

Psikoterapilerin Olası Olumsuz Etkileri

Possible Negative Effects of Psychotherapies

İ. Volkan Gülüm

ÖZET

Yararlı olabilme potansiyeline sahip herhangi bir tedavinin aynı zamanda zararlı olabilme ihtimali de vardır. Psikoterapi uygulamaları da bu şekilde değerlendirilmelidir. Hastaların fiziksel bütünlüklerine doğrudan bir müdahale olmaması psikoterapinin kendisinin, psikoterapide uygulanan tekniklerin ya da psikoterapistin hastaya zarar verme gücüne sahip olmadığı anlamına gelmez. Bu nedenle de psikoterapistlerin öncelikle hastalarına zarar vermemeleri gerektiği ilkesini sürekli akıllarında tutması gerekmektedir. Literatürde psikoterapi etkinlik ve etkililik çalışmalarının sayısının çokluğu göze çarparken, psikoterapinin olası olumsuz etkilerini ele alan çalışmaların sayısının az olduğu görülmektedir. Ancak sayıları henüz az olsa da son yıllarda psikoterapilerin olası olumsuz etkilerine dair kuramsal ve uygulamalı çalışmalar yapılmaya başlamıştır. Bu yazıda psikoterapilerin etkinlik ve etkililiğine dair yapılan tartışmalar kısaca özetlenmiş, olası olumsuz etkilerin nasıl tanımlandığı, kaynaklarının neler olabileceği, nasıl tespit edilebileceği ve tespit edilmesinin ardından bunlara nasıl müdahale edilebileceği tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Psikoterapi, istenmeyen etki, yan etki

ABSTRACT

Any treatment that has the potential to be useful could also have harmful effects on patients. All psychotherapy approaches should take this issue into consideration. Although there is no direct intervention to the physical integrity of the patient, this does not mean that the psychotherapy techniques, psychotherapists or psychotherapy itself, do not have enough power to be harmful to the patient. Because of that, psychotherapists should be aware of "do not harm" principle. There are many studies reporting the efficiency and effectiveness of psychotherapy in the literature. But not many study focused on possible negative effects of psychotherapy. On the other hand, there are increasing numbers of theoretical and practical studies about this issue. In this review, efficiency and effectiveness studies on psychotherapy, the possible definition of negative effects of psychotherapy, sources of these negative

effects and intervention to this process have been discussed.

Keywords: Psychotherapy, adverse effect, side effect

Araştırma ve uygulama alanı insan olan psikoterapistler ve psikoterapi araştırmacılarının görevi insanların yararına işler yapmaktır. Belki de bu nedenle on yıllardır, etkili psikoterapi uygulamalarını belirleyebilmek için çok sayıda çalışma yapılmaktadır. Yapılan çalışmalardaki temel amaç hizmet alanlara en iyi hizmeti sunabilmektir. Hal böyle olunca da yüzlerce psikoterapi çeşidi ve uygulaması ile bu psikoterapi çeşitlerinin etkililiğinin değişik psikopatoloji ve durumlarda araştırıldığı yüzlerce çalışma hizmet alanların ve/veya hizmet arayanların karşısında karmaşık bir tablo olarak durmaktadır. Bu karmaşanın nedeni psikoterapi çalışmalarının etkili olmaması değildir elbette ancak olgunun sadece olumlu tarafına odaklanan araştırmacılar, uzmanlar ve hizmet alanlar, zaman zaman, olası olumsuzlukları göz ardı edebilmektedirler. Oysa ki pek çok araştırmacının da söylediği gibi tedavi edici gücü olan bir şeyin aynı zamanda zarar verme gücü de vardır ve bu gibi durumlar yeterince ilgi odağı olamamıştır.[1-5]

Bu yazıda öncelikle daha önce yayınlanmış olan psikoterapi etkililik çalışmaları hakkında kısa bir giriş yapılacak ve bu etkililik çalışmalarının sonucunda ortaya çıkan bazı tartışmalara kısaca yer verilecektir. Ardından yazın alanda terapilerin olası olumsuz etkilerinin ne olabileceğine dair yapılan araştırmalar, tartışmalar, ortaya atılan kavramlar özetlenecek ve olumsuz etkilere odaklanmanın olası getirileri tartışılacaktır. Okuyucu, aşağıda verilen örnekleri ve tartışılan çalışmaları değerlendirirken seçilen konuların özellikle bir psikoterapi ekolünü, uygulamasını ya da eklettik bir psikoterapi yaklaşımını hedef almadığını, söz konusu olası olumsuz etkilerin her türlü psikoterapötik müdahale için geçerli olabileceğini aklında bulundurmalıdır.

