

Din ve Psikoterapi: Etik Meseleler ve Öneriler

Kaan Alp Karamanlı¹

Özet

Günümüzde bireyin inanç sisteminin psikoterapi sürecinin gidişatını etkileyebileceğinin farkına varılması ve bazı hastaların yaşadıkları psikolojik sorunların dini meselelerle ilişkili olması gibi sebeplerle dini konular psikoterapi içerisinde yer edinmeye başlamıştır. Dini meselelerin terapi gündemine geldiği veya terapiyi etkilediği durumlarda psikoterapistler eğitim programlarında genelde üzerinde durulmayan pek çok etik sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Alanyazında bu konuda karşılaşılabilecek etik sorunlara işaret eden yayınlar psikoterapistlerin etik farkındalıklarını artırarak fayda sağlayabilirler. Dini meselelerin psikoterapi odasında gündeme geldiği durumlarda ortaya çıkması olası etik sorunlar ve bunlara dair çözüm önerileri yabancı alanyazında tartışılmasına karşın Türkçe alanyazında bu konuda yayınlanmış bir makale olmadığı görülmektedir. Bu konunun Türkçe alanyazında ayrıca ele alınması ve gözden geçirilmesi fayda sunabilir çünkü yabancı alanyazındaki öneriler kültürel ve dini farklılıklardan ötürü çoğu zaman kültürümüzde aynı şekilde hayata geçirilememektedir. Bu makalede; din ile psikolojinin kısa tarihi, dini meselelerin psikoterapiyi nasıl etkileyebileceği ve dini meselelerin psikoterapi sürecinde yaratabileceği olası etik sorunlar, dini meseleleri psikoterapide ele alma yetkinliğinin sağlanması, dini meselelerin hastanın mevcut sorunları üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi, bu etkilerin ele alınmasında etik olarak hassas noktalar, terapistin dini inançlarının psikoterapiye olası etkileri, dini uygulamaların psikoterapiye dahil olması durumunda ortaya çıkabilecek etik sorunlar, tanı koymada dini inançlarla ilişkili dikkat edilmesi gereken noktalar, yönlendirme gerektiren durumlar, dindar ve dini inancı olmayan hastalarla çalışırken ve kırsal bölgelerde veya devlet kurumlarında çalışan psikoterapistler için dikkat edilmesi gereken noktalar tartışılmıştır. Buna karşın bu makalenin asıl amacı dini meseleler psikoterapide gündeme geldiğinde ortaya çıkması olası tüm etik sorunlara nihai çözümler sunmak değil; Türkçe alanyazında bu konuda verimli sonuçları olabilecek bir tartışma başlatmaktır.

Anahtar kelimeler: Din, Psikoterapi, Etik, Din ve Psikoterapi, Psikoterapi Etiği

Abstract

Religious issues have started to take place in psychotherapy due to several reasons, including the recognition of the fact that an individual's belief system can affect the course of the psychotherapy, and that the psychological problems experienced by some patients are related to religious issues. In such cases, psychotherapists are faced with many ethical problems that are not generally addressed in formal education programs. Materials pointing to these possible ethical problems in the literature might be beneficial as they increase the ethical awareness of psychotherapists. Even though this subject has been discussed in Western literature before, it is important to address this subject in Turkish literature, as the recommendations in the Western literature often cannot be implemented in the exact same way in Turkish culture due to cultural and religious differences. In this article; a brief history of religion and psychology, ethical issues that originates from religious issues in psychotherapy, influence of religious issues on psychotherapy, assessment of this influence on current symptomology of patient, ethically deliquiate points in the addressing this influence, the influence of the therapist's religious beliefs on psychotherapy, things to consider related to religious beliefs when diagnosing, occasions that referring the patient is necessary, things to consider when working in various settings and with various patients are discussed. However, the main purpose of this article is to initiate a discussion that might have fruitful results, rather than to offer final solutions to all possible ethical problems that may arise if religious issues come to the fore in psychotherapy.

Keywords: Religion, Psychotherapy, Ethical Issues, Religion and Psychotherapy, Psychotherapy Ethics

Yazışma Adresi: ¹Kaan Alp Karamanlı, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 11. Psikiyatri Servisi, Zuhuratbaba Mah. Doktor Tevfik Sağlam Cd. 25/2, 34147 Bakırköy / İstanbul, kaanalpkaramanli07@gmail.com, ORC-ID: 0000-0001-9883-7017

Gönderim Tarihi: 14.06.2022

Kabul Tarihi: 06.12.2022

Günümüzde dini konuların hastanın psikoterapi sürecinde ele alınan sorunlarıyla ilişkili olabileceği ve bireyin inanç sisteminin psikoterapinin gidişatını etkileyebileceği kabul edilmektedir (Myers, 2004). Buna paralel biçimde, psikoterapi sürecine dini öğelerin entegrasyonunun olumlu sonuçlar doğurup doğurmayacağı ve bu entegrasyonun teknik yönleri tartışılmaktadır (Miller, 1999). Fakat bu konunun daha az tartışılan bir yönü, dini meselelerin terapi odasında gündeme gelmesi ve dini uygulamaların terapi sürecine dahil edilmesi durumunda doğması olası etik sorunlardır.

Bu makale, dini meselelerin terapi odasında gündeme gelmesi ve dini uygulamaların terapi sürecine dahil edilmesi durumunda doğabilecek etik sorunları ve bu sorunlara dair önerilerini ele almaktadır. Her ne kadar Türkçe alanyazında dini danışmanlık içerisinde psikoterapi tekniklerini kullanmaktan bahseden makaleler bulunsa da (Ağılkaya Şahin, 2018; Çelikel, 2013), bu makalenin konusu psikoterapinin dini danışmanlığa ve dini uygulamalara nasıl entegre edileceği değildir. Bu makale daha ziyade, hastalarının terapi odasına dini meseleleri getirmeleri durumunda psikoterapistlerin hangi etik sorunlarla karşılaşabileceklerini ve bu süreci faydalı olma ve zarar vermeme ilkesine uygun şekilde nasıl yürütebileceklerini alanyazının önerilerine dayanarak ele almayı amaçlamaktadır.

Yabancı alanyazında bu konuda yayınlanmış çalışmalar olmasına karşın, yazarın bilgisi dahilinde dini konuların psikoterapide ele alınışından doğan etik meselelere eğilen Türkçe bir makale bulunmamaktadır. Böyle bir makalenin bulunmaması yalnızca dilsel erişim sorunundan dolayı değil; yabancı alanyazındaki önerilerin kültürel ve dini farklılıklardan ötürü ülkemizde aynen hayata geçirilmesinin sorunu olmasından dolayı da bir eksikliktir. Bu makale, ilgili alanyazını kültürel farklılıkları da göz önüne alarak okuyucuya sunmaya çalışmakta ve psikoterapide dini meseleleri ele almak konusunda eksiksiz bir rehber olmaktan ziyade bu konuya dikkat çekerek sonuçları verimli olabilecek bir tartışma başlatmayı amaçlamaktadır.

Din ve Psikolojinin Kısa Tarihi

Bu alt başlıkta, özellikle günümüzde dini meselelerin psikoterapi uygulamalarında yaratabileceği etik sorunların niçin göz ardı edilmemesi gerektiğinin anlaşılması için bir arka plan sunulması amaçlanmaktadır (Din ve psikoloji arasındaki ilişkinin tarihine yönelik ayrıntılı okumalar için bkz. Cummings ve Cummings, 2009; Hayes ve Cowie, 2005).

Psikolojinin ve onun bir alt alanı olarak klinik psikolojinin bir bilim olarak ortaya çıktığı 19. yüzyılın sonlarında ve 20. yüzyılın başlarında dine karşı mesafeli bir tavır takındığı üzerinde durulmaktadır (Plante, 2007; Jo-

hnson, 2001). Bu konuya dini perspektiften yaklaşanlar bu mesafeli tavrın sebebi olarak klinik psikoloji alanının öncüsü Sigmund Freud'un dini inançlar hakkındaki olumsuz yorumlarına işaret etmişlerdir (Ağılkaya Şahin, 2018; Çelikel, 2013). Klinik psikolojinin öncülerinden Freud'un ve psikoloji alanında diğer önde gelen bazı isimlerin dini inançlar hakkında olumsuz fikirlere sahip oldukları doğrudur (Ellis, 1971; Freud, 1927/1961; Watson, 1924/1983); ancak psikolojinin bir bilimsel disiplin olarak dine karşı mesafeli tavrında bireylerin fikirlerinden ziyade psikolojinin bir bilim olarak ortaya çıktığı zaman aralığıyla ilişkili bazı bağlamsal nedenler daha önemli yer tutuyor olabilir.

Psikoloji 20. yüzyılı bağımsız bir bilim dalı olarak kendini kanıtama mücadelesi içerisinde geçirmiştir (Plante, 2007). Psikolojinin bir bilim olarak doğduğu ve kendini inşa ettiği zaman aralığında (19. yy sonları – 20. yy başları) bir bilimin “gerçekte ne kadar bilim olduğu” temelde bir kritere dayanmaktaydı: O bilim dalının ne kadar pozitivist olabildiği. Gözlenemeyen ve sınanamayan doğa üstü açıklamaları ve metafizik inançları kapsam dışı bırakmayı öngören pozitivism (Comte, 1880/2009), doğal olarak psikolojinin dini inançlara ve metafiziğin konusu olan diğer meselelere karşı mesafeli durmasına sebep olmuş olabilir.

20. yüzyılın sonlarına doğru, hastanın değerler sisteminin ve dünya görüşünün psikoterapi sürecinin başarısını etkileyebileceğinin farkına varılmasıyla (Kizilhan, 2014) ve kısmen de pozitif psikoloji akımının etkisiyle psikolojinin dine karşı tavrı “yumuşamıştır” (Plante, 2007). Bu yumuşamayı psikoloji alanında dini konularla ilgili yürütülen araştırmalar (Pargament, 1997; Plante ve Sharma, 2001) ve klinik pratikte dini uygulamaların kullanılmasına dair tartışmalar (Miller, 1999) takip etmiştir (Plante, 2007).

Bu araştırmalar ve tartışmalarla birlikte dini meseleler psikoterapi sürecine dahil olmaya başlamıştır ve artarak dahil olmaya devam edecek gibi gözükmektedir. Dini meselelerin psikoterapide ele alınmasının olası faydalara dikkat çekilmesine karşın özellikle klinik uygulamalarda çok ciddi etik sorunlar yaratabileceği üzerinde durulmuştur (Sloan, Bagiella ve Powell, 1999). Makalenin devamında bu etik sorunların neler olabileceği ve terapistin bu etik sorunların üstesinden nasıl gelebileceği tartışılacaktır.

Dini İnançlar Psikoterapi Sürecini Nasıl Etkileyebilir?

Bireylerin dini inançları, hayata bakışlarıyla temelden ilişkilidir. Bu doğrultuda dini inançlar hastanın psikoterapiye yaklaşımını da etkileyebilir. Örneğin alanyazında dindar Müslüman hastaların aşırı kaderci bir tutum sergileyerek psikoterapi sürecinde daha pasif bir rolü tercih edebilecekleri üzerinde durulmuştur (Ki-

zilhan, 2014). Bazı dindar hastaların ise ruhsal sorunları için profesyonel yardım almayı inançlarının bir zayıflığı olarak görebileceklerinden, bundan suçluluk duyabileceklerinden ve bu sebeple de profesyonel yardım almaktan çekinebileceklerinden bahsedilmiştir (Dein, 2004). Bunların yanında bir hastanın; dini inancını sorguluyor olması, inançsız olduğunu çevresine açıklamaktan korkması veya inançsızlığı sebebiyle yakın çevresi tarafından dışlanması sıklıkla mevcut sıkıntısının kaynağı olabilmektedir (Sahker, 2016).

