görev Merkezli Yaklaşım*. Veli Duyan (Ed.), *Sosyal Hizmet Kuram ve Yaklaşımları içinde* (153-178). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını.
- Çamur Duyan, G. (2018b). *Birey Merkezli Yaklaşım*. Veli Duyan (Ed.), *Sosyal Hizmet Kuram ve Yaklaşımları içinde* (224-246). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını.
- Dağ, A. (2017). *Okul Sosyal Hizmeti*. İstanbul: Açılım Kitap.
- De Jesús, M.P., Rodríguez, E. and Anaya, G. (2021). *Systems Theory: The Case of Esperanza*. In: Dealey, R.P., Evans, M.R. (Eds.) *Discovering Theory in Clinical Practice*. Springer, Cham.
- De Jong, P. and Berg, I. K. (2013). *Interviewing for Solutions*. Belmont: Brooks/Cole Publishing.
- Derezotes, D. S. (2000). *Advanced Generalist Social Work*. California: Sage Publications.
- Dorfman, R.A. (1996). *Clinical Social Work: Definition, Practice, and Vision*. New York: Brunner/Mazel.

- Dorfman, R.A. (2022). Klinik Sosyal Hizmet Tanımı Uygulaması ve Vizyonu. Ali Tahtacı (Çev.) Emine Özmete (Çev. Ed.). Ankara: Nika Yayınevi.
- Duman, N. (2014). Okul Sosyal Hizmetinin Tanımı, Kapsamı ve Çocuk Koruma Sistemi İçindeki Yeri. Sosyal Hizmet Dergisi, 1-7.
- Duyan, V. (2012). Sosyal Hizmet Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayın No: 020.
- Duyan, V. (2018a). Sistem Kuramı. Veli Duyan (Ed.), Sosyal Hizmet Kuram ve Yaklaşımları içinde (4-26). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını.
- Duyan, V. (2018b). Ekolojik Yaklaşım. Veli Duyan (Ed.), Sosyal Hizmet Kuram ve Yaklaşımları içinde (27-51). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını.
- Duyan, V. (2018c). Transaksiyonel Analiz. Veli Duyan (Ed.), Sosyal Hizmet Kuram ve Yaklaşımları içinde (103-127). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını.
- Edelson, M. (1970a). Sociotherapy and Psychotherapy. Chicago: The University of Chicago Press.
- Edelson, M. (1970b). The Practice of Sociotherapy: A Case Study. London: Yale University Press.
- Erdem, M. (2022). İntihar Riski Olan Bireylerde Anlam Arayışı ve Logoterapinin Etkililiği (Doktora Tezi). Yalova Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Erdem, M. (2024). Klinik Sosyal hizmete İlişkin Kavram Karışıklığı. Journal of History School, 68, 91-106.
- Erzeybek Şemi, B. (2023). Klinik Sosyal Hizmet Uygulamasında Sistem Kuramı ve Ekolojik Yaklaşım. Hakan Karaağaç, İpen İlknur Ünlü, Esra Çalık Var. (Ed.) Klinik Sosyal Hizmet Tanım, Kapsam ve Yaklaşımlar içinde (81-96). Ankara: Nobel.
- Evans, M.R. and Dealey, R.P. (2021). Theory in Practice. Michelle R. Evans and Rhonda Peterson Dealey (Eds.) in Discovering Theory in Clinical Practice. Switzerland: Springer.
- Feltham, C. and Dryden, W. (2005) Dictionary of Counselling (Second Edition). London: Whurr Publishers.

- Frank, M. G. (1980). Clinical social work: Past, present and future, challenges and dilemmas. *Smith College Studies in Social Work*, 50(3), 193-202. <https://doi.org/10.1080/00377318009516537>
- Franklin, C. & Hopson, L. *Encyclopedia of Social Work. Volume 2 (D-I)*. Washington: NASW Press.
- Freud, S. (1917). *A general introduction to psychoanalysis*. New York: Washington Square Press.
- Friedman, B. D. and Allen, K. N. (2011). Systems theory. Jerrold R. Brandell (ed.) in *Theory & practice in clinical social work*, (27-59). United State of America: SAGE Publications.
- Friedman, B. D. and Allen, K. N. (2014). Systems theory. Jerrold R. Brandell (ed.) in *Essentials of clinical social work*, (3-20). United State of America: SAGE Publications.
- Garvin, C. (2012). *Group Work: Emphasis on the Role of Gender*. Rachelle A. Dorfman; Phil Meyer, Melinda L. Morgan (Eds) In *Paradigms of Clinical Social Work*. (pp. 145-166). New York: Routledge.
- Geçtan, E. (1998). *Psikanaliz ve Sonrası*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Germain, C. B. (1991). *Human Behavior in The Social Environment: An Ecological View*. New York: Columbia University Press.
- Getzel, G. S. (1985). Critical themes for gerontological social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 8(3-4), 3-12.
- Gibbs, G. R. (2007). *Analyzing Qualitative Data*. In U. Flick (Ed.), *The Sage qualitative research kit*. California: Sage Publications.
- Gibelman, M. ve Schervish, P. H. (1998). Supervision in Social Work: Characteristics and Trends in a Changing Environment. *The Clinical Supervisor*, 16 (2), 1-15.
- Gitterman, A. (2014). Social Work: A Profession in Search of its Identity. *Journal of Social Work Education*, 50(4), 599-607. <http://www.doi.org/10.1080/10437797.2014.947898>
- Gladding, S.T. (2012). *Aile Terapisi, Tarihi, Kuram ve Uygulamaları*. İbrahim Keklik (Çev.). İbrahim Keklik (İng. Ed.). İbrahim Yıldırım (Türk. Ed.). Ankara: Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği.
- Glick, I. D., Rait, D. S., Heru, A. M. ve Ascher, M. (2016). *Couples and family therapy in clinical practice*. John Wiley & Sons.
- Goldstein, E. G. (1996). What is clinical social work? Looking back to move ahead. *Clinical social work journal*, 24, 89-104.

