

# Ruhsal Bozukluklarda Bilgilendirilmiş Onam ve Onam Verme Kapasitesi

## *Informed Consent and Capacity to Give Consent in Mental Disorders*

Zeynep Maçkalı

### Özet

Sağlık alanında etik davranışları belirleyen dört temel ilke (özerkliğe saygı, faydalı olma, zarar vermeme ve adalet) içinde en çok 'özerkliğe saygı' prensibiyle ilişkili olan bilgilendirilmiş onam aynı zamanda danışanın karar verme hakkı ve hastaya/danışana ve özerkliğine verilen değeri de yansıtır. Bilgilendirilmiş onam, bireyin pek çok farklı seçenek içinden kendisi için en uygun yöntemi seçmek üzere mantıklı bir karar almasını ve klinisyen ile etkileşimi de kapsayan bilgi paylaşım sürecidir. Bu kavram gizliliğin sınırlarına, yetkinliğe, uygun ve yeterli bilgi paylaşımına, gönüllülüğe dair ölçütlerin neler olduğuna ilişkin klinisyenlere ışık tutmaktadır. Bir kuramsal derleme olan bu çalışmada bilgilendirilmiş onam kavramının tanımları ve içeriği paylaşıldıktan sonra, psikoterapistlerin psikoterapi sürecinde kullanacakları onam formunun neleri kapsamaması, bilgilendirilmiş onam bileşenleri irdelenmiştir. Ardından yukarıda belirtilen tanı grupları kapsamında ruhsal bozukluklar ve onam verme kapasitesi ilişkisi incelenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Bilgilendirilmiş onam, onam verme kapasitesi, ruhsal bozukluklar.

### Abstract

Among four basic principles (respect for autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice) which determine ethical behaviors in healthcare, informed consent is mostly related to 'respect for autonomy'. Also, it reflects patient/client's right for decision and the value given for the client and his/her autonomy. Informed consent is an information sharing process including both rational decision-making about the most appropriate method among many different options and the interaction between the clinician and the client. This concept sheds light on criteria regarding the limits of confidentiality, competency, appropriate and sufficient information sharing and voluntariness. In this theoretical review, the definitions and the content of informed consent were shared, and then a section regarding the required content of informed consent for psychotherapy process was provided. Then, the components of informed consent were discussed and the relationship between capacity to consent and mental disorders in terms of aforementioned diagnostic groups was examined.

**Key words:** Informed consent, capacity to consent, mental disorders.

**SAĞLIK** alanında etik davranışları belirleyen dört temel ilke, özerkliğe saygı, faydalı olma, zarar vermeme ve adalet olarak tanımlanmıştır.[1] Bu derlemeye konu olan bilgilendirilmiş onam, bu dört ilke içinde en çok özerkliğe saygı prensibiyle ilişkilidir. Ta-

nımı gereği, özerkliğe saygı insanların herhangi bir konuya dair fikir sahibi olma ve kendi inançlarını, ki bu inançların başkaları tarafından paylaşılmasına veya onaylanmasına gerek yoktur, yansıtan seçimler yapma haklarının olduğuyla ilişkilidir. Bu noktada tedavinin kontrolünün hastada/danışanda/katılımcıda olduğu unutulmamalıdır. Hekim veya psikoterapist tedaviyi/ psikoterapiyi/ araştırmayı uygulamadan önce, tedavinin ne olduğunu, faydalarını, zararlarını/risklerini, vs. açıklamak durumundadır. Seçim yapma konusunda özgür olan kişi, tedaviye/araştırmaya başlamaya karar verebilir veya vazgeçebilir.[2]

Anlaşılabileceği üzere, bu derlemede bilgilendirilmiş onam gerek araştırma gerekse psikoterapi sürecini kapsayacak şekilde ele alınmaya çalışılacaktır. Bu sebeple, atıfta bulunulan çalışmaların içeriğine bağlı olarak kimi yerlerde ‘danışan-psikoterapist’, kimi yerlerde ‘hasta/katılımcı-klinisyen’ kelimeleri kullanılacaktır. Araştırma ve psikoterapi için alınan onamlar bileşenleri açısından aynı olmakla birlikte, içerik yapılan işin gereğine göre uyarlanmaktadır. Gerek psikoterapi gerekse araştırma öncesinde onam alırken aynı temel mantık sürdürülmektedir. Derlemenin akışına göz atıldığında, bilgilendirilmiş onama dair tanımlamalar ve içeriği paylaşıldıktan sonra, bileşenleri detaylı olarak incelenecektir. Ardından onam verme kapasitesi ruhsal bozukluklar bağlamında ele alınacak, özellikle şizofreni, bipolar bozukluk ve majör depresyon konularında yapılan çalışmalar ışığında irdelenecektir.

## Bilgilendirilmiş Onam

Bilgilendirilmiş onam, danışanların haklarının korunması ve tedavi sürecinin temel bileşenlerinden biri olan güven ilişkisinin gelişmesine yönelik önemli bir araç, aynı zamanda psikoterapist için yasal ve etik bir yükümlülüktür.[3] Danışanların pek çok farklı alternatif içinden kendileri için en uygun yöntemi seçmek üzere mantıklı bir karar almalarını içeren bilgi paylaşım sürecidir.[4] Bilgilendirilmiş onam danışanın karar verme hakkının yanı sıra bireysel özgürlüğe saygı, özerklik ve danışana verilen değeri de yansıtır.[5] Bu sayede danışan ve psikoterapist arasındaki ata-erkil ilişki yapısı değişmiş ve bu ilişkide gönüllülük, kendi geleceğini belirleme (self-determination), özerklik ve eşitlik ön plana çıkmıştır.[6]

Bilgilendirilmiş onam, İkinci Dünya Savaşı sırasında yapılan ve savaş sonrası ateşli tartışmalara sebep olan, insanlık-dışı sayılabilecek biyomedikal araştırmaların ardından önem kazanan bir konudur. Nuremberg Kodu “gönüllülük” kavramını ön plana çıkarmıştır. Günümüzde ise klinik araştırmalarda Helsinki Bildirgesi kabul edilmektedir. Bu bildirgeyle terapötik olan ve olmayan araştırmalar ayırt edilmeye başlanmış, bir denetim mekanizması olarak etik komisyonların oluşturulması önem kazanmış ve onam verme kapasitesi olmayan kişilerin yerine karar verecek kişilerin kabul kriterleri belirlenmiş ve en önemlisi, araştırmaya katılan bütün katılımcılara kanıtlanan en iyi tanıl ve terapötik bakım yönteminden faydalanacakları konusunda güvence verilmesi şart koşulmuştur.[7]

Psikoterapötik süreçte bilgilendirilmiş onam ise 1980’lerin sonunda ABD’de görülen Osheroff davasıyla daha detaylı düşünölmeye başlanmıştır. Osheroff majör depresyon tanısıyla bir sene boyunca yatarak, psikoanalitik psikoterapi almıştır. Bir sene sonunda yakınmalarında bir azalma olmadığı için terapiyi reddetmiş, daha sonra bir psikiyatrist tarafından ayaktan, antidepresan ilaçlarla yapılan tedaviye olumlu yanıt vermiştir. Daha sonra açtığı davada psikoterapiye başlanmadan önce alternatif yöntemlere dair kendisine bilgi verilmiş olsaydı, ilaç tedavisini tercih ederek, bu kadar uzun süre acı

çekmeyeceğini ve maddi olarak bu kadar büyük bir yükün altına girmeyeceğini belirtmiştir.[4]

Psikoterapistler etik yükümlülükleri doğrultusunda, danışanlarının özerkliklerine saygı göstermeli ve psikoterapi konusunda danışanlarla birlikte fikir birliğine varmalıdırlar.[8] Bu fikir birliğinin ön koşulları ise Faden ve Beauchamp tarafından onam vermek için yeterli yetkinlik, bilginin uygun ve yeterli ölçüde paylaşılması, bilginin kavranabilmesi ve karar verme sürecinde zorlama/baskı ve yönlendirmeden kaçınma olarak belirtilmiştir.[9] Türk Psikologlar Derneği'nin Etik Yönetmeliği'nde gerek psikoterapi gerekse araştırma için bilgilendirilmiş onam alınırken dikkat edilmesi gereken unsurlar ayrıntısıyla açıklanmıştır.[10] Bu noktada özellikle psikoterapide gizlilik konusunun daha detaylı ele alınmasının anlamlı ve gerekli olduğu düşünülmektedir. Bilineceği üzere, psikoterapi süreci, danışan kendisiyle ilgili mahrem konuları terapistine aktarmasını, terapistinin bu bilgiyi gizli tutacağına dair güvence vermesini ve tutarlı bir duruş içinde bu sözünü sürdürmesini ve danışanın aktardığı bilginin yasal işleme tabi tutulmayacağına ilişkin ayrıcalığı olduğunu varsaymasını kapsar.[11] Bu açıdan bilgilendirilmiş onamın gizliliği ve gizliliğin sınırlılıklarını danışana açıklayacak şekilde hazırlanması çok önemlidir. Böylece danışan terapötik süreç başlamadan önce bu onam üzerine düşünebilir ve kendisini açmasının sonuçlarını ve gerekli risk-yarar analizini yapması sağlanır. Gizlilik ihlali, edinilen bilginin paylaşılması saklanmasıyla daha yararlı olacağı durumlarda gerçekleşir, örn. kötüye kullanım ve ihmal vakalarında. Gizliliğin ihlal edileceği durumlarda dahi bilginin sadece gerekli olduğu kadarının gerekli kişi ve kurumlarla paylaşılması gereklidir.[11]