Bu durumlarla karşılaştığında terapist kritik bir karar vermek zorundadır. Güncel eğitim programlarının çoğunda dini inançların terapi süreci üzerindeki etkisinin nasıl ele alınacağı öğretilmediği için (Sahker, 2016), bu meseleleri görmezden gelmeyi tercih edebilir. Ancak bunun tedavinin olumlu gidişatı için yapılacak en iyi tercih olmadığı üzerinde durulmuştur (Hawkins ve Bullock, 1995; Johnson, 2001). Aynı zamanda böyle bir tercihin ne kadar etik olduğu da tartışmalıdır (Johnson, 2001). Dini inançların terapi süreci üzerindeki etkisini ve hastanın dini meselelerinden kaynaklanan sorunlarını görmezden gelen bir terapistin, hastasına yardım edebilme konusundaki yetkinliği tartışmalı bir duruma düşecektir (Johnson, 2001). Böyle bir görmezden gelme tercihi, psikoterapi sürecinde çok ciddi faydalar sunabilecek materyallerin keşfedilme fırsatının kaçırılması anlamına gelebilir (Maximo, 2019). Ötesinde, terapist hasta için “asıl sorunu” belirleme inisiyatifi ele almış olmaktadır. Böyle bir durumda hasta ihtiyaçlarının anlaşılmadığını, inançlarının ve dünya görüşlerinin onaylanmadığını düşünebilir ve erken terminasyon riski doğabilir (Johnson, 2001). Terapistin hastaya gerekli tedaviyi sunabilmesi için, dini inançların ve bu inançlarla ilişkili sorunların psikoterapi süreci üzerindeki etkisini kabul etmesi ve bu etkiyi uygun bir biçimde ele alması gerekmektedir ancak terapist bunu yaparken etik sınırların ihlal edilmediğinden emin olmalıdır (Johnson, 2001; Myers, 2004).

Peki terapist, dini meselelerin psikoterapi süreci üzerindeki etkilerini etik sınırlar içerisinde nasıl ele alabilir? Türkiye’de çalışan terapistler için ağırlıklı olarak TPD’nin (2004) ve kısmen de APA’nın (2017) genel ilkeleri birçok temel konuda etik çerçeveyi çizmektedir. APA’nın ve TPD’nin ilkeleri yol gösterici olmakla birlikte, pek çok durum için fazla genel kalabilir. Buna karşılık terapistler, tedavi sürecinde dini meselelerden doğabilecek etik sorunların üstesinden gelebilmek ve hastalarına en iyi tedavi sürecini sunabilmek için çok daha özgül çözümlere ihtiyaç duyabilir.

Terapistlerin, dini meseleleri ele alırken özgül çözümler uygulayabilecek yetkinliği kazanabilmesi için akla gelen ilk öneri, eğitim programlarına gerekli eklemelerin yapılmasıdır. Böyle bir eklemenin gerekli olduğu alanyazınca da belirtilmiştir (Barnett ve Johnson,

2011; Maximo, 2019; Menegatti-Chequini, Maraldi, Peres, Leão ve Vallada, 2019). Fakat halihazırda uzmanlık eğitimini tamamlamış terapistler için bu yetkinliğini sağlamak kendi sorumluluklarına kalmış gibi durmaktadır.

Makale; özellikle eğitimini tamamlamış bu uzmanlar için, psikoterapi sürecinde dini meselelerle ilgili karşılaşılabilecekleri problemlere dair farkındalıklarını artırmayı ve bu problemlerin alanyazında önerilen çözümlerini sunmayı hedeflemekte ve alanda çalışan uzmanlara pratik öneriler sunmayı amaçlamaktadır. Bu doğrultuda makalenin devamında; dini meselelerin terapi odasına gelmesiyle doğabilecek etik sorunlar, hastanın dini inançlarının mevcut sorunuyla ilişkisinin değerlendirilmesi ve ele alınması, terapistin kendi dini inançlarının psikoterapi süreci üzerindeki olası etkileri, dini meseleleri psikoterapide ele alırken farklı alt hasta gruplarında dikkat edilmesi gereken noktalar ve kamu kuruluşlarında görevli terapistlerin dikkat etmesi gereken noktalar tartışılacaktır.

Terapi Odasına Getirilen Dini Meseleler: Genel Etik Sorunlar ve Çözüm Önerileri

a. Yetkinlik

Psikoterapi sürecinde dini meseleleri ele almakla ilgili ilk problem yetkinlik problemidir. Bir dini inanca mensup olmanın, terapisti o dini inanışla ilgili meseleleri terapi odasında ele almakta yetkin hale getirdiği gibi bir hatalı inanç yaygın olarak gözlenmektedir (Gonsiorek, Richards, Pargament ve McMin, 2009). Hatta bunun bir adım ötesine geçerek dini meselelerle ilgili sorunları sebebiyle yardım almak için psikoterapiye başvuran hasta ile süreci yürütecek uzmanın aynı dini inanca mensup olması gerektiği üzerinde durulan olmuştur (Hathaway ve Ripley, 2009). Buna karşılık Gonsiorek ve arkadaşları (2009) haklı olarak, bir bilim alanı olan klinik psikolojinin hangi hastaya hangi uzmanın yardım etmesi gerektiği konusuna mensup olma temelinde değil; yetkin olma temelinde yaklaşım sergilemesi gerektiğinden bahsetmiştir.

Terapistin dini meseleleri psikoterapi sürecinde ele alabilmek için yetkinliğini nasıl artırabileceği geniş bir tartışma konusu olmakla birlikte, yapılabilecekler kısaca şu şekilde özetlenebilir: Terapist bu konudaki yol gösterici güncel materyalleri takip etmeli, bu konudaki güncel eğitimlere katılmalı ve dini meselelerin terapi odasına geldiği vakaları süpervizyon veya konsültasyon eşliğinde ele almalıdır (Plante, 2007). Fakat tüm bu alışılmış tavsiyelerin yanında daha önemli bir nokta, etik farkındalıktır (Pope ve Vasquez, 2011). Terapist, dini meseleleri psikoterapide ele alış şeklinin veya almayı şeklinin psikoterapi sürecini nasıl etkileyebileceğinin farkında olmalıdır. Ayrıca, bu meseleleri ele alacağı durumda bu

konudaki sorgulamaları hangi noktaya kadar götüreceğini ve ele almayacağı durumda bu kararın kendisinin bu konudaki yetersizliğine mi yoksa hastanın uzun vadeli iyiliğine mi dayanmakta olduğunu sorgulamalıdır.

b. Dini meselelerin hastanın mevcut sorunu üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi

Hastanın, dini inançlarıyla ilgili veya dini inancının olmamasıyla ilgili sorunlarını terapinin gündemine getirdiği durumda, terapist için izlemesi görece kolay bir yol belirlemektedir. Bu durumda terapist, güvenli bir ortam sunacak, dini sorunların hastanın iyilik hali üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu anlayacak ve bunları ele alacaktır (Sahker, 2016). Fakat bir terapist tecrübesine dayanarak her hastasının, sorunlarının kaynakları konusunda bu kadar açık sözlü olmayacağını bilir. Bunun yanında hasta, dini meselelerin probleminin bir kısmını teşkil ettiğinin farkında olmayabilir. Bu ihtimaller göz önüne alınarak terapistin öykü alma aşamasında dini ve manevi sorunlarla ilgili tarihe almaya yönelik bir değerlendirme prosedürünü alışkanlık haline getirmesi tavsiye edilmektedir (Lomax, Karff ve McKenny, 2002; Myers, 2004).

Peki, dini ve manevi konularla ilgili sorgulamanın sınırı nerede çizilmektedir? Bu sorgulama başlı başına bir etik ihlal riskini ortaya çıkarmaz mı? Alanyazında; hastayla birlikte dini ibadet gerçekleştirmek, hastaya belli bir dini inancı veya ibadeti tavsiye etmek ve hastanın belli bir inançtan ve ibadetten uzak durmasını tavsiye etmek gibi girişimlere kıyasla dini meselelerin mevcut psikolojik sorunlarla ilişkisini anlamaya yönelik sorgulamaların etik açıdan çok daha “masum” olduğu üzerinde durulmuştur (Lomax ve ark., 2002). Aynı zamanda böyle bir sorgulamanın, uygun yapıldığı takdirde risklerine oranla çok daha fazla fayda getirme ihtimali olduğu üzerinde durulmuştur (Lomax ve ark., 2002). Böyle bir sorgulamayla hastanın; terapi odasının gerçekten de “her şeyi” konuşabileceği güvenli bir yer olduğunu anlaması sağlanabilir, inanç ve değer sistemleri ve hayata bakışı terapist tarafından tam olarak kavranabilir ve anlaşıldığını hissetmesi sağlanarak terapötik ittifak güçlendirilebilir (Myers, 2004). Ancak terapistin bu sorgulamayı hastanın güvenini kazandıktan sonra yapması daha uygun olacaktır (Sahker, 2016).

Sahker’in (2016) hastalardan öykü alırken dini inançlarla ilişkili sorunların tarihçesini almaya yönelik ortaya koyduğu model terapistler için fayda sağlayabilir. Bu modelin ilk basamağı terapistin hasta için güvenli ve kabullenici bir terapi ortamı oluşturmasıdır, böylece hasta burada her şeyi konuşmasına rağmen yargılanmayacağını bilecektir (Sahker, 2016). Ardından hastaya dini ve manevi konularla ilgili sorunlar veya endişeler yaşayıp yaşamadığının sorulması tavsiye edilmektedir (Sahker, 2016). Bu soru terapisti bir yol ayırmasına götürmekte-

dir; eğer hasta böyle sorunları veya endişeleri olmadığını söylese daha derin bir sorgulama gereksizdir keza dini konularla ilgili sorgulama ancak hastanın tedavisi için elzem olduğunda yapılmalıdır (Richards ve Bergin, 2005). Bu doğrultuda terapist her bir hastası için bu konunun önemini saptayarak bu konuda ne kadar derinlemesine sorgulama yapması gerektiğine karar vermelidir (Barnett ve Johnson, 2011). Eğer hasta bu konularla ilgili endişe yaşadığını söylese Sahker (2016) bu endişelerin dört soru ile daha derinlemesine incelenmesini tavsiye etmektedir:

- 1- Dini ve manevi konular sizin için önemli mi?
- 2- Geçmişteki veya bugünkü dini/manevi inançlarınız sizi rahatlatıyor mu veya sizde rahatsızlık yaratıyor mu?
- 3- Bu konuları konuşabileceğiniz birisi var mı?
- 4- Terapi sürecinde bu konuları daha derinlemesine ele almak ister misiniz?

c. Hastanın mevcut problemleri üzerinde etkisi olan dini meselelerin psikoterapide ele alınması

Terapistin, hastasının sorunlarının dini meselelerle ilişkisini sorgulaması olumlu bir ilk adımdır. Peki terapist edindiği bu bilgilerle ne yapacaktır? Terapistin öykü alırken hastasının sorunlarının dini meselelerle ilişkisini sorgulaması alanyazının üzerinde görece birleştiği bir öneriyken edindiği bilgilerle ne yapması gerektiği tartışmalı bir alandır.

Öyle ki, yapılan sorgulama sonucunda, mevcut sorunun en azından bir kısmının hastanın dini inançlarıyla ilişkili olduğu bulundu. Terapistin bir sonraki adımı ne olacaktır? Bu dini inançlara psikoloji biliminin sunduğu bilişsel yeniden yapılandırma teknikleriyle meydan mı okumalıdır? Yoksa bu ilişkiyi görmezden mi gelmelidir? Johnson (2001) bu soruları ele aldığı makalesinde terapistin seçeneklerinin, dini meselenin hastanın sorunuyla ilişkisini tamamen görmezden gelmek ve dini inancın temellerine saldırmak ikilemi içerisinde sınırlı olmadığını belirtmiştir. Böyle bir durumda terapist, sorunun büyük ihtimalle hastanın bir dini inanca sahip olmasından değil ancak o dini inancı yanlış yorumlamasından veya inancın bir yönüne takıntılı biçimde odaklanmasından doğduğunu aklında bulundurmalıdır (DiGuseppo, Robin ve Dryden, 1990; Myers, 2004).