- Gonzalez, M. J. and Gelman, C. R. (2015). Clinical social work practice in the twenty-first century: A changing landscape. *Clinical Social Work Journal*, 43, 257-262. <https://doi.org/10.1007/s10615-015-0550-5>
- Grant, D. (2008). Clinical Social Work. Terry Mizrahi & Larry E. Davis (Eds.) in *Encyclopedia Of Social Work, Volume 1 A-C* (20.th ed.)(317-326). Washington: NASW Press.
- Güçlü, İ. (2021). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Nika.
- Greene, G. J. and Lee, M. Y. (2011). *Solution-Oriented Social Work Practice: An Integrative Approach to Working With Client Strengths*. New York: Oxford University Press.
- Hamilton, G. (1940). *Theory and practice of social casework*. New York: Columbia University Press.
- Harris, T. A. (1969). "I'M OK, YOU'RE OK". New York: Avon Books.
- Harris, M. and Bergman, H. C. (1988). Clinical case management for the chronically mentally ill: a conceptual analysis. *New directions for mental health services*, (40), 5–13. <https://doi.org/10.1002/ymd.23319884003>
- Hartman, A. (1995). Diagrammatic Assessment of Family Relationships. *Families in Society*, 76(2), 111-122. <https://doi.org/10.1177/104438949507600207>
- Hepworth, D. H., Rooney, R. H., Rooney, G.D., Strom-Gottfried, K. and Larsen, J. A. (2010). *Direct Social Work Practice: Theory and Skills* .(Eighth Edition). Belmont: Brooks/Cole.
- Heslop, P. and Meredith, C. (2021). *Social Work Theory in Practice*. London: SAGE Publications.
- Hoffman, E. (1988) *The Right to be Human: A Biography of Abraham Maslow*. New York: St. Martin's Press.
- Hollis, F. (1956). The Generic and Specific in Social Casework Re-examined. *Social Casework*, 37(5), 211-219.
- International Association of Schools of Social Work (IASSW). (2023). Definition of Clinical Social Work For The International Association of Schools of Social Work (IASSW-AIETS). [https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2023/06/IASSW-Clinical-Definition-June-24\\_2023.pdf](https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2023/06/IASSW-Clinical-Definition-June-24_2023.pdf)
- Jarvis, C. (2006). Function Versus Cause: Moving Beyond Debate. *Praxis*, 6(3), 44-49.
- Kalaycı, E. (2023). Klinik Sosyal Hizmet Uygulamasında Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar. Hakan Karaağaç, İpen İlknur Ünlü, Esra Çalık Var. (Ed.) *Klinik Sosyal Hizmet Tanım, Kapsam ve Yaklaşımlar içinde* (117-128). Ankara: Nobel.

- Karabulut, A. (2023). Klinik Sosyal hizmet Uygulamasında Psikodinamik Yaklaşımlar. Hakan Karaağaç, İpen İlknur Ünlü, Esra Çalık Var. (Ed.) Klinik Sosyal Hizmet Tanım, Kapsam ve Yaklaşımlar içinde (97-116). Ankara: Nobel.
- Kanter, J. (2000). Beyond psychotherapy: Therapeutic relationships in community care. *Smith College Studies in Social Work*, 70(3), 397-426.
- Karaağaç, H., Ünlü, İ.İ. ve E. Çalık Var (Ed.) (2023). Klinik Sosyal Hizmet Tanım, Kapsam ve Yaklaşımlar. Ankara: Nobel
- Karadağ, F. (2023). Çocuk ve Ergenlerle Klinik Sosyal Hizmet. İpen İlknur Ünlü, Hakan Karaağaç ve Esra Çalık Var. (Ed.) Klinik Sosyal Hizmet Müdahalesi ve Uygulama Alanları içinde (3-18). Ankara: Nobel.
- Kesici, Ş., Mert, A., Köklü Bayrakçı, E. ve Kiper, C. (2015). Vaka Örnekleriyle Birlikte Aile Danışma Kuramları ve Teknikleri. Şahin Kesici (Ed.) Ankara: Nobel.
- Kılıç, F. (2021). Sosyal Hizmet Lisans Mezunlarının İşsizlik Problemleri Ve Buna Bağlı Olarak Yaşadıkları Sosyal Sorunlar (Yüksek Lisans Tezi). Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kirst-Ashman, K.K and Hull, G.H. (2009). *Understanding Generalist Practice*. Belmont: Brooks/Cole.
- Klein, M. (1932). *The Psychoanalysis of Children, 1921-1945*.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of The Self*. University of Chicago Press.
- Kottman, T. (2011). *Play Therapy: Basics and Beyond*. (Second edition). Alexandria: American Counseling Association.
- Kut, S. (1983). Sosyal hizmet eğitiminde 22 yıl. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi, 1(1), 1-12.
- Landreth, G. (2024). *Play Therapy: The Art of The Relationship*. (fourth edition). New York: Routledge.
- Langer, C. L. and Lietz, C. A. (2021). Genelci Sosyal Çalışma: Kuram ve Uygulama Rabia Erten, Elif Yenigün ve Abdullah Karatay (Çev). Abdullah Karatay (Çev. Ed.) Ankara: Nika Yayınevi.
- Leighninger, R. D. (1977). Systems Theory and Social Work: A Reexamination. *Journal of Education for Social Work*, 13(3), 44-49. <https://doi.org/10.1080/00220612.1977.10671455>