Duffy danışmanlık/psikoterapi görüşmeleri için etik ve yasal yükümlülükleri de göz önüne alan, bilgilendirilmiş onam formunda olması ve görüşmeler sırasında değinilmesi gereken noktaları şu şekilde toparlamıştır: [12]

1. *Uygulanacak tedavinin niteliği:* Bilgilerin "ortalama bir insan"ın anlayacağı netlikte ve çok ayrıntıya girilmeden sunulması gerekmektedir. Bu kapsamda terapi sürecinin neleri içerdiği paylaşılmalıdır (ör. geliş öyküsünün dinleneceği, sorular sorulacağı, gerektiğinde çeşitli uygulamalar yapılacağı, vs.). Eğer uygun görülürse, danışanın bilgisi dahilinde hekimiyle, öğretmeniyle, hukuki temsilcisiyle görüşülebileceği bilgisi de bu noktada paylaşılmalıdır.
2. *Terapistin kendisine ait bilgiler:* Uzmanlık alanları, sağladığı hizmetler, vs.
3. *Gizlilik.*
4. *Tedavinin olası riskleri ve faydaları:* Tatmin edici olmayan düşünce, duygu ve davranış örüntülerinin değiştirilmesi 'terapinin faydaları' olarak sunulabilirken, terapi sürecinin yarattığı duygusal zorluklar veya kişilerarası ilişkilerde bozulmalar (örn. eşlerden biri terapiye devam ettiği, diğerinin ise terapi sürecine katılmadığı durumlarda boşanma riskinin artması gibi) 'terapinin riskleri' olarak tartışılabilir.
5. *Tedavi alternatifleri:* Hiçbir şey yapmamak, ilaç tedavisini tercih etmek, farklı ekolden bir terapiye başlamak, güvenilir bir arkadaş veya aile üyesiyle konuşmak, kendine-yardım gruplarına katılmak, beden-odaklı terapilerden faydalanmak örn. akupunktur, meditasyon, veya uygun yöntemlerin birkaçından birlikte yararlanmak.
6. *Yeterlilik ve zorlamanın olmaması:* Kişinin ruh sağlığına yönelik tedavi için onam vermeye yeterli olması ve herhangi bir zorlama altında kalmadan karar

verebilmesi gereklidir. Örneğin aktif madde etkisi altında olan biri onam vermekte zorlanabilir veya eşinin evden ayrılma tehditleri sonucunda terapiye başlayan kişi aslında özgür bir şekilde onam vermemektedir.

7. *Reddetme veya devam etmeme hakkı.*
8. *Çalışma saatleri, iletişim bilgileri ve acil durumlarda neler yapılması gerektiğine dair hususlar:* Çalışma saatlerinin dışında, acil durumlarda terapist ne nasıl ulaşılacağına ilişkin bilgilerin yanı sıra kriz durumlarından aranacak telefon numaraları ve kriz merkezlerinin adresleri, intihar destek ve aile içi şiddet hatlarının telefon numaraları danışanla birlikte belirlenmelidir.
9. *Ödeme ve ücret meseleleri:* Ücretin ne şekilde, ne zaman ödeneceği, gereken durumlarda ücrete dair düzenlemeler, sigorta şirketleri gibi üçüncü kişilerin olduğu durumlarda ödemelerin nasıl planlanacağı tartışılmalıdır.
10. *Bilgilerin mabremiyeti:* Terapistler ve danışmanlık merkezleri, klinikler danışanlara ait bilgilerin uygun şekilde saklanacağını, gerektiğinde klinik supervizyon veya araştırma ve eğitim amaçlı kullanılabilmesine dair bilgiyi onam formunda belirtmek zorundadırlar.

Yukarıdaki bilgiler ışığında, Simon'un [13] paylaştığı vaka örneğine bakarsak; *"Stres yaratan yaşam olayları sırasında geçmişte depresyon atakları geçirmiş bir danışan içgörü kazanmaya yönelik terapiye başlamayı arzu etmektedir. Psikoterapist danışan ile olası kazanımlarının yanı sıra, psikoterapi sürecinin stres verici olabileceğini ve bu durumun da depresyon ataklarını tetikleyici olabileceğini tartışmıştır. Danışan terapistin risklerini ve kazanımları üzerine düşünmüştür. Danışan terapiye başlamaya arzu duymaktadır. Tedavi olmadan önce de depresif ataklarıyla baş edebildiğini belirtmiştir. Terapist ile danışan geniş çaplı bir değerlendirmenin ardından terapiye başlayıp başlanmayacağını yeniden konuşmaya karar vermişlerdir."* (s.489)

Bu vaka örneğinde Duffy'nin belirttiği bütün noktalar işlenmesi dahi, danışanın özgür iradesiyle psikoterapiye başlamak istediği, kazanımlar ve riskler üzerine düşündüğü yine de detaylı bir değerlendirmenin ardından son kararını vermesine olanak sağlandığı görülmektedir. [12]

## Bilgilendirilmiş Onamın Bileşenleri

Roberts bilgilendirilmiş onamın bileşenlerini bilgi paylaşımı, karar verme kapasitesi ve gönüllülük olarak tanımlamıştır. Bu derlemede de aynı üst başlıklardan faydalanılacak ve aşağıdaki bölümde bu bileşenlerin ne anlama geldiği ve neleri kapsadığı incelenecektir:[14]

### *Bilgi Paylaşımı (Disclosure of Information)*

Kişinin psikoterapiye başlama-başlamama veya araştırmaya katılma-katılmama konusunda karar verebilmesi için uygun ölçüde ve yeterli şekilde bilgilendirilmesi gerekir. Psikoterapi veya ilaç araştırmalarında yapılan tedaviye ilişkin bilginin tam olabilmesi için danışan için geçerli ve uygun bir tedavi olması, danışanın sıkıntılarına yönelik olması gerekmektedir.[15] Mutlaka paylaşılması gereken bilgiler Dsubanko-Obermayr ve Baumann[6] tarafından şu şekilde aktarılmıştır: yöntem, ücret, süre, yönteminin etkililiği, sonlandırma veya ara verme hakkı, hedefler, riskler, güçlükler (strains) ve alternatifler. Simon ise şu başlıkların önemine dikkat çekmiştir: *tanı* (kişinin probleminin ne olduğu, bozukluğun veya durumun tanımlanması), *tedavi* (planlanan tedavinin

ne olduğu ve hedefleri), *sonuçlar* (planlanan tedavinin riskleri ve danışana kazandıracakları), *alternatifler* (planlanan tedaviye alternatif olan yöntemler-riskleri ve yararlarıyla birlikte), *prognoz* (tedavinin beklenen fakat garanti edilemeyen sonuçları).[13] Örneğin, hafif düzeyde depresyon tanısıyla yönlendirilen bir danışan ile bilişsel-davranışçı terapi uygulayan bir terapist bilgilendirilmiş onam alırken depresif bozuklukların sürecine dair bilgilendirme yapabilir, danışandan aldığı anamnez ile birlikte belirtilerini tartışabilir, Ardından bilişsel-davranışçı terapinin ne olduğunu ve hedeflerini paylaşabilir. Sonrasında bilişsel-davranışçı terapinin yararlarını ve risklerini, bu terapi yönteminin alternatifleriyle birlikte (örn. psikodinamik terapi, kısa süreli çözüm odaklı terapi) anlatabilir. Son olarak, psikoterapinin öngörülen sonuçları paylaşılabilir.