Bilişsel terapi perspektifinden ele alınırsa bireyin inancının temellerine saldırmak yerine soruna yol açan çarpıtmayı ele almak şu şekilde örneklenebilir: Hasta, eğer günah işlerse Tanrı’nın onu asla sevmeyeceğine inanıyor olabilir. Bu, hastanın inandığı dinin yazılı kaynağı ile muhtemelen çelişen bir inançtır ve terapist tarafından sorgulanması gereken kısım hastanın Tanrı inancının mantıklı olup olmadığı değil; “günah işlerse asla sevmeyeceği” şeklindeki özgül inancının dini kay-

naklarla uyumsuz olup olmadığıdır (Johnson, 2001). Bu uyumsuzluğu tespit ettikten sonra terapist bu uyumsuzluğa işaret edebilir ve dini kaynaklara dayanmayan bu özgül inancın geçerliğini sorgulayabilir (Johnson, 2001).

Eğer terapist, hastanın mevcut sorununun dini inancı yanlış yorumlamasından veya inancın bir kısmına takıntılı şekilde odaklanmasından kaynaklanmadığını, bizatihi inancın kendisinden kaynaklandığını düşünüyor ve bu inancı değiştirmeye yönelik adımlar atmaya planlıyorsa kendisine sorması gereken ilk soru şudur: Gerçekten böyle bir hakkı ve yetkinliği bulunmakta mıdır? Bu sorunun da ötesinde, hasta böyle bir yaklaşımdan kazanç sağlayabilir mi? Terapistin kendi gizli bireysel ajandasını psikoterapi sürecinin önceliği haline getirmesi durumunda büyük etik sorunlar doğacak olmasının yanında, psikoterapi süreci de yüksek olasılıkla başarısızlıkla sonuçlanacaktır (Lomax ve ark., 2002).

Tersi durumda, yani terapistin bir dini inancı veya ibadeti hastasına tavsiye etmeyi düşündüğü çünkü hastasının bundan fayda sağlayacağına inandığı durumda karşımıza çıkan etik sorunlar nelerdir? Gerçekten de bir dini inanca sahip olmanın daha iyi sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Plante ve Sharma, 2001) ancak evliliğin de daha olumlu iyilik haliyle ilişkili olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Kim ve McKenry, 2002), terapistler hastalarına evlenmeyi mi tavsiye etmelidirler (Lomax ve ark., 2002)? Tavsiye verme konusu, psikoterapinin tüm diğer alanlarında olduğu gibi dini meselelerle ilişkili alanlarda da sorunludur; hastanın otonomisini ve kaderini belirleme hakkını hiçe sayar (Maximo, 2019). O halde terapist bu bilgisini kendine mi saklamalıdır? Aksine, terapist bu bilgisini hastasıyla paylaşabilir fakat burada dikkate alınması gereken ilke “bilgilendir ancak önerme” ilkesidir (Lomax ve ark., 2002).

Bunun yanında, hastalarına bir ibadete başlamasını veya bir ibadeti bırakmasını önermeyi planlayan veya hastalarıyla birlikte psikoterapi seansında ibadet etmeyi düşünen bir terapist şu sorulara cevap bulmak durumundadır: Böyle bir öneride bulunarak terapist psikoterapide herhangi bir öneride bulunmaması gerekliliğini ihlal etmemekte midir? Bu edimiyle terapist rolünün dışına çıkmış olmaz mı (Garzon, 2005)? Bu önerisiyle beraber bir din otoritesi rolüne giren terapist çoklu rol ilişkilerinin yaratacağı sorunlarla baş etmek için ne gibi önlemler almayı planlamaktadır (Garzon, 2005)? Terapistin, hastasının keşif sürecine güvenmeyerek kendi inanç ve düşüncelerini ona dayatmaya iten çözülmemiş meseleleri nelerdir?

Belki tüm bu sorulardan kaçınmak için terapist hastasını bir din görevlisine yönlendirmeyi düşünebilir. Fakat bu yönlendirme de cevaplanması gereken bazı soruları beraberinde getirir: Bu yönlendirme hastanın gizliliğini ihlal etmekte midir? Hastanın yönlendirildiği din görevlisiyle, hasta hakkındaki hangi bilgiler paylaşılacaktır? Paylaşılacak bilgilere dair hastanın izni bulunmakta mıdır? Hastanın yönlendirileceği din görevlisi hangi standartlara göre seçilmiştir? Terapist, psikoterapinin bir uzantısı olan bu yönlendirme sonucunda faydalı olma ve zarar vermeme ilkesinin ihlal edilmeyeceğinden emin midir? Tüm bu sorular terapistlere, hastalarına dini meselelerle ilgili öneriler vermeden veya onları din görevlilerine yönlendirmeden önce ciddi şekilde düşünmeleri ve olası etik problemleri hesaba katmaları gerektiğini hatırlatmalıdır. İhtiyatlı bir yaklaşım, bu noktada tavsiye edilmektedir (Barnett ve Johnson, 2011; Lomax ve ark., 2002).

Bu başlığın ana hedefi psikoterapi sürecinde dini meseleleri ele almaya dair etik farkındalığı artırmak olsa da somut bir modelin klinik uygulamada faydalı olabileceği düşünülmüştür. Bu doğrultuda, dini meselelerin psikoterapi gündemine geldiği vakalarla çalışan terapistler için faydalı olabileceği düşünülen Barnett ve Johnson'ın (2011) ortaya koyduğu model paylaşılmıştır:

Adım 1: Hastanın dini veya manevi inanç ve tercihlerini saygı içerisinde değerlendirin.

Adım 2: Mevcut problem ile dini veya manevi inançlar arasındaki ilişkilere dair dikkatli bir değerlendirme yapın.

Adım 3: Bu değerlendirmenin sonuçlarını bilgilendirilmiş onama dahil edin. Özellikle dini inançların psikoterapi sürecinde ele alınacağı durumlarda bilgilendirilmiş onamda bundan bahsedilmesi olası etik sorunlardan kaçınmak için elzemdir (Gonsiorek ve ark., 2009).

Adım 4: Hastanın dini inançlarına dair karşıaktarımınızı dürüst bir biçimde değerlendirin. Hastanın dini tarihçesini alırken terapistte uyanan güçlü duygular bir karşıaktarımın işaretçisidir ve bu karşıaktarım psikoterapi sürecine zarar vermeye başladığı noktada terapist hastayı yönlendirmeyi düşünmelidir (Dein, 2004; Greenberg ve Witztum, 1991).

Adım 5: Bu vaka için yeterliliğinizi dürüst bir biçimde değerlendirin.

Adım 6: Din ve psikoloji alanındaki uzmanlara danışın.

Adım 7: Eğer uygunsa, klinik olarak gerekliyse ve hasta onam veriyorsa hastanın iletişimde olduğu din görevlilerine veya diğer din görevlilerine danışın.¹

Adım 8: Hastayı tedavi etmek veya yönlendirmekle ilgili karar verin.

1 Bu makalenin yazarı böyle bir girişimin, ancak çok ciddi şekilde düşünüldükten ve ruh sağlığı alanında uzman meslektaşlara danışıldıktan sonra, hastanın iyiliği için zorunlu olması halinde gerçekleştirilmesi gerektiğini düşünmektedir. Böyle bir girişimin standart prosedür olarak uygulanması, ruh sağlığı uzmanının rolünü muğlaklaştırabilir ve ruh sağlığı uzmanlığı alanının dışına her danışma, hastanın gizliliğinin ihlal edilmesi riskini taşıdığından, ciddi etik sorunlar doğurabilir.

Adım 9: Tedavinin çıktılarını değerlendirin ve tedavi planını buna uygun şekilde düzenleyin.

d. Terapistin sahip olduğu dini inançların veya dini inancının olmamasının psikoterapi sürecine etkileri

Terapistlerin hastaları için güvenli bir ortam oluşturabilmesi için öncelikle kendi kişisel sorunlarını ve çatışmalarını çözmeleri gerekmektedir (APA, 2017). Bu gereklilik, dini meseleleri terapiye getiren hastaları ele alırken süreci her türlü ön yargıdan arınmış bir şekilde sürdürebilmek için de geçerlidir (Sahker, 2016). Terapistin dindar veya dini inancı olmayan bireylere karşı örtük ön yargıları psikoterapi sürecini ciddi biçimde tehlikeye sokabilir (Gonsiorek ve ark., 2009). Örneğin, dini inancı olmayan bir terapist hastalarını, dindarlıkları sebebiyle sabit fikirli ve düşük zeka seviyesine sahip olarak görebilir veya dini meselelerin hastaları üzerindeki etkisini küçümseyebilir (Gonsiorek ve ark., 2009). Buna karşılık dini inancı olan bir terapist ise, dini inancı olmayan hastalarını ahlaksız ve güvenilmez olarak görebilir veya onların yanlış bir yola düşmüş olduklarına inanabilir (Gonsiorek ve ark., 2009). Her iki durumda da terapistin ön yargıları olasılıkla psikoterapiyi baltalayacak ve süreçten olumlu bir sonuç alınmasının önüne geçecektir (Sahker, 2016).

Her zaman yalnızca olumsuz yöndeki ön yargıların psikoterapi için zararlı olabileceği düşünülmemelidir; terapistin hastasının dini inancına veya dini inancının olmamasına yönelik olumlu ön yargısı da aynı şekilde zararlı olabilir. Örneğin, hasta diğerlerine veya kendisine zarar verici davranışlarını dini inançlarıyla temellendirdiği noktada, terapistin olumlu ön yargısı bu zararları görmezden gelmesine ve gerekli önlemleri almamasına sebep olarak etik bir ihlale sonuçlanabilir (Gonsiorek ve ark., 2009).

Terapistin ön yargılarıyla ilişkili bir diğer nokta karşıaktarımsal sorunlardır. (Myers, 2004). Bu karşıaktarım kendini birkaç formda gösterebilir. En basit formu hastanın dini inançlarının terapistte öfke uyandırmasıdır (Dein 2004); terapist bu inançlara yukarıdan bakarak onları ilkel inançlar olarak görebilir ve hastasının özgürlüğün getirdiği sorumluluktan kurtulmak için bu inançları kullandığını düşünebilir. Böyle bir durumda terapistin kendi tepkilerini gözlemesi ve tepkilerinin terapi sürecine zarar verici bir hale gelip gelmediğine dikkat etmesi gerekmektedir. Ayrıca, terapisti dini meseleleri ele alıyor olmak başlı başına etik ikilemler yaratacağından ve özellikle etik ikilemler karşısında terapistlerin olumsuz duygudurumlarında yükselme gözlemlendiğinden (Kumova ve Bahçekapılı, 2020), bu olumsuz duygudurumun yönetilmesi karşıaktarım kapsamındaki bir diğer nokta olarak kabul edilebilir. Fakat hastanın dini inançlarına yönelik karşıaktarım her zaman bu kadar açık bir biçim-

de kendini göstermeyebilir. Özellikle terapist aşağıdaki durumlarda karşıaktarımsal sorunların örtük bir biçimde terapi sürecini olumsuz etkiliyor olması ihtimaline karşı duyarlı olmalıdır (Dein, 2004; Greenberg ve Witztum, 1991):

1- Terapist, hastanın ona yabancı olan inançlarıyla karşılaştığında bu dini inanç ve pratiklerle ilgili çokça soru sorarak aşırı bir merak gösteriyorsa,

2- Terapist, kültürel ve dini farklılığın terapi oda-sında yarattığı gerginliği görmezden gelip hastasını kendi kültürel normlarına göre tedavi etmeye çalışıyorsa,

3- Terapist, sunduğu formülasyonun hastası tarafından kabul edilmediği durumda saldırgan ve öfkeli tepkilerle karşılık veriyorsa.

Terapistin böyle bir durumda karşıaktarımı uygun bir şekilde ele almaya çalışması gerekmektedir, bunu başaramadığı durumda ise yetkin bir meslektaşına yönlendirmeyi bir seçenek olarak dikkate almalıdır (Barnett ve Johnson, 2011).