- Lieberman, F. (1982). Psychotherapy and Social Work. In Florence Lieberman (Ed.) *Clinical Social Workers as Psychotherapists* (3-20). New York: Gardner Press.
- Madden, R. G. (1998). *Legal Issues in Social Work, Counseling, and Mental Health: Guidelines for clinical practice in psychotherapy*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Marjaei, S., Yazdi, F. A. and Chandrasekhara, M. (2019). MAXQDA and its Application to LIS Research. *Library Philosophy and Practice*, 1-9.
- Metcalf, L. (2017). *Solution Focused Narrative Therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Mitchell, S.A. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis An Integration*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Morales, A. (1979). *Clinical Social Work with Special Populations*. In Patricia L. Ewalt (ed.) *Toward a Definition of Clinical Social Work* (66-74). Denver: NASW Inc.
- Morgan, C.T. (2013). *Psikoloji'ye Giriş*. Perin Uçman ve Işık Savaşır (Çev.), Konya: Eğitim Yayınevi.
- Mullen, P. R., Morris, C. and Lord, M. (2017). The experience of Ethical Dilemmas, Burnout, and Stress Among Practicing Counselors. *Counseling and Values*, 62(1), 37–56.
- Munson, C. E. (2002). *Handbook of Clinical Social Work Supervision* (3rd ed.). Binghamton: The Haworth Social Work Practice Press.
- Murdock, N. L. (2016). *Psikolojik Danışma ve Psikoterapi Kuramları*. Füsün Akkoyun, İrem Anlı, Hikmet Yazıcı, Fatma Altun, Müge Akbağ, Asude Malkoç, Aysel Esen Çoban (Çev.) Füsün Akkoyun (Çev. Ed.) Ankara: Nobel.
- Nichols, M.P. Davis, S. (2019). *Essentials of Family Therapy, (The Merrill Social Work and Human Service)*. (seventh edition). Pearson.
- Northen, H. (1982). *Clinical Social Work*. New York: Columbia University Press
- O'Hagan, K. (1986). *Crisis Intervention in Social Services*. London: Macmillan Education.
- Özakkaş, T. (2004). *Bütüncül Psikoterapi*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Özbesler, C. (2017). *Tıbbi Sosyal Hizmete Giriş ve Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini*. Seda Attepe Özden ve Emre Özcan (Ed.) *Tıbbi Sosyal Hizmet içinde* (4-12). Ankara: Nobel.
- Özdemir, U. (2019). *Psikiyatrik Sosyal Hizmet*. Ankara: Nobel.
- Özmete, E. (2013). *Gerontolojik Sosyal Hizmet*. Emine Özmete (Ed.) *Gerontolojik Sosyal Hizmet içinde* (1-10). Erzurum: Atatürk Üniversitesi.