Psikoterapi Etkinlik ve Etkililik Tartışmaları

Akademik arama veri tabanları incelendiğinde karşımıza çok sayıda psikoterapi etkinlik ve etkililik çalışması çıkmaktadır. Bu çalışmalar bireysel psikoterapi ekollerinin çeşitli psikolojik durumlarda sınanması ve birbirleriyle karşılaştırılmasıyla ilişkili olabildiği gibi, grup psikoterapileri ve ekollerden bağımsız olarak çeşitli psikoterapötik tekniklerin etkinlik ve etkililiğine yönelik araştırmalardır.[6-11]Bütün bu çalışmalardan elde edilen sonuçların derlendiği ve değerlendirildiği meta analitik çalışmalara da rastlamak mümkündür.[12-15]

Bu konudaki geniş yazın alan incelendiğinde ilk göze çarpan nokta psikoterapinin genel anlamıyla, pek çok durum için etkili bir tedavi olduğudur. Yani uygulanan terapi ne olursa olsun benzer sorunlar için benzer iyileşme oranlarının görüldüğü düşünülmüş ve bu benzerlik de “Dodo Kuşu” etkisi olarak adlandırılmıştır.[16,17] Farklı psikoterapi çalışmalarını karşılaştırarak Dodo Kuşu etkisini sınamayı amaçlayan bir meta analiz çalışmasında elde edilen bulguların bu fenomeni doğruladığı düşünülmüş ve sadece çok katı istatistiksel yöntemler kullanılırsa küçük bir fark yakalanabileceği ifade edilmiştir.[18] Ancak çok geçmeden bunun bir yanılısına olduğu fikri de tartışılmış ve bahsi geçen Dodo Kuşu’nun aslında hiç var olmadığı ya da “neslinin tükenmiş” olabileceği üzerinde durulmuştur.[5,19,20] Dodo Kuşu etkisini savunanların sadece incelenen bozukluk açısından, sonuç değışkene odaklanması ve tedavilerin belirli etkilerini göz ardı etmeleri gibi nedenlerle bu sonuca vardıkları; bu etkiye atfedilen şeyin aslında terapötik ilişki olabileceği üzerinde durularak psikoterapiler arasında anlamlı farklar olabileceği savunulmuştur.[5,19] Hatta Chambless’in de davranışçı teknikler üzerinden tartışarak belirttiği gibi, yapılan çalışmalar bazı psikoterapi uygulamalarının belli sorunlar için belirgin bir şekilde daha etkili olduğunu ortaya koymuştur.[20] Bu tartışmaların en önemli etkilerinden biri de şudur: eğer bir terapi çeşidi diğerine göre daha etkili olabiliyorsa ya da farklı terapi çeşitleri farklı uygulamacılar tarafından uygulandığında benzer sonuçlar doğurabiliyorsa, sıklıkla üzerinde durulan bu olumlu etkiler haricinde olası olumsuz etkiler de söz konusu olabilir. Yani başta da söylediğimiz gibi bir şey bir şekilde yararlı olmayı başarabiliyorsa o şeyin zararlı olması da mümkündür!

Psikoterapinin Olası Olumsuz Etkilerinin Tanımlanması

Türk Psikologlar Derneği’nin de belirttiği gibi, psikologların uyması gereken en önemli etik kurallardan biri “zarar vermektan kaçınmak”tır ya da Amerikan Psikologlar Birliği’nin ifadesiyle “Psikolog, danışanlarının/hastalarının zarar görmesine engel olacak mantıklı adımlar atar”. [21,22] Bu ilkeler doğrultusunda psikoterapi etkililik çalışmalarının sayısı kadar, hatta belki de daha fazla, psikoterapi alanlar için risk oluşturabilecek etkenler üzerine da çalışma olmasını beklemek yanlış olmayacaktır. Ancak popüler medyadaki ilgi artışı haricinde, görüyoruz ki az sayıda kavramsal tartışma ve az sayıda yöntemsel araştırma dışında yazın alanda bu konuda oldukça az sayıda çalışma vardır.[2,23-27]

Çalışmaların sayısındaki azlığa rağmen psikoterapinin olası olumsuz etkileri farklı şekillerde ele alınmış ve farklı şekillerde isimlendirilmiştir. Bu konuyu ilk kez isimlendiren Bergin “bozulma etkisi” (deterioration effect) kavramını kullanmıştır ancak ondan sonra benzer olumsuz etkilere odaklanan araştırmacılar ya durumu farklı şekillerde ele aldıklarından ya da sadece farklı isimlendirmeler yaptıklarından yazın alanda pek çok farklı kavram tartışılır olmuştur. Bunlar arasında beklenmedik/istenmeyen sonuç (adverse outcome), olumsuz terapötik tepki (negative therapeutic reaction), yan etki (side effect), psikoterapideki istenmeyen etki (unwanted effect in psychotherapy), olumsuz etki ya da olumsuz tedavi etkisi (negative effect ya da negative treatment effect) sayılabilir.[1,24-26,28-30] Bu derlemede Barlow’un genellemesi kullanılarak “olumsuz etki” kavramı tercih edilecek olsa da zaman zaman konu gereği diğer tanımlar da kullanılacaktır.[24]