Ön yargılar ve karşıaktarımsal sorunlar örtük bir biçimde psikoterapi sürecine zarar verebilir ancak çok daha açık biçimde terapi sürecine zarar verebileceği tartışılan bir etken daha bulunmaktadır: Kendini açma. Psikoterapinin pek çok farklı alanında tartışıldığı gibi, dini meselelerin ele alınması noktasında da terapistin kendisini açmasının olası faydaları ve zararları tartışılmıştır (ör. Barnett ve Johnson, 2011; Hawkins ve Bullock, 1995; Lomax ve ark., 2002; Maximo, 2019; Riggs, 2006; Tillman, 1998; Tjeltveit, 1986) ve tıpkı psikoterapinin diğer alanlarındaki tartışmalarda olduğu gibi bu konuda da kendini açmaya dair çelişkili öneriler sunulmuştur.

Terapistin, dini inancı konusunda “Hastalarımın kişisel bilgilerimi paylaşmıyorum” bahanesinin arkasına sığınmaması gerektiğini, dini meseleleri ele almaya gelmiş bir hastanın terapistinin dini inancını bilme hakkı olduğunu savunanlar olmuştur (Hawkins ve Bullock, 1995). Bu öneriyi daha ılımlı şekilde, terapistin dini inançlarını eğer tedavinin gidişatını olumlu etkileyeceğini düşünüyorsa hastasına açması gerektiği şeklinde tekrarlayanlar olmuştur (Hathaway ve Ripley, 2009). Fakat bu kendini açma ediminin, hastanın terapistinden farklı görüşlere ve inançlara sahip olmasının bir sorun olmayacağını hissettirildiği bir terapi ortamı oluşturmasından sonra yapılması tavsiye edilmiştir (Riggs, 2006), aksi takdirde böyle bir kendini açmanın hastaya kendini değerlerini dayatmakla sonuçlanabileceği üzerinde durulmuştur (Maximo, 2019; Tjeltveit, 1986).

Bu önerilere karşılık terapistin dini inancı hakkında kendini açmasının söz konusu olmaması gerektiğini ileri sürenler olmuştur (Lomax ve ark., 2002; Tillman, 1998). Psikanalitik yaklaşımın nötr olma ilkesinden temeline alan bu itiraz (Lomax ve ark., 2002), terapistin kendisini açmasının olası birçok zararına dikkat çekmektedir. Ön-

celikli zarar, Psikanalitik yaklaşımın terapistlere diğer alanlarda da kendilerini açmaktan uzak durmayı önermesiyle aynı sebepten kaynaklanmaktadır; eğer hasta terapistte dini inancını sorduğunda terapist, keşfe devam etmek yerine hastasının bu öğrenme arzusunun karşılıksız hastanın engellenmeye tahammülünü ve terapisti tamamen kontrol altına almadan ona güvenebilme kapasitesini keşfetme şansını yitirecektir (Tillman, 1998). Bunun yanında terapistin hastayla henüz güçlü bir terapötik ittifak kurmamışken dini inançları hakkında kendini açması hastasıyla arasında bir zıtlığa ve terapötik ittifakın filizlenmeden solmasına sebep olabilir. Ötesinde, bu kendini açma edimi, hastanın terapisti idealize etmesi sonucunda terapistin değerlerinin hastaya dayatılmasıyla da sonuçlanabilir (Tjelvtveit, 1986). Ancak bunun tersini iddia edenler de olmuştur; asıl terapistin hastaya kendini açmadığı durumda ona kendi değerlerini örtük biçimde dayatacağı ve ancak kendini açtığı durumda hastaya açık bir tercih yapma hakkı sunduğu öne sürülmüştür (Bergin, 1985).

Tüm bu tartışmalar göz önüne alındığında, terapistin hastasına dini inançlarını açıp açmamaya karar vermesinde iki belirleyici kriter var gibi gözükmektedir. Terapistin -eğer varsa- kendini yakın gördüğü klinik psikoloji ekolü ve kendini açmanın psikoterapi sürecine getireceği olası faydalar ve zararların hesap edilmesi. Terapistlerin uygulamalarında ağırlık verdikleri ekoller ve hastalarının ihtiyaçları farklılık gösterdiğinden, bu konuda her duruma uygun bir öneride bulunmak mümkün değildir. Bu noktada verilebilecek tek öneri, terapistin kendini açma kararının kendi ihtiyaçlarından değil; hastasının ihtiyaçlarından ve tedavi sürecinin gerekliliklerinden kaynaklanması gerektiği olabilir.

e. Dini uygulamaların psikoterapi sürecine dahil edilmesinde dikkat edilmesi gereken noktalar

Hastanın dini meselelerle ilişkili sorunlarını ele almanın yanında tartışılması gereken diğer bir konu, dini uygulamaların ve girişimlerin psikoterapiye dahil edilmesidir. Dini uygulamaların psikoterapide kullanılması terapistin rolüne dair karmaşa yaratabilir ve çoklu ilişkiler yaratarak etik bir ihlale sebep olabilir (Garzon, 2005). Özellikle bu uygulamaların psikoterapiye dahil edileceği durumda, yalnızca tedavi amacıyla dahil edildiğinden ve terapistin bir din görevlisi rolüne bürünmediğinden emin olunmalıdır (Tan, 1994). Eğer bu uygulamalar psikoterapi sürecine terapötik amaçlarla değil de dini amaçlarla dahil ediliyorsa, terapötik süreç için gerekli olan sınırları muğlaklaştırıyorsa ve hastanın mevcut sorunu dini girişimler dışında tıbbi girişimleri de gerekli kıldığı halde bu tıbbi girişimler hastaya sunulmuyorsa çok ciddi etik sorunlarla karşı karşıya olunduğu söylenebilir (Hamdan, 2008; Tan, 1994). Dini uygulamalar psikoterapiye da-

hil edileceğinde unutulmaması gereken bir diğer nokta ise, hastanın iyileşme sürecinde beklediği ilerlemeyi göremediği durumlarda bu başarısızlığı kendi inancının zayıflığına yorabilecek olmasıdır (Barnett ve Johnson, 2011). Terapist dini uygulamaları psikoterapi sürecine dahil etmeye karar verdiğinde, yukarıda bahsedilen etik sorunların doğmaması için gerekli önlemleri aldığından emin olmalıdır. Bunların yanında terapistin bu uygulamalar için yetkin olup olmadığı ve bu uygulamaların tedavi için gerekli olup olmadığı üzerine düşünülmesi gereken diğer konulardır.

f. Tanı koymada dini meselelerin etkisi ve dikkat edilmesi gereken noktalar

Tanı koyma konusu, dini farklılıkların olası etkilerine karşı terapistin tetikte olması gereken bir diğer konudur. Terapistler, bireyin hayatını etkileyebilecek tanı koyma gibi kararlar verirken tanının sebebi olan gerçek dışı inançların ve uyumsuz davranışların bireyin dini inançları ve içinden geldiği kültür bağlamında da gerçek dışı ve anormal olarak nitelenip nitelenmediğini sorgulamayı atlayabilirler (Kizilhan, 2014). Almanya'da yaşayan psikoz hastası Türklere ve Almanlara konan yanlış tanı oranını inceleyen bir çalışma, Türklere Almanlara göre neredeyse 5 kat daha fazla yanlış psikoz tanısı konma riskine sahip olduğunu ortaya koymuştur (Haasen, Kleinmeier ve Yagdiran, 2005; akt. Kizilhan, 2014). Ülkemizde çalışan bir terapist için aynı hatalı tanı koyma riski, terapistin daha yabancı olduğu bölgelerden veya kırsal bölgelerden şehre göç eden bireyler için geçerli olabilir. Özellikle koyulacak tanıda hastanın gerçek dışı görülen dini inançlarının payı olduğu düşünülüyorsa, bu inançların hastanın içinden geldiği toplulukta ne kadar gerçek dışı görüldüğü tespit edilmelidir (Kizilhan, 2014).

g. Hastanın dini inançlarının kendisi veya başkaları için zararlı olduğu durumlar

Önceki başlıklarda tüm bahsedilenler, hastanın inançlarına saygı ilkesi (APA, 2017) temelinde şekillenmektedir. Terapistin, hastasının dini inançlarına saygıyla yaklaşması elzemdir ancak bir şartla: Eğer bu inançlar bireyin kendisine veya bir başkasına zarar vermiyorsa (APA, 2017). Bazen hastalar başkalarına zarar veren davranışlarını, dini inançlarında temel kabul edilen kaynaklara atıfta bulunarak haklı çıkarmaya çalışabilir (Barnett ve Johnson, 2011). Özellikle dini inançları ailenin kutsallığını içeren hastalar, aile bireylerinden gördükleri zararları ilgili mercilere bildirmeme ve kendini koruma yönünde bir tercihte bulunabilirler (Kizilhan, 2014). Terapist, hastanın inançlarının kendisine ve çevresine zararlı olduğunu fark ettiği noktada hastayı bu konuda bilgilendirmelidir ve gerekliyse daha ileri önlemler için ilgili mercilere başvurmalıdır.

h. Yönlendirme yapılması gereken durumlar

Tartışılan tüm öneriler, dini meseleleri terapiye getiren hastaları ele almaya yönelik olsa da bu hastaların yalnızca başka uzmanlara yönlendirilmesi gerektiği durumlar da olabilir. Terapist, vakanın yetkinliğini aştığına inandığı noktada yönlendirme ihtimalini kesinlikle düşünmelidir (Hathaway ve Ripley, 2009). Bunun yanında, terapistin hastayla iyi ilişki kurmaya yönelik tüm çabalarına karşılık hasta, başka bir dini arka plana sahip bir terapist ile süreci devam ettirme arzusunu dile getiriyorsa ve hasta ile terapist arasındaki dini inanç farklılıkları tedaviyi sekteye uğratiyorsa uygun bir yönlendirmenin düşünülmesi gerekmektedir (Hathaway ve Ripley, 2009).

Terapi Odasına Getirilen Dini Meseleler: Farklı Hasta Gruplarıyla ve Farklı Şartlarda Çalışan Terapistlere Yönelik Öneriler

a. Dindar hasta gruplarıyla çalışan terapistlere yönelik öneriler

Gayet dindar bir hastanın terapi deneyimi yabancı topraklara gerçekleştirilen bir seyahat gibidir. Tanıdık işaretler yoktur, tanıdık yüzler yoktur, garip seslerle doludur – hem cezbedici hem de yasaklanmış kelimeler ve fikirler. Farklı bir dünya görüşüyle bir karşılaşmadır; ötekilik ile bir karşılaşmadır.

– Myers'in (2004), dindar hastaların psikoterapi deneyimini betimlemesi (s. 72)

Farklı hasta gruplarıyla çalışırken o hasta grupları için özel yetkinlik edinmiş olmak ve o hasta gruplarına özel problemlerin ve olası çözümlerinin farkında olmak genel bir öneridir (APA, 2017). Bu genel öneri, dine karşı farklı yaklaşımlara sahip olan bireylerle çalışmak için de geçerlidir (Plante, 2007). Bu doğrultuda bu alt başlıkta dindar hastalarla çalışırken dikkat edilmesi gereken noktalar, olası etik sorunlar ve çözüm önerileri tartışılacaktır.

Dindar bireyler için birçok sebeple psikolojik yardım istemek kolay olmayabilir. Ruh sağlığı konusunda yardım aramak bireyin içinde bulunduğu dini toplulukta bir inançsızlık belirtisi olarak görülebilir, akıl hastalığı etiketi bireyin içinde bulunduğu dini topluluk tarafından hoş karşılanmayabilir veya dindar birey terapistin dini inançlarını anlamayacağından ve bu inançlarla dalga geçeceğinden korkabilir (Myers, 2004; Dein, 2004).