Kural olarak, bilgi paylaşımının terapiye/araştırmaya başlamadan önce yapılması gereklidir. Fakat özellikle psikoterapi süreci duyguları, düşünceleri, danışan-terapist arasındaki ilişkiyi, hatta sosyo-kültürel ortamı ve sosyal kuralları da içerdüğinden oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir.[16] Bu bakımdan bilgi paylaşımının bir süreç olarak görülmesi, belli konuların süreçte yeniden gözden geçirilebileceği unutulmamalıdır.[5,17] Ayrıca, gerek psikoterapi gerekse araştırma öncesinde bilgi paylaşan kişinin monoloğuna dönüşmeden, danışanın/katılımcının paylaşımına açık tutulması, soruları varsa, sorabileceği yönünde cesaretlendirilmesi, uygulanacak tedaviye dair daha önceden duydukları ve bildikleri, bu anlatılanların ardından düşündükleri de kapsayacak şekilde akışın sürdürülmesi de önemlidir. Hatta bu tartışmanın kaydının da tutulması önemlidir.[14]

### ***Karar Verme Kapasitesi***

Karar verme kapasitesi, kişinin bilişsel becerilerinin belirli bir bağlamda ve belli bir seçenekle ilişkili olarak değerlendirilmesidir. Psikiyatrik tanı (örn. şizofreni, major depresyon) veya ciddi belirtilerin varlığı (örn. sanrılar, bilişsel işlevselliğin azalması) kişinin karar verme kapasitesini kaybettiği, bundan yoksun olduğu anlamına gelmemektedir. Ruhsal hastalıklar bağlamında, karar verme kapasitesinin değerlendirilmesi kişinin güçlü ve zayıf yönleri gibi pek çok faktörün göz önüne alınmasını gerektirir. Kişinin belirtilerinin niteliği, süreci ve şiddeti, hastanın/danışanın mevcut durumu, geçmiş deneyimleri, kişisel değerleri, savunma veya başa çıkma mekanizmaları ve diğer faktörler üzerine düşünülmelidir.[14]

Karar verme kapasitesi ise dört faktör ile tanımlanmıştır: ifade etme/iletişim, kavrama (comprehension), mantıklı düşünme/muhakeme (reasoning) ve anlamlandırma (appreciation). Karar verme kapasitesiyle ilişkili, hatta kimi zaman birbirlerinin yerine kullanılan bir diğer kavram 'yetkinlik (competency)'dir. Onamın geçerli olabilmesinin koşullarından biri yetkinlik, kişinin karar verme kapasitesinin yeterliliği anlamına gelmektedir.[18] Yetkinlik, kişinin onam verip veremeyeceğine dair, ruh sağlığı profesyoneli veya yasal yetkililer tarafından varılan yargı/karar olarak belirtilmiştir. Bir süreklilik bağlamında düşünülen kapasite ise hastanın/danışanın onam verebilmesini sağlayacak kaynaklarını ifade eder.[19] Onam verme konusunda yetkin olan kişiler araştırmacının/psikoterapistin paylaştığı bilgiyi kavrayabilir, anlayabilir, hatırlayabilir, işleyebilir, avantajları-dezavantajları düşünüp tartabilir ve ne yaptığının farkında olarak eyleme geçebilir.[6]

Yukarıda sayılan dört faktörden ilki olan ***ifade/iletişim***, kişinin tercihini ifade etme becerisi olarak tanımlanmıştır. Ruhsal bozukluklar çerçevesinde düşünüldüğünde, kata-

tonik veya düşünce ve dilde bozulmaları olan bir hastanın kısmi bir süre iletişim açısından 'yetersiz' olduğu söylenebilir. Öte yanda, kendini kelimeler yoluyla ifade etmeyen/edemeyen otistik bozukluğu olan bir bireyin de kendini ifade etme becerilerinden yoksun olduğu düşünülebilir. Bu noktada klinisyene önemli bir görev düşmektedir: karşısındaki bireyle dikkatli bir şekilde etkileşim kurmak ve karşısındaki kişiyi hassasiyetle dinlemek ve gözlemek.[14]

İkinci faktör ise *kavramadır*. Bir konu hakkında karar verebilmek için, önce konunun kavranması gerekir. Öyleyse, örneğin danışanın terapiye başlayıp başlamayacağına karar verebilmesi için önce terapinin ne olduğunu, terapötik süreçte danışanı bekleyen zorlukları, terapinin yararlarını, vs. anlaması gerekir. Kavrama, zeka, eğitim düzeyi ve geçmiş deneyimlerle ilişkilidir. Psikiyatrik bozukluklar açısından ele alındığında, klinisyenle yapılan konuşma sırasında kişinin hastalığının ne olduğuna, tedavinin gerekli olduğuna, olası tedavi yöntemlerine, bunların riskleri ve yararlarına, olası sonuçlarına dair verilen bilgileri anlaması önemlidir.[14]

Kavrama anlamayı, bilmeyi ve hatırlamayı kapsar. Bilginin kavranabilmesi için çok az-çok fazla değil, yeterince bilgi net bir şekilde verilmesi, bilgi paylaşımı için yeterince zaman ayrılması, bilginin tartışılabilceği uygun bir ortamda verilmesi, kişinin aktif katılımının sağlanması (örn. onam formunun danışan ile birlikte tartışılması) kişinin sunulan bilgiyi kavramasına yardımcı olduğu aktarılmıştır.[18] Bu noktada verilen bilginin özellikle miktarının ve netliğinin danışana göre uyarlanması çok önemlidir. Handelsman ve Galvin çok fazla bilgi verildiğinde, hastaların verilen bilgiyi işlemede zorlandıklarını belirtmişlerdir.[20] Ayrıca onam formunun okuyucunun rahatça anlayabileceği bir dille yazılması, akademik bir dille yazılmamış olması kavramayı kolaylaştırabilecek faktörlerdendir.[21] Young ve arkadaşları da bilgilendirilmiş onam formunun kolay okunur olmasını kavramayı arttırdığını saptamışlardır.[22]

Üçüncü faktör olan *mantıklı düşünme/muhakeme*, bireyin bir karar üzerine nesnel bilgileri kullanarak, 'mantıklı' ve ayrıntılı şekilde düşünmesidir.[14] Örneğin, kişinin iki tedaviyi karşılaştırırken, kendisi için daha az riskli olanı tercih etmesidir. Rudnick ve Roe bu faktörün üç alt bileşeni olduğunu aktarmışlardır: 1)alternatif seçenekler ve bunların sonuçları üzerine etraflıca düşünmek, hayal etmek ve değerlendirmek, 2)alternatiflerin olasılıklarını ve istenirliklerini değerlendirmek, 3)alternatifler ve sonuçları üzerine düşünmek. Alternatifleri düşünmekte zorluk yaşayan, dogmatik tarzda düşünme yapıları olan kişiler alternatif birden fazla olduğunda diğerini de göz önüne alarak düşünmekte zorluk yaşayabilirler. Diğer yanda her şeyi somut düşünen, gerçeğe tutunmaya çalışan kişiler hayal kurmakta zorlanabilirler. İkinci alt bileşen ise analitik düşünmeyle ilişkilidir: bir olay/durumu doğru şekilde hesap etme/değerlendirme, sonra iç gözlem yoluyla kişisel tercihlerini saptayabilme. Bu tanımlamaya şöyle bir örnek verilebilir: belirsiz durumlarında aşırı kaygı duyan bir kişi içinde bulunduğu durumu doğru değerlendiremeyebilir ve birbiriyle alakasız durumları birbiriyle ilişkilendirmeye çalışıp, kendilerini de yanıltan tahminlerde bulunabilir. Yazarlar , 'alternatifler ve sonuçları üzerine düşünmek' alt bileşeninde karar verme sürecinde üstbilgişlerin rolüne değinmişler ve bu kavramı "temsilleri temsil edebilme ve ardından temsillerdeki dönüşümleri işleyerek, alternatifleri karşılaştırabilme becerisi" olarak tanımlamışlardır.[23]

Son faktör olan *anlamlandırma*, kişinin bir kararı neden verdiğine dair kendince bir anlam verebilmesi ve bu kararının sonuçlarını kendi geçmişi, değerleri, yaşam koşulları bağlamında değerlendirebilmesi demektir. Anlamlandırma, içgörüsüyle yakından ilişkili-

dir. Sanrı veya varsanı gibi psikotik belirtiler içgörüyü veya bilişsel becerileri olumsuz etkilediğinden, bir duruma dair nasıl anlam verileceğini de olumsuz etkiler.[14] Durumun nedenlerine dair kişisel bağlantılar kuramayan bir kişi/danışan, örneğin manik dönemdeyken yaptığı eylemleri doğaüstü güçler veya uzaylıların yaptırdığı şeklinde bir nedensellik içinde yorumladığında, bozukluğun doğasına dair özelliklerin paylaşımı sırasında, bilgileri “almayabilir”. [23] Kişinin karar verme kapasitesindeki diğer bileşenler etkilenmese bile, örneğin kaygı veya duygudurum bozukluklarında kişinin olumsuz bilişsel çarpıtmaları bilgiyi kendi koşulları, durumuna uygun olarak yorumlamasını engelleyebilir.[14]

### ***Gönüllülük (Voluntariness)***

Karar verme kapasite kapsamında tanımlanan son bileşen olan gönüllülük söz konusu olduğunda, onamı veren kişinin hiçbir baskı altında kalmaması gereklidir.[24] Roberts gönüllülük kapasitesinin değerlendirilmesi için sunduğu çerçevede, gelişimsel faktörlerin (bilişsel beceriler, duygusal olgunluk, ahlaki karakter); ruhsal ve/ya fiziksel hastalıklarla ilişkili özelliklerin (ör. ambivalans, olumsuz düşünceler, düşük enerji düzeyi, kararsızlık, düşük içgörü, tuhaf inançlar) ile psikolojik meseleler (ör. bir kişinin bozukluğun hayatında yarattığı zorluklarla inkar ederek başa çıkması), kültürel/dini değerler ve dış baskıların (ör. yatarak tedavi gören hastalar için kurumların ortamı veya sevilen kişilerin varlığı/yokluğu) değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır.[25] Bu sayede bilgilendirilmiş onam alınırken, kişinin uygulanacak müdahaleye ne kadar gönüllü olduğunu etkileyebilecek faktörlerin farkında olunarak, kişinin özerk şekilde karar almasının önündeki engeller bertaraf edilebilir.