Bergin’in 1963 ve 1966 yıllarındaki çalışmalarına dayanarak bozulma etkisi olarak adlandırılan durum, deney grubundaki hastaların bir kısmının kontrol grubuna kıyasla iyiye gitmesi, bir kısmının kendiliğinden bir değişiklik göstermesi, bir kısmının değişmemesi sonrasında kalan hastaların da kötüye gitmesi durumudur.[28,31] Bergin’in gözlemine göre, hastaların bir kısmı o an için ne ya da neler olduğunu bilmedikleri bir sebeple, ölçülen alanlar açısından, tedavinin ilk anına göre kötüye gitmiştir. Bu oranın daha sonra yapılan çeşitli çalışmalarda %3 ile 10 arasında değiştiği ve hatta madde kötüye kullanımının söz konusu olduğu durumlarda oranın %10 ile 15 arasında değiştiğine dair çeşitli bulguları elde edilmiştir.[32-35] Ancak bu çalışmalardan elde edilen oranları değerlendirirken dikkatli olunmalıdır çünkü çalışmaların bozulmayı tanımlama şekilleri farklılaşmış olabilir. Aynı zamanda Lilienfeld’in dediği gibi tedavi bazı hastalar için iyi bazı hastalar için de kötü sonuçlar doğurmuş olabilir, bu nedenle de grup ortalamalarına dayanan keskin çıkarımlar yapmak zararlı olabilir.[5] Bergin’in çalışmalarından sonra farklı araştırmacılar bu etkinin kaynağının ne olabileceğine ve bu durumun tespitinin nasıl yapılması gerektiğine dair çeşitli çalışmalar yürütmüştür.

Dimidjian ve Hollon bir tedavinin hedef sorunu kötüleştirerek ya da birincil hedef olmayan alanlar dışındaki alanlarda kötüleşme yaparak olumsuz etki ortaya çıkarabileceğini belirtmişlerdir.[2] Söz edilen iki etkiye ek olarak Berk ve Parker da tedavinin herhangi bir sonuç ortaya çıkarmamasının da olumsuz bir etki olarak değerlendirilebileceğini ifade etmişlerdir.[1] Bu bilgiler ışığında doğrudan zararlı etkileri olan tedavilerin varlığından söz etmek de mümkündür ve bu tip tedaviler “potansiyel olarak zararlı terapiler” (potentially harmful therapies) olarak adlandırılmıştır.[5] Lilienfeld etkili

psikoterapilerin belirlenmesinden zararlı olabilecek terapilerin belirlenmesinin daha hayati olduğunu vurgulamaktadır. [5] Buna göre zararlı terapiler pek çok farklı şekilde zarar verme kapasitesine sahiptir: (a) belirtileri kötüleştirir; (b) yeni belirtiler ortaya çıkarabilir; (c) terapistle karşı aşırı bağımlılık yaratabilir; (d) gelecekte bir tedavi arayışına girmeyi engelleyebilir; (e) ve hatta fiziksel zarar verebilir.

Psikoterapinin Olası Olumsuz Etkilerinin Belirlenmesi

Dimidjian ve Hollon, hastaların tedavinin kendisinden ve tedavi sırasında alınan kararlardan zarar görebileceğini buna ek olarak hastaların terapistin kişilerarası tarzından ve terapistin diğer kişilik özelliklerinden de etkilenebileceğini belirtmişlerdir.[1,2] Dimidjian ve Hollon bu bilgilere bağlı olarak tedaviden kaynaklanan olumsuz sonuçların beş farklı şekilde ortaya çıkabileceğini ileri sürmüşlerdir.[2] Bunlar:

1. Aynı tedavi hem yararlı hem de zararlı olabilir. Örneğin uygulanan psikoterapi sonucunda hastanın hayatında yaptığı değişimler iş yaşamını kötüye götürürken özel yaşantısında olumlu sonuçlar ortaya çıkarabilir.
2. Aynı sonuç farklı bireyler için farklı anlamlar taşıyabilir. Örneğin, bireysel psikoterapi sonucunda boşanma kararı veren bir hasta, ortaya çıkan durumdan memnunken, hastanın eşi psikoterapi sürecinden zarar gördüğünü düşünebilir.
3. Ortaya çıkan sonucun doğası zaman içerisinde değişebilir. Örneğin yüzleştirme tekniği hastaya ilk uygulandığı zamanda, hastada yüksek düzeyde stres yaratıp olumsuz bir sonuç ortaya çıkarmış gibi görünmesine rağmen olumlu etkisi daha sonra görülebilmektedir.
4. Bir tedavinin kendisi genel olarak hastaya zararlı gelebilir. (Ayrıntılı bilgi ve çok sayıda örnek için Lilienfeld'in çalışması incelenebilir. [5])
5. Tedavinin uygulama şekli hastaya zarar verebilir. Örneğin özgül fobi tedavisinde kullanılan ve davranışçı bir teknik olan yüzleştirme tekniğinin yanlış bir şekilde uygulanması hastanın kaygısını azaltmak yerine sadece arttırmakla kalabilir ki bu da istenmeyen bir sonuçtur.