Ayrıca, dindar bireylerin modern sağlık hizmetlerine ve psikoterapilere güvenmediği ortaya konulmuştur (Myers, 2004; Sell ve Goldsmith, 1988). Bu güvensizliğin ise dindar bireylerdeki, dini inançlarıyla ters düşen seküler değerlerin ruh sağlığı uzmanları tarafından ken-

dilerine dayatılacağı korkusundan kaynaklandığı ileri sürülmüştür (Myers, 2004). Bu etmenler göz önüne alındığında dindar bir bireyin psikoterapiye başvurmasının, birçok engeli aşarak bu noktaya gelmiş olması anlamına gelebileceği söylenebilir. Terapistin bu fırsatı iyi değerlendirerek dindar hastasının psikoterapi sürecine dair ön yargılarının doğru olmadığını göstermesi gerekmektedir. Bunun için de öncelikle hastayla sağlam bir güven ilişkisi kurabilmesi gerekir. Bu güven ilişkisi de ancak terapistin hastasının dini inançlarını terapötik hedeflerin ve tedavi planının belirlenmesinde dikkate almasıyla kurulabilir (Myers, 2004; Kizilhan, 2014).

Terapist ile dindar hasta arasındaki güven ilişkisinin zarar görmemesi için terapistin dikkat etmesi gereken bir diğer nokta, hastayı kalıba sokma riskidir. Hasta bir dine mensup olduğunu söylediğinde terapist, o dinin resmi otoritelerince kabul edilen tüm inançların hasta tarafından da birebir taşınıyor olduğunu varsaymamalıdır (Gonsiorek ve ark., 2009). Bu doğrultuda terapist, her bireyin inanç ve değerler sistemi açısından farklılık gösterebileceğinin farkında olmalıdır ve her hastasının inanç ve değer sistemini özel olarak keşfetmelidir (Gonsiorek ve ark., 2009). Hasta ancak bu şart sağlandığında dini inançlarının saygı çerçevesinde psikoterapi kapsamında ele alındığını hissedebilir (Gonsiorek ve ark., 2009).

Psikoterapi sürecinin başında dindar hastanın inanç sistemini keşfetmek ve anlamak güvenli ilişki için atılacak ilk adım olsa da terapistin yapacakları burada bitmemektedir. Terapistin, psikoterapinin ilerleyen zamanlarında hastanın inançlarında değişen noktalara karşı taktik olması gerekir zira psikoterapi sürecinde hastaların din ve Tanrı anlayışlarının değişim gösterebileceği üzerinde durulmuştur (Dein, 2004). Bu değişimlerin olumlu yönde gerçekleşme ihtimali bulunsa da terapistin, daha olumsuz değişimlerin gerçekleşme ihtimalini göz ardı etmemesi gerekir. Örneğin hasta, yardım için başvurarak Tanrıya ihanet etmiş olduğuna ve bu yardım arayışının Tanrıya olan koşulsuz inancındaki zayıflığı gösterdiğine inanabilir ve cezalandırılması gerektiğini düşünebilir (Dein, 2004). Böylece hastanın zihnindeki Tanrı tasavvuru git gide daha cezalandırıcı bir hal alabilir ve hastayı terapi sürecine devam etmekten alıkoyan bir korku ve suçluluk yaratabilir (Dein, 2004). Bu durumlarda yetkin bir terapistin bu değişimleri fark ederek uygun müdahalede bulunması gerekir (Dein, 2004).

b. Dini inancı olmayan hasta gruplarıyla çalışan terapistlere yönelik öneriler

Dini meselelerin psikoterapide ele alınmasına odaklanan tartışmalar daha çok dindar hasta grupları için yoğunlaşmışken dini inancı olmayan hastalarla çalışırken doğabilecek etik problemler ve dikkat edilmesi gereken diğer noktalar yeterince ele alınmamıştır (Sahker,

2016). Oysaki ailesinin dini inancını sorgulayan veya bu inancı terk etmeye karar veren hastaların yardım için uzmanlara başvurması nadir karşılaşılan bir durum değildir (Sahker, 2016). Üstelik bu bireylerin inançlarını terk etme aşamasında yaşadıkları zorlu süreç depresyonla, kaygı bozukluklarıyla ve hatta intiharla sonuçlanabilir (Exline, Yali ve Sanderson, 2000). Daha iyi seyreden vakalarda bile ayrımcılık ve ön yargıya maruz kalma (Cragun, Kosmin, Keysar, Hammer ve Nielsen, 2012) ve aileyle ve romantik partnerlerle gerginlik yaşama yaygın gözlenebilir (Hammer, Cragun, Hwang ve Smith, 2012; Sahker, 2016). İslam dini özelinde bu konuda çok fazla bulgu olmamasına karşın, eskiden Müslüman olup ardından dinden çıkan bireylerin aileleriyle çatışmalar yaşadığı ortaya konulmuştur (Saeed, 2011).

Eğer terapist bu hasta gruplarıyla karşılaşabileceği sorunların farkında olmaz, hastaya güvenli ve kabulleniçi terapötik ortamı sunmaz ve hastanın belki de hayatının başka hiçbir alanında konuşmadığı dini sorunlarını terapi odasında ele almasına izin vermez ise bu hastalara sunabileceği en iyi yardımı sunamıyor demektir (Sahker, 2016). Bu doğrultuda terapistin bu hasta grubuyla çalışırken hem bu hastaların yaşayabilecekleri özel sorunların farkında olması hem de bu sorunların çözümünde hangi alanlara yoğunlaşması gerektiğinin farkında olması gerekir (Sahker, 2016).

Bir terapistin ailesinin dini inancını reddeden ve inançsız olduğunu açıklayan bir hastayla çalışırken dikkat etmesi gereken ilk şey, olası kayıplardır (Exline ve ark., 2012). Hem ailesiyle hem romantik partneriyle hem de yakın çevresindeki diğer kişilerle bu karardan ötürü çatışma yaşaması olası olan hasta, bunların yanında bir dine mensup olmanın getirebileceği sosyal desteği de kaybetmektedir (Sahker, 2016). Bu hastalarla çalışan terapist, psikolojik kayıpların ve algılanan sosyal destek ağındaki zayıflamaların farkında olmalı ve uygun yönlendirmelerle bunu telafi etmeye çalışmalıdır (Sahker, 2016). Tüm bu bahsedilenler çerçevesinde bu bireylerle yürütülecek psikoterapide; sosyal destekteki azalmaya, ön yargılara ve dışlanmaya maruz kalmaya ve yakın ilişkilerde gerçekleşen sorunlara özel bir özenin gösterilmesi tavsiye edilmektedir (Sahker, 2016).

c. Kırsal kesimlerden gelen hastalarla çalışan terapistlere yönelik tavsiyeler

Kırsal kesimlerden gelen hastalarla çalışan terapistlerin karşılaşabilecekleri ilk sorun, yerel halkın sağlık sorunları için formal eğitim programlarıyla edinilmiş bir yetkinliği bulunmayan geleneksel şifacılarla ve dini figürlere başvurması olacaktır (Kardel, Gonzalez ve Beine, 2001; akt. Kizilhan, 2014). Ülkemizde geleneksel şifacılarla ve dini figürlere psikolojik rahatsızlıklara çözüm bulunması amacıyla ne oranda başvuru gerçekleşti-

rildiği ikamet edilen bölgeye göre değişmektedir. Ancak öyle gözükmektedir ki, batıdan doğuya gidildikçe (Kılıç, Rezaki, Üstün, & Gater, 1994; Kırpınar, Çayköylü ve Kuloğlu, 1994; Yalvaç, Kotan ve Ünal, 2015) ve kentten kırsala gidildikçe (Güleç, Yenilmez ve Ay, 2011; Yalvaç ve ark., 2015) geleneksel şifacılarla ve dini figürlere tedavi amacıyla başvuru oranı artmaktadır.

Başka kültürlerde psikolojik problemleri için geleneksel şifacılarla giden hastaların memnun kalmayarak tıbbi tedaviyi tavsiye ettikleri ortaya konulmuştur (Schoonover, Lipkin, Javid, & Rosen, 2014). Benzer bulgu nitel bir çalışmayla ülkemizde de tekrar edilmiştir (Gözen ve Buz, 2020). Nicel bir çalışma ise, bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğine başvuran hastaların %89'unun daha önce dini uygulamalara başvurduğunu, %78'inin bu uygulamalardan fayda görmediğini ve %67,5'inin bu uygulamalara devam etmek istemediğini ortaya koymuştur (Sarıkoc, Demiralp, Özşahin ve Açikel, 2015). Başka kültürlerde özellikle psikotik bozukluk geliştirmiş kişilerin yardım için ilk olarak şifacılarla başvurmalarının ilk dönemde tedavi edilmemiş psikoz süresini uzatabileceği (Adeosun, Adegbohun, Adewumi ve Jeje, 2013), bu zamanın da hastalığın gidişatını etkileyen önemli etmenlerden biri olabileceği üzerinde durulmuştur (Perkins, Gu, Boteva ve Lieberman, 2005).

Tüm bu bulgularla birlikte terapist, bölgeden bölgeye kültürel ve dini inanışların ve durumdan duruma şifacının veya dini figürün hastaya sunduğu faydanın ve verdiği zararın farklılık göstereceğini göz önünde bulundurarak her bir durumu hastanın en yüksek faydasını gözeterek kendi şartları içerisinde değerlendirmelidir. Eğer bir hastası bu yerel figürlere psikolojik yardım için başvurmuşsa terapist, hastanın bu inisiyatifine ön yargıyla yaklaşmamalı ve bu inisiyatifinin hastanın ruh sağlığı üzerindeki olası etkilerini düzenli olarak değerlendirmelidir. Fakat terapist, bu alternatif psikolojik yardımın hastası için zararlı olduğunu tespit ettiği noktada hastasını bilgilendirmelidir (Kizilhan, 2014).

Kırsal kesimde yaşayan hastalarla çalışan terapist, hastasının terapiye gelmesinin çevresi tarafından bir zayıflık olarak görülebileceğini ve çevresi tarafından reddedilmesiyle sonuçlanabileceğini de göz önünde bulundurmalıdır. Yakın çevresi için hastanın psikoterapiye gitmesi, makalede daha önce bahsedildiği üzere onun inancının zayıflığının bir göstergesi olarak görülebilir (Kizilhan, 2014). Bu konuda ülkemizde yürütülmüş bir çalışmada da, psikolojik yardım almanın hastanın çevresi tarafından inanç eksikliği olarak damgalanabileceği ve bu damgalamanın hasta tarafından içselleştirilerek olumsuz sonuçlara yol açabileceği üzerinde durulmuştur (Çağlan ve Göcen, 2020). Özellikle kırsal kesimde yaşayan bireyler için aile yapısı bireyci toplum yapısı içerisinde yaşayan bireylere göre daha önemli olduğun-

dan, hastanın terapiye gelmesinin ailesiyle arasındaki ilişkilerde sorun yaratıp yaratmadığı ve dini meselelerin bu sorunun bir parçası olup olmadığı terapist tarafından sorgulanmalıdır (Barnett ve Johnson, 2011).