Egg psikoterapide gönüllüğün bir süreci kapsadığını, danışanın psikoterapistle temasa geçmesinin ardından, randevu, ücret gibi konularda karşılıklı uzlaşmayla oluşturulan, danışanın sonlandırma veya ara verme hakkının saklı olduğu, ortak bir çerçeve olduğunu belirtmiştir.[26] Aynı zamanda gönüllülük, olası yarar ve riskleri bağımsız olarak değerlendirme gücüyle ilişkilidir.[25] Zorlama (coercion; kasıtlı olarak, fiziksel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar verme), yönlendirme, zorla kabul ettirme, baştan çıkarma kandırma veya mantık yoluyla ikna etme gönüllülüğü olumsuz etkiler.[6] Öte yandan, gönüllülük kurumlar (ör. mahkemelerin psikoterapi alma zorunluluğu yönünde karar vermesi) veya danışanın yakın çevresi (ebeveynleri, arkadaşları, meslektaşları, öğretmenleri, eşi) yüzünden sınırlanabilir.[24]

### **Ruhsal Bozukluklar ve Onam Verme Kapasitesi**

Ruhsal bozukluklar söz konusu olduğunda, onam vermek için gerekli koşullar Van Staden ve Krüger tarafından şu şekilde bildirilmiştir: 1) ruhsal bozukluk kişinin neye onam verdiğini anlamasını engellememelidir, 2) ruhsal bozukluk kişinin müdahalenin lehinde/aleyhinde seçim yapmasını engellememelidir, 3) ruhsal bozukluk kişinin onamını ifade etmesine engel olmamalıdır, 4) ruhsal bozukluk kişinin tedavi ihtiyacını kabul etmesine engel olmamalıdır.[26] Yapılan alanyazın taramasında, onam verme kapasitesine ilişkin çalışmaların ağırlıklı olarak tıbbi müdahaleler ve klinik araştırmaları işledikleri görülmektedir. Onam verme kapasitesinin ruhsal bozukluklar bağlamında çoğunlukla şizofreni, majör depresyon ve bipolar bozuklukta incelendiği dikkati çekmiştir. Aşağıdaki bölümde bu alanda yapılan araştırmalar öne çıkan konu başlıklarına göre sunulacaktır.

### ***Bilgi Paylaşımı ve Anlama***

Bilgilendirilmiş onamın ilk bileşeni olan bilgi paylaşımının ruhsal bozukluklarda anlama ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada Benson ve arkadaşları, bu beceriyi şizofreni, major depresyon ve borderline (sınır) kişilik bozukluğu açılarından karşılaştırmışlardır.[27] Katılımcıların çoğunluğunun araştırma rasyonelini ve prosedürünü yanlış anladıkları görülmüştür. Yani, araştırmanın onlar için neyin daha iyi olduğunun anlaşılması için yapıldığını, araştırmada kendi durumlarına özel testlerin uygulanacağını düşündükleri saptanmıştır. Katılımcıların anlama becerilerinin eğitim seviyesi, tanı ve bozulmanın düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Şizofreni grubunda anlama düzeyinin diğerlerine kıyasla daha düşük olduğu, bu grupta yıkım düzeyindeki artışla birlikte kavramanın da zayıfladığı görülmüştür. Ruhsal bozukluğu olan ve olmayan bireylerin bilgilendirilmiş onama dair tutumlarının karşılaştırıldığı çalışmaların sonucunda motivasyon ve araştırmaya katılım isteğinin her iki grupta da özgecille ilişkili olduğu, terapötik yanlış anlamamanın (therapeutic misconception; rutin klinik bakımla araştırmanın farklı olduğunun anlaşılabilmesi [28]) pek çok tanı grubunda yaygın olduğu ve her iki grupta da riskyarar değerlendirmelerinin geçmiş kişisel deneyimlerle bağlantılı olduğu aktarılmıştır.[29]

Bipolar bozuklukta onam verme kapasitesini inceleyen bir başka çalışmada Misra ve arkadaşları ötimik ve manik durumdaki bipolar bozukluğu olan katılımcıları araştırmaya katılım risklerini anlama ve gönüllü olarak katılmaya karar verme becerileri açısından karşılaştırmışlardır. Katılımcıların pek çoğu bipolar bozukluğu olduğunu ve ilaç kullanmalarını gerektiğini kabul etmişlerdir. Manik durumda olmanın araştırmanın risklerini değerlendirmeyi etkilemediği görülmüştür. Katılımcıların yaklaşık yarısında terapötik yanlış anlama gözlenmiştir, yani araştırmaya katılırlarsa daha iyi tedavi alacaklarına inanmaktadırlar. Katılımcıların %59'u ruh sağlığı çalışanının katılmayı reddetseler bile, katılmalarını sağlayabileceklerine inandıkları görülmüştür. Öte yandan ailelerinin böyle bir kararı almalarında etkisi olmadığını savunmaktadırlar.[30]

### ***Psikiyatrik Belirtiler***

Ruhsal bozukluklarda psikiyatrik belirtiler (örneğin, ambivalans, tepkisellik, dikkatte ve hafızada bozulmalar, içgörünün azalması, şiddetli depresif belirtiler, vs) onam verme kapasitesini olumsuz etkilemektedir.[14] Appelbaum ve Grisso psikiyatrik (şizofreni-majör depresyon), tıbbi (iskemik kalp hastalığı) ve sağlıklı kontrol grubunun karar verme becerilerini karşılaştırmışlardır.[31] Akut dönemdeki psikiyatrik hastaların karar vermekte zorlandıkları, şizofreni tanısı olan hastaların en çok "anlama" konusunda zorluk çektikleri ve karar vermedeki güçlükte depresif belirtilerden çok psikotik belirtilerin belirleyici olduğunu saptamışlardır. Schachter ve arkadaşları, 38 şizofreni hastasından oluşan örneklemede sanrıların, varsanılarının ve düşüncelerdeki dağınıklığın onam verme kapasitesini olumsuz etkilediğini görmüşlerdir.[32] Howe ve arkadaşları yatarak tedavi gören 110 (64'ü şizofreni, 25'i şizoaffektif bozukluk, 21'i bipolar bozukluk tanısı almış) katılımcıyı onam verme yeterliliği açısından karşılaştırmışlar ve tanı grupları arasında bir farklılık bulmamışlardır. Özellikle bilişlerle ilgili pozitif belirtiler ve yeterlilik arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Belirti düzeyinde ise kavramsal dezorganizasyon ve azalmış dikkat ile yeterlilik arasında bir ilişki varken, varsanılar ve negatif belirtilerle yeterlilik arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür.[33] Candillis ve arkadaşları ise şizofreni/şizoaffektif bozukluğu olan hastalar, diyabeti olan hastalar ve sağlıklı



kişilerde karar verme kapasitesini karşılaştırmışlardır. Tanı grupları arasında bilişsel kapasite, fiziksel işlevsellik ve ruhsal bozukluk tanısı olmasının ve eğitim düzeyinin karar verme kapasitesini etkilediği görülmüştür. Her üç grupta onam verme kapasitesini değerlendiren test puanları açısından anlamlı bir farklılık elde edilmemiş olsa da, pozitif belirtilerin anlama ve akıl yürütme, negatif belirtilerin anlama ve kavramayı olumsuz etkilediği görülmüştür. Ayrıca geçmiş deneyimler, görüşmedeki soru sayısının ve duygusal işlevsellik onam verme kapasitesini yordamaktadır.[29]