Bir tedavi müdahalesini, yanlış bir şekilde, zararlı diye adlandırmak çok kolaydır. Ancak gerçek anlamıyla bir tedavinin hasta için zararlı olup olmadığını anlayabilmek konusunda ilerlenmesi gereken epey yol vardır. Bunun için öncelikli olarak terapistlerin, hasta için uygun tedaviye karar verebilme becerilerinin gelişmesi gerekmektedir ki bu da hastanın durumunu en iyi şekilde

değerlendirebilme becerisini gerektirir. Bu değerlendirme sadece tedavi sürecinin başında değil sürecin mümkün olan her noktasında yapılmalı ve uygun müdahalelerle süreç şekillendirilmelidir. Sürecin başında yapılacak değerlendirme hastanın sorununa uygun psikoterapi yaklaşımını belirlemek açısından önemli olduğu kadar, olası fizyolojik değerlendirme ve müdahaleler için gerekli yönlendirmeleri yapmak açısından da kritiktir. Basit bir örnekle somutlaştırsak, panik ataklar yaşadığı düşünülen bir hastanın psikoterapötik bir müdahale sürecinden önce fizyolojik olarak değerlendirilmesi için uygun donanımlara sahip bir hastaneye, yani hekim kontrolüne yönlendirilmesi gereklidir. Çünkü süreç içerisinde hastanın yaşadığı sorunların psikolojik kökenleri olduğu varsayımı, hastanın panik atak olduğu düşünülen olası fizyolojik sorunlarını perdeleyecek ve ciddi fiziksel sonuçlar doğurabilecektir. Bu ve bunun gibi değerlendirmelerin süreç başında ve süreç devam ederken sıklıkla yapılması gerekmektedir. Benzer durumlar psikososyal sorunlar için de ortaya çıkabilir ve mutlaka değerlendirilmelidir. Özetle, psikoterapistler hem uygun tedavi seçimiyle hem de süreç içerisindeki olası kötüye gidişleri belirlemekle yükümlüdür. Ancak yapılan araştırmalar incelendiğinde üzücü sonuçlarla karşılaşmaktadır. Örneğin Hannan ve arkadaşları yaptıkları çalışmaya katılan terapistlerin neredeyse tümünün kötüye gidişi öngörebilme konusunda sorunlar yaşadığını saptamışlardır.[36] Hatfield ve arkadaşları terapistlerin, hastalarının süreç içerisindeki kötüye gidişlerini belirleme konusunda başarısız olduğunu ortaya koymuştur.[27] Benzer şekilde Boisvert ve Faust da uygulamacıların ya olumsuz tedavi etkilerini hafife aldığını ya da bu etkiler ortaya çıktığında etkileri hiç fark edemedikleri sonucuna varmıştır.[37]

Tablo 1 Hedef Sorunun Gidişi ve Olası Yorumlar*

Doğal Gidiş	Zararlı Tedavi Etkisi	Tedavinin Etkisinin Olmaması	Yararlı Tedavi Etkisi
Hedef sorunun sabit bir şekilde süre gitmesi durumu	Başlangıca göre daha kötü olma	Başlangıç ile aynı seviyede olma	Başlangıca göre daha iyi durumda olma
Hedef sorunun kötüye gitmesinin olası olduğu durum	Başlangıca göre daha kötü olma	Başlangıca göre daha kötü olma (yanlış bir şekilde iyatrojenik etki olarak varsayılabilir)	Aynı, daha iyi ya da başlangıca göre daha kötü (tedavinin yararlı etkisi gözden kaçabilir)
Hedef sorunun kendiliğinden düzelebilmesi durumu	Aynı, daha iyi ya da başlangıca göre daha kötü (tedavinin zararlı etkisi gözden kaçabilir)	Başlangıca göre daha iyi durumda olma olma (yanlış bir şekilde tedavinin yararlı etkisi olarak varsayılabilir)	Başlangıca göre daha iyi durumda olma

* Dimidjian ve Hollon'dan uyarlanmıştır. [2]

Peki uzmanları yanıltan ya da uzmanların gözünden kaçan şey ne olabilir? Tedavinin olası olumsuz etkilerini belirlemeye çalışırken hastalığın doğal seyri ve çevresel etkenler göz önüne alınmalıdır. Hedef sorunun gidişi ve buna bağlı değişimlerin nasıl yorumlanabileceğine ilişkin bilgiler Tablo.1’de verilmiştir. Tablo.1’de de görülebileceği gibi olası olumsuz etkilerin tespitini karıştırabilecek, hastalığa bağlı pek çok farklı değişken vardır. Bunlara ek olarak hastanın içerisinde bulunduğu çevrenin özellikleri de işi daha da zorlaştırmaktadır. Tahmin edilebileceği gibi zarar, en kolay sabit gidişi olan sorunlarda tespit edilir, sorunun doğası karmaşıklaştıkça zararı tespit etmek de zorlaşır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri’nde başlatılan ve ülkemizde Susam Sokağı adıyla yayınlanan “The Head Start” projesi, yoksul ve yoksun çocukların zihinsel gelişimini desteklemek üzere hazırlanmış bir müdahale programıydı. Oden, Schweinhart Weikart’a göre Susam Sokağı projesi başlangıcından sonraki ilk yıllarda etkisiz olduğu gerekçesiyle neredeyse iptal edilecekti ancak sonradan değeri ve önemi fark edildi.[2] Burada da görüldüğü gibi etkinin, başlangıçta durağan olup sonradan belirginleşmesi gibi sabit olmayan gidişler değerlendiriciler için yanıltıcı olabilmektedir.