Kırsal kesimlerde yaşayan ve çalışan terapistlerin dikkat etmesi gereken diğer noktalar ikili ilişkileri ve rol karmaşalarını içerir. Özellikle az nüfuslu, küçük yerleşim bölgelerinde yaşayan bir terapist, mevcut hastalarıyla veya daha sonra yardım için başvurması olası kişilerle mensup olduğu dinin ibadetlerini gerçekleştirdiği toplu alanlarda karşılaşabilir (Geyer, 1994). Bu durumda terapist öncelikle, dini inançları konusunda kendisini dolaylı bir yolla açmış olduğunun farkında olarak bunun terapi süreçlerini nasıl etkilediğini takip etmelidir (Pugh, 2007). Bunun ötesinde terapist, hastalarıyla karşılaştığı ibadet alanlarında hastası kendisiyle iletişime geçerse bu iletişimi nasıl yöneteceği, sınırlarını nerede çizeceği konusunda önceden bir plana sahip olmalıdır (Pugh, 2007). Temelde terapist, mensup olduğu bilindiği dine dair kendisine sorular sorulduğunda kendisinin bir din adamı olmadığını belirterek olası rol karmaşalarını önlemeli ve terapi odası dışında kurduğu ilişkilerde ikili ilişkilerin ortaya çıkmasına engel olmaya çalışmalıdır (Geyer, 1994). Eğer mümkünse, ikili ilişkilerin gelişmesini olası gördüğü hastaları bölgede faaliyet gösteren bir başka terapistle yönlendirmesi uygun olacaktır (Pope ve Vasquez, 2011). İkili ilişkiler kaçınılmaz ise, terapist bu durumu etik sınırlar içerisinde yönetmek için planlama yapmalı ve ihtiyaç duyduğu noktada süpervizyona başvurmalıdır (Campbell ve Gordon, 2003).

d. Kamu kuruluşlarında çalışan terapistlere yönelik öneriler

Farklı şartlar altında çalışan terapistler için dini meseleleri ele almakla ve dini girişimleri psikoterapi uygulamalarına dahil etmekle ilgili farklı etik problemler bulunmaktadır. Ruh sağlığı uzmanlarının istihdam alanlarından olan kamu kuruluşları kendi etik problemlerini beraberinde getirmektedir. Özellikle kamu kuruluşlarında ruh sağlığı uzmanına terapistlik rolü dışında başka sorumlulukların yüklenme girişi etik ikilemler doğurabilir (Şensoy & İkiz, 2022).

Kamu kuruluşlarında çalışan terapistlerin, yasalardan doğan zorunlulukları dikkate almalarına karşın (Riggs, 2006), terapist kimliklerinden doğan etik yükümlülükleri çerçevesinde hareket etmeleri uygun olacaktır. Terapist bu noktada kurumsal kimliğinden doğan yükümlülüklerinin terapist kimliğinden doğan etik yükümlülüklerinin önüne geçmemesine dikkat etmelidir (Camadan, 2017). Çalıştığı kurumdan bağımsız olarak

terapistin takip etmesinin beklendiği etik ilkeler evrensel bir nitelik taşımaktadır (APA, 2017; TPD, 2004).

Bir kamu kuruluşunda çalışıyor olmak terapisti, hastasının inanç ve değer sistemini tam olarak kavramaya yönelik bir sorgulamadan menetmemektedir. Ancak dini öğeler içeren girişimlerin psikoterapiye dahil edilmesine karar verildiği durumda terapistin izlemesi gereken bazı adımlardan bahsedilmektedir (Riggs, 2006). Eğer terapist bu girişimlerin uygulanmasını gerekli görüyorsa hem hastasından hem de görevli amirinden uygulanacak dini girişimlerle ilgili yazılı onam alınmalıdır (Riggs, 2006). Fakat amirden alınacak yazılı onamda hastanın gizliliğinin ihlal edilmesi riskine karşı önlemler alınması uygun olacaktır. Benzer süreç, devlet okullarında ve diğer kamu kuruluşlarında çocuklarla ve ergenlerle çalışan psikologların için de geçerlidir (Riggs, 2006). Ancak özellikle olası rol karmaşalarını önlemek adına, terapistlerin kamu bünyesinde hizmet verdiği çocuklarla ve ergenlerle birlikte herhangi bir dini aktiviteye veya ibadete de katılmamaları tavsiye edilmektedir (Riggs, 2006).

Vaka Örneği: “Halledebileceğimden Eminim”²

“R.”, kültürel ve dini inanışlarından yola çıkarak aile bütünlüğünün korunmasını birincil önceliği haline getirmiş, çift terapisi hizmeti veren bir terapisttir. Kendisi ile aynı dine mensup, boşanma sürecindeki bir çift yardım için kendisine başvurmuştur. Çift, aralarındaki gerilim sebeplerinden biri olarak birbirleriyle uyuşmayan muhafazakarlık seviyelerini göstermektedir. Kısmen dini bağlılıklarıyla ilişkili olan bu durum terapide gündeme gelecek gibi gözükmemektedir. “R.”, bu vakadan önce terapi odasında gündeme gelen dini meseleleri ele almayı yönelik bir eğitim almamıştır ve bu konuda bir terapi tecrübesi olmamıştır. Çifti dinleyip terapistle ele almak istedikleri konuyu anladıktan sonra “R.” şöyle düşünür: “Çift terapisi konusunda yıllardır hizmet veriyorum. Sadece başka bir vaka, özünde ise sorun hep aynı: Yeterince olgunlaşamamış çiftler çocuksu hayallerini bırakamamış olarak ayrılmak istiyor. Halledebileceğimden eminim”. Ardından “R.” terapi sürecini başlatır, dini meselelerin mevcut problemle ilişkisini anlamaya yönelik bir değerlendirme yapmaz ve herhangi bir ek önleme gerek duymaz. “R.” etik ihlale davetiye çıkarmaktadır.

“R.” kendisini ve hastalarını etik ihlallerden korumak için neler yapabiliirdi? Olasılıkla, ilk sorması gereken soru yetkinliği ve yeterliği hakkındadır: Terapi sürecinde dini meselelerin gündeme gelmesi olasıdır fakat kendisi, onları ele alabilecek yetkinliğe ve yeterliğe sahip midir? “R.” hatalı biçimde “zaten aynı dine mensup olduklarını,

2 Koocher ve Keith-Spiegel'den (2008) alınan bu vaka orijinal kaynaktan olduğu gibi geçirilmemiş, kültürümüze uygun olacak ve makalede bahsi geçen başlıkların geniş şekilde tartışılmasını sağlayacak biçimde üzerinde kısmi değişiklikler yapılmıştır ve genişletilmiştir. Böylece, makalede bahsi geçen konuların tümüne değinilebilecek bir vaka tartışması oluşturulmaya çalışılmıştır (Vakanın asıl hali için bkz. Koocher ve Keith-Spiegel, 2008, s. 87, Case 4-2).

bu yüzden bunun bir problem olmayacağını” düşünebilir, ancak önceki kısımlarda tartışıldığı üzere bu tek başına yeterliği sağlayan bir etmen değildir (Gonsiorek, Richards, Pargament ve McMinn, 2009). Barnett ve Johnson’ın (2011) dini meselelerin terapide gündeme gelmesi durumunda izlenecek adımları sunduğu etik modeli temel alındığında, konuyla ilgili bilgilendirilmiş onamın hastalara sunulmaması bir diğer önemli eksiklik olarak kendini göstermektedir. Bilgilendirilmiş onam etik psikoterapi uygulamalarının vazgeçilmez bir parçasıdır ancak özellikle dini meselelerin ele alınacağı terapilerde bu ele almanın ne ölçüde, hangi amaçla ve nasıl yapılacağına dair bir onam sunulması terapistin ve hastaların korunması için önem taşımaktadır (Gonsiorek ve ark., 2009). Bu onamın sunulabilmesi için de öncelikle terapistin hastaların mevcut sorunuyla dini meseleler arasındaki ilişkiyi keşfetmeye yönelik hassas bir değerlendirme sürecini yürütmesi gerekmektedir (Lomax, Karff ve McKenny, 2002). Fakat bu durumda “R.” birtakım varsayımlara dayanarak bu adımı atmış gibi gözükmektedir.

Dikkat çeken bir diğer nokta, terapistin vakadan bağımsız bir terapi hedefinin olması ve bunun kısmen kendi dini inançlarına bağlı olmasıdır. Terapist, ailenin bütünlüğünün korunmasının öncelik olduğuna dair inancını terapiye de yansıtarak ayrılma isteğinin her zaman “olgunlaşmamışlıktan” ve “çocuksu hayallerden” kaynaklandığını düşünmektedir. Çift adına karar vermeme gerektirdiği açık olan terapist, ailenin bütünlüğüne dair inançlarına dayanarak bir karar vererek ve bunu terapiye yansıtarak etik bir ihlal gerçekleştirmektedir. Daha ileri bir etik ihlal, terapistin, aile bütünlüğünü korumak adına aile üyelerinden birinin gördüğü zararları görmezden gelmesidir. Bu durumda terapist, herhangi bir kültürel veya dini inancın hastalarını bu zarardan korumamak için mazeret oluşturmadığını bilmelidir (Koocher ve Keith-Spiegel, 2008).

Karşıaktarım, bahsi geçen vakada kendini göstermesi ve etik ihlallere yol açması olasıdır. Terapistin çiftin süreciyle ilgili güçlü inançları var gibi durmaktadır ve bu inançları, süreç içerisinde pek çok duygu yaşamasına sebep olabilir. Örneğin, ayrılma konusunda daha güçlü istek gösteren hastaya öfke duyabilir, ayrılma fikrinin kendisinden kaygılanabilir, dini inançları daha güçlü hastaya yakınlık duyarak örtük biçimde onun tarafını tutabilir. Tüm bu olasılıklar, terapist kendisinin bu konudaki inançlarının açık biçimde farkında olmadığı, onları ele almadığı, kendi terapisinde ve süpervizyon sürecinde çalışmadığı sürece terapiyi etkileme riskini barındırmaktadır. Bu da vakayı, Barnett ve Johnson’ın (2011) modelindeki son adımlara getirmektedir: Süpervizyon, konsültasyon ve yönlendirme.

Terapist, vakayı ele alabilecek yetkinliğinin olup olmadığını sorgulamadığı gibi bu konuda süpervizyon

almasına gerek olup olmadığını veya din ve psikoloji konusunda uzman meslektaşlarına danışıp danışamayacağını da sorgulamamıştır. Bunun ötesinde, eğer gündeme gelen dini meseleyle ilgili anlayış kazanması gerekli olursa bu konuda bir din görevlisinden yardım alınamayacağı üzerine de düşünmemiştir. Tüm bunlar, terapistin etik ihlallerden uzak bir çerçevede içerisinde gitmesinde yardımcı olabilirdi. Son olarak, belki de en önemli sorgulamayı yapmamış gibi gözükmektedir: Yönlendirme. Terapistin sahip olduğu güçlü dini inançları ve böyle bir vakayı ele almaktaki tecrübesizliği düşünülünce, eğer süpervizyon olarak bu konuda yeterli kazanma sorumluluğunu da almayacaksa, yönlendirmeyi bir seçenek olarak düşünmesi gerekirdi.

Bu vaka örneği, eğer terapist bu konudaki etik farkındalığını yüksek tutar ve etik ihlallerin yaşanmaması için gerekli atma sorumluluğunu alırsa terapiyi hem kendisi hem de hastaları için çok daha güvenli bir hale getirebileceğini göstermektedir. Ancak kendi yetersizliklerine karşı körlük, vakayla ilişkili yeterlik sağlamayan tecrübesine aşırı güven ve kişisel inançlarını terapiye yansıtmakta bir sorun görmemesi bu özgül vakada terapisti pek çok etik ihlal gerçekleştireceği bir yola sokuyor gibi gözükmektedir.

Sonuç

Günümüzde dini meseleler ve öğeler psikoterapi uygulamalarının içine girmiş durumdadır. Buna karşılık Türkçe alanyazında bu durumu psikoterapi etiği çerçevesinde ele alan bir makale bulunmadığı görülmektedir. Bu önemli bir eksiliktir keza yabancı alanyazındaki önerilerin ülkemizde aynen hayata geçirilmesi hem kültürel ve dini farklılıklardan ötürü sorunludur hem de bazı uzmanlar için bu önerilere erişim dil engeli sebebiyle mümkün olmamaktadır. Bu durumda klinik psikologların yapması gereken din ve psikoterapi etkileşimine gözlerini kapatmak değil; bu etkileşimden doğabilecek sorunlara dikkat çekerek ve olası çözümlerini tartışarak bu etkileşimin etik çerçevede yürütülebilmesini sağlamaktır. Bu amaçla makalede, dini meselelerin psikoterapi sürecinde yaratılabileceği olası etik sorunlar ve bu sorunların olası çözümleri farklı şartlarda ve farklı hasta gruplarıyla çalışan terapistler için ele alınmıştır ve alanyazına dayanılarak önerilerde bulunulmuştur.