### ***Bilişsel Süreçler***

Onam verme süreci sunulan bilginin dikkatle dinlenmesini, işlenmesini, kavranmasını ve onam vermenin lehinde/aleyhinde karar verilmesini kapsar. Görüldüğü üzere, bahsi edilen sürecin bileşenleri bilişsel işlevlerle yakından ilgilidir. Özellikle psikotik belirtilerin şiddetli olduğu atak dönemlerinde bilişsel işlevsellik olumsuz etkilendiğinden, onam verme kapasitesi de etkiye uğramaktadır. Appelbaum ve Roth'a göre bilgilendirilmiş onamda önemli olan psikiyatrik belirtilerin anlamayı ve gerekli bilgilerin mantık ışığında değerlendirilmesini etkileyip etkilememesidir.[34] Carpenter ve arkadaşları şizofreni olan katılımcılarla sağlıklı katılımcıları karşılaştırdıkları araştırmalarında, klinik gruptakilerin anlama, mantık yürütme ve kavrama alanlarında daha çok zorluk yaşadıklarını görmüşler, seçim yapma konusunda iki grup arasında farklılık saptamamışlardır.[35] Ayrıca psikotik belirtilerin onam verme kapasitesini orta derecede yordadığını ve bu belirtilerin özellikle anlama ve akıl yürütme üzerinde daha etkili olduğunu gözlemişlerdir. Carpenter ve Conley şizofreni belirtilerinin şiddetinin karar verme performansını orta derecede etkilediğini, esas önemli faktörün bilişsel değişkenler olduğunu aktarmışlar ve onam verme kapasitesini değerlendirirken, belirti şiddetinden öte, bilişsel bozulmaya odaklanılması gerektiği sonucuna varmışlardır.[36]

Şizofrenide sıklıkla algıda bozulma, düşüncede dağınıklık, motivasyon ve duygusal tepkilerin azaldığı gözlenmektedir.[35] Çeşitli araştırmacılar negatif belirtilerin karar verme kapasitesiyle pozitif belirtilere kıyasla daha ilişkili olduğunu göstermişlerdir.[37,38] Stroup ve arkadaşları ayrıca sözel bellek, dikkat, işleme hızı, akıl yürütme ve çalışma belleği gibi nöropsikolojik işlevlerin anlama, kavrama ve akıl yürütmeyi daha güçlü yordadığını saptamışlardır.[37] Ghormley ve arkadaşları depresyonda olan ve yatarak tedavi gören 31 hasta ile 16 normal katılımcıyı karşılaştırdıkları çalışmalarında, nöropsikolojik bozulmanın (özellikle yeni bilgiyi öğrenme) onam formunda paylaşılan bilgilerin anlaşılması üzerinde etkisi olduğunu, aynı zamanda verilen bilgiyi anlamayan katılımcılara tanıma belleklerini güçlendirecek ipuçları verildiğinde, anlama becerilerinin arttığını gözlemişlerdir.[39] Raffard ve arkadaşları [40] ile Mandarelli ve arkadaşları [41] gibi araştırmacılar ise şizofrenide onam verme kapasitesini yürütücü işlevlerdeki bozulmalar bağlamında ele almışlar ve anlama, kavrama ve seçimini belirtme alanlarındaki performansın yürütücü işlevlerdeki bozulmayla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Stroup ve arkadaşları şizofreni hastalarındaki onam vermeyle ilişkili becerilerini uzunlamasına bir araştırma deseniyle inceledikleri çalışmalarında 1.158 katılımcının %96'sında bu becerilerin uzun dönemde sabit kaldığı veya daha geliştiğini gözlenmiştir. Öte yandan, kötüleşme gözlenen katılımcılarda özellikle Anlamaya dair puanların düşük olmasının, daha şiddetli pozitif belirtiler ve ilk ölçüm alındığı sırada daha düşük nörobilişsel işlevsellikle bağlantılı olduğunu saptamışlardır.[42]

Bu alanda araştırma yapan araştırmacıların bir kısmı onam verme kapasitesindeki bilişsel bozulmaların nasıl iyileştirilebileceğini yönelik de düşünmüşler ve psikoeğitimsel müdahalelerin bu kapasiteyi güçlendirebildiğini göstermişlerdir. Örneğin, Wirshing ve arkadaşları onam protokolünde yer alan bilgilerin ayakta ve yatarak tedavi gören şizofreni hastaları tarafından daha iyi kavranması sağlamak için, katılımcılara protokol sunulduktan sonra, sunulan bilgileri içeren bir test vermişler, katılımcılarla birlikte testte yanlış yaptıkları her maddeye dair bölümü yeniden gözden geçirmişler ve sonra yeniden testi uygulamışlardır. İkinci denemede katılımcıların yarısının bütün testi doğru cevapladıkları görülmüştür.[43] Bir başka çalışmada, Stiles ve arkadaşları katılımcılara onam formunu iki farklı yöntemle (tekrarlayıcı geribildirim (iterative feedback) ve soru-cevap tartışma) sunmuşlardır. Şizofreni grubunun anlama puanları diğer iki gruba kıyasla (depresyon grubu ve sağlıklı grup) daha düşük bulunmuş, tekrarlayıcı geribildirim yönteminin her üç grubun da anlama puanlarının yükselmesine yardımcı olduğu gözlenmiştir.[44] Dunn ve meslektaşları ise psikotik bozukluğu olan ve hasta-olmayan orta yaşlı ve yaşlı katılımcıları “normal” ve “pekiştirme” gruplarına seçkisiz olarak atamışlar ve “pekiştirme” grubundakilere onam formunu slayt gösterisi şeklinde ve aralara soru-cevaplar ekleyerek sunmuşlardır. Psikotik bozukluğu olan katılımcıların anlama puanları düşük bulunsu da, pekiştirme yöntemi hasta grubunun “normal” prosedürün uygulandığı hasta-olmayan katılımcılar kadar puan almalarına faydalı olmuştur.[45] Carpenter ve arkadaşları ise katılımcılara 30 dakikalık iki seansta çalışma protokolü hakkında bilginin verildiği, soruların sorulduğu, sunulan materyalin daha kolay öğrenilmesi için çeşitli hatırlatıcıların sunulduğu bir eğitim vermişlerdir. Eğitimin ardından şizofreni grubundakilerin performanslarının hasta-olmayan gruptakilerle eşitlendiğini gözlemişlerdir.[35] Öte yandan, Eyler ve arkadaşları şizofreni hastalarında etkileşimsel sorgulama yöntemlerinin (düzeltici geribildirim ve hatasız öğrenme) anlama, kavrama ve mantık yürütme üzerinde etkilerinin olmadığını saptamışlardır.[46]

### **İçgörü**

Son dönemlerde psikiyatrik bozukluklarla onam verme kapasitesini inceleyen çalışmaların içgörünün/içgörü yoksunluğunun karar verme kapasitesini ne ölçüde etkilediğini araştırmaya yöneldiği dikkat çekmektedir. İçgörü, kişinin bir ruhsal bozukluğu olduğuna yönelik farkındalığını, bozukluğun belirtilerine ve öncül işaretlerine dair farkındalığını, belirtilerin ruhsal bozukluğa atfedilmesini, kişinin tedavi alması gerektiğine yönelik inancını ve bozukluğun kişinin sosyal işlevselliğine etkilerini değerlendirebilmesini kapsamaktadır.[47] Bu kavramları içeren çalışmalara bakıldığında, Owen ve arkadaşları psikotik bozukluklar ve manik ataklar ile onam verme kapasitesi arasında negatif bir ilişki saptamışlar, bu grupta içgörünün onam vermede yaşanan zorluğu yordayan en güçlü değişken olduğuna belirtmişlerdir.[48] Aynı çalışmada psikotik olmayan bozukluklarda ise içgörü ile onam verme arasındaki daha zayıf bir ilişki olduğu görülürken, bu grupta depresif duygudurumun bu kapasiteyi yordayabildiği saptanmıştır. Bir başka çalışmada, Adida ve arkadaşları manik durumdaki hastaların sağlıklı katılımcılara göre daha riskli kararlar alabildiklerini görmüşler, çalışmanın sonucunda karar verme kapasitesindeki bozukluğun içgörü eksikliğiyle ilişkili olabileceği çıkarımını yapmışlardır.[49] Capdeville ve arkadaşları ise içgörü ve onam verme yeterliliği arasındaki ilişkiyi ayakta tedavi gören 60 şizofreni hastasında incelemişler ve negatif belirtilerle özellikle “anlama” arasında ters bir ilişki olduğunu görmüşlerdir. Ayrıca “kavrama” ve “mantık yürütme” ile