Olası olumsuz etkiyi tespit ederken hastalara bağlı bazı özellikler de işi zorlaştırmaktadır. Örneğin yakınlarını kaybeden kişilerle yapılan yas danışmanlığının (grief counselling) etkililiği tartışılmaktadır.[38,39] Bu danışmanlık bazı kişilerde etkili olurken bazı kişilerde herhangi bir farklılaşma yaratmamaktadır. Buna etki eden nedenler henüz netleştirilemese de daha önce de bahsedildiği gibi etkili olduğu iddia edilen bir müdahalenin herhangi bir fark yaratmaması da olumsuz bir sonuç olarak değerlendirilebileceğine göre gerçek bir etkinin olup olmadığı, eğer varsa bu etkinin neye bağlı olarak ortaya çıktığı ya da uygulamanın bazı kişilerde neden işe yaramadığını bilmeden yapılan müdahaleler risk taşımaktadır. Bu riskin kaynağı uygulamanın kendisi olabileceği gibi uygulama yapılan kişilerin kişilik özellikleri de olabilir. Bu çeşit durumların varlığı bize bir tedavinin kendi başına zararlı olması durumu incelenirken, tedavinin hasta için uygunluğunun da ayrıca değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Linden, psikoterapinin yan etkilerini çalışmanın neden zor olabileceğine dair fikirleri bir araya getirmiş ve 7 maddelik bir liste derlemiştir bu liste diğer olumsuz etkilerin tespitinin de neden zor olduğuna dair oldukça açıklayıcı bilgiler sunmaktadır: [26]

1. Psikoterapinin yan etkileri ilaçların yan etkilerinden farklıdır ve psikoterapinin yan etkileri çoğunlukla terapistin davranışlarıyla ilişkilidir.[40]

2. Psikoterapi yan etkilerinin terapist hareketleriyle ilişkili olmasının sonucu olarak, yan etki meselesi sadece bir terapötik sorun değil aynı zamanda yasal bir sorundur.
3. Yan etki ile kaçınılmaz olarak ortaya çıkan hastalığa bağlı gelişmeler ya da olumsuz yaşam olaylarının ayırdına varmak çoğu durumda oldukça güçtür.
4. Olumlu ve olumsuz etkileri ayırt etmek zor olabilir.(Örneğin, boşanma olumu bir olay mıdır yoksa olumsuz mu?)
5. Psikoterapide sınırlı seviyede yöntemsel standartlar vardır. Bu nedenle yan etkiyi, terapistin doğru ya da yanlış davranışına atfetmek zordur.
6. İlaç çalışmalarından farklı olarak psikoterapi çalışmalarında ortaya çıkabilecek tersliklerin gözlenmesi zorunlu değildir ve düzenli olarak denetleme işi psikoterapi çalışmalarında sıklıkla gözden kaçmaktadır.[1,41]
7. Yan etkileri tanımak, bir tanımlama ve sınıflama sisteminin varlığını zorunlu kılar ancak bugüne kadar bu anlamda bir fikir birliğine varılmış değildir.[2]

Tablo. 2. Terapistler Hastalarının Kötüye Gittiğini Anladığında Neler Yapar?*

Terapi Odasında Yapılan Uygulamalar	Kötüye gidiş tartışmak, Seans sıklığı tartışmak, Ek bilgi toplamak, Özel müdahaleler yapmak (destekleyici terapi, başa çıkma teknikleri öğretme vs.) Kötüleşmeyi başlatan olaya odaklanmak, Tedaviyi modifiye etmek, Yeni bir tedavi modalitesi eklemek (grup terapisi, çift terapisi vs.) Değişim motivasyonunu değerlendirmek, Tedavinin kendisini incelemek.
Terapi Dışında Yapılan Uygulamalar	İlaç yönlendirmesi yapmak, Bakımın seviyesini değiştirmek (hastaneye yatış, gündüz hastası olarak yönlendirmek vs.) Akran danışmanlığı almak, Başka bir klinisyene yönlendirmek,
Kişilerarası Alanda Yapılan Düzenlemeler	Anlamalı diğerlerini dahil etmek, Sosyal destek mekanizmalarını devreye sokmak.

* Hatfield ve arkadaşlarından uyarlanmıştır. [27]

Psikoterapinin Olası Olumsuz Etkilerinin Ardından Yapılanlar

Psikoterapinin olası olumsuz etkilerini tespit etmek her ne kadar zor olsa da imkânsız değildir. Hatfield ve arkadaşları kötüye gidişi tespit eden terapistlerin sorunu çözmek adına yaptığı davranışları anlamak üzere bir çalışma yürüt-

müşler ve bu çalışma sonucunda terapistlerin 3 temel alanda müdahalede bulunduğunu tespit etmişlerdir.[27] Terapistlerin kötüye gidişi tespit ettikten sonra yaptıkları uygulamalar Tablo.2’de sunulmuştur.