- Pak Güre, M.D. (2023). Gruplarla ve Ailelerle Klinik Sosyal Hizmet. İpen İlknur Ünlü, Hakan Karaağaç, Esra Çalık Var. (Ed.) Klinik Sosyal Hizmet Müdahalesi ve Uygulama Alanları içinde (65-84). Ankara: Nobel.
- Patton, M. Q. (2014). Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri. İnanç Eti ve Buket Turhan Türkkkan (Çev.). Mesut Bütün ve Selçuk Beşir Demir (Çev. Ed.). Ankara: Pegem Akademi.
- Pauls, H. (2013). Klinische Sozialarbeit Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim: Beltz Verlag.
- Payne, M. (1991). Modern Social Work Theory: A Critical Introduction. Published by Macmillan Education Ltd.
- Payne, M. (2006). Narrative Therapy. (second edition). London: SAGE Publications.
- Payne, M. (2020). Modern Sosyal Hizmet Kuramı. Hakan Sakarya (Çev.), Ankara: Nika Yayınevi.
- Peker, F. (2023). Klinik Sosyal Hizmet Uygulamasında İnsancıl/Varoluşçu Yaklaşımlar. Hakan Karaağaç, İpen İlknur Ünlü, Esra Çalık Var. (Ed.) Klinik Sosyal Hizmet Tanım, Kapsam ve Yaklaşımlar içinde (129-147). Ankara: Nobel.
- Perkinson, M. (2013). Gerontology and geriatrics education: New models for a demographically transformed world. *Generations*, 37(1), 87-92.
- Pinkus, H., Haring, J., Lieberman, F., Mishne, J. and Pollock, J. (1977). Education for The Practice of Clinical Social Work at The Master's Level: A Position Paper. . Mary L.Gottesfeld & Helen Pinkus (Eds.) in *Education for Clinical Social Work* (pp. 253-268). New York: Human Science Press
- Plotnik, R. (2009). Psikoloji'ye Giriş. Tamer Geniş (Çev.), İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Richmond, M. E. (1922). What is social casework? An introductory description. New York: Russell Sage Foundation.
- Roberts, A. R. (Ed.). (1990). *Crisis intervention handbook*. Belmont: Wadsworth.
- Roberts, A. R. (1991). Conceptualizing crisis theory and the crisis intervention model. In A. R. Roberts (Ed.), *Contemporary perspectives on crisis intervention and prevention* (pp. 3-17). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Roberts, A. R. (Ed.) (2005). Bridging the past and present to the future of crisis intervention and crisis management In *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research* (pp. 3-34), New York: Oxford University Press

- Rogers, C. (1951) *Client-centred Therapy*. London: Constable and Company.
- Ronen, T. (2007). *Clinical Social Work and Its Commonalities With Cognitive Behavior Therapy*. Tammie Ronen, Arthur Freeman (Eds.) in *Cognitive Behavior Therapy in Clinical Social Work Practice*. (p. 3-24). New York: Springer Publishing Company.
- Rothman, B. and Papell, C.P. (1988). *Social Group Work as a Clinical Paaradigm*. in R.A. Dorfman (ed.) *Paradigms of Clinical Social Work*. New York: Brunner/Mazel.
- Rubin, A. (1992). *Case management*. S. M. Rose (Ed.), In *Case management and social work practice* (pp. 5–24). New York: Longman.
- Saari, C. (1986). *Clinical Social Work Treatment*. New York: Gardner Press.
- Sakarya, H., Çetinkaya Büyükbodur, A., & AdemhanTunaç, Ç. (2021). *Askeri Sosyal Hizmet*. Sarısoy Aksüt, G. (2023). *Süpervizyon Modelleri Üzerine Bir Derleme*. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 10(1), 1–24.
- Satir, V. (1967). *Conjoint Family Therapy* (3rd ed.) Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Serdar, Filiz. (2023). *Psikoloji Sözlüğü*. İstanbul: Lamure Kitap.
- Seyrek, A.M. (2021). *Psikoloji Sözlüğü*. İstanbul: Yediveren Yayınları.
- Schatz, M. S., Jenkins, L. E., & Sheafor, B. W. (1990). *Milford redefined: A model of initial and advanced generalist social work*. *Journal of Social Work Education*, 26(3), 217-231. <http://www.jstor.org/stable/23043060>.
- Scheafer, C.E. and Drewes, A.A. (2014). *The Therapeutic Powers of Play* (Secon edition). Hoboken: John Wiley & Sons Inc.
- Sheafor, B. W. and Horejsi, C. R. (2015). *Sosyal Hizmet Uygulaması Temel Teknikler ve İlkeler*. Funda Çoban ve Taha Uraz (Çev.) Durdu Baran Çiftçi (Ed). Ankara: Nika Yayınevi.
- Scheffler, R. M. and Kirby, P. B. (2003). *The Occupational Transformation of The Mental Health System*. *Health Affairs*, 22(5), 177-188.
- Sheldon, B. (2011). *Cognitive-Behavioral Therapy: Research and Practice in Health and Social Care* (2nd Edition). Abingdon: Routledge.
- Shulman, L. (2008). *Supervision*. Terry Mizrahi & Larry E. Davis (Eds.) in *Encyclopedia Of Social Work*, Volume 4, S-Y (20.th ed.)(186-190). Washington: NASW Press
- Simpson, G., Williams, J. and Segall, A. (2007). *Social work education and clinical learning*. *Clinical Social Work Journal*, 35(1), 3–14. doi:10.1007/s10615-006-0046-4