ıçgörü arasında negatif bir korelasyon olduğunu saptamışlardır.[50] Benzer şekilde, Raffard ve arkadaşlarının bulguları da genel psikopatoloji puanları ve negatif belirtiler ile onam verme kapasitesi arasında negatif ilişkiyi desteklemiştir. Çalışmanın bir diğer önemli bulgusu, Beck İçgörü Ölçeği'nin "kendini ifade etme" bileşeniyle "akal yürütme"nin arasındaki ilişkidir, yani nesnellik, kendini yansıtmaya ve diğerlerinin geribildirimlerine açık olma bir kişinin bir tedaviyi alternatifleriyle karşılaştırabilmesine, tedavinin alternatiflerinin sonuçlarından bahsedilmesine ve gündelik yaşamına olan etkilerini değerlendirebilmesine yardımcı olmaktadır.[51]

Diğer taraftan, Palmer ve Jeste yukarıda bahsedilen araştırmaların aksine, içgörü ve onam verme kapasitesi arasında bir ilişki saptamamışlardır. Anlamanın negatif belirtilerin şiddeti ve genel psikopatoloji düzeyiyle ilişkili olduğu, fakat yaş, eğitim, pozitif ve depresif belirtilerin şiddeti ile bağlantılı olmadığı sonucunu elde etmişlerdir.[52]

Özetle, onam verme kapasitesinde önemli olan psikiyatrik belirtilerin anlamayı ve mantık yürütmeyi etkileyip etkilememesidir.[34] Bu bağlamda, Carpenter ve Conley onam verme kapasitesini değerlendirirken, belirti şiddetinden öte, bilişsel bozulmaya odaklanılması gerektiğini vurgulamışlardır.[36] Konuyla ilgili çalışmaların hemen hepsi, ağırlıklı olarak şizofreni olmak üzere ruhsal bozuklukların anlama becerisini olumsuz etkilediğini göstermektedir.[31,40,42] Onam verme kapasitesinin olumsuz etkilenen diğer bileşenin kavrama olduğu birçok araştırmacı tarafından saptanmıştır.[40,50] Roberts genel anlamda psikiyatrik belirtilerin onam verme kapasitesine olumsuz etkisinden söz ederken,[14] bazı araştırmacılar [33] pozitif belirtilerin daha belirleyici olduğunu belirtmiş, bazıları ise [37,51]negatif belirtilerin olumsuz etkisine dikkat çekmişlerdir. Yakın dönemli çalışmaların bir kısmı onam verme kapasitesi ile nörobilişsel işlevler arasındaki ilişkiyi incelerken,[39,41] bir kısmı da içgörünün yordayıcılığını araştırmışlardır.[48,49] Son olarak, bazı araştırmacılar ise bilişsel işlevselliği desteklemeye yönelik psikoeğitimsel müdahalelerin olumlu sonuçlar verdiğini bulmuşlardır.[43,44]

## Tartışma

Bilgilendirilmiş onam, danışanın kişisel değerleriyle, planlanan psikoterapinin/araştırmanın/tedavinin hedefleriyle ilişkilidir ve arasındaki güven ilişkisine dayanır.[14] Bu sayede kişi kendi iyiliği için en uygun olanı seçme ve tedavi/araştırma sürecini başlatma-sonlandırma hakkına sahip olduğunun ve bu hakkına saygı duyulduğunun farkına varabilir. Böyle bir başlangıç, klinisyen ile danışan/katılımcı arasındaki güven ilişkisinin gelişmesine ve tedavi/araştırma sürecinin devamlılığı açısından işbirliğinin artmasına faydalı olmaktadır.[53] Bu bağlamda, Kerby bilgilendirilmiş onam alma sürecinin danışan ile danışman/psikoterapist arasındaki ittifakın yordayıcısı olduğunu belirtmiştir.[54]

Gerek bir araştırmaya katılma gerekse psikoterapiye başlama kararını belirleyen en önemli bileşenlerden biri kavramadır. Düşük eğitim seviyesi, duygusal zorluk, yaşanan stresin düzeyi, kaygı ve ilerlemiş yaş gibi faktörler paylaşılan bilginin danışan tarafından kavranmasını zorlaştırabilir.[6] Bu noktada psikoterapistin veya araştırmacının empatik duruşunun danışanın veya katılımcının sunulan bilgiyi kavramasına yardımcı olmak noktasında da kıymetli olduğu söylenebilir. Yani, birlikte onam formunun üzerinden geçmek, karşıdaki kişiyi takip etmek, anlaması için beklemek, soru sormasına izin vermek, gerekli görüldüğünde bazı noktaların yeniden üzerinden geçmek, vs. psikoterapi

hizmeti almayı isteyen birinin veya araştırmaya katılmakta tereddüt yaşanan birinin sürece güven duyabilmesini, başlamaya cesaret edebilmesini ve arzu duymasına yardımcı olabilir.

Psikoterapistin yetkinliği ve niteliği, yöntem ve gizliliğin sınırlılıkları sıklıkla danışanlarla tartışılırken, risklere, alternatiflere ve beklenen terapi süresine dair bilgi nadiren paylaşılmaktadır.[6] Schultz ve arkadaşları da katılımcıların bilgilendirilmiş onam formunda en az hatırladıkları bilginin riskler olduğunu saptamışlardır.[55] Silva ve Sorrell hastalar tarafından tedavinin risklerinin, oluşabilecek komplikasyonların daha az hatırlanmasının inkarla ilgili olabileceğini aktarmış, ayrıca bilgiyi veren kişinin riskleri önemsizmiş gibi gösterebileceğine veya hastaların herhangi bir yan etki yaşamadan bilgilendirilmiş onam formunda belirtilen riskleri hatırlamayabileceklerine dikkat çekmişlerdir.[18] Psikoterapideki olası risklere daha derinlemesine bakıldığında, Simon'ın uygunsuz aktarım tepkilerini, aktarım ve karşıaktarımın uygun şekilde yönetilmemesini, regresif bağımlı durumları ve danışanın klinik durumunun kötüleşmesini psikoterapide oluşabilecek riskler olarak sınıfladığı görülmüştür.[13] Ayrıca, Martin riskler/olumsuz etkiler başlığı altında danışanın gerçeklik algısının geçici veya sürekli olarak bozulmasını, depresyonun şiddetlenerek intihar veya diğer kendine zarar verici davranışlara sebep olmasını, iyileşme ve geleceğe dair umudun yok olmasını, öz-saygının azalmasını, aşağılanma ve utancın hissedilmesini, öz-kontrolün azalması ve cinsel ve agresif dürtülerin eyleme dökülmesini, terapiye bağımlılık geliştirilmesini, aile, iş ve diğer önemli zorunlulukların tepkisel eylemler yüzünden yerine getirilememesini aktarmıştır.[56] Görüldüğü üzere, Simon [13] ve Martin'in [56] saptamalarının psikoterapistlerin onam alırken danışanlara tümüyle aktarabilecekleri bilgiler olmadığı dikkati çekmektedir. Bahsi geçen durumlar psikoterapistlerin danışan ile kurulan ilişki ve sürecinde duyarlı ve farkında olmaları gereken zorlukları işaret etmektedir. Bu noktada onam konuşması sırasında "riskler" başlığı altında Duffy'nin belirttiği gibi, terapinin süreç içinde duygusal zorluklar, kişilerarası ilişkilerde bozulmalar yaratabileceğinin danışana aktarılması ilk etapta oldukça yeterli bir bilgi olarak görünmektedir.[12]

Benson ve arkadaşları da araştırmaya dair bilgi paylaşımı sırasında riskler, yararlar, alternatif tedaviler, çalışmanın prosedürü ve yöntemiyle ilgili bilgilerin eksik veya yanlış şekilde aktarıldığını ifade etmişlerdir.[27] Bu durum katılımcıların yapılan araştırmayı kendi tedavilerinin bir parçası olarak algılamalarına ('terapötik yanlış anlama') neden olmaktadır. Şizofreni gibi kronik ruhsal bozukluklarda hastalık sürecinde yoğun ve sürekli ilaç kullanımına bağlı olarak da gelişebilen bilişsel becerilerdeki bozulmalara araştırma veya tedavi için onam alınırken dikkat edilmesi gerektiği çeşitli araştırmacılar tarafından belirtilmiştir.[31] Carpenter ve Conley'e göre bilişsel bozulmalar (ör. okuduğunu anlama) remedial (çözüm getirici, tedavi edici) aktivitelerle desteklenebilir.[36] Çeşitli araştırmacıların anlama ve kavramayı geliştirmeye yönelik psikoeğitimsel müdahalelerinin depresyon ve şizofreni gibi tanı gruplarında karar verme becerilerini geliştirdiği görülmektedir.[43,45]