Tartışma ve Sonuç

Aktarılan bilgilerden de anlaşılabilceği gibi psikoterapinin olası olumsuz etkileri hakkında pek çok tartışma olmasına rağmen bir fikir birliği söz konusu değildir. Hemen hemen bütün araştırmacılar psikoterapinin olası olumsuz etkileri konusunda çalışma yapılmasından yana olduklarını belirtmekte ancak bir yazarın ifadesiyle diğer bir yazarın ifadesi birbirini tutmamakta ya da birbirlerini kapsamamaktadır. Özetle, Dimidjian ve Hollon’un da dediği gibi alanda zararın nasıl belirleneceği ve zarar belirlendiğinde ne yapılması gerektiğiyle ilgili bir fikir birliği yoktur.[2]

Psikoterapi risklerden arınmış bir müdahale değildir ve hasta ile terapistin kendilerini seans sırasında güvende hissediyor olması ya da kendilerini doğru- dan rahatsız eden bir durumu fark etmemiş olmaları her şeyin yolunda olduğu anlamına gelmemektedir. Olası olumsuz tedavi etkilerini fark edebilmek için psikoterapi eğitimi sırasında ayrıca emek harcama zorunluluğu vardır. Böyle bir eğitim özellikle terapistten kaynaklanan sorunları ortadan kaldırmak adına etkili olabilir. Bunun dışında terapist olası olumsuz etkiler konusunda ne kadar bilgi sahibi olursa böyle durumlarla karşılaştığında söz konusu durumları tespit edebilme konusunda da o kadar yetkin olacaktır. Hatfield ve arkadaşlarının bu durumlar tespit edildikten sonra yapılabilecek oldukça fazla şey olduğunu bildirmişlerdir.[27] Kısacası psikoterapistler böyle durumlarda çaresiz değildirler ancak yapılabilecek müdahalelerden hangisi ya da hangilerinin, hangi durumlarda daha etkili olabileceğine dair çalışmaların yapılması da bir zorunluluktur ve ileride yapılacak çalışmalarda bu konuya da odaklanılmalıdır.

Psikoterapilerin olası olumsuz etkileri tedavinin kendisinden de kaynaklanıyor olabilir. Bu gibi durumları ortaya çıkarabilmek için kanıta dayalı tedavileri belirlerken kullanılan kriterlere olası zararların takibini yapmak üzere de bazı eklemeler yapılabilir.[1] Günümüzde tıbbi modele ciddi bir alternatif getirebilmiş olan psikoterapilerin bu durumu gözetmek gibi bir zorunluluğu olduğu açıktır. Psikoterapilerin olası zararları konusunda en belirgin eleştiri de tam da bu konu üzerine yapılmaktadır. Nutt ve Sharpe psikoterapi araştırmalarının yönetsel olarak zayıf kaldığını ve o nedenle olası zararlarının ilaç kullanımıyla karşılaştırılmasının yanlış olacağını savunmaktadırlar.[41] Yani

psikoterapi araştırmalarının ilaç çalışmalarının desenleri ve ölçümleri kadar titiz olamadığı eleştirisini yapmaktadırlar. Bu görüşe karşı olarak, ilk psikoterapi araştırmalarının desenlerinin bahsi geçen ilaç çalışmalarına dayandığı fakat bugün gelinen noktada ilaç çalışmalarının psikoterapi çalışmalarından yararlanma zamanının geldiğini savunan araştırmacılar da vardır. Özetle psikoterapi çalışmalarının desen ve ölçüm titizliği konusunda güçlendiği de savunulmaktadır.[42] Bu tartişma psikoterapi çalışmalarının olası zararları gözetmesi zorunluluğunu hatta çalışmaların sonrasında, alanda yapılan uygulamalar sırasında da olası zararları denetlemek üzere bağımsız bir kurumun var olma zorunluluğunu ortadan kaldırmamaktadır. Çünkü durum bu haldeyken, psikoterapide ortaya çıkabilecek sorunları denetleme işi yine psikoterapi alanında aktif olarak çalışan kişilere kalmaktadır ki bu da olaylara nesnel bir şekilde yaklaşmayı zorlaştırmaktadır.

Olası olumsuz etkiler araştırılırken bakış açısını dar tutmak ve sadece hastaya odaklanmak da yanlış olacaktır. Böyle durumları belirleyebilmek için olası tüm sistemlerin gözden geçirilmesi gerekmektedir. Szapocznik ve Prado'nun da dediği gibi biyomedikal ilaçların organ sistemlerine yaptığı etkinin araştırılması nasıl zorunluysa psikososyal tedavilerin de sosyal sistemlere etkisi (aile gibi) araştırılmalıdır.[43] Biraz daha u bir örnek olsa da dikkat edilmesi gereken diğer bir nokta Nutt ve Sharpe'nin belirttiği gibi için terapist boyutudur.[41] Psikoterapi yapmanın psikoterapistin ruh sağığına kötü gelebileceğini söyleyen yazarlar bunun Gersons'un da belirttiği gibi vekaleten travma (vicarious trauma) yaratabileceğine işaret etmektedirler. Dahası hastanın terapistle olan ilişkisinin her halükarda stres yaratabileceği üzerinde durmaktadırlar.[41]