- Singer, J. B., Gray, S. W. and Miehl, D. (2012). An educator's guide to the development of advanced practice competencies in clinical social work. *Journal of Teaching in Social Work*, 32(5), 451-470.
- Sisco, S., Volland, P. and Gorin, S. (2005). Social Work Leadership and Aging: Meeting the Demographic Imperative. *Health & Social Work*, 30(4), 344-347.
- Stewart, I. and Joines, V. (1987). *TA today: A New Introduction to Transactional Analysis*. Nottingham: Lifespace Publishing.
- Strean, H. S. (1992). Clinical Social Work: An Evaluative Review. *Journal of Analytic Social Work*, 1(1), 5-23
- Takamura, J.C. (2013). Towards a New Era in Aging and Social Work. Enid Opal, Elizabeth S. Kelchner, Rosemary Chapin, (Eds.). in *Gerontological Social Work Practice: Issues, Challenges, and Potential* (1-11). Newyork: Routledge.
- Teater, B. (2015). *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri*. Elif Önal Sandal, Tuğba Canbulut ve Gonca Polat (Çev.) Abdullah Karatay (Çev. Ed.). Ankara: Nika Yayınevi.
- The Encyclopedia of Careers and Vocational Guidance. (2008). United States of America: Ferguson.
- Thomlison, R.J. and Thomlison, B. (2011). Cognitive Behavior Therapy and social work treatment, in F.J.Turner (ed). *Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approches*. 5th Editi-on, New York: Oxford University Press.
- Toker, N. (2022). Oyun Terapisi. Begüm Serim-Yıldız ve Burcu Özgülük Üçok (Ed.). *Çocuklarla ve Ergenlerle Psikolojik Danışma Teknikleri içinde* (113-131). Ankara: Nobel.
- Torres-Gil, F. and Moga, K.B. (2013). Multiculturalism, Social Policy and the New Aging. Enid Opal, Elizabeth S. Kelchner, Rosemary Chapin, (eds.). in *Gerontological Social Work Practice: Issues, Challenges, and Potential* (13-32). Newyork: Routledge.
- Tosone, C. (2004). Relational social work: Honoring the tradition. *Smith College Studies in Social Work*, 74(3), 475–487. doi:10.1080/00377310409517730
- Tuncay, T. (2022). Psikiyatrik Sosyal Hizmete Giriş. Arzu İçağasıoğlu Çoban ve Seda Atttepe Özden (Ed.). *Psikiyatrik Sosyal Hizmet içinde* (3-17). Ankara: Nobel.
- Turan, N. (1999). *Sosyal Kişisel Çalışma Birey ve Aile İçin Sosyal Hizmet*. Veli Duyan (ed.) Ankara: Aydınlar Matbaası

- Turhan, Z. ve Parlak Ünlü, E. (2023). Yetişkinlerle Klinik Sosyal Hizmet. İpen İlknur Ünlü, Hakan Karaağaç, Esra Çalık Var. (Ed.) Klinik Sosyal Hizmet Müdahalesi ve Uygulama Alanları içinde (19-39). Ankara: Nobel.
- Ünlü, İ.İ.(2023). Klinik Sosyal Hizmetin Tarihçesi, Tanımı ve Kapsamı. Hakan Karaağaç, İpen İlknur Ünlü, Esra Çalık Var. (Ed.) Klinik Sosyal Hizmet Tanım, Kapsam ve Yaklaşımlar içinde (3-19). Ankara: Nobel.
- Ünlü, İ.İ., Karaağaç, H ve E. Çalık Var, (Ed.) (2023). Klinik Sosyal Hizmet Müdahalesi ve Uygulama Alanları. Ankara: Nobel
- VanFleet, R., Sywulak , A.E. and Sniscak, C.C. (2010). Child-Centered Play Therapy. New York: The Guilford Press.
- Walker, S. (2003). Social work and child mental health: psychosocial principles in community practice. *British Journal of Social Work*, 33(5), 673-687.
- Webb, N.B. (2019). *Social Work Practice with Children* (fourth edition). New York: The Guilford Press.
- Walsh, J. (2010). *Theories for Direct Social Work Practice*. Belmont: Wadsworth Cengage Learning.
- Yan, C. C. (2022). Clinical supervision in the health professions: A literature review. *Journal of Learning Design and Leadership*, 1(1), 77–104.
- Yazgan, Y. ve Akın, E. (2022). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Klinik El Kitabı*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2018). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri* (11. baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Youdin, R. (2014). *Clinical Gerontological Social Work Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Zastrow, C. (2007). *The Practice of Social Work*. 8. edn. Belmont: Brooks/Cole.
- Zastrow, C. and Kirst-Ashman, K.K. (2007). *Understanding Human Behavior and the Social Environment*. Belmont: Brooks/Cole
- Zastrow, C. and Kirst-Ashman, K. (2014) *İnsan Davranışı ve Sosyal Çevre*. Çağlar Karaca (Çev.) Durdu Baran Çiftçi (Ed.). Ankara: Nika Yayınevi.
- Zengin Taş, E. (2023). Yetişkin Suçluluğu Alanında Klinik Sosyal Hizmet Müdahalesi: Ceza İnfaz Kurumlarında Motivasyonel Görüşme. İpen İlknur Ünlü, Hakan Karaağaç ve Esra

Çalık Var. (Ed.) Klinik Sosyal Hizmet Müdahalesi ve Uygulama Alanları içinde (207-224). Ankara: Nobel.

Zubaroğlu Yanardağ, M. ve Özmete, E. (2017). Bir Mesleki Uygulama Alanı Olarak Geçmişten Geleceğe Klinik Sosyal Hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 28(1), 203-226.