Bir başka önemli nokta, ruhsal bozukluklarda bir tedavi veya araştırma için onam alınmanın, hastaya/danışana imzalatılacak bir kağıt olarak görülmemesidir.[57] Şizofreni gibi kronik psikiyatrik bozukluklarda kısa süre içinde verilen bilgilendirme sonucunda müdahaleye dair onam alınabilse de, onamı bir süreç olarak görmek, tedavi değişiminde veya tedaviye eklenecek bir yöntem için de hastayı bilgilendirmek kıymetli gözükme-

tedir. Bu yeniden gözden geçirmeler sayesinde bilişsel bozulmalardan kaynaklı olumsuz etki ve etkilenmelere azaltılabilir.[35]

Özellikle klinik araştırmalarda onam verme kapasitesinin ölçümünün standardize ölçüm araçlarıyla değerlendirilmesi tartışılrsa da, bu şekilde ölçüm alınmasının süreci statikleştirdiği düşünülmektedir.[19] Grisso ve arkadaşları da belirttiği üzere, onam verme kapasitesini değerlendiren ölçüm araçları kesin bir kesme noktası vermemeleri, klinisyenlerin karar verme becerisinde bozulmaların görülme riskinin yüksek olduğu grupları ayırt etmelerini zorlaştırmaktadır.[58] Bu çıkarım ilaç araştırmalarını ilgilendirdiği kadar psikoterapi araştırmalarına da genellenebilir, çünkü psikoterapi kişinin kendine yönelik analitik düşünmesini gerektirdiğinden, bilişsel işlevsellikteki bozulma psikoterapötik süreci de olumsuz etkileyecektir. Ruhsal bozukluklarda onam verme kapasitesiyle ilişkili çalışmalar özellikle anlama ve akıl yürütmeye zorluk olduğunu işaret etmektedir. Bu açıdan ruhsal bozukluğu olan kişilerden bilgilendirilmiş onam alırken, kişinin yaşadığı bilişsel zorluk alanına (ör. dikkat, bellek, kavrama) uygun olarak, onamın sunumu sırasında bilgilerin parçalı olarak verilmesi, basitleştirilmiş bir dilin kullanımı, bilgilerin tartışılması, gerekli görüldüğünde tekrar edilmesi önem kazanmaktadır.[59]

Pope ve Vazquez'in de vurguladığı üzere, onam alma müdahale içeriğinin zaman içerisinde yeniden tartışılarak, evrilen bir akışganlığa sahip olmalıdır.[5] Hughes'a göre hasta-doktor ilişkisi hastanın özerkliği kadar bağımlılığıyla da ilgilidir ki bu durum psikoterapist-danışan ilişkisine de genellenebilir.[60] Bu ilişki içinde empatik anlayış ve nedensel açıklamalara duyulan arzu da yer almaktadır. Bu değerlendirme sürecinde karşılıklı olarak değerlerin anlaşılması ve irdelenmesine zaman ayrılmalıdır. Bireyin değerlerinin oluşumunda kültürün, tarihin, fiziksel ve sosyal ortamın, geçmiş deneyimlerinin de etkisi vardır.[16] Yani, klinisyenin yargulamalarını belirleyen kendi değerlerinin farkına varması gerektiği gibi, hastanın/danışanın değerleri üzerine de düşünmeli ve onamın içeriğini nasıl algılayacağını değerlendirmeye de kafa yormalıdır.

Derlemenin kısıtlılıklarına göz atıldığında, bahsi geçen çalışmaların çoğunun onam alma sürecini kesitsel olarak incelemesi, içgörünün kimi çalışmalarda iki boyutlu olarak ele alınırken, son dönemdeki çalışmalarda süreklilik içinde ve çok boyutlu tanımlanması, küçük örneklemelerde çalışılması ve psikoterapideki onam verme sürecini inceleyen çalışmaların azlığı göze çarpmaktadır.[44,51] Onam verme kapasitesini inceleyen daha eski çalışmaların MacCAT'i kullanırken, yakın dönemli çalışmaların gerçek durum senaryoları veya hipotetik senaryolardan faydalandığı gözlenmiştir.[30,31] Bu tip ölçekler araştırmacılara onam vermeyi çeşitli bileşenler bakımından ve farklı bozuklukları açısından karşılaştırabilme imkanı sunsa da, senaryoların kullanımı onam verme sürecini niteliksel olarak incelemek açısından daha kapsamlı bilgi sunmaktadır. Her bir ruhsal bozukluğun kendi has bir süreci olduğundan, onam verme kapasitesini her bir bozukluk özelinde niceliksel ve niteliksel yöntemleri birlikte kullanan ve onam verme kapasitesini boylamsal açıdan ele alan çalışmaların bu alandaki mevcut bilgilere farklı boyutlar katacağı, gelecek çalışmalara da ışık tutacağı düşünülmektedir. Psikoterapideki onam verme ve onam alma süreçlerinin danışanlar ve terapistler açısından birlikte ele alındığı çalışmaların bu alanda gözlenen eksikliği kapatacağı düşünülmektedir. Ayrıca farklı terapi ekollerine mensup psikoterapistlerin onam alma süreçlerini inceleyen araştırmaların zenginleştirilmesi de diğer önerilerdendir. Son olarak, "terapötik yanlış anla-

ma” kavramının psikoterapi araştırmalarındaki onam alma süreci ve bunların terapötik ilişki üzerindeki etkilerinin gelecek araştırmalara konu edilebileceği düşünölmektedir.

## Sonuç

Bilgilendirilmiş onam ruh sağlığı alanında yapılan çalışmaların özünde yer alan insan-insana ilişkinin temel taşlarından biri sayılabilir. Klinisyenin karşısındaki kişinin özerkliğine duyduğu saygının göstergesi sayılan bu formun bir kağıt parçasından öte olduğu atıf yapılan pek çok yazar tarafından da vurgulanmaktadır. Araştırmalar açasından düşünöldüğünde, onam almak için daha kısıtlı bir zaman olsa da, psikoterapi süreci söz konusu olduğuunda, onam alma süreci psikoterapideki çerçevenin danışana aktarılması için bir araç sayılabilir. İçeriğin danışanla birlikte tartışılması, psikoterapiye ilk defa gelen veya araştırmada ne yapacağını bilemeyen birinin kafasındaki pek çok soruya cevap bulmasına yardımcı olabilir. Yasal yükümlölükler açasından araştırmacıyı/psikoterapisti korumakla birlikte, onam formu danışanı/katılımcıyı öndeki, yaşayaçağı sürece dair hazırlamaktadır.

## Kaynaklar

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, 4th ed. New York, Oxford University Press, 1994.
2. Youngren J. Psychotherapy: ethical issues. In International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Eds NJ Smelser, PB Baltes):12480-12484. Oxford, Pergamon Press, 2001.
3. Gümüş AE, Gümüş MA. Bilgilendirilmiş onay: psikolojik danışma sürecinin yasal ve etik yükümlölüğü, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2009; 4:69-79.
4. Beahrs JO, Gutheil TG. Informed consent in psychotherapy. Am J Psychiatry 2001; 158:4-10.
5. Pope KS, Vasquez MJT. Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide, 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 2001.
6. Dsubanko-Obermayr K, Baumann U. Informed consent in psychotherapy: demands and reality, Psychother Res 1998; 8:231-247.
7. Roberts LW, Roberts B. Psychiatric research ethics: An overview of evolving guidelines and current ethical dilemmas in the study of mental illness. Biol Psychiatry 1999; 46:1025-1038.
8. Bray JH, Shepherd JN, Hays JR. Legal and ethical issues in informed consent to psychotherapy. Am J Fam Ther 1985;13:50-60.
9. Faden RR, Beauchamp TL. A history and context and theory of informed consent. New York, Oxford University Press, 1986.
10. Türk Psikologlar Derneği. Türk Psikologlar Derneği Etik Yönetmeliği 2004. <http://www.psikolog.org.tr/turkey-code-tr.pdf> (03.06.2013'te ulaşıldı).
11. Tribbensee NE, Claiborn CD. Confidentiality in psychotherapy and related contexts. In Handbook of Professional Ethics for Psychologists (Eds W O'Donohue, K Ferguson):287-300. USA, Sage Publications, 2003.
12. Duffy M. Informed consent. In The Ethical and Professional Practice of Counseling and Psychotherapy (Ed. L Sperry0.) Boston, Pearson/Ally and Bacon, 2007.
13. Simon RI. Clinical-legal issues in psychotherapy. In Oxford Textbook of Psychotherapy (Eds GO Gabbard, J Beck, J Holmes,):487-495. New York, Oxford University Press, 2005.
14. Roberts L. Psychiatry: informed consent and care. In International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Eds NJ Smelser, PB Baltes):12296-12302. Oxford, Pergamon Press, 2001.
15. Richards DF. The central role of informed consent in ethical treatment and research with children. In Handbook of Professional Ethics for Psychologists (Eds. W O'Donohue, K Ferguson):377-389. USA: Sage Publications, 2003.
16. Pierce-Dennis B. The origin and nature of informed consent: experiences among vulnerable groups. J Prof Nurs 1999; 15:281-287.
17. Berg JW, Appelbaum PS, Lidz CW, Parker LS. Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice , 2nd ed. New York, Oxford University Press, 2001
18. Silva MC, Sorrell JM. Enhancing comprehension of information for informed consent: a review of empirical research. IRB 1998; 10:1-5.