Ortaya çıkan tablo ilk bakışta görüldüğü kadar karanlık da değıldir. Her zaman olduğu gibi öncelikli olarak sorunun ne olduğunun tespit edilmesi zorunludur ve bu konuya ilişkin yazın alandaki, henüz yeterli olmayan ancak giderek artan, ilgi bu konunun geleceği ile ilgili olarak umut vermektedir. Olası zararlı etkilerin tespitine yönelik ölçüm araçları ya da yöntem önerileri de giderek zenginleşmektedir.[2,26] Bunlar içerisinde en fazla öne çıkan yöntem olan geri bildirim tekniği konu hakkında oldukça umut vermektedir.[44-46] Ayrıca alandan çıkan bilgilerin psikoterapistlerin eğitiminde ne şekilde kullanılabileceğine dair çalışmalar da yapılmaktadır.[47]

Her zaman olduğu gibi olumsuz bir durum ortaya çıktığında bunu tespit edebilmeye göre, olumsuz durum gerçekleşmeden bunu öngörebilmek ve bu sayede önlem alabilmek daha değerli ve önemlidir. Böyle bir öngörüü gerçekleştirebilmek için de hastaların olası tüm yönlerden değerlendirilmesi gerekli-

dir. Ruh sağlığı alanı için bu, psikoloji, psikiyatri ve diğer tıp alanları ile sosyal hizmetler gibi alanların işbirliği içerisinde çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Örneğin, kanser hastası olan bireylerle yapılacak psikoterapi uygulamalarının ne yönde şekilleneceğine, hastanın onkoloğundan, hastalığın gidişiyle ilgili bilgi alınarak karar verilmelidir çünkü hastalığın hangi dönemde olduğu yapılacak müdahale konusunda belirleyici olacaktır. Terminal dönemde olan bir kanser hastasıyla uzun erimde fayda sağlayacak bir psikoterapi çalışmasına başlamak ciddi bir hata olacaktır.

Unutulmamalıdır ki bir insan için risk oluşturabilecek şeyler sadece fiziksel bütünlüğü tehdit edenler değildir. Bu nedenle ruh sağlığı uzmanlarının hastalarını olası riskleri göz önünde bulundurarak değerlendirmeleri zorunludur. Söz konusu değerlendirme, sürecin başında daha yoğun bir şekilde yapılmıyken süreç ilerledikçe değerlendirme de devam etmelidir. Değerlendirme sürecinde süpervizyon almak ve alanda birlikte çalışılan diğer uzmanlarının desteğini istemek hasta için mümkün olan en yüksek faydayı sağlamak açısından faydalı olacaktır.

Kaynaklar

1. Berk M, Parker G. The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Aust NZ J Psychiatry* 2009; 43:787-794.
2. Dimidjian S, Hollon SD. How would we know if psychotherapy were harmful? *Am Psychol* 2010; 65:21-33.
3. Foulkes P. The therapist as a vital factor in side-effects of psychotherapy. *Aust NZJ Psychiatry* 2010; 44:189-189.
4. Rhule DM. Take care to do no harm: harmful interventions for youth problem behavior. *Prof Psychol Res Pr* 2005; 36:618-625.
5. Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. *Perspect Psychol Sci* 2007; 2:53-70.
6. De Roos C, Greenwald R, den Hollander-Gijsman M, Noorthoorn E, van Buuren S, De Jongh A. A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster exposed children. *Eur J Psychotraumatol* 2010; 1:1-11.
7. Bamelis LLM, Evers SM, Arntz A. Design of a multicentered randomized controlled trial on the clinical and cost effectiveness of schema therapy for personality disorders. *BMC Public Health*, 2012; 12:75-86.
8. Costa RTD, Cheniaux E, Rosaes PAL, de Carvalho MR, Freire RCD, Versiani M et al. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: A randomized controlled study. *Rev Bras Psiquiatr* 2011; 33:144-149.
9. Rosner R, Lumbeck G, Geissner E. Effectiveness of an inpatient group therapy for comorbid complicated grief disorder. *Psychother Res* 2011; 21:210-218.