American Board of Clinical Social Work (ABCSW). (2025). <https://www.abcsww.org/what-is-clinical-social-work>. (date of Access: 15.05.2025).

American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABE). (2022). What is Clinical Social Work? <https://www.abcsww.org/what-is-clinical-social-work> date (of access: 10.12.2024).

A complete practice test to pass your Association of Social Work Boards Licensed Clinical Social Worker Exam. Erişim: [https://www.udemy.com/course/aswb-lcsw-exam-questions-practice-](https://www.udemy.com/course/aswb-lcsw-exam-questions-practice-test/?utm_source=adwords&utm_medium=udemyads&utm_campaign=Search_DSA_Gamma_NonP_la.EN_cc.ROW-English&campaigntype=Search&portfolio=ROW-English&language=EN&product=Course&test=&audience=DSA&topic=&priority=Gamma&utm_content=deal4584&utm_term=._ag_162511580804._ad_696197165640._kw._.de_c._dm._.pl._.ti_dsa1677053913968._li_1012773._pd._.&matchtype=&gad_source=1&gclid=CjwKCAiApY7BhBjEiwAQMrrEW7Mrk7lO2rS1K7PooHTOdEe6KKzfQtF1Pq6KmJPFal8U7xQhbTTfRoCy68QAvD_BwE)

[test/?utm\\_source=adwords&utm\\_medium=udemyads&utm\\_campaign=Search\\_DSA\\_Gamma\\_NonP\\_la.EN\\_cc.ROW-English&campaigntype=Search&portfolio=ROW-English&language=EN&product=Course&test=&audience=DSA&topic=&priority=Gamma&utm\\_content=deal4584&utm\\_term=.\\_ag\\_162511580804.\\_ad\\_696197165640.\\_kw.\\_.de\\_c.\\_dm.\\_.pl.\\_.ti\\_dsa1677053913968.\\_li\\_1012773.\\_pd.\\_.&matchtype=&gad\\_source=1&gclid=CjwKCAiApY7BhBjEiwAQMrrEW7Mrk7lO2rS1K7PooHTOdEe6KKzfQtF1Pq6KmJPFal8U7xQhbTTfRoCy68QAvD\\_BwE](https://www.udemy.com/course/aswb-lcsw-exam-questions-practice-test/?utm_source=adwords&utm_medium=udemyads&utm_campaign=Search_DSA_Gamma_NonP_la.EN_cc.ROW-English&campaigntype=Search&portfolio=ROW-English&language=EN&product=Course&test=&audience=DSA&topic=&priority=Gamma&utm_content=deal4584&utm_term=._ag_162511580804._ad_696197165640._kw._.de_c._dm._.pl._.ti_dsa1677053913968._li_1012773._pd._.&matchtype=&gad_source=1&gclid=CjwKCAiApY7BhBjEiwAQMrrEW7Mrk7lO2rS1K7PooHTOdEe6KKzfQtF1Pq6KmJPFal8U7xQhbTTfRoCy68QAvD_BwE) (Erişim Tarihi: 15.12.2024).

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Doktora Programı. Erişim: <https://aybu.edu.tr/sosyalhizmet/tr/sayfa/5845/M%C3%BCfredat> (Erişim tarihi: 15. 05. 2025).

Başkent üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisan Programı. Erişim: <https://shb.baskent.edu.tr/kw/index.php> (Erişim tarihi: 15.05.2025).

Career Path for Social Workers: Everything You Need to Know. Erişim: <https://socialworklicensemap.com/social-work-careers/pathways/> (Erişim Tarihi: 16.12.2024).

Clinical Social Work Association. (2024). Core Competencies for Licensed Clinical Social Workers. retrieved from: [https://www.clinicalsocialworkassociation.org/Clinical\\_Practice](https://www.clinicalsocialworkassociation.org/Clinical_Practice) (date of access: 01.01.2025).

- Code of Massachusetts Regulations. (2017). Definitions and general regulations: Board of registration in social work. Retrieved from <https://www.mass.gov/doc/258-cmr-8-definitions-and-general-provisions/download> (date of access: 20.12.2024).
- Denetimli Serbestlik Hizmetleri Yönetmeliği. (2021). Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39039&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 15.05.2025).
- DergiPark Akademik. Erişim: <https://dergipark.org.tr/tr/> Erişim tarihi: 16.05.2025
- Gerçek Kişiler ve Özel Hukuk Tüzel Kişileri İle Kamu Kurum ve Kuruluşlarınınca Açılacak Aile Danışma Merkezleri Yönetmeliği. 2012. Erişim: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/09/20120904-2.htm> (Erişim tarihi: 15.05.2025).
- Hasta Hakları Yönetmeliği. (01.08.1998). Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> (Erişim tarihi: 25.04.2025).
- Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği. (2013). Erişim: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/12/20131229-2.htm> (Erişim tarihi: 15.05.2025).
- National Association of Social Workers. (2005). Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice. Retrieved from <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=rEJcIwSNGwQ%3D&portalid=0> (date of access: 10.12.2024).
- National Association of Social Workers. Clinical Social Work. <https://www.socialworkers.org/Practice/Clinical-Social-Work> Erişim Tarihi: 20.12.2024
- Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. (11/4/1928). Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1219.pdf> (Erişim tarihi: 16.05.2025).
- Sağlık Meslek Mensuplarının Serbest Meslek İcrası Hakkında Yönetmelik (29.03.2025). Erişim: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2025/03/20250329-1.htm> (Erişim tarihi: 16.05.2025).
- Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması Yönergesi. (2011). Erişim: [https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349/0/img071372pdf.pdf?\\_tag1=D94710E002A9181618BF4A1608BC3862687AD553](https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349/0/img071372pdf.pdf?_tag1=D94710E002A9181618BF4A1608BC3862687AD553) (Erişim tarihi: 15.05.2025).

- Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. (2011). Erişim: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42734/toplum-ruh--sagligi--merkezleri-trsm-hakkindaki-yonerge.html> (Erişim tarihi: 15.05.2025).
- Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği (05.02.2015). Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20507&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> (Erişim tarihi: 25.04.2025).
- Türk Psikiyatri Derneği. Erişim: <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/6/ruh-sagligi-calisanlari-gorev-tanimlamasi> (Erişim tarihi:16.05.2025).
- Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011). Erişim: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem\\_Planlari/Ulusal\\_Ruh\\_Sagligi\\_Eylem\\_Plani\\_2021-2023.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Ulusal_Ruh_Sagligi_Eylem_Plani_2021-2023.pdf) 25.04.2025 (Erişim tarihi: 15.05.2025).
- Ulusal Tez Merkezi. Erişim: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> (Erişim tarihi: 15.05.2025).
- WHO (2017) World Health Organization. Mental health Atlas, Geneva; 2018, erişim adresi: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241514019>. (Erişim Tarihi: 31.12.2024).
- World Health Organization (2017) Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health. Retrieved from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329960/9789241513500-eng.pdf> (date of access: 29.01.2025).
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (10.9.1982). Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5> (Erişim tarihi: 25.04.2025).
- Yükseköğretim Akademik Arama. Erişim: <https://akademik.yok.gov.tr> (Erişim tarihi: 16.05.2025).
- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit Erişim: <https://www.dgsa.de/sektionen/klinische-sozialarbeit>. (Erişim tarihi: 10.12.2024).

## **EKLER**

### **Ek-1. Nitel Görüşme Formu**

Çalışma Adı: Sosyal Hizmet Akademisyenleri Perspektifinden Türkiye’de Klinik Sosyal Hizmet

#### **1. DEMOGRAFİK BİLGİLER**

Ad ve Soyad:

Yaş:

Cinsiyet:

Eğitim Durumu:

Terapi Eğitimi Aldınız mı? Cevap evet ise hangi ekol?

Danışan alıyor musunuz? Cevap evet ise Kaç yıl?

Kaç yıldır klinik sosyal hizmet ile akademik çalışma yürütüyorsunuz?

#### **2. ALAN ve UYGULAMAYA YÖNELİK SORULAR**

2.1. Klinik sosyal hizmeti nasıl tanımlarsınız? Türkiye ve yurtdışı bağlamında bu tanımın herhangi bir farkı olduğunu düşünüyor musunuz?

2.2. Klinik sosyal hizmet uzmanı olabilmek için gereken eğitim, beceriler ve profesyonel gereklilikler nelerdir? Bu gerekliliklerin Türkiye’de yasal bir karşılığı var mıdır?

2.3. Türkiye’de klinik sosyal hizmet uygulamalarının alanları ve konuları nelerdir?

2.4. Türkiye’de klinik sosyal hizmetin tanımı ve hukuki çerçevesi yeterince belirgin midir? Geliştirilmeye ihtiyaç olduğunu düşünüyor musunuz?

2.5. Türkiye’de klinik sosyal hizmet uygulamalarının, sosyal hizmet disiplini içerisindeki yeri ve önemi hakkında ne düşünüyorsunuz?

2.6. Klinik sosyal hizmetin diğer sosyal hizmet alanlarından farkı var mıdır varsa bu ayrımı nasıl değerlendirirsiniz? (özellikle psikiyatrik sosyal hizmet, tıbbi sosyal hizmet ve klinik sosyal hizmet ayrımını nasıl yaparsınız?)

2.7. Türkiye’deki sosyal hizmet eğitimi, klinik sosyal hizmet uzmanı yetiştirmek için yeterli midir? Bu bağlamda müfredatta eksikler olduğunu düşünüyor musunuz?

2.8. Klinik sosyal hizmet ile ilgili akademik çalışmaların Türkiye’deki durumu hakkında ne düşünüyorsunuz? Klinik sosyal hizmet konusunda uzmanlaşmış akademisyen sayısını ve niteliğini nasıl değerlendirirsiniz?

2.9. Türkiye’de akademik alanda (bu alana sosyal hizmet ve diğerk sosyal bilimlerde dâhil olmak üzere) klinik sosyal hizmetin bilinirliği hakkında ne düşünöyorsunuz?