19. Sturman ED. The capacity to give consent to treatment and research: a review of standardized assessment tools. *Clin Psychol Rev* 2005; 25:954-974.
20. Handelsman MM, Galvin MD. Facilitating informed consent for outpatient psychotherapy: a suggested written format. *Prof Psychol Res Pr* 1988; 19:223-225.
21. Handelsman MM, Kemper MB, Kesson-Craig P, McLain J, Johnsrud C. Use, content and readability of written informed consent forms for treatment. *Prof Psychol Res Pr* 1986; 21:451-454.
22. Young DR, Hooker DT, Freeberg FE. Informed consent documents: Increasing comprehension by reducing reading level. *IRB* 1990; 12:1-5.
23. Rudnick A, Roe D. Normal variants of competence to consent to treatment. *HEC Forum* 2004; 16:129-137.
24. Hotopf M, Raymont V. Mental capacity and valid consent. *Psychiatry* 2004; 3:8-10.
25. Roberts LW. Informed consent and the capacity for voluntarism. *Am J Psychiatry* 2003; 159:705-712.
26. Egg R. Zwangstherapie. Zur bedeutung der freiwilligkeit bei der durchführung therapeutischer maßnahmen. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 1986; 18:35-41.
27. Benson PR, Roth LH, Appelbaum PS, Lidz C W, Winslade WJ. Information disclosure, subject understanding and informed consent in psychiatric research. *Law Human Behav* 1988; 12:455-475.
28. Appelbaum PS, Berg JW, Lidz CW. *Informed consent: Legal theory and clinical practice* 2nd edition. USA, Oxford University Press, 2001.
29. Candillis PJ, Fletcher KE, Geppert CMA, Lidz CW, Appelbaum P S. A direct comparison of research decision-making capacity: schizophrenia/schizoaffective, medically ill and non-ill subjects. *Schizophr Res* 2008; 99:350-358.
30. Misra S, Socherman R, Hauser P, Ganzini L. Appreciation of research information in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2008; 10:635-646.
31. Appelbaum PS, Grisso T. *The MacArthur Competence Assessment Tool-Clinical Research*. Sarasota, Fla, Professional Resource Press, 1995.
32. Schachter D, Kleinman I, Prendergast P, Remington G, Schertzer S. The effect of psychopathology on the ability of schizophrenic patients to give consent. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182:360-362.
33. Howe V, Foister K, Jenkins K, Skene L, Copolov D, Keks N. Competence to give informed consent in acute psychosis is associated with symptoms rather than diagnosis. *Schizophr Res* 2005; 77:211-214.
34. Appelbaum PS, Roth LH. Competency to give consent to research: a psychiatric review. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:951-958.
35. Carpenter WT Jr., Gold JM, Lahti AC, Queern CA, Conley RR, Bartko JJ et al. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:533-538.
36. Carpenter WT, Conley R R. Sense and nonsense: an essay on schizophrenia research ethics. *Schizophr Res* 1999; 35:219-225.
37. Stroup S, Appelbaum P, Swartz M, Patel M, Davis S, Jeste D et al. Decision-making capacity for research participation among individuals in the CATIE schizophrenia trial. *Schizophr Res* 2005; 80:1-8.
38. Moser DJ, Schultz S K, Arndt S, Benjamin ML, Fleming FW, Brems CS et al. Capacity to provide informed consent for participation in schizophrenia and HIV research. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1201-1207.
39. Ghormley C, Basso M, Candlis P, Combs D. Neuropsychological impairment corresponds with poor understanding of informed consent disclosures in persons diagnosed with major depression. *Psychiatry Res* 2011; 187:106-112.
40. Raffard S, Bayard S, Gely-Nargeot MC, Capdevielle D, Maggi M, Barbotte E et al. Insight and executive functioning in schizophrenia: A multidimensional approach. *Psychiatry Res* 2009; 167:239-250.
41. Mandarelli G, Parmigiani G, Tarsitani L, Frati P, Biondi M, Ferracuti S. The relationship between executive functions and capacity to consent to treatment in acute psychiatric hospitalization. *J Empir Res Hum Res Ethics*. 2012; 7:63-70.
42. Stroup S, Appelbaum PS, Gu H, Hays S, Swartz MS, Keefe RS et al. Longitudinal consent-related abilities among research participants with schizophrenia: results from the CATIE study. *Schizophr Res* 2011; 130:47-52.
43. Wirshing DA, Wirshing WC, Marder SR, Liberman RP, Mintz J. Informed consent: assessment of comprehension. *Am J Psychiatry* 1998; 155:1508-1511.
44. Stiles PG, Poythress NG, Hall A, Falkenbach D, Williams R. Improving understanding of research consent disclosures among persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 2001; 52:780-785.
45. Dunn LB, Lindamer LA, Palmer BW, Golshan S, Schneiderman LJ, Jeste DV. Improved understanding of research consent in middle-aged and elderly patients with psychotic disorders. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10:42-150.
46. Eyler LT, Mirzakhania H, Jeste DV. A preliminary study of interactive questioning methods to assess and improve understanding of informed consent among patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2005; 75:193-198.

47. Simon V, De Hert M, Wampers M, Peuskens J, van Winkel R. The relation between neurocognitive dysfunction and impaired insight in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2009; 24:239–243.
48. Owen GS, David AS, Richardson G, Szmukler G, Hayward P, Hotopf M. Mental capacity, diagnosis and insight in psychiatric in-patients: a cross-sectional study. *Psychol Med* 2009; 39:1389-1398.
49. Adida M, Clark L, Pomietto P, Kaladjian A, Besnier N, Azorin JM et al. Lack of insight may predict impaired decision-making in manic patients. *Bipolar Disord* 2008; 10:829-837.
50. Capdeville D, Raffard S, Bayard S, Garcia F, Baciou O, Bouzigues I et al. Competence to consent and insight in schizophrenia: Is there an association? a pilot study. *Schizophr Res* 2013; 108:272-279.
51. Raffard S, Fond G, Brittner M, Bortolon C, Macgregor A. Cognitive insight as an indicator of competence to consent to treatment in schizophrenia. *Schizophr Res* 2013; 144:118-121.
52. Palmer BW, Jeste DV. Relationship of individual cognitive abilities to specific components of decisional capacity among middle-aged and older patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006; 32:98-106.
53. Croarkin P, Berg J, Spira J. Informed consent for psychotherapy: a look at therapists' understanding, opinions and practices. *Am J Psychother* 2003; 57:384-401.
54. Kerby SE. Informed consent as a predictor of working alliance and perception of counselor/psychotherapist (Unpublished doctoral thesis). Michigan, Western Michigan University, 2009.
55. Schultz AL, Pardee GP, Ensinnck JW. Are research subjects really informed? *West J Med* 1975; 123:76-80
56. Martin L. Ethics and negative effects of psychotherapies. In *Oxford Textbook of Psychotherapy* (Ed. GO Gabbard) 30-42. USA, Oxford University Press, 1988.
57. Jeste DV, Dunn LB, Palmer BW, Saks E, Halpain M, Cook A et al. A collaborative model for research on decisional capacity and informed consent in older patients with schizophrenia: bioethics unit of a geriatric psychiatry intervention research center. *Psychopharmacology* 2003; 171:68-74.
58. Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouchi C. The MacCAT-T: A clinical tool to assess patient's capacities to make treatment decisions. *Psychiatr Serv* 1997; 48:1415-1419.
59. Gupta UC, Kharawala S. Informed consent in psychiatry clinical research: a conceptual review of issues, challenges and recommendations. *Perspect Clin Res* 2012; 3:8-15.
60. Hughes JC. Psychiatric ethics. *Medicine* 2004; 32:1-3

---

**Zeynep Maçkallı**, Yrd.Doç.Dr., Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Zeynep Maçkallı, Yeni Yüzyıl Üniv., Psikoloji Bölümü, İstanbul, Turkey.

E-mail: zeynepmackali@gmail.com

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

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

Çevrimiçi adresi / Available online at: [www.cappsy.org/archives/vol6/no3/](http://www.cappsy.org/archives/vol6/no3/)

Çevrimiçi yayım / Published online 03 Kasım/November 03, 2013; doi: 10.5455/cap.20131103093205

---