10. Reger GM, Holloway KM, Candy C, Rothbaum BO, Difede J, Rizzo AA et al. Effectiveness of virtual reality exposure therapy for active duty soldiers in a military mental health clinic. *J Trauma Stress* 2011; 24:93-96.
11. Farkas L, Cyr M, Lebeau TM, Lemay J. Effectiveness of mestr/emdr therapy for traumatized adolescents. *J Child Adolesc Trauma* 2010; 3:125-142.
12. Westen D, Novotny CA, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull* 2004; 130:631-663.
13. Okajima I, Komada Y, Inoue Y. A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep Biol Rhythms* 2011; 9:24-34.
14. Leichsenring F, Leibling E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1223-1232.
15. Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M, Shapira NA. A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *J Technol Hum Serv* 2008; 26:109-160.
16. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 1936; 6:412-415.
17. Luborsky L, Rosenthal R, Diguer L, Andrusyna TP, Berman JS, Levitt JT et al. The dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clin Psychol* 2002; 9:2-12.
18. Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K, Ahn HN. A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically, "all must have prizes". *Psychol Bull* 1997; 122:203-215.
19. Beutler LE. The dodo bird is extinct. *Clin Psychol* 2002; 9:30-34.
20. Chambless DL. Beware the dodo bird: the dangers of overgeneralization. *Clin Psychol* 2002; 9:13-16.
21. Türk Psikologlar Derneği. Türk Psikologlar Derneği etik yönetmeliği. <http://www.psikolog.org.tr/medya/belgeler/1-turk-psikologlar-dernegi-etik-yonetmeliği.doc> (accessed at May 1, 2012).
22. American Psychological Association. Ethical principles of psychologists and code of conduct. *Am Psychol* 2002; 57:1060-1073.
23. Friedman RA. A case in point for the maxim 'do no harm', in *The New York Times*, 30 Mayıs 2006. <http://www.nytimes.com/2006/05/30/health/psychology/30beha.html> (accessed at May 1, 2012).
24. Barlow DH. Negative effects from psychological treatments: a perspective. *Am Psychol* 2010; 65:13-20.
25. Boisvert CM. Negative treatment effects: is it time for a black box warning? *Am Psychol* 2010; 65:680-681.
26. Linden M. How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clin Psychol Psychother* 2012; doi: 10.1002/cpp.1765.

27. Hatfield D, Mc Cullough L, Frantz SHB, Krieger K. Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clin Psychol Psychother* 2010; 17:25-32.
28. Bergin AE. Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *J Abnorm Psychol* 1966; 71:235-246.
29. Roback HB. Adverse outcomes in group psychotherapy: risk factors, prevention, and research directions. *J Psychother Pract Res* 2000; 9:113-122.
30. Tindle K. Negative therapeutic reaction. *Br J Psychother* 2006; 23:99-116.
31. Bergin AE. The empirical emphasis in psychotherapy: a symposium. The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *J Couns Psychol* 1963; 10:244-250.
32. Mohr DC. Negative outcome in psychotherapy: a critical review. *Clin Psychol* 1995; 2:1-27.
33. Hansen NB, Lambert MJ, Forman EM. The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clin Psychol* 2002; 9:329-343.
34. Moos RH. Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction* 2005; 100:595-604.
35. Ilgen M, Moos R. Deterioration following alcohol-use disorder treatment in project MATCH. *J Stud Alcohol* 2005; 66:517-525.
36. Hannan C, Lambert MJ, Harmon C, Nielsen SL, Smart DW, Shimokawa K et al. A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *J Clin Psychol* 2005; 61:155-163.
37. Boisvert CM, Faust D. Iatrogenic symptoms in psychotherapy: a theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. *Am J Psychother* 2002; 56:244-259.
38. Nonanno GA, Lilienfeld SO. Let's be realistic: when grief counseling is effective and when it's not. *Prof Psychol Res Pr* 2008; 39:377-380.
39. Larson DG, Hoyt WT. What has become of grief counseling? an evaluation of the empirical foundations of the new pessimism. *Prof Psychol Res Pr* 2007; 38:347-355.
40. Sachs JS. Negative factors in brief psychotherapy: an empirical assessment. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51:557-564.
41. Nutt DJ, Sharpe M. Uncritical positive regard? issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *J Psychopharmacol* 2008; 22:3-6.
42. Gaudiano BA, Herbert JD. Methodological issues in clinical trials of antidepressant medications: perspectives from psychotherapy outcome research. *Psychother Psychosom* 2005; 74:17-25.
43. Szapocznik J, Prado G. Negative effects on family functioning from psychosocial treatments: a recommendation for expanded safety monitoring. *J Fam Psychol* 2007; 21:468-478.
44. Lambert MJ, Whipple JL, Hawkins EJ. Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? a meta-analysis. *Clin Psychol* 2003; 10:288-301.
45. Slade K, Lambert MJ, Harmon SC, Smart DW, Bailey R. Improving psychotherapy outcome: the use of immediate electronic feedback and revised clinical support tools. *Clin Psychol Psychother* 2008; 15:287-303.

46. Shimokawa K, Lambert MJ, Smart DW. Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78:298-311.
47. Castonguay LG, Boswell JF, Constantino MJ, Goldfried MR, Hill CE. Training implications of harmful effects of psychological treatments. *Am Psychol* 2010; 65:34-49.

İ. Volkan Gülüm, Uzm. Psk., Hacettepe Üniv. Psikoloji Bölümü, Ankara.

Yazışma Adresi/Correspondence: İ. Volkan Gülüm, Hacettepe Üniv. Psikoloji Bölümü, Ankara, Turkey.

E-mail: volkanglm@gmail.com

Yazar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

The author reported no conflict of interest related to this article.

Acknowledgement /Teşekkür: Yazar katkılarından dolayı Arcan Tığrak'a teşekkür eder. Author would like to thank to Arcan Tığrak for his valuable contribution to the manuscript.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol4/no4/

Çevrimiçi yayım / Published online 31 Temmuz/July 31, 2012; doi:10.5455/cap.20120430