Bu derleme makalesinin Türkçe alanyazındaki önemli bir eksiğin giderilmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Buna karşın bu makale, din ve psikoterapi etkileşiminden doğması olası tüm problemlere nihai çözümler sunan bir makale olma iddiasında değildir. Daha ziyade bu makalenin amacı, din ve psikoloji etkileşiminin olası sonuçlarına dikkat çekmek ve bu konuda sonuçları verimli olacak bir tartışma başlatmaktır.

Kaynaklar

- Adeosun, I. I., Adegbohun, A. A., Adewumi, T. A., & Jeje, O. O. (2013). The Pathways to the First Contact with Mental Health Services among Patients with Schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2013, 1–8. doi:10.1155/2013/769161
- Ağılkaya Şahin, Z. (2018). Din ve Psikoloji Arasındaki Uçurum Gerçekten Ne Kadar Derin? Psikoterapilerdeki Dini İzler. *Cumhuriyet İlahiyat Dergisi, Din Bilimleri Özel Sayısı*, 1607-1632. doi: 10.18505/cuid.466215
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. 21 Mayıs 2022 tarihinde <https://www.apa.org/ethics/code> adresinden alındı.
- Barnett, J. E., & Johnson, W. B. (2011). Integrating spirituality and religion into psychotherapy: Persistent dilemmas, ethical issues, and a proposed decision-making process. *Ethics & Behavior*, 21(2), 147–164. doi:10.1080/10508422.2011.551471
- Bergin, A. E. (1985). Proposed values for guiding and evaluating counseling and psychotherapy. *Counseling and Values*, 29, 99-116.
- Campbell, C. D., & Gordon, M. C. (2003). Acknowledging the inevitable: Understanding multiple relationships in rural practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 430–434. doi:10.1037/0735-7028.34.4.430
- Camadan, F. (2017). Etik ikilemler ve karar verme modelleri. F.E. İkiz (Ed.), *Meslek etiği ve yasal konular* içinde (ss.77–104). Lisans Yayıncılık.
- Comte, A. (2009) *A General View of Positivism* (Cambridge Library Collection – Religion) (J. Bridges, Çev.) Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511692888. (Orijinal basım yılı 1880).
- Cragun, R. T., Kosmin, B., Keysar, A., Hammer, J. H., & Nielsen, M. (2012). On the receiving end: Discrimination toward the non-religious in the United States. *Journal of Contemporary Religion*, 27(1), 105–127. doi:10.1080/13537903.2012.642741
- Cummings, N. A., & Cummings, J. L. (2009). Psychology and religion: A brief history of a paradoxical relationship. N. Cummings, W. O'Donohue & J. Cummings (Ed.), *Psychology's war on religion* içinde (ss. 21–42). Zeig, Tucker & Theisen.
- Çağlan, K. & Göcen, G. (2020). Psikolojik Yardım Almanın Dini / Manevi Açıdan Damgalanması ve Bu Süreci Yaşayanların Manevi Danışmanlık Hizmetlerinden Beklentileri. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 18(39), 137-172. doi:10.34234/ded.617263
- Çelikel, B. (2013). Dinî danışmanlık: Psikoterapi ile din eğitiminin buluşma noktası. *Marife Dini Araştırmalar Dergisi*, 13(3), 55-68.
- Dein, S. (2004). Working with patients with religious beliefs. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(4), 287-294. doi:10.1192/apt.10.4.287
- DiGiuseppe, R. A., Robin, M. W., & Dryden, W. (1990). On the compatibility of rational-emotive therapy and Judeo-Christian philosophy: A focus on clinical strategies. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4, 355-368.
- Ellis, A. (1971). *The case against religion: A psychotherapist's view*. New York: Institute for Rational Living
- Exline, J. J., Yali, A. M., & Sanderson, W. C. (2000). Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology*, 56(12), 1481– 1496.
- Freud, S. (1961). *The future of an illusion* (J. Strachey, Ed. ve Çev.). New York: Norton. (Orijinal basım yılı 1927).
- Sarıkoç, G., Demiralp, M., Özşahin, A., & Açıkel, C. (2015). Ruhsal Hastalıklarda Yardım Arama: Hasta Yakınlarının Tutumlarına Yönelik Bir Çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 32-38. doi: 10.5505/bsbd.2015.47550
- Garzon, F. (2005). Interventions that apply scripture in psychotherapy. *Journal of Psychology and Theology*, 33(2), 113–121.
- Geyer, M. C. (1994). Dual role relationships and Christian counseling. *Journal of Psychology and Theology*, 22(3), 187–195.
- Gonsiorek, J. C., Richards, P. S., Pargament, K. I., & McMinn, M. R. (2009). Ethical challenges and opportunities at the edge: Incorporating spirituality and religion into psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 385-395. doi:10.1037/a0016488
- Gözen, Ö., & Buz, S. (2020). Türkiye’de Koruyucu ve Önleyici Ruh Sağlığı Uygulamaları: Sosyal Hizmet Uzmanları ve Hastaların Deneyimlerine Dair Nitel Bir Araştırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12, 18-42. doi: 10.18863/pgy.662628
- Greenberg, D., & Witztum, E. (1991) Problems in the treatment of religious patients. *American Journal of Psychotherapy*, 45, 554–565.
- Güleç, G., Yenilmez, Ç., & Ay, F. (2011). Bir Anadolu şehrinde psikiyatri kliniğine başvuran hastaların hastalık açıklama ve çare arama davranışları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14, 131-142.
- Hamdan, A. (2008). Cognitive restructuring: An islamic perspective. *Journal of Muslim Mental Health*, 3(1), 99-116. doi:10.1080/15564900802035268

- Hammer, J. H., Cragun, R. T., Hwang, K., & Smith, J. M. (2012). Forms, frequency, and correlates of perceived anti-atheist discrimination. *Secularism & Non-religion, 1*, 43–67
- Hathaway, W. L., & Ripley, J. S. (2009). Ethical concerns around spirituality and religion in clinical practice. J. D. Aten & M. M. Leach (Ed.), *Spirituality and the therapeutic process: A comprehensive resource from intake to termination* içinde (ss. 25–52). Washington, DC: American Psychological Association
- Hawkins, I. L., & Bullock, S. L. (1995). Informed consent and religious values: A neglected area of diversity. *Psychotherapy, 32*(2), 293-300. doi:10.1037/0033-3204.32.2.293
- Hayes, M. A., & Cowie, H. (2005). Psychology and religion: Mapping the relationship. *Mental Health, Religion and Culture, 8*(1), 27-33. doi:10.1080/13674670410001666589
- Johnson, W. B. (2001). To dispute or not to dispute: Ethical REBT with religious clients. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*(1), 39- 47. doi:10.1016/S1077-7229(01)80042-0
- Kaya, Y., & Ünal, S. (2006). Psikotik Hastalıklarda Hastalık Açıklama Modeli ve Çare Arama Davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7*, 197-203.
- Kılıç, C., Rezaki, M., Üstün, T. B., & Gater, R. A. (1994). Pathways to psychiatric care in Ankara. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 29*(3), 131–136. doi:10.1007/BF00796493
- Kırpınar, İ., Çayköylü, A., & Kuloğlu, M. (1994). Erzurum’da Ruh Sağlığı Birimlerine Ulaşım Yolları. *Türk Psikiyatri Dergisi, 5*(3), 175-181.
- Kim, H. K., & McKenry, P. C. (2002). The relationship between marriage and psychological well-being: A longitudinal analysis. *Journal of Family Issues, 23*(8), 885-911. doi:10.1177/019251302237296
- Kizilhan, J. I. (2014). Religious and cultural aspects of psychotherapy in muslim patients from tradition-oriented societies. *International Review of Psychiatry, 26*(3), 335-343. doi:10.3109/09540261.2014.899203
- Koocher, G. P., & Keith-Spiegel, P. (2008). *Ethics in Psychology and Mental Health Professions: Standards and Cases (3rd ed.)*. Oxford University Press.
- Kumova, F., & Bahçekapılı, H. G. (2020). Türk Kültüründe Yüksek Ahlakî İkilem Yaratın Psikoterapist Senaryoları ile Klasik Senaryolar: Duyguların Faydacı/Deontolojik Kararlar ile İlişkisi. *Psikoloji Çalışmaları, 40*(2), 385-427. doi:10.26650/SP2019-0068
- Lomax II, J. W., Karff, R. S., & McKenny, G. P. (2002). Ethical considerations in the integration of religion and psychotherapy: Three perspectives. *Psychiatric Clinics of North America, 25*(3), 547-559. doi:10.1016/s0193-953x(01)00015-6
- Maximo, S. I. (2019). A scoping review of ethical considerations in Spiritual/Religious counseling and psychotherapy. *The Journal of Pastoral Care & Counseling: JPCC, 73*(2), 124-133. doi:10.1177/1542305019848656
- Menegatti-Chequini, M. C., Maraldi, E. O., Peres, M. F. P., Leão, F. C., & Vallada, H. (2019). How psychiatrists think about religious and spiritual beliefs in clinical practice: Findings from a university hospital in são paulo, brazil. *Revista Brasileira De Psiquiatria, 41*(1), 58-65. doi:10.1590/1516-4446-2017-2447
- Miller, W. R. (Ed.). (1999). *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*. American Psychological Association. doi: 10.1037/10327-000.
- Myers, G. E. (2004). Merging the horizons of psychotherapeutic and religious worldviews: New challenges for psychotherapy in the global age. *Mental Health, Religion and Culture, 7*(1), 59-77. doi:10.1080/13674670310001602427
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religious coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry, 162*(10), 1785–1804. doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1785
- Plante, T. G. (2007). Integrating spirituality and psychotherapy: Ethical issues and principles to consider. *Journal of Clinical Psychology, 63*(9), 891-902. doi:10.1002/jclp.20383
- Plante, T. G., & Sharma, N. (2001). Religious faith and mental health outcomes. T. G. Plante & A. C. Sherman (Ed.), *Faith and health: Psychological perspectives* içinde (ss. 240–261). New York: Guilford Press.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (4. Baskı). John Wiley & Sons Inc. doi: 10.1002/9781118001875
- Pugh, R. (2007). Dual relationships: Personal and professional boundaries in rural social work. *British Journal of Social Work, 37*, 1406–1423. doi: 10.1093/bjsw/ bcl088
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2005). Religious and spiritual assessment. P. S. Richards & A. E. Bergin (Ed.), *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy* içinde (2. Baskı., ss. 219–247). Washington, DC: American Psychological Association.

- Riggs, B. J. (2006). Ethical considerations of integrating spiritual direction into psychotherapy. *The Journal of Pastoral Care & Counseling : JPCC*, 60(4), 353-362. doi:10.1177/154230500606000404
- Saeed, A. (2011). Ambiguities of apostasy and the repression of Muslim dissent. *The Review of Faith & International Affairs*, 9(2), 31-38. doi:10.1080/15570274.2011.571421
- Sahker, E. (2016). Therapy with the nonreligious: Ethical and clinical considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(4), 295-302.
- Schoonover, J., Lipkin, S., Javid, M., & Rosen, A. (2014). Perceptions of Traditional Healing for Mental Illness in Rural Gujarat. *Annals of Global Health*, 80(2), 96. doi:10.1016/j.aogh.2014.04.013
- Sloan, R. P., Bagiella, E., & Powell, T. (1999). Religion, spirituality, and medicine. *The Lancet*, 353, 664-667.
- Şensoy, G., & İkiz, F. E. (2022). Ethical dilemmas of school counsellors: A vignette study. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 1-14. doi:10.1017/jgc.2022.1
- Tan, S. Y. (1994). Ethical considerations in religious psychotherapy: Potential pitfalls and unique resources. *Journal of Psychology and Theology*, 22(4), 389-394.
- Tillman, J. G. (1998). Psychodynamic psychotherapy, religious beliefs, and self-disclosure. *American Journal of Psychotherapy*, 52(3), 273-286. doi:10.1176/appi.psychotherapy.1998.52.3.27
- Tjeltveit, A. C. (1986). The ethics of value conversion in psychotherapy: Appropriate and inappropriate therapist influence on client values. *Clinical Psychology Review*, 6(6), 515-537. doi:10.1016/0272-7358(86)90035-8
- Türk Psikologlar Derneği, (2004). *Türk Psikologlar Derneği Etik Yönetmeliği*. 21 Mayıs 2022 tarihinde <https://www.psikolog.org.tr/tr/files/folder/etik-yonetmeliği-x389.pdf> adresinden alındı.
- Watson, J. B. (1983). *Psychology from the standpoint of a behaviorist*. Dover, NH: Pinter. (Orijinal basım yılı 1924)
- Yalvaç, H.D., Kotan, Z., & Ünal, S. (2015). Şizofreni hastalarında çare arama davranışı ve ilişkili faktörler: Türkiye'nin doğusunda ve batısındaki iki popülasyon arasında karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam*, 28, 154-161.