2.10. Türkiye’de akademik alan dışında klinik sosyal hizmet uygulamaları hakkında neler düşünöyorsunuz?

2.11. Türkiye’de klinik sosyal hizmet uygulamalarının gelişmesinin önündeki engeller nelerdir?

2.12. Klinik sosyal hizmetin geleceğini nasıl göröyorsunuz?



## Ek-2. Aydınlatılmış Onam Formu

Sevgili Katılımcı,

**“Sosyal Hizmet Akademisyenleri Perspektifinden Türkiye’de Klinik Sosyal Hizmet”** başlıklı bu araştırma, Muş Alparslan Üniversitesi yüksek lisans öğrencisi Hacer Çelik tarafından yapılmaktadır. Araştırma Türkiye’de klinik sosyal hizmetin gelişim süreci ve uygulamada karşılaşılan sorunların incelenerek gelecekte klinik sosyal hizmetin nasıl şekilleneceğinin gözler önüne serilmesi amaçlanmaktadır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla Türkiye’de klinik sosyal hizmet alanındaki mevcut durumun ortaya konulması hedeflenmektedir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya görüşme sırasında devam etmek istemezseniz son verebilirsiniz.

**Nitel Görüşme formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız!**

**Sorular 2 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde demografik bilgiler ikinci bölümde ise araştırmaya yönelik 12 soru yer almaktadır.** Sizden beklenen bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan içtenlikle cevaplamanızdır.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi ile iletişim kurabilirsiniz:

**Sorumlu:** Hacer Çelik

Telefon: \*\*

Mail: \*\*

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu “X” ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

**Tarih:**

### Ek-3. Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 06.03.2025-186297

T.C.  
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ  
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

Toplantı Tarihi: 06.03.2025	Toplantı Sayısı: 3	Karar Sayısı: 87
<p>Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu, Kurul Başkanı Prof. Dr. Ömer Faruk ALTUNÇ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.</p> <p><b>KARAR-43:</b> Yüksek Lisans Öğrencisi Hacer ÇELİK'in 14.02.2025 tarihli başvuru dosyası okundu ve ekleri incelendi.</p> <p>Yapılan incelemeler sonucunda; Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Hacer ÇELİK'in "Sosyal Hizmet Akademisyenleri Perspektifinden Türkiye'de Klinik Sosyal Hizmet" isimli çalışması Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından <b>uygun görülmüş</b> olup, durumun Yüksek Lisans Öğrencisi Hacer ÇELİK'e bildirilmesine,</p> <p style="text-align: center;">Oy birliği ile karar verildi.</p>		
<b>BAŞKAN</b> (e-İmzalıdır) Prof. Dr. Ömer Faruk ALTUNÇ Kurul Başkanı		
ÜYE (e-İmzalıdır) Prof. Dr. Ahmet KARA İletişim Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-İmzalıdır) Prof. Dr. Muhammed ÇINAR Fen Edebiyat Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (İzinli) Prof. Dr. Ercan BURSAL Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğr. Üyesi
ÜYE (e-İmzalıdır) Prof. Dr. Bekir YILDIRIM Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-İmzalıdır) Prof. Dr. Yaşar ÇELİKKOL Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-İmzalıdır) Prof. Dr. Zeynep YILMAZ KURT Fen Edebiyat Fakültesi Öğr. Üyesi

1 / 1

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrak sorgulaması <https://ebys.alparslan.edu.tr/en/Vision/Dogrula/BSLBU23D68> adresinden yapılabilir.

**MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ**  
**BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULU DEĞERLENDİRME FORMU**

<b>Araştırmanın Başlığı:</b>	"Sosyal Hizmet Akademisyenleri Perspektifinden Türkiye'de Klinik Sosyal Hizmet" adlı çalışma.
<b>Başvuru Formunun Etik Kurula geldiği tarih:</b>	14.02.2025
<b>Başvuru Formunun Etik Kurulda incelendiği tarih:</b>	06.03.2025
<b>Karar tarihi</b>	06.03.2025

**SONUÇ**

1.	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul
2.	<input type="checkbox"/> Düzeltme gereklidir: Etik sorun olabilecek sorular/maddeler, süreçler ya da unsurlar bulunmaktadır. Açıklama:
3.	<input type="checkbox"/> Red Gereğe, Görüş, Tavsiye ve Açıklamalar:

Başvuru dosyasının incelenmesinde hazır bulunan ve araştırmayla doğrudan veya dolaylı olarak ilişkisi bulunmayan Etik Kurul başkan ve üyelerinin ad soyad ve imzaları.

Başkan  
(e-imzalıdır)  
Prof. Dr. Ömer Faruk ALTUNÇ

Üye  
(e-imzalıdır)  
Prof. Dr. Ahmet KARA

Üye  
(e-imzalıdır)  
Prof. Dr. Muhammed ÇINAR

Üye  
(İznilidir)  
Prof. Dr. Ercan BURSAL

Üye  
(e-imzalıdır)  
Prof. Dr. Bekir YILDIRIM

Üye  
(e-imzalıdır)  
Prof. Dr. Yaşar ÇELİKKOL

Üye  
(e-imzalıdır)  
Prof. Dr. Zeynep YILMAZ KURT