Summary

Religion and Psychotherapy: Ethical Issues and Suggestions

Kaan Alp Karamanlı¹

Extended Summary

Nowadays, the fact that religious issues might be related to patients' problems being addressed in psychotherapy is widely accepted (Myers, 2004). Parallel to that, technical parts of addressing patients' religious issues in psychotherapy are discussed in the literature repeatedly (Miller, 1999). But ethical issues, which might arise when religious matters are brought by patients to psychotherapy, are much less discussed. This article aims to review current literature while taking into account cultural differences.

Short History of Religion and Psychology

Towards the end of the 20th century, the influence of patients' value systems and worldviews on psychotherapy was recognized (Kizilhan, 2014; Plante, 2007). While the influence of patients' religious beliefs on the psychotherapy process is widely agreed upon (Dein, 2004; Kizilhan 2014; Sahker, 2016), formal training on what to do for avoiding ethical violations when patients' problems are related to their religious beliefs is absent (Sahker, 2016). The absence of training on these matters might make psychotherapists predisposed to ignore the ethical implications the occasion comprises, but the decision of ignoring might be an ethical violation by itself (Hawkins & Bullock, 1995; Johnson, 2001).

Religious Issues Brought to the Therapy Room: General Ethical Problems and Suggestions

a. Competence

For overcoming the most important ethical barrier on addressing religious issues in psychotherapy, which is competence, additions should be made to formal clinical training programs (Sahker, 2016). However, these additions cannot help the professionals who completed their formal education. Therefore, they would have to acquire competence in this area by keeping up to date with related

materials, participating in related workshops and clinical training programs, taking supervision and consultation in the situations where they believe that the case exceeds their competence (Plante, 2007). Besides these suggestions, psychotherapists should be aware that having an affiliation with a religion does not make a therapist competent to conduct psychotherapy on the matters related to that religion (Gonsiorek, Richards, Pargament, & McMinn, 2009). Competence-based approach, rather than an affiliation-based one, is advised (Gonsiorek et al., 2009).

b. Assessment of the influence of religious matters on patients' current problem

Assessment of the relationship between a patient's religious beliefs and current psychological problems should be standard procedure in clinical practice (Lomax, Karff, & McKenny, 2002; Myers, 2004). Most of the time the question of "Are you having any problems or worries related to your religious beliefs?" would be adequate (Sahker, 2016). Depending on the answer, the therapist can decide whether to continue to question the relationship between the patient's religious beliefs and current problems or not (Sahker, 2016). If continuing to questioning is decided following questions would be (Sahker, 2016):

- 1- Are religious and spiritual matters important for you?
- 2- Do religious/spiritual beliefs you have in the past or today relieve you or disturb you?
- 3- Do you have someone to talk to about these matters?
- 4- Would you like to address these matters in psychotherapy?

c. Addressing the influence of the patient's religious issues on his current psychological problems

The therapist should neither ignore the influence of a patient's religious beliefs on his current psychological problems nor attack his patient's religious beliefs (Johnson, 2001). Ignoring this influence could impair the therapeutic alliance and hinder the success of psychothera-

Address for Correspondence: 'Kaan Alp Karamanlı, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 11. Psikiyatri Servisi, Zuhuratbaba Mah. Doktor Tevfik Sağlam Cd. 25/2, 34147 Bakırköy / İstanbul.

E-mail: kaanalpkaramanli07@gmail.com

py (Hawkins & Bullock, 1995; Johnson, 2001). On the other hand, attacking a patient's religious beliefs means that the therapist is not respecting the patient as an independent individual (Myers, 2004). Also, most of the time the problem that should be focused on in psychotherapy would be an obsessively focused part of the religious belief or misinterpretation of some aspects of religious belief by a patient, rather than religion itself (DiGuiseppe, Robin, & Dryden, 1990; Myers, 2004). Attacking the fact that a patient has a religious belief would produce detrimental results in psychotherapy because it is damaging rapport, leaving patients with feelings of not being accepted and not being understood (Lomax et al., 2002).

Another ethically delicate situation arises when it comes to advising a patient on religious matters, like advising to start praying or suggesting to cease any kind of religious practice (Maximo, 2019). Resembling other session topics in psychotherapy, giving any direct advice is ethically troubling by itself, even without implications of advising on a seriously delicate matter like religious practice taken into account (Maximo, 2019).

Lastly, a therapist should take extreme caution when he is thinking of referring the patient to a clergy. Since the clergy is outside of the field of mental health, this decision includes many ethical violation risks; like breaching confidentiality, treating the patient inappropriately, forcing the patient to a religious belief (Barnett & Johnson, 2011; Lomax et al., 2002).

d. Effects of psychotherapists' religious affiliations or the absence of religious affiliations on the psychotherapy process

A therapist's religious beliefs might affect the psychotherapy process in many ways. A therapist might despise his patient because of having religious beliefs and might see these beliefs as a sign of the patient's low intelligence (Gonsiorek et al., 2009). In another case, a therapist might see his patient's lack of religiousness as a sign of his indecency (Gonsiorek et al., 2009). But the prejudices that take its roots from transference issues may not be easily detected as the aforementioned ones (Myers, 2004). The presence of extreme wonder from the therapist towards a patient's religious belief, ignoring the tension in the therapy room that takes its roots from the patient's religious beliefs, and feeling angry towards a patient might signal a transference issue (Dein, 2004; Greenberg & Witztum, 1991; Myers, 2004). In this case, the therapist should consult an experienced colleague in this specific area, and if deemed necessary, the patient should be referred (Barnett & Johnson, 2011).

Self-disclosure of a therapist's religious affiliation is another controversial topic in the literature, in terms of ethical violations (e.g., Barnett & Johnson, 2011;

Hawkins & Bullock, 1995; Lomax et al., 2002; Maximo, 2019; Riggs, 2006; Tillman, 1998; Tjeltveit, 1986). The use of self-disclosure seems to depend on which therapy school therapists have affiliated with, but irresponsible and aimless use of self-disclosure is always an ethically troubling decision (Lomax et al., 2002; Maximo, 2019).

e. Things to consider when including religious practices in the psychotherapy process

The use of religious practices in psychotherapy might cause confusion about the role of the therapist and create multiple relationships, resulting in an ethical violation (Garzon, 2005). If these practices are to be included in psychotherapy, it should be ensured that they are only included for treatment purposes and not for religious purposes, and also that the therapist does not take on the role of a clergy (Tan, 1994). Especially in the situation that medical interventions are not offered because of religious reasons, even though they are needed in patient's treatment, serious ethical problems would arise (Hamdan 2008; Tan, 1994).

f. Effects of religious issues on diagnosing

Life-changing decisions for patients like being diagnosed with a mental disorder would require a very thoughtful approach especially when religious differences between patient and therapist are present or the potential diagnosis is related to patients' religious beliefs (Kizilhan, 2014). In case of there is a noticeable difference in worldview and religious beliefs between patient and therapist, the risk of stigmatizing these differences as a diagnosis might arise (Kizilhan, 2014). The therapist should carefully evaluate if the patient's "abnormalities" are still abnormal in the cultural and religious context the patient is living in (Kizilhan, 2014).

g. Situations where the patient's religious beliefs are harmful to himself or others

The therapist should approach the patient's religious beliefs with respect but with one exception: If these beliefs are harmful to the patient himself or others the therapist should warn and inform the patient about the action he is going to take and then contact authorities (APA, 2017; TPD, 2004).

h. Situations where patients should be referred to another mental health professional

The therapist should consider referring the patient to another mental health professional, if the patient mentions his desire to continue psychotherapy with another therapist who has the same religious beliefs as him, even though the current therapist's all the effort for building a strong rapport (Hathaway & Ripley, 2009).

Religious Issues Brought to the Therapy Room: Recommendations for Therapists Working with Various Patient Groups and Under Various Settings

a. Recommendations for the therapists work with highly religious patients

Conducting psychotherapy with highly religious patients requires special competence (APA, 2017). Since highly religious patients are more distrustful towards the health system than their secular counterparts (Myers, 2004; Sell & Goldsmith, 1988), the therapist may have to put in more effort to build rapport when working with a religious patient. For this end, the therapist should not ignore the influence of the patient's religious beliefs on his psychological problems (Myers, 2004; Kizilhan, 2014). Also, the therapist should not stereotype the patient on the basis of his religious beliefs, and should explore the beliefs and value system of each patient specifically (Gonsiorek et al., 2009). Lastly, the therapist should be aware of the possibility that patients may view starting psychotherapy as a weakness of their religious beliefs, and the concept of God in the patient's mind may become more punitive as the psychotherapy continues (Dein, 2004).

b. Recommendations for the therapists working with non-religious patients

Patients who abandon their family religion may experience anxiety and depressive symptoms, and this process can end up in a suicide attempt in extreme cases (Exline, Yali, & Sanderson, 2000). Even in cases with a better prognosis, experiencing discrimination and prejudice (Cragun, Kosmin, Keysar, Hammer & Nielsen, 2012), and tension with family members and romantic partners are commonly observed (Hammer, Cragun, Hwang, & Smith, 2012; Sahker, 2016).

When working with a patient who rejects his family religion, the therapist should consider possible losses that the patient may have (Exline et al., 2012). The patient would likely experience conflict with his family, romantic partner, and other people around him, and loses the social support provided by being a member of a religion (Sahker, 2016). The therapist should try to compensate for the psychological losses and the weakening social support when working with these patients (Sahker, 2016).

c. Recommendations for the therapists working with patients from rural areas

The initial problem that therapists working with patients from rural areas may encounter is local people consulting to traditional healers and religious figures who have no competence in health and medicine (Kar-

del, Gonzalez, & Beine, 2001; cited in Kizilhan, 2014). The therapist, while respecting the beliefs of the locals, should warn these people about the harm they may suffer from religious figures' and traditional healers' incompetency (Kizilhan, 2014). In addition, since it can be seen as a sign of disbelief (Kizilhan, 2014), it should be questioned whether the patient's decision of starting to the psychotherapy causes any problems in his daily life.

d. Recommendations for the therapists working in public institutions

Therapists working in public institutions should take into account the laws that originate from the separation of religion and state and therefore should avoid including religious practices in psychotherapy (Riggs, 2006). Similarly, psychologists working with children and adolescents in public institutions should not make religious practices part of any psychological intervention (Riggs, 2006).

Conclusion

The interaction between religion and psychotherapy is increasing. What clinical psychologists should do is not ignore but discuss this interaction for the purpose of keeping it in the ethical frame. Towards that end, in this article, ethical problems that religious issues may cause in psychotherapy and possible solutions to these problems are discussed for therapists working with various patient groups in various settings.

It is considered that this review article would contribute to the literature. However, this article does not claim to be an article that offers all the solutions to all possible problems arising from the interaction of religion and psychotherapy. Rather, the purpose of this article is to draw attention to the possible consequences of this interaction and to initiate a discussion that might have fruitful outcomes.